วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566

VOL.8 NO.4 October - December 2023

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ 1
ลือชัย พันธุภา

ประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลดอนตูม 11
วิทูร อุปริกธาติพงษ์

การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณ ระบบสลักเกลียว 20
ประกายพล พันธ์วิเศษ ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,วรานนท์ คงสง ,ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย ,ธีรเดช สนองทวีพร และมงคล รัชชะ

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด 29
นิทัศน์ ชินบุตร

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ผลิตภัณฑ์ : กรณีศึกษา กระบวนการผลิตน้ำมันจากเทคโนโลยีไพโรไลซิส 38
ฐิติพงศ์ ฐาปนะดิลก ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย ,ธีรเดช สนองทวีพร และมงคล รัชชะ

ประสิทธิภาพในการบำบัดโลหะหนักของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 46
อนุรักษ์ ปิ่นทอง1 และทศพร ภูวันผา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน 53
ชลธิชา แก้วอนุชิต ,ศุภกฤต โสภิกุล ,โยธิน แสวงดี

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา:การทำบ่อพักสายไฟฟ้าใต้ดินงานดันท่อลอด 62
จงรักษ์ สุขเสริฐ ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,มงคล รัชชะ และโกวิท สุวรรณหงษ์

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุติดเตียง ที่มีโรคร่วมและโรคปอดอักเสบ : กรณีศึกษา 2 ราย 73
นรินทร กลกลาง

ประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 83
จุฑามาศ ปัททุม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนศิลา : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 90
อภิญญา ทิทำ

การพยาบาลผู้ป่วยหืดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 98
เขมจิรา ถาวรฟัง

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 110
ขนิษฐา ศิริโชติ

การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 122
วฤณดา สุทธิบุตร

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย 133
ปาริชาติ พิมพ์ดี

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 142
สวาท วันอุทา

ผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย 152
สุทัสสี รังวารี

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 162
สัญญาลักษ์ วรรณเสริฐ

การพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 172
จตุพร แจ่มจันทร์

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 182
สุมาลี รูปเหลี่ยม

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 190
นิภาภัคร์ คูเจริญ ,เพลินจิต ช่างถม ,อาคม รัฐวงษา

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 200
ผกายดาว พรหมสุรีย์

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภู .. 208
คมกริช พรหมวงศา ,ชลธิชา แก้วอนุชิต

ผลการพัฒนาระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) เพื่อเฝ้าระวังและจัดการอาการผู้ป่วย ก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 216
โศรดา ชุมนุ้ย

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม 225
ปวีณา มะลิงาม ,ชลธิชา แก้วอนุชิต

ผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับ แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วม ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน 233
สุวิมล แสงเรือง และคณะ

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลาง 244
ณัฐพัชร์ ไชยนาเมือง

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะติดเชื้อไวรัสโควิด-19 : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 253
ทิพวรรณ ชมบุญ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 264
นลินี หนูห่วง

กรณีศึกษา : การพยาบาลและการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 275
น้ำพอง เดชสูงเนิน

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะที่ได้รับการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต : กรณีศึกษา . 285
ดุษณีย์ สมบุรุษ

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับยา : กรณีศึกษา 2 ราย 295
รัชวารี ชื่นวัฒนา

การพยาบาลการให้การระงับความรู้สึกหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกแตกที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา 2 ราย 303
วนิษฐา แผ่นศิลา

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย 311
เพ็ญประภา แสงพิศาล

ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โดยรูปแบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ 318
อาจารี สถานเมือง

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 327
อมรมาลี ภูมิเรืองศรี

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 335
ธนันณัฏฐ์ มณีศิลป์ ,พรรณงาม อินทรประสงค์ ,กมลทิพย์ พูลทวี ,จินตนันท์ ,สิทธิประชาราษฎร์ ,วิภาศิริ นราพงษ์

การพยาบาลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 346
ประภัสสร ชำนาญศิลป์

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : 2 กรณีศึกษา 355
วิมลรัตน์ คชอาจ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษา 2 ราย งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 367
ดวงแก้ว ชื่นวัฒนา

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา 374
ชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อนำไข่ร่วมกับมีภาวะช็อก และมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 384
ดารณี ศิลปรายะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา 394
ปิยะ จันทร์คายโคตร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 403
จุรีพร พูนปริญญา

การทดสอบปนเปื้อนของสารสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี 413
วีรศักดิ์ จรภักดี ,สยมภู สงวนสิทธิอนันต์

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา 2 ราย 419
นันทิมา ไชยโภชน์

การพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม . 429
ณัฏฐ์คเณศ คงคาเพชร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม 438
สุภาวดี วะสูงเนิน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี 448
กิติยา ภูจำปา ,พรรณี บัญชรหัตถกิจ ,ทัศพร ชูศักดิ์ ,รัฐพล ศิลปรัศมี

ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก 459
นุชจรี ไม้จันทร์ดี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด 467
เกรียงไกร ศรีวิลัย

การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย 475
มัสยา โมธรรม

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 483
ศิริวรรณ ศรีน้อยขาว

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย 491
บัณฑิต ผงสา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 503
กรรณิกา ช่อรักษ์

ผลการใช้การประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตต่อการยอมรับตนเอง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด 514
อภิญญา ลุนนากัน

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรค: กรณีศึกษา 2 ราย 522
อินถวา เวียงวงษ์

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด 528
เพชราภรณ์ ประสารฉ่ำ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา: กรณีศึกษา 2 538
นิติยา ศรีมันตะ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 546
วิลาวัลย์ สมบัติศิรีไพบูลย์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ไตเสื่อมระยะที่ 3 : กรณีศึกษา 2 ราย 554
เข็มทอง ต้นกันยา

รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด 560
จารุวรรณ บุญศล

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อม: กรณีศึกษา 569
แก่นใจ ยุทธเกษมสันต์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษา 2 ราย 574
นฤมล ทองแผ่น

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีภาวะหมดสติโดยใช้ระบบทางด่วน : กรณีศึกษา..... 581
จรรยาภรณ์ สิงห์สระน้อย

รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 587
วลีรัตน์ วรเลิศ

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดเนื้องอกในสมองที่มีภาวะอ้วน 593
อุไรรัตน์ ศรีพุ่ม

รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 603
วัณณา แสงฤทธิ์

รูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านในตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 610
รุ่งสุรีย์ ทองจันทร์

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อที่มีภาวะปอดอักเสบในงานบริการผู้ป่วยนอก : กรณีศึกษา 618
ลดารัตน์ วับสันเทียะ

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ 624
สุมาลี วิชัยโย ,ศิวบูลย์ ชัยสงคราม ,อรรถวิทย์ เนินชัด

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาที่มีภาวะจุดภาพชัดบวมและภาวะแทรกซ้อนความดันตาสูง : กรณีศึกษา 630
ศุภรา สินธวาชีวะ

รูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 638
ฐิติวรดา ไชยฤทธิ์

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลังในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ : กรณีศึกษา 645
เสาวภา ปิ่นทอง

การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดปกติที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ :กรณีศึกษา 2 ราย 653
ปรีญา ศรีสุข

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt -PA : กรณีศึกษา 2 ราย . 660
นฤมล นามวงษ์

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิด 1 (Diabetes Mellitus Type I): กรณีศึกษา 669
เพ็ญนภา ศรวิเศษ

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจหอบกำเริบเฉียบพลันจากภาวะปอดอักเสบห้องฉุกเฉิน: กรณีศึกษา 674
พิศมัย บุตตะมี

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก : กรณีศึกษา 2 ราย 679
เสาวลักษณ์ กิณเรศ

การพยาบาลระยะกลางในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกระโหลกศรีษะ: กรณีศึกษา 684
นิตยา ศรีสุทธิกมล

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร 692
สุนิสา ทูโมสิก ,อัมพิกา ปิ่นสุวรรณ ,วิษณุ อนิลบล ,มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 702
รตนกมล ลาดซ้าย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเท้าปุกแต่กำเนิดแบบไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic clubfoot) : กรณีศึกษา 2 ราย 709
อารีย์ วังหล้า

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังระดับคอ : กรณีศึกษา 2 ราย 716
เปรมมิกา เสาวิชิต

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 722
ปุญญิศา หล้าคำภา

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษา 731
เพียรศรี บั้งทอง

ผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 738
อุไรรัตน์ วิเชียรสาร

อัตราการปนเปื้อนจากการเพาะเชื้อจากเลือดในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 747
สุวรรณี จิตรเอื้อกุล ,จินตนา พาวงค์ ,สยมภู สงวนสิทธิอนันต์ ,รุ่งกาญจน์ สังฆรักษ์ ,ถิรวัฒน์ วรรณตุง

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย ของจังหวัดสระบุรี 755
วัชรพล ในอรุณ ,ยอดชาย สุวรรณวงษ์ ,สุรัสดา นะสีดา

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง :กรณีศึกษา 2 ราย 766
อรพิน ตันมงคล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดในสมองแตก: กรณีศึกษา 774
โสมพรรณ ไวติดต่อ

กระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ 781
เบญจมาภรณ์ ศิริโสม

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู 788
งามตา บุญนอก

การพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน 795
นัชชา เพิ่มสุภัคกุล

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ 804
ถมญาณี โชติการณ์ ,นฎา จันทไทย ,พัชรินทร์ ภูวิเลิศ ,ทัศนีย์ ภูตรี

ผลของการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 815
กนกวรรณ คนหาญ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดราชบุรี 822
ศลาฆนันท์ หงษ์สวัสดิ์

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2565-2566 834
ลักขณา รินทะไชย

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2560-2564 842
มะลิณี แดนรักษ์

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย 851
พัชรี รัตนขจรจิตต์

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 860
ทัศพร มงคลสินธุ์

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 868
สุวิสาส์ ทองดอนง้าว

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 876
ผกามาศ ภูจอมจิต

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ : กรณีศึกษา 2 ราย 884
กนกวรรณ มาซา

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ 893
พัชรินทร์ ทัพวิเศษ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโคนลิ้นระยะลุกลามที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น: กรณีศึกษา 900
สิริวิมล ลมเมฆ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษา 2 ราย 906
จีรนันท์ ชานนท์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง: กรณีศึกษา 2 ราย 914
หนูเพียร ชาทองยศ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง : กรณีศึกษา 2 ราย 923
เยาวมาลย์ พุทธา

การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ 930
ณชรต เพชรภูกันดาน

การพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 938
รัชดา จึงธนวงศ์

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากของเสียคั่งในเลือดสูง 946
พิกุล ศรีโยวงค์.

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย 956
ศรีสมพร ถวิลการ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว 964
สมเกียรติ ทองเล็ก ,รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ ,จำเนียร สุวรรณชาติ

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะแคลเซียมต่ำวิกฤตหลังผ่าตัดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 974
สุภาภรณ์ ชวนรำลึก

การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาส: กรณีศึกษา 981
สุเนตร มะวงศ์ษา

การพยาบาลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ : กรณีศึกษา 988
คมคาย ควรแย้ม

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ 995
สุปิยา สุระเสียง

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดกำเริบ: กรณีศึกษา 1004
พนารัตน์ เมืองเจริญ

การศึกษาการตรวจวินิจฉัยทางคลินิกของการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อช่องพังผืดซับแมนดิบูลาร์และมีอาการอ้าปากได้จำกัดร่วมด้วย ในผู้ป่วยของโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ 1009
อตินาต ธรรมรัชสุนทร

การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วนลงพุง: กรณีศึกษา 1015
วัชราภรณ์ บัตรเจริญ

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี 1023
สมทรง พุ่มประเสริฐ สุรัตน์ อนันทสุข

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 32 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ตุลาคม – ธันวาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม การพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนด การพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock พร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง ระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) ระบบรับรองคุณภาพของบุคลากร การดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) การส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรค การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยทีมีผลการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินโดยรูปแบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท การสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula การป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกร ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกระโหลกศรีษะ การดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาที่มีภาวะจุดภาพชัดบวมและภาวะแทรกซ้อนความดันตาสูง ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี ผู้ป่วยโรคเท้าปุกแต่กำเนิดแบบไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic clubfoot) ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังระดับคอ ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวาน การปนเปื้อนจากการเพาะเชื้อจากเลือด การบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566

VOL.8 NO.4 October - December 2023

Part I

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023 Part 1

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ 1
ลือชัย พันธุภา

ประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลดอนตูม 11
วิทูร อุปริกธาติพงษ์

การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณ ระบบสลักเกลียว 20
ประกายพล พันธ์วิเศษ ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,วรานนท์ คงสง ,ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย ,ธีรเดช สนองทวีพร และมงคล รัชชะ

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด 29
นิทัศน์ ชินบุตร

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ผลิตภัณฑ์ : กรณีศึกษา กระบวนการผลิตน้ำมันจากเทคโนโลยีไพโรไลซิส 38
ฐิติพงศ์ ฐาปนะดิลก ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย ,ธีรเดช สนองทวีพร และมงคล รัชชะ

ประสิทธิภาพในการบำบัดโลหะหนักของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 46
อนุรักษ์ ปิ่นทอง1 และทศพร ภูวันผา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน 53
ชลธิชา แก้วอนุชิต ,ศุภกฤต โสภิกุล ,โยธิน แสวงดี

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา:การทำบ่อพักสายไฟฟ้าใต้ดินงานดันท่อลอด 62
จงรักษ์ สุขเสริฐ ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,มงคล รัชชะ และโกวิท สุวรรณหงษ์

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุติดเตียง ที่มีโรคร่วมและโรคปอดอักเสบ : กรณีศึกษา 2 ราย 73
นรินทร กลกลาง

ประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 83
จุฑามาศ ปัททุม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนศิลา : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 90
อภิญญา ทิทำ

การพยาบาลผู้ป่วยหืดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 98
เขมจิรา ถาวรฟัง

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 110
ขนิษฐา ศิริโชติ

การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 122
วฤณดา สุทธิบุตร

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย 133
ปาริชาติ พิมพ์ดี

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 142
สวาท วันอุทา

ผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย 152
สุทัสสี รังวารี

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 162
สัญญาลักษ์ วรรณเสริฐ

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023 Part 1

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 172
จตุพร แจ่มจันทร์

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 182
สุมาลี รูปเหลี่ยม

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 190
นิภาภัคร์ คูเจริญ ,เพลินจิต ช่างถม ,อาคม รัฐวงษา

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 200
ผกายดาว พรหมสุรีย์

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภู .. 208
คมกริช พรหมวงศา ,ชลธิชา แก้วอนุชิต

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 32 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ตุลาคม – ธันวาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 การใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ ความปลอดภัยของงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์การผลิตน้ำมันจากเทคโนโลยีไพโรไลซิส การบำบัดโลหะหนักของระบบบำบัดน้ำเสีย การใช้บริการทางสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์บ่อพักสายไฟฟ้าใต้ดินงานดันท่อลอด การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุติดเตียงที่มีโรคร่วมและโรคปอดอักเสบ ความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลผู้ป่วยหืดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับภาวะแทรกซ้อน การดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอด การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม การพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนด การพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock พร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง ระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) ระบบรับรองคุณภาพของบุคลากร การดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป

การพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

The Development of Health Literacy Model for Prevention Coronavirus Disease 2019 of COVID-19 volunteer teams in Thakhantho District Kalasin Province

(Received: November 13,2023 ; Revised: December 3,2023 ; Accepted: December 4,2023)

ลือชัย พันธุภา[1]
Luechai Phanthupha[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในกลุ่มอาสาโควิด-19 ประจำหมู่บ้าน ทุกคนในอำเภอท่าคันโท จำนวน 240 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยประยุคใช้แนวคิดความรอบรู้ของ Sørensen ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช ในส่วนการได้รับการอบรมทักษะ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสารและการมีอุปกรณ์ เท่ากับ 0.81 0.87 และ 0.82 ตามลำดับ สถิติการประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในการระบุความสัมพันธ์ และการการสังเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษา พบว่า ทีมอาสาโควิด-19 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อยู่ในระดับเป็นปัญหา ร้อยละ 24.58 โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ที่อยู่ในระดับสูง ประกอบด้วย การได้รับการอบรมเรื่องทักษะการเฝ้าระวังป้องกันโรค (r=0.85, 95%CI: 0.81 to 0.88; p-value <0.001) การได้รับข้อมูลข่าวสารและการมีอุปกรณ์ หรือเครื่องมือ สนับสนุนในการเฝ้าระวังป้องกันโรค (r= 0.96, 95%CI: 0.95 to 0.97; p-value <0.001) ความสัมพันธ์ในระดับปานกลางคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (r= 0.58, 95%CI: 0.49 to 0.66; p-value <0.001) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ว่าการพัฒนากระบวนการในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของทีมอาสาโควิด-19 จะต้องมีแผนการจัดการที่สามารถบริหารจัดการทั้ง คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และระบบที่ชัดเจน รวมทั้งมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การพัฒนากระบวนการสร้างความรอบรู้นั้น ควรผลักดันเป็นนโยบายในการส่งเสริมและพัฒนา และจะต้องมีแผนการที่ชัดเจนเพื่อดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรูปแบบที่สำคัญที่ควรมีคือการอบรมเรื่องทักษะการเฝ้าระวังป้องกันโรค การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและอุปกรณ์ต่างๆ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน

Abstract

COVID-19 resulted in the discovery of patients worldwide, including in Thailand and the Thakhantho District of Kalasin Province. Health Literacy (HL) in COVID-19 prevention and control is crucial. Particularly, with the COVID-19 volunteer teams, accurate community communication is critical. Therefore, the objective of this research aims to assess the level of HL and identify factors associated with HL, as well as to develop a model for the process of HL enhancement for the COVID-19 volunteer team in Thakhantho in Kalasin Province.

This action research was conducted with 240 COVID-19 volunteers in Thakhantho District. The research tools used consist of questionnaires and in-depth interviews. The research utilized Sørensen's concept of HL, which consists of four dimensions: Access, Understand, Appraise, and Apply. The quality of the tools was examined in terms of content validity by three experts, and reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficient. For variables related to receiving training, social support, and receiving information and having equipment, the reliability coefficients were 0.81, 0.87, and

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

0.82, respectively. Statistical analysis involved Pearson's correlation coefficient for determining relationships and content analysis for qualitative synthesis from in-depth interviews.

The results found that the HL of COVID-19 prevention and control was problematic at 24.58%. Through the analysis of relationships, it was found that factors significantly correlated with high-level HL include receiving training in disease surveillance and prevention skills (r=0.85, 95%CI: 0.81 to 0.88; p-value <0.001), updated information, as well as supportive equipment/tools for disease surveillance and prevention (r=0.96, 95%CI: 0.95 to 0.97; p-value <0.001). A moderate-level correlation was found with social support (r=0.58, 95%CI: 0.49 to 0.66; p-value <0.001). From in-depth interviews, it can be concluded that the development of a process to enhance HL for the COVID-19 volunteer team requires a comprehensive management plan that addresses people, funding, materials, equipment, and clear systems, along with continuous monitoring of progress.

The research findings conclude that the development of the process to enhance HL should be advocated as a policy for promotion and advancement. There should be a clear plan in place to execute continuous development. Essential models to be included involve training in disease surveillance and prevention skills, supporting information and news dissemination, and providing various equipment.

Keywords: Health literacy, Village Volunteer team for COVID-19

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อพัฒนารูปแบบในการพัฒนากระบวนการในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง (หรือพื้นที่ศึกษา)

ประชากร ได้แก่ ทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยผู้นำชุมชน, สมาชิกสภาเทศบาล, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และคณะกรรมการสถานศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยผู้นำชุมชน, สมาชิกสภาเทศบาล, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และคณะกรรมการสถานศึกษา หมู่บ้านละ 4 คน จำนวน 60 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 240 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. แบบสัมภาษณ์ (Interview) เพื่อใช้เป็นแนวทางในกระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด โดยให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด โดยให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชียวชาญ จำนวน 3 ท่าน (IOC) หาค่าความเชื่อมันของแบบสอบถามโดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ในกลุ่มใกล้เคียงกับการศึกษา คือทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองกุงศรีจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และมีลักษณะคล้ายคลึงทางประชากรและวิถีชีวิตทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท ซึ่งค่าความเที่ยงที่ยอมได้เท่ากับ 0.7

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 ระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนผล การทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 โดยให้สมาชิกแต่ละคนได้พูดสะท้อนความคิดเห็น หรือความรู้สึกที่มีต่อ การทำงานที่ผ่านมาว่า มีจุดเด่น จุดด้อย ปัญหา และแนวทางแก้ไข

3.1 การจัดการความรู้ในรูปแบบความสัมพันธ์แบบปิรามิด (Knowledge Pyramid) ของ Hideo Yamazaki

3.2 การจัดการความรู้ในรูปแบบแบบการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR: After Action Reviews)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อน สรุปและถอดบทเรียนกำหนดรูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบียงเบียนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ Pearson Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากกระบวนการจัดการความรู้ในรูปแบบความสัมพันธ์แบบปิรามิด (Knowledge Pyramid) และการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR: After Action Reviews)

จริยธรรม/การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยื่นแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของทีมอาสา COVID-19 อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทีมอาสา COVID-19 อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมด 240 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.42 อายุเฉลี่ย 53.81±4.87 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 80.42 สมรส ร้อยละ 94.58 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่คือ มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 82.09 ประกอบอาชีพเกษตร ร้อยละ 92.91 และมีตำแหน่งในการปฏิบัติเท่ากัน

1.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทีมอาสาโควิด -19 ประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทีมอาสา COVID-19 อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Access) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 18.00+2.11 ซึ่งอยู่ในระดับพอเพียง (Adequate)

ความรอบรู้ด้านด้านความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Understand) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 16.74+2.40 ซึ่งอยู่ในระดับเป็นปัญหา (Problematic)

ความรอบรู้ด้านการประเมินเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Appraisel) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.55+1.73 ซึ่งอยู่ในระดับพอเพียง (Adequate)

ความรอบรู้ด้านการประยุกต์ใช้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Apply) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 19.93+1.83 ซึ่งอยู่ในระดับพอเพียง

ความรอบรู้ในภาพรวมทุกด้าน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 72.23+7.03 ซึ่งอยู่ในระดับพอเพียง ร้อยละ 75.42 และระดับเป็นปัญหา (Problematic) ร้อยละ 24.58

1.3 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ในการส่งเสริมการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทีมอาสา COVID-19 อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ การได้รับการอบรมเรื่องทักษะการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 9.72 ± 1.54 **ปัจจัยเสริม** ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากผู้เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 13.66 ± 1.40 **ปัจจัยเอื้อ** ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และ การมีอุปกรณ์ หรือเครื่องมือในการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 20.07 ± 2.62

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=240)

ปัจจัย	Correlation (r)	95%CI	p-value	แปลผลระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ	0.84	0.81 ถึง 0.88	<0.001	ระดับสูง
ปัจจัยเสริม	0.58	0.49 ถึง 0.66	<0.001	ระดับปานกลาง
ปัจจัยเอื้อ	0.96	0.95 ถึง 0.97	<0.001	ระดับสูง

จากตาราง พบว่า

ปัจจัยนำ พบว่า การได้รับการอบรมเรื่องทักษะการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ (r=0.84, 95%CI: 0.81 ถึง 0.88; p-value <0.001)

ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากผู้เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ (r=0.58, 95%CI: 0.49 ถึง 0.66; p-value <0.001)

ปัจจัยเอื้อ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการมีอุปกรณ์ หรือเครื่องมือ ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูง กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ (r=0.96, 95%CI: 0.95 ถึง 0.97; p-value <0.001)

2. การพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกระบวนการในการจัดการความรู้ดำเนินการหลังจากสรุปผลการศึกษาในระยะที่ 1 ทั้งนี้มีการดำเนินงาน 2 ขั้นตอน สามารถสรุปดังนี้

2.1 การจัดการความรู้ในรูปแบบความสัมพันธ์แบบปิรามิด (Knowledge Pyramid) ของ Hideo Yamazaki สามารถสรุปบทเรียนการจัดการความรู้ในประเด็นที่ได้รับจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงานของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ ในรูปแบบความสัมพันธ์แบบปิรามิด (Knowledge Pyramid) ของ Hideo Yamazaki โดยมีประเด็น / หัวข้อความรู้ 5 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค (Practice skill) ด้านการเคยได้รับการอบรมเรื่องทักษะการเฝ้าระวังป้องกันโรค ด้านการมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือในการเฝ้าระวังป้องกันโรค ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร และด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้เกี่ยวข้อง

2.2 การจัดการความรู้ในรูปแบบแบบการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR: After Action Reviews) สามารถสรุปผลจากกระบวนการในการจัดการความรู้ แบบการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR) ในการปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อประชุมทบทวนงานในภาพรวม จากผู้ที่รับผิดชอบงานหรือผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด เป็นการทบทวน/สอบทานวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ของงาน แผนงาน และวิธีการทำงานในแต่ละขั้นตอน เพื่อนำไปปรับปรุงงานในหรือวางแผนการดำเนินงานต่อไป ขั้นตอนดังกล่าว ได้ดำเนินการอย่างเรียบง่ายเพื่อลดขั้นตอนและพิธีการปฏิบัติ ซึ่งจะได้ผลการสรุปที่แท้จริงจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม

3. รูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการ

3.1 การกำหนดโครงสร้างในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

3.2 การจัดทำแผนบริหารจัดการในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโร

นา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่สามารถบริหารจัดการทั้ง คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และระบบที่ชัดเจน เพื่อที่จะแก้ไขส่วนที่ประสบผลสำเร็จน้อยที่สุด ทั้งในระดับอำเภอ และระดับตำบล

3.3 การกำหนดรูปแบบ การติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

3.4 ชี้แจงรูปแบบ แนวทางการ แผนงานโครงการ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

3.5 การนำแผนขับเคลื่อนการดำเนินงาน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ สู่การปฏิบัติ

3.6 การส่งเสริมด้านขวัญและกำลังใจในการทำงานแก่ทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน โดยการจัดกิจกรรมเพื่อมอบของขวัญ หรือประกาศเกียรติคุณ แก่ทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ผลงานที่ดีโดยมอบของรางวัลแก่ตำบลที่มีการดำเนินงานที่ยอดเยี่ยม ในวาระต่างๆ เช่น วันสำคัญ เทศกาลที่สำคัญ หรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประจำปี

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 พบว่า

ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถจำแนกได้รายด้านได้แก่

ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Access) พบว่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับพอเพียง (Adequate) สอดคล้องกับการถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย(ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, เพ็ญนภา ศรีหริ่ง ,รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง ,จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, ดิษฐพล ใจซื่อ , อภิรดี เจริญนุกูล, ทิพาวรรณ สมจิตร ,ชลดา กิ่งมาลา , ปณิตา ครองยุทธ,2564)

ความรอบรู้ด้านความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Understand) พบว่า อยู่ในระดับเป็นปัญหา (Problematic) โดยสอดคล้องกับ (กรรณิกา อุ่นอ้าย และคณะ , 2565) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย (กรรณิกา อุ่นอ้าย และคณะ , 2565)

ความรอบรู้ด้านการประเมินเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Appraisel) พบว่า ระดับพอเพียง (Adequate) โดยสอดคล้องกับ(จันทิมา ห้าวหาญ และ พรรณวดี ขำจริง, 2563) ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต

ความรอบรู้ด้านการประยุกต์ใช้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Apply) พบว่า อยู่ในระดับพอเพียง (Adequate) โดยสอดคล้องกับ กฤตยา แสวงทรัพย์, และเอื้อญาติ ชูชื่น (2562) ศึกษาเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผลการศึกษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยนำ คือการได้รับการอบรมเรื่องทักษะการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูง โดยสามารถจำแนกรายด้าน คือ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม หรือการรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งมีคะแนนปัจจัยแรงจูงใจอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม (จิราภรณ์ สีดาพล, 2557) รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับ แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยแกลง จังหวัดนครราชสีมา (ยุพิน อ้มพรมราช, 2557) การศึกษาปัจจัยจูงใจความมีจิตอาสาในกิจกรรมสาธารณสุขของผู้นำชุมชนแบบเป็นทางการในจังหวัดชลบุรี (อัจจนาถ ไชยนาพงษ์ และคณะ, 2559) และการศึกษาปัจจัยจูงใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (ณัฐจารีย์ จินดาวงศ์, 2556)

ทั้งนี้เพราะว่าการที่บุคคลจะทุ่มเทให้กับงานนั้น ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจเป็นสำคัญ ซึ่งแรงจูงใจนั้นมีผลต่อประสิทธิภาพของงาน และผู้บริหารหรือผู้บังคับควรให้ความสำคัญกับและเข้าใจกับพฤติกรรมของบุคคลเพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลในองค์กร (เนตร์พัณณา ยาวิราช, 2552) อีกทั้งแรงจูงใจเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลอยากทำงานและแสดงความสามารถในการทำงานออกมาอย่างเต็มที่และแรงจูงใจมีผลต่อผู้ปฏิบัติงานโดยตรง เพราะแรงจูงใจเป็นตัวสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน (ทับทิม วงค์ประยูร, 2554) ทั้งนี้แม้ว่าการดำเนินงานและการจูงใจอยู่ในระดับที่สูงแล้ว แต่ส่งที่ควรจะพัฒนาต่อไปคือการปฏิบัติและอำนวยการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

ปัจจัยเสริม คือการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากผู้เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยสามารถจำแนกรายด้าน คือ การได้รับการตรวจเยี่ยมให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข / เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง/อปท. ได้รับสิ่งสนับสนุนต่าง ๆการได้รับคำชื่นชม ยกย่องในการทำงาน ได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากหน่วยงานหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง การได้รับกำลังใจ ยกย่อง ชื่นชม จากครอบครัว ชุมชน มีคะแนนปัจจัยแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจต่อปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านปัจจัยค้ำจุนของบุคลากรในโรงเรียนสักกัดสำนักงานเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร(พัชรี ช้างเสวก และ สุรชัย สิกขาบัณฑิต, 2559) และการศึกษาปัจจัยค้ำจุนที่มีความสัมพันธ์ต่อความปรารถนาที่จะปฏิบัติงานในหน้าที่ตลอดไปของบุคลากรสายสนับสนุนของมหาวิทยาลัยรามคำแหง (พรรนภา สวนรัตนชัย, 2556)

ส่วนปัจจัยเสริมที่อยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วยได้รับการตรวจเยี่ยมให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข / เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง/อปท. ในการออกปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลดงเดือย อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย (วุฒิศักดิ์ บุญเฉลิม, 2555)

ทั้งนี้เพราะว่าการกำกับดูแล รวมทั้งการทำงานแบบเน้นการมีส่วนร่วม และการวางแผนงานอย่างเป็นระบบของ อำเภอท่าคันโท ส่งผลต่อระดับของปัจจัยเสริม เพราะว่าการจัดลำดับเหตุการณ์ต่างๆ ในการปฏิบัติงาน มีการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายต่างๆ ร่วมกัน และการวิเคราะห์งานที่ทำ รวมถึงการประเมินการปฏิบัติงานและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติงาน ซึ่งนโยบายเป็นแนวทางกว้างๆที่นำไปสู่ความสำเร็จ

ตามเป้าหมาย นโยบายที่ดีต้อง กะทัดรัด เข้าใจงาน และทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วม (ประชุม รอดประเสริฐ , 2545)

ปัจจัยเอื้อ คือการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการมีอุปกรณ์ หรือเครื่องมือ ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูง กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยสามารถจำแนกรายด้าน คือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในด้านความพอเพียงที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก (Accepability) การได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งวัสดุอุปกรณ์หรือทรัพยากรต่างๆ เช่นสถานบริการสุขภาพ บุคลากร โรงเรียน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ นั้นได้ง่ายขึ้น มีคะแนนปัจจัยแรงจูงใจอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการการถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย(ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, เพ็ญนภา ศรีหริ่ง ,รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง ,จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, ดิษฐพล ใจซื่อ ,อภิรดี เจริญนุกูล, ทิพาวรรณ สมจิตร ,ชลดา กิ่งมาลา , ปณิตา ครองยุทธ ,2564)

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ และนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ กำหนดเป็นพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกระบวนการในการจัดการความรู้ จำนวน 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดการความรู้ในรูปแบบความสัมพันธ์แบบปิรามิด (Knowledge Pyramid) ของ Hideo Yamazaki และ 2) การจัดการความรู้ในรูปแบบแบบการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR: After Action Reviews) ทำให้ได้รูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การกำหนดโครงสร้างในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน การจัดทำแผนบริหารจัดการในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน การกำหนดรูปแบบ การติดตามประเมินผล ชี้แจงรูปแบบ แนวทางการ แผนงานโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงาน การนำแผนขับเคลื่อนการดำเนินงาน สู่การปฏิบัติ ตลอดจนการส่งเสริมด้านขวัญและกำลังใจในการทำงานแก่ทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ทีมระดับตำบลและอำเภอ หรือผู้เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญต่อการติดตามการดำเนินงานทีมอาสา COVID-19 อย่างต่อเนื่อง เพื่อรับทราบปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นทุกระยะระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ควรมีการสนับสนุนให้ทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างต่อเนื่อง และสามารถนำไปปรับใช้กับโรคติดเชื้ออื่นๆได้อย่างเหมาะสม

3. ควรมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคให้แก่ทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าคันโท อย่างเพียงพอ

4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าคันโท โรงพยาบาลท่าคันโท หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนในการพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ที่สามารถบริหารจัดการทั้งคน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และระบบที่ชัดเจน เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับความต้องการอย่างเหมาะสม ยั่งยืน และให้เกิดประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนได้

5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลักดันเป็นนโยบายที่ชัดเจน ในการสร้างกระบวนการขับเคลื่อนงาน ภายใต้การพัฒนาและส่งเสริมด้านแรงจูงใจที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการดำเนินงานของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานในทุกๆ ด้าน ให้เกิดความครอบคลุมในทุกการดำเนินงาน เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า การจูงใจนั้นมีความสัมพันธ์ต่อผลการดำเนินงานชัดเจน รวมทั้งการทดลองปรับกระบวนงานตามปัจจัยจูงใจแล้ว พบว่าผลการดำเนินงานนั้นดีขึ้น ซึ่งจะทำให้งานได้ผล และคนเป็นสุข ส่งผลต่อการทำงานอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

6. ควรมีการวิจัยเพื่อประเมินผล และพัฒนากระบวนการในการพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ แบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยบูรณาการ ทั้ง คน เงิน วัสดุอุปกรณ์รวมทั้งทรัพยากรต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

7. ควรมีการนำกระบวนการไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะการทำงาน และนโยบายที่แตกต่างกัน เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการดูพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ แล้วทำการวิจัยผลของการเพื่อจะพัฒนาเป็นรูปแบบที่ได้มาตรฐาน ที่ทุกพื้นที่สามารถปรับใช้ได้

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคแจ้งด่วนที่สุดถึงผู้ว่าฯ ‘สกัด โควิด-19’ หลัง ปชช.กลับภูมิลำเนา เหตุ กทม.ปิดสถานที่ (ออนไลน์). 2563 (อ้างเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564) จาก https://www.hfocus.org/content/2020/03/18740

2.กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคนา 2019 (ออนไลน์). 2564 (อ้างเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564) จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_km.php

3.คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. โควิด-19 คืออะไร? (ออนไลน์). 2563 (อ้างเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564) จาก https://www.gj.mahidol.ac.th/main/covid19/covid19is/

4.ชญานิศ ลือวานิช และคณะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประชาชนที่อาศัยในจังหวัดภูเก็ต. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2563 ;14(3):1-15

5.ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19)” กรณีศึกษาประชาชนทุกสาขาอาชีพทั่วประเทศ. (ออนไลน์). 2560 (อ้างเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564) จาก https://www.hfocus.org/content/2020/04/18851

6.ภิฏฐา สุรพัฒน์ และคณะ. การใช้ยาในโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 COVID-19 (ออนไลน์). 2563 (อ้างเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564) จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue037/rama-rdu

7.วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ(ออนไลน์). 2560 (อ้างเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564) จาก http://203.157.65.15/anamai_web/ewt_dl_link.php?nid=10221

8.ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรมการปกครอง. ทีมอาสา COVID-19 ประจำหมู่บ้าน หรือ ทีม 4 ทหารเสือที่ทำการปกครองจังหวัด

9.กาฬสินธุ์ (ออนไลน์). 2563 (อ้างเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564) จาก http://report.dopa.go.th/covid19/ita_files/document/BestPractice60Kalasin.pdf

10.ศุภศิลป์ ดีรักษา และคณะ. ความรอบรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลท่าคันโทต่อการปฏิบัติในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019; โรงพยาบาลท่าคันโท 2563.

11.สถานเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุงวอชิงตัน . โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ออนไลน์). 2564 (อ้างเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564) จากhttps://thaiembdc.org/th/notification/notificovidsituationinthailand/

12.สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. ทฤษฎี PRECEDE – PROCEED Model (ออนไลน์). 2558 (อ้างเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564) จาก http://hepa.or.th/assets/file/conference/1%20PRECEDE%E2%80% 93PROCEED%20Model% 20ผศ.ดร.สุรีย์พันธุ์%20วรพงศธร.pdf

13.องค์การอนามัยโลก (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) (ออนไลน์). 2563 (อ้างเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564) จาก https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19

14.อวาทิพย์ แว. การเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา 2563 ;35(1):24-9

15.Nutbeam D. Health Promotion Glossary (1999) Health Promotion International, 13(4): 349-364. 1999 (also - WHO/HPR/HEP/98.1)

16.Kickbusch I, Maag D. Health literacy. In: Heggenhougen K, Quah S,editors. International Encyclopedia of Public Health. San Diego: Academic Press; 2008.pp. 204–11. [Google Scholar]

ประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลดอนตูม

Effectiveness of Cannabis Oil at Medical Cannabis Clinic in Dontum Hospital

(Received: November 6,2023 ; Revised: November 25,2023 ; Accepted: November 28,2023)

วิทูร อุปริกธาติพงษ์[1]
Witoon Uparikthatipong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยคลินิกกัญชาโรงพยาบาลดอนตูม โดยสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่าการประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยด้วย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)ในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คลื่นไส้ วิตกกังวล เบื่ออาหาร ความไม่สบายทั้งกายและใจนอนไม่หลับส่วนคุณภาพชีวิตมีคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ย 0.92±0.04 และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนอรรถประโยชน์มีความสัมพันธ์ ดังสมการ คะแนนอรรถประโยชน์ = 0.834+0.71(เพศ)-0.71(อายุ)+0.93(อาชีพ)-6.051E-7(รายได้)-0.75(โรคประจำตัว)+0.156(กลุ่มอาการมะเร็ง)+0.090(กลุ่มอาการนอนไม่หลับ)+0.111(กลุ่มอาการปวดเรื้อรังทุกชนิด)+0.008(ขนาดยาที่ใช้) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนอรรถประโยชน์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value<0.05) ได้แก่ เพศชาย อาชีพ และกลุ่มที่ใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับรักษาโรงมะเร็งและจากการศึกษาผลกระทบจากการใช้กัญชาทางการแพทย์พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการเวียนศีรษะ (ร้อยละ 9.5) รองลงมาคืออาการคลื่นไส้อาเจียน(ร้อยละ 4.8),ปวดท้อง(ร้อยละ 0.8), และจุกแน่น(ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ และมีคุณภาพชีวิตค่อนข้างดี ในด้านผลกระทบจากการใช้กัญชาทางการแพทย์นั้นส่วนใหญ่เป็นอาการที่ผู้ป่วยสามารถทนได้ ไม่พบอาการที่รุนแรง

คำสำคัญ: กัญชาทางการแพทย์, การประเมินและติดตามอาการผู้ป่วย, คุณภาพชีวิต

Abstract

This research proposes satisfaction, quality of life, and effects of patients after using cannabis oil at Medical Cannabis Clinic in Dontum Hospital. The author surveyed the sample of 126 patients with questionnaires and analyzed data with descriptive statistics and inferential statistics. The results showed that the assessment and follow-up with the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) in the sample group before and after usage of cannabis oil were statistically significant different in nausea, anxiety, lack of appetite, wellbeing, and insomnia. Moreover, the underlying diseases and the indications for therapy of the patients were statistically significant to the level of satisfaction with the efficacy of therapy (P<0.05)and the quality of life of the patients had mean utility scores at 0.92±0.04. The relation between utility scores and the factors affecting quality of life could be shown as utility scores = 0.834 + 0.71 (gender) - 0.71 (age) + 0.93 (career) - 6.0517 (income) - 0.75 (underlying disease) + 0.156 (cancers) + 0.090 (insomnia) + 0.111 (pains) + 0.008 (dosage). The factors which were influential to the utility scores with positive statistical significance (P<0.05) were male gender, career, and the indication for cancers. The effects after using cannabis oil were dizziness (9.5%), nausea and vomiting (4.8%), stomachache (0.8%), and throat discomfort (0.8%) respectively. As of the result, most patients were satisfied with cannabis oil treatment as they werehaving a better quality of life. However, minor side effects were found.

Keyword: Medical Cannabis, The Edmonton Symptom Assessment System, Quality of Life

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลดอนตูม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

บทนำ

ในปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกมีการนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์อย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีการวิจัยสนับสนุนถึงประโยชน์และโทษของกัญชามากขึ้น (กรมการแพทย์, 2564, 1) นับตั้งแต่การออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ซึ่งบังคับใช้ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 และการนิรโทษการครอบครองกัญชา ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ต่อมาในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มนำร่องเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล 12 แห่งทั่วประเทศ และสำหรับแพทย์แผนไทยเริ่มให้บริการนำร่องในโรงพยาบาล 13 แห่ง วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2562 ซึ่งโรงพยาบาลดอนตูมเป็นโรงพยาบาลนำร่องสำหรับกัญชาทางการแพทย์แผนไทยโดยมีกฎหมายให้ยกเว้นกัญชาจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ในกรณีที่นำมาใช้ในทางการแพทย์ เพื่อผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาโดยใช้กัญชาทางการแพทย์ได้มากยิ่งขึ้น (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565)

การศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในปัจจุบันนั้น พบว่าสามารถรักษาอาการของผู้ป่วยได้หลากหลาย โดยแบ่ง 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มแรก กลุ่มผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ได้ประโยชน์ โดยผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้มีหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพสนับสนุนอย่างชัดเจนว่าสามารถรักษาอาการ/โรค ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (Chemotherapy induced nausea and vomiting) โรคลมชักที่รักษาได้ยากหรือดื้อต่อยารักษา (intractable epilepsy) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) ภาวะปวดประสาท (neuropathic pain) ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วย AIDS ที่มีน้ำหนักตัวน้อย และ การรักษาแบบประคับประคองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มที่สอง กลุ่มผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่น่าจะได้ประโยชน์ โดยผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้มีหลักฐานสนับสนุนทางวิชาการที่มีคุณภาพสนับสนุนอย่างจำกัด ต้องการหลักฐานสนับสนุนเพิ่มเติม โดยมีอาการ/กลุ่มโรคที่เข้าข่าย ดังนี้ โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder) และกลุ่มโรคปลอกประสาทอักเสบ (Demyelinating diseases) อื่น ๆ เช่น Neuromyelitis Opticaและ Autoimmune encephalitis กลุ่มที่สาม กลุ่มผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์อาจได้ประโยชน์ในอนาคต โดยผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้มีแนวโน้มใช้ในการรักษาโรคมะเร็งได้โดยมีหลักฐานทางวิชาการบางส่วนสนับสนุน แต่ยังขาดการทดลองประสิทธิผลในหลอดทดลองและการทดลองความปลอดภัยและประสิทธิผลในสัตว์ จึงทำให้ยังไม่สามารถวิจัยในมนุษย์ได้ (กรมการแพทย์, 2564, น. 3-5)

โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในภาคกลางที่จ่ายกัญชาทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วยโดยมีแพทย์และแพทย์แผนไทยเป็นผู้ดูแล และจ่ายกัญชาทางการแพทย์รูปแบบน้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา) ซึ่งทางคลินิกกัญชาจะทำการนัดติดตามอาการผู้ป่วยทุก 2 เดือน ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาที่คลินิกกัญชาต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป พร้อมกับหลักฐานการรักษาโรคที่เป็นอยู่ ผลตรวจเลือดและยาที่ใช้ในปัจจุบันเพื่อให้แพทย์และแพทย์แผนไทยเป็นผู้พิจารณา ทางโรงพยาบาลได้กำหนดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายคือ โรงมะเร็ง โรคลมชัก โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ โรคไมเกรน ภาวะนอนไม่หลับ ภาวะปวดเรื้องรังทุกชนิด โรคอัมพฤกษ์-อัมพาต โรคสะเก็ดเงิน โรค SLE (แพ้ภูมิตัวเอง) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเกาต์ โรคหอบหืด โรคต่อมลูกหมากโต และโรคตับอักเสบ จึงทำให้คลินิกกัญชา โรงพยาบาลดอนตูม มีกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลายเหมาะแก่การศึกษาวิจัย ทางคณะผู้จัดทำจึงได้เลือกศึกษาผู้ป่วยที่ใช้การกัญชาทาง

การแพทย์ คลินิกกัญชา โรงพยาบาลดอนตูม เป็นกรณีศึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้

ดังนั้น งานวิจัยครั้งนี้ต้องการสำรวจประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์จากคลินิกกัญชา โรงพยาบาลดอนตูม เนื่องจากคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญต่อความคาดหวังของผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ เพราะปัจจุบันประเทศไทยมีการสนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์มากขึ้น จึงทำให้มีผู้ป่วยที่รับการรักษาโดยใช้กัญชาทางการแพทย์มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน เนื่องจากการรักษาโดยใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นการรักษาทางเลือกใหม่ และพืชกัญชาถูกมองว่าเป็นสารเสพติดและส่งผลกระทบเชิงลบมาเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยังมีประชาชนจำนวนไม่น้อยที่ยังเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชา จึงจำเป็นต้องอาศัยการส่งเสริมและสนับสนุนจากทั้งองค์กรของภาครัฐและเอกชนเพื่อให้ประชาชนไทยได้ใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างเป็นที่น่าพึงพอใจ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคลินิกกัญชาอย่างมีประสิทธิภาพ คณะผู้จัดทำจึงต้องการที่จะสำรวจความพึงพอใจและประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยคลินิกกัญชาโรงพยาบาลดอนตูม
2. เพื่อศึกษาผลกระทบจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยคลินิกกัญชา โรงพยาบาลดอนตูม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคลินิกกัญชา โรงพยาบาลดอนตูม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ กรณีศึกษาคลินิกกัญชาโรงพยาบาลดอนตูม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์จากคลินิกกัญชา โรงพยาบาลดอนตูม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์จากคลินิกกัญชา โรงพยาบาลดอนตูม ในช่วงสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 จากสูตรการคำนวณเพื่อหาตัวอย่างของประชากรของทาโร่ ยามาเน่

$$n=N/1+N*(e)^2$$

โดย n คือ ขนาดตัวอย่างประชากร

N คือ ขนาดของประชากรเท่ากับ 142 คน

e คือ ความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เท่าที่ยอมรับได้ = 0.05

จะได้ $n=142/1+142*(0.05)^2$

$n=104.80$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างอย่างน้อยที่สุด คือ 105 คน

*ข้อมูลจำนวนเฉลี่ยผู้ป่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลดอนตูม ตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2565

วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บตัวอย่างโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) ในการทำแบบสอบถาม ทำในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 ที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลดอนตูม ทุกวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ เวลา 13.00-15.00 น.

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างน้อย 2 เดือน
2. ผู้ป่วยที่สื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
3. ผู้ป่วยที่ยินยอมและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1. อายุต่ำกว่า 18 ปี
2. หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
3. มีประวัติแพ้สารสกัดกัญชา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สร้างแบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรุนแรงรายอาการก่อนและหลังใช้กัญชาทางการแพทย์คุณภาพชีวิต และผลกระทบจากการใช้กัญชาทางการแพทย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว กลุ่มอาการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ ขนาดและวิธีใช้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงรายอาการก่อนและหลังใช้กัญชาทางการแพทย์โดยใช้ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ซึ่งมีจำนวน 10 อาการ ได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้าวิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ เหนื่อยหอบและอื่นๆ มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน (คะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการ และ 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EuroQol (EQ-5D-5L) เป็นการประเมินผู้ป่วยใน 5 ด้าน ดังนี้ ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการดูแลตัวเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวด/ความไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความเศร้า (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2560, น. 1-3)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามผลกระทบจากการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นการประเมินผลกระทบต่อร่างกายหลังจากการใช้กัญชาทางการแพทย์แบบเลือกตอบ โดยประเมินอาการดังต่อไปนี้ใจสั่น, ประสาทหลอน เกิดภาพหลอน หูแว่ว, หวาดระแวง วิตกกังวล, ความสามารถในการควบคุมตัวเองไม่ดี, อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย, เวียนศีรษะ, ความจำระยะสั้นแย่ลง, คลื่นไส้อาเจียน, ปวดท้อง, และอาการอื่นๆซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์

เกณฑ์การแปลผล

เกณฑ์การประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยด้านความรุนแรงรายอาการก่อนและหลังใช้กัญชาทางการแพทย์โดยใช้ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ซึ่งมีจำนวน 10 อาการ ได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ เหนื่อยหอบและอื่นๆ มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน (คะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการ และ 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด)

เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิต EuroQol (EQ-5D-5L) โดยประเมินความรุนแรงของอาการเป็น 5 ระดับ โดยเรียงลำดับจาก

1 หมายถึง ไม่ปัญหาในการดำเนินชีวิต
2 หมายถึงมีปัญหาในการดำเนินชีวิตเล็กน้อย
3 หมายถึงมีปัญหาในการดำเนินชีวิตปานกลาง
4 หมายถึงมีปัญหาในการดำเนินชีวิตอย่างมาก
5 หมายถึงมีปัญหาในการดำเนินชีวิตอย่างมากที่สุด/ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมนั้นได้

โดยจะนำคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตไปแปลผลเป็นคะแนนอรรถประโยชน์ เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon signed-rank test Chi-square test และ Multiple linear regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านความเห็นชอบตามมติคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม หมายเลขรับรอง 28/2566 เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ในการดำเนินการวิจัยของผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยและสิทธิ์ในการเข้าร่วมโดยความสมัครใจและการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การรักษาความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างและข้อมลต่างๆมีผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอการเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการสำรวจผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ คลินิกกัญชาโรงพยาบาลดอนตูมทั้งสิ้น 126 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 61-65ปี ร้อยละ 20.6, รองลงมาคือ อายุ56-60ปี ร้อยละ 19.8, 66-70 ปี ร้อยละ 19.8, มากกว่า 70 ปี ร้อยละ 15.9, ไม่เกิน 50 ปี ร้อยละ 13.5 และ 51-55 ปี ร้อยละ 10.3 ตามลำดับ อาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นว่างงาน ร้อยละ 33.3, รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 20.6, เจ้าของกิจการหรือค้าขาย ร้อยละ 17.5, รับจ้างหรืองานอิสระ ร้อยละ 15.9, และข้าราชการ ร้อยละ 12.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 31, มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 23.8,มีรายได้มากกว่า 15,000 ร้อยละ 23.8, และมีรายได้10,001-15,000 บาท ร้อยละ 21.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 34.1, ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 23.8, โรคอื่นๆ ร้อยละ 11.9, โรคมะเร็งร่วมกับมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 11.1, โรคเรื้อรัง(เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง) ร้อยละ 10.3, พาร์กินสัน ร้อยละ 8.7 กลุ่มอาการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ส่วนใหญ่ใช้รักษามะเร็ง ร้อยละ 44.4 และขนาดของกัญชาทางการแพทย์ที่ใช้ส่วนใหญ่คือ 6-10 หยด ร้อยละ 54.8 โดยขนาดที่ใช้ต่ำสุดอยู่ที่ 3 หยด และสูงสุดอยู่ที่ 20 หยด

2. ความรุนแรงรายอาการก่อนและหลังใช้กัญชาทางการแพทย์ จากการประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยด้วย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) พบว่าก่อนและหลังการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ คลื่นไส้ วิตกกังวล เบื่ออาหาร ความไม่สบายทั้งกายและใจนอนไม่หลับ และกลุ่มอาการที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลียซึมเศร้าง่วงซึม/ สะลึมสะลือ และเหนื่อยหอบ(ตารางที่2)

ตารางที่2 คะแนนความรุนแรงรายอาการก่อนและหลังใช้กัญชาทางการแพทย์ (n=126)

อาการ	Mean	±SD	Median (Min, Max)	Mean	±SD	Median (Min, Max)	P-value
อาการปวด	2.72	2.75	2 (0, 8)	2.57	2.19	3 (0, 8)	0.67
อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย	2.25	1.1	2 (0, 8)	2.24	0.94	2 (0, 8)	0.93
อาการคลื่นไส้	2.26	3.04	0 (0, 8)	2.09	0.96	0 (0, 5)	0.01

ตารางที่2 คะแนนความรุนแรงรายอาการก่อนและหลังใช้กัญชาทางการแพทย์ (n=126)

อาการ	Mean	±SD	Median (Min, Max)	Mean	±SD	Median (Min, Max)	P-value
อาการซึมเศร้า	0.98	1.87	0 (0, 6)	0.9	1.72	0 (0, 6)	0.46
อาการวิตกกังวล	2.56	2.91	1 (0, 9)	1.71	2.29	1 (0, 7)	0.01
อาการง่วงซึม	1.44	2.43	0 (0, 8)	1.94	2.50	0 (0, 8)	0.64
อาการเบื่ออาหาร	1.62	2.65	0 (0, 9)	0.87	2.03	0 (0, 9)	0.01
ความไม่สบายทั้งกายและใจ	2.83	2.75	3 (0, 9)	1.80	2.55	0 (0, 9)	0.01
อาการเหนื่อยหอบ	1.58	2.42	0 (0, 8)	1.60	1.97	1 (0, 6)	0.7
อื่นๆ (นอนไม่หลับ)	3.04	3.34	1 (0, 10)	1.28	2.01	0 (0, 8)	0.01

* วิเคราะห์ด้วย Wilcoxon signed-rank test, SD = Standard deviation

3. คุณภาพชีวิต จากการศึกษาคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว ร้อยละ 77.8 ด้านการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง ร้อยละ 88.9 ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ร้อยละ 88.9 ด้านอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว ร้อยละ 81.1 ด้านความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า ร้อยละ 69.28 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนอรรถประโยชน์ (Utility) เท่ากับ 0.92 ± 0.04

4. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์คลินิกกัญชาโรงพยาบาลดอนตูม จากการศึกษาคุณภาพชีวิตโดยวิเคราะห์จากคะแนนอรรถประโยชน์ ผลการศึกษาพบว่า สมการ multiple linear regression สามารถทำนายคะแนนอรรถประโยชน์ได้ ร้อยละ 24.3

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนอรรถประโยชน์

ปัจจัย	Unstandardized B	Standardized coefficient beta	P-value
(Constant)	0.834		<0.001
เพศ(ชาย)	0.071	0.181	0.050
อายุ	-0.071	-0.175	0.056
อาชีพ	0.093	0.222	0.027
รายได้	-6.051E-7	-0.046	0.639
โรคประจำตัว	-0.075	-0.163	0.169
กลุ่มอาการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ (มะเร็ง)	0.156	0.395	<0.001
กลุ่มอาการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ (นอนไม่หลับ)	0.090	0.204	0.112
กลุ่มอาการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ (ปวดเรื้อรัง)	0.111	0.159	0.115
ขนาดยาที่ใช้	0.008	0.118	0.177

จากตาราง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตดังสมการ คะแนนอรรถประโยชน์ = 0.834+0.71(เพศ)-0.71(อายุ)+0.93(อาชีพ)-6.051E-7(รายได้)-0.75(โรคประจำตัว)+0.156(กลุ่มอาการมะเร็ง)+0.090(กลุ่มอาการนอนไม่หลับ)+0.111(กลุ่มอาการปวดเรื้อรังทุกชนิด)+0.008(ขนาดที่ใช้) และพบปัจจัยที่มีผลคะแนนอรรถประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศชาย คือ เพศชายมีผลทำให้คะแนนอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้น 0.181 หน่วย อาชีพ คือ การมีอาชีพมีผลทำให้คะแนนอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้น 0.222 หน่วย เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ว่างงาน กลุ่มอาการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ คือ กลุ่มที่ใช้กัญชาทางการแพทย์รักษาโรคมะเร็งมีผลทำให้คะแนนอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้น 0.395 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้กัญชาทางการแพทย์รักษาอาการอื่น

5. ผลกระทบจากการใช้กัญชาทางการแพทย์

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่กัญชาทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหลังจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 84.1 รองลงมาคือ มีอาการเวียนศีรษะ ร้อยละ 9.5, คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 4.8, ปวดท้อง ร้อยละ 0.8, จุกแน่น ร้อยละ 0.8 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ กรณีศึกษาคลินิกกัญชาโรงพยาบาลดอนตูม จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 50-70 ปี ส่วนใหญ่ว่างงาน ไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่มีรายได้ ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มอาการที่ใช้รักษาส่วนใหญ่คือ มะเร็ง ขนาดยาที่ใช้คือ 6-10 หยด ความรุนแรงรายอาการก่อนและหลังใช้กัญชาทางการแพทย์จากการประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยด้วย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) พบว่าก่อนและหลังการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คลื่นไส้วิตกกังวล เบื่ออาหาร ความไม่สบายทั้งกายและใจนอนไม่หลับและกลุ่มอาการที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลียซึมเศร้าง่วงซึม/ สะลึมสะลือ และเหนื่อยหอบ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย และคณะ (2564) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของสารสกัดกัญชา คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง โดยเป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Time series study) พบว่าข้อบ่งใช้ของยาสารสกัดกัญชาส่วนใหญ่ ได้แก่ การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ร้อยละ 53 รองลงมา ได้แก่ การใช้เพื่อลดภาวะปวดปลายประสาท (neuropathic pain) ร้อยละ 40, ใช้ในภาวะปวดศีรษะไมเกรน, ภาวะนอนไม่หลับ และภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด ร้อยละ 4, ร้อยละ 2 และร้อยละ 1 ตามลำดับ ด้านความปลอดภัยได้มีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาโดยใช้ Naranjo's algorithm พบในผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 10.6) โดยต้องหยุดยาจำนวน 3 รายเนื่องจากเกิดอาการ cannabis-induced psychosis 1 ราย, disorientation 1 ราย และ abnormal blood pressure 1 ราย สามารถใช้ยาต่อได้ 6 ราย โดยมีอาการดังนี้คือ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปากแห้ง ใจสั่น นอนไม่หลับ และภาวะเคลิ้มสุข ดังนั้นจากการศึกษานี้สามารถบอกได้ว่าการใช้ สารสกัดกัญชาสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดภาวะปวด

คุณภาพชีวิต จากการศึกษาคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ไม่มีปัญหาอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว และไม่มีปัญหาความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์คลินิกกัญชาโรงพยาบาลดอนตูม จากการศึกษาคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์คลินิกกัญชาโรงพยาบาลดอนตูม ได้แก่ เพศชาย คือ เพศชายมีผลทำให้มีคุณภาพชีวิต

เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับเพศหญิง อาชีพ คือ มีผลทำให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับคนที่ว่างงาน กลุ่มอาการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ คือ กลุ่มที่ใช้กัญชาทางการแพทย์รักษาโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้กัญชาทางการแพทย์รักษาอาการอื่น ผลกระทบจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ จากการศึกษาผลกระทบจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาอาการหลังจากใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการหลังจากใช้กัญชาทางการแพทย์ มีเพียงกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่พบอาการไม่พึงประสงค์ เวียนศีรษะ ร้อยละ 9.5, คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 4.8, ปวดท้อง ร้อยละ 0.8, จุกแน่น ร้อยละ 0.8 ตามลำดับ ซึ่งอาการที่พบเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้จากการใช้กัญชาทางการแพทย์ อีกทั้งเป็นอาการที่อยู่ระดับไม่รุนแรงที่ผู้ป่วยสามารถรับได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิธวินท์ ฝักเจริญผล วรยศ ดาราสว่าง. (2566). ผลการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต่ออาการไม่สุขสบายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า การใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง จากงานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยมี คะแนนอาการปวดลดลง จาก 5.5 เป็น 4 อาการคลื่นไส้อาเจียนดีขึ้น อาการเบื่ออาหารในผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น อาการเหนื่อยเพลียของผู้ป่วยดีขึ้น หลังใช้สารสกัดกัญชาผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อประเมินจากแบบสอบถาม EQ-5D-5L จาก 0.6 เป็น 0.7 และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย และคณะ (2564) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของสารสกัดกัญชา คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง เมื่อติดตามประสิทธิผลของยาสารสกัดกัญชาด้วยคุณภาพชีวิต ซึ่งได้จากแบบสอบถาม EQ-5D-5L ที่ประเมินจำนวน 10 ครั้ง พบว่าค่ากลางของคุณภาพชีวิตมีค่าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละครั้งของการติดตามการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านความปลอดภัยได้มีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาโดยใช้ Naranjo's algorithm พบในผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 10.6) โดยต้องหยุดยาจำนวน 3 รายเนื่องจากเกิดอาการ cannabis-induced psychosis 1 ราย, disorientation 1 ราย และ abnormal blood pressure 1 ราย สามารถใช้ยาต่อได้ 6 ราย โดยมีอาการดังนี้คือ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปากแห้ง ใจสั่น นอนไม่หลับ และภาวะเคลิ้มสุข ดังนั้น จากการศึกษานี้สามารถบอกได้ว่าการใช้ สารสกัดกัญชาสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดภาวะปวด

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์คลินิกกัญชาโรงพยาบาลดอนตูมเท่านั้น การนำผลศึกษามาใช้ในภาพรวมของประชากรทั้งประเทศอาจมีข้อจำกัด เนื่องจากคลินิกกัญชาในแต่ละโรงพยาบาลอาจมีการบริการที่แตกต่างกัน หรืออาจใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่แตกต่างกันได้

2. ควรมุ่งเน้นการประเมินผลและการติดตามระยะยาวของการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในลักษณะของการศึกษาในระยะยาว (longitudinal study)

3. ในการศึกษาคุณภาพชีวิต ควรศึกษาโดยนัดประเมินคุณภาพก่อนและหลังใช้ ซึ่งจะช่วยทำให้เห็นแนวโน้มว่ากัญชาทางการแพทย์มีผลต่อคุณภาพชีวิตหรือไม่

4. อาจนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์

5. อาจนำผลการศึกษาในเรื่องประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ไปปรับพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ และพัฒนาการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์

6. การให้ความรู้ ข่าวสารและการนำไปใช้อย่างถูกต้องยังมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1.กรมการแพทย์. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2564 [อัพเดตเมื่อวันที่ 4 ม.ค. 2564; สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ก.ค. 2566]. จาก:https://mnfda.fda.moph.go.th/narcotic/ wp-content/uploads/2021/04/Guidance-Updated-v-update-V.4260464.pdf

2. National Institute on Drug Abuse. (2018). Marijuana as medicine. AccessedOctober 19. Available from: https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana

3.คณะอนุกรรมการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์. คำแนะนำสำหรับแพทย์ การใช้กัญชาทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: แพทยสภา; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ก.ค. 2566]. จาก: https://tmc.or.th/pdf/fact/guideline_cannabis_101062.pdf

4.จันทนา พัฒนเภสัช, มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์. แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ก.ค. 2566]. จาก: https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/11/Thai5L_brief_Aug2017.pdf

5.สิน พันธ์พินิจ. เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2547.

6.ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย. ประสิทธิผลของสารสกัดกัญชา คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อวันที่ ก.ค. 2566]. จาก:http://db.hitap.net/articles/3246

7.ภาวิณี อ่อนมุก, ศุภะลักษณ์ ฟักคำ. ความคาดหวังและความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในหน่วยบริการของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ก.ค. 2566]. จาก: http://www.journalgrad.ssru.ac.th/index.php/8thconference/article/view/2371

8.บุญทิวา สู่วิทย์, สุณี พนาสกุลการ, เบญญาภา มุกสิริทิพานัน. การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: ว.พยาบาลสงขลานครินทร์;2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ก.ค. 2566]; 35(1): 153-164. จาก:https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/download/33107/28147/74276

9.พรพิมล เลิศพานิชม, ภัทรานิษฐ์ เมธีพิสิษฐ์, วัชรินทร์ วุฒิรณฤทธิ์, ศุภรัตน์ แป้นโพธิ์กลาง, อำภาพร นามวงศ์พรหม. ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการที่พบบ่อยทางคลินิกกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: ว.พยาบาลสงขลานครินทร์;2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ก.ค. 2566]; 41(3): 1-12. จาก:https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/download/ 202016/171843/909325

10.ภักศจีภรณ์ ขันทอง. ความคาดหวังและความพึงพอใจของประชาชนตอคุณภาพการบริการของคลินิกแพทย์แผนไทย [อินเทอร์เน็ต] . อุบลราชธานี: ศรีวนาลัยวิจัย;2561 [สืบค้นเมื่อ 2 ก.ค. 2566]; 8(2): 75-84. จาก: http://journalrdi.ubru.ac.th/article_files/1548830755.pdf

11. Cervantes J. The cannabis encyclopedia : the definitive guide to cultivation & consumption of medical marijuana. Vancouver: Van Patten Publishing; 2015.

12. วิธวินท์ ฝักเจริญผล วรยศ ดาราสว่าง. (2566). ผลการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต่ออาการไม่สุขสบายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 53 - 62

การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณ ระบบสลักเกลียว

Safety Risk Analysis of Steel Structure Installation Work Bolt System

(Received: September 25,2023 ; Revised: October 29,2023 ; Accepted: October 31,2023)

ประกายพล พันธ์วิเศษ[1], เสรีย์ ตู้ประกาย[1], วรานนท์ คงสง[1], ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย[1] , ธีรเดช สนองทวีพร[1] และ มงคล รัชชะ[2]
Prakaipon Panwiset [1], Seree Tuprakay[1], Waranon Kongsong[1] Chaiwat Pooworakulchai [1] , Teeradej Snongtaweeporn[1] and Mongkol Ratcha[2]

บทคัดย่อ

การศึกษามาตรการการป้องกันอุบัติเหตุในการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียวเป็นรูปแบบงานวิจัยแบบผสม แบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษามาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุด้วยแบบวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงานและประเมินความเสี่ยงในการติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียวและ เสนอแนวทางความปลอดภัยโดยการจัดทำแนวทางการตรวจสอบขั้นตอนการทำงานในการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว ใช้แบบวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความปลอดภัย (Job safety analysis) ในขั้นตอนการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณเป็นเครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลและประเมินกิจกรรมการปฏิบัติงาน ซึ่งมีทั้งหมดอยู่ 7 กิจกรรมสำหรับงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว รูปแบบงานวิจัยมีทั้งแบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยทำการวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยงของแต่ละกิจกรรมที่ปฏิบัติงาน ประเมินโดยวิศวกรผู้ควบคุมงาน ผู้เชี่ยวชาญ โฟร์แมนในสายงานโยธาหรือที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพ (จป.ว) และพนักงานผู้มีประสบการณ์ในงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว จำนวน 12 ท่านร่วมทำการประเมิน จากกการศึกษาพบว่ามีกิจกรรมที่มีระดับความเสี่ยงสูงคือกิจกรรมติดตั้งโครงสร้างคานเหล็กรูปพรรณ มีคะแนนความเสี่ยงสูงสุดที่ 9.75 คะแนน และกิจกรรมติดตั้งโครงสร้างเสาเหล็กรูปพรรณ คะแนนความเสี่ยง 8.47 คะแนน การวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงานตามกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงทั้ง 2 กิจกรรมนั้นมีความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียวในสนาม และได้จัดทำแนวทางการตรวจสอบมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว เพื่อนำไปปรับปรุงการทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน ให้มีความปลอดภัยและสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ

คำสำคัญ : การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง, โครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว, มาตรการป้องกันอุบัติเหตุ

Abstract

The study of accident prevention measures in the safety risk analysis of bolt system steel structure installation operation is a mixed research model. Quantitative and qualitative models. The objective is to study accident prevention measures through an analysis of work procedures and assess the risk of installing steel structures work bolt systems. It also aims to propose safety guidelines by creating a checklist for the work process during the installation of steel structures with bolt systems, utilizing Job Safety Analysis (JSA) as a tool for data collection and task evaluation. There are a total of seven activities involved in the installation of steel structures work bolt systems, and this research employs both quantitative and qualitative approaches. The risk assessment for each activity is conducted by engineers, experts, foremen in civil engineering or related fields, professional safety officers, and experienced workers in steel structure work bolt system installation. A total of twelve individuals participated in the assessment. The study found that the activities with the highest risk levels were the installation of steel beams with a risk score of 9.75 and the installation of steel columns with a risk score of 8.47. The analysis of work processes for these high-risk activities was consistent with the actual installation of steel structures with bolt systems in the field. Guidelines for checking accident prevention measures during the installation of steel structures and threaded

[1] สาขาวิชาการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding

fastening systems have been developed to be used for improving work processes, enhancing work efficiency, ensuring safety, and reducing the risk of accidents.

Keywords: Risk analysis and assessment, Steel structure, bolt system, Accident prevention measures

บทนำ

จากการพัฒนาของวัสดุและวิธีการคิดออกแบบ และวิธีการปฏิบัติ ส่งผลให้โครงสร้างอาคารที่มีการนิยมใช้กันมากที่สุดโครงสร้างหนึ่งคือโครงสร้างเหล็กรูปพรรณ ซึ่งข้อดีนั้นมีอยู่มากมายหลายเหตุผล เช่น ต้นทุนของโครงการถูกลง ลดระยะเวลาการทำงานลง สามารถควบคุมคุณภาพของงานได้ สามารถตอบโจทย์ผู้ออกแบบได้หลากหลายทั้งในด้านรูปร่างของอาคาร คุณสมบัติของโครงสร้างอาคาร ฯลฯ ดังนั้นโครงสร้างเหล็กเป็นรูปแบบโครงสร้างหนึ่งที่ถูกพิจารณาเลือกใช้ในงานก่อสร้างประเทศไทยมีกฎหมายในด้านความปลอดภัยในการทำงานและมาตรฐานการทำงานคือ พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมการทำงาน และมาตรฐานงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณซึ่งเป็นวิธีการประกอบชิ้นงานโครงสร้างเหล็กรูปพรรณเข้าด้วยกันโดยใช้สลักเกลียว (Bolts) และแป้นเกลียว (Nut) เป็นตัวยึดระหว่างชิ้นทั้ง 2 ชิ้น โดยร้อยผ่านรูเจาะและขันสลักเกลียวให้ได้แรงบิดตามที่กำหนดไว้ตามมาตรฐานสลักเกลียว จากความเป็นมาของปัญหาการศึกษาขั้นตอนการติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว มาตรการป้องกันและการประเมินความเสี่ยงในงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียวเพื่อเป็นแนวทางตรวจเช็คการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียวและเพื่อทราบถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะขั้นตอนการติดตั้ง รวมไปถึงกฎหมายและมาตรฐานที่จะนำมาใช้เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานเพื่อลดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นและเพิ่มคุณภาพของงาน และนำไปสู่ความปลอดภัยในการทำงานในงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษามาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุด้วยแบบวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงานและประเมินความเสี่ยงในการติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว

2. เพื่อเสนอแนวทางความปลอดภัย โดยการจัดทำแนวทางการตรวจสอบขั้นตอนการทำงานในการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษามาตรการ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ในงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว ศึกษาวิจัยเชิงผสมระหว่างเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนและวิธีการดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุ ทฤษฎีความปลอดภัย การจัดการคววามปลอดภัย กฎหมายความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมการทำงาน มาตรฐานการทำงานบนที่สูง งานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษากี่เกิดอุบัติเหตุในโครงการก่อสร้างและงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณ รวมถึงการศึกษาการเกิดอุบัติเหตุในงานก่อสร้าง[1] จากปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง แนวทางมาตรการป้องกันอุบัติเหตุเบื้องต้นในการทำงาน[2] รวมไปถึงการจัดการด้านความปลอดภัยของการก่อสร้าง[3] อีกทั้งมีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของคนงานในการทำงาน[4,5,6,7] การส่งเสริมกิจกรรมการทำงานอย่างปลอดภัย ซึ่งนำมาประกอบเนื้อในการจัดทำศึกษาประกอบการวิเคราะห์ผลการศึกษา

2. กำหนดขอบเขตงานวิจัย ทำการศึกษาขั้นตอนการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณโดยใช้โครงการอาคารจอดรถแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น เป็นกรณีศึกษางานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียวที่มีการทำงานตั้งแต่เริ่ม

โครงการจนจบโครงการ มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ วิศวกร ผู้เชี่ยวชาญ โฟร์แมนในสายงานโยธา เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพ(จป.ว) และพนักงานปฏิบัติงานผู้มีประสบการณ์ในงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว

3. วิเคราะห์กิจกรรมในการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณ จากการศึกษาและวิเคราะห์กิจกรรมการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียวในโครงการกรณีศึกษาได้มาทั้งหมด 7 กิจกรรม มีขั้นตอนย่อยในการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม และเครื่องมือ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว

5. วิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของงานโดยใช้แบบประเมิน (Job safety analysis) ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยเป็นแบบวิเคราะห์ขั้นตอนการปฏิบัติงานโดยประเมินถึงความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุ และความปลอดภัยในขณะที่ปฏิบัติงานของผู้ที่ปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว รวมถึงโอกาสที่จะเหตุและผลกระทบของเหตุการที่เกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติงาน โดยที่ผู้ศึกษาได้สรุปขั้นตอนการทำงานในแต่ละกิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อยลงในแบบวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านปลอดภัยของงานและตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัย การวิเคราะห์ความเสี่ยงและผู้ที่มีประสบการณ์ทางด้านโครงสร้างเหล็กรูปพรรณก่อนจะนำแบบวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยมาให้ วิศวกร ผู้เชี่ยวชาญ โฟร์แมนในสายงานโยธา เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพ (จป.ว) และพนักงานปฏิบัติงานผู้มีประสบการณ์ในงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว เป็นผู้ร่วมประเมินและให้ข้อมูล โดยจะมีช่องให้ทำการประเมินคะแนนโดยมีมีอยู่ 2 ช่องคือ 1) โอกาสการเกิดอุบัติเหตุจะมีระดับ 1 – 4 ระดับโดยมีแนวทางในการเลือกดังตารางที่ 1 2) ความรุนแรงและผลกระทบจะมีระดับ 1 – 4 ระดับโดยมีแนวทางในการเลือกดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การจัดลำดับของโอกาสการเกิดอุบัติเหตุ

ระดับ	รายละเอียด
1	ในทางปฏิบัติเป็นไปไม่ได้
2	มีโอกาสเกิดขึ้นได้นาน ๆ ครั้ง
3	อาจเกิดขึ้นได้จากการปฏิบัติงานตามปกติ
4	เกิดขึ้นได้จากการปฏิบัติงานตามปกติ

ตารางที่ 2 การจัดระดับความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้นของเหตุการณ์ต่าง ๆ

ระดับ	ความรุนแรง	รายละเอียด
1	เล็กน้อย	ปฐมพยาบาลเบื้องต้น/ทรัพย์สินเสียหายเล็กน้อย
2	ปานกลาง	รับการรักษาทางการแพทย์/ทรัพย์สินเสียหายปานกลางและสามารถดำเนินงานต่อได้
3	สูง	บาดเจ็บถึงขั้นต้องหยุดงานหรือเจ็บป่วย/ทรัพย์สินเสียหายมากและต้องหยุดการผลิตบางส่วน
4	สูงมาก	เสียชีวิตหรือบาดเจ็บสาหัส/ทรัพย์สินเสียหายมากและต้องหยุดการผลิตทั้งหมด

5. วิเคราะห์ผลและจัดทำแนวทางการตรวจเช็คมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การวิเคราะห์ผลจากคะแนนที่ได้จากการประเมินของประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 12 ท่านซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว และวิเคราะห์ความสอดคล้องของกฎหมายด้านความปลอดภัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน รวมไปถึงมาตรฐานการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว เพื่อนำไปจัดทำเป็นแนวทางการตรวจเช็คมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุสำหรับงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน ของโครงการอาคารจอดรถ 5 ชั้น พื้นที่รวม 12,000 ตารางเมตร รองรับรถจอดได้ 400 คัน และมีพื้นที่เช่าที่เป็นร้านค้าใต้อาคาร พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารประกอบด้วยลิฟต์โดยสารจำนวน 2 ยูนิต ระบบไฟฟ้าและสื่อสาร ระบบปรับอากาศ ระบบสุขาภิบาล ระบบป้องกันเพลิงไหม้ ระบบจอดรถและระบบขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน มีกิจกรรมในการปฏิบัติงานทั้งหมด 7 กิจกรรม ขั้นตอนย่อย และเครื่องมือ เครื่องจักร วัสดุ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

กิจกรรมที่-1 ปฏิบัติงานติดตั้ง Anchor Bolts มีขั้นตอนย่อยอยู่ 3 ขั้นตอนคือ 1) การหาระดับและแนวอ้างอิงตามแบบอาคาร 2) วาง Template ให้ได้ระดับและแนวที่หาไว้ 3) ทำการติดตั้ง Anchor Bolts โดยการเชื่อมติดกับเหล็กตอม่อ เครื่องมือและวัสดุที่สำคัญคือ กล้องระดับ กล้องวัดมุม ตู้เชื่อม อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล (PPE) เป็นต้น

ภาพที่ 1 การติดตั้ง Anchor Bolts

กิจกรรมที่-2 ปฏิบัติงานติดตั้งเสา (Column) เหล็กรูปพรรณ มีขั้นตอนย่อยอยู่ 4 ขั้นตอนคือ 1) ตรวจสอบความถูกต้องของชิ้นงาน 2) ยกชิ้นงานเข้าติดตั้งตามตำแหน่ง 3) ตรวจสอบดิ่งเสา 4) ขันสลักเกลียวเพื่อยึดเสาเข้ากับ Anchor Bolts มีเครื่องจักรเครื่องมือและวัสดุที่สำคัญคือ รถโมบายเครน สายพานยกชิ้นงาน ดิ่ง สว่านขันสลักเกลียว และอุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล (PPE) เป็นต้น

ภาพที่ 2 ติดตั้งเสาเหล็กรูปพรรณ

กิจกรรมที่-3 ปฏิบัติงานประกอบชิ้นงานส่วนคาน (Beam) มีขั้นตอนย่อยอยู่ 3 ขั้นตอน คือ 1)ตรวจสอบความถูกต้องของชิ้นงาน 2) ยกชิ้นงานเข้าติดตั้งตามตำแหน่ง 3) ทำการติดตั้งสลักเกลียวยึดคานกับเสา มีเครื่องจักรเครื่องมือและวัสดุที่สำคัญคือ รถโมบายเครน สายพานยกชิ้นงาน สว่านขันสลักเกลียว และอุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล (PPE) เป็นต้น

ภาพที่ 3 ติดตั้งคานเหล็กรูปพรรณ

กิจกรรมที่-4 ปฏิบัติงานประกอบชิ้นงานส่วนจันทัน (Rafter) ในส่วนหลังคา มีขั้นตอนย่อยอยู่ 4 ขั้นตอนคือ 1) ตรวจสอบความถูกต้องต้องของชิ้นงาน 2) ประกอบจันทัน 3) ยกจันทันขึ้นติดตั้งตามตำแหน่ง 4) ยกจันทันกับหัวเสาด้วยสลักเกลียว เครื่องจักรเครื่องมือและวัสดุที่สำคัญคือ รถโมบายเครน สายพานยกชิ้นงาน สว่านขันสลักเกลียว และอุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล (PPE) เป็นต้น

ภาพที่ 4 ติดตั้งแปเหล็ก

กิจกรรมที่ -5 ปฏิบัติงานติดตั้งแป (Purlin) รับหลังคาเมทัลชีท มีขั้นตอนย่อยอยู่ 3 ขั้นตอนคือ 1)ตรวจสอบความถูกต้องของชิ้นงาน 2) ยกชิ้นงานเข้าติดตั้งตามตำแหน่ง 3) เชื่อมแน่นแปติดกับจันทัน เครื่องจักรเครื่องมือและวัสดุที่สำคัญคือ รถโมบายเครน สายพานยกชิ้นงาน สว่านขันสลักเกลียว ตู้เชื่อม และอุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล (PPE) เป็นต้น

ภาพที่ 5 ติดตั้งแปเหล็ก

กิจกรรมที่ -6 ปฏิบัติงานทดสอบแรงบิดของน็อต(Bolts) ที่ใช้เป็นตัวยึดชิ้นงาน ขั้นตอนย่อยอยู่ 2 ขั้นตอนคือ 1) ตรวจสอบขนาดของน็อตและแรงบิดที่ใช้ทดสอบ 2) ทดสอบแรงบิดด้วยประแจทดสอบแรงบิด เครื่องมือและวัสดุที่สำคัญคือ ประแจทดสอบแรงบิด นั่งร้าน บันไดทรงA และอุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล (PPE) เป็นต้น

ภาพที่ 6 ทดสอบแรงบิดสลักเกลียว

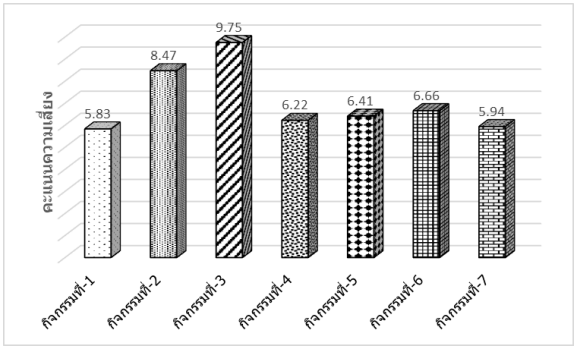
กิจกรรมที่ -7 ปฏิบัติงานทาสีบริเวณรอยต่อหลังจากทดสอบแรงบิดแล้ว มีขั้นตอนย่อยอยู่ 1 ขั้นตอนคือ เก็บสีตามตำแหน่งที่ไม่เรียบร้อย เครื่องมือและวัสดุที่สำคัญ คือ นั่งร้าน ลูกกลิ้งทาสี และอุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล (PPE) เป็นต้น

ภาพที่ 7 งานเก็บสีทาสี

2. ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องกับกฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ความสอดคล้องกับกฎหมายพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน [5] จะสอดคล้องในส่วนของการบังคับให้นายจ้างควบคุมดูแลการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองภัยส่วนบุคคลตลอดระยะเวลาการทำงาน และให้นายจ้างจัดการให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยเพื่อประเมินอันตราย ศึกษาผลกระทบ และจัดทำแผนงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานซึ่งจะสอดคล้องกับกฎกระทรวงกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับงานก่อสร้าง [6] ซึ่งอาคารที่เป็นกรณีศึกษานี้มาพื้นที่เกินกว่า 2,000 ตารางเมตรจำเป็นต้องให้นายจ้างจัดทำแผนงานความปลอดภัยและจัดให้มีคนควบคุมดูแลความปลอดภัยก่อนทำงานขฯทำงานทุกขั้นตอน กฎกระทรวงที่มีกำหนดมาตรฐานการทำงานในสถานที่ที่มีอันตรายจากการตกจากที่สูงและที่ชัน จากวัสดุกระเด็น ตกหล่น และพังทลายจากการตกลงไปภาชนะเก็บหรือรองรับวัสดุ [8] เนื่องจากมีการทำงานบนที่สูงในกิจกรรมการทำงานในกิจกรรม ปฏิบัติงานติดตั้งเสา (Column) เหล็กรูปพรรณ ปฏิบัติงานประกอบชิ้นงานส่วนคาน (Beam) ปฏิบัติงานประกอบชิ้นงานส่วนจันทัน (Rafter) ในส่วนหลังคา ปฏิบัติงานติดตั้งแป (Purlin) รับหลังคาเมทัลชีทและปฏิบัติงานทดสอบแรงบิดของน็อต(Bolts) ที่ใช้เป็นตัวยึดชิ้นงาน ซึ่งเป็นงานที่มีความเสี่ยงต่อการการเกิดอุบัติเหตุและอุปกรณ์การทำงานร่วงหล่นลงมาซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายกันคนที่อยู่ด้านล่างได้โดยให้นายจ้างจัดให้มีอุปกรณ์

คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล จัดทำตาข่ายนิรภัย มีป้ายเตือนให้ผู้ที่ปฏิบัติงานด้านล่าง เป็นต้น มาตรฐานการติดตั้งประกอบอุปกรณ์ป้องกันอันตรายอุปกรณ์ป้องกันส่วนป้องกันส่วนบุคคล การบำรุงรักษา ทำรั้วทำราวกันตก[9] ในหลายพื้นที่ในโครงการมีการทำงานบนที่สูงและมีช่องเปิดหลายที่ มาตรฐานการติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจึงเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานนำไปใช้จริงในการทำงานสอดคล้องกับการปฏิบัติหน้างานจริงที่มีการติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัย ราวกันตกตามช่องเปิดความสอดคล้องกับมาตรฐานการก่อสร้างอาคารโครงสร้างเหล็กรูปพรรณ[10] มีส่วนที่เกี่ยวข้องคือวิธีการติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียวซึ่งจะกำหนดแนวทางในการปฏิบัติ การตรวจสอบ การทำงาน การยกชิ้นงาน การตรวจสอบชิ้นงาน เป็นต้น มาตรฐานคุณลักษณะเฉพาะของเหล็กโครงสร้างรูปพรรณ ที่ใช้ในงานโครงสร้างอาคาร [11] ซึ่งกำหนดแนวทางการตรวจสอบชิ้นงานและคุณลักษณะของเหล็กรูปพรรณที่ใช้ในการก่อสร้างซึ่งสามารถใช้สำหรับตรวจสอบในขั้นตอนย่อยในขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของชิ้นงานซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขชิ้นงานก่อนติดตั้งต่อไป

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินความเสี่ยงด้วยวิธี Job Safety Analysis (JSA) การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินความเสี่ยง โดยวิศวกร ผู้เชี่ยวชาญ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพ หรือพนักงานที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณทั้งหมด 12 ท่าน เพื่อศึกษาและวิเคราะห์และทำให้ทราบถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม แต่ละขั้นตอนของการทำงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนจากการประเมินความเสี่ยงที่ได้จากการประเมินความเสี่ยงทั้งหมด 12 ท่าน ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 แผนภูมิแสดงค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความเสี่ยง ความรุนแรงและผลกระทบ

จากการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรมจากวิศวกร ผู้เชี่ยวชาญ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพหรือพนักงานที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณผู้ประเมิน ทั้งหมด 12 ท่าน พบว่าค่าเฉลี่ยที่ได้จากการประเมินความเสี่ยงของแต่ละกิจกรรมนั้น กิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงมีอยู่ด้วยกัน 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่มีคะแนนความเสี่ยงสูงลำดับที่ 1 คือ กิจกรรมที่-3 มีระดับคะแนนความเสี่ยงอยู่ที่ 9.75 คะแนนขั้นตอนที่อันตรายที่สุดคือขั้นตอนการติดตั้งคานไปยังตำแหน่งตามที่แบบกำหนดและระหว่างติดตั้งนั้นจำเป็นต้องมีคนขึ้นไปพร้อมคานที่ยกไปติดตั้งด้วยระหว่างการติดตั้งอาจจะมีอุปกรณ์ยึดจับร่วงหล่นลงมาโดนผู้ปฏิบัติงานด้านล่างเนื่องจากรายละเอียดในขั้นตอนนี้ คือระหว่างที่นำคานเข้าตำแหน่งนั้นผู้ติดตั้งต้องใช้อุปกรณ์ที่เป็นเหล็กแหลมเสียบตรงรูคานกับตัวยึดที่เสาให้ตรงกันจากนั้นนำน็อตมาร้อยเข้าไปยังรูที่เหลือจากนั้นใช้ประแจขันน็อตพอให้ตึงมือทั้งสองข้างแล้วนำจึงปลดอุปกรณ์ยึดจับซึ่งในที่นี้เรียกว่า สเก็น (Anchor Shackle) ซึ่งมีสลักอยู่มีความเป็นไปได้สูงว่าระหว่างปลดนั้นสลักของสเก็น(Anchor Shackle) อาจหลุดออกจากตัวสเก็น (Anchor Shackle) ได้อันเนื่องมากจากปัจจัยหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น สภาพพื้นที่การติดตั้งเป็นพื้นที่ที่จำกัดการจะล่วงมือไปปลดอุปกรณ์ยึดจับชิ้นงานนั้นเป็นไปได้ยาก หรือสภาพอากาศอาจมีลมแรงทำให้สลักหลุดออกจากตัวสเก็น(Anchor Shackle)

เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานขั้นสลักได้ไม่แน่นพอ ทำให้เกิดอุบัติเหตุที่ไม่คาดคิดขึ้นมาได้ และ

กิจกรรมที่คะแนนความเสี่ยงลำดับที่ 2 คือ กิจกรรมที่-2 ซึ่งมีระดับคะแนนความเสี่ยงสูงสุดอยู่ที่ 8.47 ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นหัวใจสำคัญของงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณนั้น คือ กิจกรรมงานติดตั้งเสาอาคาร โดยขั้นตอนย่อยที่มีคะแนนความเสี่ยงมากสุดนั้น คือ ขั้นตอนการขึ้นไปวัดดิ่งที่หัวเสา ซึ่งอาจเกิดอุบัติเหตุขึ้นได้เนื่องจากต้องอยู่บนหัวเสาเป็นเวลาค่อนข้างนานเพื่อรอปรับระนาบที่ตีนเสาและระหว่างปรับนั้น ผู้ที่ขึ้นไปดิ่งบนหัวเสาต้องค่อยวัดตลับเมตรเพื่อวัดดิ่งตลอดเวลาจนกว่าจะแล้วเสร็จ

ความเสี่ยงสูงของทั้ง 2 กิจกรรมนี้เป็นระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ โดยต้องจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับยอมรับได้ต่อไป

4. ผลการวิเคราะห์แนวทางการตรวจเช็คมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว

แนวทางการตรวจเช็คสามารถนำไปใช้ได้แต่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลักโดยเฉพาะระหว่างการปฏิบัติงานแนวทางการตรวจสอบมีไว้เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียวนั้น ทางผู้เชี่ยวชาญต้องการให้มีการติดตามตรวจสอบในระหว่างการทำงานด้วย ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญไม่ต่างกับการตรวจเช็คก่อนเริ่มงาน และแบบสำรวจสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบเชื่อมได้แต่ต้องเพิ่มขั้นตอนการทำงานและความเสี่ยงในแต่ละขั้นตอนด้วย งานที่ทำอยู่ในปัจจุบันนั้นมีลักษณะงานที่มีความหลากหลายจากการออกแบบของสถาปนิกและวิศวกรที่มีเทคโนโลยีในการออกแบบเขียนแบบที่สามารถท้าทายขีดจำกัดทางการออกแบบได้ ดังนั้นสถานประกอบ วิศวกร ผู้ปฏิบัติงาน ที่อยู่ในส่วนภาคสนามต้องมีการพัฒนารูปแบบการทำงานเพื่อให้สอดคล้องกับงานที่มีความซับซ้อนมากขึ้น แนวทางการตรวจสอบจะเป็นอีกหนึ่งตัวช่วยที่จะสามารถช่วยตรวจสอบความปลอดภัยในการทำงานเป็นอย่างดี เพราะการทำงานในวงการอุตสาหกรรมก่อสร้างทุกวันนี้ความปลอดภัยต้องมาก่อนเป็นอันดับแรก โครงสร้างเหล็กรูปพรรณ ระบบต่าง ๆ ณ ปัจจุบันได้มีการใช้งานกันอย่างแพร่หลายและหลากหลายลักษณะงาน การที่จะทำให้งานนั้นมีคุณภาพ ความปลอดภัยนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ควบคุมงาน วิศวกรพึงจะมีอันเป็นพื้นฐานที่ดีของผู้ปฏิบัติงานในวงการอุตสาหกรรมในประเทศไทย

สรุปผลการวิจัย

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า กิจกรรมที่มีคะแนนความเสี่ยงสูงที่สุดคือ กิจกรรมที่ 3 งานติดตั้งคานเหล็กรูปพรรณ (Beam) ขั้นตอนที่ 2 คือ งานยกชิ้นงานเข้าติดตั้งตามตำแหน่งซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญ โดยมีความเสี่ยงที่อาจเกิดอุบัติเหตุขึ้นได้มากในขั้นตอนนี้ ทั้งขั้นตอนการยก สายพานยกชิ้นงานชำรุด โมบายเครนสภาพไม่พร้อมใช้งาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงานอื่น ๆ ซึ่งถ้ากิจกรรมนี้ก่อข้อผิดพลาดขึ้นอาจส่งผลอย่างร้ายแรงต่อชีวิตและทรัพย์สิน เพราะขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินการติดตั้งหนึ่งในองค์ประกอบหลักของอาคาร ส่วนกิจกรรมที่มีความเสี่ยงมากเป็นอันดับ 2 คือ กิจกรรมที่ 2 ติดตั้งเสาเหล็กรูปพรรณ (Column) ขั้นตอนที่ 3 การเช็คดิ่งของเสาเหล็กรูปพรรณ โดยจะมีผู้ปฏิบัติงานขึ้นไปอยู่บนหัวเสาค่อยวัดตลับเมตรเทียบกับด้านล่างและทำการปรับดิ่งโดยขันสลักเกลียวไปตามทิศทางเพื่อให้เสานั้นอยู่ในระนาบ และขั้นตอนที่ 2 การยกชิ้นงานเข้าติดตั้งตามตำแหน่งที่กำหนดเนื่องจากเสามีน้ำหนักมากทำให้ต้องพิจารณาน้ำหนักของชิ้นงานและตำแหน่งที่ทำการยกชิ้นงาน และจำเป็นต้องตรวจสอบความพร้อมของโมบายเครนก่อนทำการยกชิ้นงานเป็นประจำ ซึ่ง 2 กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่มีระดับความเสี่ยงอยู่ที่ระดับสูง ซึ่งเป็นระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ โดยต้องจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับยอมรับได้ต่อไป และเป็นกิจกรรมที่เป็นองค์ประกอบหลักของอาคารจึงจำเป็นมีการจัดทำมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงต่อไป และกิจกรรมอีก 5 กิจกรรมนั้นมีระดับความเสี่ยงอยู่ที่ปานกลาง ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงได้จัดทำ

แนวทางการตรวจเช็คมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากิจกรรมงานติดตั้งคานเหล็กรูปพรรณและเสาเหล็กรูปพรรณใช้ระบบยึดโดยสลักเกลียวเป็นกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดในงานวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในส่วนองค์ประกอบหลักอาคารอาคารที่เป็นกรณีศึกษาครั้งนี้ ที่จะต้องมีความระมัดระวังในขั้นตอนการยกขึ้นติดตั้งเป็นอย่างมาก โดยจะต้องมีการควบคุมตรวจสอบร่วมกันทางวิศวกรซึ่งจะให้คำแนะนำด้านเทคนิคการติดตั้งตามคู่มือมาตรฐานงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพให้คำแนะนำทางด้านการทำงานบนที่สูงการยกของ ซึ่งเป็นขั้นตอนและหน้าที่ตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมการทำงาน และเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการด้านความปลอดภัย และส่วนสุดท้ายคือผู้ปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียวจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำจากวิศวกรและเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพ เพื่อการปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความปลอดภัย ถูกหลักวิศวกรรม และลดความเสี่ยงและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งอาจมีปัจจัยจากคน(Man) เครื่องจักร (Machine) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ตามทฤษฎีรูปแบบระบบความปลอดภัยของบ๊อบฟีเรนซ์ หากปฏิบัติงานโดยใช้ความเคยชินและไม่มีความรู้ การจัดการด้านความปลอดภัยที่มากพอ ความผิดพลาดอาจเกิดขึ้นได้ซึ่งจะส่งผลต่อชีวิตและทรัพย์สิน

กิจกรรมการติดตั้งจันทันเหล็กรูปพรรณ (Rafter) และกิจกรรมติดตั้งแปเหล็ก (Purlin) เป็นกิจกรรมที่ระดับความเสี่ยงอยู่ปานกลาง แต่อย่างไรก็ดีเป็นกิจกรรมที่ต้องทำงานบนที่สูงมากกว่า 2 เมตร ดังนั้นโอกาสและความเสี่ยงรวมถึงผลกระทบมีมากถึงชีวิต และทรัพย์สินได้

สุดท้ายกิจกรรมติดตั้ง Anchor Bolts กิจกรรมทดสอบแรงบิดสลักเกลียว และกิจกรรมเก็บรายละเอียดทาสี เป็นอีกกิจกรรมที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางเนื่องจากต้องทำงานกับสิ่งที่มีผลต่อร่างกายระยะยาว เช่น ควันเชื่อม สารเคมีผสมสี หรืออันตรายจาหน้างานอื่นดังนั้นความเสี่ยงจึงอยู่ในระดับปานกลางซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้แต่หากเกิดข้อผิดพลาดก็จะทำให้พิการ สูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน

ดังนั้นกิจกรรมในการปฏิบัติงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียวจำเป็นต้องมีการประเมินความเสี่ยงก่อนเริ่มดำเนินงานในทุกกิจกรรม เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุขณะทำงานและเพิ่มความปลอดภัยในการทำงานให้มากขึ้นอันจะนำไปสู่คุณภาพของงาน ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ถึงความปลอดภัยได้มากขึ้น และลดการสูญเสียชีวิตทรัพย์สิน เวลา อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การทำงานให้ทำการทวนสอบก่อนนำไปใช้ในโครงการทุกครั้งที่มีความเห็นจากผู้มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้ เพื่อเก็บเป็นข้อมูลแนวทางการตรวจสอบเพิ่มเติมหากองค์ประกอบอาคารมิได้เป็นองค์ประกอบหลัก หรือเป็นชิ้นงานที่มีลักษณะที่ไม่สมมาตรจึงจำเป็นต้องใช้การวิเคราะห์ประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีประสบการณ์เท่านั้น

2. ทำการศึกษารายละเอียดขั้นตอนการทำงานและประเมินความเสี่ยงของกิจกรรมการทำงานหากมีปัจจัยด้านคน เครื่องจักร และสิ่งแวดล้อมมาเพิ่ม

3. ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติมในการเกิดอุบัติเหตุเกี่ยวกับงานติดตั้งโครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว เช่น จากบุคคล เครื่องมือเครื่องจักร สภาพแวดล้อม ฯลฯ

4. ทำการศึกษาการรับรู้ของความรุนแรงผลกระทบของอุบัติเหตุ ของผู้ควบคุมงานและผู้ปฏิบัติงานเพิ่มเติม

5. วิเคราะห์แนวทางการตรวจเช็คมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานติดตั้ง

โครงสร้างเหล็กรูปพรรณระบบสลักเกลียว เพื่อสรุปแนวทางการตรวจเช็คเพิ่มเติมจากการใช้งานจริงที่มากกว่า 1 โครงการ ให้เกิดความหลากหลายของปัญหาและกิจกรรมการทำงานก็อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. ชวนะ กฤตพิทยบูรณ์ . ศึกษามาตรการป้องกันอุบัติในการยกอาคารคอนกรีตเสริมเหล็ก ขอบเขตของการวิจัยเป็นโครงการเสริมฐานรากและอุโบสถวัดมะเกลือ. สาขาการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม มหาวิทยาลัยรามคำแหง/กรุงเทพฯ; 2564.
2. การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค. คู่มือพัฒนาทีมปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัยด้านงานก่อสร้าง)ได้กำหนดแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุ โดยการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment); 2560.
3. จตุรส ต้อนรับ การจัดการความปลอดภัยปลอดภัยในการก่อสร้างอาคารโรงงานอุตสาหกรรม. สาขาการจัดการงานวิศวกรรม มหาวิทยาลัยสยาม; 2560.
4. บุญชัย สอนพรหม การศึกษาทัศนคติของคนงานก่อสร้างต่อสาเหตุการเกิดอุบัติในอุตสาหกรรมก่อสร้าง. สาขาวิชาวิศวกรรมโยธา สำนักวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2555.
5. ภูษิต เกียรติคุณ พฤติกรรมด้านความปลอดภัยของคนงาน ก่อนและหลังมีการเสริมกิจกรรม 5 ส.และอบรมความปลอดภัยในการทำงานในสถานประกอบการ. มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพมหานคร; 2535
6. แก้วฤทัย แก้วชัยเทียม. การรับรู้การจัดการความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงานระดับปฏิบัติการ. สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.กรุงเทพมหานคร; 2548.
7. สุดารัตน์ วิชัยรัมย์ ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตจากการปฏิบัติงานของคนงานก่อสร้าง. สาขาการจัดการทางวิศวกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์; 2552.
8. กฎกระทรวงที่มีกำหนดมาตรฐานการทำงานในสถานที่ที่มีอันตรายจากการตกจากที่สูงและที่ชัน จากวัสดุกระเด็น ตกหล่น และพังทลาย จากการตกลงไปในภาชนะหรือที่รองรับวัสดุ; 2564.
9. การป้องกันอันตรายในการทำงานบนที่สูง. สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน) สสปท; 2563.
10. คู่มือการก่อสร้างอาคารโครงสร้างเหล็กรูปพรรณ กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย; 2558.
11. มาตรฐานคุณลักษณะเฉพาะของเหล็กโครงสร้างรูปพรรณ ที่ใช้ในงานโครงสร้างอาคาร กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย; 2561.

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

BEHAVIOR MODIFICATION PROGRAMS FOR SELF-CARE OF NEW DIABETIC PATIENTS WHO RECEIVE SERVICES IN THE DIABETES CLINIC PHANOM PHRAI HOSPITAL, PHANOM PHRAI DISTRICT, ROI ET PROVINCE

Behavior modification programs for self-care of new diabetic patients who receive services in the diabetes clinic Phanom Phrai hospital, Phanom Phrai District, Roi Et Province.

(Received: October 3,2023 ; Revised: October 21,2023 ; Accepted: October 23,2023)

นิทัศน์ ชินบุตร[1]
Nitat Chinnabutr[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนมไพร โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนมไพร ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 59 คน เริ่มทำการทดลอง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2566 โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05. ผลการศึกษา หลังการทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนมไพร กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 6.93 คะแนน (95%CI=6.45-7.40) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น 10.98 คะแนน (95%CI=10.06-11.90) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าเพิ่มขึ้น 11.32 คะแนน (95%CI=10.47-12.17) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น 10.26 คะแนน (95%CI=9.45-11.05) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น 10.32 คะแนน (95%CI=9.38-11.26) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 17.70 คะแนน (95%CI=16.82-18.56) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลง 1.81 คะแนน (95%CI=1.53-2.07) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับน้ำตาลในเลือด ลดลง 14.87 คะแนน (95%CI=10.15-19.57) และผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ลดลง 1.03 คะแนน (95%CI=0.90-1.15) ต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ของการทดลองมีความเหมาะสมขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : โปรแกรม, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to study the results of a program to change self-care behaviors of new diabetic patients to receive services in the diabetes clinic Phanom Phrai Hospital. The sample group was new diabetic patients who received services in the diabetes clinic, Phanom Phrai Hospital. From the calculation to 59 people started experimenting during 1 October 2022 to 30 April 2023. the experimental group received the program for a period of 3 months. The data were collected using questionnaires twice before and after the experiment and were analyzed by descriptive statistics and presented in percentages, mean, standard deviations, medians, percentile 25th and percentile 75th. Comparing differences in average scores of variables of each group relied on the paired t-test and comparing differences in averages scores of the variables within the experimental group based on the independent

[1] โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

t-test determined with a statistical significance level at 5%. The study found that the results of the experiment show that after experimenting with a self-care behavior modification program for new diabetic patients receiving services at the Phanom Phrai Hospital's diabetes clinic, the sample group showed significant improvements. Here are the specific outcomes: The average score of knowledge about diabetes increased by 6.93 points (95%CI=6.45-7.40), the average score for psychological support increased by 10.98 points (95%CI=10.06-11.90), the average score for acceptance and value recognition increased by 11.32 points (95%CI=10.47-12.17), the average score for participation increased by 10.26 points (95%CI=9.45-11.05), the average score for information support increased by 10.32 points (95%CI=9.38-11.26), the average score for self-care behavior increased by 17.70 points (95%CI=16.82-18.56), the average Body Mass Index (BMI) score decreased by 1.81 points (95%CI=1.53-2.07), the average blood sugar level score decreased by 14.87 points (95%CI=10.15-19.57) and the average Hemoglobin A1c level score decreased by 1.03 points (95%CI=0.90-1.15) to the results of the experiment, it can be concluded that the self-care behavior modification program for new diabetic patients is significantly more effective than before the experiment at a 0.05 statistical level. The program achieved its intended objectives.

Keywords: program, self-care behavior, new diabetic patients

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณะสุขทั่วโลกและปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย จากการสำรวจของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ[1] พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 415 ล้านคนทั่วโลก และจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 และถึงแม้ว่าจะมีความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยากรเกี่ยวกับโรคเบาหวานแต่ความชุกและอุบัติการณ์ กลับมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติสาธารณสุขไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน[2] จากการการรายงานสถานการณ์โรค NCDs ในปี 2562 พบว่าความชุกของโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 9.5 และ 1 ใน 3 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มาจากประชาชนทั่วไปที่มีความเสี่ยง เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การกินผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ไขมันในเลือดผิดปกติ และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่ทำให้สูญเสียชีวิตทันที เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน มีความพิการทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เกิดข้อจำกัดด้านความสามารถ หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน การควบคุมโรคเบาหวานได้นั้นควรมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีน้อยกว่าร้อยละ 7 (HbA1C< 7%) และยังเป็นตัวชี้วัดสาขาโรคไม่ติดต่อของจังหวัดและยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศของ CUP พนมไพร (HbA1C<7% ต้องได้มากกว่าร้อยละ 40)[3] จากการสำรวจการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าในภาพรวมประเทศผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 25.62 และในส่วนของจังหวัดร้อยเอ็ดควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียง ร้อยละ 26.67 โรคเบาหวานจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในทุกระดับรวมทั้งจังหวัดร้อยเอ็ด

ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลพนมไพร จำนวน 3,761, 3,950 และ 4,061 ราย ตามลำดับ อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 8.60, 8.99 และ 9.42 ตามลำดับ โรงพยาบาลพนมไพรเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงมีคลินิกเบาหวานแยกจากผู้ป่วยนอกทั่วไป ให้บริการ 3 วัน/สัปดาห์จำนวนผู้มารับบริการวันละ 180-200 คน จัดระบบบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้สุขศึกษาก่อนพบแพทย์ พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรค นักโภชนากร ประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร เภสัชกรประเมินและให้ความรู้ในการใช้ยาและตรวจรักษาโดยแพทย์ทุกราย

ส่วนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่หลังแพทย์วินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรายใหม่พบพยาบาลประจำคลินิกเบาหวานให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวทุกกราย จะได้พบโภชนากรในวันที่มีคลินิกบริการเท่านั้น แต่ผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียง ร้อยละ 30.20, 20.71 และ 23.27 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นกลุ่มวัยทำงานซึ่งระยะเวลาการเป็นเบาหวานยังไม่นาน ปี 2565 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 399 ราย แบ่งกลุ่มช่วงอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 40.85, อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 59.14 และยังพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่แพทย์วินิจฉัยครั้งแรก FBS 200-299 mg/dl, FBS≥300 mg/dl ร้อยละ 49.12และร้อยละ 16.29 ตามลำดับ[4] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความสำคัญและความรุนแรงของโรคที่จะส่งผลต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ทีมพัฒนาคุณภาพคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลพนมไพรร่วมกันหาทางแก้ไขเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในภายหลังร่วมกันและจากการทบทวน วิเคราะห์ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ส่วนใหญ่มากจากกลุ่มเสี่ยงที่มี พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ควบคุมชนิดและปริมาณอาหารอย่างเหมาะสม และไม่ออกกำลังกาย แต่ถ้ามีกระบวนการดูแล ส่งเสริมการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เน้นเรื่องการบริโภคร่วมการเพิ่มกิจกรรมทางกาย จะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติและนำไปสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้[5]

ปัจจุบันกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายลดปัญหาโรคเรื้อรังด้วยการ ผลักดันและสนับสนุนให้เกิดโรงเรียนเบาหวาน เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในการจัดการตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และมุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงความรู้ และการดูแลทางด้านจิตใจผู้ป่วยให้เข้าถึงโปรแกรมความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคเบาหวานทั้งบุคคล ครัวเรือนและชุมชน การติดตามผลการดูแลด้วยตนเองผ่านแอปพลิเคชัน สมุดสุขภาพ เพื่อดูแลและจัดการตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอย่างดี และการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเป็นแล้วใช้เวลายาวนาน และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้เสียทรัพยากรการเงินด้านสุขภาพ ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมของประเทศจากภาวะทุพพลภาพ และ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชน การรักษาไม่ถูกต้องนำไปสู่ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมมากมาย[6] และจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของจุฑามาศ เกษศิลป์และคณะ (2556)[7] ได้ศึกษาผลของโปแกรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โดยใชทฤษฎีการดูแลของโอเร็ม ในบทบาทพยาบาลให้การ ส่งเสริมและความรู้ผู้ป่วย ฝึกทักษะการดูแลตนเองในเรื่อง อาหาร การออกกำลังการ การใช้ยา การดูแลเท้า การประเมินตนเองการแก้ไขปัญหา การสื่อสาร การใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จัดกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้งๆละ 1-2 ชั่วโมงและประเมินผลเดือนที่ 6 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้ คุณภาพชีวิตสูงก่อนได้รับโปรแกรม และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อสร้างรูปแบบการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ โดยจัดตั้งโรงเรียนเบาหวานรายใหม่ ปี 2565 ที่มีการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมและเป็นที่ปรึกษา ฝึกทักษะในเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย การใช้ยา การใช้สมุนไพร การดูแลเท้าและการดูแลสุขภาพในช่องปาก โดยใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการติดตามหลังเข้ากิจกรรมกลุ่มโดยการนำสื่อเทคโนโลยี ผ่านแอปพลิเคชัน Line group สื่อสารข้อมูลสุขภาพ เป็นช่องทาง

หนึ่งของการให้ความรู้ที่เหมาะกับสภาวการณ์ของสังคมปัจจุบันเป็นการสื่อสารที่เป็นช่องทางที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มมากขึ้น[8] ดังนั้น ผู้วิจัยนำนวัตกรรมเทคโนโลยีแอปพลิเคชัน Line group มาติดตามกลุ่มเข้าโรงเรียนเบาหวาน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้เป็นเบาหวานรายใหม่ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้เป็นเบาหวาน รายใหม่สูงกว่าก่อนการทดลอง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) เป็นการศึกษาแบบ One Group Pretest–Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดการวิจัยตามกำหนดเวลา และได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 59 คน

ประชากรและตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน[9]

$$n/group = \frac{2(Z_{\alpha}+Z_{\beta})^2\sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$ เมื่อ

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

z_{α} = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้ α =0.05 ดังนั้น $z_{0.05}$ =1.65

z_{β} = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 $z_{0.2}$ =0.84

σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของก่อนทดลองและหลังทดลอง

Δ^2 = ความต่างของผล (Effect size)

วชิรา สุทธิธรรม, ยุวดี วิทยพันธ์ และสุรินธร กลัมพากร (2559)[10] ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการ ดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลานสกา กลุ่มทดลอง 40 คน ก่อนทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนระดับฮีโมโกลบินเอวันซี เท่ากับ 8.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 1.42 หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนระดับฮีโมโกลบินเอวันซี เท่ากับ 7.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 0.78 จากการศึกษาดังกล่าวสามารถคำนวณหาค่าความแปรปรวนร่วมได้ดังนี้

$$s_p^2 = \frac{(n_1-1)sd_1^2+(n_2-1)sd_2^2}{n_1+n_2-2}$$

$$= \frac{(40-1)1.42^2+(40-1)0.78^2}{(40+40)-2}$$

$$= 1.31$$

Δ = 8.03-7.45 = 0.58

แทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n/group = \frac{2\alpha^2(Z_\alpha+Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

$$= \frac{2\times1.31(1.65+0.84)^2}{(0.58)^2}$$

$$= 48.38 \approx 49 \text{ คน}$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 49 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตาม ร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของสงกรานต์ กลั่นด้วง (2548)[11] พบว่า มีผู้ออกจากการทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็นร้อยละ 15.26

$$n_{ads} = \frac{49}{(1\text{-}0.15)}$$

= 59 คน

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างโดยใช้การประกาศรับสมัครผู้สนใจเข้าร่วมโครงการได้อาสาสมัคร จำนวนอย่างน้อย 59 คนต่อกลุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่าง 59 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นลักษณะคำถามแบบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ 15 คะแนน

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การตรวจสอบเครื่องมือ

ความตรงของโครงสร้างเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอคำปรึกษาและให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนของเนื้อหาก่อนนำไปทดลองใช้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item–Objective Congruence: IOC) พิจารณาให้คะแนนดังนี้ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่โรงพยาบาลโพนทอง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยใช้ KR-20 และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.81 และแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.75 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75

2. สถิติอนุมาน การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้กำหนดการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ α= 0.05 เพื่อ

2.1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด

และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้เป็นเบาหวานรายใหม่ โดยใช้สถิติ pair t-test นำเสนอด้วยค่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้

ได้รับการรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ COE 0822565 โดยได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 67.8 มีอายุเฉลี่ย 59.68 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตฐาน 11.95 ปี) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 39.0 มีสถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 74.6 พบว่าทำอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.9 และมีมัธยฐานรายได้ 8,000 บาท (P25 = 5,000 บาท , P75 = 15,000 บาท)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง (p<0.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 6.93 คะแนน (95%CI=6.45-7.40); กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางด้านจิตใจมากกว่าก่อนทดลอง (p<0.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 10.98 คะแนน (95%CI=10.06-11.90); กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่ามากกว่าก่อนทดลอง (p<0.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 11.32 คะแนน (95%CI=10.47-12.17); กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนทดลอง (p<0.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 10.26 คะแนน (95%CI=9.45 -11.05); กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าก่อนการทดลอง (p<0.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 10.32 คะแนน (95%CI=9.38-11.26) ;กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง (p<0.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 17.70 คะแนน (95%CI=16.82-18.56); กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (p<0.001) โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 14.87 คะแนน (95%CI=10.15-19.57) และผลต่างค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง โดยมีฮีโมโกลบินเอวันซี 1.03 คะแนน (95%CI=0.90-1.15) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการการดูแลตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้เป็นเบาหวานรายใหม่

ตัวแปร	ก่อน	หลัง	Mean differences	95%CI	p
	Mean(SD)	Mean(SD)			
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	5.42	12.35	6.93	6.45-7.40	<0.001
การสนับสนุนทางด้านจิตใจ	9.86	20.84	10.98	10.06-11.90	<0.001
การได้รับการยอมรับ/เห็นคุณค่า	9.61	20.93	11.32	10.47-12.17	<0.001
การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วม	10.55	20.81	10.26	9.45-11.05	<0.001
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	10.57	20.89	10.32	9.38-11.26	<0.001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	26.38	44.08	17.70	16.82-18.56	<0.001
ระดับน้ำตาลในเลือด	134.44	119.57	14.87	10.15-19.57	<0.001
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี	6.80	5.77	1.03	0.90-1.15	<0.00

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่อโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเกิดจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ทำงานในส่วนนี้มาก่อนและจากการมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างหลากหลาย ประกอบกับบริบทของพื้นที่ และการพัฒนาโปรแกรมเพื่อที่จะวัดผลที่ต้องการอย่างครบถ้วน เช่น กิจกรรมการเล่าประสบการณ์เพิ่มสาระน่ารู้เรื่องโรคเบาหวาน กิจกรรมการมีส่วนร่วมในป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ กิจกรรมต่าง ๆ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนพร อุ่นวงศ์ และมยุรี บุญศักดิ์ (2566)[12] พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) กลุ่มทดลองมีการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของโสภณ จันทะโคตร (2566)[13] พบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติในการป้องกันโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของสุธิพร หรเพลิด, นิจฉรา ทูลธรรม และเสฐียรพงษ์ ศิวินา (2562)[14] พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองมีค่าลดลงภายหลังการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยสรุป การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเอง ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง การฝึกอบรม เพื่อการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของตวงรัตน์ อินทรแสน (2564)[15] พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.01$) 2) ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการจัดการรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.01$) 3) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการจัดการรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.01$)

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน

1. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้โปรแกรมดังกล่าวในการส่งต่อในโรงพยาบาลชุมชนให้ครอบคลุมในจังหวัดร้อยเอ็ด หรือขยายพื้นที่ในการทดสอบประสิทธิผลของนวัตกรรมในพื้นที่อื่น

2. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมอื่นที่มีลักษณะและบริบทที่ใกล้เคียงหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาให้ลึกถึงสาเหตุหรือปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อสนับสนุนในการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ผสมผสานแนวทางต่าง ๆ การมีส่วนร่วม เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม

3. ควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการส่งต่อผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพและปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1.International Diabetes Federation. (2015). Diabetes Atlas. 7th Edition. Brussels: Belgium. From: http://www.diabetesatlas.org.

2.กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

3.กระทรวงสาธารณสุข. (2565). การสำรวจข้อมูลร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. จาก: https://hdcservice.moph.go.th.

4.ฐานข้อมูลใน Hos-xp โรงพยาบาลพนมไพร. (2565). ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยายาลพนมไพร ในช่วงปี 2563-2565. โรงพยายาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด.

5.กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

6.Somchamni, C., & Prakeechip, S. (2007). Chronic Disease Management Holistic High Cost Diseases. Nonthaburi: S. Phichit Printing.

7.จุฑามาศ เกษศิลป์ และคณะ. การจัดการดูแลตนเองความรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ก่อน-หลัง เข้าโปรแกรมจัดการการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี. วารสารกองการพยาบาล ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2556.

8.สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2561). ช่องทางหนึ่งของการให้ความรู้ที่เหมาะกับสภาวการณ์ของสังคมปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์.

9.Lemeshow, S. (1990). Adequacy of sample size in health studies. New York: J. Wiley for the World Health Organization.

10.วชิรา สุทธิธรรม, ยุวดี วิทยพันธ์ และสุรินธร กลัมพากร. (2559). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการ ดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลานสกา. วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2559.

11.สงกรานต์ กลั่นด้วง. (2548). การประยุกต์ใช้ the take PRIDE program ในการกำกับตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

12.พัฒนพร อุ่นวงศ์ และมยุรี บุญศักดิ์. (2566). ผลของการเข้าค่ายเบาหวานแบบค้างแรมโรงพยาบาลเขื่องในต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566.

13.โสภณ จันทะโคตร. (2566). ผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มีนาคม, 2023.

14.สุธิพร หรเพลิด, นิจฉรา ทูลธรรม และเสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2562). การประยุกต์ใช้โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเขวาตะคลอง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 5 ฉบับที่ 02 เมษายน – มิถุนายน 2562.

15.ตวงรัตน์ อินทรแสน. (2564). ผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ฎ๎กรีรัช ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (2021): มกราคม - มิถุนายน 2564.

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ผลิตภัณฑ์ : กรณีศึกษา กระบวนการผลิตน้ำมันจากเทคโนโลยีไพโรไลซิส

Carbon Footprint Assessment of a Product: A Case Study of Oil Production Using Pyrolysis Technology Process

(Received: September 26,2023 ; Revised: October 29,2023 ; Accepted: October 31,2023)

ฐิติพงศ์ ฐาปนะดิลก[1], เสรีย์ ตู้ประกาย[1], ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย[1] ธีรเดช สนองทวีพร[1] และ มงคล รัชชะ[2]*
Thitipong Tapanadilok [1], Seree Tuprakay[1], Chaiwat Pooworakulchai [1]Teeradej Snongtaweeporn[1] and Mongkol Ratcha[2*]

บทคัดย่อ

การศึกษาการประเมินปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ : กรณีศึกษาผลิตภัณฑ์น้ำมันจากกระบวนการเทคโนโลยีไพโรไลซิสในครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้อง และศึกษาปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการแปรรูปพลาสติกออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิง ได้ทำการศึกษาจากโครงการก่อสร้างโรงไฟฟ้าขยะชุมชนด้วยเทคโนโลยีไพโรไลซิส ในพื้นที่เทศบาลจังหวัดอุดรธานี โดยนำข้อมูลตามบัญชีรายการและแผนผังการไหลของกระบวนการแปรรูปพลาสติกออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิงจากการใช้เทคโนโลยีไพโรไลซิส มาคำนวณสัดส่วนปริมาณสารขาเข้าต่อปริมาณสารขาออกในแต่ละกระบวนการแปรรูป ที่ 1 กิโลกรัม เพื่อวิเคราะห์การใช้พลังงานปริมาณการใช้ทรัพยากรด้านพลังงานต่อการแปรรูปพลาสติกออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิงจากการใช้เทคโนโลยีไพโรไลซิส ซึ่งทำการนำข้อมูลมาประเมินปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก พบว่าผลรวมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกระบวนการแปรรูปพลาสติกออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิง 1 กิโลกรัม มีค่าเท่ากับ 0.7051 $kgCO_2eq$ โดยที่กระบวนการกลั่นน้ำมัน มีค่ามากที่สุด เท่ากับ 0.2765 $kgCO_2eq$ รองลงมาเป็น กระบวนการไพโรไลซิส 0.1382 $kgCO_2eq$ กระบวนการหั่นพลาสติก 0.1372 $kgCO_2eq$ กระบวนการเผาอากาศ 0.0770 $kgCO_2eq$ กระบวนการทำความเย็น 0.0301 $kgCO_2eq$ กระบวนการเป่าลมร้อน 0.0276 $kgCO_2eq$ กระบวนการบำบัดอากาศแบบเปียก 0.0087 $kgCO_2eq$ กระบวนการอบแห้งพลาสติก 0.0068 $kgCO_2eq$ และกระบวนการลำเลียงพลาสติก 0.0032 $kgCO_2eq_q$ ตามลำดับ ผลของการประเมินปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการ หรือมาตรการการตรวจสอบควบคุม เพื่อนำไปสู่การลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโครงการได้

คำสำคัญ : คาร์บอนฟุตพริ้นท์; ไพโรไลซิส; ก๊าซเรือนกระจก

Abstract

This study of evaluating the amount of carbon footprint resulting from a case study of oil production using pyrolysis technology process that is quantitative research. This study aims to study related law and study the amount of carbon footprint that occurs from the process of converting plastic into fuel. This study focused on the construction project for a municipal waste power plant with pyrolysis technology in the area of Udon Thani Province. The data collection from a list and flow diagram of the process of converting plastic into fuel using pyrolysis technology to calculate the proportion of the amount of incoming substances to the amount of outgoing substances in each processing process at 1 kilogram to analyze energy use. The use of energy resources for processing plastic into fuel using pyrolysis technology, which uses data to estimate the amount of greenhouse gas emissions. It found that the total amount of greenhouse gas emissions from the plastic processing process comes out as 1 kilogram of fuel has a value, which is equal to 0.7051 $kgCO_2eq$ whereas the oil refining process has the highest value is equal to 0.2765 $kgCO_2eq$. Followed by pyrolysis process 0.1382 $kgCO_2eq$, plastic shredding

[1] สาขาวิชาการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง * Corresponding

process 0.1372 kgCO_2eq, air burning process 0.0770 kgCO_2eq, cooling process 0.0301 kgCO_2eq, hot air blowing process 0.0276 kgCO_2eq, wet air treatment process 0.0087 kgCO_2eq, plastic drying process 0.0068 kgCO_2eq and plastic conveying process 0.0032 kgCO_2eq respectively. The results of the carbon footprint assessment can be used as a guideline for process improvement. Or inspection and control measures to lead to a reduction in the amount of greenhouse gas emissions of the project.

Keywords: carbon footprint; pyrolysis; greenhouse gas

บทนำ

ก๊าซเรือนกระจกถูกสร้างขึ้นมาจากกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์อย่างต่อเนื่องมาตลอด ยกตัวอย่าง เช่นการใช้พลังงาน การเกษตร การพัฒนาและขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม การขนส่ง รวมถึงการตัดไม้ทำลายป่า และการทำลายสิ่งแวดล้อมในรูปแบบอื่นๆ ล้วนแต่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะโลกร้อน ซึ่งแนวโน้มปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่องจะส่งผลต่อมนุษย์ และสิ่งมีชีวิตบนโลกในระยะยาว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศจะส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อการใช้ชีวิตมากยิ่งขึ้น เช่น อุณหภูมิของสภาวะปกติมีการเพิ่มสูงขึ้น การเกิดการเปลี่ยนแปลงของลมฟ้าอากาศอย่างสุดขั้ว ส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติที่มีความรุนแรงมากขึ้นกว่าทีเคยเป็นมา อาทิเช่น ภัยแล้ง น้ำท่วม[1]

ปริมาณขยะที่เกิดจากภาคครัวเรือนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และก่อให้เกิดปัญหาขยะมูลฝอยตามมา ซึ่งการที่นำขยะมูลฝอยไปทำการฝังกลบนั้นยังไม่ใช่รูปแบบของการจัดการ หรือการกำจัดขยะมูลฝอยที่มีความยั่งยืน และมีประสิทธิภาพมากพอ เนื่องจากหลุมฝังกลบที่นำขยะไปฝังนั้น สามารถที่จะปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากหลุมฝังกลบขยะมูลฝอยออกมาได้เช่นกัน ฉะนั้นจึงมีการหาแนวทางการใช้เทคโนโลยีที่สามารถนำมาใช้ในการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างมีประสิทธิภาพจากหลุมฝังกลบได้ ประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นทั่วประเทศใน พ.ศ. 2564 พบว่า มีปริมาณ 24.98 ล้านตัน ลดลงร้อยละ 1.54 จาก พ.ศ. 2563 ที่มีปริมาณ 25.37 ล้านตัน มีสาเหตุมาจากจำนวนนักท่องเที่ยวจากต่างประเทศมาประเทศไทยน้อยลงในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอย 1.03 กิโลกรัม/คน/วัน ลดลงจาก พ.ศ. 2563 ที่มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอย 1.05 กิโลกรัม/คน/วัน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปริมาณขยะมูลฝอยสูงสุด 16,771 ตัน/วัน รองลงมาคือ ภาคกลาง 16,635 ตัน/วัน กรุงเทพมหานคร 12,214 ตัน/วัน ภาคใต้ 8,304 ตัน/วัน ภาคตะวันออก 6,272 ตัน/วัน ภาคเหนือ 4,904 ตัน/วัน และภาคตะวันตก 3,334 ตัน/วัน และคิดเป็นขยะพลาสติกหลังการใช้งานประมาณ 2.76 ล้านตัน หรือประมาณร้อยละ 11 ของปริมาณขยะทั้งหมด [2]

หนึ่งในเทคโนโลยีที่มีความสามารถนำมาใช้ในการกำจัดขยะมูลฝอยได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ เทคโนโลยีไพโรไลซิส ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีสำหรับขยะพลาสติกที่สามารถผ่านกระบวนการเผา แล้วผลิตออกมาเป็นน้ำมันที่จะสามารถนำแปรสภาพไปเป็นเชื้อเพลิงในการผลิตพลังงานได้ต่อไป การแปรสภาพพลาสติกเป็นน้ำมันเชื้อเพลิง พลาสติกเป็นสารประกอบไฮโดรคาร์บอนจากปิโตรเลียม เช่นเดียวกับน้ำมันเบนซินและ ดีเซล แต่ต่างกันที่พลาสติกมีโมเลกุลที่ยาวกว่าน้ำมันทั้งสองชนิด กระบวนการไพโรไลซิสเกิดขึ้นได้โดยการให้ความร้อนแก่ขยะพลาสติก จะทำลายพันธะในโมเลกุลของพลาสติก ทำให้โมเลกุลแตกออกเป็นโมเลกุลย่อย ๆ ผลิตภัณฑ์ ที่ได้จึงมีโมเลกุลที่เล็กลง พลาสติกจึงเปลี่ยนสถานะจากของแข็งมาเป็นไฮโดรคาร์บอนซึ่งมี 3 ส่วน คือ ของแข็งคล้ายขี้ผึ้ง ของเหลว และก๊าซ ในการใช้เทคโนโลยีไพโรไลซิสมาใช้ในการกำจัดขยะยังจะต้องใช้พลังงานมาทำให้กระบวนการของระบบทำงานได้ ฉะนั้นการที่จะต้องใช้พลังงานมาทำให้กระบวนการของระบบทำงานได้ จะก่อให้เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

โดยปกติการผลิตพลังงานจากการไพโรไลซิสส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมน้อย เนื่องจาก เป็นระบบปิด เพื่อแสดงให้เห็นถึงปริมาณของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากเทคโนโลยีไพโรไลซิส จึงเกิดการศึกษาเรื่อง การประเมินปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีไพโรไลซิส โดยปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์และก๊าซเรือนกระจกทั้งหมดที่ ปลดปล่อยออกมาจากการสร้างผลิตภัณที่เป็นน้ำมันเชื้อเพลิง เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปสู่การหาแนวทางการพัฒนาในการลดปริมาณก๊าซเรือนกระจก จากการใช้เทคโนโลยีไพโรไลซิสต่อไป[3]

อุปกรณ์และวิธีการ

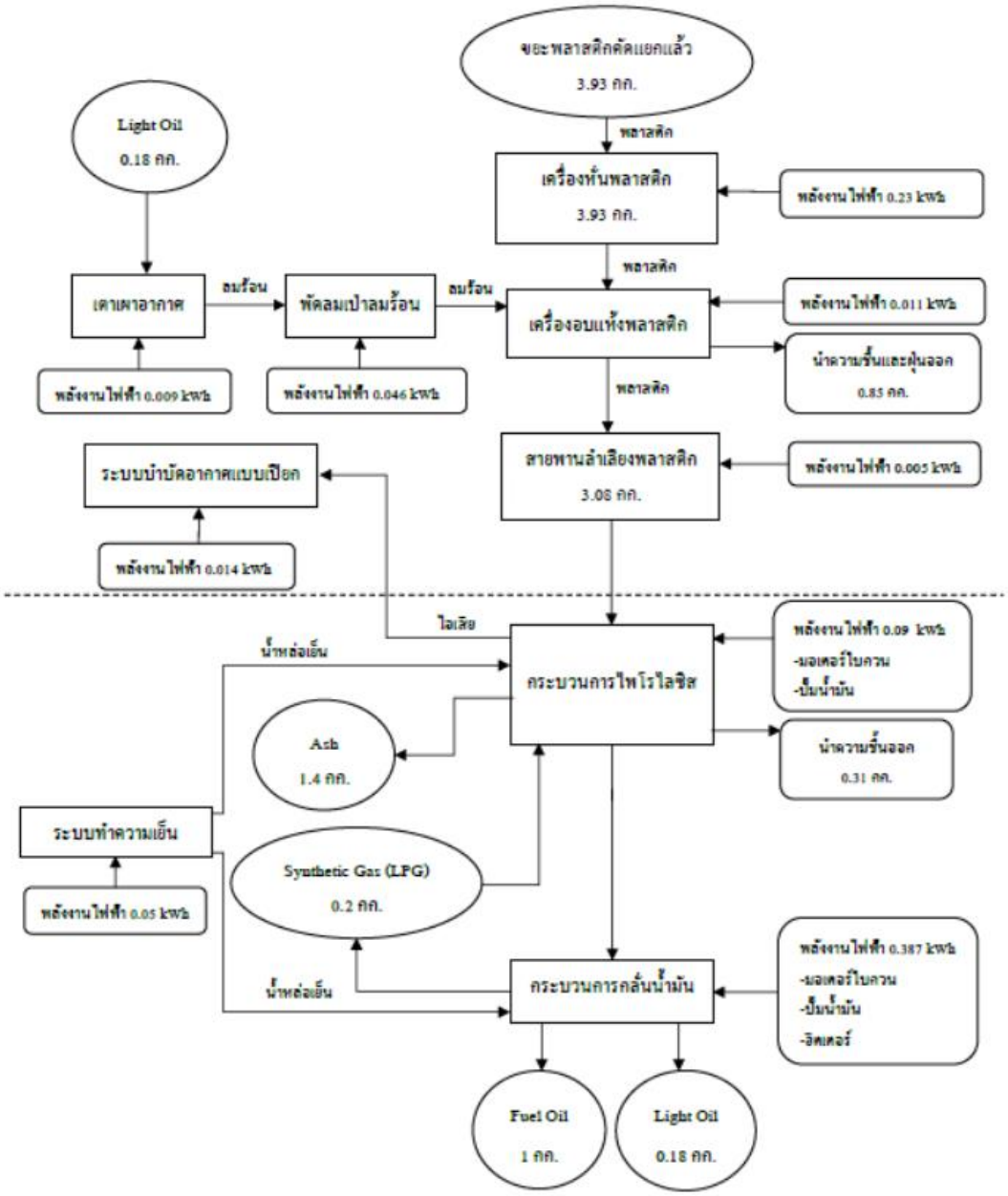
การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ซึ่งเป็นการประเมินปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ พิจารณาตั้งแต่ ขยะพลาสติกที่รับมาจากโรงคัดแยก จนถึงกระบวนการที่แปรรูปจากพลาสติกออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิงจากการใช้เทคโนโลยีไพโรไลซิส โดยที่การคำนวณหาปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ให้อยู่ในรูปแบบของคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ($kgCO_2eq$) โดยการคำนวณใช้ข้อมูลกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในกระบวนการผลิตน้ำมันด้วยเทคโนโลยีไพโรไลซีสคูณกับค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก และแสดงผลให้อยู่ในรูปของ ตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (tCO_2eq หรือ กิโลกรัม ($kgCO_2eq$) การคำนวณค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของผลิตภัณฑ์สามารถคำนวณได้จากสมการดังต่อไปนี้ [2] โดยมีแผนผังของกิจกรรมของกระบวนการดังแสดงในรูปที่ 1 ผังการไหลของกระบวนการแปรรูปพลาสติกออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิง 1 กิโลกรัม อ้างอิงจากองค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก [4]

ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก = ข้อมูลกิจกรรม x ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

ข้อมูลกิจกรรม (Activity Data) คือ ปริมาณการใช้พลังงานหรือปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นจากกระบวนการที่ก่อให้เกิดการปล่อยก๊าซออกมา เช่น ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง ปริมาณการใช้ไฟฟ้า ที่นับออกมาเป็นหน่วยของการใช้งาน ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Emission Factor) คือ ค่าสัมประสิทธิ์ซึ่งคำนวณได้จากปริมาณการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกต่อหนึ่งหน่วยกิจกรรม การคำนวณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจะต้องมีความโปร่งใสและสามารถบอกถึงที่มาของการคำนวณและแหล่งอ้างอิงค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกได้

ผลการศึกษา

จากการศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษากระบวนการผลิตน้ำมันเชื้อเพลิงจากการใช้เทคโนโลยีไพโรไลซิส ผลการศึกษาพบว่ามาตรการทางกฎหมายในการกำหนดมาตรฐานในต่างๆที่เกี่ยวข้อง มาตรการในการนำมาใช้ควบคุม มีการให้ความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ โดยรวมมุ่งเน้นไปทางการควบคุณคุณภาพของสิ่งที่จะปล่อยออกมาจากกระบวนการที่สามารถส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมโดยรอบได้ มีทั้งในด้านคุณภาพอากาศ และสิ่งแวดล้อมโดยรอบโครงการ โดยก่อนการเริ่มต้นโครงการควรที่จะต้องจัดเตรียมข้อมูลต่างๆ และข้อบังคับทางกฎหมาย นำมาใช้เป็นมาตรฐานในการออกแบบโครงการที่ทำการดำเนินงาน ในส่วนของก่อนการเริ่มโครงการต้องมีการเกี่ยวข้องกับ มาตรการทางกฎหมายในการขออนุญาตจัดตั้งโรงงาน และมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม ต่อมาในส่วนของการออกแบบโครงการ และดำเนินโครงการจะต้องมีการเกี่ยวเนื่องกับมาตรการในหัวข้อของมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมมลพิษจากแหล่งกำเนิด มาตรการทางกฎหมายในการตรวจวัดลักษณะ และวิธีคำนวณอากาศเสีย มาตรการทางกฎหมายในการกำหนดมาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศโดยทั่วไป ดังแสดงในตารางที่ 1



รูปที่ 1 ผังการไหลของกระบวนการแปรรูปพลาสติกออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิง 1 กิโลกรัม

ตารางที่ 1 แสดงการเชื่อมโยงระหว่างช่วงระยะเวลาการดำเนินโครงการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ช่วงระยะเวลา	มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
ก่อนการเริ่มโครงการ	การขออนุญาตจัดตั้งโรงงาน
	การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม
การออกแบบโครงการ และดำเนินโครงการ	การควบคุมมลพิษจากแหล่งกำเนิด
	การตรวจวัด ลักษณะ และวิธีคำนวณอากาศเสีย
	การกำหนดมาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศโดยทั่วไป

ตารางที่ 2 การใช้พลังงานและการประเมินค่าคาร์บอนฟุตพริ้นในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการไพโรไลซีส

กิจกรรม	ปัจจัย	อุปกรณ์เครื่องจักร	ปริมาณ	หน่วย	ค่าสัมประสิทธิ์	การปล่อยก๊าซเรือนกระจก ($kgCo_2eq$)	ร้อยละ
หั่นพลาสติก	พลังงานไฟฟ้า	เครื่องหมายเลข 1					
		มอเตอร์ขับเพลาใบมีดซ้าย	0.05641	kWh	0.5986	0.0338	4.79
		มอเตอร์ขับเพลาใบมีดขวา	0.05641	kWh	0.5986	0.0338	4.79
		มอเตอร์ชุดกรอง	0.00154	kWh	0.5986	0.0009	0.13
		สายพานลำเลียงออกจากเครื่องหั่น	0.00028	kWh	0.5986	0.0002	0.02
		เครื่องหมายเลข 2					
		มอเตอร์ขับเพลาใบมีดซ้าย	0.05641	kWh	0.5986	0.0338	4.79
		มอเตอร์ขับเพลาใบมีดขวา	0.05641	kWh	0.5986	0.0338	4.79
		มอเตอร์ชุดกรอง	0.00154	kWh	0.5986	0.0009	0.13
		สายพานลำเลียงออกจากเครื่องหั่น	0.00028	kWh	0.5986	0.0002	0.02
ผลรวมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของเครื่องหั่นพลาสติก						**0.1372**	**19.46**
อบแห้งพลาสติก	พลังงานไฟฟ้า	มอเตอร์ขับเคลื่อนเตาอบ	0.01128	kWh	0.5986	0.0068	0.96
ผลรวมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของเครื่องอบแห้งพลาสติก						**0.0068**	**0.96**
เผาอากาศ	พลังงานไฟฟ้า	พัดลมอัดอากาศหมายเลข 1 ขนาด 2500 CMH	0.00385	kWh	0.5986	0.0023	0.33
		พัดลมอัดอากาศหมายเลข 2 ขนาด 3500 CMH	0.00564	kWh	0.5986	0.0034	0.48
	พลังงานเชื้อเพลิง	น้ำมันเบนซิน	0.17735	kg/h	0.4024	0.0714	10.12
ผลรวมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของเตาเผาอากาศ						**0.0770**	**10.93**
เป่าลมร้อน	พลังงานไฟฟ้า		0.04615	kWh	0.5986	0.0276	3.92
ผลรวมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของพัดลมเป่าลมร้อน						**0.0276**	**3.92**
ลำเลียงพลาสติก	พลังงานไฟฟ้า	สายพานลำเลียงแบบโซ่ขาออกจากเครื่องอบพลาสติก	0.00056	kWh	0.5986	0.0003	0.05
		สายพานลำเลียงธรรมดาขาออกจากเครื่องอบพลาสติก	0.00113	kWh	0.5986	0.0007	0.10
		สายพานลำเลียงป้อนพลาสติก	0.00205	kWh	0.5986	0.0012	0.17

ตารางที่ 2 การใช้พลังงานและการประเมินค่าคาร์บอนฟุตพริ้นในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการไพโรไลซีส

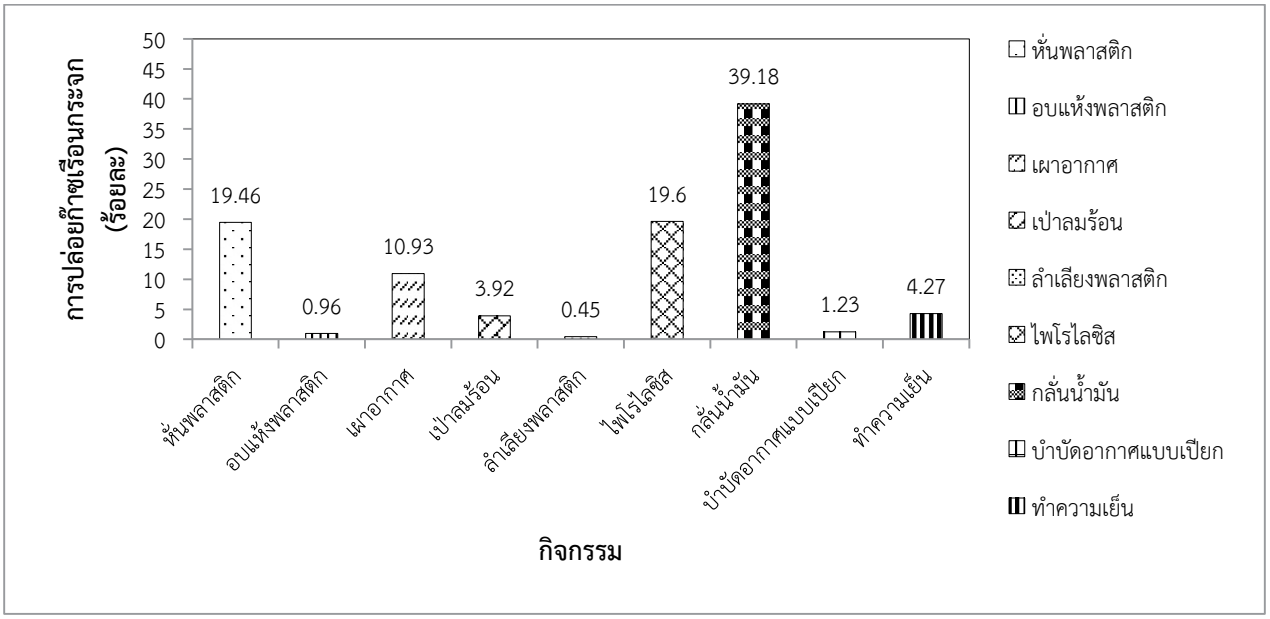
กิจกรรม	ปัจจัย	อุปกรณ์เครื่องจักร	ปริมาณ	หน่วย	ค่าสัมประสิทธิ์	การปล่อยก๊าซเรือนกระจก ($kgCo_2eq$)	ร้อยละ
		สายพานหมุนเวียน	0.00154	kWh	0.5986	0.0009	0.13
ผลรวมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของสายพานลำเลียงพลาสติก						**0.0032**	**0.45**
ไพโรไลซิส	พลังงานไฟฟ้า	มอเตอร์ใบกวนปั๊มน้ำมัน	0.01513	kWh	0.5986	0.0543	7.71
	พลังงานเชื้อเพลิง	ก๊าซหุงต้ม	0.19658	kg/h	0.4267	0.0839	11.90
ผลรวมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการไพโรไลซิส						**0.1382**	**19.60**
กลั่นน้ำมัน	พลังงานไฟฟ้า	มอเตอร์ใบกวนปั๊มน้ำมัน	0.04615	kWh	0.5986	0.0442	6.27
		ฮีตเตอร์	0.03077	kWh	0.5986	0.2321	32.91
ผลรวมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการกลั่นน้ำมัน						**0.2763**	**39.18**
บำบัดอากาศแบบเปียก	พลังงานไฟฟ้า	ปั๊มระบบบำบัดอากาศแบบเปียก	0.01154	kWh	0.5986	0.0069	0.98
		ปั๊มสำหรับเวนทูรี	0.00282	kWh	0.5986	0.0017	0.24
		ปั๊มมิเตอร์หมายเลข 1	0.00005	kWh	0.5986	0.00003	0.004
		ปั๊มมิเตอร์หมายเลข 2	0.00009	kWh	0.5986	0.0001	0.01
ผลรวมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของระบบบำบัดอากาศแบบเปียก						**0.0087**	**1.23**
ทำความเย็น	พลังงานไฟฟ้า	หอหล่อเย็น	0.00621	kWh	0.5986	0.0037	0.53
		ปั๊มสำหรับหอหล่อเย็น	0.01128	kWh	0.5986	0.0068	0.96
		เครื่องทำน้ำเย็น	0.02903	kWh	0.5986	0.0174	2.46
		ปั๊มสำหรับเครื่องทำน้ำเย็น	0.00379	kWh	0.5986	0.0023	0.32
ผลรวมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของระบบทำความเย็น						**0.0301**	**4.27**
ผลรวมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกกระบวนกการแปรรูปพลาสติกออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิงจากการใช้เทคโนโลยีไพโรไลซิส 1 กิโลกรัม						**0.7051**	**100.00**

สรุปและอภิปรายผล

ผลรวมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกระบวนการแปรรูปพลาสติกออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิง 1 กิโลกรัมดังแสดงในตารางที่ 2 มีค่าเท่ากับ 0.7051 $kgCO_2eq$ โดยที่กระบวนการกลั่นน้ำมัน มีค่ามากที่สุด เท่ากับ 0.2765 $kgCO_2eq$ รองลงมาเป็น กระบวนการไพโรไลซิส 0.1382 $kgCO_2eq$ กระบวนการหั่นพลาสติก 0.1372 $kgCO_2eq$ กระบวนการเผาอากาศ 0.0770 $kgCO_2eq$ กระบวนการทำความเย็น 0.0301 $kgCO_2eq$ กระบวนการเป่าลมร้อน 0.0276 $kgCO_2eq$ กระบวนการบำบัดอากาศแบบเปียก 0.0087

$kgCO_2eq$ กระบวนการอบแห้งพลาสติก 0.0068 $kgCO_2eq$ และกระบวนการลำเลียงพลาสติก 0.0032 $kgCO_2eq$ ตามลำดับ

จากการประเมินก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการแปรรูปพลาสติกออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิงจากการใช้เทคโนโลยีไพโรไลซิส ออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิง 1 กิโลกรัม โดยที่พบว่ากระบวนการกลั่นน้ำมันเป็นกระบวนการที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกออกมามากที่สุดดังแสดงในรูปที่ 2 กระบวนการกลั่นน้ำมันต้องการพลังงานความร้อนในการกลั่น เพื่อแยกน้ำมันเบา และน้ำมันเชื้อเพลิงออกจากกัน จึงมีการใช้พลังงานไฟฟ้าเป็นในการให้ความร้อน ซึ่งเป็นตัวแปรหลักในการสร้างก๊าซเรือนกระจก หากต้องการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก สามารถปรับปรุงกระบวนการเพื่อนำพลังงานจากความร้อนที่เหลือทิ้ง นำกลับมาใช้ เพื่อให้พลังงานแก่กระบวนการได้ และไม่ทำให้สูญเสียพลังงานไปแบบไม่เกิดประโยชน์



รูปที่ 2 การปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกระบวนการแปรรูปพลาสติกออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิง 1 กิโลกรัม (ในหน่วยร้อยละ)

สรุป

ผลการประเมินก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการแปรรูปพลาสติกออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิงจากการใช้เทคโนโลยีไพโรไลซิส ออกมาเป็นน้ำมันเชื้อเพลิง 1 กิโลกรัม มีค่าเท่ากับ 0.7051 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อกิโลกรัม หรือมีค่าเท่ากัน 705.1 กรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อกิโลกรัม โดยที่กระบวนการกลั่นน้ำมันเป็นกระบวนการที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกออกมามากที่สุด เนื่องจากกระบวนการกลั่นน้ำมันต้องการพลังงานความร้อนในการกลั่น เพื่อแยกน้ำมันเบาและน้ำมันเชื้อเพลิงออกจากกัน จึงมีการใช้พลังงานไฟฟ้าเป็นในการให้ความร้อน ซึ่งเป็นตัวแปรหลักในการสร้างก๊าซเรือนกระจก มีค่าเท่ากับ 0.2765 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อกิโลกรัม หรือมีค่าเท่ากับ 276.5 กรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อกิโลกรัม ผลการวิเคราะห์ค่าผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมส่ เกิดจากการใช้ทรัพยากรไฟฟ้า ที่เป็นปัจจัยสำคัญของ การให้พลังงานในการทำความร้อนเพื่อกลั่นน้ำมัน จึงทำให้ผลกระทบที่สำคัญที่สุดเกิดมาจากกระบวนการกลั่นน้ำมันเชื้อเพลิง

ข้อเสนอแนะ

เสนอแนวทางการใช้พลังงานจากความร้อนจากไอเสียที่มีอุณหภูมิสูงอยู่แล้ว มาเป็นแหล่งให้พลังงานความร้อน ก่อนที่จะนำไอเสียไปเข้าสู่กระบวนการบำบัดอากาศ ซึ่งพลังงานความร้อนนี้เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ที่สามารถนำมาทดแทนการใช้หรือ ช่วยลดการใช้พลังงานไฟฟ้าจากกระบวนการกลั่นน้ำมัน และทางผู้วิจัยแนะนำให้มีการพิจารณาถึงการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโครงการ เข้าไปในการการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม เพื่อทำให้เห็นถึงการป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในทุกรูปแบบ

เอกสารอ้างอิง

1.องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). (2565). แนวทางการประเมินคาร์บอน ฟุตพริ้นท์ขององค์กรโครงการส่งเสริมการจัดทาคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร. ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ.

2.สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (2565).รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2565, กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

3.ศิริวรรณ บุญวิบูลวัฒน์. (2556).การประเมินคาร์บอนคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของน้ำมันเชื้อเพลิงจาก กระบวนการไพโรไลซิสขยะพลาสติก. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การจัดการทางวิศวกรรม) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

4.องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) (2561). แนวทางการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ประสิทธิภาพในการบำบัดโลหะหนักของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

The Efficiency of Heavy Metals Treatment of The Wastewater Treatment System, Namon Hospital, Namon District, Kalasin Province

(Received: September 27,2023 ; Revised: October 29,2023 ; Accepted: November 4,2023)

อนุรักษ์ ปิ่นทอง[1] และทศพร ภูวันผา[1]
Anurak Pintong[1] and Thodsaphon Phuwanpha[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เปรียบเทียบปริมาณโลหะหนักในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐานและศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียในการบำบัดโลหะหนัก โดยใช้เทคนิค Atomic Absorption Spectrophotometry (AAS) ตามวิธีของ Standard Methods for The Examination of Water and Wastewater ซึ่งทำการเก็บตัวอย่างในช่วงเดือนมีนาคม – เมษายน พ.ศ. 2563

ผลการศึกษา พบว่า โครเมียม ตะกั่ว สังกะสีและปรอท ในน้ำเสีย เท่ากับ 0.033, 0.086, 0.383 และ 0.000168 mg/l ตามลำดับ และในน้ำทิ้ง เท่ากับ 0.063, 0.120, 0.278 และ 0.000004 mg/l ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบปริมาณโลหะหนักในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐาน พบว่า โครเมียม ตะกั่ว สังกะสีและปรอท มีค่าไม่เกินมาตรฐาน การเปรียบเทียบปริมาณโลหะหนักในน้ำเสียและน้ำทิ้ง โดยใช้สถิติ Pair Sample T-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า โครเมียม ตะกั่ว สังกะสีและปรอท มีค่า p-value < 0.05 ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลนามนมีประสิทธิภาพในการบำบัดสังกะสีและปรอท เท่ากับ 27.41% และ 97.61% ตามลำดับ ข้อเสนอแนะ คือ ดูแลและบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสียให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและเปลี่ยนดินและพืชในหน่วยบำบัดของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันการสะสมของโลหะหนักในดิน

คำสำคัญ : น้ำเสีย, น้ำทิ้ง, โลหะหนัก, ระบบบำบัดน้ำเสีย

Abstract

This research was survey research aims to analyze the heavy metals content in the influent and the effluent of wastewater treatment system of Namon Hospital, Namon District, Kalasin Province, to compare the amount of heavy metals in the influent with the standard values, and to compare of heavy metals content in the influent and the effluent for finding the efficiency of the wastewater treatment system for the treatment of heavy metals. The Atomic Absorption Spectrophotometry (AAS) was used to analyze based on the standard methods for the examination of water and wastewater. The samples were collected during March - April 2020.

The study indicated that the amount of chromium, lead, zinc and mercury in the influent were 0.033, 0.086, 0.383 and 0.000168 mg/l, respectively. The amount of chromium, lead, zinc and mercury in the effluent were 0.063, 0.120, 0.278 and 0.000004 mg/l, respectively. It was found that most of the effluent samples were below the standard exception. The results of the heavy metals in the influent and the effluent were compared by using Pair Sample T-test statistic. It was found that zinc and lead had p-value less than 0.05. The efficiency of treatment values for zinc and mercury were 27.41% and 97.61%, respectively. The recommendation are maintaining the wastewater treatment system in accordance with the technical principles and to periodically replace the soil and plants in the treatment unit of the wastewater treatment system to prevent the accumulation of heavy metals in the soil.

Keywords : Wastewater, Effluent, Heavy Metals, Wastewater Treatment System

[1] คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

น้ำเสียเป็นน้ำที่ผ่านการใช้ประโยชน์ในกิจกรรมต่าง ๆ จากทั้งชุมชน อุตสาหกรรมและเกษตรกรรม ซึ่งทำให้น้ำถูกปนเปื้อนจากสิ่งสกปรกต่าง ๆ จนไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อีก น้ำเสียจะถูกนำไปบำบัดก่อนถูกปล่อยเป็นน้ำทิ้ง ซึ่งถ้าไม่มีการบำบัดด้วยวิธีการที่เหมาะสมก่อนที่จะระบายลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ จะเกิดปัญหามลพิษขึ้นกับแหล่งน้ำนั้น ๆ จนไม่สามารถใช้ประโยชน์จากแหล่งน้ำได้ดังเดิม ก่อให้เกิดภาวะการขาดแคลนน้ำที่จะนำมาใช้ในการอุปโภค บริโภคและส่งผลกระทบอื่น ๆ ตามมาอีกมาก ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องทำการบำบัดน้ำเสียก่อนจะปล่อยสู่สิ่งแวดล้อม[1]

โรงพยาบาลเป็นแหล่งที่มีการปล่อยน้ำเสียที่มีความสกปรกสูง เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นสถานบริการการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วย การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการทดลองวิจัย โดยอัตราการการเกิดน้ำเสียจากโรงพยาบาลอยู่ที่ 800 ลิตร/วัน/เตียง[2] และมีแหล่งกำเนิดน้ำเสีย ได้แก่ อาคารผู้ป่วย บ้านพักเจ้าหน้าที่ สถานที่ทำการต่าง ๆ โรงซักฟอก โรงครัว โรงอาหาร ห้องปฏิบัติการ น้ำเสียจากห้องผ่าตัด ห้องคลอดและห้องเก็บรักษาศพ ห้องจ่ายยา ห้องผลิตยาและหน่วยล้างไต[3] โดยสิ่งปนเปื้อนในน้ำเสียของโรงพยาบาล ได้แก่ ยารักษาโรค วัสดุอุดฟัน สารฆ่าเชื้อโรคและสารเคมีจากห้องปฏิบัติการ ทั้งจากการชำระล้างและของเสียจากตัวอย่างส่งตรวจที่เหลือจากห้องปฏิบัติการ ซึ่งของเสียที่เป็นของเหลวทั้งหมดจะถูกเทลงไปรวมกันที่ระบบบำบัดน้ำเสีย หากการจัดการน้ำเสียของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างไม่ได้มาตรฐาน ขาดการจัดการและดูแลที่ดี จะทำให้โรงพยาบาลกลายเป็นแหล่งแพร่กระจายโรคภัยต่าง ๆ ไปสู่ประชาชนที่มารับบริการ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการ ประชาชนและชุมชนที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้เคียง ดังนั้นการบริหารจัดการน้ำเสียของโรงพยาบาล จึงเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานและปลอดภัยแก่ประชาชนผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งประชาชนและชุมชนที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้เคียง โรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องดำเนินการบำบัดน้ำเสียให้ได้มาตรฐานและเป็นไปตามกฎหมายที่กำหนด เพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าวและเป็นการลดปริมาณสารมลพิษและเชื้อโรคที่จะถูกระบายออกสู่สิ่งแวดล้อม[4]

โลหะหนักเป็นสิ่งปนเปื้อนหนึ่งที่พบในน้ำเสียจากโรงพยาบาล[4] สมหวัง ด่านชัยวิจิตร และคณะ (2005)[5] ตรวจพบตะกั่ว โครเมียมและแคดเมียมในน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล จำนวน 72 แห่ง ในประเทศไทย และพิบูลย์ เกิดโภคทรัพย์และคณะ (2551)[6] ตรวจพบแคดเมียม ตะกั่วและปรอท ในน้ำทิ้งจากอาคารต่าง ๆ ของคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งสำนักจัดการคุณภาพน้ำ (2560)[7] ได้อธิบายถึงโลหะหนักที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมว่าสามารถอยู่ในรูปของสารอินทรีย์หรืออนินทรีย์ที่สะสมอยู่ในห่วงโซ่อาหารและเป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิต โดยปกติจะอยู่ในน้ำเสียจากโรงงานอุตสาหกรรมและสารเคมีที่ใช้ในการกำจัดศัตรูพืชที่ปนเปื้อนมากับน้ำทิ้งจากการเกษตร สำหรับในเขตชุมชนอาจมีโลหะหนักที่เกิดจากอุตสาหกรรมหรือครัวเรือนบางประเภท เช่น อู่ซ่อมรถ ร้านชุบโลหะและน้ำเสียจากโรงพยาบาล เป็นต้น

โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีจำนวน 30 เตียง ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยคลอด และมีแหล่งกำเนิดน้ำเสีย ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน โรงครัวและโรงอาหาร ห้องปฏิบัติการ ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ที่พักอาศัยของเจ้าหน้าที่และสถานที่ทำการต่าง ๆ ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลนามนเป็นแบบบึงประดิษฐ์แบบผสม โดยใช้กกเป็นพืชหลักในการบำบัดน้ำเสีย ซึ่งดัดแปลงจากระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์ มีหน่วยบำบัด 5 หน่วย คือ 1) หน่วยบำบัดไร้อากาศ 2) หน่วยบำบัดเติมอากาศ 3) หน่วยบำบัดด้วยดิน (ทราย แกลบเผา) 4) หน่วยบำบัดด้วยพืช (ต้นกก) และ 5) หน่วยฆ่าเชื้อโรค มีอัตราน้ำเสียเข้าระบบบำบัดน้ำเสีย 30 ลบ.ม/วัน ดังนั้นการศึกษาประสิทธิภาพในการบำบัดโลหะหนักของระบบบำบัด

น้ำเสีย โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จะทำให้ทราบถึงปริมาณโลหะหนักในน้ำเสียและน้ำทิ้ง และประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียในการบำบัดโลหะหนัก ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปริมาณโลหะหนักในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน
2. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณโลหะในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน กับค่ามาตรฐาน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการบำบัดโลหะหนักของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน

วิธีการวิจัย

1. การกำหนดจุดเก็บตัวอย่าง การเก็บตัวอย่างน้ำเสียและน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยทำการเก็บตัวอย่าง 2 จุด คือ จุดรวมรวบน้ำเสียและจุดระบายน้ำทิ้ง ด้วยวิธีเก็บแบบจ้วง ทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 3 ตัวอย่าง ในช่วงเดือนมีนาคม – เมษายน พ.ศ. 2563

2. การวิเคราะห์โลหะหนัก โลหะหนักที่ศึกษาได้แก่ โครเมียม (Cr) ตะกั่ว (Pb) สังกะสี (Zn) และปรอท (Hg) โดยขั้นตอนการวิเคราะห์โลหะหนักในน้ำตัวอย่างดังนี้ 1) วิธีการเก็บตัวอย่าง เก็บตัวอย่างตามขั้นตอน Standard Methods for The Examination of Water and Wastewater[8] 2) การเตรียมตัวอย่าง เตรียมตัวอย่างตามขั้นตอน Standard Methods for The Examination of Water and Wastewater[8] 3) การวิเคราะห์ตัวอย่าง ใช้เครื่อง Atomic Absorption Spectrophotometer ยี่ห้อ Perkin Elmer รุ่น Pin AAcle 900F 3.1) เทคนิค Flame Atomic Absorption Spectrometry (FAAS) วิเคราะห์เหล็ก (Fe) โครเมียม (Cr) และสังกะสี (Zn)[8] 3.2) เทคนิค Hydride Generation/Atomic Absorption Spectrometric Method วิเคราะห์ตะกั่ว (Pb) และปรอท (Hg)[8]

3. การประมวลผล

3.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ Paired Sample t-Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

3.2 การศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย[9] ใช้สูตร

$$\text{ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย (\%)} = \frac{(A - B) \times 100}{A}$$

A = ปริมาณโลหะหนักในน้ำเสีย

B = ปริมาณโลหะหนักในน้ำทิ้ง

ผลการวิจัย

1. ปริมาณโลหะหนัก ผลการวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักในน้ำเสียและน้ำทิ้ง

โลหะหนัก	น้ำเสีย (mg/l)	น้ำทิ้ง (mg/l)
โครเมียม	0.033 ± 0.018	0.063 ± 0.017
ตะกั่ว	0.086 ± 0.011	0.120 ± 0.009
สังกะสี	0.383 ± 0.073	0.278 ± 0.085
ปรอท	0.000168 ± 0.000172	0.000004 ± 0.000012

ผลการวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักในน้ำเสีย พบว่า มีปริมาณโครเมียม ตะกั่ว สังกะสีและปรอท เท่ากับ 0.033, 0.086, 0.383 และ 0.000168 mg/l ตามลำดับ และปริมาณโลหะหนักในน้ำทิ้ง พบว่า มีปริมาณโครเมียม ตะกั่ว สังกะสีและปรอท เท่ากับ

0.063, 0.120, 0.278 และ 0.000004 mg/l ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบปริมาณโลหะหนักในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐาน ผลการเปรียบเทียบปริมาณโลหะหนักในน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์กับค่ามาตรฐานน้ำทิ้งจากโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรมและเขตประกอบการอุตสาหกรรมของกรมควบคุมมลพิษ ตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2559[10] ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐาน

โลหะหนัก	ปริมาณโลหะหนักในน้ำทิ้ง (mg/l)	ค่ามาตรฐาน (mg/l)
โครเมียม	0.063	< 0.250
ตะกั่ว	0.120	< 0.200
สังกะสี	0.278	< 5.000
ปรอท	0.000004	< 0.005

ผลการเปรียบเทียบปริมาณโลหะหนักในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐาน พบว่า ปริมาณโครเมียม ตะกั่ว สังกะสีและปรอท มีค่าไม่เกินค่ามาตรฐาน

3. ประสิทธิภาพการบำบัดโลหะหนักของระบบบำบัดน้ำเสีย ผลการเปรียบเทียบปริมาณโลหะหนักในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้สถิติ Pair Sample T-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบปริมาณโลหะหนัก ในน้ำเสียและน้ำทิ้ง

โลหะหนัก	ค่าสถิติ	
	t	p-value
โครเมียม	-21.433	0.000*
ตะกั่ว	-10.072	0.000*
สังกะสี	7.777	0.000*
ปรอท	3.663	0.001*

หมายเหตุ * มีความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การเปรียบเทียบปริมาณโลหะหนักในน้ำเสียและน้ำทิ้ง พบว่า โครเมียม ตะกั่ว สังกะสีและปรอท มีค่า p-value < 0.05 แสดงว่าปริมาณโครเมียม ตะกั่ว สังกะสีและปรอทในน้ำเสียและน้ำทิ้งมีค่าแตกต่างกัน โดยโครเมียมและตะกั่วในน้ำทิ้งมากกว่าน้ำเสีย แสดงว่าระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลนามนไม่สามารถบำบัดโครเมียมและตะกั่วได้ ส่วนสังกะสีและปรอทในน้ำทิ้งน้อยกว่าน้ำเสีย แสดงว่าระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลนามนสามารถบำบัดสังกะสีและปรอทได้ ซึ่งประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลนามน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย

โลหะหนัก	ปริมาณโลหะหนักในน้ำเสีย (mg/l)	ปริมาณโลหะหนักในน้ำทิ้ง (mg/l)	ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย (%)
โครเมียม	0.033	0.063	-90.90
ตะกั่ว	0.086	0.120	-39.53
สังกะสี	0.383	0.278	27.41
ปรอท	0.000168	0.000004	97.61

ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในการบำบัดสังกะสีและปรอท มีค่าเท่ากับ 27.41 % และ 97.60 % ส่วนการบำบัดโครเมียมและตะกั่ว

พบว่า ระบบบำบัดน้ำเสียไม่สามารถบำบัดโครเมียมและตะกั่วได้

สรุปผลวิจัยและอภิปรายผล

ผลการศึกษาปริมาณโลหะหนักในน้ำเสียของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน พบว่า มีปริมาณโครเมียม ตะกั่ว สังกะสีและปรอท เท่ากับ 0.033, 0.086, 0.383 และ 0.000168 mg/l ตามลำดับ น้ำเสียจากโรงพยาบาลจะมีการปนเปื้อนของเชื้อโรค ยารักษา สารพิษ ผงซักฟอก สารละลายและยาฆ่าเชื้อโรค รวมถึงโลหะหนัก ซึ่งเกิดจากกิจกรรมต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาลและอาคารต่าง ๆ ในโรงพยาบาล รวมทั้งบ้านพักของบุคลากรเจ้าหน้าที่[11] กองบริการสาธารณสุข (2564)[3] ได้อธิบายถึงการปนเปื้อนของโลหะหนักในน้ำเสียว่าเกิดจากกิจกรรมการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล ซึ่งโลหะหนักเป็นองค์ประกอบของยาที่ใช้ในการรักษา สารฆ่าเชื้อโรค และสารเคมีจากห้องปฏิบัติการ[12] โดยกรมอนามัย (2558)[13] ยังได้อธิบายถึงปรอทซึ่งเป็นส่วนผสมของอะมัลกัม (Amalgam) ที่ใช้ในงานทันตกรรม รวมทั้งน้ำเสียจากอาคารที่พักอาศัยในโรงพยาบาล และมีงานวิจัยที่ตรวจพบโลหะหนักในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลในประเทศไทย[5, 6, 14]

เมื่อเปรียบเทียบโลหะหนักในน้ำทิ้งกับค่ามาตรฐานน้ำทิ้งจากโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรมและเขตประกอบการอุตสาหกรรม[10] พบว่า มีค่าไม่เกินค่ามาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่พบว่าปริมาณโลหะหนักในระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลในประเทศไทยมีปริมาณเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน [5, 6, 14, 15] แต่ปรอทอาจพบว่ามีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยเฉพาะน้ำทิ้งจากงานทันตกรรม[6]

การเปรียบเทียบปริมาณโลหะหนักในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน โดยใช้สถิติ Paired Samples T-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ปริมาณสังกะสี และปรอท มีค่า p-value มีค่าเท่ากับ 0.000 และ 0.001 ตามลำดับ ซึ่งในน้ำเสียมีปริมาณสังกะสี เท่ากับ 0.383 mg/l และปรอท เท่ากับ 0.000168 mg/l และในน้ำทิ้งมีปริมาณสังกะสี เท่ากับ 0.278 mg/l และปรอท เท่ากับ 0.000004 mg/l จากผลการศึกษาในน้ำเสียมีปริมาณสังกะสีและปรอทมากกว่าในน้ำทิ้ง แสดงว่าระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลนามนสามารถบำบัดสังกะสีและปรอทในน้ำเสียได้ ซึ่งเบญจวรรณ นิลวงค์ และกรรณิการ์ แก้วกิ้ม (2559)[16] ได้อธิบายถึงการบำบัดโลหะหนักในน้ำเสียด้วยพืชว่าการตรึงด้วยพืชเป็นวิธีการกำจัดโลหะหนักโดยลดการเคลื่อนไหวของสารพิษในสิ่งแวดล้อม โดยใช้ส่วนรากของพืชตรึงโลหะหนักไว้กับดิน โดยมีประสิทธิภาพในการบำบัดสังกะสีและปรอท เท่ากับ 27.41% และ 97.61% ตามลำดับ

ส่วนการเปรียบเทียบปริมาณโครเมียมและตะกั่วในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลนามน มีค่า p-value มีค่าเท่ากับ 0.000 ซึ่งในน้ำเสียมีปริมาณโครเมียม เท่ากับ 0.033 \mg/l และตะกั่ว เท่ากับ 0.086 mg/l และในน้ำทิ้งมีปริมาณโครเมียม เท่ากับ 0.063 mg/l และตะกั่ว เท่ากับ 0.120 mg/l จากผลการศึกษาในน้ำเสียมีปริมาณโครเมียมและตะกั่วน้อยกว่าในน้ำทิ้ง แสดงว่าระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลนามนไม่สามารถบำบัดโครเมียมและตะกั่วในน้ำเสียได้ สาเหตุที่โครเมียมและตะกั่วในน้ำทิ้งมีมากกว่าในน้ำเสีย เนื่องจากระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลนามนซึ่งเป็นแบบบึงประดิษฐ์แบบผสม มีหน่วยบำบัดด้วยดินและหน่วยบำบัดด้วยพืช โครเมียมและตะกั่วสามารถสะสมอยู่ในตะกอนดินของหน่วยบำบัดทั้ง 2 นี้ได้ จึงสามารถปล่อยโครเมียมและตะกั่วออกมากับน้ำทิ้งได้ ซึ่งพิบูลย์ เกิดโภคทรัพย์ และคณะ (2551)[6] ได้อภิปรายผลเกี่ยวกับธรรมชาติของโลหะหนักในน้ำเสียจะตกตะกอนและจับตัวกับสารอินทรีย์หรือตะกอนดินที่อยู่ก้นบ่อเมื่อมีปัจจัยอื่นมากระทำ เช่น ความร้อน ภาวะความเป็นกรดเบส โลหะหนักที่อยู่ในรูปของอะมัลกัมหรือโลหะหนักที่จับตัวกับสารอินทรีย์และตะกอนดินสามารถแตกตัวออกจากกันและฟุ้งกระจายไปตามน้ำได้ ซึ่งดินที่ใช้ในหน่วยบำบัดที่

หน่วยบำบัดด้วยดินและหน่วยบำบัดด้วยพืช ทางโรงพยาบาลนามนไม่มีการเปลี่ยนดินตั้งแต่เริ่มใช้ระบบบำบัดแบบบึงประดิษฐ์แบบผสม ในปี พ.ศ. 2535

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการลดปริมาณโลหะหนักที่ในระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลนามน

1) ลดปริมาณโลหะหนักที่แหล่งกำเนิด โดยกำหนดวิธีการใช้ การเก็บรักษา วิธีการกำจัดสารเคมีเวชภัณฑ์ยาและวัตถุอันตรายให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

2) ดูแลและบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสียให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

3) เปลี่ยนดินที่ใช้ในหน่วยบำบัดด้วยดินและพืชในหน่วยบำบัดด้วยพืชของระบบบำบัดน้ำเสียเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันการสะสมของโลหะหนักในดิน

4) ติดตาม เฝ้าระวังและตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียและน้ำทิ้งเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบระบบบำบัดน้ำเสียอย่างต่อเนื่อง

5) ศึกษาพืชชนิดต่าง ๆ ที่ใช้บำบัดโลหะหนักในระบบบำบัดน้ำเสีย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. อนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน สำหรับพนักงานสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติการสาธารณาสุข พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
2. ฝ่ายคุณภาพสิ่งแวดล้อมและห้องปฏิบัติการ. คู่มือความรู้เกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสียแบบ AS สำหรับอาคาร. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2559.
3. กองบริการสาธารณสุข. คู่มือการควบคุมและบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล. สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด; 2564.
4. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. คู่มือมาตรฐานการสุขาภิบาลและความปลอดภัยในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ: 2557.
5. Somwang Danchaivijitr, Wichai Wongchanapai, Susan Assanasen and Duangporn Jintanothaitavorn. Microbial and Heavy Metal Contamination of Treated Hospital Wastewater in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand. January 2005; 88(10):59 - 64.
6. พิบูลย์ เกิดโภคทรัพย์, ประเวศ เสรีเชษฐพงษ์, เอมอร เบญจวงศ์กุลชัย, สุพจน์ พัฒนะศรี พิชญ รัชฎาวงส์, วรรณดารา อิทนทรปัญญา และจันทรวรรณ ตันเจริญ. การศึกษาวิจัยคุณภาพน้ำทิ้งภายในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วารสารทันตแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2551; 31:283 - 94.
7. สำนักจัดการคุณภาพน้ำ. ระบบบำบัดน้ำเสียชุมชน. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2560.
8. American public Health Association. Standard Methods for the Examination of water and Wastewater. 23rd Edition. American Public Health Association; 2017.
9 กรมโรงงานอุตสาหกรรม. ตำราระบบบำบัดมลพิษน้ำ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: กรมโรงงานอุตสาหกรรม; 2554.
10. ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากแหล่งกำเนิดประเภทโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรม และเขตประกอบการอุตสาหกรรม ประกาศในราชกิจจานุเบกษา พ.ศ. 2559 เล่ม 133 ตอนพิเศษ 129 ง วันที่ 29 มีนาคม 2559
11. Evens Emmanuel, Khalil Hanna, Christine Bazin, Gérard Keck, Bernard Clément and Yves Perrodin. Fate of glutaraldehyde in hospital wastewater and combined effects of glutaraldehyde and surfactants on aquatic organisms. Environment International. 2005; 31(3):399 - 406.
12. Beril Salman Akin. Contaminant Properties of Hospital Clinical Laboratory Wastewater: A Physiochemical and Microbiological Assessment. Journal of Environmental Protection. 2016; 7(5):635 - 642.
13. กรมอนามัย. มลพิษทางน้ำและผลกระทบต่อสุขภาพ. นนทบุรี: กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.

14. อนุรักษ์ ปิ่นทอง และดาราวัลย์ วิลัย. ปริมาณโลหะหนักในน้ำเสียและน้ำทิ้งของระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. Journal of Thonburi University (Science and Technology). 2020; 4(2):45 – 51.
15. อรรคพล ภูผาจิตต์. แนวทางการนำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสียกลับมาใช้ประโยชน์ โรงพยาบาลคำม่วง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2561; 3(2): 46 – 54.
16. เบญจวรรณ นิลวงค์ และกรรณิการ์ แก้วกิ้ม. การกำจัดโลหะหนักจากน้ำเสียด้วยระบบบึงประดิษฐ์และตัวดูดซับทางชีวภาพ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. 2559; 2(2):52 - 61.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน

FACTORS AFFECTING TO MENTAL HEALTH SERVICE UTILIZAITON AMONG IMMIGRANT EMPLOYEES BY FOLLOWING ASEAN COMMUNITY'S POLICY

(Received: September 29,2023 ; Revised: October 29,2023 ; Accepted: October 30,2023)

ชลธิชา แก้วอนุชิต[1] ศุภกฤต โสภิกุล[2] โยธิน แสวงดี[3]
Chonticha Kaewanuchit[1] Suphakrit Sopikul[2] Yothin Sawangdee[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบโควตาเพื่อเลือกจำนวนตัวอย่างมาจำนวน 400 คน ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ตัวแปรต้นวิเคราะห์โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ตลอดจนตัวแปรต้นกับตัวแปรตามจะวิเคราะห์โดยใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียรสัน ผลของการศึกษาพบว่า ตัวแปรการบริหารสาธารณสุข ตัวแปรด้านความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต ตัวแปรสถานะทางสุขภาพจิต และตัวแปรนโยบายประชาคมอาเซียน เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน โดยพบว่า ตัวแปรการบริหารสาธารณสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตมากที่สุด

คำสำคัญ : การใช้บริการทางสุขภาพจิต, แรงงานข้ามถิ่น, นโยบายประชาคมอาเซียน

ABSTRACT

This research was a cross-sectional descriptive survey. The aim of this research was to study factors affecting to mental health service utilization among immigrant employees by following ASEAN community's policy. The study used the quota sampling to select 400 cases. General data and independent variables were analyzed by number, percentages, mean, S.D., min., max. Moreover, independent and dependent variables were measured by using Pearson's product moment correlation coefficient statistics. The results from the study found that public health administration, the need for mental health care, ASEAN community's policy, and mental health status had a positive relationship with mental health service utilization. Public health administration had the most positive relationship.

Keywords: Mental health service utilization, Immigrant employees, ASEAN community's policy

บทนำ

หลายปีที่ผ่านมาสถานการณ์ของแรงงานข้ามถิ่นของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงค่อยๆ เพิ่มจำนวนมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานที่ไม่ใช่สัญชาติไทยเมื่อสังคมไทยเข้าสู่กรอบการดำเนินงานตามนโยบายประชาคมอาเซียนตั้งแต่ปลายปีพ.ศ. 2558 เป็นต้นมาอย่างเต็มตัว ข้อมูลวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาแรงงานไทยข้ามถิ่นที่ยังคงทำงานอยู่ในประเทศไทย พบว่า แรงงานไทยข้ามถิ่นที่ทำงานในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในแง่เงื่อนไขจากการ

[1] รองศาสตราจารย์ ดร. กรรมการบริหารหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข และกรรมการหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
[2] ที่ปรึกษาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดศรีสะเกษ
[3] รองศาสตราจารย์ ดร. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ทำงาน และระยะทางระหว่างบ้านกับที่ทำงานส่งผลกระทบโดยตรงกับความเครียดในกลุ่มแรงงานไทยข้ามถิ่นของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา[1] แต่การมีแรงงานเข้ามาทำงานข้ามถิ่นระหว่างประเทศพบมากขึ้นและทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะแรงงานข้ามถิ่นชาวเอเชียที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่ใช้ทักษะฝีมือต่ำมากกว่าแรงงานข้ามถิ่นที่มีทักษะฝีมือสูงและเป็นผู้ประกอบวิชาชีพต่างล้วนเข้ามาทำงานและอาศัยอยู่ในประเทศไทยมากขึ้น แรงงานข้ามชาติในกลุ่มประเทศอาเซียน เช่น ลาว และพม่า เป็นต้น และยังพบว่าแรงงานข้ามถิ่นที่เป็นชาวพม่าเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากที่สุด[2] และรองลงมาเป็นชาวกัมพูชา[3] จากข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ได้ประกาศจำนวนประชากรของประเทศไทยทั้งสิ้นในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2559 พบว่า พ.ศ. 2558 มีประชากรในประเทศไทยทั้งหมด 65,729,098 คน แบ่งเป็นสัญชาติไทย 64,930,085 คน ไม่ได้สัญชาติไทย 799,013 คนคิดเป็นร้อยละ 1.2 ของประชากรทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรผู้ที่ไม่ได้สัญชาติไทยใน พ.ศ. 2557 มีจำนวน 347,376 คนคิดเป็นร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด และได้สัญชาติไทยจำนวน 63,954,777 คน (จากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 65,124,716 คน) ซึ่งใน พ.ศ.2558 จะสังเกตว่า จำนวนประชากร ณ ปลายปี 2558 เพิ่มขึ้นจากประกาศของปีก่อนหน้า (พ.ศ. 2557) ถึง 6 แสนคนโดยประมาณ คิดเป็นเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 0.7 โดยไม่ได้จำแนกอายุ[4, 5] และจากข้อมูลการประมาณการประชากรข้ามถิ่นที่เป็นแรงงานจากประเทศกัมพูชา สปป.ลาว และพม่าที่เข้ามาทำงานและพำนักอยู่ในประเทศไทย พ.ศ. 2556 ซึ่งประมาณการโดยอ้างอิงข้อมูลมาจากกรมการปกครองมียอดรวม 2,766,968 คน แบ่งเป็นมีใบอนุญาตทำงาน 1,082,892 คนและมีสถานะผิดปกติ 1,592,870 คน[3] ซึ่งกระจุกตัวอย่างหนาแน่นในจังหวัดที่มีความต้องการแรงงานสูงมาก ประกอบด้วย กรุงเทพมหานครและจังหวัดปริมณฑล เช่น นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ เป็นต้น [6, 7] ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียนของกรมการปกครอง ณ วันที่ 5 สิงหาคม 2564 จำนวนแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ได้แก่ พม่า ลาว กัมพูชา พบว่า มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 1,300,168 คน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นชาวพม่า และรองมาเป็นชาวกัมพูชา[8] จะเห็นได้ว่ายังคงมีจำนวนแรงงานข้ามถิ่นที่ยังคงมีเพิ่มจำนวนมาอย่างต่อเนื่องในหลายปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

การไหลบ่าเข้ามาของแรงงานข้ามถิ่นต่างๆ รวมถึงชาวพม่าและชาวกัมพูชาด้วย แรงงานข้ามถิ่นเหล่านี้ที่เข้ามาทำงานและพำนักอยู่ในประเทศปลายทางรวมถึงประเทศไทยก่อให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการเสี่ยงรับโรคติดต่อที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่นๆ ทั้งด้านร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่ากลุ่มเหล่านี้มีปัญหาเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ ไข้รากสาดใหญ่ บิด อาหารเป็นพิษ ไข้เลือดออก วัณโรค[9] อหิวาตกโรค หัด มาลาเรีย ท้องร่วง ไข้ ปอดบวม[10-13] และปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียดจากการไม่มีงานทำ ไม่มีบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรอนุญาตทำงาน คิดถึงบ้านจนบางครั้งซึมเศร้า วิตกกังวลเรื่องภาษา ทำงานหนักไม่มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ รู้สึกต่ำต้อย ถูกเอาเปรียบ เป็นต้น[14] รวมถึงมีงานวิจัยที่พบว่า สุขภาพของแรงงานข้ามถิ่นชาวพม่าที่ไปทำงานที่ประเทศอื่นมีสุขภาพที่ไม่ดีรวมอยู่ด้วย[15] นอกจากนี้ยังพบข้อมูลวิจัยเกี่ยวกับแรงงานข้ามถิ่นจากประเทศอื่นซึ่งแรงงานเหล่านี้เมื่อไปทำงานในต่างประเทศก็มีสุขภาพจิตที่ไม่ดีด้วย[16] รวมทั้งยังมีงานวิจัยที่พบว่า กลุ่มแรงงานข้ามถิ่นในประเทศอื่นๆ ยังความต้องการให้มีระบบการดูแลจากการบริหารสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากมีความยากลำบากในการใช้บริการสาธารณสุข และการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อันก่อให้เกิด

ผลกระทบในแง่ลบแก่สภาวะสุขภาพอนามัยต่อแรงงานข้ามถิ่น[17] รวมทั้งความเข้าใจในด้านนโยบายสุขภาพของประเทศปลายทางที่มีต่อกลุ่มของแรงงานข้ามถิ่นชาวพม่า ชาวกัมพูชาและชาวลาวเหล่านี้ และการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิต เพื่อให้มีการบริหารงานสาธารณสุขของไทยอย่างมีศักยภาพให้กับประชากรไทยและแรงงานข้ามถิ่นของกลุ่มเหล่านี้[18] ให้สอดคล้องกับการเปิดนโยบายประชาคมอาเซียนที่ผ่านมาหลายปี

การวิจัยที่ผ่านมานั้นมีการศึกษาสุขภาพจิตแรงงานข้ามถิ่นที่ย้ายถิ่นระหว่างประเทศได้ศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษารูปแบบเชิงสาเหตุของการบริหารสาธารณสุข ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต และสถานะทางสุขภาพจิตสัมพันธ์กับการใช้บริการทางสุขภาพจิตของกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นชาวพม่าและชาวกัมพูชานั้นซึ่งมีความซับซ้อนและท้าทายในการศึกษาอย่างมากนั้นกลับพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเชื่อมโยงให้เห็นถึงประเด็นดังกล่าวให้ชัดเจน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นและสำคัญยิ่งในการศึกษาวิจัยดังกล่าวเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อการวางแผนในเชิงนโยบายด้านสุขภาพจิตของแรงงานข้ามถิ่นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยในอนาคต อีกทั้งยังส่งผลกระทบทางด้านคุณภาพชีวิตต่อประชากรไทยตลอดจนสามารถผลักดันนำไปสู่การเป็นศูนย์กลางการแพทย์ในระดับอาเซียนได้อีกทางหนึ่งด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานข้ามถิ่นชาวพม่า ชาวกัมพูชา และชาวลาว อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปถึงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ที่สามารถสื่อสารและเข้าใจคำพูดภาษาไทยได้ ไม่จำกัดเพศ จำนวน 400 คนตามการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง[19] ในที่นี้จะศึกษาจังหวัดที่มีแรงงานข้ามถิ่นชาวพม่า ชาวลาว และชาวกัมพูชามาทำงานและอาศัยอยู่จำนวนมากได้แก่ กรุงเทพมหานคร จ.นนทบุรี จ.นครปฐม และจ.พระนครศรีอยุธยา เนื่องจากจุดเด่นของจังหวัดที่ใช้เป็นสถานที่เก็บข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นจังหวัดที่มีแรงงานข้ามถิ่นมาทำงานและพักอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น และเป็นจังหวัดที่ถือว่าเป็นพื้นที่เศรษฐกิจที่สำคัญของภาคกลาง มีลักษณะพื้นที่เปลี่ยนผ่านของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีสูง การวิจัยครั้งใช้การสุ่มแบบกำหนดโควต้า (Quota Sampling) เป็นการกำหนดกลุ่มย่อยตามต้องการโดยอาศัยสัดส่วนขององค์ประกอบกลุ่มประชากรโดยจะกำหนดโควตาให้ใช้ประชากรที่เป็นแรงงานข้ามถิ่นชาวเอเชียจำนวนรวมทั้งสิ้น 400 คน ประกอบด้วย แรงงานข้ามถิ่นชาวพม่า 200 คน แรงงานข้ามถิ่นชาวลาว 100 คน และแรงงานข้ามถิ่นชาวกัมพูชา 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามมี 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนแรก คือ แบบสอบถามประยุกต์ขึ้นมาจะมีทั้งส่วนที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่สอง คือ แบบสอบถามประยุกต์ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรการบริหารสาธารณสุข ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต นโยบายประชาคมอาเซียน ตัวแปรทุกตัวเรียงลำดับคะแนนจากน้อยไปหามาก (1 = ไม่เลย, 2 = เล็กน้อย, 3 = มาก, 4 = มากสุด) ส่วนที่สาม คือ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต เป็นแบบประเมิน General Health Questionnaire (GHQ) พัฒนาจากแบบประเมินภาษาอังกฤษของ Goldberg[20] ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ให้ตอบด้วยตัวเอง

เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชน GHQ เป็นเครื่องมือที่มีส่วนช่วยในการประเมินสภาพปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน หรือในสถานบริการเพื่อวางแผนการดำเนินงานสุขภาพจิต ในที่นี้ใช้แบบประเมิน General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-12) เพราะมีข้อดีที่ขนาดสั้นและสะดวกแก่การใช้งาน[21] การคิดคะแนนคิดมาจากตัวเลือก 2 ข้อแรกมีค่าเท่ากันคือข้อละ 0 คะแนน ตัวเลือก 2 ข้อหลังมีค่าเท่ากันคือข้อละ 1คะแนน ค่าคะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0 ถึง 12 คะแนน ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปถือว่าผิดปกติ และส่วนที่สี่คือ ส่วนนี้เป็นแบบสอบถามประยุกต์โดยถามเป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตกับหน่วยงานของรัฐ การใช้โทรศัพท์ไปเพื่อขอคำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตกับหน่วยงานของรัฐ เขียนจดหมายหรือส่งจดหมายอิเลคทรอนิกส์สอบถามการใช้บริการสุขภาพจิตกับหน่วยงานของรัฐ เขียนข้อความลงใน website หรือ web board เพื่อขอคำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตกับหน่วยงานของรัฐ พบแพทย์เพื่อตรวจ ขอคำปรึกษา หรือรักษาทางด้านสุขภาพจิตกับหน่วยงานของรัฐใน 1 ปี ตัวแปรเรียงลำดับคะแนนจากน้อยไปหามาก (1 = ไม่เลย, 2 = เล็กน้อย, 3 = มาก, 4 = มากสุด)

ขั้นตอนการดำเนินงาน เริ่มตั้งแต่จัดทำแบบสอบถามเพื่อให้คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิแก้ไข จากนั้นส่งชุดแบบสอบถามเพื่อให้คณะกรรมการวิจัยในคนออกหนังสือรับรองซึ่งการวิจัยครั้งนี้อยู่ภายใต้โครงการวิจัยที่ได้ผ่านการพิจารณาทางจริยธรรมวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหิดลก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย รหัสรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนเลขที่ 2017/06-127 ขั้นต่อไปจึงเข้าสู่ขั้นตอนการทดสอบข้อมูลก่อนและหลังการทดลองนำไปใช้จริงอย่างน้อย 30 คน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามก่อนจะเก็บข้อมูลจริง จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ตอบแบบสอบถาม กล่าวเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจอย่างแท้จริง ชี้แจงวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ (วัตถุประสงค์การวิจัย) และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ แจ้งให้ผู้ตอบแบบสอบถามทราบถึงระยะเวลาประมาณ 30 นาทีในการตอบแบบสอบถามว่า พร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ รวมถึงเคารพสิทธิหากไม่ยินยอมและไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ภายหลังการบอกกล่าวข้างต้นและเต็มใจตอบแบบสอบถาม จึงให้ “หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย” พร้อมอธิบายให้ฟังเป็นภาษาไทย หลังจากนั้นทีมวิจัยจะช่วยกรอกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามและขอความยินยอมจากผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณ ให้สอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูลจากแบบสอบถาม หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่กรอกข้อมูลเรียบร้อยนำใส่ซองหรือกล่องกระดาษที่จัดเตรียมไว้ เพื่อไม่ให้ผู้วิจัยทราบว่าเป็นแบบสอบถามของรายใด การหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามพบว่าภาพรวมแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 และการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อยจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจเครื่องมือวิจัยได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ จำนวน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียรสันระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามโดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นชาวพม่าเข้ามาทำงานอยู่ในประเทศไทยมากที่สุด ร้อยละ 50 ในขณะที่เชื้อชาติลาว และกัมพูชาเข้ามาทำงานอยู่ในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 25 ซึ่งเป็นปริมาณร้อยละเท่าๆ กัน กลุ่มแรงงานข้ามถิ่นหลังจาก

เปิดนโยบายประชาคมอาเซียน จำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากสุดคิดเป็นร้อยละ 55 กลุ่มที่มาทำงานในประเทศไทยมีสถานภาพคู่มากสุดร้อยละ 66.7 อายุเป็นช่วงวัยทำงานผู้ใหญ่ตอนต้นอยู่ระหว่าง 20-29 ปีเป็นส่วนมาก คิดเป็นร้อยละ 43.3 และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 60.4 เมื่อมาทำงานอยู่ในประเทศไทยมีสภาพการจ้างงานในลักษณะแบบลูกจ้างชั่วคราวมากที่สุดร้อยละ 56.3 ลักษณะงานที่ทำส่วนใหญ่เป็นพนักงานทำความสะอาดรถ คิดเป็นร้อยละ 20.0 ของลักษณะงานทั้งหมด

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของตัวแปร

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
การบริหารสาธารณสุข	1.68±2.33	1 (ไม่เลย)	4 (มากสุด)
ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต	2.52±0.98	1 (ไม่มี)	4 (มากสุด)
นโยบายประชาคมอาเซียน	2.00±0.90	1 (ไม่มี)	4 (มากสุด)
การใช้บริการทางด้านสุขภาพจิต	1.15±0.34	1 (ไม่มี)	4 (มากสุด)
สถานะทางสุขภาพจิต	0.37±0.16	0 (ปกติ)	1 (ไม่ปกติ)

จากตารางที่ 1 พบว่า การบริหารสาธารณสุขของไทยในด้านสุขภาพจิตมีคุณลักษณะในด้านนี้น้อย คิดเป็นร้อยละ 50 ทำให้ค่าเฉลี่ยของตัวแปรการบริหารสาธารณสุข พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ค่า 1.68±2.33 ในขณะที่ตัวแปรความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต พบว่า มีความต้องการด้านนี้มาก คิดเป็นร้อยละ 34 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ค่า 2.52±0.98 นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรนโยบายประชาคมอาเซียนมีผลกระทบน้อยคิดเป็นร้อยละ 45 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.00±0.90 สถานะทางสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 74.7 ซึ่งสุขภาพจิตปกติ และมีแรงงานข้ามถิ่นดังกล่าวไปใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตน้อย คิดเป็นร้อยละ 70 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.15±0.34

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารสาธารณสุข ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิตนโยบายประชาคมอาเซียน สถานะทางสุขภาพจิตกับการใช้บริการทางสุขภาพจิตของกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน

ตัวแปร	การใช้บริการทางสุขภาพจิต		ระดับความสัมพันธ์[22]
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	
การบริหารสาธารณสุข	0.73	0.001*	สูง
ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต	0.46	0.001*	ปานกลาง
นโยบายประชาคมอาเซียน	0.31	0.001*	ปานกลาง
สถานะทางสุขภาพจิต	0.54	0.001*	ปานกลาง

*ค่า p-value<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า การบริหารสาธารณสุข ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต นโยบายประชาคมอาเซียน สถานะทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตแรงงานข้ามถิ่นชาวพม่า ชาวกัมพูชา และชาวลาว โดยที่ตัวแปรการบริหารสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการสุขภาพจิตและระบบการดูแลทางสุขภาพจิตนั้นมีความสัมพันธ์สูงสุด (r =

0.73) กับการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ในขณะที่ตัวแปรความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต นโยบายประชาคมอาเซียน สถานะทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตของกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นซึ่งมีผลต่อประชาชนชาวไทย สังคมไทย และเครือข่ายทางสุขภาพและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพของอาเซียน[23] รัฐบาลไทยควรจะจัดตั้งการบริหารงานด้านสาธารณสุขให้ดีเพื่อเพิ่มความสามารถในการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตและเพื่อลดปัญหาสถานะทางสุขภาพจิตที่ไม่ดีซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ให้ผลการศึกษามีความเชื่อมโยงและความสอดคล้องกับงานในเครือข่ายของ EMCONET (WHO Commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network) ในองค์การอนามัยโลก[24]

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า สิ่งสำคัญในการบริหารงานด้านสาธารณสุขควรจะต้องมีการเชื่อมโยงกับระบบการบริการดูแลสุขภาพจิตด้วย การจัดการให้บริการทางสุขภาพจิต[25, 26] บริบทของการย้ายถิ่นและบริบทของการให้การต้อนรับของประเทศสำหรับผู้ที่ย้ายถิ่นเข้ามาพำนักอาศัยอยู่[27, 28] การศึกษาบางอย่างมีรายงานสอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งพบว่า การจัดการให้บริการทางสุขภาพจิตจะเกี่ยวข้องกับการอำนวยความสะดวกภายในบริบทของการย้ายถิ่นเช่นในการศึกษาของกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นชาวคิวบา[29] ผู้ซึ่งใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตในระบบสุขภาพจิตชุมชนในประเทศคิวบาก่อนที่เขาทั้งหลายจะเคลื่อนย้ายถิ่นฐานมาใช้บริการสุขภาพจิตของระบบสุขภาพจิตในรัฐฟอริดา[29] แต่กลุ่มแรงงานข้ามถิ่นชาวแอฟริกัน ชาวเอเชีย และชาวละตินอเมริกาผู้ซึ่งไม่เคยได้รับการดูแลจากระบบเกี่ยวกับระบบสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มที่จะได้รับการปฏิเสธจากระบบบริการเหล่านี้เมื่อย้ายถิ่นมาอาศัยอยู่ที่อื่น[30] รวมทั้งยังพบว่างานวิจัยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตในหลายปีที่ผ่านมาซึ่งส่วนใหญ่จะศึกษาในแรงงานข้ามถิ่นที่เป็นชาวละตินอเมริกา ชาวจีน และชาวแอฟาริกันมากกว่าในแรงงานข้ามถิ่นที่เป็นชาวอาเซียน[31-33]

อย่างไรก็ตามการบริหารด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในเรื่องสุขภาพของแรงงานข้ามถิ่นของประชากรในกลุ่มอาเซียนได้มีการเตรียมระบบการดูแลสุขภาพจิตไว้ด้วยตามนโยบายประชาคมอาเซียน[18, 34] มีรายงานกล่าวว่า การดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มชาวพม่าได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและใช้กับผู้ลี้ภัยด้วย[18, 34] หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรการบริหารสาธารณสุขนั้นเป็นตัวแปรปัจจัยในการบ่งชี้ถึงความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิต สะท้อนชี้ให้เห็นว่า การบริหารสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการจัดการบริการสุขภาพจิตและระบบการดูแลทางสุขภาพจิตนั้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกที่สำคัญในการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิต สถานะทางสุขภาพจิตและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพจิต จัดเป็นความสัมพันธ์ลำดับสองและสามตามลำดับที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียนด้วย ซึ่งรัฐบาลไทยควรให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าวด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ผลการวิจัยในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ เช่น การศึกษาวิจัยชาวละติน ชาวกัมพูชา ชาวอิหร่าน ชาวอิรัก ชาวเวียดนาม ชาวแอฟริกัน และชาวยุโรปตะวันออก[35] ซึ่งเป็นแรงงานข้ามถิ่นด้วยเช่นกัน ตัวอย่างการศึกษาที่พบในกลุ่มอาชีพ

แม่บ้านทำความสะอาดในโรงแรมชาวละตินซึ่งเป็นแรงงานข้ามถิ่นที่ต้องทำงานเผชิญกับความสกปรก ฝุ่น การถูกตีตราจากสังคมรวมทั้งข้อจำกัดต่างๆ ที่มีในการทำงานของคนกลุ่มนี้ที่นำไปสู่ภาวะความเครียด[36] พวกเขาต้องใช้บริการทางสุขภาพแต่เขาก็ไม่สามารถเข้าไปใช้บริการได้เนื่องจากขาดความสามารถในการใช้บริการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต[36], รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจ การถูกดูถูกเหยียดหยาม การถูกตีตราจากสังคม[37]ความแตกต่างทางด้านภาษา การว่าจ้างงาน ขาดบริการดูแลสุขภาพจิตในประเทศต้นทางของตนเอง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นยังรวมถึงขาดข้อมูลข่าวสารที่มีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลทางสุขภาพจิตและการใช้บริการทางสุขภาพจิตด้วย[36, 38] ดังนั้นรายงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารด้านสาธารณสุข ความต้องการดูแลสุขภาพจิต และสถานะทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการใช้การบริการสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นดังกล่าวหลังเปิดนโยบายประชาคมอาเซียนนี้ยังคงมีข้อจำกัดอยู่ การวิเคราะห์ในประเด็นดังกล่าวที่สร้างขึ้นจากงานวิจัยและการสนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจและการบริหารงานสาธารณสุขดีขึ้นจากพื้นฐานในทางด้านอาชีวอนามัยของกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นชาวเอเชียอื่นๆ ด้วย ยิ่งไปกว่านั้นมุมมองด้านสาธารณสุขที่มีรากฐานมาจากภยันตรายทางจิตสังคมของงานด้านอาชีวอนามัยยังมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการบริหารงานสาธารณสุขที่เข้ามามีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและจิตสังคมร่วมด้วยเช่นกัน[39] โดยทั่วไประบบสาธารณสุขไม่ค่อยได้ใส่ใจกับภยันตรายทางมิติจิตสังคมด้านการบริหารงานทางสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางอาชีวอนามัย (เช่น สถานะทางสุขภาพจิตและความเครียดในการทำงาน) จำเป็นที่จะต้องใช้สหสาขาวิชามาบูรณาการทางสุขภาพให้มากขึ้นกว่าเดิมด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. จากผลการศึกษา พบว่า การบริหารสาธารณสุข ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพจิต นโยบายประชาคมอาเซียน และสถานะทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตของกลุ่มแรงงานข้ามถิ่นตามนโยบายประชาคมอาเซียน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายและการปฏิบัติให้ในทางระบบการบริหารจัดการทางสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวการจัดบริการและการใช้บริการทางสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มดังกล่าวให้มีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับนโยบายประชาคมอาเซียนที่จัดทำขึ้นเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและตามหลักสิทธิมนุษยชนด้วย

2. ควรสนับสนุนให้เกิดการศึกษาการวิจัยที่เพิ่มมากขึ้นทั้งในส่วนของวิจัยเชิงปริมาณขั้นสูงเพื่อประโยชน์ในการวางแผนงานบริหารจัดการทางด้านสาธารณสุขในอนาคตอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1.Kaewanuchit, C., & Sawangdee, Y. A path analysis of mental health among Thai immigrant employees in Pranakron Si Ayutthaya Province. J. Immigr. Minor. Health, 2016;18(4):871-877.

2.นรากร ศรีเที่ยง. แรงงานข้ามชาติกับการใช้สวัสดิการด้านสุขภาพในรัฐไทย กรณีศึกษาแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร. (Internet). 2564 (เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2564). เข้าถึงได้จาก https://www.amnesty.or.th/latest/blog/921/

3. คณะทำงานเฉพาะเรื่องแห่งสหประชาชาติว่าด้วยการย้ายถิ่นของประเทศไทย. 2557. การย้ายถิ่นของประเทศไทยฉบับปี 2557. กรุงเทพ:บริษัทธรรมดาเพรส จำกัด

4. กระทรวงมหาดไทย. (Internet). 2559 (เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2559). เข้าถึงได้จาก http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstatage_disp.php.

5. ปัทมา พัฒนวงศ์. ฉงน !!! ประกาศจำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ณ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558. ประชากรและการพัฒนา, 2559;36(5):1.
6. กิริยา กุลกลการ. 2557. การบริหารจัดการแรงงานต่างชาติ ในประเทศไทยและต่างประเทศ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.):กรุงเทพ
7. สำนักบริหารแรงงานต่างชาติ กระทรวงแรงงาน. (Internet). 2559 (เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2559). เข้าถึงได้จาก http://wp.doe.go.th/wp/index.php/mou
8. สำนักบริหารการทะเบียนของกรมการปกครอง. จำนวนแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (เมียนมา ลาว กัมพูชา) รายจังหวัด แบ่งช่วงอายุ (Internet). 2566 (เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2566). เข้าถึงได้จาก https://www.bora.dopa.go.th/exec-stat/
9. Oo, M.M., Boonathapat, N., Aung, H.K.K., Pungrassami, P, Liabsuetrakul, T. Changes in health-related quality of life and the associated factors among Myanmar migrants with tuberculosis: a cohort study. BMC Infect. Dis., 2021;21:377.
10. Burea of Policy and Strategy. 2013. National Tuberculosis programme, Thailand: situation and activities, Ministry of Public Health, Bangkok.
11. Hewitt, S., Delacollete, C., & Chavez, I. 2013. Malaria situation in the Grater Mekong Sub-region. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 2013;44(1):46-47.
12. Jithai, N. Migrants and malaria. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 2013;44(1):166-200.
13. Boonchutima, S., Sukonthasab, S., Sthapitanonda, P. Myanmar migrants' access to information HIV/AIDS In Thailand. JSHS; 2020;.21(1): 111-124.
14. Kesornsri, S., Sitthimongkol, Y., Punpuing, S., Vongsirimas, N., Hegadoren, K.M. Mental health and related factors among migrants from myanmar in Thailand. JPSS, 2019;27(2):124-138.
15. Kim, E.E., Alemi, Q., Stempel, C., Siddiq, H. Health disparities among Burmese diaspora: an integrative review. Lancet Reg. Health Southeast Asia., 2023;8:100083.
16. Font, A., Moncada, S., Benaoides, F.G. The relationship between immigration and mental health: what is the role of workplace psychosocial factors. Int Arch Occup Environ Health, 2012;85:801-806.
17. Bustamante, A.V., Fang, H., Garza, J., Carter-Pokras, O., Wallace, S.P., Rizzo, J.A., Ortega, A.N. Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: the role of documentation status. J. Immigr. Minor. Health, 2012;14:146–155.
18. Kittirattanapaiboon, P. 2013. Mental Health-Myanmar Refugee Manual. Nonthaburi: Department of Mental Health.
19. Muthén, L.K., & Muthén, B.O. 2010. Mplus User's Guide. (6th ed). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
20. Goldberg, D. & Williams, P. 1988. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson.
21. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้และความแม่นตรงของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2539;41:2-17.
22. Borg, W., & Gall, M. 1983. Educational research: An introduction. NY: Longman.
23. The ASEAN Occupational Safety and Health Network. 2015. ASEAN-OSHNET Occupational safety and health management system (OSHMS) initiatives 2011/2012. Bangkok : Ministry of Labor.
24. Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., Quinlan, M., EMCONET Network. Introduction to the WHO Commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network (EMCONET) Study, with a Glossary on Employment Relations. Int. J. Health Serv., 2010;40:195-207.
25. Cabassa, L.J., & Zayas, L.H. Latino immigrants' intentions to seek depression care. Am. J.

Orthopsychiatry, 2007;77(2):231-242.

26. Kieseppä, V., Holm, M., Jokela, M., Suvisaari, J., Gissler, M/, Lehti, V. Depression and anxiety disorders among immigrants living in Finland: comorbidity and mental health service use. J. Affect. Disord., 2021;287:334-340.

27.Durbin, A., Moineddin, R., Lin, F., Steele, L.S., Glazier, R.H. Mental health service use by recent immigrants from different world regions and by non-immigrants in Ontario, Canada: a cross-sectional study. BMC Health Serv. Res., 2015;15:1-15.

28.Kirmayer, L.J., Weinfeld, M., Burgos, G., du Fort, G.G., Lasry, J.C., Young, A. Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. Can. J. Psychiatr., 2007;52(5):295-304.

29.Portes, A., & Rumbaut, R. 2001. Legacies: The story of the immigrant second generation. Berkely: University of California Press.

30.Sanz, B., Regidor, E., Galindo, S., Pascual, C., Lostao, L., Diaz, J.M., et al. 2011. Patten of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. Int. J. Public Health, 2011;56:567-576.

31.Bridges, B.R., Andrews, A.R., Deen, T.L. Mental health needs and service utilization by Hispanic immigrants residing in mid-southern United States. J. Transcult. Nurs., 2012;23(4):359-368.

32.Kim, G., Loi, C.X.A., Chiriboga, D.A., Jang, Y., Parmelee, P., Allen, R.S. Limited English proficiency as a barrier to mental health service use: a study of Latino and Asian immigrants with psychiatric disorders. J. Psychiatr. Res., 2011; 45(1):104-110.

33.Wang, X. Influences of family relational factors and immigration generation status on mental health service utilization among Asian Americans. Fam. Soc., 2021;102 (2):253-271.

34.Department of Mental Health, Thailand. Mental health issue for resettle refugees. [Internet]. 2016. [cited 2016 June 1]. Available from: http://ethnomed. org/clinical/mental-health/mental-health.

35.Saechao, F., Sharrock, S., Reicherter, D., Livingston, J.D., Aylward, A., Whisnant, J., et al. Stressors and barriers to using mental health services among diverse groups of first-generation immigrants to the United States. Community Ment. Health J., 2021;48 (1):98-106.

36.Hsieh, Y., Apostolopoulos, Y., & Sonmez. S. Work conditions and health and well-being of Latina hotel housekeepers. J. Immigr. Minor. Health, 2016;18:568-581.

37.Zhang, Z., Sun, K., Jatchavala, C., Koh, J., Chia, Y., Bose, J., et al. Overview of stigma against psychiatric illnesses and advancements of anti-stigma activities in six Asian societies. Int. J. Environ. Res. Publ. Health, 2020;17(1):280.

38.Yang, P.Q., & Hwang, S.H. Explaining immigrant health service utilization: A theoretical framework. SAGE Open, 2016;April-June:1-15.

39.Gatchel, R.J., & Schultz, I.Z. 2012. Handbook of occupational health and wellness. New York: Spinger Science+Business Media.

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา:การทำบ่อพักสายไฟฟ้าใต้ดินงานดันท่อลอด

Assessing the Carbon Footprint of a Product: A Case Study : Underground Electrical Cable Manhole Construction for Pipe Jacking.

(Received: October 3,2023 ; Revised: October 31,2023 ; Accepted: November 4,2023)

จงรักษ์ สุขเสริฐ[1], เสรีย์ ตู้ประกาย[2], มงคล รัชชะ[3*] และโกวิท สุวรรณหงษ์[4]
Jongrak Suksert[1], Seree Tuprakay[2], Mongkol Ratcha[3*] and Kowit Suwannahong[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา การทำบ่อพักสายไฟฟ้าใต้ดินงานดันท่อลอด Pipe Jacking โดยใช้หลักการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ การศึกษาผลกระทบเชิงสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นจากการการก่อสร้างบ่อพักไฟฟ้าท่อร้อยสายไฟฟ้าใต้ดินและร้อยสายเคเบิลไฟฟ้าทั้งระบบเป็นระยะทาง 1 กิโลเมตร โดยใช้วิธีการประเมินวัฏจักรชีวิต (LCA) ตามรูปแบบ Business to Business (B2B) ผลการศึกษาพบว่า การทำบ่อพักสายไฟฟ้าใต้ดินงานดันท่อลอด Pipe Jacking มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกรวมเท่ากับ 2,761,673.56 $kgCO_2e$/km โดยแบ่งงานเป็นการทำงานเป็นสามกิจกรรมหลัก ในการประเมินการปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าในขั้นตอนการทำงานดันท่อมีค่าสูงสุดเท่ากับ 1,412,814.5 $kgCO_2e$/km ลำดับที่สองคือ งานวางสายไฟฟ้าใต้ดิน เท่ากับ 918,474.324 $kgCO_2e$/km และลำดับที่สามคืองานติดตั้งบ่อพักเท่ากับ 430,384.737 $kgCO_2e$/km โดยที่การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุดคือกิจกรรมการดันท่อลอด คิดเป็นสัดส่วน เท่ากับ 51.15% เนื่องจากมีการใช้ซีเมนต์คอนกรีตจำนวนมากและการหล่อท่อคอนกรีต Pipe jack ที่มีการขนส่งที่มีระยะทางไกลถึง 50 กิโลเมตรจากที่โรงหล่อจังหวัดปทุมธานี

คำสำคัญ: คาร์บอนฟุตพริ้นท์, ก๊าซเรือนกระจก, เศรษฐกิจหมุนเวียน, ดันท่อลอด

Abstract

This study aims to assess the carbon footprint of the product, specifically focusing on the case study of underground electrical cable manhole construction for pipe jacking. By employing the principles of carbon footprint assessment for the product evaluation. It is quantitative research. The study of environmental impacts arising from the construction of underground electrical cable ducts and cable systems over one kilometer. Using the Life Cycle Assessment (LCA) method in the Business to Business (B2B) format. The study found that the construction of underground electrical cable ducts using Pipe Jacking results in greenhouse gas emissions equivalent to 2,761,673.56 $kgCO_2e$/km. By dividing the work into three main activities. In assessing the equivalent carbon dioxide emissions released during the pipe jacking process, the highest value recorded is 1,412,814.5 $kgCO_2e$/km. 2) Underground electrical cable laying is equal to 918,474.324 kgCO2e/km. 3) The manhole installation is equal to 430,384.737 kgCO2e/km. Whereas the highest greenhouse gas emissions release is from the pipe jacking activity, accounting for 51.15% of the total. Due to the extensive use of cement concrete and the transportation of concrete pipes for Pipe Jacking over long distances, up to 50 kilometers, from the casting facility in Pathum Thani province.

Keywords: Carbon footprint, greenhouse gases, circular economy, pipe jacking

[1] นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[2] วศ.ด. รองศาสตราจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[3*] ปร.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding author Email: monkol.r@ru.ac.th
[4] วศ.ด.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทนำ

ภาวะโลกร้อน(Global Warming) คือ การที่อุณหภูมิเฉลี่ยของผิวโลก และผืนน้ำในมหาสมุทรเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเกิดจากก๊าซเรือนกระจกเช่น ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์,ก๊าซมีเทน ฯลฯ ที่สะสมอยู่ในชั้นบรรยากาศมีมากจนเกินสมดุล มีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากกิจกรรมของมนุษย์ เป็นเหตุให้รังสีจากดวงอาทิตย์ที่เคยส่องมายังโลก ไม่สามารถสะท้อนกลับคืนไปนอกโลกได้ เพราะถูกก๊าซเรือนกระจกที่ มีปริมาณมาบดบัง เรียกสภาวะแบบนี้ว่า “ปรากฏการณ์เรือนกระจก”เมื่อความร้อนไม่สามารถสะท้อนกลับออกไปนอกโลก ก็ทำให้อุณหภูมิเฉลี่ยของโลกเพิ่มสูงขึ้น เกิดเป็นภาวะโลกร้อน ยิ่งก๊าซเรือนมากเท่าใด โลกก็จะร้อนขึ้นเท่านั้น [1]

การไฟฟ้านครหลวงเป็นรัฐวิสาหกิจที่รับผิดชอบการจำหน่ายไฟฟ้าให้กับประชาชน อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงมหาดไทย มีโครงการระยะยาวในการเปลี่ยนเสายไฟอากาศเป็นสายเคเบิลระบบใต้ดิน ครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานคร นนทบุรีและสมุทรปราการ ระยะทางรวม 236.1 กิโลเมตร [2] ความต้องการในการใช้พลังงานของเมืองที่เพิ่มมากขึ้น ระบบจ่ายไฟฟ้าด้วยระบบสายอากาศจึงไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้งานในอนาคต ระบบจ่ายพลังงานไฟฟ้าใต้ดินรองรับจำนวนสายไฟฟ้าได้มากกว่าระบบอากาศ
เพิ่มความมั่นคงของระบบจ่ายพลังงานไฟฟ้า เนื่องจากระบบสายอากาศมีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุได้ง่ายกว่า ทำให้เกิดไฟฟ้าดับเป็นวงกว้าง หากเกิดขึ้นในศูนย์กลางธุรกิจ ก็จะก็ให้เกิดความเสียหายต่อธุรกิจและผู้ใช้ไฟฟ้าอย่างมาก อีกทั้งลดปัญหาไฟฟ้าดับจากลมพายุ และกิ่งไม้ล้มใส่สายไฟฟ้าได้ เป็นการปรับปรุงทัศนียภาพของเมืองให้ดีขึ้น เมืองมีการขยายตัว จึงมีสิ่งกีดขวางแนวระบบจ่ายไฟฟ้าบนดินเป็นจำนวนมาก ได้แก่อาคาร สะพาน อุโมงค์ทางลอด สถานีรถไฟฟ้า ฯลฯ ทำให้ต้องรื้อย้ายระบบสายอากาศเป็นสายใต้ดิน

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในปัจจุบันเป็นประยุกต์ในวงการก่อสร้าง ระบบสาธารณูปโภคได้นำมาประยุกต์เพื่อเป็นตัวชี้วัดการบริหารจัดการที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมสิ่งแวดล้อม ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา การทำบ่อพักสายไฟฟ้าใต้ดินงานดันท่อลอด Pipe Jacking มีความต้องการลดผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ มีกิจกรรมต่างๆที่ก่อให้การปลดปล่อยปก๊าซเรือนกระจกสู่ชั้นบรรยากาศในกระบวนการก่อสร้างทุกกระบวนการ เช่น การเผาไหม้ของเครื่องจักรกลดีเซล ในการขนส่งวัสดุและกระบวนการก่อสร้าง เป็นต้น ดังนั้นเพื่อเป็นการปฏิบัติให้เป็นไปด้วยความสอดคล้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืนในเรื่องของการเตรียมความพร้อมในการรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และเป็นการแสดงให้เห็นการตระหนักถึงปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากกระบวนการก่อสร้างการทำบ่อพักสายไฟฟ้าใต้ดินงานดันท่อลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาวิธีดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ตามรูปแบบ Cradle to Gate หรือ Business to Business (B2B) [3] มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการวิจัย

ดำเนินการตามอนุกรมมาตรฐาน ISO 14040 [4] ซึ่งประกอบด้วย

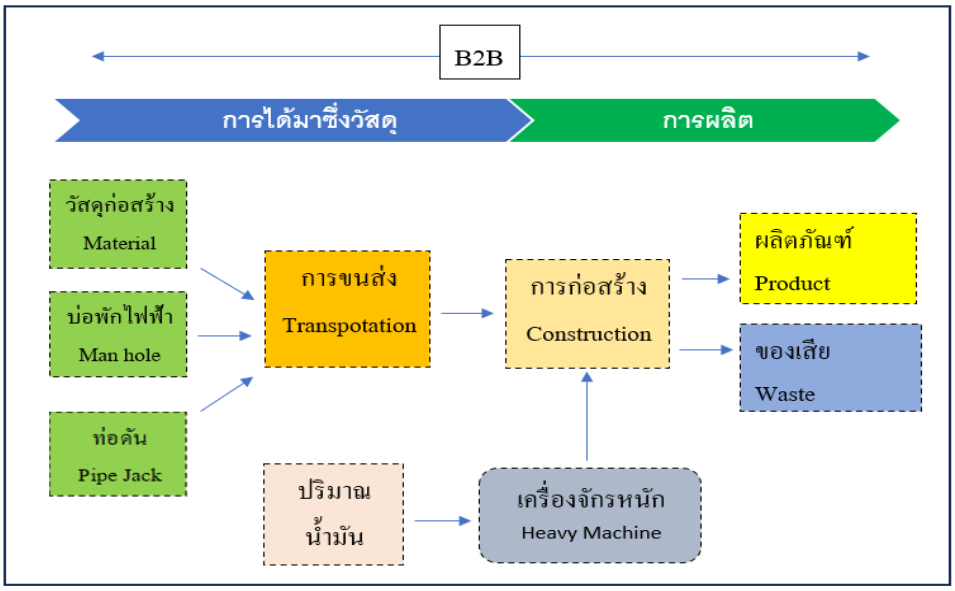
1.1 เป้าหมายการศึกษา เพื่อศึกษาศึกษาวิธีการประเมินวัฏจักรชีวิต (LCA) เพื่อเปรียบเทียบหาปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่ออกมาในรูปก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เทียบเท่า (CO_2e) ของกระบวนการทำบ่อพักสายไฟฟ้าใต้ดินงานดันท่อลอดในรูปปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยระยะทาง 1 กิโลเมตร

1.2 ขอบเขตของการศึกษาใช้การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมในรูปแบบ (Cradle- to-Gate) ตามมาตรฐาน ISO 14040 การประเมินคาร์บอนฟุตพรินท์ในการก่อสร้างโครงการ ทำการประเมิน 2 ช่วงวัฏจักรชีวิต ได้แก่ ช่วงได้มาซึ่งวัตถุดิบ และช่วงการผลิต คิดแบบ B2B ขั้นตอน การได้มาซึ่งวัสดุ การขนส่ง และกระบวนการก่อสร้าง ไม่นับรวมกิจกรรมการกำจัดของ

เสีย ต่างๆ โดยมีขั้นตอนการก่อสร้าง [5] โดยการผลิตมีขั้นตอนโดยละเอียด 8 ขั้นตอนได้แก่ 1) จัดเตรียมวัสดุการสั่งหล่อชิ้นงานหล่อท่อ Pipe Jacking, 2) การสั่งหล่อชิ้นงานหล่อบ่อพัก (manhole)

3) การจมบ่อพัก (sinking manhole) การติดตั้งบ่อพัก 4) งานเทก้นบ่อและเพดานบ่อพัก 5) งานดันท่อ 6) งานติดตั้งท่อ RTRC พร้อมเกราส์คอนกรีต 7) งานติดอุปกรณ์ ในบ่อพัก และ 8) งานติดตั้งสายเคเบิลไฟฟ้า งานต่อสายและจ่ายกระแสไฟฟ้าไม่นับรวมกิจกรรมการกำจัดของเสียในการผลิต ดังแสดงภาพที่1

1.3 หน่วยการทำงาน (Function Unit) หน่วยการทำงานเป็นตัวกำหนดสิ่งที่กำลังศึกษาดั้งนั้นจึงมีความเชื่อมโยงกับปริมาณสารขาเข้า (Input) และสารขาออก (Output) ทั้งหมดของการศึกษาภายในเขตพื้นที่บริเวณการก่อสร้างประกอบด้วย เก็บกองวัสดุตลอดจนถึงบริเวณเขต ก่อสร้างบ่อพักสายเคเบิลใต้ดิน (Manhole) เส้นทางความยาวที่นำมาพิจารณาเลือกนำศึกษาเพื่อประเมินปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมีระยะ 1 กิโลเมตร โดยมีผลการประเมินในรูปของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยการทำงานโดยจะกำหนดเป็นหน่วยพื้นที่ คือ การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ต่อระยะทาง 1 กิโลเมตร (Co_2e /km) ดังแสดงภาพที่ 2



ภาพที่ 1 กระบวนการก่อสร้างบ่อพักสายไฟฟ้า ในช่วงที่มีการประเมิน

ภาพที่ 2 ระยะทางก่อสร้างที่นำมาประเมินการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

2. การจัดทำบัญชีรายการด้านสิ่งแวดล้อม

เป็นการวิเคราะห์และจัดทำบัญชีรายการด้านสิ่งแวดล้อมเป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม จากกระบวนการดำเนินกิจกรรม ที่ได้กำหนดไว้ในขั้นตอนของการกำหนดเป้าหมายและขอบเขตของการศึกษา ซึ่งสำหรับการวิเคราะห์บัญชีรายการด้านสิ่งแวดล้อมเป็นข้อมูลของปริมาณสารขาเข้า (Input) และสารขาออก (Output) ของกระบวนการผลิตวัตถุดิบแต่ละชนิด จะถูกคิดคำนวณออกมาเป็นค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก สำหรับขอ้มูลที่ต้องเก็บรวมรวบเพื่อใช้ใน การศึกษาประกอบไปด้วย 2 ส่วนที่สำคัญดังนี้

2.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) คือ ข้อมูลการใช้รถยนต์ ประเภทของรถยนต์ ในแต่ละกระบวนการขนส่งวัสดุ ได้แก่ ปริมาณการใช้ต่อเที่ยวของการขนส่ง ชนิดของรถยนต์ที่ใช้ในการขนส่งวัสดุขที่ใช้ในกระบวนการขนส่งวัสดุหรือชิ้นงานในโครงการนี้ จะมีอุปกรณ์ที่จะต้องเข้าไป ใช้ในติดตั้ง คือ บ่อพักไฟฟ้า และ ท่อดัน Pipe Jack โดยมีการสั่งผลิตแยกจากกัน ด้วยเหตุนี้ จึงให้มีการใช้รถจำนวนมากเนื่องจากการขนส่ง ไม่สามารถร่วมเที่ยวกันมาได้ หรือเรียกอีกอย่างว่าปันส่วน ข้อมูลการใช้ปริมาณเชื้อเพลิงของกระบวนการก่อสร้างก่อสร้างบ่อพักไฟฟ้า ได้แก่ ปริมาณการใช้น้ำมัน ดีเซลของรถในขั้นตอนรถเครนขนาด 37 ตัน รถเครนขนาด 130 ตัน รถแบ็คโฮตักดินช่วงยาว รถบรรทุกดิน รถบรรทุกน้ำประปา ขนาด 15,000 ลูกบาศก์เมตรน้ำ รถเทลเลอร์บรรทุกเหล็กเสริม เป็นต้น

2.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารโดยการศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีจากหนังสือ วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลจากการสืบค้นพร้อมระบุที่มาของการสืบค้น แผนผังวัฏจักรชีวิตของโครงสร้างคอนกรีตเสริมเหล็ก คอนกรีตเสริมเหล็ก (ค.ส.ล.) หล่อสำเร็จของบ่อพักไฟฟ้า และ ท่อดัน Pipe Jack ที่จะใช้ในโครงการก่อสร้างและการจัดทำผังไหลวัสดุ ตามภาพที่ 3

3. การคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์

ประเมินการปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยอ้างอิงระเบียบวิธีการประมาณการและค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือน กระจกตามหลักเกณฑ์ของ IPCC Guidelines for National Greenhouse Gas Inventories โดยการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมต่าง ๆ ของกระบวนการก่อสร้างทาง มีสูตรการคำนวณ คาร์บอนฟุตฟริ้นดังนี้ [2]

$$CFP = \sum GHG \quad .. (1)$$

$$GHG = \text{Activity Data} \times \text{EmissionFactor} \quad ...(2)$$

CFP คือ ค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์มีหน่วยเป็น กิโลกรัม คาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ∑GHG คือ ผลรวมปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากจำนวนกิจกรรมทั้งหมด GHG คือ ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก มีหน่วยเป็น กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า Activity Data คือ ข้อมูลกิจกรรม เช่น ปริมาณวัตถุดิบ ไฟฟ้า เชื้อเพลิง ของเสีย และ ระยะทางการขนส่ง เป็นต้น Emission Factor คือ ค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซ เรือนกระจก มีหน่วยเป็น กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยกิจกรรม

3.1 การคำนวณการขนส่ง ระบุถึงการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงในการขนส่งวัสดุ โดยการขนส่งวัสดุต้องคำนวณ ทั้งขาไปและขากลับ และการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงในกิจกรรมก่อสร้าง ดังนี้

<u>กรณีทราบข้อมูลน้ำมันเชื้อเพลิง</u>

ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ = ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง (ลิตร) x EF ตามประเภทน้ำมันเชื้อเพลิง

<u>กรณีไม่ทราบข้อมูลน้ำมันเชื้อเพลิง (คำนวณทั้งขาไปและกลับ)</u>

การขนส่งขาไป

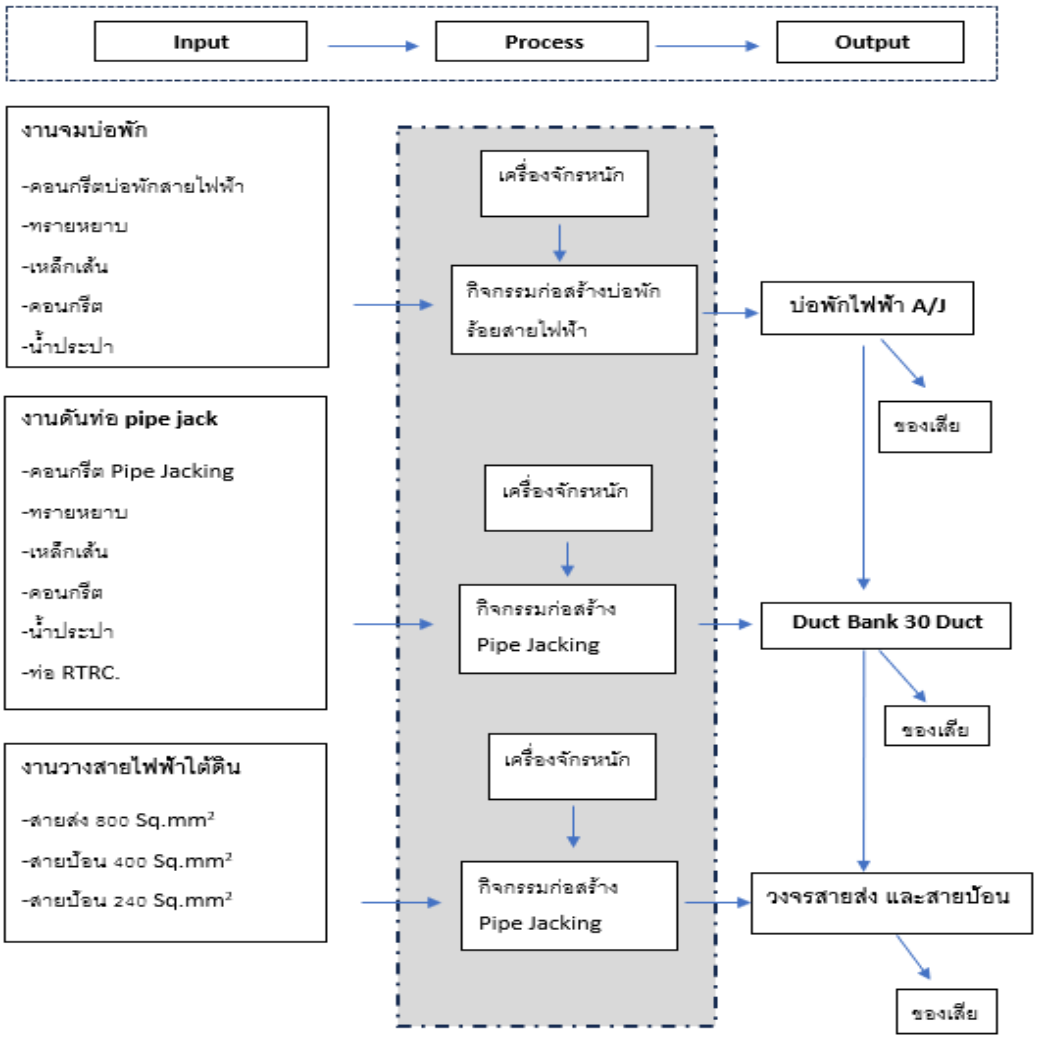
ปริมาณคาร์บอนฟุตพรินท์

จากการเผาไหม้เชื้อเพลิง จากการขนส่ง (ขาไป) = น้ำหนักวัสดุก่อสร้าง(ตัน) x ระยะทาง(กม.) x ค่า EF ของยานพาหนะที่ใช้ขนส่ง

การขนส่งขากลับ

ปริมาณคาร์บอนฟุตพรินท์

จากการเผาไหม้เชื้อเพลิง จากการขนส่ง (ขากลับ) = น้ำหนักวัสดุก่อสร้าง(ตัน) x ระยะทาง(กม.) x ค่า EF ของยานพาหนะที่ใช้ขนส่ง
น้ำหนักบรรทุกสูงสุดของยานพาหนะ



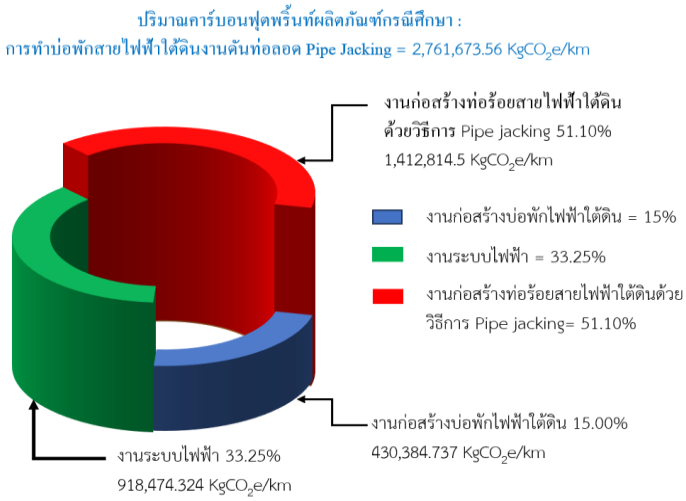
ภาพที่ 3 การจัดทำผังไหลของวัสดุ (Material Flow Diagram)

ตารางที่ 1 บัญชีรายการวัสดุที่ใช้ในการก่อสร้างบ่อพักไฟฟ้า

กิจกรรม/วัสดุนำเข้า	หน่วย	ปริมาณ	EF ($kgCO_2e$/ หน่วยปริมาณ)	ที่มา
1.งานจมบ่อพัก 6 บ่อ (กิจกรรมติดตั้งบ่อพัก)				
1.1 งานกรีดถนน				
1.2 สกัดถนน พร้อมวางฝาปิดชั่วคราว				
1.3 จมชิ้นส่วนบ่อ ชนิด A/J				
1.4 ฝาชั่วคราว คอนกรีต (Concrete) 240 kcs.	ลบ.ม	210	212	Ecoinvent 2.2 IPCC 2007 GWP 100a
2.งานเทก้นบ่อพัก (กิจกรรมติดตั้งบ่อพัก)				
บดอัดทราย Sand Compaction				
2.1 ทรายหยาบ 7.9 คิว	กิโลกรัม	71,100	0.0037	TGO Guide book (เม.ย. 57)
2.2 เทลีน (Concrete) 140 kcs.	ลบ.ม	47.34	212	Ecoinvent 2.2 IPCC 2007 GWP 100a
2.3 ผูกเหล็ก ระดับ Base Slap.				
เหล็กเส้นกลม DB ขนาด 20 มม.	กิโลกรัม	2,131	1.76	Ecoinvent 2.2 IPCC 2007 GWP 100a
เหล็กเส้นกลม DB ขนาด 16 มม.	กิโลกรัม	3,000	1.76	
เหล็กเส้นกลม DB ขนาด 12 มม.	กิโลกรัม	120	1.76	
คอนกรีต (Concrete) 240 kcs.	ลบ.ม	55.2	317	
ปูนซีเมนต์พอรต์แลนด์ 2 ถุง	กิโลกรัม	100	1.038	บริษัท เอสซีจีซีเมนต์ จำกัด
น้ำประปา	ลบ.ม	5	0.7948	Thai National LCI Database,TIIS-MTEC-NSTDA
3.งานดันท่อ Pipe Jacking				
3.1 งานตั้งรางดันท่อ				
3.2 งานดันปลอกท่อ คสล.				
Pipe Jacking Concrete	กิโลกรัม	314,000	212	
น้ำประปา	ลบ.ม	500,000	0.7948	Thai National LCI Database,TIIS-MTEC-NSTDA
3.3 งานติดตั้ง ท่อ RTRC.				
ท่อ RTRC Dia 125mm. 30ท่อ	กิโลกรัม	8,100	6.6860	IPCC 2006
3.4 งานติดตั้งหวี SPACER				
เหล็กเส้นกลม SD ขนาด 9 มม.	กิโลกรัม	3,000	1.76	Ecoinvent 2.2 IPCC 2007 GWP 100a
ตะปูขนาด 3 นิ้ว	กิโลกรัม	55.2	1.76	
3.5 งานเกาท์คอนกรีต (Grouting)				
คอนกรีต (Concrete) 45 kcs.	ลบ.ม	2,126	212	IPCC 2006
คอนกรีต (Concrete) 45 kcs. (OPC Type 1)	ลบ.ม		77.32	บริษัท เอสซีจีซีเมนต์ จำกัด

ตารางที่ 1 บัญชีรายการวัสดุที่ใช้ในการก่อสร้างบ่อพักไฟฟ้า

กิจกรรม/วัสดุนำเข้า	หน่วย	ปริมาณ	EF ($kgCO_2e$/ หน่วยปริมาณ)	ที่มา
คอนกรีต (Concrete) 45 kcs. (Hydralic Cement)	ลบ.ม		74.87	
น้ำประปา	ลบ.ม	5	0.7948	Thai National LCI Database,TIIS-MTEC-NSTDA
4.งานปิดฝาบ่อพัก Man Hole (กิจกรรมติดตั้งบ่อพัก)				
4.1 งานติดอุปกรณ์ในบ่อพักสายไฟฟ้า				
บันได (HDG.)	กิโลกรัม	9,000	2.7073	USLCI Update_24 Sep12
Support for rack (HDG.)	กิโลกรัม	200	2.7073	
Pulling Iron (HDG.)	กิโลกรัม	20	2.7073	
4.2 งานติดตั้งเพดานบ่อพัก 240 kcs.				
เหล็กเส้นกลม DB ขนาด 16 มม.	กิโลกรัม	6,600	1.76	Ecoinvent 2.2 IPCC 2007 GWP 100a
เหล็กเส้นกลม DB ขนาด 20 มม.	กิโลกรัม	1,260	1.76	
คอนกรีต (Concrete ready mix)	ลบ.ม	52.2	212	
4.3 งานติดคอบ่อพักและฝาบ่อ				
Steel Iron cast	กิโลกรัม	900	0.6382	USLCI Update_24 Sep12
ไม้อัดทำแบบ	กิโลกรัม	144	0.3866	Ecoinvent 2.2 IPCC 2007 GWP 100a
5. งานติดตั้งไฟฟ้า				
5.1 งานติดตั้งวัสดุสายไฟฟ้าใต้ดิน				
สายไฟ 69 kV 800 sq.mm2 (6 เส้นต่อ 1 วงจร) ใช้ 2 วงจร	กิโลกรัม	144,000	3.47	คณะทำงานด้านเทคนิค CFP (2554)
สายไฟ 24 kV 400 sq.mm2 (3 เส้นต่อ 1 วงจร) ใช้ 5 วงจร	กิโลกรัม	69,000	3.47	
สายไฟ 24 kV 240 sq.mm2 (3 เส้นต่อ 1 วงจร) ใช้ 5 วงจร	กิโลกรัม	48,000	3.47	
เศษผ้า	ต.ร.ม		2.00	2006 IPCC Volume 5:Waste
5.2 งานติดตั้งหัวต่อสาย Splicing kit				
Splicing 800 sq.mm2 Silicone	กิโลกรัม	360	2.8649	Ecoinvent 2.2 IPCC 2007 GWP 100a
Splicing 400 sq.mm2 Silicone	กิโลกรัม	180	2.8649	
Splicing 240 sq.mm2 Silicone	กิโลกรัม	180	2.8649	
Sovents	กิโลกรัม	25	2.3893	
เศษผ้า	ต.ร.ม	5	2.00	2006 IPCC Volume 5:Waste



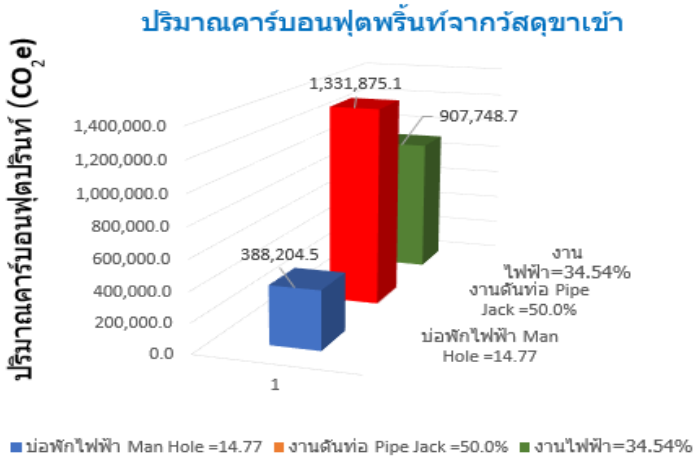
ภาพที่ 4 การปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์

4. ผลจากการคำนวนปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการก่อสร้าง

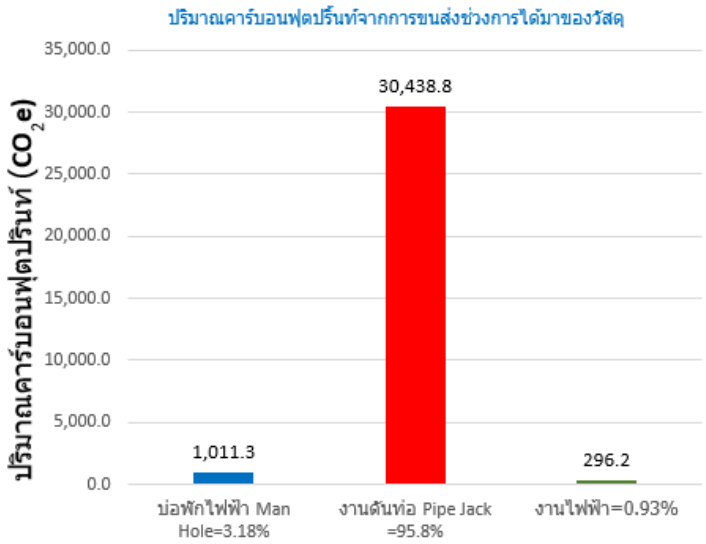
เกิดผลรวมของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทุกขั้นตอน สามารถแสดงผลการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในหน่วยของ กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วย ($kgCo_2e/km$) ดังแสดงในภาพที่4

การปล่อยก๊าซเรือนกระจกโดยรวมเท่ากับ 2,761,673.56 $kgCO_2e/km$ โดยแบ่งงานเป็นการทำงานเป็น 3 กิจกรรมหลักในการประเมิณการปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ในขั้นตอนการทำงานดันท่อมีค่าสูงสุดเท่ากับ 1,412,814.5 $kgCO_2e/km$ ลำดับที่ 2 งานวางสายไฟฟ้าใต้ดิน เท่ากับ 918,474.324 $kgCO_2e/km$ ลำดับที่3 งานติดตั้งบ่อพักเท่ากับ 430,384.737 $kgCO_2e/km$

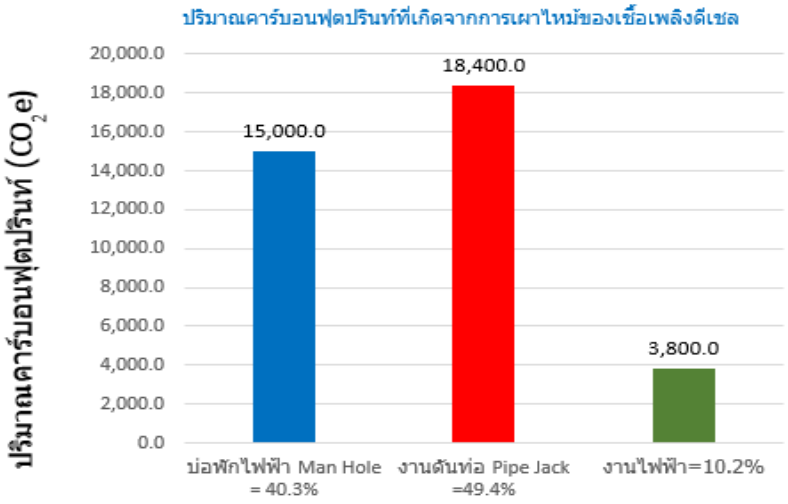
ภาพที่ 5 แสดงการประเมินการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการได้มาของวัสดุขาเข้าจากบัญชีแสดงปริมาณวัสดุขาเข้ามีปริมาน คาร์บอนไดออกไซค์ในขั้นตอนการทำงานดันท่อมีค่าสูงสุดเท่ากับ 1,331,857.1$kgCO_2e/km$ หรือร้อยละ50 ลำดับที่ 2 งานวางสายไฟฟ้าใต้ดิน เท่ากับ 907,748.7 $kgCO_2e/km$หรือร้อยละ34.54 ลำดับที่3 งานติดตั้งบ่อพักไฟฟ้าเท่ากับ 388,204.5 $kgCO_2e/km$หรือร้อยละ 14.77 ซึ่งมาจากผลรวมจากตารางที่ 1



ภาพที่ 5 ประเมินการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของรายการบัญชีขาเข้าของวัสดุ



ภาพที่ 6 การประเมินการปลดปล่อยก๊าซการขนส่งวัสดุทางรถยนต์



ภาพที่ 7 การประเมินการปลดปล่อยก๊าซจากกระบวนการดำเนินงานโดยใช้เครื่องจักรชนิดเครื่องยนต์ดีเซล

โดยแบ่งงานเป็นการทำงานเป็น 3 กิจกรรมหลักในการประเมินการปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ในขั้นตอนการทำงานดันท่อมีค่าสูงสุดหรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 95.8 รองลงมาเป็นงานติดตั้งบ่อพักสายไฟฟ้าใต้ดิน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ3.18 ลำดับที่3 งานติดตั้งบ่อพัก คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ0.93

โดยแบ่งงานเป็นการทำงานเป็น 3 กิจกรรมหลักในการประเมินการปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ในขั้นตอนการทำงาน ดันท่อมีค่าสูงสุดหรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 49.4 รองลงมางานติดตั้งบ่อพักคิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ40.3 ลำดับที่3 เป็นงานวางสายไฟฟ้าใต้ ดินโดยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 10.2

การเปรียบเทียบผลการวิจัยในประเทศ และงานวิจัยในต่างประเทศ

นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ คุณพรพิมล สุดจันทึก (2563) [6] ศึกษาเรื่องการประเมินคาร์บอนฟุตพรินท์ของงานโครงการสร้างทางเชื่อมผืนป่าบนทางหลวงหมายเลข304 โดยใช้หลักการประเมินวัฏจักรชีวิต (Life Cycle Assessment : LCA) เพื่อทำการประเมิน คาร์บอน

ฟุตพริ้นท์ที่เกิดจากการก่อสร้างอุโมงค์สัตว์ข้ามและสะพานยกระดับสัตว์ลอด และงานวิจัยต่างประเทศของฝรั่งเศส งานก่อสร้างรถไฟความเร็วสูง LGV Mediterranee [7] มีแสดงตามตารางที่ 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบกับผลงานวิจัยประเทศและต่างประเทศ

งานวิจัย	ประเทศ	งานก่อสร้าง		ค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์
งานวิจัยนี้	ไทย	Construction of Manhole for Pipe Jacking Method	กรณีศึกษาการทำบ่อพักสายไฟฟ้าใต้ดินงานดันท่อลอด Pipe Jacking	2,761.7 tco_2e/km
งานวิจัยเปรียบเทียบ	ไทย	การประเมินการก่อสร้างทางเชื่อมผืนป่าบนทางหลวงหมายเลข 304	-อุโมงค์สัตว์ข้าม	35,923.40 tco_2e/km
			-สะพานยกระดับสัตว์ลอด	16,840.22 tco_2e/km
	ฝรั่งเศส	LGV Mediterranee	-อุโมงทางวิ่ง	212.5 tco_2e/km

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ กรณีศึกษาการทำบ่อพักสายไฟฟ้าใต้ดินงานดันท่อลอด Pipe Jacking ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ และทำการคำนวณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยใช้วิธีการคำนวณตามคู่มือการคำนวณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกแห่งชาติ ขององค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) [3] โดยเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ ซึ่งมีขอบเขตการประเมินตลอดช่วงชีวิตของผลิตภัณฑ์ (Life Cycle Assessment: LCA) ตั้งแต่การรื้อถอนเพื่อนำเศษซากหลังการใช้งานเพื่อรอการนำไปใช้ในผู้ผลิตรายถัดไป แบบ Cradle-to-Gate (Business-to-Business: B2B) ดังนั้นจึงไม่ได้รวมเรื่องของการขนส่งเศษวัสดุรื้อถอนไปยังอีกพื้นที่ อันเนื่องมาจากการขนส่งจะมีปัจจัยอีกหลายประการ เช่น ระยะทางการขนส่งไปยังพื้นที่รับกำจัด ช่วงระยะเวลาการเดินทาง และ สถานที่รับกำจัดรวมถึงวิธีการกำจัดหรือนำไปใช้ประโยชน์ต่อ จากผลการศึกษาจะพบว่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของของผลิตภัณฑ์กรณีศึกษา การทำบ่อพักสายไฟฟ้าใต้ดินงานดันท่อลอด Pipe Jacking แหล่งปล่อยก๊าซเรือนกระจกส่วนใหญ่จากการประเมินจากกิจกรรมพบว่ามาจากงานดันท่อ Pipe Jacking เป็นส่วนใหญ่ ส่วนปัจจัยทำให้มีค่าการปล่อยคาร์บอนฟุตปริ้นท์เนื่องมาจากระยะทางในการขนส่งวัตถุดิบ จากหน้าแหล่งจำหน่ายมายังแหล่งหน้างาน จากการขนส่งในกิจกรรมการผลิตหล่อชิ้นส่วนท่อดันที่โรงหล่อ ผลที่ทำให้เกิดปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ และส่วนที่สอง คือในกิจกรรมในขั้นตอนการติดตั้งชิ้นงานต้องใช้ระยะเวลาในการทำงานค่อนข้างนาน และสืบเนื่อง จากหน้างานไม่มีกระแสไฟฟ้าแบบการทำงานโดยทั่วไป เพราะต้องเคลื่อนที่ตามตำแหน่งที่จะก่อสร้าง ต้องใช้เครื่องปั่นไฟฟ้า ตลอดในการแทบจะทุกกิจกรรม ทั้งแสงสว่างและสูบน้ำ และการจัดการจราจร ตลอดทั้งคืน (คู่มือก่อสร้างงานสาธารณูปโภค โดยกองแผนงานและประสานงานสาธารณูปโภค สำนักการโยธา กรุงเทพมหานคร)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้หน่วยงานก่อสร้างทุกหน่วยงานหรือโครงการของรัฐ รณรงค์ส่งเสริม ให้จัดทำหรือเก็บข้อมูล ในการจัดและจัดเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ให้ประเมินเพื่อให้ทราบว่าหน่วยงานของตนควรจะลด ตรงส่วนใดได้บ้าง เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์ของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของวัสดุการก่อสร้างของวัสดุบางชนิดมีค่าที่สูงมาก ควรเปลี่ยนวัสดุนำมา

ทดแทนหรือปรับเปลี่ยน ในงาน V/O เพื่อความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อม โดยเป็นข้อเสนอในเขียนข้อกำหนดใน TOR. สามารถให้คะแนนบวกเพิ่มในด้านเทคนิคทางด้านก่อสร้าง

2. พิจารณาการลดระยะทางการขนส่งวัตถุดิบระหว่างหน้าแหล่งงาน แหล่งผลิต หรือแหล่งจำหน่ายไปยังแหล่งงานก่อสร้างหรือ และระยะทางระหว่างที่พักของคนงาน หรือจุดรวมเครื่องจักรกลไปยังแหล่งงานก่อสร้าง ควรให้มีระยะที่ใกล้ที่สุดกับบริเวณแหล่งงาน เพื่อลดอัตราการสิ้นเปลืองน้ำมันที่ส่งผลให้การเผาไหม้ของเครื่องจักรกล ที่ก่อให้เกิดปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ลดลง และประหยัดค่าใช้จ่ายเรื่องการขนส่งเป็นอย่างยิ่ง

3. ในงานวิจัยนี้มีการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของโครงการสายฟ้าใต้ดิน โดยเล็งเห็นว่าสายไฟฟ้ามีค่ามูลค่าสูงและนับวันจะสูงไป ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีวัสดุ ใดมาทดแทนวัสดุตัวนำสายไฟทองแดงได้ จึงควรใช้อย่างประหยัด อย่างคุ้มค่า และควรส่งเสริมให้บ้านเรือนประชาชน หาวิธีพึ่งพาตนเอง โดยติดตั้ง Solar roof top ของประชาชนเอง เพื่อให้มีพลังงานสะอาดใช้เอง และจะทำให้ขนาดสายส่งที่มีไม่ต้องขยายระบบ ลดขนาดที่ของสายไฟฟ้า และหม้อแปลงกระแสไฟฟ้า โดยที่สายไฟฟ้าไม่ต้อง เปลี่ยนไปตามของความเจริญของเมือง

<u>เอกสารอ้างอิง</u>

[1] กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม (กพ.2563).คู่มือกิจกรรมสิ่งแวดล้อมศึกษา. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
[2] โครงการสายไฟฟ้าลงดิน. [อินเตอร์เน็ต] 2566 [สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงจาก https://www.greennetworkthailand.com/mea-underground-cable-system/
[3] คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ (พิมพ์ครั้งที่7,ธันวาคม, 2563),กรุงเทพ:บริษัทอัมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน)
[4] คาร์บอนฟุตพริ้นท์. [อินเตอร์เน็ต] 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2566]. เข้าถึงจากhttps://www.bsigroup.com
[5] เศรษฐ์ สัมภัตตะกุล,ณัฐนี วรยศ และ นเรศ วงศ์ใหญ่ (2554) ขั้นตอนการประเมินวัฏจักรชีวิตผลิตภัณฑ์ ตามหลัก ISO14040
[6] พรพิมล สุดจันทึก (2563) ศึกษาเรื่องการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของงานโครงการสร้าง ทางเชื่อมผืนป่าบนทางหลวงหมายเลข 304 วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม) ภาควิชาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
[7] พรพิมล สุดจันทึก (2563) ศึกษาเรื่องการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของงานโครงการสร้าง ทางเชื่อมผืนป่าบนทางหลวงหมายเลข 304 วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม) ภาควิชาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุติดเตียง ที่มีโรคร่วมและโรคปอดอักเสบ : กรณีศึกษา 2 ราย

The Application of Watson's Human Caring theory of Nursing Care in Elderly leprosy patients bedridden and co-morbidities with pneumonia

(Received: October 12,2023 ; Revised: October 29,2023 ; Accepted: October 31,2023)

นรินทร กลกลาง[1]
Narinthon Kolklang[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case study) เพื่อเปรียบเทียบการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ วัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุติดเตียงที่มีโรคร่วมและโรคปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต ตรวจร่างกาย สัมภาษณ์ผู้ป่วย เวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ พยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง การรักษา และบันทึกการพยาบาล นำข้อมูลจากการศึกษามาวางแผนการให้การพยาบาล โดยประยุกต์ปัจจัยการดูแล 10 ประการ ลงสู่ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดกระบวนการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุมีความพิการ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยมากกว่า 90 วันนอน และมีสาเหตุของการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก มีอาการไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ไอมีเสหะ หอบเหนื่อย ให้การดูแลเพื่อตอบสนองต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงด้วยการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและออกซิเจนบำบัด เหมือนกัน มีความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยเป็นเพศชาย อายุ 73 ปี มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ตับแข็ง โรคหลอดเลือดสมองอ่อนแรงซีกขวา นิ่วในไต และซึมเศร้า มีอาการ ไข้สูง 38.5 องศาเซลเซียส พบ ภาวะแทรกซ้อน คือ น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะโพแทสเซียมต่ำ ติดเชื้อดื้อยา ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน จนอาการดีขึ้น รวมระยะเวลาในการรักษาปอดอักเสบ 14 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ภาวะสมองเสื่อม พาร์กินสัน ซีด ลิ้นหัวใจตีบ มีอาการ ไข้สูง 38.1 องศา ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน จนอาการดีขึ้น รวมระยะเวลาในการรักษาปอดอักเสบ 7 วัน

คำสำคัญ : ทฤษฎีของวัตสัน ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ โรคปอดอักเสบ

Abstract

This study was a case study to compare the application of Watson's theory to the nursing care of two elderly leprosy patients with comorbidities and pneumonia. who were admitted to the ward. Data were collected from observations, physical examinations, and patient interviews. patient medical records Analysis of comparative data, pathology, symptoms, treatment and nurse's note. Apply ten caritive factors into nursing practice. To meet the needs of patients for the recovery process from illness. maintain human dignity and evaluating nursing outcomes. The results of the study were two old leprosy patients with disabilities, elderly without a caregiver. Being admitted to the ward for more than 90 days and having a cause of aspiration pneumonia. Symptoms High fever over 38 degrees Celsius Cough with sputum Shortness of breath. The nursing practice response to the altered symptoms required antibiotic and oxygen therapy were the same. The severity of the disease and the complications were different. Case study 1 : A 73-year-old male patient, having a Hypertension , Cirrhosis, Cerebrovascular disease, Kidney stones, and Depression. He had a high fever of 38.5 degrees Celsius. He was treated and nursed until his condition improved. Complications were high blood sugar. arrhythmia hypokalemia received standard medical care until symptoms improve Total duration of treatment for pneumonia was 14 days. Case study 2 : A 86-year-old female patient, having a congenital disease, Dementia,

[1] สถาบันราชประชาสมาสัย

Hypertension ,Parkinson's disease, Anemia, Aortic valve stenosis, symptoms, high fever 38.1 degrees, no complications. received standard medical care until symptoms improve Total duration of pneumonia treatment was 7 days.

Keyword : Watson's theory to the nursing care, Pneumonia, Elderly leprosy patients

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดจากการติดเชื้อส่งผลให้เนื้อปอดซึ่งประกอบด้วยหลอดลมฝอยส่วนปลายสุดและถุงลมเกิดการอักเสบบวมทำให้หนองเข้าไปอยู่ในถุงลมทำให้ปอดทำหน้าที่ได้น้อยลง เกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย พบได้บ่อยในทุกกลุ่มวัยและเพศ มีโอกาสพบได้มากขึ้นในบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกันเป็นเวลานาน ร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันทางระบบหายใจ และนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคปอดอักเสบเกิดได้จาก 2 สาเหตุหลัก คือ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อซึ่งพบได้เป็นส่วนใหญ่ และปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ ผู้ป่วยจึงมีอาการแสดงและความรุนแรงของโรคในลักษณะแตกต่างกัน บางครั้งอาจพบปอดอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ๆ ด้วยปัจจุบันนิยมจำแนกโรคปอดอักเสบตามสภาพแวดล้อมสภาพแวดล้อมที่เกิดปอดอักเสบ ได้แก่ ปอดอักเสบในชุมชน(community- acquired pneumonia-CAP) เป็นปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อภายนอกโรงพยาบาล ไม่รวมปอดอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจาหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ และปอดอักเสบในโรงพยาบาล (nosocomial pneumonia หรือ hospital-acquired pneumonia–HAP) เป็นปอดอักเสบจากการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ48 ชั่วโมง[1]

จากข้อมูล สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2561-2564 พบ ผู้ป่วยปอดอักเสบจำนวน 29,568 ,34,969 ,32,472 รายตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตในปี2561,2562,2563 คิดเป็นร้อยละ 45.2,53.3 และ 52.8 ต่อประชากร 100,000 ตามลำดับ[2] และ สถิติ ปี 2564 ณ วันที่ 2 กันยายน 2564 พบผู้ป่วยปอดอักเสบจำนวน 92,512 อัตราป่วย 142.40 ต่อ ประชากร 100,000 เสียชีวิต 97 ราย[3] และพบว่าปอดอักเสบในผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีและมักจะมีการติดเชื้อรุนแรงทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น[4] และพบว่าในสถานดูแลผู้สูงวัย (nursing home) ของสหรัฐอเมริกา ปอดอักเสบเป็นสาเหตุอันดับ 3 ที่ทำให้ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในปอดอักเสบ คือ ติดเชื้อในกระแสเลือด หนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และ ภาวการณ์หายใจล้มเหลว[5]

งานผู้ป่วยใน สถาบันราชประชาสมาสัย ประกอบด้วย 4 หอผู้ป่วย ซึ่งจากรายงานตัวชี้วัด Target Surveillance คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบ จำนวนอุบัติการณ์ การเกิด Hospital Acquired Pneumonia ในผู้ป่วยที่มารับการรักษา ปี 2563 จำนวน 2 ราย คิดเป็น 0.20 ต่อ 1000 วันนอน และปี 2564 จำนวน 3 ราย คิดเป็น 0.30 ต่อ 1000 วันนอน ในส่วนของหอผู้ป่วย 2 ให้บริการผู้ป่วยผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่มีโรคร่วมที่ไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจที่ต้องการใช้ห้องแยกโรค พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 โรคที่พบเป็นอันดับแรกของ หอผู้ป่วย คือ ปอดอักเสบ (Pneumonia) จำนวน 8 ราย แยกออกเป็น ปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส จำนวน 3 ราย ปอดอักเสบจากชุมชน จำนวน 2 ราย และ ปอดอักเสบในโรงพยาบาลจากการสำลักในโรงพยาบาล จำนวน 2 ราย โดยผู้ป่วยเป็นในผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งการเกิดปอดอักเสบในผู้สูงอายุเกิดจากการที่มีภูมิต้านทานร่างกายต่ำและมีการเปลี่ยนแปลงของ

ระบบภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการต้านทานเชื้อโรคและสร้างระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ในผู้สูงอายุลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายรวมทั้งการเจ็บป่วย เช่น ไข้หวัดบ่อย ๆ และในผู้สูงอายุอาการและอาการแสดงอาจไม่ชัดเจน หรือไม่มีอาการเนื่องจากความรู้สึกตัวที่เสื่อมถอยลง มีอาการหลงลืม และอาจมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคมะเร็ง เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน จนบางครั้งอาจรับยามากเกินความจำเป็น รวมทั้งมีพยาธิสภาพหลายๆ อย่างเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน จึงส่งผลให้สุขภาพโดยรวมทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบได้ และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด การรักษาเป็นไปอย่างยากลำบากและทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพร่างกาย ถึงแม้ผู้ป่วยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตสูง

ดังนั้น ผู้ศึกษามีความสนใจการพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ที่ตระหนักถึงการดูแลที่ให้คุณค่าของความเป็นมนุษย์ ในทุกระยะของภาวะสุขภาพของบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนพิการสูงอายุที่เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดภาวะลุกลามรุนแรงของโรค รวมทั้งการไม่มีผู้ดูแลหรือครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของวัตสันโดยประยุกต์ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten caritive factors)[6,7,8] ลงสู่กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรักและการดูแล (Clinical caritas process) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดกระบวนการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวางแผนการให้การพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของวัตสัน ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุติดเตียงที่มีโรคร่วมและโรคปอดอักเสบ : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case Study) เพื่อเปรียบเทียบการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุติดเตียงที่มีโรคร่วมและโรคปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมกรณีศึกษา

ผู้ศึกษาจัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัครเข้าร่วมกรณีศึกษา (Case Study) และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมกรณีศึกษาด้วยความสมัครใจ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ลงวันที่ 26 มกราคม 2565 โดยก่อนการดำเนินการกรณีศึกษาได้ขอคำยินยอมจากผู้ป่วยโดยกระบวนการขอคำยินยอมได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนของสถาบันราชประชาสมาสัย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชาย Old Leprosy รักษาด้วยยา MDT สูตร MB ครบแล้วเมื่อ 30 ปีก่อน อายุ 76 ปี ประวัติโรคประจำตัว Hypertension Cirrhosis and cholestasis jaundice renal cyst in kidney with CVA รักษาตัวในหอผู้ป่วยมากกว่า 90 วัน อาการ และอาการแสดง พบ ไอ หอบเหนื่อย ไข้ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/84 mmHg SPO2 92 % ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีมีความพิการ นิ้วมือ กุดงอทั้ง 2 ข้าง ข้อเท้าข้างซ้ายตก นิ้วเท้างอติดแข็ง แขนขาอ่อนแรงซีกขวา ไม่สามารถ Setting balance ได้ ข้อเข่าด้านขวางอติดแข็งในท่าไขว่ห้าง แพทย์วินิจฉัย Aspiration pneumonia รักษาด้วย Oxygen Mask With bag 10 lit /mine Keep O2sat ≥ 95% ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบ Patchy

infiltration RLL with infiltration RML ฟังปอดมีเสียง crepitation at RLL and RML ผู้ป่วยมีประวัติติดเชื้อดื้อยา Klebsiella pneumonia ,Pseudomonas และ Escherichia coli ใน Sputum ให้ยาปฏิชีวนะ Meropenem 1gm IV drip ทุก 8 hr. x 7 day Ber dual (2:3) 1 NB ทุก 15 นาที 2 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง then ทุก 4 hr. prn for dyspnea ON NG tube Improve nutrition : Hypoalbuminemia feed BD (1.2:1) (TC1440, TV1400) ประมาณ 25 Kcal/kg 300ml วันละ 4 ครั้ง น้ำตาม 50 cc/Feed Monitor EKG Keep HR≤ 120bpm Keep BP ≥90/60mmHg MAP ≥ 65 Retain Foley catheter Consult PM & R การช่วยเคาะปอด และโปรแกรมฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย สัญญาณชีพปกติ แต่ยังคง ON NG tube feed BD และมีอาการไอมีเสมหะ ย้ายลงหอผู้ป่วย 2 เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการรักษา 14 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิง Old Leprosy รักษาด้วยยา MDT สูตร MB ครบแล้วเมื่อ 38 ปี อายุ 86 ปี ประวัติโรคประจำตัว Hypertension Delirium Parkinson Aortic stenosis รักษาตัวในหอผู้ป่วยมากกว่า 90 วัน อาการ และอาการแสดง พบ ไอ มีเสมหะ หอบเหนื่อย ไข้ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/64 mmHg SPO2 94 % ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีมีความพิการนิ้วมือ กุดงอทั้ง 2 ข้าง ติดแข็ง นิ้วเท้างอติดแข็ง สามารถ Setting balance ได้บนเตียง ไม่มีข้อติดแข็งแพทย์วินิจฉัย Aspiration pneumonia รักษาด้วย Oxygen Canular 5lit/mine Keep O2sat ≥ 95% ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบ Patchy infiltration RLL รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV drip OD x 7 day Ber dual (1:3) NB stat 0.9% NaCl 1000 ml IV KVO 1 ขวด Improved nutrition โจ๊กปั่นเพิ่มไข่ขาว 1ฟอง/มื้ออาหาร รับประทานเอง Consult PM&R การช่วยเคาะปอด และโปรแกรมฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย สัญญาณชีพปกติ ย้ายลงหอผู้ป่วย 2 เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการรักษา 7 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการพยาบาล และ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของวัตสัน

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของวัตสันส่วนปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten caritive factors) ลงสู่กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีโรคร่วมและปอดอักเสบ : กรณีศึกษา 2 ราย เพื่อให้การพยาบาลครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ร่วมกับกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเน้นการประยุกต์ใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการในทุกกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดกระบวนการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 การประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของวัตสันไปใช้ในการดูแลป่วย ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ ปัจจัยการดูแล 10 ประการ
1. มีภาวการณ์ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจปอดอักเสบ กรณีศึกษารายที่ 1, 2	1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินเรื่องการติดเชื้อหากผู้ป่วยมีไข้อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ วัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังจากเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที 2. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, Electrolyte, BUN, CR, Sputum culture และผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก เพื่อติดตามการติดเชื้อปอดอักเสบ 3. ดูแลให้การพยาบาลด้วย Technique universal precaution เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ใส่ผ้าปิดปาก-จมูก (surgical mask) และถุงมือสะอาด (cleaned glove) ล้างมือ 7 ขั้นตอน และใช้หลักการ 5 moment ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณเตียงของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เนื่องจากติดเชื้อดื้อยาหลายชนิดจัด Isolation zone เว้นระยะห่างเตียง

ตารางที่ 1 การประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของวัตสันไปใช้ในการดูแลป่วย ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ ปัจจัยการดูแล 10 ประการ
	1.5 เมตร ล้างมือด้วย 4% chlorhexidine gluconate เช็ดมือให้แห้งทุกครั้ง แยกอุปกรณ์ทางการแพทย์ของใช้ส่วนตัวทุกชนิดอย่างเคร่งครัด 4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ทบทวนประวัติการแพ้ยาก่อนให้ยา สังเกตอาการแพ้ยา เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน คัน ผื่นแพ้ยา หรือ อาการ Anaphylactic shock กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยา Meropenem 1gm IV drip ทุก 8 hr. กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับยา Ceftriaxone 2 gm IV drip OD ดูแลตำแหน่งได้รับยาทางหลอดเลือดดำว่ามีการอักเสบ บวม แดง เกิดอาการ leak ของยา หรือไม่เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบลง 5. รายงานอาการให้แพทย์ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น หรือหายใจลำบาก เป็นต้น เพื่อร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วย <u>การประยุกต์ใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten caritive factors)</u> ข้อที่ 1 สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ข้อที่ 3. ปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น/ ปลูกฝังการปฏิบัติทางจิต วิญญาณ และการหลอมรวมตนเอง ให้ก้าวพ้นอัตตาแห่งตน
1. มีภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ปอดอักเสบ (ต่อ) กรณีศึกษารายที่ 1,2	ข้อที่ 4.สร้างสัมพันธภาพช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ ข้อที่ 6.ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ ข้อที่ 8 ประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ/ สร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด ข้อที่ 9 พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น/ ช่วยเหลือโดยมุ่งตอบสนองความต้องการของบุคคล <u>การประเมินผลการพยาบาล</u> กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ Oxygen Mask With bag 10 lit /mine O2sat 95-97 % ลดเป็น Oxygen canular 5 lit /mine ในวันที่ 5 ของการรักษา เสมหะมีปริมาณมาก ฟังปอดพบ crepitation RLL กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ลด Oxygen canular เป็น 3 lit /mine ในวันที่ 3 ของการรักษา
2. มีภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของถุงลม กรณีศึกษารายที่ 1,2	1.เฝ้าระวังภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ Monitor O2sat Keep ≥ 95% ฟังเสียงปอดทุก 1-2 ชั่วโมง ดูแลให้การรักษาด้วยออกซิเจนตามแนวทางการรักษา 2.จัดท่านอนศรีษะสูง Fowler's position สูง 30-45 องศา เพื่อให้ปอดขยาย จัดสิ่งแวดล้อมให้พักผ่อนบนเตียง Absolutes Bed rate ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดการออกซิเจน จัดท่าผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สะอาด มีอากาศถ่ายเท เพื่อส่งเสริมการพักผ่อน 3.ดูแลให้ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะ และยาแก้ไอตามแผนการรักษา 4.ดูแลทำความสะอาดช่องปาก แปรงฟันวันละ 2 ครั้งและให้ผู้ป่วยบ้วนปากหรือเช็ด ป้ายเหงือก ฟัน เพดานปาก และลิ้น ด้วย 0.12 % Chlorhexidine oral rinse อย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง จัดให้นอนท่าศีรษะสูงตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งขณะทำความสะอาดช่องปาก เพื่อป้องกันการสำลัก ดูดเสมหะในช่องปาก ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยยึดหลัก Universal precaution เพื่อป้องกันการสาลักและป้องกันการติดเชื้อ 5.สอนผู้ป่วยหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพโดยหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ (Deep breathing) โดยการจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา มือวางบนตัก หายใจเข้าทางรูจมูกช้า ๆ ให้เต็มปอด นับ 1-10 กลั้นลมหายใจ 2-3 วินาที แล้วจึงหายใจออกทางปาก

ตารางที่ 1 การประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของวัตสันไปใช้ในการดูแลป่วย ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ ปัจจัยการดูแล 10 ประการ
	ช้า ๆ โดยห่อปากเล็กน้อย ซึ่งระยะเวลาหายใจออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้า ทาสลับกัน 5-10 ครั้ง และสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) หายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกทางปาก ทาจานวน 3 ครั้ง และในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้กลั้นหายใจไว้นาน 3 วินาที โน้มลาตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยแล้วให้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลาคอประมาณ 3 ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะออกมา การประยุกต์ใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten caritive factors) ข้อที่ 1 สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลการประยุกต์ใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ
3. มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์กรณีศึกษารายที่ 1 ภาวะโพแทสเซียมต่ำ ในวันที่ 3 หลังการรักษา	1. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000ml V drip 60ml/hr.และให้ยา Elixir kcl. 30 CC feed กรณีศึกษารายที่ 1 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอมากกว่า 1500-2000 ซีซี จิบน้ำบ่อยๆ 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Electrolyte imbalance เช่น มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และ ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประยุกต์ใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten caritive factors) ข้อที่ 6 ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ การประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 ผล Electrolyte ค่า โพแทสเซียม อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่า 3.7 mmol/L ในการรักษาวันที่ 4
4. มีภาวะขาดสารอาหารและน้ำ กรณีศึกษารายที่ 1, 2	1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารตามแนวทางการรักษา กรณีศึกษารายที่ 1 ปรับ BD (1.2:1) (TC1440, TV1400) ประมาณ 25 Kcal/kg 300ml วันละ 4 ครั้ง น้ำตาม 50 cc/Feed กรณีศึกษารายที่ 2 โจ๊กปั่น + ไข่ขาว 1ฟอง/มื้ออาหารให้รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง กระตุ้นให้รับรู้ถึงการกลืนอาหารทุกครั้ง ขณะที่หอบเหนื่อยจัดอาหารให้เป็นช่วงเวลาและมีเวลาได้พักในขณะรับประทานอาหาร และระมัดระวังการสำลัก 2. ดูแลรักษาความสะอาดปากและฟันเพื่อให้ปากสะอาด ช่วยลดอาการปากแห้ง และลดรสขมหรือรสไม่ดีอื่น ๆ ทำให้มีความรู้สึกอยากอาหารเพิ่มขึ้น 3. ประเมินและบันทึก fluid intake and output โดยบันทึกปริมาณน้าเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมงสังเกต สีลักษณะและปริมาณปัสสาวะ ถ้าปริมาณ fluid intake น้อยกว่า fluid output ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง มีสีเข้มเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า มีภาวะขาดน้ำ และถ้าปริมาณ fluid intake มากกว่า fluid output เป็นข้อมูลสนับสนุนว่า มีน้ำเกิน
4. มีภาวะขาดสารอาหารและน้ำ (ต่อ) กรณีศึกษารายที่ 1, 2	4. ประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบคัดกรองทางโภชนาการอย่างง่ายสำหรับพยาบาล ติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของผู้ป่วยโดยการชั่งน้ำหนักทุกวันในเวลาเช้าก่อนรับประทานอาหารและบันทึกไว้เพื่อติดตามผลและประเมินซ้ำทุก 7 วัน 5. ประสานงานปรึกษาโภชนาการ เมื่อ nutritional screening มีความผิดปกติตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป คือ 1. น้ำหนักลดลงมากกว่า 6 เดือนโดยไม่ทราบสาเหตุ 2. รับประทานอาหารได้น้อยลงมากกว่า 7 วัน 3. BMI น้อยกว่า18.5 กิโลกรัม/เมตร 2 หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 25.0 กิโลกรัม/เมตร 2. และ 4. ผู้ป่วยวิกฤติหรือกึ่งวิกฤติ เพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย 7. ติดตามค่าผลเลือด albumin ให้อยู่ในค่าปกติ 3.5-5.2 lit/g/dl เป็นระยะ หากพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อวางแผนการรักษา

ตารางที่ 1 การประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของวัตสันไปใช้ในการดูแลป่วย ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ ปัจจัยการดูแล 10 ประการ
	<u>การประยุกต์ใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten caritive factors)</u> ข้อที่ 1 สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ข้อที่ 3. ปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น/ ปลูกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ และการหลอมรวมตนเอง ให้ก้าวพ้นอัตตาแห่งตน ข้อที่ 4.สร้างสัมพันธภาพช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ ข้อที่ 6.ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ ข้อที่ 8 ประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ/ สร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด <u>การประเมินผลการพยาบาล</u> กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยรับ Feed ได้ไม่มี content น้ำหนักไม่ขึ้น กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพียง ¾ ถาดไม่มีสำลัก BMI น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร
5. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและกลัวการเสียชีวิต กรณีศึกษารายที่ 1,2	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกด้วยความตั้งใจ เสริมพลังด้วยการสนทนาให้ผู้ป่วยพบความหมายของการมีชีวิต ความศรัทธาในศาสนาให้แสดงออกซึ่งความเชื่อทางศาสนา การกระตุ้นให้แสดงออกความรักและมีสัมพันธภาพกับครอบครัว ติดตามญาติให้สื่อสารกับผู้ป่วย ให้การพยาบาลที่นุ่มนวลและมีท่าทีเป็นกันเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดี 2. สอนแนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทาจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือไหว้พระ ฟังเพลง ฝึกสมาธิ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ 3. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลในการทำกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ 4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรค แผนการรักษาและความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและอธิบายเพิ่มเติม พยาบาลจัดการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับญาติได้ด้วยระบบ VDO call วันละ 1 ครั้ง เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษามากขึ้น
5 .ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ต่อ) กรณีศึกษารายที่ 1, 2	5. ประสานให้ทีมแพทย์ผู้รักษาได้พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเรื่องโรค และแนวทางการรักษาเพื่อให้คลายความวิตกกังวลลง 6. เปิดโอกาสให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ โดยการเตรียมชุดใส่บาตร และชุดถวายสังฆทาน ให้ผู้ป่วยอธิฐาน ก่อนนำไปใส่บาตรและถวายพระที่วัดแทนผู้ป่วยจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส 2019 งดการเข้าหอผู้ป่วยจากบุคคลภายนอก 7. จัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบให้ผู้ป่วยรับประทานที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกอุ่นใจ มั่นใจ ในการดูแลมากขึ้น 8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ความร่วมมือในการรักษาและให้กาลังใจผู้ป่วยด้วยการชมเชย ชื่นชม ทุกครั้งที่สามารถปฏิบัติได้ดี <u>การประยุกต์ใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten caritive factors)</u> ข้อที่ 1 สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ข้อที่ 3 ปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น/ ปลูกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ และการหลอมรวมตนเอง ให้ก้าวพ้นอัตตาแห่งตน ข้อที่ 4 สร้างสัมพันธภาพช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ ข้อที่ 6 ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ ข้อที่ 7 ส่งเสริมการเรียนการสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น/ ส่งเสริมการสอน การเรียนรู้ประสบการณ์

ตารางที่ 1 การประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของวัตสันไปใช้ในการดูแลป่วย ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ ปัจจัยการดูแล 10 ประการ
	ข้อที่ 8 ประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ/ สร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด ข้อที่ 9 พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น/ ช่วยเหลือโดยมุ่งตอบสนองความต้องการ <u>การประเมินผลการพยาบาล</u> กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยกังวลเรื่องอาการป่วย แต่สีหน้าสดชื่นขึ้นเมื่อพบลูกสาว กรณีศึกษารายที่ 2 ญาติวิตกกังวลลดลงเรื่องอาการเจ็บป่วยของมารดา
6. เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบซ้ำเนื่องจากสูงอายุและภูมิคุ้มกันต่ำ กรณีศึกษารายที่ 1,2	1. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาตัวในหอผู้ป่วย (HAP-C Bundle) ได้แก่ Hygienic hand washing ทำความสะอาดมือตามหลัก 5 moment ล้างมือ 7 ขั้นตอน ทุกครั้งที่สัมผัสผู้ป่วย 2. Aspiration precautions การป้องกันการสำลัก จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศาก่อนและหลังรับประทานอาหาร 30 นาที เพื่อป้องกันการสำลัก หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะหลังให้อาหาร 30 นาที <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุกครั้งก่อนป้อนอาหาร รวมทั้ง สังเกตประเมินความสามารถในการกลืนอาหาร จัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การป้อนอาหารแยกชิ้นอาหารออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ ป้อนแยกกับน้ำแกง ตักคำเล็ก ๆ เมื่อผู้ป่วยกลืนอาหารหมดแล้วจึงเริ่มคำถัดไป หลีกเลี่ยงการพูดคุยระหว่างป้อนอาหาร <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> ตรวจสอบตำแหน่งให้อาหารอยู่ในตำแหน่งถูกต้องทุกครั้งก่อนให้อาหารทางสายยาง ดูแลเปลี่ยนสายยางให้อาหารทุก 1 เดือน หรือ สกปรก 3. Prevention contamination นั่งศีรษะสูง 35-40 องศา ขณะทำความสะอาดช่องปาก ฟัน ให้ทำก่อน และหลังรับประทานอาหารหรือให้อาหารทางสายยางร่วมกับการ เช็ดด้วยน้ำปราศจากเชื้อและใช้ 0.12% chlorhexidine เช็ด ป้ายเหงือก ฟัน เพดานปาก และลิ้น ล้างเก็บอุปกรณ์ที่ใช้กับทางเดินหายใจให้สะอาด ไม่ปนเปื้อน และเปลี่ยนอุปกรณ์เมื่อมีการปนเปื้อน เช่น สายออกซิเจน สานพ่นยา 4. Chest physiotherapy กระตุ้น Early ambulation และ breathing exercise พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เคาะปอด (postural drainage) ก่อนรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง Keep warm โดยการห่มผ้ามนเวลากลางคืนหรืออากาศหนาวเย็น 5. สอนผู้ป่วยหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ (Deep breathing) และสอนการไอ อย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) เพื่อช่วยขับเสมหะออกมา 6. วางแผนการดูแลร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบและวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี <u>การประยุกต์ใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten caritive factors)</u> ข้อที่ 1 สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ข้อที่ 3 ปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น/ ปลูกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ และการหลอมรวมตนเอง ให้ก้าวพ้นอัตตาแห่งตน ข้อที่ 4 สร้างสัมพันธภาพช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ ข้อที่ 6 ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ ข้อที่ 8 ประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ/ สร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด ข้อที่ 9 พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น/ ช่วยเหลือโดยมุ่งตอบสนองความต้องการของบุคคล <u>การประเมินผลการพยาบาล</u> กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่เกิดปอดอักเสบซ้ำหลังการรักษา 60 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่เกิดปอดอักเสบซ้ำหลังการรักษา 90 วัน

ตารางที่ 1 การประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของวัตสันไปใช้ในการดูแลป่วย ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ ปัจจัยการดูแล 10 ประการ
7. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากมีขีดจำกัดด้านการเคลื่อนไหว กรณีศึกษารายที่ 1, 2	1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Barden scale 2. ดูแลพลิกตะแคงตัว และเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ตรวจความพร้อมใช้ของที่นอนลม ใช้ผ้ารองยกในการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเสียดสี 3. ดูแลทำความสะอาดผิวหนังใช้น้ำอุณหภูมิปกติ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น ในผู้สูงอายุที่มีผิวหนังบางฉีกขาดง่ายไม่ควรเช็ดตัวแรง และทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการถูผิวหนังด้วยความรุนแรง ดูแล Skin care ด้วยวาสลีน หรือโลชั่น เน้นบริเวณปุ่มกระดูก ทาด้วย 10% Urea cream หากพบหนังแข็ง Callus ให้ใช้สำลีหรือ gauze ชุบน้ำสะอาด วางลงบน Callus จนหนังแข็งฟูนุ่ม ให้ใช้ด้ามมีดเบอร์ 4 ใบมีดเบอร์ 20 ขูดหนังแข็ง และทาด้วย 10% Urea cream ซ้ำ 4. ดูแลที่นอน ผ้าปูที่นอนให้สะอาด แห้ง เรียบตึงอยู่เสมอ 5.ประเมินรอยแดงตามร่างกายและลงบันทึกทุกวันในแบบบันทึกทางการพยาบาล 5. กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ทำความสะอาดผิวหนัง ทุก 4 ชม. หรือทุกครั้งที่เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป ใช้ Vaseline : Zinc paste (1:1) ทาให้ทั่ว การทำความสะอาดใช้ gauze ชุบวาสลีนเช็ดไปในทิศทางเดียวกัน ล้างด้วยน้ำธรรมดาและน้ำสบู่ เช็ดออกด้วยสำลีชุบน้ำจนกกระทั่งไม่มีคราบบนผิวหนัง ซับผิวหนังให้แห้งนำ ก๊อซชุบ Vaseline : Zinc paste (1:1) ทาลงบนผิวหนังไปในทิศทางเดียวกัน <u>การประยุกต์ใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten caritive factors)</u> ข้อที่ 1 สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ข้อที่ 3 ปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น/ ปลูกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ และการหลอมรวมตนเอง ให้ก้าวพ้นอัตตาแห่งตน ข้อที่ 4 สร้างสัมพันธภาพช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ ข้อที่ 6 ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ ข้อที่ 8 ประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ/ สร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด ข้อที่ 9 พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น/ ช่วยเหลือ โดยมุ่งตอบสนองความต้องการของบุคคล <u>การประเมินผลการพยาบาล</u> กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่เกิดแผลกดทับ กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่เกิดแผลกดทับ

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุติดเตียง ที่มีโรคร่วมและโรคปอดอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลและเข้ารับการดูแลที่หอผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นระยะเวลานานเกิน 90 วันนอน ร่วมกับได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นปอดอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยมีสาเหตุของการเกิดปอดอักเสบ คือ การสำลักอาหารและน้ำ มีความจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะและการรักษาด้วยออกซิเจน มีความรุนแรงของอาการอาการแสดงแตกต่างกัน มีโรคร่วมแตกต่างกัน มีสาเหตุของการสำลักอาหารแตกต่างกัน จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง กับ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งจากการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย พบว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบ คือ ภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือด ภาวะช็อก และภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ส่วนการประยุกต์ใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten caritive factors) ของทฤษฎีของวัต

สัน ที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มากที่สุดคือ ข้อที่ 1 สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ข้อที่ 3 ปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น/ ปลูกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ และการหลอมรวมตนเอง ให้ก้าวพ้นอัตตาแห่งตน ข้อที่ 4 สร้างสัมพันธภาพช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ ข้อที่ 6 ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ ข้อที่ 8 ประคับประคองสนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ/ สร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด ข้อที่ 9 พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น ช่วยเหลือโดยมุ่งตอบสนองความต้องการของบุคคล ข้อที่ 7 ส่งเสริมการเรียนการสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น การเรียนรู้ประสบการณ์สามารถประยุกต์ใช้กับปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องสอนหรือฝึกผู้ป่วยปฏิบัติ ส่วนข้อที่ 2สร้างความศรัทธาและความหวัง มีชีวิตอยู่กับความจริง สร้างและศรัทธาที่เป็นไปได้และเชื่อในความเป็นไปแห่งอัตวิสัยของชีวิตบนโลก ทั้งของตนเองและผู้อื่น ข้อที่ 5 ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ ส่งเสริมให้มีการแสดงความรู้สึกออกมาทั้งทางบวกและลบ แลกเปลี่ยนความรู้สึก และเตรียมตัวเองเพื่อรับความรู้สึกทั้งในทางบวกและลบ และ ข้อที่ 10 ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นพลังที่มีอยู่ เปิดรับพลังทางจิตวิญญาณ สิ่งลึกลับและยังไม่มีคำอธิบายอันเกี่ยวกับการมีชีวิต ความตาย ไม่ได้นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้

1.พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานการพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีของวัตสันในการปฏิบัติการพยาบาลได้ในทุกปัญหาของผู้ป่วยโดยเฉพาะข้อที่ 6 ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ

2. พยาบาลวิชาชีพควรมีการศึกษาการนำทฤษฎีของวัตสันมาเป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

เอกสารอ้างอิง

1. อุ่นเรือน วรขจร, สุพรรณษา วรมาลี. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
2.ฉวีวรรณ พึ่งพันธุ์. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565; 7(1): 19-28.
3. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคติดต่อ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ddc.mop.go.th
4.วิภา วีชัยพิชิตกุล. การรักษาโรคปอดบวม. KKU Journal of Medicine 2556; 1(4): 17-29.
5. Perara T. Pulmonary emergencies in the elderly. In: Kahn J H, Magauran BG, Olshaker JS Geriatric emergency medicine: principles and practice. New York: Cambridge University Press. 2014; 185-97.
6. จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2556.
7. Smith MC, Parker ME, et al. Nursing Theories and Nursing Practice. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2015. p. 321-356.
8. สายใจ พัวพัน. การดูแลความทุกข์ของผู้เจ็บป่วยด้วยจิตใจแห่งความเป็นมนุษย์:การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน ตอนที่ 1. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน 2558; 139-150.

ประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Risk assessment of false positive test results using the stool occult blood test. in screening for colon cancer among inpatients Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital.

(Received: October 15,2023 ; Revised: October 29,2023 ; Accepted: October 31,2023)

จุฑามาศ ปัททุม[1]
Juthamas Pathum[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ คนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตรวจ stool occult blood test positive ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation), ค่าต่ำสุด (Minimum), ค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square test และ และ การหาขนาดของความสัมพันธ์ ใช้ค่าของ Odd Ratio, 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ คนที่มีประวัติโรคเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ (χ^2= 5.917, OR = 2.815, 95%CI = 1.203 – 6.586, p-value = 0.015) คนที่มีประวัติความผิดปกติในทางเดินอาหารมีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็น 4 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ (χ^2= 10.804, OR = 3.941, 95%CI = 1.697 – 9.154, p-value = <0.001) คนที่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ คิดเป็น 8 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ (χ^2= 424.150, OR = 7.882, 95%CI = 3.290 – 18.886, p-value < 0.001)

คำสำคัญ: ความเสี่ยง, มะเร็งลำไส้ใหญ่, มะเร็ง

Abstract

The objective is to study and evaluate the risk of false positive test results using the stool occult blood test in screening for colon cancer among inpatients. Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital. The sample group consisted of 120 patients diagnosed with stool occult blood test positive at Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital. Data were collected using a questionnaire. By analyzing statistical data, including descriptive statistics. To find frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, and inferential statistics, use Chi-square statistics. test and to find the size of the relationship, use the value of Odd Ratio, 95%CI, set the statistical significance level at 0.05.

Result: The sample group consisted of 120 patients diagnosed with stool occult blood test positive at Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital. Data were collected using a questionnaire. By analyzing statistical data, including descriptive statistics. To find frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, and inferential statistics, use Chi-square statistics. test and to find the size of the relationship, use the value of Odd Ratio, 95%CI, set the statistical significance level at 0.05.

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Key Word: Risk, Colon cancer, Cancer

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับ แรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ในบรรดาผู้ป่วยใหม่จำนวน 18.1 ล้านราย พบผู้ป่วยมะเร็งปอด 2.1 ล้านราย มะเร็งเต้านม 2.1 ล้านราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านราย มะเร็งต่อมลูกหมาก 1.3 ล้านราย และมะเร็งกระเพาะอาหาร 1.0 ล้านราย ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต 9.6 ล้านคน เป็นผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปอด 1.8 ล้านคน มะเร็งลำไส้ 881,000 คน มะเร็งกระเพาะอาหาร 783,000 คน มะเร็งตับ 782,000 คน และมะเร็งเต้านม 627,000 คน [1]

รายงานจากสถิติมะเร็งของประเทศไทยจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2563 พบมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 20.7 ของมะเร็งในผู้ป่วยเพศชาย รองลงมาเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งปอดและหลอดลมตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยเพศหญิงพบมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นอันดับสอง คิดเป็นร้อยละ 12.2 ของมะเร็งในผู้ป่วยเพศหญิงภาพรวมอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ 16.9 คนต่อประชากร 100,000 คน จัดว่าพบค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศแถบเอเชียตะวันออกเชียใต้ด้วยกัน นอกจากนี้ย้อนไปในระยะเวลา 20 ปีพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 3 เท่าจากอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่ในปี พ.ศ.2543 ซึ่งขณะนั้นพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้รายใหม่เพียง 5 คนต่อประชากร 100,000 คน [2]

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประเทศไทยพบมากเป็นอันดับสามในเพศชาย และอันดับสองในเพศหญิง (จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ) ที่น่ากังวลคืออัตราการเกิดโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทุกๆ วันมีคนไข้เสียชีวิตจากโรคร้ายนี้เฉลี่ยวันละ 15 คน (ปีละ 5,476 คน) และมีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 44 คน (ปีละ 15,939 คน) ทั้งนี้ มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีสาเหตุการเกิดโรคที่หลากหลาย แต่ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในปัจจุบันคือการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารกลุ่มเนื้อแดง ได้แก่ เนื้อวัว เนื้อหมูที่ผ่านการแปรรูปหรือปรุงด้วยความร้อนสูงเป็นเวลานานเช่นการปิ้งย่างจนไหม้เกรียม และมีมันสูง รับประทานอาหารกากใยน้อย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ นอกจากนี้มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงยังเกิดในคนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากการมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คนที่เคยตรวจพบติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่แบบอะดีโนมา หรือทำการรักษาโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง [3]

ด้วยความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญกับปัญหาโรคนี้ ถ้าสามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ โดยใช้การส่องกล้องเข้าไปในลำไส้ใหญ่ ซึ่งถ้าหากเป็นระยะเริ่มแรกจะเป็นลักษณะของติ่งเนื้อหรือเรียกว่า polyp การส่องกล้องจึงเป็นมาตรฐานสากลที่สามารถใช้ในการวินิจฉัยพร้อมการรักษาในรอบเดียวกันได้เลย อีกทั้งถ้าเจอก้อนใหญ่และสงสัยว่ามีการกระจายหรือไม่แน่ใจว่าเป็นมะเร็งจริง ก็สามารถที่จะเอาชิ้นเนื้อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้เลย มะเร็งลำใส่ใหญ่ส่วนมากจะใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 ปี ในการพัฒนาไปเป็นก้อนเริ่มจากติ่งเนื้อก่อน ซึ่งการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาไปมากและพบว่าผลการรักษามีโอกาสรอดชีวิตสูง ซึ่งได้มีการแนะนำให้ผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในทุกคนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปแต่ว่าในวงการแพทย์ของไทยยังไม่มีบุคลากรและเครื่องมือที่จะรองรับได้ 100% จึงได้มีการคัดกรองในคนไข้ที่มีประวัติเข้าได้หรือมีประวัติที่ชวนให้สงสัย หรือมีญาติเป็น และใช้ stool occult blood test เป็นตัวคัดกรองอีกรอบก่อนที่จะทำการส่องกล้องเพื่อลดการส่องกล้องทาง

ลำไส้ที่ไม่จำเป็น งานวิจัยนี้จึงศึกษาถึงการประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาด (false positive) ของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อหาความชุกคนไข้ที่จะส่องกล้องหามะเร็งลำไส้ใหญ่
2. เพื่อหาขนาดของโอกาสเจอมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกการตัดสินใจส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่
3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการค้นหาคนไข้มะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

1. ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตรวจ stool occult blood test positive ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 120 คน
2. ด้านเวลา ระยะเวลาในการทำการวิจัยคือ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 เป็นเวลา 2 เดือน
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกเวชระเบียน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้การสถิติ Chi-Square test, Odd Ratio และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความเสี่ยงผลเป็นบวก จำนวน 120 คน ซึ่งผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลมาสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบด้วยดังนี้ เป็นเพศชาย จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 82.50 มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 มีสถานะภาพสมรส จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 90.80 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 มีรายได้ต่ำกว่า 6,000 บาทต่อเดือน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 54.20 ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 73.30 มีญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อย 89.20 ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 90.80 มีประวัติดื่มสุรา จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 95.00 มีประวัติความผิดปกติในทางเดินอาหาร 35 คน คิดเป็นร้อยละ 29.20 และประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 34.20

2. ความชุกของผลบวกในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) จากการวิจัย พบว่า พบว่าความชุกของผลบวกในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ มีความผิดปกติ (มีผลเป็นบวก) จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 แยกเป็นผลบวกมากที่สุดคือ เสี่ยงเป็น Polype จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 24.17 รองลงมาก Incomplete จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.17 และเสี่ยงเป็น Cancer จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.67 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของผลบวกในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n=120)

ผลตรวจเป็นบวก	จำนวน	ร้อยละ
ผลบวกผิดปกติ แยกเป็น	**36**	**30.00**
เสี่ยงเป็น Cancer	2	1.67
เสี่ยงเป็น Polype	29	24.17
Incomplete	5	4.17
ปกติ	**84**	**70.00**

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่

จากการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ คนที่มีประวัติโรคเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็นเกือบ 3 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ (χ^2= 5.917, OR = 2.815, 95%CI = 1.203 – 6.586, p-value = 0.015) คนที่มีประวัติความผิดปกติในทางเดินอาหารมีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็นเกือบ 4 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ (χ^2= 10.804, OR = 3.941, 95%CI = 1.697 – 9.154, p-value = <0.001) คนที่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ คิดเป็นเกือบ 8 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ (χ^2= 424.150, OR = 7.882, 95%CI = 3.290 – 18.886, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่

ตัวแปร	ผลตรวจ		OR	95%CI		χ^2	p-value
	Positive จำนวน (ร้อยละ)	Negative จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper		
เพศ							
ชาย	9 (42.90)	12 (57.10)	2.00	0.758	5.280	2.00	0.157
หญิง	27 (27.30)	72 (72.70)					
รายได้ (บาท)							
ต่ำกว่า 6,000	20 (30.80)	45 (69.20)	1.08	0.494	2.375	0.04	0.842
สูงกว่า 6,001	16 (29.10)	39 (70.90)					
อายุ							
น้อยกว่า 65 ปี	20 (35.10)	37 (64.90)	1.59	0.724	3.485	1.34	0.247
สูงกว่า 65 ปี	16 (25.40)	47 (74.60)					
สถานะสมรส							
โสด	4 (36.40)	7 (63.60)	1.38	0.376	5.024	0.234	0.629
สมรส	32 (29.40)	77(70.60)					
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	30 (28.80)	74 (71.20)	0.68	0.225	2.025	0.495	0.6482

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่

ตัวแปร	ผลตรวจ		OR	95%CI		χ^2	p-value
	Positive จำนวน (ร้อยละ)	Negative จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	6 (35.70)	10 (62.50)					
ประวัติโรคเรื้อรัง							
มี	32 (29.90)	75 (70.10)	2.815	1.203	6.586	5.917	0.015*
ไม่มี	4 (30.80)	9 (69.20)					
ญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง							
มี	15 (46.90)	17 (51.10)	0.960	0.275	3.345	0.004	0.949
ไม่มี	21 (23.90)	67 (76.10)					
ประวัติสูบบุหรี่							
สูบ	34 (31.20)	75 (68.80)	2.040	0.418	9.952	0.805	0.369
ไม่สูบ	2 (18.20)	9 (81.80)					
ประวัติดื่มสุรา							
ดื่ม	35 (30.70)	79 (69.30)	2.215	0.250	19.667	0.535	0.465
ไม่ดื่ม	1 (16.70)	5 (83.30)					
ความผิดปกติในทางเดินอาหาร							
มี	18 (51.40)	17 (48.60)	3.941	1.697	9.154	10.804	0.001*
ไม่มี	18 (21.20)	67 (78.80)					
คนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้							
มี	24(58.50)	17(41.50)	7.882	3.290	18.886	24.150	<0.001**
ไม่มี	12(15.20)	67(84.80)					

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่อง การประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลมาอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

จากการวิจัย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ คนที่มีประวัติโรคเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็นเกือบ 3 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ (χ^2= 5.917,

OR = 2.815, 95%CI = 1.203 – 6.586, p-value = 0.015) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฎลกร จำปาหวาย และพงษ์เดช สารการ (2563)[7] ได้ทำการศึกษาคุณลักษณะและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเข้มข้นของ f-Hb จากการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลบวก (ร้อยละ 9.6) โดยจำนวนนี้พบเพศชาย (ร้อยละ 17.0) อายุ 65-74 ปี (ร้อยละ 18.3) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 17.1) บริโภคเนื้อแดงมาก (ร้อยละ 14.0) ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 13.7) ระดับ BMI 23 kg/m2 ขึ้นไป (ร้อยละ 14.0) และมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง (ร้อยละ 13.7)

คนที่มีประวัติความผิดปกติในทางเดินอาหารมีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็นเกือบ 4 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ (χ^2= 10.804, OR = 3.941, 95%CI = 1.697 – 9.154, p-value = <0.001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มนตรี นาทประยุทธ์ (2564) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า จากการนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่าผู้ที่มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าของผู้ที่ไม่มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05 และสอดคล้องกับ การศึกษาของ Nebbia M, Yassin NA, Spinelli A (2020)[10] พบว่าผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบ (IBD) มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CRC)

คนที่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ คิดเป็นเกือบ 8 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ (χ^2= 424.150, OR = 7.882, 95%CI = 3.290 – 18.886, p-value < 0.001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lee SY, Shin A, Kim BC, Lee JH, Han KS, Hong CW, et al. (2014) ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2,275 คน ในการศึกษานี้ การวิเคราะห์แบบ Univariate แสดงให้เห็นว่า อายุที่มากขึ้น เพศชาย การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ค่าดัชนีมวลกาย>25 กก./ม.[(2)] และประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (CRC) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการพัฒนาของติ่งเนื้ออะดีโนมาทัสของลำไส้ใหญ่และทวารหนักประปรายในผู้ป่วยเหล่านี้ และยังสอดคล้องกับ Tuohy, T. M., Rowe, K. G., Mineau, G. P., Pimentel, R., Burt, R. W., & Samadder, N. J. (2014)[11] ได้ทำการศึกษา ความเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีเนื้องอก: การศึกษาตามประชากรในรัฐยูทาห์ ผลการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ที่มีเนื้องอกเนื้อและเนื้องอกระยะลุกลาม มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเนื้องอกในลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ข้อมูลเหล่านี้ควรได้รับการพิจารณาเมื่อจัดทำแนวทางการคัดกรอง CRC สำหรับบุคคลและครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบกับวิธีการตรวจหาความเสี่ยงด้วยวิธีการอื่น

2. ควรมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรง และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งให้กับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและเผยแพร่ความรู้แก่ชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักและเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นที่ถือว่าสำคัญที่สุด

3. ควรมีระบบการเฝ้าระวังและกำกับติดตาม ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรงในพื้นที่และมีกิจกรรมรณรงค์อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ.2561-2565).* สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2566 สืบค้นจาก http://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ.pdf

2.สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. (2563). *ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่.* สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2566 สืบค้นจาก https://www.gastrothai.net/th/knowledge-detail.php?content_id=347

3.สำนักสารสนเทศ สำหนังานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *มะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ ไม่ไกลตัว.* สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2566 สืบค้นจาก https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/188105/

4.กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน.* ค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2562, เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

5.กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.* ค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2562, เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports3.html/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.

6.กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.* ค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2562, เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports3.html/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

7.ฎลกร จำปาหวาย และ พงษ์เดช สารการ. (2563). คุณลักษณะและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเข้มข้นของ f-Hb จากการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(6), 1103-1112 สืบค้นจาก https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/9616/8589

8.มนตรี นาทประยุทธ์ (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการแพทย์*, 36(1), 219-216 สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/250531

9.ยามีหละ ใมหมาด, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และ สมเกียรติยศ วรเดช (2563) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน,* 6(3),1-21 สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247425

10.Nebbia M, Yassin NA, Spinelli A. Colorectal Cancer in Inflammatory Bowel Disease. Clin Colon Rectal Surg. 2020;33(5):305-317. doi:10.1055/s-0040-1713748

11.Tuohy TM, Rowe KG, Mineau GP, Pimentel R, Burt RW, Samadder NJ. Risk of colorectal cancer and adenomas in the families of patients with adenomas: a population-based study in Utah. Cancer. 2014 Jan 1;120(1):35-42. doi: 10.1002/cncr.28227. Epub 2013 Oct 21. PMID: 24150925.

12.Lee SY, Shin A, Kim BC, et al. Association between family history of malignant neoplasm with colorectal adenomatous polyp in 40s aged relative person. Cancer Epidemiol. 2014;38(5):623-627. doi:10.1016/j.canep.2014.06.005

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนศิลา : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing care for stroke patients, nursing work for emergency accident patients and forensic medicine Nonsila Hospital: Comparative case study of 2 cases.

(Received: October 20,2023 ; Revised: October 29,2023 ; Accepted: October 31,2023)

อภิญญา ทิทำ[1]
Apinya Thithum[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยกรณีที่ 1 เป็นผู้ป่วยหญิง มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง อาการสำคัญ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ก่อนมา 1 ชั่วโมง 20 นาที การวินิจฉัย Acute Stroke U/D DM, HT,DLP กรณีที่ 2 เป็นผู้ป่วยชาย ไม่มีโรคประจำตัวแต่มีภาวะเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มากกว่า 20 ปี อาการสำคัญ เวียนศีรษะ แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ก่อนมา รพ. 1 ชั่วโมง 40 นาที การวินิจฉัย Acute Stroke ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันเวลาและส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยผ่านระบบช่องทางด่วน Stroke fast track เพื่อให้ได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง,การพยาบาล

Abstract

This study was two case studies. The tools include data recording forms, data collection from medical records, interviews with relatives who provide care, and observation. Data analysis Comparative analysis of risk factors for pathological stroke. Signs and symptoms, treatment, nursing diagnosis and referral for treatment at a hospital with higher capacity.

Results: Two case studies were patients with acute stroke. Case 1 was a female patient with diabetes, high blood pressure and hyperlipidemia. The main symptoms were weakness on the left side, slurred speech for 1 hour 20 minutes before arrival the hospital. Diagnosis: Acute Stroke, U/D, DM, HT, DLP. Case 2 was a male patient with no underlying disease but becoming at risk from drinking alcohol and smoking for more than 20 years. The main symptoms were dizziness, quadriparesis, and slurred speech for 1 hour and 40 minutes before arrival to the hospital. Diagnosis: Acute Stroke. Both patients were admitted for treatment in the hospital in timely and transferred for treatment to a hospital with higher capacity by going through the Stroke fast track system in order to receive a brain CT scan and receive the blood clot-dissolving drug rt-PA.

Keyword : Stroke, Nursing care

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนศิลา

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือ ภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลายโดยฉับพลันเนื่องจากเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อสมองบริเวณนั้นๆได้ เนื่องจากมีการตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบประสาทแบบทันทีทันใดและอาการคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตหรือเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ องค์การอนามัยโลก(WHO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของโลก สำหรับประเทศไทยรายงานจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ในปี พ.ศ. 2557 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประชากรไทยทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยผู้รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Stroke fast track) โดยลดขั้นตอนต่างๆเพื่อให้เข้าถึงบริการได้รวดเร็วและได้รับยา recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาทีแรกหลังเกิดอาการ เพื่อลดความพิการและการเสียชีวิตจากโรค พยาบาลของหน่วยงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพ ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และเมื่อมาถึงแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถคัดกรองให้เข้าระบบบริการ Stroke fast track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วทันเวลา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมถึงการพยาบาลขณะนำส่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการของโรงพยาบาลโนนศิลาตั้งแต่ปี พ.ศ.2563, 2564 และ 2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมารับการรักษาที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนศิลา พบผู้ป่วยจำนวน 41,60 และ 78 คนตามลำดับ เนื่องจากในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลโนนศิลาเป็นการดูแลเพื่อการส่งต่อ ซึ่งเป้าหมายของการดูแลคือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วเหมาะสมตามมาตรฐาน และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในช่วงเวลาที่จำกัด ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกำหนดแนวทางการเก็บข้อมูลเพื่อให้สอดคล้องกับ service plan ของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งผลงานในปี พ.ศ. 2563 ,2564 และ 2565 โดยตั้งเป้าหมายและหัวข้อในการทบทวนดังนี้ 1) ผู้ป่วย Stroke มารับการรักษาภายใน 210 นาที มากกว่าร้อยละ 80 ผลงานคิดเป็นร้อยละ 58.53, 52.56 และ57.89 ตามลำดับ 2) ผู้ป่วย Stroke Fast Track มาด้วยระบบบริการ EMS มากกว่าร้อยละ50 ผลงานคิดเป็นร้อยละ 31.17 ,43.24 และ 54.54 ตามลำดับ 3) ผู้ป่วยStroke Fast Track ส่งต่อไปรพ.แม่ข่ายที่มีเครื่อง CT scan มากกว่า 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 80.49,54.53 และ 63.63 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวทำให้โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลด้วยระบบที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนศิลา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เปรียบเทียบ 2 ราย

2. เพื่อนำเสนอการประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่จะช่วยให้พยาบาลประเมินผู้ป่วยในระยะแรกได้อย่างรวดเร็ว และให้การรักษาพยาบาลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

3. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในงานการผู้ป่วยพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ให้การพยาบาลดูแลระยะเฉียบพลันและการดูแลขณะก่อนส่งต่อไปรักษา โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนศิลา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ11แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลและการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ราย ที่รับการดูแลรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยศึกษาการประเมินผู้ป่วยและให้การพยาบาลระยะเฉียบพลัน และก่อนส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) : กรณีศึกษา 2 ราย ดังนี้

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
เพศ อายุ BMI ระดับการศึกษา เข้ารับการรักษา อาการสำคัญ	เพศหญิง อายุ 67 ปี BMI 29.14 ประถมศึกษาปีที่ 4 12 กุมภาพันธ์ 2566 อาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ก่อนมา รพ. 1 ชั่วโมง 20 นาที	เพศชาย อายุ 81 ปี BMI 28.76 ประถมศึกษาปีที่ 4 11 มีนาคม 2566 เวียนศีรษะ มีอาการเดินเซ แขนขาอ่อนแรง ก่อนมา รพ. 1 ชั่วโมง 40 นาที	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความแตกต่างกันเรื่องเพศ อายุ จากรายงานในต่างประเทศพบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดในสมองได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ1.25 เท่า ความอ้วนก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่เชื่อมโยงทำให้เกิดผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก มีโอกาสเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงสูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุและปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ และด้านปัจจัยที่ควบคุมได้คือความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง กรณีศึกษารายที่ 1 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ปี กินยาต่อเนื่อง แต่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จากพฤติกรรมการกิน จากข้อมูลดังกล่าว ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดเสื่อมเนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอด
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 ชั่วโมง 20 นาที ก่อนมา รพ. มีอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ขณะเดินเข้าห้องน้ำ ผู้ป่วยมีอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ชาลิ้น พูดไม่ชัด ญาติจึงเรียกรถกู้ชีพ อบต. มารับไปโรงพยาบาล	1 ชั่วโมง 40 นาที ก่อนมา รพ.มีอาการเวียนศีรษะ มีอาการเดินเซ แขนขาอ่อนแรง ใบหน้าเบี้ยวฝั่งซ้าย จึงนอนพัก ญาติมาพบนอนซึม ปลุกตื่นแต่ตอบสนองช้า ไม่พูด จึงพามาโรงพยาบาล	
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต / โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง รักษาประจำที่โรงพยาบาล	ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง และปฏิเสธการมีโรคประจำตัว	

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) : กรณีศึกษา 2 ราย ดังนี้

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	ส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ประวัติการรับประทานยาสม่ำเสมอแต่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จากพฤติกรรมการกิน		เลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่ายพบว่ากว่า35-73% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะความดันโลหิตผู้ป่วยได้ตระหนักของความสำคัญของการดูแลตนเอง
ประวัติการแพ้ยาและอาหาร การใช้สารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร /ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่	ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร /ดื่มแอลกอฮอล์ บางครั้ง สูบบุหรี่ทุกวันระยะเวลามากกว่า 20 ปี สูบบุหรี่ประมาณ 10 มวนต่อวัน	
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	กรณีศึกษารายที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอาจจะมาจากเป็นผู้สูงอายุ ประกอบกับการดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ทุกวัน มีงานวิจัยในประเทศญี่ปุ่นพบว่าความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ชายคิดเป็น 3.6 เท่า และการดื่มสุราส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นก็เป็นความเสี่ยงของหลอดเลือดสมอง การดื่มสุราในปริมาณมาก ๆ ส่งผลให้เลือดออกง่ายและหยุดยาก จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาพยาบาลต้องเฝ้าระวังและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติรวมถึงอธิบายให้ผู้ป่วยได้ตระหนักของความสำคัญในการดูแลตนเอง
อาการแรกรับ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด มีอาการเวียนศีรษะมีอาเจียนร่วมด้วย แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ริมฝีปากด้านซ้ายตก ไม่มีอาการชัก ความดันโลหิต 193 /111 มม.ปรอท อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที การประเมินระบบประสาท E4V4M6, pupil 2 มม. ปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง motor power แขนซ้ายระดับ 3 ขาซ้ายระดับ 4 แขนและขาขวาระดับ 5	รู้สึกตัวปลุกตื่นแต่มีอาการซึมลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เวียนศีรษะ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ริมฝีปากด้านซ้ายตก ไม่มีอาการชัก อุณหภูมิ 38.1องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 185/114 มม.ปรอท ระดับความรู้สึกตัว E3V4M5 pupil 3 มม. ปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง motor power แขนซ้ายระดับ 3ขาซ้ายระดับ 4 แขนขาขวาระดับ 5	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาการแสดงไม่แตกต่างกัน อาการเกิดขึ้นทันทีทันใด ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ไม่พูด ซึม แขนและขาอ่อนแรง ที่แตกต่างกันตรงกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V4M6 แขนขาอ่อนแรงข้างซ้ายและเวียนศีรษะมีอาเจียนร่วมด้วย มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง กรณีศึกษา ที่ 2 ผู้ป่วยปลุกตื่นแต่ซึม E3V4M5 พูดไม่ชัด เวียนศีรษะแต่ไม่มีอาเจียน แขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย มีไข้ร่วมด้วย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสอง
การวินิจฉัย	Ischemic stroke	Ischemic stroke (Thrombose)	รายพยาบาลควรดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดร่วมกัน ต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) : กรณีศึกษา 2 ราย ดังนี้

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			ทางระบบประสาทและประเมินสัญญาณ ชีพทุก 1 ชั่วโมง และให้การพยาบาลได้ทันเวลาเมื่ออาการทางระบบประสาทเลวลง ถ้า GCS ลดลง > 2 หรือ motor power ลดลง 1 คะแนนและมี early signs ของ IICP รายงานแพทย์ทันที
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CBC ผลปกติ Hb 14.3 g/dL Hct 44 % Plt 282,000 cell/cu.mm WBC 9,890 cell/cu.mm Neu 3.8% Lymp16.1% Lipid profile ผลปกติ Chol 127 mg/dL TG 165 mg/dL HDL 50 mg/dL LDL 44 mg/dL PT15.9 sec INR 1.41 BUN 12 mg/dL Cr 0 .79 mg/dL Elcetroltye ผลปกติ Na 139 mmol/l K 3.90 mmol/l Cl 101 mmol/l HCO3 26.6 mmol/l HbA1C 8.5 mg% DTX 365 mg% แพทย์ให้ RI 10 u iv เจาะ DTX ซ้ำ 239 mg% Chest X-ray ผลปกติ EKG ผลปกติ	CBC ผลมีการติดเชื้อ Hb 13.0 g/dL Hct 40 % WBC 10,500 cell/cu.mm Plt 201,00 cell/cu.mm Neu 88.9% Lym 5.5% Lipid profile ปกติ Chol 167 mg/dL TG 165 mg/dL HDL 53 mg/dL LDL 92 mg/dL PT 15.0 sec INR 1.3 BUN 12 mg/dL Cr 1.0 mg/dL Elcetroltye ผลปกติ Na 138.5 mmol/l K 3.69 mmol/l Cl 95 mmol/l HCO3 27.4 mmol/L DTX 65 mg% แพทย์ให้50% glucose 50 ml v push เจาะ DTXซ้ำ 114 mg% Chest X-ray ผลปกติ EKG ผลปกติ	กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเหมือนกันเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนที่จะส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จะต้องเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเข้ารักษาช่องทางด่วน (Fast track) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันทีทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA) หากผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์การให้ยาIV rt-PA ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้หญิงสูงอายุที่มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติเกือบทุกอย่าง ยกเว้นระดับน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์ให้อินซูลินเพื่อลดระดับน้ำตาล กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ชายสูงอายุ ไม่มีโรคประจำตัว แต่มีภาวะเสี่ยงสูงคือการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น และผลตรวจเลือดมีการติดเชื้อในกระแสเลือดจึงทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ
การรักษาของแพทย์	Acetar 1000 ml iv 80 ml/hr, on O2 cannular 3 LPM , DTX 365 mg% แพทย์ให้ RI 10 u iv, ตรวจ ATK ผล Negative ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผลปกติ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN/Cr Electrolyte PT,INR ส่งภาพถ่ายรังสีปอดและส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายเอกซเรย์	Acetar 1000 ml. iv 80 ml/hr,on O2 cannular 3 LPM ,DTX 65 mg% แพทย์ให้ 50% glucose 50 ml v push เจาะ DTXซ้ำ 114 mg%, ATK ผล Negative ตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า ผลปกติ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte PT,INR ส่งภาพถ่ายรังสีปอด ส่งต่อ	การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเริ่มตั้งแต่พยาบาลประเมินผู้ป่วย และสงสัยว่ามีอาการทางโรคหลอดเลือดสมองต้องแจ้งแพทย์ทันทีเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาผ่านระบบช่องทางด่วน (stroke fast track) ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่การประเมินทางระบบประสาท ซักประวัติ ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้รับการสแกนสมอง CT non contrast อย่างรวดเร็ว และอาจ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) : กรณีศึกษา 2 ราย ดังนี้

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	คอมพิวเตอร์สมองเพื่อรักษาเข้าสู่ระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง stroke fast track	โรงพยาบาลแม่ข่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและรับรักษาเข้าสู่ระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง stroke fast track	ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA) หากผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์การให้ยาIV rt-PA และมีอาการทางโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน4.5 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยไม่อยู่ในเกณฑ์การให้ยา IV rt-PAทีมแพทย์จะให้การรักษาที่เหมาะสมตามสภาวะของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ยาต้านเกร็ดเลือด หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1.มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากพยาธิสภาพของโรค 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากรับการรักษาด้วยอินซูลิน 4.ครอบครัวมีความวิตกกังวลในสภาพความเจ็บป่วยและส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย	1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากพยาธิสภาพของโรค 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองถูกทำลายเนื่องจากมีไข้สูง 4. มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 5. ครอบครัวมีความวิตกกังวลในสภาพความเจ็บป่วยและส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย	การพยาบาลได้ใช้แบบแผนการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon ช่วยค้นหาปัญหาร่วมกับใช้กระบวนการพยาบาล มีการวางแผนการพยาบาล กระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีเส้นเลือดในสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน เข้ารับการรักษาผ่านระบบช่องทางด่วนและได้รับยาละลายลิ่มเลือด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีความแตกต่างกันเล็กน้อย ปัญหากรณีศึกษารายที่ 1 อาจเกิดจาก การมีโรคประจำตัว และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูตนเอง ส่วนในกรณีศึกษารายที่2 ปัญหาอาจเกิดจากปัจจัยหลายด้านเกี่ยวกับเพศ อายุและพฤติกรรม การดูแลตนเองการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันมีเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของสมองระยะที่ 2 จากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ป้องกันการล้มเหลวของระบบการหายใจ ระบบทั่วไปของร่างกายมีความสมดุลการพยาบาลพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท วัดอุณหภูมิกาย ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับน้ำตาลในเลือด ความอิ่มตัวของออกซิเจน การให้สารน้ำ การดูแลให้ได้รับอาหาร

อภิปรายผล

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลโนนศิลา พบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจุบันการรักษาพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีความก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้น ระบบการจัดการที่ห้องฉุกเฉินที่ดี การมีระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล (stroke fast track) การได้รับยาrt-PA

ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงนับตั้งแต่มีอาการ และการมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานชัดเจน จะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถและการตัดสินใจในการประเมินผู้ป่วยเพื่อรายงายแพทย์ได้ทันที จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโดยระบบช่องทางด่วน พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลอย่างถูกต้อง เพื่อส่งต่อให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด และให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเคลื่อนย้ายส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า การจัดระบบการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาในระยะแรกก่อนที่จะส่งต่อนั้นเป็นไปตามหลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากความดันกะโหลกศีรษะสูง และการดูแลภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ซึ่งจุดเด่นของการพยาบาลระยะแรกนี้ เป็นการติดตามระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และสัญญาณประสาทอย่างใกล้ชิด

สรุป

จากกรณีศึกษาเปรียบเทียบ ผู้ป่วยทั้ง2 รายได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยระบบช่องทางด่วน Stroke fast track ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา
4.5ชั่วโมง สามารถส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยความสำเร็จที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพและระเบียบแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อทำให้ห้องฉุกเฉินเป็นสถานที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัจจัยด้านเวลาส่งผลต่อการรักษาอย่างเช่นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะ

การทำให้ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมองรีบมารักษาเข้าสู่ระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง stroke fast track ให้เร็วนั้นก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งการลดระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทแล้วเข้าสู่ระบบการรักษา หรือ onset to hospital นั้นต้องทำให้ประชาชนมี stroke awareness, stroke alert และ activate stroke fast track ให้เร็ว ซึ่งการสร้าง stroke awareness, stroke alert นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ activate stroke fast track ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น การสร้าง stroke awareness และการ stroke alert นั้นมีหลากหลายกิจกรรมที่ทำได้ เช่น

1. การให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ บทความ ภาพการ์ตูน ผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการสื่อสารผ่าน social media

2. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ เช่น การประชุมวิชาการสำหรับประชาชน และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

3. การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้ป่วย non-communicable disease (NCD) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคอ้วน ผู้ที่มีประวัติครอบครัวโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูบบุหรี่ ผู้ไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ทราบถึงโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติ (stroke alert และการ activate stroke fast track)

4. การกำหนดแนวทางการเข้าถึงโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่สงสัยว่าตนเองจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke) ซึ่งการ activate stroke fast track นั้นเน้นการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการโทรศัพท์ 1669

หรือการใช้ application : EMS หรือ FAST TRACK หรือการโทรศัพท์ถึงหมายเลขของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล เนื่องจากการเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track นั้นจะสามารถให้การรักษาได้ตั้งแต่เริ่ม activate ระบบ stroke fast track จะลดระยะเวลาการบริการในโรงพยาบาลลงได้

5. การจัดระบบการส่งต่อที่ชัดเจนและมีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโดยละเอียด เพื่อให้การส่งต่อดำเนินไปด้วยความรวดเร็วและถูกต้อง

6. การพัฒนาศักยภาพทีมผู้ให้การรักษาทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ทุกทีมที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1.กลุ่มงานสารสนเทศ โรงพยาบาลโนนศิลา.(2565**).สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.**งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโนนศิลา.

2.เขมจิรา มิตพะมา.(2558) **.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซกา.**รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาขอนแก่น.

3.นิภาพร บุตรสิงห์. **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน.** วารสารสภาการพยาบาล. 2562;34:15-29

4.รัตนา เบ็ญชา.**การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา** บทความคลังวิชาการคลังปัญญาเชียงราย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย 2565.

5.รัตนาภรณ์ ยนต์ตระกูลและคณะ .**การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ.** วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 2560,27 (2) : 80 – 95.

6.วราภรณ์ สิงห์ศรี.(2566**).การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม.**รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาขอนแก่น.

7.สนองจิตร ไมตรี.(2556).**การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลวารินชำราบ.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาขอนแก่น.

8.สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุลและคณะ. (2565**).การศึกษาสถานการณ์บริการการแพทย์ฉุกเฉินและการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาคุณภาพปฏิบัติการฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.**กลุ่มงานวิจัย สำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.).

9.สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2563).**แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีมสุขภาพเขตบริการสุขภาพที่7.** ขอนแก่น:โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.2563.

10.สมศักดิ์ เทียมเก่า.**สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง.**วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.2564,77(4) :54 - 60

11.Kemmis S, McTaggart R (eds.). The action research planner. Victoria, Australia: Deakin University Press;1988.

การพยาบาลผู้ป่วยหืดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา

Nursing care for Pediatric patients with acute Asthma at Kalasin Hospital : case study.

(Received: October 22,2023 ; Revised: October 29,2023 ; Accepted: October 31,2023)

เขมจิรา ถาวรฟัง[1]
Khemjira Thawornfang[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลผู้ป่วยโรคหืดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก กรณีศึกษา จำนวน 2 รายและเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหืดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดชนิดเฉียบพลับ ที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษา รายที่1 เพศชาย อายุ 2 ปี อาการสำคัญ หอบหายใจเหนื่อยเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หลอดลมอักเสบ และโรคโควิด 19 ครอบครัวปฏิเสธประวัติภูมิแพ้ ขณะรับการรักษามีภาวะหายใจลำบากและหลอดลมอักเสบ ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง(High flow)และให้ยาพ่นขยายหลอดลมร่วมกับยาปฏิชีวนะหลังรับการรักษาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาการรักษา 8 วัน กรณีศึกษา รายที่ 2 เพศหญิง อายุ 4 ปี อาการสำคัญ มีน้ำมูก เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หอบหืดหยุดยาเอง และโรคโควิด 19 ประวัติบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ขณะรับการรักษามีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยการให้ให้ยาพ่นขยายหลอดลมร่วมกับยาปฏิชีวนะหลังรับการรักษาอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาการรักษา 3 วัน

คำสำคัญ : หอบหืดชนิดเฉียบพลับ, การพยาบาลผู้ป่วยหอบหืดในเด็ก

ABSTRACT

This study was case study aimed to study and compare history of illness laboratory test results Doctor's treatment plan complications and nursing care for acute asthma in children. Two case studies and suggestions for nursing care for acute asthma in children Kalasin Hospital. Select sample size by purposive selection patients diagnosed by a doctor as having acute asthma. who received treatment in the pediatrics group Kalasin Hospital.

The results of the study found that case study 1, male, 2 years old, the main symptoms were shortness of breath, experienced shortness of breath 2 hours before coming to the hospital, past history of illness, bronchitis and COVID-19. The family denied any history of allergies. While receiving treatment, he had difficulty breathing and bronchitis. Received treatment with high flow oxygen. flow) and bronchodilator inhaler along with antibiotics after treatment did not cause complications. Symptoms gradually improved The doctor sent it home. Duration of treatment 8 days. Case study 2, female, 4 years old, main symptoms include mucus, had it 3 days before coming to the hospital, past history of illness. Asthma, stopping medicine on its own, and COVID-19, family history of smoking. While receiving treatment, he had acute dyspnea and was treated with a bronchodilator along with antibiotics. After receiving treatment, his symptoms gradually improved. The doctor sent it home. Duration of treatment 3 days.

Keywords: acute asthma, nursing care for pediatric asthma patients

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคหืดเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างหนึ่งของประเทศไทยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพราะเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและพบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล[1] โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมที่มีผลทำให้หลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ (Bronchial hyperresponsiveness, BHR) เมื่อได้รับสารก่อโรคหรือสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดอาการกำเริบของโรค ผู้ป่วยมักมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดหรือหอบเหนื่อยเกิดขึ้น ซึ่งอาการเหล่านี้อาจหายได้เองหรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม 2 อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลกระทบกับผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ได้แก่ รบกวนการนอนหลับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง รู้สึกวิตกกังวลกลัวการเสียชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าและความภูมิใจในตนเองลดลงและแยกตัวจากสังคม เป็นต้น[2] การประเมินระดับความรุนแรงของอาการหืดในเด็กเล็กทำได้ยากเนื่องจากเด็กเล็กไม่สามารถบอกหรือสื่อสารกับผู้ดูแลถึงอาการเจ็บป่วยของตนได้การประเมินอาการจึงมีความสำคัญอย่างมาก เกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของอาการหอบหืดแบบเฉียบพลันตามแนวทางสากลที่องค์การอนามัยโลก ได้แก โรคหืดที่มีระดับอาการเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยจะมีอาการหอบหืดน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีอาการกำเริบเป็นชวงสั้นๆ มีอาการหอบหืดในตอนกลางคืนต่ำกว่า 2 ครั้งต่อเดือน อาการกำเริบอาจส่งผลต่อการทำกิจกรรมกิจกรรมและการนอน มีอาการหอบหืดในตอนกลางคืน[3] การรักษาและป้องกันการเกิดหอบหืดในเด็ก ในการประเมินอาการหอบหืดโดยวินิจฉัยแยกจากโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด หลอดลมอักเสบ ภาวการณ์อุดกลั้นทางเดินหายใจขนาดใหญ่ ภาวการณ์อุดกลั้นทางเดินหายใจขนาดเล็ก เป็นต้น และการรักษาด้วยการใช้ยาในการรักษาอาการ ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืดในเด็กแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ยาบรรเทาอาการ (Relicver) เป็นยาที่มีฤทธิ์ป้องกันและรักษาอาการหดเกร็งของหลอดลมที่เกิดขึ้น ยากลุ่มนี้จะใช้รักษาอาการจับหืดโดยเฉพาะช่วงที่มีอาการหอบหืด 2) ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการ (Controller) เป็นยาที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบลดการอักเสบการบวมของผนังหลอดลม ควบคุมอาการของโรคได้และลดการกำเริบของโรค โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิให้การดูแลผู้ป่วยหอบหืดชนิดเฉียบพลันในเด็กตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดแห่งประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก[4]โดยมีการตรวจคัดกรองโรคหอบหืดชนิดเฉียบพลันและให้การรักษาในผู้ป่วยเด็กที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดชนิดเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน จากสถิติข้อมูลการเข้ารับบริการที่ผ่านมาของแผนกกุมารเวชกรรม พบผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยโรคหืดในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยจำนวน 512, 397 และ 358 ราย ตามลำดับโดยพบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอกในห้องตรวจนอกเวลาจำนวน 52 (10.15), 13 (3.27), และ 20(2.68) ตามลำดับ[5] จากข้อมูลพบว่าดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและอาการเจ็บป่วยมีความรุนแรงซึ่งส่งผลกระทบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคหืดเฉียบพลันในเด็กตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การวางแผนการรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและการวางแผนการจำหน่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติเข้ารับการรักษาในสถานบริการได้ที่ทันท่วงทีไม่เกิดเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดชนิดเฉียบพลันในเด็ก กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

2. เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหอบหืดชนิดเฉียบพลันในเด็ก ที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานกุมารเวชกรรม ศึกษาในระหว่างเดือน มิถุนายน 2565 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ปกครอง เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดย ขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในการศึกษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ตารางที่. 1 เปรียบเทียบ ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	4 ปี	2 ปี
ระดับการศึกษา	เรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กประจำหมู่บ้าน	ยังไม่ได้เรียนหนังสือ
สถานภาพสมรส	โสด	โสด
อาชีพ	อยู่ในความปกครองของบิดามารดา	อยู่ในความปกครองของบิดามารดา
สิทธิการรักษา	เบิกได้ข้าราชการปกครองท้องถิ่น	บัตรทอง
ภูมิลำเนา	อำเภอเมืองกาฬสินธุ์	อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
วันที่เข้ารับการรักษา	18 มิถุนายน 2565	20 มิถุนายน 2565
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล	26 มิถุนายน 2565	23 มิถุนายน 2565
การวินิจฉัยโรค	Acute Asthma Attack	Acute Asthma Attack
การผ่าตัด	ปฏิเสธการผ่าตัด	ปฏิเสธการผ่าตัด
การตรวจพิเศษ	Film CXR	Film CXR

ตารางที่. 2 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	หอบหายใจเหนื่อย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง	มีน้ำมูก เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	จำหน่ายจากโรงพยาบาล วันที่ 13/6/65 ด้วยอาการหลอดลมอักเสบ 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีอาการน้ำมูกใสๆ วันนี้ช่วงเช้าเริ่มมีอาการน้ำมูกมากขึ้นลักษณะสีใส ไม่มีไข้ ไม่ไอ ไม่เจ็บคอ 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอมีเสมหะ ไม่มีไข้ มารดาสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็วขึ้น หายใจเฮือก ไม่มีเสียงหวีดให้ผู้ป่วย	ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน มารดาผู้ป่วยให้ประวัติว่า ผู้ป่วยมีน้ำมูกใส ประมาณ 3 วัน รักษาอาการเบื้องต้นด้วยการให้ยาลดน้ำมูกให้ผู้ป่วยรับประทาน อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจึงนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หลังแพทย์ตรวจอาการมีแผนการรักษาให้นอนสังเกตอาการและรับยาต่อเนื่อง

	รับประทานยาขยายหลอดลม อาการหายใจหอบของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น บิดาและมารดาจึงนำผู้ป่วยเข้ารักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังรักษาด้วยการพ่นยาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น แพทย์มีแผนการรักษาให้นอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการและรับยาต่อเนื่อง	
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต Covid -19 วันที่ 12-16 เมษายน 2565 ไม่ได้รักษาด้วยยา Admittedวันที่ 9-11 ธันวาคม 2564 วินิจฉัย Acute bronchitis Admitted วันที่ 9-13 มิถุนายน 2565 วินิจฉัย Acute bronchitis บุคคลครอบครัวปฏิเสธประวัติภูมิแพ้	ประวัติโรคหอบหืด หยุดยาเอง หยุดยาวันที่ 25/2/64 ยาที่ใช้คือFlixotide 1 tab bid.pc. ประวัติติดเชื้อโควิด 19 วันที่ 25/2/64 รับการรักษาด้วยยา Flavipiravir 5 วัน บุคคลครอบครัวปฏิเสธประวัติภูมิแพ้
อาการแรกรับ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถทำตามคำบอกได้ พูดเป็นประโยคง่ายๆได้ ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ตรวจร่างกายพบความผิดปกติที่ปอด Supra sternoid, Intercostal, Subcostal retraction expire wheezing both lung สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 46 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/68 มิลลิเมตร ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว Room air 97%	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถทำตามคำบอกได้ พูดเป็นประโยคง่ายๆได้ ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ตรวจร่างกายพบความผิดปกติที่ปอด minimal wheezing สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 132 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/63มิลลิเมตรค่าออกซิเจนปลายนิ้ว Room air 98%

ตารางที่. 4 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กหืดชนิดเฉียบพลัน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ เนื่องจากมีโรคประจำตัวและเกิดอาการเจ็บป่วยเรื้อรังและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง	ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แพทย์วินิจฉัยเป็นหืดชนิดเฉียบพลัน สาเหตุน่าจะมาจากตัวเองดูแลบุตรไม่ดี และให้ลูกรักษาไม่ต่อเนื่อง	กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ป่วยเป็นโรคหืดชนิดเฉียบพลัน <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> มารับการรักษาด้วยอาการ หอบหายใจเหนื่อย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง เคยมีประวัติหลอดลมอักเสบและโควิด19 <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> มารักษาด้วยอาการมีน้ำมูกเป็นมา 3 วัน เคยมีประวัติหลอดลมอักเสบ โควิด19และหยุดการรับประทานยารักษาโรคหืดเอง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย บิดาและมารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคกลัวโรคมีอาการกำเริบมากขึ้น
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	<u>การวินิจฉัย</u> Acute Asthma Attack <u>อาการและอาการแสดง</u> มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจออกได้ยิน wheezing both lung ไม่มีอาการเขียวปลายมือปลายเท้า สัญญาณชีพ	<u>การวินิจฉัย</u> Acute Asthma Attack <u>อาการและอาการแสดง</u> ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจออกได้ยินเสียง minimal wheezing สัญญาณชีพ อุณหภูมิ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัย Acute Asthma Attack แต่อาการและอาการแสดงทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการแสดงที่มีปัญหาของระบบทางเดินหายใจแต่อาการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 หอบหายใจเหนื่อย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง กรณีศึกษารายที่ 2

	อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 46 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/68 มิลลิเมตรค่าออกซิเจนปลายนิ้ว Room air97%	36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 132 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต112/63 มิลลิเมตรค่าออกซิเจนปลายนิ้ว Room air 98%	มีน้ำมูก เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน
3.แผนการรักษา	-CXR.ก่อน admitted. -Lab CBC, Elyte. -Swab ATK Covid 19. -5%DN/2 500 ml rate 50 ml/hr. -HHFNC 18 LPM FIO_2 0.4 Keep SPO2 > 95% -VBG หลัง on HHFNC 18 LPM FIO_2 0.4 หลัง 1 hr. -VBG หลัง ได้รับ 7.5%$NaHCO_3$ 30ml+sterile water 30 ml IV drip <u>Medication</u> -Ventolin (0.5:3) NB q 6 hrs. -Berodual (0.5:3) NB q 6 hrs. -Paracetamol syrup 8ml oral q 6 hrs. -Bromhexine syrup 8ml oral q 6 hrs. -Loratadine syrup 5 ml oral pc.hs. -Ampicillin 375 mg IV q 6 hrs. -7.5%$NaHCO_3$ 30ml+sterile water 30 ml IV drip in 2 hrs. -Hydrocortisone 60 mg IV q 6hrs. -Flixotide MDI1 puff bid.via spacer. -Consult เภสัชสอนพ่นยา	-CXR.ก่อน admitted. -Lab CBC, BUN,Cr, Elyte. -Swab ATK Covid 19. -5%DN/3 500 ml rate 50 ml/hr. -On Oxygen Flow 8LPM Keep SPO2 > 95% <u>Medication</u> -Ventolin (0.5:3) NB q 4 hrs. -Bromhexine syrup ¾ ml oral tid.pc. -CPM syrup ¾ ml oral tid.pc. -Ampicillin 300 mg IV q 6 hrs. -Hydrocortisone 75 mg IV q 6hrs. -Flixotide MDI1 puff bid.via spacer. -Consult เภสัชสอนพ่นยา	แผนการรักษากรณีศึกษา มี <u>การตรวจวินิจฉัย</u> ส่งตรวจ Film CXR ทั้ง 2 ราย <u>ยาที่ใช้ในการรักษา</u> ยาที่ใช้รักษาเหมือนกัน Ventolin NB q 6 hrs.. -Bromhexine syrup oral q 6 hrs. -Ampicillin IV q 6 hrs. -Hydrocortisone IV q 6hrs. -Flixotide MDI 1 puff bid.via spacer. <u>แผนการรักษาต่อเนื่อง</u> -7.5%$NaHCO_3$ 30ml+sterile water 30 ml IV drip in 2 hrs. -Paracetamol syrup 8ml oral q 6 hrs. -Berodual (0.5:3) NB q 6 hrs -Loratadine syrup oralpc.hs. <u>ออกซิเจนที่ใช้ในการรักษา</u> มีความต่างของออกซิเจนที่ใช้ กรณีศึกษารายที่ 1 ใช้ออกซิเจนชนิดHHFNC กรณีศึกษารายที่ 2 ใช้ออกซิเจน Cannula Flow 8 LPM
	Discharge 26/6/65 F/U OPD Asthma clinic 1เดือน Home Med.	Discharge 23/6/65 F/U OPD Asthma clinic 1 เดือน Home Med.	<u>ความต่างในแผนการรักษา</u> -การรักษาด้วยการให้ยา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการหอบหืดชนิดเฉียบพลัน ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาเพื่อบรรเทาอาการ เป็นยาที่มีฤทธิ์

	Flixotide MDI1 puff.via spacer. -Ventolin MDI 2 puff prn for dyspnea. -Ventolin syrup ¾ ml oral tid.pc. -Bromhexine syrup ¾ ml oral tid.pc -loratadine 1 tsp oral hs.	-Flixotide MDI1 puff.via spacer. -Prednisolone 1 tabs tid. pc. -CPM syrup 3 ml oral tid.pc -Bromhexine syrup ¾ ml oral tid.pc. -Sulbutamol 1-2 puff prn for dyspnea.	ป้องกันและรักษาอาการหดเกร็งของหลอดลมที่เกิดขึ้น และยาที่ใช้ในการควบคุมอาการ (Controller) เพื่อป้องกันไม่ให้อาการหอบหืดกำเริบรุนแรงและการให้ยาปฏิชีวนะใช้การรักษาของยาชนิดเดียวกันแต่มีความต่างของขนาดยาที่ใช้เนื่องจากตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วยในแต่ละราย ซึ่งในกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะเลือดเป็นกรด มีแผนการรักษาด้วยการให้ออกซิเจน HHFNC 18 LPM FIO_2 0.4 และร่วมกับการให้ยา 7.5% $NaHCO_3$ 30ml+sterile water 30 ml IV drip in 2 hrs. และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อรักษาอาการดังกล่าว <u>การนัด F/U</u> กรณีศึกษาทั้ง2 ราย ได้รับการนัดเพื่อติดตามการรักษาใน OPD Asthma clinic 1 เดือน และได้รับยารักษาอาการต่อเนื่องไปรับประทานต่อที่บ้านทั้ง 2 ราย
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะวิกฤต	1)เสี่ยงต่อภาวะการขาดออกซิเจนในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพในการหายใจเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	1)เสี่ยงต่อภาวะการขาดออกซิเจนในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพในการหายใจเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	<u>การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต</u> 1) ประเมินอาการหายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว เพราะการประเมินภาวะซีดจะช่วยให้ทราบถึงความรุนแรงของภาวะซีดและอาการหายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาแผนการรักษา 2) ดูแลให้ได้รับออกซิเจน HHFNC 18 LPM FIO_2 0.4 และออกซิเจน Cannula ตามแผนการรักษาของแพทย์ Keep SPO_2 > 95% 3) ดูแลให้ยาดังต่อไปนี้ Ventolin (0.5:3) NB q 6 hrs. Berodual (0.5:3) NB q 6 hrs., Bromhexine syrup 8ml oral q 6 hrs., Hydrocortisone 60 mg IV q 6hrs. Flixotide MDI1 puff bid.via spacer.ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมอาการหดเกร็งของหลอดลมและป้องกัน อาการหืดกำเริบ 4) ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพราะการพักผ่อนบนเตียงจะช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ทำให้อาการเหนื่อยอ่อนเพลียลดลง 5) Vital sign ทุก 15-30 นาที ติดตามความผิดปกติ ถ้ามีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงรายงานให้แพทย์ทราบทันที 6) ประเมิน O_2 saturation ทุก 1 ชม. Keep > 95% 7) ดูแลช่วยใส่ท่อช่วยหายใจตามแผนการรักษา เตรียมเครื่องช่วยหายใจดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ 8) ดูแล Suction clear airway ป้องกันการอุดกลั้นทางเดินหายใจ
	2) มีภาวะRespiratory Acidosis		1) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Elyte, LFT, PT,PTTพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 2) ติดตามผลการตรวจCXR รายงานผลให้แพทย์รับทราบ 3) ดูแลให้ยา7.5%$NaHCO_3$ 30ml+sterile water 30 ml IV drip in 2 hrs.และHydrocortisone 60 mg IV q 6hrs.ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) ส่งตรวจ VBG หลังผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HHFNC 18 LPM FIO_2 0.4 หลัง 1 hs. และติดตามหลังผู้ป่วยได้รับยา

			หากพบความผิดปกติ รายงานให้แพทย์ทราบเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา 5) Monitor vital sign ทุก 15-30 นาที ถ้ามีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงรายงานให้แพทย์ทราบทันที
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง	1) มีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจถูกอุดกั้นเนื่องจากมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม	1) มีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจถูกอุดกั้นเนื่องจากมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม	1) วัดสัญญาณชีพทุก 30นาที-1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการหอบหืด โดยสังเกตจากอาการหอบ การใช้กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว 2) ดูแลให้ยาดังต่อไปนี้ Ventolin (0.5:3) NB q 6 hrs. Berodual (0.5:3) NB q 6 hrs., Bromhexine syrup 8ml oral q 6 hrs., Hydrocortisone 60 mg IV q 6hrs. Flixotide MDI1 puff bid.via spacer.ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมอาการหดเกร็งของหลอดลมและป้องกัน อาการหืดกำเริบ สูดดมเพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม 3) จัดให้ผู้ป่วยนอนในเตียงบริเวณที่เงียบสงบ ปิดไฟหัวเตียง 4) จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงไม่เกิน 45 องศา หนุนหมอนถึงช่วงไหล่ ดูดเสมหะ ดูดน้ำลายทางปาก 5)กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิบน้ำอุ่นเป็นระยะเพื่อป้องกันการไอจากเสมหะเหนียวตัว 6) สังเกตอาการของภาวะทางเดินหายใจถูกอุดกั้น ได้แก่ การหายใจต้องใช้แรงมาก ไอเสียงก้อง ได้ยินเสียงวี้ดขณะหายใจ
	2)เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำเนื่องจากมีการสูญเสียน้ำจากการหอบ	2)เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำเนื่องจากมีการสูญเสียน้ำจากการหอบ	1)อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองทราบถึงความจำเป็นของการได้รับสารน้ำ 2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อย ๆ โดยจัดหาเครื่องดื่มประเภทน้ำหวาน น้ำผลไม้ ที่ผู้ป่วยชอบ 3) ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 5%DN/2 500 ml IV rate 50 ml/hr. 4) ดูแลความสุขสบาย และสุขอนามัยของผู้ป่วยระหว่างให้สารน้ำทางหลอดเลือดคำ 5)บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทั้งสารน้ำที่ให้ทางปาก ทางหลอดเลือดดำ สารน้ำที่ออกจากร่างกายปัสสาวะ อุจจาระ และชั่งน้ำหนักตอนเช้าวันละครั้ง 6) ประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ เพื่อให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอและป้องกันภาวะน้ำเกิน
	3) ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะไข้		1. เช็ดตัวลดไข้โดยปฏิบัติดังนี้ /) ปิด พัดลมเพราะทำให้มีอาการหนาวสั่นได้ 2) ถอดเสื้อผ้าออกให้หมด แล้วคลุมส่วนที่ยังไม่ได้เช็ดด้วยผ้าห่มบางๆ เปิดเช็ดที่ละส่วน 3) ใช้น้ำอุ่นเช็ดนาน 15-20 นาที เพราะช่วยให้ผิวหนังระบายความร้อนได้ดีและป้องกันการเกิดอาการหนาวสั่นระหว่างเช็ดตัว โดยเช็ดเข้าหาหัวใจใช้ผ้าอุ่นหลายๆผืนวางพักตามคอ ข้อพับ รักแร้ ใต้เข่า ขาหนีบ เพราะเป็นที่รวมของเส้นเลือด ถ้าหนาวสั่นมากให้หยุดทันที สักครู่จึงเริ่มเช็ดตัวใหม่
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะดูแล	3) ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะไข้(ต่อ)		2) ให้ยา Paracetamol syrup 8ml oral q 6 hrs. รับประทาน เพื่อลดไข้และให้ต่อเนื่องได้ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างถูกต้องตามที่กำหนดและจัดหา

ต่อเนื่อง			น้ำหวาน น้ำผลไม้ หรือเครื่องดื่มที่เด็กชอบ ให้ดื่มมากๆ เพราะร่างกายขาดน้ำจะทำให้ไข้สูงมากขึ้น 4) ใส่เสื้อผ้าที่ระบายความร้อนได้ง่าย แนะนำมารดาไม่ให้ห่มผ้าหนาเพราะจะทำให้ไข้สูงขึ้น
	4)เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภาวะปอด แฟบ เนื่องจากภายหลังการได้รับการรักษาโรคหอบหอบหืดขึ้นแล้วอาการยังไม่ทุเลา	3)เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภาวะปอด แฟบ เนื่องจากภายหลังการได้รับการรักษาโรคหอบหอบหืดขึ้นแล้วอาการยังไม่ทุเลา	1) ประเมินการติดเชื้อ วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงถ้าอุณหภูมิ> 37.5 องศา ดูแลให้พักผ่อนเช็ดตัวลดไข้ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาต่อไป 2) สังเกตลักษณะการหายใจ ฟังเสียงปอด เพื่อประเมินเสียง wheezing รายงานให้แพทย์ทราบ 3) ดูแลทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการดูแลความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ให้ตามแผนการรักษาโดยยึดหลัก Aseptic Technique 4) ดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วย 5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Ampicillin ตามแผนการรักษา 6) ดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 7) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการรักษา 8) ให้ผู้ป่วยแปรงฟันเช้าและก่อนนอนเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากช่องปากลงไปในทางเดินหายใจ 9)จัดอาหารอ่อนย่อยง่าย นมเป็นมื้อเสริมดูแลให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายผู้ป่วย 10) แนะนำการล้างมือก่อนและหลังการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อสู่ผู้ป่วย เปลี่ยนชุดพ่นยาของผู้ป่วยทุกวัน จัดแยกผู้ป่วยอยู่ในส่วนที่ไม่มีผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ 11) ช่วยระบายเสมหะ โดยการเคาะผนังอก การใช้แรงสั่นสะเทือนและการดูดเสมหะ สังเกตสีเป็นสีเหลืองอ่อน ปริมาณของเสมหะ 2 มิลลิลิตร 12) ให้ยา Hydrocortisone, Prednisolone, Bisolvon, Ventolin solution ชนิดพ่น เพื่อบรรเทาการอักเสบของทางเดินหายใจ อาการไอ และการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน จำหน่าย	1) บิดาและมารดาของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดที่ตนเป็นอยู่	1) บิดาและมารดาของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดที่ตนเป็นอยู่	1) ให้การดูแลให้ทำกิจกรรมการพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถาม เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการ รักษาพร้อมลงชื่อในเอกสาร 2) ให้ข้อมูลแก่ญาติและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างให้ผู้ป่วยเข้าใจในความสำคัญของอุปกรณ์ 3) แจ้งอาการผู้ป่วยให้ญาติและครอบครัวทราบเป็นระยะ ๆ ทุกครั้งที่เข้าเยี่ยม 4) ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆที่แสดงออกของญาติและครอบครัวต่อความเจ็บป่วยรวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น

			5) ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 6) ให้สุขศึกษาญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อส่งเสริมการหายของโรคและคอย ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา 7)เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ รับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และให้กำลังใจ โดยการใช้คำสุภาพและการสัมผัสที่นุ่มนวล 8) อธิบาย การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหอบหืด ยาที่ใช้ในการรักษา อาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ ตลอดจนการขัดสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระต้นของโรคหืด ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเพื่อคลายความวิตกกังวล 9) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซัก ข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลบุตรหลาน 10) ประสานข้อมูลกับชุมชน เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกัน <u>การพยาบาลวางแผนจำหน่าย</u> แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D- METHOD ดังนี้ D: Disease ให้ความรู้โรคหอบหืดชนิดเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการหอบหืดน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีอาการกำเริบเป็นช่วงสั้นๆ มีอาการหอบหืดในตอนกลางคืนต่ำกว่า 2 ครั้งต่อเดือน อาการกำเริบส่งผลต่อการทำกิจกรรมและการนอน M: Medication แนะนำการรับประทานยา ตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หากมีอาการข้างเตียงของการได้รับยาให้ผู้ป่วยหยุดยาและเข้ามาพบแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนจำหน่าย			E: Environment แนะนำการประเมินปัจจัยกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมในบ้าน ประเมินปัจจัยกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ที่สามารถก่อให้เกิดอาการหอบในเด็กโรคหืด ได้แก่ ไรฝุ่น ฝุ่นบ้านตุ๊กตาขนปุย พรม ซากหรือสะเก็ดแมลงสาบ ละอองเกสร และ สปอร์จากเชื้อรา รังแคจากสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว หลีกเลี่ยง แนะนำคนในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ หากผู้ปกครองสูบบุหรี่ ให้อาบน้ำ สระผมเปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนเข้าใกล้ตัวเด็ก ซึ่งควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเหล่านี้ M: Medication แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์และการใช้ยาพ่น ส่งปรึกษาเภสัชให้สอนบิดามารดา เรื่องการพ่นยาให้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยา T-Treatment แนะนำอาการผิดปกติเกี่ยงกับอาการหอบหืดเฉียบพลันให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบได้แก่ อาการ หายใจถี่, หายใจมีเสียงหวีด, อาการจะพบมากขึ้นในช่วงกลางคืนที่อากาศหนาวเย็น โรคมีความแปรปรวนได้ เช่น ช่วงสงบผู้ป่วยจะมีอาการปกติและช่วงกระตุ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเด่นชัดมากขึ้น เช่น หลังติดเชื้อไวรัส อากาศเปลี่ยนแปลง การสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ และอาจมีอาการภูมิแพ้ เช่น น้ำมูกไหล คัดจมูก เป็นต้นต้องรีบมาพบแพทย์ H-Health แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจให้ญาติผู้ดูแลได้สังเกตอาการ

			ผิดปกติ ได้แก่ อาการหายใจลำบากขณะผู้ป่วยเดิน ขณะพูด หรือขณะพัก อาการกระสับกระส่ายเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ การใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ เวลาหายใจออกได้ยินเสียง wheezing คลำชีพจรเต้นเร็วมากขึ้น แนะนำเสรมการออกกำลังกาย การเล่นตามวัย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แนะนำการเป่าลูกโป่งให้ปอดขยายตัว O-Out patient การมาพบแพทย์ตามนัดหรือ ก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน ติดต่อสถานบริการใกล้บ้าน D-Diet แนะนำรับประทานให้ครบ 3 มื้อ และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ดื่มอาหารเสริม เช่น นม เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง
			<u>สรุปปัญหาทางการพยาบาลกรณีศึกษาขณะดูแล</u> ระยะวิกฤต 1)เสี่ยงต่อภาวะการขาดออกซิเจนในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพในการหายใจเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 2) มีภาวะ Respiratory Acidosis <u>สรุปปัญหาทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่พบขณะดูแล</u> ระยะดูแลต่อเนื่อง 1) มีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจถูกอุดกั้นเนื่องจากมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำเนื่องจากมีการสูญเสียน้ำจากการหอบเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำเนื่องจากมีการสูญเสียน้ำจากการหอบ 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำเนื่องจากมีการสูญเสียน้ำจากการหอบ 4)ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะไข้ 5)เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภาวะปอด แฟบ เนื่องจากภายหลังการได้รับการรักษาโรคหอบหอบหืดขึ้นแล้วอาการยังไม่ทุเลา <u>สรุปปัญหาทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่พบขณะดูแล</u> ระยะวางแผนการจำหน่าย 1) บิดาและมารดาของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดที่ตนเป็นอยู่ <u>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความต่างในกรณีศึกษา</u> คือ กรณีศึกษารายที่ 1 1) มีภาวะ Respiratory Acidosis 2) ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะไข้

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่ากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น Acute Asthma Attack เข้ารับการรักษาโดยมีอาการที่แตกต่างกันส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันและระยะเวลาในการรักษามีความแตกต่างกันทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษาใน รายที่ 1 เข้ารับการรักษาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง และหลังจากจำหน่ายออกจากการนอนรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังมี

อาการไอและมีน้ำมูก และมีประวัติการเจ็บป่วยนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้ง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดลมอักเสบและมีประวัติเจ็บป่วยเป็นโรคโควิด 19 ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีหายใจออก มี wheezing ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง และได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนชนิดHHFNC 18 LPM FIO_2 0.4 .Keep SPO_2 > 95% และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ เลือดเป็นกรด PH= 7.25 PCO2 23 mmHg HCO3=10.1 mmol/L มีแผนการรักษาด้วยการให้ยา ได้รับ7.5%$NaHCO_3$ 30ml+sterile water 30 ml IV drip และติดตามผลการตรวจ VBG หลัง on HHFNC และได้รับยา มีการรักษาผู้ป่วยทั้งการให้ยาบรรเทาอาการ เป็นยาที่มีฤทธิ์ป้องกันและรักษาอาการหดเกร็งของหลอดลมที่เกิดขึ้น และยาที่ใช้ในการควบคุมอาการ (Controller) เพื่อป้องกันไม่ให้อาการหอบหืดกำเริบรุนแรง และการให้ยาปฏิชีวนะใช้การรักษา อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ สามารถหยุดใช้ออกซิเจนได้ อาการหอบทุเลาขึ้น ผู้ป่วยหายใจได้ดี สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

กรณีศึกษารายที่ 2 เข้ารับการรักษาด้วยอาการมีน้ำมูก เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน มีประวัติโรคหอบหืด หยุดยาเองและประวัติติดเชื้อโควิด-19 วันที่ 25/2/64 รับการรักษาด้วยยา Flavipiravir เป็นระยะเวลา 5 วัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการหายใจออก ได้ยินเสียงminimal wheezingที่ปอด ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนชนิด Cannula 8 LPM .Keep SPO_2 > 95% มีแผนการรักษาด้วยการให้ยา บรรเทาอาการ เป็นยาที่มีฤทธิ์ป้องกันและรักษาอาการหดเกร็งของหลอดลมที่เกิดขึ้น และยาที่ใช้ในการควบคุมอาการ (Controller) เพื่อป้องกันไม่ให้อาการหอบหืดกำเริบรุนแรงและการให้ยาปฏิชีวนะใช้การรักษา อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ สามารถหยุดใช้ออกซิเจนได้ อาการหอบทุเลาขึ้น น้ำมูกลดลง ผู้ป่วยหายใจได้ดี สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

ปัญหาที่พบในกรณีศึกษารายที่ 2 พบปัญหาเรื่องการหายใจ ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย ต้องได้รับการรักษาด้วยการใช้ออกซิเจน และให้ยาบรรเทาอาการหดเกร็งหลอดลมและควบคุมกาการ เนื่องจากกรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติการเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีประวัติการเจ็บป่วยโรคหลอดลมอักเสบนอนรับการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้งและป่วยเป็นโรคโควิด 19 ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นการสังเกตอาการ จากการซักประวัติเพิ่มเติมขณะที่ผู้ป่วยหอบเด็กวิ่งเล่น ขณะรับการรักษาผลตรวจเลือดมีภาวะเลือดเป็นกรด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมากกว่ากรณีศึกษารายที่ 2 ซึ่งมีประวัติการเจ็บป่วยอาการและอาการแสดงไม่รุนแรง ไม่มีอาการหอบก่อนเข้ามารับการรักษาและผลการตรวจเลือดไม่มีภาวะเลือดเป็นกรด หลังรับการรักษาด้วยยาและการให้ออกซิเจน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

บทสรุป

โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมที่มีผลทำให้หลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยมักมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดหรือหอบเหนื่อยเกิดขึ้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ได้แก่รบกวนการนอนหลับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง รู้สึกวิตกกังวล กลัวการเสียชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าและความ ภูมิใจในตนเองลดลงและแยกตัวจากสังคม บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลต้องให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงเบื้องต้นที่เป็นสัญญาณเตือนที่ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติให้สามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่รวดเร็ว ตลอดจนการรับประทานยาให้มีความต่อเนื่อง การใช้ยาที่ถูกต้องกับอาการ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัด

สิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นตามมาผู้ป่วยและญาติสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวางแผนการดูแลรักษาโรคหืดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยส่งเสริมรณรงค์ อาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการต้องรีบเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาอาการเบื้องต้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาบรรเทาอาการได้อย่างถูกต้องและเป็นการป้องกันไม่ให้มีอาการกำเริบเฉียบพลันจนถึงขั้นต้อง เข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉินที่โรงพยาบาล

2.ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดตั้งแต่การคัดกรองเบื้องต้นด้วยตนเองและผู้ดูแลหลักรวมทั้งการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและการดำเนินการตามแนวทางทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืด และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กรเพื่อให้ได้มาตรฐานในการพยาบาล โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3.ควรพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดชนิดเฉียบพลันและผนวกเข้าโปรแกรมการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากร ระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหืด

4.ควรส่งเสริมจัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วยโรคหืดชนิดเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในหน่วยงานเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งทบทวนหาสาเหตุของผู้ป่วยและญาติให้มีความตระหนักในการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยซ้ำในผู้ป่วย

5.จัดให้มีการนิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดชนิดเฉียบพลันตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคโดยผู้นำทางการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปราศจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ โดยชี้แนะ สอนสาธิตและให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Asthma, 2020. Global strategy for asthma management and prevention. Retrieved from http://www.ginasthma.org.
2. อภิชาติ คณิตทรัพย์และมุกดา หวังวีรวงศ์.แนวทางการ วินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ.2560. สภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, พิมพ์ครั้งที่ 2, มกราคม 2560
3.ฐิตินันท์ ไมตรี, 2558. ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหืดต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแล (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
4. สมาคมองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2564. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก (ฉบับสมบูรณ์) สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม, 2565. http://www.allergy.or.th ค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม, 2565.
5. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2565. (คัดสำเนา)

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

Nursing care of Bladder Cancer patients at Kalasin Hospital : case study.

(Received: October 22,2023 ; Revised: October 31,2023 ; Accepted: November 4,2023)

ขนิษฐา ศิริโชติ[1]
Khanistha Sirichote[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาเปรียบเทียบ ประวัติ อาการเจ็บป่วย แผนการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ กรณีศึกษา 2 ราย และเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษา รายที่1 เพศชาย อายุ67 ปี อาการสำคัญ แพทย์นัดมาผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 เดือน ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและมะเร็งที่ไตด้านซ้าย ประวัติการรับประทานยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Radial cystectomy, Left total Nephrectomy, ileal bladder หลังการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านพ้นภาวะวิกฤตและได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาการรักษา 9 วัน กรณีศึกษา รายที่ 2 เพศชาย อายุ 57 ปี อาการสำคัญ ปัสสาวะเป็นเลือด เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 5 เดือน ปฏิเสธโรคประจำตัว ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์และรักษาด้วยการผ่าตัด Radial Cystectomy with ileal conduit with bilateral iliac lymph node dissection หลังการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านพ้นภาวะวิกฤตและได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาการรักษา 11 วัน

คำสำคัญ : มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ, การพยาบาลผู้ป่วย

ABSTRACT

This study was case study aimed to comparative study of history, symptoms of illness, treatment plans, occurrence of complications and bladder cancer nursing, two case studies and proposed nursing guidelines for bladder cancer patients. Kalasin Hospital. Selected sample size were purposive selection patients diagnosed with bladder cancer by physician and was admitted to the urological surgery ward Kalasin Hospital.

The results of the study found that case study number 1, male, age 67 years, had important symptoms, doctor made an appointment to have bladder surgery. Had it 3 months before coming to the hospital, history of co-morbidities, diabetes, high blood pressure. Heart disease and cancer in the left kidney History of continuous medication intake The patient was treated with Radial cystectomy, Left total Nephrectomy, and ileal bladder. After treatment with surgery he passed his critical condition and was monitored for complications. Symptoms gradually improved The doctor sent it home. Duration of treatment 9 days. Case study number 2, male, 57 years old, main symptom: blood in the urine, had it 5 months before coming to the hospital, denies any underlying disease. The patient was treated with CT scan and treated with Radial Cystectomy with ileal conduit with bilateral iliac lymph node dissection. After the surgical treatment he was in critical condition and was monitored for complications. Symptoms gradually improved The doctor sent it home. Duration of treatment 11 days.

Keywords: Bladder cancer, patient nursing

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบมากเป็นอันดับที่ 9 ของมะเร็งทั่วโลก มีอัตราการเกิดโรคที่เป็นผู้ป่วยใหม่ จำนวน 330,000 รายต่อปีอัตราการตาย 130,000 ราย ต่อ ปีซึ่งอัตราการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในเพศชาย มากกว่าในเพศหญิง คิดเป็น 3.8 เท่า[1] ส่วนใหญ่พบในผู้ ที่มีอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ยที่เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะคือ 73 ปี[2] ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะส่วนใหญ่ถึง ร้อยละ 70 เป็นเซลล์มะเร็งชนิด transitional cell carcinoma โดยมีอัตราการเกิดเป็นซ้ำได้มากถึงร้อยละ 50-70 เซลล์มะเร็งเกิดการลุกลามเป็นในระยะรุนแรงขึ้น[3] อาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ที่พบได้บ่อย คือ อาการปัสสาวะเป็นเลือด (hematuria) ปวดเวลาถ่ายปัสสาวะ (dysuria) และถ่ายปัสสาวะบ่อย (frequent urination)หรือมีความรู้สึกว่าอยากถ่ายปัสสาวะซึ่งความจริงอาจไม่มีน้ำปัสสาวะเลย การวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะสามารถทำได้โดยการซักประวัติการตรวจร่างกายการตรวจปัสสาวะ การถ่ายภาพกระเพาะปัสสาวะด้วยรังสีเอกซ์ หรือเครื่องตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็ก หรือตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การใช้กล้องขนาดเล็กสอดผ่านท่อปัสสาวะเข้าไปสำรวจภายในกระเพาะปัสสาวะและขลิบเอาตัวอย่างเนื้อที่ก้อนเนื้องอกที่พบมาทำการพิสูจน์ทางพยาธิวิทยาว่าเป็นเซลล์มะเร็ง[4] ซึ่งในผู้ป่วย 1 คนอาจได้รับการประเมินเพื่อวินิจฉัย 1 อย่างหรือมากกว่า ผู้ป่วยที่มารับการตรวจหรือรับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่เริ่มมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดแล้วมารับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาโดยการตัดกระเพาะปัสสาวะออกและได้รับการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะ วิธีการในการรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีหลายวิธีเช่น การผ่าตัด การฉายรังสีการสร้างภูมิคุ้มกันและการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งแพทย์จะเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับระยะของการดำเนินของโรค ภายหลังการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีระยะเวลาการมารับการรักษาที่นานมากขึ้นผู้ป่วยก็จะต้องได้รับการรักษาที่ยุ่งยากและซ้ำซ้อนมากขึ้นและส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง ตามไปด้วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีระยะเวลาการมารับการรักษาที่ยาวนานจะส่งผลกับการรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้รับ เนื่องจากระยะของโรคจะเป็นมากขึ้นและมีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปในอวัยวะใกล้เคียง อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงและทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น[5] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามแนวทางของสถาบันมะเร็งแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและรักษาด้วยการผ่าตัดรวมทั้งการให้ยาเคมีบำบัด จากสถิติข้อมูลการเข้ารับบริการที่ผ่านมา พบผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่เข้ามารับการรักษาในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จำนวน 39, 47 และ 56 ราย ตามลำดับ และพบผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะดูแลและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 31(79.48), 38 (80.85), และ 45(80.35) ตามลำดับ[6] จากข้อมูลพบว่าดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งส่งผลกระทบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ตั้งแต่กระบวนการคัดกรองมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การวางแผนการรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและการวางแผนการจำหน่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประวัติ อาการเจ็บป่วย แผนการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ กรณีศึกษา 2 ราย

2. เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจำนวน 2 ราย และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ศึกษาในระหว่างเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2565 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดย ขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ตารางที่. 1 เปรียบเทียบ ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	67	57
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา 6	ประถมศึกษา 6
สถานภาพสมรส	สมรส	สมรส
อาชีพ	ชาวนา	ชาวนา
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง
ภูมิลำเนา	อำเภอเขาวง	อำเภอกุฉินารายณ์
วันที่เข้ารับการรักษา	7 สิงหาคม 2565	31 กรกฎาคม 2565
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล	16 สิงหาคม 2565	11 สิงหาคม 2565
การวินิจฉัยโรค	CA Bladder	CA Bladder
การผ่าตัด	Radial cystectomy, Left total Nephrectomy, ileal bladder วันที่ 10 สิงหาคม 2565	Radial Cystectomy with ileal conduit with bilateral iliac lymph node dissection วันที่ 1 สิงหาคม 2565
การตรวจพิเศษ	EKG, Film CXR	CT Whole Abdomen EKG, Film CXR

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	แพทย์นัดมาผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 เดือน	ปัสสาวะเป็นเลือด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 5 เดือน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยปัสสาวะลำบาก ใช้เวลาปัสสาวะนาน มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยปัสสาวะเป็นเลือดทุกครั้งที่ปัสสาวะ ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด เข้ารับการ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	แพทย์ตรวจวินิจฉัยแจ้งว่าป่วยเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ นัดผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะผู้ป่วยจึงเข้ามารับการรักษาตามแพทย์นัด	รักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคกระเพาะปัสสาวะให้เข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและมะเร็งไตด้านซ้าย รับการรักษาด้วยการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว
อาการแรกรับ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบชัดเจนมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย มีปัญหาปัสสาวะลำบาก สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 92ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/64 มิลลิเมตร	ผู้ป่วยรู้สึกตัวถามตอบชัดเจน มีปัสสาวะเป็นเลือด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 92ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/64 มิลลิเมตร

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากมีโรคประจำตัวหลายโรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและมะเร็งที่ไตด้านซ้าย กลัวการรักษาด้วยการผ่าตัด กลัวหลังผ่าตัดผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน	ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ กลัวการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนและการดำเนินชีวิตหลังการผ่าตัด	กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ป่วยเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> มารับการรักษาด้วยอาการ ปัสสาวะลำบากและมีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและมะเร็งที่ไตด้านซ้าย <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> มารักษาด้วยอาการปัสสาวะเป็นเลือด ปฏิเสธโรคประจำตัว กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	<u>การวินิจฉัย</u> CA bladder <u>อาการและอาการแสดง</u> ปัสสาวะลำบาก ใช้ระยะเวลานานในการปัสสาวะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 92ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/64 มิลลิเมตร	<u>การวินิจฉัย</u> CA bladder <u>อาการและอาการแสดง</u> ปัสสาวะเป็นเลือดไม่มีอาการแสบขัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 92ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/64 มิลลิเมตร	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัย CA bladder แต่อาการและอาการแสดงทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการแสดงที่แตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 ปัสสาวะลำบาก ใช้ระยะเวลานานในการปัสสาวะ กรณีศึกษารายที่ 2ปัสสาวะเป็นเลือดไม่มีอาการแสบขัด
3.แผนการรักษา	-Set OR Radial cystectomy, Left total Nephrectomy, ileal bladder วันที่ 10 สิงหาคม 2565 -Prep skin abdomen/ Retained foley's cath -CXR, EKG	-Set OR Radial Cystectomy with ileal conduit with bilateral iliac lymph node dissection วันที่ 1 สิงหาคม 2565 -Prep skin abdomen/Retained foley's cath	แผนการรักษากรณีศึกษามีแผนการรักษา ดังนี้ **การผ่าตัด** <u>กรณีรายที่ 1</u> Radial cystectomy, Left total Nephrectomy, ileal bladder <u>กรณีรายที่ 2</u> Radial Cystectomy with ileal conduit with bilateral iliac lymph node dissection **การตรวจวินิจฉัย**

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	-Lab CBC, BUN, Cr, Elyte, LFT, PT,PTT, INR, Swab Covid 19, G/M PRC 4 unit. FFP 500 ml. NSS 1000 ml rate 80 ml/hr. -Nifec 3ซอง+ น้ำ 2 ลิตร รับประทาน วันที่ 9 สิงหาคม 2565 เวลา14-18.00น. -Ceftriaxone 2 gm IV OD. -Metronidazole500mg IV ทุก8hr. -จอง ICU หลังการผ่าตัด	-CXR, EKG, CT whole Abdomen -Lab CBC, BUN, Cr, Elyte, LFT, PT,PTT, INR, G/M PRC 4 unit.FFP 500 ml. -NSS 1000 ml rate 80 ml/hr. -Nifec 3ซอง+น้ำ2 ลิตร รับประทานวันที่1 สิงหาคม 2565 เวลา14-18.00น. -Ceftriaxone 2 gm IV OD. -Metronidazole500mg IV ทุก 8hr. -จอง ICU หลังการผ่าตัด	มีแผนการตรวจวินิจฉัยทั้ง 2 รายเหมือนกัน ต่างที่ รายที่ 2 มีการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์
3.แผนการรักษา(ต่อ)	<u>Post op care</u> -Routine post op care -ให้ PRC 2 unit. PRC 1 unit IV drip in 3 hrs. Hct หลังเลือดหมด >21vol% -CPM 1 amp IV ก่อนให้เลือด -DTX q 6 hrs.Keep 80- 200 mg% On RI Scale. -Morphine 3 mg iV Prn then 2 mg IV bed to pain -Plasil 1 amp IV prn. for nausea vomiting -Blood for CBC, BUN, Cr, Elyte -Amlodipine(5mg) 2 tabs OD -Metronidazole 2 tabs tid pc. Ofloxacin(100mg) 2tabs bidpc. -Senokot 2 tabs. hs. -Off negative pressure 14/8/65. -Off Jackson drain 15/8/65. -สอนวิธีเปลี่ยนถุง colostomy Discharge 16/8/65 F/U OPD Uro 2 week Home Med.	<u>Post op care</u> -Routine post op care -ให้ PRC 2 unit. PRC 1 unit IV drip in 3 hrs. Hct หลังเลือดหมด >21vol% -DTX q 6 hrs. Keep 80-200mg% -Morphine 3 mg IV Prn then 2 mg IV best to pain -Plasil 1 amp IV prn. for nausea vomiting -Blood for CBC, BUN, Cr, Elyte -Ceftriaxone 2 gm IV OD. Off 7/8/65 -Amlodipine(5mg) 2 tabs OD - Metronidazole 2 tabs tid pc. -Ofloxacin(100mg) 2tabs bidpc. -Senokot 2 tabs hs. -Off drain 10/8/65 Discharge 10/8/65 F/U OPD Uro 1 เดือน Home Med.	**แผนการรักษาต่อเนื่อง** -ได้รับสารน้ำชนิด NSS 1000ml IV Antibiotic ที่ได้รับ ทั้ง 2 รายเหมือนกัน คือยา -Ceftriaxone 2 gm IV OD. -Metronidazole500mg IV ทุก 8hr. -ได้รับเลือดในการรักษา จำนวน 2 unit - ได้รับยาควบคุมความปวดคือ Morphine 3 mg IV prn. -ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดประเมินภาวะ Hypo -Hyper glycemia q 6 hrs. <u>ความต่างในแผนการรักษา</u> -การรักษาด้วยการให้ยา กรณีศึกษารายที่ 1 มีความปวดในระดับ Sever pain เป็นระยะเวลาหลายวัน จากมีภาวะโรคร่วมคือมะเร็งไตด้านซ้าย ได้รับยา ความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาด้วยยา Morphine 3 mg iV Prn then 2 mg IV bed to pain และได้รับยา CPM 1 amp IV ก่อนให้เลือด ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 พบปัญหาความดันโลหิตสูงหลังการผ่าตัด ได้รับการรักษาด้วยยาAmlodipine(5mg) 2 tabs OD <u>การนัด F/U</u> กรณีศึกษาทั้ง2 ราย ได้รับการนัดเพื่อติดตามการรักษาแต่ระยะเวลาในการนัดมีความแตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 นัด 2 week กรณีศึกษารายที่ 2 นัด 1 เดือน

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	-Metronidazole 2 tabs. tidpc. -Ofloxacin(100mg) 2 tabs. bid pc. -Sodamint 1 tab tid pc.	-Amlodipine(5mg) 2 tabs OD -Metronidazole 2 tabs tid. pc. -Ofloxacin(100mg) 2 tabs. bid pc. -Paracetamol 1 tab oral Prn. for pain	
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด	1.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	1.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	<u>การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด</u> 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ผู้ดูแล โดยเข้าไปพูดคุยให้เวลาและความเป็นกันเองกับผู้ป่วยตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2) ประเมินระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล โดยการพูดคุย ซักถามและสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 3)แนะนำสภาพแวดล้อมที่เตียงและเครื่องใช้ต่างๆโดยเฉพาะ 4)ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลว่ามีพยาบาลดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง 5) ประเมินวิธีการเผชิญความเครียดและแนะนำการจัดการความเครียด เช่น การฝึกลมหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การทำสมาธิและการสวดมนต์ตามวิถีพุทธศาสนา 6) ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การเตรียมตัวทางด้านร่างกาย การเตรียมตัวด้านจิตใจ
	2) เสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการผ่าตัด	2) เสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการผ่าตัด	1) ประเมินสภาพของผู้ป่วย ดังนี้ -ประเมินสภาพด้านร่างกาย -ตรวจสอบชื่อ-สกุลให้ตรวจกับเวชระเบียนและแผนการ รักษา โรคประจำตัว การใช้ยา การแพ้ยา การผ่าตัดในอดีตและ การใช้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อป้องกันภาวะเลือดหยุดยาก 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ชนิดการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้และการป้องกัน อธิบายสภาพภายหลังการผ่าตัด เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ อาการปวดแผล การได้รับสายยางเพื่อให้ออกซิเจน ลักษณะแผลผ่าตัด อุปกรณ์ต่างๆ 3) ตรวจสอบผลการตรวจต่างๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด Keep 80- 200 mg% ระดับความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 90/60– 140/90 มม. ปรอท หากพบความผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อวางแผนการรักษา 4) แนะนำทำความสะอาดร่างกายโดยอาบน้ำ สระผม ฟอกหน้า โกน หนวด ตัดเล็บก่อนและเช้าวันผ่าตัด 5) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Elyte, LFT, PT,PTT, INR พบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			ดูแล G/M PRC 4 unit. FFP 500 ml.ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6) ติดตามผลการตรวจCXR, EKG, CT whole Abdomen รายงานผลให้แพทย์รับทราบ
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	1) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียน	1) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียน	1) ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้แบบประเมินลักษณะและชนิดความปวด และประเมินจากสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย เช่น คิ้วขมวด นอนกระสับกระส่าย พักผ่อนไม่ได้หรือนอนไม่หลับ เวลาเปลี่ยนท่ากำมือแน่น เหงื่อออก หน้าซีด ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว 2) แนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทาปวด โดยการหายใจเข้าออก ยาวๆลึกๆทางปากเพื่อผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวด 3) สอนและช่วยผู้ป่วยเกี่ยวกับการพลิกตะแคงตัวเพื่อลดอาการปวดแผล 4) ดูแลสายระบายไม่ให้ดึงรั้งแผลของผู้ป่วยและไม่ให้สายหักพับงอก่อความระคายเคืองต่อแผลผ่าตัด 5) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 4 mg ทางหลอดเลือดดำซ้ำๆทุก 4-6 ชั่วโมง หากมีอาการปวดแผล พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้อาเจียนและการหายใจช้ากว่าปกติ 6) ดูแลให้ยา Plasil 1 amp IV prn for nausea vomiting ประเมินอาการข้างเคียงของการไดรับยา
	2) มีภาวะซีดจากการสูญเสียเลือดในการผ่าตัด	2) มีภาวะซีดจากการสูญเสียเลือดในการผ่าตัด	1) หลังการผ่าตัดดูแลให้ได้รับ O2 cannula 5 LPM Keep Oxygen saturation > 95 2) วัดสัญญาณชีพ ตาม Routine Post op care ทุก 15 นาที / จนอาการคงที่ Keep map > 65 mmHg พบความผิดปกติของ Pulse >140ครั้ง/นาที, Blood pressure 90/60 mmHg, MAP < 65mmHg, Respiratory rate>30 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันที 3) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 100 ml rateตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) ดูแลการให้เลือดชนิด Pack red cell จำนวน 2unit ตามแผนการรักษา ให้ PRC 1 unit drip in 3 hrs. Hct หลังเลือดหมด Keep > 21 vol%. if drop > 3vol% รายงานให้แพทย์ทราบทันที เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด ได้แก่ อาการผื่นคัน แน่นหน้าอก เป็นต้น 5) Monitor EKG ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลาเฝ้าระวังสังเกตภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 6)ประเมินบาดแผล และสายระบายต่างๆ พบมีเลือดออกมากกว่า 200 ml/hr แผล มีเลือดซึม Active bleed รายงานให้แพทย์ทราบ

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			7) Retained Foley's cath ตามแผนการรักษาเพื่อบันทึกจำนวนปัสสาวะ keep urine > 30 ml/hr/0.5 cc/min หรือน้อยกว่า 200 ml ใน 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ 8) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักทำกิจกรรมบนเตียง
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด(ต่อ)		3) มีภาวะความดันโลหิตสูง	1) ประเมินสัญญาณชีพ Keep BP > 140/90 mmHg ประเมินอาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีคลื่นไส้อาเจียน หรือชักเกร็ง หากพบอาการผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบทันที 2) ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต ตามแผนการรักษาของแพทย์ Amlodipine(5mg) 2 tabs OD 3) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 4 mg ทางหลอดเลือดดำซ้ำๆทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อลดความปวดซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความดันโลหิตสูง 4) ดูแลให้พักผ่อนนอนหลับป้องกันการรบกวนผู้ป่วย งดทำกิจกรรมที่ไม่จำเป็น
	3) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากผิวหนังมีทางเข้าของเชื้อโรค	4) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากผิวหนังมีทางเข้าของเชื้อโรค	1) ประเมินการติดเชื้อบริเวณการวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าอุณหภูมิ> 37.5 องศา ดูแลให้พักผ่อนเช็ดตัวลดไข้ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาต่อไป 2) สังเกตลักษณะของแผลว่า บวม แดง ร้อนซึม มีกลิ่นเหม็นถ้ามีรายงานให้แพทย์ทราบ 3) ดูแลทำความสะอาดแผลให้ตามแผนการรักษาโดยยึดหลัก Aseptic Technique 4) แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยเปิดแผลและเอามือแกะเกาแผลหรือระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ 5) ดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วย 6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm. IV OD, Metronidazole 500mg. IV q 8 hrs.ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7) ดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 8) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการรักษา
	4) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว	5) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว	1) ประเมินสภาพความไม่สุขสบายของผู้ป่วย 2) จัดให้นอนที่เตียงหน้า Nurse station เพื่อง่ายต่อการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และการให้การช่วยเหลือที่รวดเร็ว 3) จัดท่านอน Fowler's จัดสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้เหมาะสม ผ้าปูเตียง ปลอกหมอนให้สะอาด เปิดพัดลมให้อากาศถ่ายเท 4) ดูแลให้ยา Plasil 1 amp IV prn for nausea vomiting ตามแผนการรักษา ประเมินอาการข้างเคียงของการได้รับยา 5) งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			6.กระตุ้นผู้ป่วย Early Ambulation เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ การผายลม การถ่ายอุจจาระ
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด(ต่อ)	5) เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyper qlycemia	6) เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyper qlycemia	1)ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับ ประเมิน DTX q 6 hrs. ตามแผนการรักษา Keep DTX 80-200 mg% 2) ดูแลให้ยา RI 6 unit SC ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังนี้ จะมีอาการสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ชีด หิว กระวนกระวาย ความรู้สึกตัวลดลง สับสน อาจหมดสติได้ 4) แนะนำสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดังนี้ มีอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลงและหมดสติได้
	6) ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและกลัวสูญเสียภาพลักษณ์	7)ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและกลัวสูญเสียภาพลักษณ์	1) ให้การดูแลให้ทำกิจกรรมการพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถาม เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการ รักษาพร้อมลงชื่อในเอกสาร 2) ให้ข้อมูลแก่ญาติและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างให้ผู้ป่วยเข้าใจในความสำคัญของอุปกรณ์ 3) แจ้งอาการผู้ป่วยให้ญาติและครอบครัวทราบเป็นระยะ ๆ ทุกครั้งที่เข้าเยี่ยม 4) ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆที่แสดงออกของญาติและครอบครัวต่อความเจ็บป่วยรวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น 5) ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 6) ให้สุขศึกษาญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อส่งเสริมการหายของโรคและคอย ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา 7)เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ รับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และให้กำลังใจ โดยการใช้คำสุภาพและการสัมผัสที่นุ่มนวล 8) อธิบาย การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ การดูแลบาดแผล ขั้นตอนการเปลี่ยนถุง Colostomy bag ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเพื่อคลายความวิตกกังวล 9) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซัก ข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 10) ประสานข้อมูลกับชุมชน เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกัน
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลวางแผนจำหน่าย			<u>การพยาบาลวางแผนจำหน่าย</u> แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D- METHOD ดังนี้

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			D: Disease ให้ความรู้เรื่องมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ อาการและอาการแสดง ได้แก่ ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไม่สุด หรือปัสสาวะเป็นเลือด หรือมีอาการปัสสาวะเป็นเมือกปน แนะนำในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ M: Medication แนะนำการรับประทานยา ตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หากมีอาการข้างเตียงของการได้รับยาให้ผู้ป่วยหยุดยาและเข้ามาพบแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา E: Environment แนะนำการรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธ์ การทำความสะอาดร่างกาย การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ สะอาดเพื่อป้องกันการสระสมของเชื้อโรค M: Medication แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ T-Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษา แพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา อธิบายการ สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อน นัด เช่น ไข้สูง มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย H-Health แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะให้ผู้ป่วยและญาติได้สังเกตอาการผิดปกติ O-Out patient การมาพบแพทย์ตามนัดหรือ ก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน ติดต่อสถานบริการใกล้บ้าน D-Diet แนะนำ การดื่มน้ำ 6-8 แก้ว/วัน การรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายและรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ งดอาหารหมักดอง อาหารรสฝาด <u>สรุปปัญหาทางการพยาบาลกรณีศึกษาขณะดูแล</u> ระยะก่อนการผ่าตัด 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 2) เสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการผ่าตัด
			<u>สรุปปัญหาทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่พบขณะดูแล</u> ระยะหลังผ่าตัด 1) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 2) มีภาวะซีดจากการสูญเสียเลือดในการผ่าตัด 3)เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากผิวหนังมีทางเข้าของเชื้อโรค 4) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว 5) เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyper qlycemia 6) ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและกลัวสูญเสียภาพลักษณ์ <u>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความต่างในกรณีศึกษา</u>

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			คือ กรณีศึกษารายที่ 2 1) มีภาวะความดันโลหิตสูง

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่ากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชายและมีการติดเชื่อของระบบทางเดินปัสสาวะก่อนเข้ารับการรักษาโดยมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคและส่งผลต่ออวัยวะอื่นในร่างกาย กรณีศึกษาใน รายที่ 1 มีโรคประจำตัวคือเบาหวานความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ในด้านการรักษาผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะปัสสาวะและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทั้ง 2 ราย การผ่าตัดด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน หลังการผ่าตัดกรณีศึกษารายที่ 1 พบปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และพบปัญหาผู้ป่วยซีดเนื่องจากการรักษาด้วยการผ่าตัดและผ่าตัดไตด้านซ้าย ผู้ป่วยจากมีโรคมะเร็งที่ไตด้านซ้ายร่วมด้วยขณะผ่าตัดสูญเสียเลือด จำนวน 800 ml ได้รับการรักษาด้วยการให้เลือดชนิด PRC จำนวน 2 unit และพบปัญหาปวดแผลหลังการผ่าตัดได้ ระดับความปวด Severe pain ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมความปวดกลุ่ม Strong opioid คือยา Morphine 3 mg vein prn ทุก 4-6 ชั่วโมงและมีถุง Colostomy บริเวณหน้าท้องได้รับการสอนการดูแลถุง Colostomy บริเวณหน้าท้องตลอดจนการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ การปฏิบัติตัวและการมาตรวจตามนัดตามแผนการรักษาของแพทย์ ปัญหาที่พบในกรณีศึกษารายที่ 2 พบปัญหาเรื่องซีดเนื่องจากสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดสูญเสียเลือดจำนวน 300 m l ได้รับการรักษาด้วยการให้เลือดชนิด PRC จำนวน 2 unit หลังผ่าตัดการปวดแผล Pain score ระดับ Severe pain ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมความปวดกลุ่ม Strong opioid คือยา Morphine 3 mg vein prn ทุก 4-6 ชั่วโมง ได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ การปฏิบัติตัวและการมาตรวจตามนัดตามแผนการรักษาของแพทย์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดกลัวมีปัญหาการผ่าตัด กลัวการสูญเสียภาพลักษณ์ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในด้านการดูแลผู้ป่วยควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดให้ผู้ป่วยตลอดจนญาติมีความพร้อมในการรักษาและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหลังการผ่าตัดมีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจตลอดจนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเจ็บป่วยซ้ำ นอกจากนี้ต้องให้ข้อมูลอย่างถูกต้องชัดเจนเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมและทำให้ผู้ป่วยคลายกังวลเพราะการให้สุขศึกษาเกี่ยวโรคอาการและอาการแสดง ความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด ตลอดจนการรับประทานยา การรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และการรับประทานอาหารการดื่มน้ำ การมาพบแพทย์ตามนัด ส่งผลให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

บทสรุป

โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเกิดจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น กรวยไตอักเสบ หรือกระเพาะปัสสาวะใหม่มีการอักเสบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการไข้ หนาวสั่น ปวดท้อง ปัสสาวะวะมีเมือกปนจำนวนมากหรือมีปัสสาวะเป็นเลือด มีนิ่วในปัสสาวะส่งผลให้การทำงานของไตมีความผิดปกติตามมาได การเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวหรือผลจากการรักษาส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทั้งด่า ร่างกายและจิตใจ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยภายภายหลังการเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้อง

ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหรือการดูแลตัวเองให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกับการเกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายและการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับสามารถดูแลและแก้ไขปัญหาเบื้องต้นสังเกตอาการผิดปกติสามารถปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะปกติหรือวิถีชีวิตเดิมได้และดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปัสสาวะ ตั้งแต่การให้ความรู้ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงเบื้องต้นการคัดกรองมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรค

2.ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตั้งแต่การคัดกรองเบื้องต้น การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและการดำเนินการตามแนวทางทางการดูแลผู้ป่วย มะเร็งกระเพาะปัสสาวะและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่เหมาะสมและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กรเพื่อให้ได้มาตรฐานในการพยาบาล โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานอย่างเป็นระบบตาม มาตรฐาน

3. ควรพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยและผนวกเข้าโปรแกรมการ ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากร ระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

4. ควรส่งเสริมจัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเข้ารับการรักษาในหน่วยงานเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพให้มีความตระหนักในการเฝ้าระวังกระบวนการดูแลผู้ป่วย

5. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล แนวทางการพยาบาลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคกระเพาะปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้นำทางการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปราศจากความเสี่ยง ภายใต้การช่วยเหลือชี้แนะ สอนสาธิตและให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1.กุลวรา คุปรัตน. (2560). คู่มือปฏิบัติการพยาบาลการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและและนำลำไส้ส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะผ่านทางกล้องวิดิทัศน์. คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

2.คณาจารยสถาบันพระบรมราชชนก. (2560). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 3. (พิมพครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

3.พัชรินทร ไชยสุรินทร. (2562). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะหลังผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ. พยาบาลสาร. 39 (3):139-147

4. Fan Z, Liang Y, Yang X, Li B, Cui L, Luo L, et al. A meta-analysis of the efficacy and safety of PD-1/PD-L1 immune checkpoint inhibitors as treatments for metastatic bladder cancer. Onco Targets Ther. 2019;12:1791-801.

5. สถาบันมะเร็งแห่งชาติกรม การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2555. มะเร็งทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์ชาย. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม, 2565. http://www.nci.go.th/index1.html 1สิงหาคม, 2565.

6. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2565. (คัดสำเนา)

การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

Nursing care for Dengue Hemorrhagic Fever Patients with Complication at Kalasin Hospital : case study.

(Received: October 23,2023 ; Revised: November 6,2023 ; Accepted: November 8,2023)

วฤณดา สุทธิบุตร[1]
Warinda Suthibut[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษา จำนวน 2 รายและเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไข้เลือดออกเดงกี และเข้ารับการรักษาในกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษา รายที่1 เพศชาย อายุ 12 ปี อาการสำคัญ มีไข้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ขณะรับการรักษามีไข้ อ่อนเพลีย เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา ได้แก่ ภาวะช็อก ถ่ายเป็นเลือด และมีภาวะโซเดียมต่ำ ได้รับการรักษา ด้วยการให้สารน้ำและเลือด ร่วมกับการให้ยา การได้รับออกซิเจน ร่วมกับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาการรักษา 3 วัน กรณีศึกษา รายที่ 2 เพศหญิง อายุ 14 ปี อาการสำคัญ มีไข้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน ขณะรับการรักษามีไข้และอาการปวดจุกท้องเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา ได้แก่ ภาวะช็อก และมีภาวะน้ำเกิน ภาวะซีด ร่วมกับภาวะปอดอักเสบ ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ ให้สารน้ำและเลือด ร่วมกับการออกซิเจน ได้รับการดูแลแก้ไขการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาการรักษา 5 วัน

คำสำคัญ : ไข้เลือดออกแดงกี่, การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี, ภาวะแทรกซ้อน

ABSTRACT

This study was case study with the objective of a comparative study. History of illness Laboratory test results Doctor's treatment plan Complications and nursing care for dengue fever patients with complications. Two case studies and guidelines for nursing patients with dengue fever with complications. Kalasin Hospital. Sample size were Patients diagnosed by a doctor as having dengue fever and received treatment in the pediatrics group Kalasin Hospital by purposive selection.

The results of the study found that case study 1, male, 12 years old, the main symptoms were fever, which occurred 4 hours before coming to the hospital. While receiving treatment, he had fever and fatigue. Complications occurred while receiving treatment, including shock, bloody diarrhea. and have low sodium received treatment By giving fluids and blood together with medication exposure to oxygen together with monitoring for complications The patient's condition gradually improved. The doctor sent it home. Duration of treatment 3 days. Case study 2, female, 14 years old. The main symptom was a fever, which occurred 4 days before coming to the hospital. While receiving treatment, she had a fever and abdominal pain. Complications occurred during treatment, including shock, fluid retention, and anemia. with pneumonia Treated with antibiotics Give fluids and blood together with oxygen Receive care to correct complications. The patient's condition gradually improved. The doctor sent it home. Duration of treatment 5 days.

Keywords: dengue fever, nursing care for dengue fever patients, complications

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับโลกและมีแนวโน้มการเกิดโรคยังสูงอยู่และเป็นปัญหาต่อเนื่องกันมานาน พบบ่อยในเด็กอายุ 5-10 ปี[1] ระยะแรกมักมีไข้สูง 3-7 วัน ร่วมกับอาการอาเจียน ปวดท้อง ไม่มีอาการหวัดเด่นชัด อาจมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะเลือดกำเดาจุดเลือดออกตามผิวหนังและอาเจียนเป็นเลือด ต่อมาจึงเข้าสู่ระยะวิกฤตหรือระยะช็อก อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ แต่ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อนและได้รับการรักษาได้ทันก็จะเข้าสู่ระยะพักฟื้น[1] โรคไข้เลือดออกมีอาการและอาการแสดงใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะไข้สูง ระยะวิกฤตหรือช็อก และระยะฟื้นตัว เด็กป่วยบางรายอาจเกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ในที่สุด จึงถือได้ว่าโรคไข้เลือดออกเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องประเมินสภาพและให้การรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อให้เด็กป่วยปลอดภัย[2] อาการและอาการแสดงและการดำเนินของโรค เป็น 3 ระยะ ระยะไข้สูงเฉียบพลัน (Acute febrile stage) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีไข้สูงลอย 2-7 วัน อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 38.9-40.6^{o}C บางรายอาจมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยมักมีหน้าแดง อาจตรวจพบคอแดง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาจมีปวดท้องทั่ว ๆ หรือปวดบริเวณชายโครงขวา ในรายที่มีตับโต ในวันที่ 3-4 ของการมีไข้จะพบจุดเลือดออกตามผิวหนัง ตรวจจุดเลือดออกใต้ผิวหนังได้โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบธรรมดาให้ผลบวก (tourniquet test) หรือเลือดออกตามไรฟัน หรือเลือดกำเดาไหล ระยะวิกฤตหรือช็อก (Critical stage) การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น มีการรั่วของพลาสม่าออกนอกหลอดเลือดจำนวนมากและต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ส่วนใหญ่การรั่วของพลาสม่าจะเกิดขึ้นประมาณ 24-48 ชั่วโมง โดยมีความเข้มข้นของเลือดเพิ่มมากกว่า ร้อยละ 20 ระดับอัลบูมินและโปรตีนในเลือดลดลง ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว ความต้านทานของหลอดเลือดทำให้ค่า pulse pressure แคบกว่า 20 mm Hg การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย (capillary refifill) มากกว่า$^{-3}$ การรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี คือ การรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกโดยการดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิด การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะวิกฤต คือ ช่วง 24-48 ชั่วโมง ที่มีการรั่วของพลาสมาและในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกหรือเลือดออกจะต้องได้รับสารน้ำ พลาสมาหรือสาร colloid อย่างระมัดระวังเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยและป้องกันโรคแทรกซ้อน [4]จากสถิติข้อมูลการเข้ารับบริการที่ผ่านมาของแผนกกุมารเวชกรรม พบผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยโรคไข้เลือดออกเดงกี ปี 2563-2565 มีผู้ป่วย จำนวน 172, 133 และ 108 ราย ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยเข้ารับการรักษามีภาวะช็อก จำนวน 43 (25.0), 44 (33.08),และ 51(50.10) ตามลำดับ [5] จากข้อมูลพบว่าดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและอาการเจ็บป่วยมีความรุนแรง ซึ่งส่งผลดังกล่าวกระทบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติตลอดจนมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีในตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การวางแผนการรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและการวางแผนการจำหน่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติเข้ารับการรักษาในสถานบริการได้ที่ทันท่วงที ไม่เกิดเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดชนิดเฉียบพลันในเด็ก กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

2. เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหอบหืดชนิดเฉียบพลับในเด็ก ที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานกุมารเวชกรรม ศึกษาในระหว่าง

เดือน มิถุนายน 2566- สิงหาคม 2566 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ปกครอง เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในการศึกษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นชาย อายุ 12 ปี จบการศึกษาประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 สถานภาพโสด อยู่ในความปกครองของบิดามารดา มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ ภูมิลำเนาอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 30 กรกฎาคม 2566 วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สิงหาคม 2566 การวินิจฉัยโรค Dengue Hemorrhagic Fever ปฏิเสธการผ่าตัด และการตรวจพิเศษ Film CXR

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นหญิง อายุ 14 ปี จบการศึกษามัธยมศึกษา ปีที่ 2 สถานภาพโสด อยู่ในความปกครองของบิดามารดา มีสิทธิเบิกได้ข้าราชการปกครองท้องถิ่น ภูมิลำเนาอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 21 มิถุนายน 2566 วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 26 มิถุนายน 2566 การวินิจฉัยโรค Dengue Hemorrhagic Fever ปฏิเสธการผ่าตัด และการตรวจพิเศษ Film CXR

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก กลัวอาการรุนแรงและมีอันตรายต่อชีวิตลูก	ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แพทย์แจ้งเป็นโรคไข้เลือดออกและต้องส่งต่อเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาด้วยอาการมีไข้ มา 4 วัน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ไข้เลือดออก <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> มารับการรักษาด้วยอาการ มีไข้ ปวดเมื่อตามร่างกาย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> มีไข้ รับประทานอาหารได้น้อย ปวดจุกท้อง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย บิดาและมารดา รวมทั้งตัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	<u>การวินิจฉัย</u> Dengue Hemorrhagic Fever <u>อาการและอาการแสดง</u> มีไข้ ปวดตามร่างกาย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/79 มิลลิเมตร ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว Room air 99%	<u>การวินิจฉัย</u> Dengue Hemorrhagic Fever <u>อาการและอาการแสดง</u> ไข้สูง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต116/87 มิลลิเมตรค่าออกซิเจนปลายนิ้ว Room air 98%	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัย Dengue Hemorrhagic Fever การวินิจฉัยโรคเหมือนกัน อาการและอาการแสดงทั้ง 2 ราย มาด้วย มีไข้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน อาการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยอาการ มีไข้ ปวดตามร่างกาย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน กรณีศึกษารายที่ 2

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			มาด้วยอาการ มีไข้ รับประทานอาหารได้น้อย ปวดจุกท้อง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน
3.แผนการรักษา	-CXR.ก่อน admitted. -Lab CBC, BUN,Cr, Elyte, LFT,Dengue, NSI, IgM, IgG, PTT, INR,UA -Stool exam occult blood (30/7/66) -Hct q 4 hrs. if drop >3 vol% notify -F/U CBC -Hb typing -Repeate lab, Elyte, LFT -Keep urine out put .180 ml/เวร -5%DNSS1,000ml rate 65ml/hr. -5%DNSS rate 250 ml/hr.vein in 1 hrs.(30/7/66) -Record Vital sign ทุก 2 ชั่วโมง -Observe normal bleeding. -On Oxygen Mask with bag 10 LPM keep SPO2 > 95% (31/7/66) CXR.Protable. (2/8/66) <u>Medication</u> -Paracetamol(300mg) 1 tab oral ทุก 4 hrs. -Onsia (0.1 cc/kg/dose) 2.5 mg vein prn ทุก 8 hrs. -Omeprazole 25 mg IV q 12 hrs.(30/7/66)	-CXR.ก่อน admitted. -Lab CBC, BUN,Cr, Elyte, LFT, Ca, Mg,PO_4, PT,PTT,INR,UA -Hct q 4 hrs. if drop >3 vol% notify -F/U CBC -Repeate lab Ca, Albumin, Elyte -Keep urine out put .180 ml/เวร -Dextran 450 ml IV in 1 hs. Then 5%DNSS rate Kvo. -Observe abdominal sign. -Observe normal bleeding. -On Oxygen cannula 2 LPM keep SPO2 > 95% <u>Medication</u> -Paracetamol(500mg) 1 tab oral ทุก 6 hrs. -ORS จิบบ่อยๆ -Primolute-N 1 tab oral tid.pc. -Calamine lotion apply lesion prn. -Cefotaxime (100mk/day) 1,350mg IV q 6hrs.(23/6/66) - Off ORS (24/6/66) -LPB(5ml/kg) 220 ml vein drip in 4 hrs. x 1 dose. -10% Calcium gluconate 10 ml+ 5%DW 50ml	**แผนการรักษากรณีศึกษา** <u>การตรวจวินิจฉัย</u> ส่งตรวจ Film CXR ทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 มี F/U CXR ซ้ำ 2 ครั้ง ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน <u>การตรวจวินิจฉัย</u> มีการตรวจวินิจฉัยคล้ายกัน Lab CBC, BUN,Cr, Elyte, LFT, Ca, Mg,PO_4, PT,PTT,INR,UA มีการ Serialเหมือนกันแต่ระยะเวลาต่างกัน ตามความรุนแรงของโร กรณีศึกษา รายที่ 1 serial ทุก 4 ชั่วโมงในระยะช็อก และเป็น ทุก 6 ชั่วโมงเมื่อผู้ป่วย stable กรณีศึกษา รายที่ 2 serial ทุก ทุก 6 ชั่วโมง <u>กรณีศึกษารายที่ 1 มีเพิ่ม Lab</u> Dengue, NSI, IgM, IgG และทั้ง 2 ราย ,udki F/U Lab ตามความรุนแรงของโรค ได้แก่ CBC, Elyte, Ca, Mg <u>สารน้ำ</u> กรณีศึกษารายที่ 1 -5%DNSS1,000ml rate 65ml/hr. -5%DNSS rate 250 ml/hr.vein in 1 hrs.(30/7/66) กรณีศึกษารายที่ 2 -Dextran 450 ml vein in 1 hs. Then 5%DNSS rate kvo <u>ยาที่ใช้รักษา</u> กรณีศึกษารายที่ 1 -Paracetamol(300mg) 1 tab oral ทุก 4 hrs. -Onsia 2.5 mg vein prn ทุก 8 hrs. -Omeprazole 25 mg IV q 12 hrs.(30/7/66) กรณีศึกษารายที่ 2 -Paracetamol(500mg) 1 tab oral ทุก 6 hrs. -ORS จิบบ่อยๆ -Primulute-N 1 tab oral tid.pc. -Calamine lotion apply lesion prn. -Cefotaxime 1,350mg IV q 6hrs. <u>เลือดที่ได้รับ</u> กรณีศึกษารายที่2

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	-LPB (5ml/kg) 125ml vein drip in 4 hrs. x 2 dose. (30/7/66) -Platelet concentrate 5 unit hole ไว้ก่อน (30/7/66) -LPB (5ml/kg) 125ml vein drip in 3 hrs. x 2 dose. (31/7/66) -10%Calcium gluconate 10 ml+ 5%DW 50ml vein drip in 1 hrs. x 1 dose. -Lasix 25 mg vein x 1 dose. <u>Discharge 2/8/66</u> F/U OPD Pediatric clinic วันที่ 4/8/66 + CBC ก่อนพบแพทย์ <u>Home Med.</u> None	vein drip in 2 hrs. x 1 dose. -Lasix 40 mg vein x 1 dose. หลัง drip Dextran 30 ml วัดความดันก่อนให้ Lasix Then 5%DNSS rate Kvo. Restrict oral fluid < 1,600ml/day <u>Discharge 26/6/66</u> F/U OPD Pediatric clinic 1 สัปดาห์ <u>Home Med.</u> -Augmentin (1mg) 1 tabs, bid.pc.	-LPB (5ml/kg) 125ml vein drip in 4 hrs. x 2 dose. (30/7/66) -Platelet concentrate 5 unit hole ไว้ก่อน(30/7/66) -LPB 125ml vein drip in 3 hrs.x 2dose. (31/7/66) กรณีศึกษารายที่2 -LPB 220ml vein drip in 4 hrs.x 1dose. <u>ออกซิเจนที่ใช้ในการรักษา</u> มีความต่างของออกซิเจนที่ใช้ กรณีศึกษารายที่ 1 ใช้ออกซิเจนชนิด Cannula 2 LPM Keep SPO_2 > 95% กรณีศึกษารายที่ 2 ใช้ออกซิเจน On Oxygen Mask with bag 10 LPM keep SPO_2 > 95% (31/7/66) <u>แผนการรักษาจำหน่าย</u> กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่ได้รับยากลับบ้าน กรณีศึกษารายที่ 2 -Augmentin (1mg)1tab bid.pc. <u>การนัด F/U</u> กรณีศึกษารายที่ 1 F/U OPD Pediatric clinic วันที่ 4/8/66+CBCก่อนพบแพทย์ กรณีศึกษารายที่ 2 F/U OPD Pediatric clinic 1 สัปดาห์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนด้วยการให้สารน้ำเพื่อรักษาภาวะช็อกได้รับเลือดชนิด LPB เพื่อป้องกันภาวะซีด ให้ยา Lasix เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน โดยมี Serial Hct และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ <u>การรักษาที่แตกต่าง</u> กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะถ่ายเป็นเลือดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไข้เลือดออก ได้รับการรักษาด้วยการให้ยา Omeprazole และมีภาวะปอดอักเสบได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ Cefotaxime 1,350mg IV q 6hrs. และ <u>การนัด F/U</u> กรณีศึกษาทั้ง2 ราย ได้รับการนัดเพื่อติดตามการรักษาในOPD Pediatric clinic และกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับยา Augmentin รับประทานต่อที่บ้าน กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มี
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะวิกฤต	1) มีภาวะช็อกเนื่องจากมีการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด	1) มีภาวะช็อกเนื่องจากมีการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด	<u>การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต</u> 1)ประเมินสัญญาณชีพทุก - 2 ชั่วโมง และในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อก พยาบาลจะต้องวัดสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 30 - 60 นาที หรือตามแผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			2) ติดตามและประเมินระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) ทุก 4 - 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) วัดและประเมินสารน้ำเข้า-ออก ทุก 2-4ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า0.5มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1กิโลกรัม/ชั่วโมง จะต้องรายงานแพทย์ทันที 4) ตรวจสอบการไหลเวียนของเลือดส่วนปลาย (Capillary refill) ทุก1 ชั่วโมงถ้า capillary refillมากกว่า 2 วินาที ควรสังเกตอาการผิดปกติ และหากพบอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น ซีด เขียวตามปลายมือปลายเท้าให้รายงานแพทย์ทันที 5) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ พร้อมตรวจสอบอัตราการไหลของสารน้ำให้ถูกต้อง อย่างเคร่งครัดตามแผนการรักษา 6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล HN group เลือดให้ถูกต้องก่อนให้เลือด โดยตรวจสอบเป็น double check สอบถามผู้ป่วยและญาติก่อนให้เลือดทุกครั้ง ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยหลังได้รับเลือด เช่น อาการคัน มีผื่นขึ้น หายใจหอบเหนื่อย ถ้าพบอาการดังกล่าวให้หยุดให้เลือดและรายงานให้แพทย์ทราบทันที 7) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกมากดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 8) เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมใช้ ในกรณี ที่เกิดภาวะฉุกเฉินและต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน
	2) ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อก	2) ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อก	1) บันทึกอัตราการหายใจและประเมินค่า Oxygen saturation ทุก 1 - 2 ชั่วโมง 2) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น หายใจเหนื่อยหอบ ผิวหนังซีดหรือเขียว สับสน กระสับกระส่าย 3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาพร้อมทั้งรายงานแพทย์ทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น ซีดหรือเขียว สับสน เป็นต้น 4) ติดตามผลการตรวจค่าแก๊สในเลือด (Blood gas) และรายงานแพทย์ทันทีที่พบความผิดปกติของก๊าซในเลือด
	3) มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร		1) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามความผิดปกติหลังได้รับเลือด 2) ติดตามผลการตรวจ Hct ทุก 4-6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์ if Hct drop > 3 vol% รายงานให้แพทย์ทราบทันที 3) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ repeat CBC ตามแผนการรักษาและรายงานให้แพทย์ทราบหากพบความผิดปกติ 4) ประเมินการมีเลือดออกเพิ่มในร่างกาย ได้แก่ มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน ปวดแน่นท้องมากขึ้น ถ่ายดำหรือถ่ายเป็นเลือด เป็นต้น

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			5) ดูแลให้ยา Lasix หลังการให้เลือดตามแผนการรักษา วัดความดันก่อนให้ทุกครั้ง ติดตามประเมินน้ำเข้าออก หลังได้รับยา
		3) มีภาวะปอดอักเสบ	1) บันทึกสัญญาณชีพ และค่า SPO_2 ทุก 1 - 2 ชั่วโมง 2) ดูแลการให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น หายใจเหนื่อยหอบ ผิวหนังซีดหรือเขียว สับสน กระสับกระส่าย 3) ดูแลให้ยา cefotaxime ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการข้างเคียงของการได้รับยา เช่น มีอาการผื่นคัน มีตุ่มแดง หรือ หายใจหอบเหนื่อยหลังการได้รับยาเป็นต้น 4) ติดตามผลการตรวจ Film CXR ตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, UA, ค่าABG และรายงานแพทย์
		4) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากแน่นอืดท้อง	1) จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศาหรือนอนตะแคงเพื่อลดอาการแน่นอืดอัดท้อง 2) บันทึกปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับอย่างเคร่งครัด 3)ประเมินอาการบวมตามร่างกาย เช่น หนังตาบวม ท้องอืด 4) ชั่งน้ำหนักตัว วันละ 1 ครั้ง ลงบันทึกไว้ในฟอร์มปรอท 5) ดูแลให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา Lasix วัดความดันก่อนให้ยาขับปัสสาวะทุกครั้ง ติดตามประเมินน้ำเข้าออก หลังได้รับยาขับปัสสาวะ
	3) ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะไข้		1) เช็ดตัวลดไข้โดยปฏิบัติดังนี้ 1) ปิดพัดลมเพราะทำให้มีอาการหนาวสั่นได้ 2) ถอดเสื้อผ้าออกให้หมด แล้วคลุมส่วนที่ยังไม่ได้เช็ดเปิดเช็ดที่ละส่วน 3) ใช้น้ำอุ่นเช็ดนาน 15-20 นาที โดยเช็ดเข้าหาหัวใจวางพักตามคอ ข้อพับ รักแร้ ใต้เข่า ขาหนีบ ถ้าหนาวสั่นมากให้หยุดทันที สักครู่จึงเริ่มเช็ดตัวใหม่ 2) ให้ยา Paracetamol เพื่อลดไข้ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างถูกต้องตามที่กำหนดและจัดหาอาหารให้ทานตามแผนการรักษา งดอาหารสีดำหรือแดง 4) ใส่เสื้อผ้าที่ระบายความร้อนได้ง่าย
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง	1) มีภาวะโซเดียมในร่างกายต่ำ		1) ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่แสดงถึงภาวะเสียสมดุลของกรด-ด่าง และเกลือแร่ เช่น อาการอ่อนเพลีย ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน ชัก ตาค้าง ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2) ประเมินสัญญาณชีพ หรือตามแผนการรักษา 3) ดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) ดูแลติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5) บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย intake out put ทุก 8 ชั่วโมง 6) ประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เพื่อให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอและป้องกันภาวะน้ำเกิน

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		1)เสี่ยงต่อภาวะเสียสมดุลกรด-ด่างและเกลือแร่	1) ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น อาการอ่อนเพลีย ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน ชัก ตาค้าง มือจีบ หอบลึก หายใจช้าหรือตื้นๆ ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2) ประเมินสัญญาณชีพ ตามแผนการรักษา 3) ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) ดูติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบความผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบ 5) บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง 6) ประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เพื่อให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอและป้องกันภาวะน้ำเกิน
		2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายจากภาวะช็อกหรือเลือดออกมาก	1) บันทึกปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง 2) รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีปัสสาวะออก < 0.5-1 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ชั่วโมง 3) ดูแลให้สารน้ำอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา 4) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ เช่น BUN Creatinin และรายงานแพทย์ในกรณีที่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติเพิ่มขึ้นเป็นต้น
	2) เสี่ยงต่อการเกิดตับวาย	3) เสี่ยงต่อการเกิดตับวาย	1) ประเมินสัญญาณชีพ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2) ติดตามประเมินอาการทางระบบประสาท เช่น อาการเพ้อ อาละวาด โวยวาย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ทุก 2-4 ชั่วโมงและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ 3) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผล LFT, PT, PTT, INR ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา Keep SPO_2 >95% 5) ดูแลให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ 6) ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลโดยเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Bleeding precaution เช่น อาการมีเลือดออกตามไรฟัน ปวดจุกท้อง อาการถ่ายดำ เป็นต้น 7) ให้ยา omeprazole ตามแผนการรักษาของแพทย์
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง		4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายจากภาวะช็อกหรือเลือดออกมาก	1) บันทึกปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง 2) รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีปัสสาวะออก < 0.5-1 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ชั่วโมง 3) ดูแลให้สารน้ำอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา 4) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ เช่น BUN Creatinine และรายงานแพทย์ในกรณีที่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติเพิ่มขึ้นเป็นต้น
	3) มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจและการหายใจล้มเหลว	5) มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจและการหายใจล้มเหลว	1) ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชั่วโมง พบความผิดปกติรายงานแพทย์ให้ทราบทันที

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	เนื่องจากมีภาวะน้ำเกินในระยะฟื้นตัว	เนื่องจากมีภาวะน้ำเกินในระยะฟื้นตัว	2) สังเกตอาการของภาวะน้ำเกิน หรือปอดบวมน้ำ เช่น แน่นอึดอัด หายใจลำบาก พร้อมทั้งรายงานแพทย์ทันทีถ้าพบอาการผิดปกติ 3) บันทึกสารน้ำที่ได้รับและปริมาณน้ำที่ออกจากร่างกายอย่างเคร่งครัด รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ 4) ชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 6) ดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามปริมาณการได้รับสารน้ำและปริมาณปัสสาวะหลังจากได้รับยา 7) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับความเข้มข้นของเลือด(Hct) เพื่อเป็นแนวทางวินิจฉัยพยาบาลว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือไม่
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลวางแผนจำหน่าย	1) บิดาและมารดาของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเดงกี	1) บิดาและมารดาของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเดงกี	1) ให้การดูแลให้ทำกิจกรรมการพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้ซักถาม เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ดูแลให้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษา 2) ให้ข้อมูลแก่ญาติและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ 3) แจ้งอาการผู้ป่วยให้ญาติและครอบครัวทราบเป็นระยะ 4) ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆที่แสดงออกของญาติและครอบครัวต่อความเจ็บป่วย 5) ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 6) ให้สุขศึกษาญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อส่งเสริมการหายของโรคและคอย ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลวางแผนจำหน่าย	1) บิดาและมารดาของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเดงกี	1) บิดาและมารดาของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเดงกี	7)เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ รับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และให้กำลังใจ โดยการใช้คำสุภาพและการสัมผัสที่นุ่มนวล 8) อธิบาย การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคไข้เลือดออกเดงกี ยาที่ใช้ในการรักษา อาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมบ้านให้สะอาด ไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเพื่อคลายความวิตกกังวลและป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ 9) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซัก ข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลบุตรหลาน 10) ประสานข้อมูลกับงานระบาด ประสานชุมชน เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกัน <u>การพยาบาลวางแผนจำหน่าย</u> แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D- METHOD ดังนี้

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			D: Disease ให้ความรู้โรคไข้เลือดออกเดงกี ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ร่วมกับอาการปวดตามร่างกาย ปวดท้อง มีอาเจียนเป็นเลือดหรือมีอาการถ่ายดำหากอาการรุนแรง M: Medication แนะนำการรับประทานยา ตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หากมีอาการข้างเตียงของการได้รับยาให้ผู้ป่วยหยุดยาและเข้ามาพบแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา E: Environment แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านและบริเวณบ้านให้มีความสะอาด ป้องกันการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลาย M: Medication แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ยาลดไข้และยาแก้อักเสบแนะนำอาการข้างเคียงของยา เช่น มีอาการแพ้ยา ได้แก่ หลังรับประทานยามีอาการผื่นคันเป็นต้น T-Treatment แนะนำอาการผิดปกติเกี่ยงกับอาการ เช่น มีไข้ มีอาการหายใจหอบเหนื่อยจากมีภาวะน้ำเกิน หรือมีอาการความดันโลหิตต่ำ อาจมีไข้ อ่อนเพลียหรือมีอาเจียนเป็นเลือดหรือมีอาการถ่ายดำ H-Health แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว O-Out patient การมาพบแพทย์ตามนัดหรือ ก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน ติดต่อสถานบริการใกล้บ้าน D-Diet แนะนำรับประทานให้ครบ 3 มื้อ และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ดื่มอาหารเสริม เช่น นม เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่ากรณีศึกษา ทั้ง 2ราย เป็นผู้ป่วยเด็กเพศชายและเพศหญิงได้รับการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น Dengue Hemorrhagic Fever[4] เข้ารับการรักษาโดย มีไข้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน อาการเจ็บป่วยปัจจุบันที่แตกต่างกันส่งผลให้เกิดความรุนแรงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค โรคไข้เลือดออกเดงกีมีพยาธิสภาพที่แตกต่างจากการช็อกทั่วไป เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและอาจเสียชีวิตหลังการแก้ไขภาวะช็อกยังเกิดพยาธิสภาพหรือภาวะแทรกซ้อนและมีผลกระทบกับอวัยวะอื่นในร่างกาย ได้แก่ อาการทางสมอง ตับวาย ไตวาย เลือดออกในระบบต่างๆ ของร่างกายและอาจทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว การวินิจฉัยโรคได้ ถกต้องในระยะแรกมีความสำคัญมาก การรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วเมื่อเริ่มมีการรั่วของพลาสมาจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะช็อกและการเสียชีวิต รวมถึงการพยาบาลที่มีตลอดระยะ วิกฤต ซึ่งเป็นผลจาการดูแลใกล้ชิดของพยาบาล พยาบาลจึงนับเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยวินิจฉัยเบื้องต้น การซักประวัติอย่างละเอียด เพื่อค้นหาข้อมูลที่เป็นลักษณะเฉพาะของไข้เลือดออก การให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างเพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกและการพยาบาลในภาวะวิกฤตให้ผ่านพ้นภาวะช็อกตลอดจนการให้ความรู้เรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เจ็บป่วยซ้ำส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา จากการพยาบาล[3] อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ผ่านพ้นภาวะช็อกภาวะแทรกซ้อน

ต่างๆได้รับการแก้ไข สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงร่วมกับภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้สามารถคัดกรองเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยงาน รวมทั้งการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและดำเนินการตามแนวทางการพยาบาลปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กรเพื่อให้ได้มาตรฐานในการพยาบาล โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2.ควรส่งเสริมจัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีเข้ารับการรักษาในหน่วยงานเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ

3.จัดให้มีการนิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี โดยผู้นำทางการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพปราศจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ โดยชี้แนะ สอนสาธิตและให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. (2022). Dengue and dengue hemorrhagic fever (DHF). Retrieved October 09, 2022, from https://www.who.int/news/item/14-11-2019-strong-country-capacity- improved-tools-and-community-engagement-critical-to-enhancing-dengue-prevention-and-control

2.กระทรวงสาธารณสุข กองโรคติดต่อนำโดยแมลง. (2565). **สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2565**. สืบค้นมื่อ 10 กันยายน 2566, from http://phanhospital.go.th/phanhospital/images/ Disease%20situation/DHF_Wk18%2004282563.pd

3.วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์. (2558). **การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อค**: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 12(3), 124-135.

4. ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, และสุภาวดี พวงสมบัติ. (2558). **คู่มือวิชาการโรคติดเชื้อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558**. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์.

5. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. **งานข้อมูลและสถิติ.** กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2565. (คัดสำเนา)

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย
The Development of Nursing process for mothers with Postpartum hemorrhage : 2 case studies.

(Received: October 23,2023 ; Revised: November 8,2023 ; Accepted: November 14,2023)

ปาริชาติ พิมพ์ดี[1]
Parichat Pimdee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอดในโรงพยาบาลเพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะตกเลือดระยะหลังคลอดขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล กรณีศึกษาจำนวน2 ราย ในช่วงปีงบประมาณ 2565 โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกเลือกคือเป็นมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลเขาสวนกวางและมีการเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอดมากว่า 500 มล. การศึกษากรณีศึกษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้ง 2 กรณีนี้ใช้ข้อมูลจากการซักประวัติทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว จากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยและใช้เครื่องมือ11แบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน(Gordon's Functional Health Pattern)เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เชื่อมโยงกันระหว่างพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำไปวางแผนการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล

คำสำคัญ : มารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด

ABSTRACT

This study was case study aimed to practice nursing mothers who have postpartum hemorrhage in the hospital To ensure the mother is safe from postpartum hemorrhage while undergoing hospitalization A case study of 2 cases during the fiscal year2020 by using the selection criteria which is the mother giving birth in Khaosuankwang Hospital. And more than 500 ml of vaginal bleeding bleeding A case study of mothers with postpartum hemorrhage in both cases was based on general history taking. Illness history Family history From the patient data file And use the Gordon's Functional Health Pattern 11 health tools as a tool for collecting patient data. The data that have been analyzed are linked between the patient's physiology and clinical diagnoses. Then bring to plan for nursing Nursing practice And nursing evaluation Follow the nursing process

Keyword : Nursing of mothers with postpartum hemorrhage

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก สาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมาคือการฉีกขาดของช่องทางคลอด เยื่อหุ้มรกหรือรกค้างและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ สำหรับในประเทศไทยพบว่าสาเหตุการตายของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด รองลงมาเกิดจากภาวะน้ำคร่ำอุดหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการตกเลือดในระยะ3-6เดือน ได้แก่การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ1-3เดือนหลังคลอด ร้อยละ3.60 รองลงมาคือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติร้อยละ1.74 และการเกิดไตวายเฉียบพลันร้อยละ0.33 ด้านจิตใจพบว่ามารดามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ13.00และ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง

ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นหลังประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต(Post-traumatic stress disorder)ร้อยละ 3.00(Carroll,M.,Daly,andBegley,C.M,2016) รวมถึงยังพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เกิดขึ้นหลังการตกเลือดเช่นภาวะช็อก(WHO,2014)ซึ่งผู้ป่วยอาจจะต้องเข้ารับการรักษาใน ICUโดยไม่ได้วางแผนทำให้อัตราการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดและอัตราการหดรัดตัวของมดลูกหลังคลอดสูงขึ้น ภาวะตกเลือดในมารดาระยะหลังคลอดจึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของงานอนามัยแม่และเด็กในปัจจุบัน

ภาวะตกเลือดหลังคลอดหมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ500มิลลิลิตรจากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ1,000มิลลิลิตรจากการผ่าตัดคลอดรวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ10 จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด(WHO,2014) เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่างๆในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุลโดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอดถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้แก่ Sheehan’s syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจอาทิเช่น ผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด มารดาอาจเกิด ภาวะโลหิตจางในระยะยาวซึ่งส่งผลเสียต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไป คือมารดามีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้ส่วนสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่ 1) การหดรัดตัวของมดลูก (Tone) พบได้มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ70ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมดเกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) การฉีกขาดของช่องคลอดปากมดลูกและฝีเย็บ (Trauma)เป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการตกเลือดหลังคลอดพบได้ถึงร้อยละ20 รองจากสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดี 3)รกและชิ้นส่วนของรกค้าง(Tissue) การค้างของรกเยื่อหุ้มรกหรือชิ้นส่วนของรกภายในโพรงมดลูก (Retained products of conception) เป็นสาเหตุที่พบได้ร้อยละ10ของการคลอดปกติทั้งหมด และ4)การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ(Thrombin)คือสาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ(Defects in coagulation) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 1 เกิดจากการมีเกล็ดเลือดต่ำทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติโดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ(สุฑารัตน์ ชูรส.,2562,โฉมพิลาส จงสมชัย.,2553., ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ,2560)

จากสถิติผู้รับบริการคลอดในโรงพยาบาลเขาสวนกวางปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่ามีผู้รับบริการคลอด จำนวน 114 ราย, 92 รายและ 113ราย เมื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดพบว่า มีมารดาคลอดบุตรที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 7 ราย, 8 รายและ 8 ราย โดยคิดเป็นร้อยละ 6.10, 8.70 และ 7.10 ตามลำดับ สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้แก่ มดลูกหดรัดตัวไม่ดีร้อยละ100 การฉีกขาดของช่องคลอด ปากมดลูกและฝีเย็บ และเนื่องจากทารกตัวโตน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม ร้อยละ75 จากการทบทวนพบว่า แนวทางปฏิบัติการตกเลือดหลังคลอดที่ใช้ในโรงพยาบาลเป็นแนวทางที่ปฏิบัติแนวทางเดียวกันที่ยึดตามคู่มือการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและโรคสตรีทางนรีเวชของเขตสุขภาพที่7 แต่พบว่าทีมยังขาดทักษะในการประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ผิดพลาดอยู่ การคะเนน้ำหนักทารกไม่เกิน3,500กรัม ไม่ได้ตามมาตรฐาน จึงไม่ได้ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดขึ้นจากข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นโอกาสในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลมารดาเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด ระยะหลังคลอด(รายงาน ก.2 โรงพยาบาลเขาสวนกวาง.,ปีงบประมาณ 2563-2565)

การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่งโดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้และ ทักษะในการดูแลโดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง นอกจากการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาหลังคลอด ที่สำคัญควรให้มารดาหลังคลอดและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดร่วมกันและสอนให้ทราบถึงอาการตกเลือดในระยะหลังคลอด (Late postpartum hemorrhage) ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ว่าสามารถดูแลสุขภาพหลังคลอดของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา(สุฑารัตน์ ชูรส,2562) เพื่อให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความปลอดภัย และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด พยาบาลจึงควรมีความรู้ ความชำนาญและทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อให้การพยาบาลมารดาระยะหลังคลอดอย่างเหมาะสม ไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดในระยะต่างๆ จากปรากฏการณ์ปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด จากการศึกษาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence base practice)ในการรวบรวมข้อมูลและทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดเพื่อนำแผนการพยาบาลที่ได้ไปปฏิบัติจริงกับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 2 ราย ที่มีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ เช่นลักษณะส่วนบุคคล อายุครรภ์ ระดับความรุนแรงของภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด สาเหตุของภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด แนวทางการรักษาและอื่นๆเพื่อนำประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นส่งผลทำให้เกิดความปลอดภัยในมารดาหลังคลอดมากขึ้น

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอดในโรงพยาบาล

2.เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะตกเลือดระยะหลังคลอดขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ขอบเขตการศึกษา

ให้การพยาบาลสำหรับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดจำนวน 2 รายในโรงพยาบาลเขาสวนกวาง ในช่วงปีงบประมาณ2565 โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก คือเป็นมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลเขาสวนกวางและมีการเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอดมากว่า 500 มิลลิลิตร มีขั้นตอนและวิธีดำเนินการ ได้แก่ 1) เลือกกรณีศึกษาที่จะให้การพยาบาล จำนวน 2 ราย 2) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการคลอด แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ 3)ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์ 4) ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ เพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ในการวางแผนการพยาบาล 5) นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยเน้นให้ครอบคลุมทั้ง 4มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม 6) ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ 7) สรุปและประเมินผลการพยาบาลและปัญหาอุปสรรคในการให้การพยาบาล 8) รวบรวมจัดทำเอกสารเป็นรูปเล่ม 9) ส่งเอกสารให้กรรมการตรวจสอบ และ10) เผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยและการวิเคราะห์ทางการพยาบาลเชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
หญิงไทยอายุ 15 ปี ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน:มารดาG1P0-0-0-0GA39^{+2}wk. by U/S LMP 4เมษายน2564 EDC 25 มกราคม2565 น้ำหนัก 79kg. ส่วนสูง 158cm BM 32.061 มารพ.ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง(07.00น.) มีมูกเลือดไม่มีน้ำเดิน เด็กดิ้นดี เจ็บถี่และแรงขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล,1เดือนก่อนมาคลอดเคยเสพแอมเฟตามีน	หญิงไทยอายุ 26 ปี ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน:มารดา G3P1-0-1-1 GA 41wk byU/S LMP2สิงหาคม2564 EDC28พฤษภาคม2565 น้ำหนัก 70 kg. ส่วนสูง150cm BMI 31.111 มารพ.ด้วยอาการมีท้องปั้นไม่สม่ำเสมอก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง (06.00น.)และวันนี้แพทย์นัดมาเร่งคลอดเนื่องจากอายุครรภ์เกินกำหนด
ผล LAB วันที่ 25 สิงหาคม 2564 VDRL=Non reactive ,Anti HIV=Non reactive HBsAg=Negative,Hct33Vol%, Hb11.4gm%, Hct ครั้งที่ 2 =34Vol%,11.5gm% (7 ธันวาคม2564) Blood group =A ,Rh+, MCV 72.5 fl ขณะฝากครรภ์ได้ตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ GST=105mg%,ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเขาสวนกวางครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 18สัปดาห์ มาฝากครรภ์ทั้งหมด 5 ครั้ง	ผล LAB วันที่ 20 ตุลาคม 2564 VDRL=Non reactive,Anti HIV=Non reactive HBsAg=Negative,Hct38Vol%,Hb12.6gm%, Hct ครั้งที่ 2 =35Vol% Hb11.6gm% (5เมษายน2565) Blood group =O ,Rh+, MCV 80.6 fl ฝากครรภ์ที่รพ.เขาสวนกวางครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์8^{+2}สัปดาห์ มาฝากครรภ์ทั้งหมด 9ครั้ง,เคย Admit ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเขาสวนกวางด้วยอาการG3P1-0-1-1 GA36 wk by U/S c Preterm contraction ได้ยายับยั้งการคลอด BricanylและDexamethazone 6mgIM q12hr จนครบ4 dose
การวินิจฉัย:G1P0-0-0-0GA39^{+2}wk.by U/S with Labour pain	การวินิจฉัย:G3P1-0-1-1GA41wk by U/S with Labour pain
การพยาบาลก่อนคลอด -แรกรับ วันที่20ม.ค.2565 *เวลา09.30น.* ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 cm. ความบางปากมดลูก80% ส่วนนำเป็นศีรษะอยู่ระดับ -1 ถุงน้ำยังไม่แตก เสียงหัวใจทารก 148 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอชัดเจนดี ท่าLOA ประเมิน Uterine contraction พบมี Interval 4 นาที Duration 35 วินาที EFM (External electronic FHR) ผล reactive -*เวลา11.30น.*ปากมดลูกเปิด4cm. ความบางปากมดลูก 80% ส่วนนำเป็นศีรษะอยู่ระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก เสียงหัวใจทารก140ครั้ง/นาทีท่าLOAสม่ำเสมอชัดเจนดีประเมิน Uterine contraction พบมี Interval 4 นาที Duration 40 วินาที ยกไป partograph	การพยาบาลก่อนคลอด -แรกรับวันที่ 4 มิ.ย.2565 *เวลา 08.00น.* มารพ.ด้วยอาการสำคัญคือมีท้องปั้นไม่สม่ำเสมอ ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชม. (06.00น.)และแพทย์นัดมาเร่งคลอดเนื่องจากอายุครรภ์เกินกำหนดGA 41 wk byU/S,ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 cm.ความบางปากมดลูก25% ส่วนนำเป็นศีรษะอยู่ระดับ-2 ถุงน้ำยังไม่แตกเสียงหัวใจทารก160 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอชัดเจนดี ท่าLOA ประเมินUterine contractionพบมี Interval 5นาทีDuration 30วินาที EFMผล reactive -*เวลา 15.00น.*ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 4 cm.ความบางปากมดลูก85%ส่วนนำเป็นศีรษะอยู่ระดับ 0 Partographตกเส้น Aleart line รายงานแพทย์ให้เจาะถุงน้ำคร่ำพบมีthick meconiumเสียงหัวใจทารก150ครั้ง/นาทีท่าLOA
การพยาบาลก่อนคลอด -*เวลา14.00น.*ปากมดลูกเปิด 4 cm. ความบางปากมดลูก 80% ส่วนนำเป็นศีรษะอยู่ระดับ 0 ถุงน้ำยังไม่แตก เสียงหัวใจทารก 138 ครั้ง/นาทีสม่ำเสมอชัดเจนดี ท่า LOA ประเมิน Uterine contraction พบมีInterval 3 นาที 40 วินาที Duration 45 วินาที จึงติด EFM : minimal variability จึงได้ทำ IUR (Intra uterine resuscitation) -*เวลา14.40น.* ปากมดลูกยังเปิด 4 cm.เท่าเดิม ความบางปากมดลูก80%ส่วนนำเป็นศีรษะอยู่ระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก มดลูกหดรัดตัวไม่ดี Interval 3 นาที30 วินาที Duration 45	การพยาบาลก่อนคลอด ประเมิน Uterine contraction พบมี Interval 2นาทีDuration 35วินาที มี severe pain แพทย์ให้ off Oxytocin drip -*เวลา17.00น.* ปากมดลูกเปิดหมด อยากเบ่งจึงย้ายเข้าห้องคลอด เบ่งคลอดนาน 15 นาที ส่วนนำไม่เคลื่อนต่ำ จัดท่า Mc. Roberts maneuver แล้วให้มารดาพยายามเบ่งคลอดต่อ หลังเบ่งครบเวลา 30 นาทีไม่คลอด รายงานแพทย์เวร -*เวลา17.35น.* แพทย์เวรมาถึงห้องคลอดพยายามเบ่งคลอดต่อ ส่วนนำเคลื่อนต่ำลงมา Station+3 ได้ตัดฝีเย็บ RML deep episiotomy เบ่งคลอดในท่า Mc. Roberts maneuver

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยและการวิเคราะห์ทางการพยาบาลเชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
วินาที patograph ตกเส้นAleart lineรายงานแพทย์เวรให้เจาะถุงน้ำพบว่ามีThick meconium - *เวลา15.50น.* ปากมดลูกเปิดหมด อยากเบ่งจึงย้ายเข้าห้องคลอดและตามแพทย์เวรทำคลอดปกติ *-เวลา16.13น.*คลอดปกติ ทารกเพศชายรูปร่างทั่วไปปกติ น้ำหนักแรกคลอด 3,490 กรัม ตัวยาว 54 cm. หลังทารกคลอดไหล่หน้า ฉีด Oxytocin 10 unit IM , APGAR SCORE 9-10-10 แพทย์ใส่ tube suction meconium2 ครั้ง ไม่พบcontent ใส่ OG tube ได้ content 3 ml thick meconium stain,Lung = clear , SpO_2 98-99% ฝีเย็บตัด 2 ข้าง NL c RML+LML Episiotomy เนื่องจากคลอดยากช่องทางคลอดแคบ *-เวลา 16.17น.* ทำคลอดรกโดยวิธี Control Cord Traction รกและเยื่อหุ้มคลอดครบ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ใช้ถุงตวงเลือดพบว่าปริมาณการเสียเลือด 500 มิลลิลิตร	*-เวลา 17.54 น.* ทารกคลอดส่วนศีรษะทารกโผล่แต่ติดแน่นที่ช่องทางคลอด ทำคลอดไหล่หน้าไม่ได้เนื่องจากติดแน่นบริเวรเชิงกราน จึงเปลี่ยนมาทำคลอดไหล่หลังและให้มารดาใช้มือช่วยจับขาทั้งสองข้าง งอเข่าชิดแนบหน้าท้องเพื่อให้เชิงกรานขยายให้มากที่สุด พยาบาลและแพทย์ช่วยโน้มดึงเพื่อให้คลอดไหล่หลัง(ไหล่ขวา) พยาบาลผู้ช่วยคลอดคนที่สองกดบริเวณเหนือหัวหน่าว รวมระยะเวลาที่ติดและทำคลอดทารกประมาณ 1 นาที หลังทารกคลอดโดยใช้วิธี Active Management of Third Stage of Labour , คลอดทารกเพศชาย APGAR SCORE 6-8-9แพทย์ได้กระตุ้นให้ทารกร้อง PPVx1cycle หลังจากนั้นทารกเริ่มร้องตัวเริ่มแดงดี ทารกรูปร่างทั่วไปปกติ น้ำหนักแรกคลอด 4,340 กรัม ตัวยาว 63cm. รอบศีรษะ 36ซม. รอบอก 37ซม. ขณะคลอดมี Thick meconium คลอดติดไหล่ ทารกยกแขนซ้ายไม่ได้ แพทย์วินิจฉัย R/O Erb's palsy *-เวลา17.59น.*ฉีด Oxytocin 10 unit IM ,นวดคลึงมดลูก *-เวลา18.02 น.* ทำคลอดรกโดยวิธี Control Cord Traction รกและเยื่อหุ้มคลอดครบ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ใช้ถุงตวงเลือดพบว่าปริมาณการเสียเลือด 600 มิลลิลิตร

2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	**กรณีศึกษาที่ 1**	**กรณีศึกษาที่ 2**
1.มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือด	1.ประเมินสัญญาณของการเกิดภาวะช็อก โดยการตรวจนับชีพจรและวัดความดันโลหิตทุก15นาทีหรือบ่อยกว่านี้ตามความจำเป็นเพื่อประเมินภาวะช็อก 2.สังเกตระดับความรู้สึกตัวเช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด 3.ให้มารดาหลังคลอดนอนพักลดการใช้พลังงาน แนะนำให้ดื่มน้ำดื่มนมมากๆ 4.เจาะเลือดส่งหาหมู่เลือดและขอเลือดเตรียมไว้ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที 5.ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 6.ให้ออกซิเจนทางNasalcannula3-5ลิตรต่อนาที	1.ประเมินสัญญาณของการเกิดภาวะช็อก โดยการตรวจนับชีพจรและวัดความดันโลหิตทุก15นาทีหรือบ่อยกว่านี้ตามความจำเป็นเพื่อประเมินภาวะช็อก 2.สังเกตระดับความรู้สึกตัวเช่นหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด 3ให้มารดาหลังคลอดนอนพักลดการใช้พลังงานแนะนำให้ดื่มน้ำและดื่มนมมากๆ 4.เจาะเลือดส่งหาหมู่เลือดและขอเลือดเตรียมไว้ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที 5.ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 6.ให้ออกซิเจนทาง Nasal cannula 3-5 ลิตรต่อนาที
1.มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)	7.ประเมินดูสาเหตุของการตกเลือดเฉียบพลัน คือการหดรัดตัวที่ไม่ดีของมดลูก การเหลือค้างของรกและเยื่อหุ้มรก การบาดเจ็บของช่องทางคลอด เช่น การฉีกขาดของช่องทางคลอดเพิ่มและความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด เช่นภาวะเกล็ดเลือดต่ำหรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ 8.ตรวจดูการหดรัดตัวของมดลูกและระดับยอดมดลูก	7.ประเมินดูสาเหตุของการตกเลือดเฉียบพลัน คือการหดรัดตัวที่ไม่ดีของมดลูก การเหลือค้างของรกและเยื่อหุ้มรก การบาดเจ็บของช่องทางคลอดเช่น การฉีกขาดของช่องทางคลอดเพิ่มและความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด เช่นภาวะเกล็ดเลือดต่ำหรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ 8.ตรวจดูการหดรัดตัวของมดลูกและระดับยอดมดลูก

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	9.ให้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา คือOxytocin 20 ยูนิตผสมใน RLS 1000 มิลลิลิตรใน อัตรา120มิลลิลิตร/ชั่วโมงและ Methergin 0.2 มิลลิกรัมฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ 10.บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายเพื่อรักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ 11.ใส่สายสวนปัสสาวะไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดต่อการหดรัดตัวของมดลูกและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก1ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไต ถ้าเกิดภาวะช็อกปัสสาวะจะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 12.ดูแลความสุขสบายทั่วๆไปให้ความอบอุ่นและป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย *การประเมินผล* : หลังได้รับยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก Oxytocinและ Methergin จากนั้นมดลูกหดรัดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ ความเข้มข้นของเลือด38% ชีพจรอยู่ในช่วง90-100 ครั้ง/นาทีและความดันโลหิต 100/60-130/70 มิลลิเมตรปรอท	9.ให้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาคือ Oxytocin40ยูนิตผสมในRLS1000 มิลลิลิตรในอัตรา120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง,Methergin 0.2มิลลิกรัมฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ,Nalador 500 มิลลิกรัมผสมในNSS 250 มิลลิลิตรหยดเข้าหลอดเลือดดำใน30นาทีและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Cytotec 5 tab เหน็บทางทวารหนักซึ่งเป็นยากลุ่มProstaglandinsรักษาภาวะมดลูกไม่หดรัดตัวผลข้างเคียงคือทำให้มีไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้อาเจียนและถ่ายเหลวได้ (พัชรียา นิวัฒน์ภูมินทร์ม2562) 10.บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายเพื่อรักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ 11.ใส่สายสวนปัสสาวะไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดต่อการหดรัดตัวของมดลูกและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก1ชั่วโมงเพื่อดูการทำงานของไตถ้าเกิดภาวะช็อกปัสสาวะจะออกน้อยกว่า30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 12.ดูแลความสุขสบายทั่วๆไปให้ความอบอุ่นและป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย *การประเมินผล* : หลังได้รับยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก Oxytocin, Methergin , Naladorและ Cytotec 5 tab เหน็บทางทวารหนัก จากนั้นมดลูกหดรัดตัวดี กลมแข้งระดับสะดือ ความเข้มข้นของเลือด 38% ชีพจรอยู่ในช่วง 70-90 ครั้งต่อนาทีและความดันโลหิต 110/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท
2.มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บ	1.ประเมินความปวดของอาการปวดแผลฝีเย็บ ทุก4ชม. ด้วยการสอบถามสังเกตจากสีหน้า ท่าทางและใช้การประเมินจากตัวเลขบอกระดับความปวด (Pain score) เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือ และเลือกวิธีบรรเทาอาการปวด 2.แนะนำให้นอนในท่าที่สบายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและเมื่อมารดาจะนั่งให้นมบุตรแนะนำให้นั่งบนหมอนรูปโดนัทเพื่อช่วยพยุงแผลฝีเย็บลดการกดทับแผลได้ 3.สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆและผ่อนลมหายใจออกทางปากเพราะการหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมาที่การควบคุมหายใจเข้าออก(สมพร เฮงประเสริฐ,2562) 4.ให้การพยาบาลแก่มารดาด้วยความนุ่มนวล ช่วยให้อาการปวดแผลฝีเย็บลดลงได้ (สมพร เฮงประเสริฐ,2562) 5.เมื่อมารดาปวดแผลฝีเย็บมาก(Pain score>7) ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาคือParacetamol(500mg) 1 tab กินเวลาปวดได้ทุก 4-6 ชั่วโมง ซึ่งทำให้อาการปวดแผลฝีเย็บลดลง	1.ประเมินความปวดของอาการปวดแผลฝีเย็บทุก4ชม.ด้วยการสอบถามสังเกตจากสีหน้าท่าทางและใช้การประเมินจากตัวเลขบอกระดับความปวด(Pain score)เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือและเลือกวิธีบรรเทาอาการปวด 2.แนะนำให้นอนในท่าที่สบายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและเมื่อมารดาจะนั่งให้นมบุตรแนะนำให้นั่งบนหมอนรูปโดนัทเพื่อช่วยพยุงแผลฝีเย็บลดการกดทับแผลได้ 3.สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆและผ่อนลมหายใจออกทางปากเพราะการหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมาที่การควบคุมหายใจเข้า-ออก (สมพร เฮงประเสริฐ ,2562) 4.ให้การพยาบาลแก่มารดาด้วยความนุ่มนวลช่วยให้อาการปวดแผลฝีเย็บลดลงได้(สมพร เฮงประเสริฐ,2562) 5.เมื่อมารดาปวดแผลฝีเย็บมาก(Pain score>7) ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาคือ Paracetamol(500mg) 1 tab กินเวลาปวดได้ทุก4-6ชั่วโมงซึ่งทำให้อาการปวดแผลฝีเย็บลดลง 6.พูดคุยให้กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวล มารดาผ่อนคลายช่วยให้บรรเทาความเจ็บปวดลดลง

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	6.พูดคุยให้กำลังใจเพื่อลดความวิตกกังวล มารดาผ่อนคลายช่วยให้บรรเทาความเจ็บปวดลดลง *การประเมินผล :* มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสและไม่บ่นปวดแผลฝีเย็บ หลังได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ระดับความปวด Pain score 10.00 น.=7 คะแนน Pain score 14.00 น.=3 คะแนน	*การประเมินผล:* มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสและไม่บ่นปวดแผลฝีเย็บหลังได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ระดับความปวดลดลง Pain score 10.00 น.=8 คะแนน Pain score 14.00 น.=3 คะแนน
3.มารดาเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลฝีเย็บ	1.ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมงเพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายหากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ 2.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอดเช่นมีไข้ปวดบริเวณแผลฝีเย็บมากแผลฝีเย็บมีหนองมีdischargeซึม น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น 3.ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด 4.ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี โดยการล้างจากข้างหน้าไปข้างหลังไม่เช็ดย้อนไปมา 5.ดูแลทำความสะอาดแผลฝีเย็บ(Flush)ด้วยNSS เช้า-เย็นและแนะนำมารดาให้ดูแลแผลฝีเย็บให้สะอาดอยู่เสมอไม่หมักหมมและสังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผลฝีเย็บเพราะทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้อ อักเสบหรือหายช้าได้ (สมพร เฮงประเสริฐ,2562 ;ดวงกมล ปิ่นเฉลียว,2552) 6.เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก3-4ชั่วโมงหรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่ม เพื่อลดสิ่งหมักหมมและขจัดน้ำคาวปลา 7.รับประทานอาหารให้ครบ5หมู่โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูงเช่นเนื้อนมไข่หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงเช่นฝรั่งส้มเพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น 8.หากมีอาการผิดปกติเช่นมีไข้ปวดแผลฝีเย็บมาก น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็นควรแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที	1.ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมงเพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายหากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ 2.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอดเช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลฝีเย็บมาก แผลฝีเย็บมีหนองมีdischargeซึม น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น 3.ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด.ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธีโดยการล้างจากข้างหน้าไปข้างหลังไม่เช็ดย้อนไปมา 4.ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี โดยการล้างจากข้างหน้าไปข้างหลัง ไมเช็ดย้อนไปมา 5.ดูแลทำความสะอาดแผลฝีเย็บ(Flush)ด้วยNSS เช้า-เย็นและแนะนำมารดาให้ดูแลแผลฝีเย็บให้สะอาดอยู่เสมอไม่หมักหมมและสังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผลฝีเย็บเพราะทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้อ อักเสบหรือหายช้าได้ (สมพร เฮงประเสริฐ,2562 ;ดวงกมล ปิ่นเฉลียว,2552) 6.เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก3-4ชั่วโมงหรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่มเพื่อลดสิ่งหมักหมมและขจัดน้ำคาวปลา 7.รับประทานอาหารให้ครบ5หมู่โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูงเช่นเนื้อ นม ไข่หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงเช่นฝรั่งส้มเพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น 8.หากมีอาการผิดปกติเช่นมีไข้ปวดแผลฝีเย็บมาก น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็นควรแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที *การประเมินผล :* มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ไม่มีไข้ แผลฝีเย็บไม่บวมแดง แผลติดดี ไม่มีdischargeซึม น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ อุณหภูมิอยู่ในช่วง36.6-37.0 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 80-100 ครั้ง/นาที
3.มารดาเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลฝีเย็บ(ต่อ)	*การประเมินผล :* มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ไม่มีไข้ แผลฝีเย็บไม่บวมแดง แผลติดดี ไม่มีdischargeซึม น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.6-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 80-86 ครั้ง/นาที	*การประเมินผล :* มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ไม่มีไข้ แผลฝีเย็บไม่บวมแดง แผลติดดี ไม่มีdischargeซึม น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.6-37.0 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 78-85 ครั้ง/นาที
4.มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารก	1.สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอดแสดงท่าทางเป็นมิตรและเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดซักถาม	1.สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอดแสดงท่าทางเป็นมิตรและเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดซักถาม 2.อธิบายมารดาหลังคลอดและญาติให้รับทราบอาการของบุตรที่ทารกยกแขนซ้ายไม่ได้(R/O Erb's palsy) เนื่องจาก

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เนื่องจากทารกมีไข้หลังคลอด	2.อธิบายมารดาหลังคลอดและญาติให้รับทราบอาการของบุตรและสาเหตุที่ทารกมีไข้ต้องให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา *การประเมินผล :* มารดาหลังคลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล เข้าใจเกี่ยวกับอาการของบุตรสามารถตอบคำถามย้อนกลับได้	คลอดติดไหล่ แนะนำแผนการรักษาและช่องทางการทำกายภาพบำบัดเพื่อทารกให้อาการทุเลาและกลับมายกแขนได้เป็นปกติ *การประเมินผล :* มารดาหลังคลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล เข้าใจเกี่ยวกับอาการของบุตรที่ทารกยกแขนซ้ายไม่ได้ (R/O Erb's palsy) สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้

อภิปรายผล

การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่งโดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด การศึกษากรณีศึกษามารดาที่มีภาวะการตกเลือดหลังคลอดทั้ง 2 กรณีศึกษานี้ ใช้ข้อมูลจากการซักประวัติทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว จากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยและใช้เครื่องมือ 11 แบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Pattern) เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำไปวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่

ข้อวินิจฉัยที่ 1 มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยที่ 2 มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บ

ข้อวินิจฉัยที่ 3 มารดาเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลฝีเย็บ

ข้อวินิจฉัยที่ 4 มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรเนื่องจากทารกมีไข้หลังคลอด(กรณีศึกษาที่ 2 มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรที่ยกแขนซ้ายไม่ได้ (R/O Erb's palsy)

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้โดยเฉพาะในเรื่องการประเมิน เช่น อาการนำของอันตรายที่ เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แสดงถึงการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้รักษาอาการมดลูกไม่หดรัดตัวและทักษะในการซักประวัติ ค้นหาปัญหาตั้งแต่แรกรับ เพื่อตั้งข้อวินิจฉัยในการวางแผนการและให้การพยาบาลประเมินซ้ำเพื่อป้องกันและการรักษาโรคได้อย่างทันท่วงที การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในทีมการพยาบาลอยู่เสมอรวมทั้งพัฒนาความรู้ความสามารถอยู่ ตลอดเวลาเพื่อให้การพยาบาลมารดาและทารกอย่างมีมาตรฐานและมีคุณภาพ สามารถให้การพยาบาลมารดาและทารกทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. กระเษียร ปัญญาคำเลิศ(2551).สูติศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่4.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ โอ.เอส.พริ้นติ้ง เฮ้าส์.
2. งานห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเขาสวนกวาง. (2566). ข้อมูลรายงาน ก.2.ขอนแก่น : โรงพยาบาลเขาสวนกวาง.
3. จันทิยา เนติวิภชธรรม (2563).การพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด.วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 สิงหาคม 2563-มกราคม 2564

4. โฉมพิลาศ จงสมชัย.ภาวะตกเลือดหลังคลอด Post partum hemorrhage,PPH. การประชุมวิชากรครั้งที่26 ประจำปีที่33 ฉบับบที่ 1 ม.ค.-มี.ค.2562
5. ชฎา ภูยาดาว(2563).กรณีศึกษา การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2563
6.ชัยยุทธ เครือเทศน์. การดูแลระยะที่ 3 ของการคลอดด้วย วิธี active management กับวิธีธรรมชาติ (expectant management) ในโรงพยาบาลโพธาราม พ.ศ.2546-2548.วารสารวิชาการ สาธารณสุข.2549 ; 15: 753-759.
7. ญาดา ทองอยู่ (2558). Surgical Management of Post partum hemorrhage. เข้าถึงได้จาก : www.medicine.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.
8. ฐิติพร สิริวชิรชัย. สูติแพทย์จากร้อย-แก่น-สาร-สินธุ์.(2560).คู่มือ การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และโรคสตรีทางนรีเวชเขตสุขภาพที่7.พิมพ์ครั้งที่2(ปรับปรุงครั้งที่ 3).: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์
9. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ.(2560).การตกเลือดหลังคลอด:บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย(วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี), 6(2), 146-157.
10. เพชราภรณ์ ทองสตา.(2563).กรณีศึกษา : การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.ปีที่13ฉบับที่2พฤษภาคม-สิงหาคม2563
11. วิทยา ถิฐาพันธ์. ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2563). ตำราประกอบภาพ : ภาวะตกเลือดหลังคลอด. พิมพ์ครั้งที่1 กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวช คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
12. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
13. สุภาวดี แถวเพีย.(2550).“การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน” ในศรีเกียรติ์ อนันต์ สวัสดิ์. บรรณาธิการ.การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม3.พิมพ์ครั้งที่7.นนทบุรี: บริษัทยุทธรินทร์การ พิมพ์ จำกัด.
14. สุฑารัตน์ ชูรส.(2562).“การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด : บทบาทพยาบาล”วารสารวิชาการ แพทย์เขต 11. ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มี.ค.2562
15. Active Management of the Third Stage of Labor. (2006). ค้นเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2560. จาก http://www.pphprevention.org/files/Indicatormtg-AMTSTdescribed 11-17-09.pdf
16. Carroll., Day, D. and Begley,C.M.2016. The prevalence of women’s emotional and hysical health problems following a postpartum hemorrhage : a systemic review. BMC Pregnancy and Childbirth.16(1):261.

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

Effects of Stroke Prevention Program in patients With Uncontrolled RongKham District, Kalasin Province.

(Received: October 23,2023 ; Revised: November 8,2023 ; Accepted: November 14,2023)

สวาท วันอุทา[1]
Sawart Wanutha[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลร่องคำ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท และ แบบบันทึกความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่าง โดยใช้ Independent t- test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1)หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

Abstract

The Purposes of this quasi-experimental research were. 1) to compare the differences of stroke prevention behaviors, and levels of blood pressure in the experimental group before and after participating in the stroke prevention program and 2) to compare the differences among stroke prevention behaviors, and levels of blood pressure after participating in the program between the experimental and comparison groups.

The sample size were 60 hypertensive patients with uncontrolled blood pressure who were registered to receive services in Rong Kham Hospital, Rong Kham District, Kalasin Province. There were 30 people in the experimental group and 30 people in the comparison group. The data collection tool by questionnaire, namely general information and stroke prevention behavior, measure of validity Mercury blood pressure and blood pressure recording form Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

The results after the experimental were as follows. 1) The stroke prevention behaviors and levels of blood pressure of elderly in the experimental group were better than before participating the program at the level .05. 2) The stroke prevention behaviors and levels of blood pressure of the experimental group were significantly better than that of the comparison group at the level .05.

Keywords: Hypertension uncontrolled blood pressure , Stroke prevention program ,The theory of motivation for disease prevention

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงต่อผู้ป่วยโดยตรงมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีความพิการให้หลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ พบเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง องค์การอนามัยโลกรายงานว่า พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุก 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ทั้งปีในปี 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year; DALY) ที่สำคัญอันดันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง (World Health Organization. 2015: Online)

ประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมา จากการตายก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย โดยพบอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร พ.ศ. 2557-2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปี โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด 1.5-2 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โดยทุก 6 วินาที จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน คาดว่า พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ เป็นอันดับ 2 รองจากอายุ การศึกษาฟรามิงแฮม (Framingham) พบความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk) ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อปรับค่าตามอายุ ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตมากกว่า 160/95 มม.ปรอท เท่ากับ 3.1 ในผู้ชาย และเท่ากับ 2.9 ในผู้หญิง นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic) เพิ่มขึ้น 10 มม.ปรอท จะมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 1.9 ในเพศชาย และ 1.7 ในเพศหญิง (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2557)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้คือ เพศ อายุ โรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (Chobanian et al.2003:Online) การสูบบุหรี่ ทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นสองเท่าในกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ (Burns.2003) โรคอ้วนโดยเฉพาะที่มีไขมันสะสมบริเวณลำตัว (Obesity and body fat distribution) ถ้ามีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 ถือว่าเป็นโรคอ้วน มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1.39 เท่า การไม่ออกกำลังกาย (physical inactivity) กลุ่มประชากรที่ไม่ออกกำลังกายจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มประชากรที่ออกกำลังกายเป็นประจำประมาณ 2.7 เท่า (พัสตราภรณ์ ปัญญาประชุม.2559) การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและโปรแตสเซียมต่ำร่วมกับอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง (พัสตราภรณ์ ปัญญาประชุม.2559)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดแต่สามารถดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ด้วยการควบคุมระดับความดันโลหิตและการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่นหยุดรับประทานยา ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ขาดการออกกำลังกายรับประทานอาหารที่มีรสเค็มทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น (นภาพร ห่วงสกุล:2555)

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอัตราความชุกด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร พ.ศ. 2562-2565 เท่ากับ 9,687.1, 10,391.52, 11,072.18, และ 11,597.57 ตามลำดับ อัตราความชุกด้วยโรคหลอด

เลือดสมองต่อแสนประชากร เท่ากับ 346.97, 427.92, 467.19 และ 534.12 ตามลำดับ ในส่วนของอำเภอร่องคำพบอัตราความชุกและอัตราอุบัติการณ์ด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรพ.ศ. 2562-2565 เท่ากับ 10,106.95, 10,481.18, 11,511.01 และ 12,39.29 ตามลำดับ มีอัตราความชุกและอัตราอุบัติการณ์ด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรเท่ากับ 459.14, 495.23, 550.73 และ 656.28 ตามลำดับ(ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ HDC จังหวัดกาฬสินธุ์ 2566)

โรงพยาบาลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 1,408, 1,418, 1,484, และ 1,567 รายตามลำดับ มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จำนวน 345, 331,475 และ 620 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 24.5, 23.34, 32.01 และ 39.57 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ HDC จังหวัดกาฬสินธุ์ 2566) จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัย (Pre Survey) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน ในระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2566 พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ในด้านการควบคุมอาหาร พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารยังรับประทานอาหารเค็ม อาหารไขมันสูงเป็นประจำ ร้อยละ 75 การออกกำลังกายพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเห็นว่าการออกกำลังกายรบกวนการประกอบอาชีพประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยขาดการออกกำลังกายร้อยละ 67 ส่วนในด้านการใช้ยาพบว่าผู้ป่วย ลืมรับประทานยา มีการปรับขนาดยารับประทานเอง การไม่มารับยาตามนัด บางคนยังมีความความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิด เช่นการซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแทนการรับประทานยาทำให้มีพฤติกรรมในการใช้ยาไม่ถูกต้องร้อยละ 35 ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้

จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น มีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตหรืออาจมีความพิการส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม,2561) พบว่าการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม (นายปรีดี ยศดา ,2562) ผลการศึกษาพบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลอง จากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ (พันทิพพา บุญเศษ และลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2561) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) จากผลการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกาแพงเพชรพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำ

ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<.001(พิชชานันท์ สงวนสุข,2564) จากผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี พบว่าปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค (ประไพศรี คงหาสุข, 2562)

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยการใช้แนวคิดและทฤษฎี แรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) มาพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้จะเป็นปัจจัยที่จะเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความเข้าใจกับพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตของอำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-posttest design) ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลร่องคำอำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนเมษายน 2566 ถึง เดือน มิถุนายน 2566 ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตโดยมีระดับความดันโลหิตซีสโตลิกสูงกว่า 140 และระดับ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า90 มม ปรอท ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ได้แก่ ไม่เคยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ สามารถอ่านเขียนและพูดภาษาไทยได้ดี และเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรมแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดดังนี้

1. โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคประกอบด้วย 1) การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองด้วยการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง 2) สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยการบรรยายให้ความรู้และการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) สร้างการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากต้นแบบ 4)สร้างการรับรู้

ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นการฝึกทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดานการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด การกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนโดยการเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบการเยี่ยมบ้านเสริมแรงจูงใจ

2. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการ ศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติสายตรง ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัว อื่น ๆ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 13 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ และพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 27 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ บ่อย บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และ น้อยครั้ง พฤติกรรมทางบวกให้ 5-1 คะแนน พฤติกรรมทางลบให้ 1-5 คะแนน แปลผลระดับพฤติกรรมโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยดังนี้

4.50-5.00 หมายถึงสูงมาก, 3.50-4.49 หมายถึงสูง, 2.50-3.49 หมายถึงปานกลาง, 1.50-2.49 หมายถึงน้อย, และ 1.00-1.49 หมายถึงน้อยที่สุด

3. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ แบบบันทึกความดันโลหิต น้ำหนัก รอบเอว แบบบันทึกการรับประทานอาหาร การออกกาลังกาย การคลายความเครียดเป็นลักษณะแบบเติมคำในช่องว่าง และปัญหา อุปสรรคที่พบพร้อมคำแนะนำ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้บันทึกผล

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย หาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 2 โดยผู้ทรงผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคเท่ากัน เท่ากับ 0.90 จำแนกเป็นด้านการรับประทานอาหาร มีค่าเท่ากับ 0.95 ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเท่ากับ 0.76 และด้านการคลายความเครียดมีค่าเท่ากับ 0.84 นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันดลหิตสูงที่มีลักษาณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.80

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง เตรียมผู้วิจัย โดยผู้ทำวิจัยได้ศึกษาข้อมูลเพื่อให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เตรียมเครื่องมือในการวิจัย ขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เตรียมผู้เข้าร่วมวิจัย เตรียมผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ โภชนากร นักกายภาพบำบัด เภสัชกร อสม.

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลา 12 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเข้าร่วมกิจกรรม 2 ครั้ง ที่โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประเมินสุขภาพโดยทีมผู้วิจัยประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพตรวจวัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว สัปดาห์ที่ 1-12 ได้รับการพยาบาลและข้อมูลจากพยาบาลที่ให้บริการในระบบบริการปกติและนัดหมาย เพื่อรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 12

กลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1 “มารู้และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกันเถอะ” เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินสุขภาพ วัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อน ประกอบสื่อวีดีทัศน์ โปสเตอร์ แผ่นพับ เอกสารคู่มือที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น และการแลกเปลี่ยนซักถามความรู้และประสบการณ์ เสริมแรงจูงใจ ให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการแจกคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มทดลองในการอ่านและศึกษารายละเอียด เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 2 “เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์” โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบเชิงลบ และตัวแบบเชิงบวก สัปดาห์ที่ 3 “ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง”โดยการสาธิตและฝึกทักษะการดูแลสุขภาพเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการคลายเครียด สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรม “สถานีทักษะการดูแลสุขภาพ” เพื่อฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองแยกฐาน 3 ฐาน คือ 1)ฐานการรับประทานอาหาร “ตลาดนัดสุขภาพ” 2) ฐานการคลายเครียด 3) ฐานการออกกำลังกาย “ออกกำลังกายกันเถอะ” สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์ที่ 11 เสริมแรงจูงใจ โดย อสม. เยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การคลายเครียด และ การออกกำลังกายอย่างถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

กลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 12 ตอบแบบสอบถามหลังสิ้นสุดผลของผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ประเมินสุขภาพ วัดระดับความดันโลหิตน้ำหนัก และวัดรอบเอว และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ สรุปผลการเรียนรู้ และวิเคราะห์ผลสำเร็จของการดูแลตนเอง เสริมแรงจูงใจ โดยมอบเกียรติบัตรเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบแก่ตัวอย่างกลุ่มทดลองที่ประสบผลสำเร็จของการดูแลตนเองที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 3 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 12 ตอบแบบสอบถามหลังสิ้นสุดโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประเมินสุขภาพวัดระดับความดันโลหิต น้ำหนัก และวัดรอบเอว บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ สรุปผลการเรียนรู้ และวิเคราะห์ผลสำเร็จของการดูแลตนเอง มอบคู่มือที่ผู้วิจัยสร้าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Paired t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างของ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดอิสระ (independent t-test)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองเป็นหญิง ร้อยละ 65.46 อายุเฉลี่ย 64.82 ปี (SD = 7.69) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 67.75 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.88อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 85.75 รายได้ เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 68.63 รายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ

45.46 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์/อัมพาต ร้อยละ 81.82 มี ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.58 ปี (SD = 5.35) มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 84.85 โดยมีไขมันในเลือดสูงและภาวะอ้วน ร้อยละ 51.43 ของผู้มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 87.88 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 89.19 และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.54 กิโลกรัม/ตารางเมตร (SD = 4.29)

กลุ่มเปรียบเทียบเป็นหญิง ร้อยละ 76.54 อายุเฉลี่ย 63.54 ปี (SD = 8.43) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 71.68 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.73 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 91.42 รายได้ เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 76.29 รายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ 49.56 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์/อัมพาต ร้อยละ 78.82 มี ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 8.65 ปี (SD = 6.12) มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 84.85 โดยมีไขมันในเลือดสูงและภาวะอ้วน ร้อยละ 56.28 ของผู้มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 81.76 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 87.36 และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.66 กิโลกรัม/ตารางเมตร (SD = 4.18)

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง และหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมโดยรวมและรายด้านทั้งสามอยู่ในระดับสูงและสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตาราง1) และมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม($t = 14.89$) และรายด้านทั้งสามด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ($t = 6.51$) ด้านการออกกำลังกาย ($Z = - 6.45$) และด้านการผ่อนคลายความเครียด ($Z = - 5.82$) เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อน และหลังทดลอง ในกลุ่ม ทดลอง โดยใช้ t-test (n = 30)

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	P-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านการรับประทานอาหาร	3.03	0.52	ปานกลาง	3.64	0.45	สูง	-3.86	.000
ด้านการออกำลังกาย	2.69	0.94	ปานกลาง	4.12	0.64	สูง	-6.58	.000
ด้านการผ่อนคลาย ความเครียด	2.63	0.81	ปานกลาง	3.87	0.67	สูง	-6.36	.000
โดยรวม	2.87	0.45	ปานกลาง	3.89	0.34	สูง	-10.51	.000

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง และหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลอง ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตาราง 2) ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($Z = -4.79$, $p < .001$) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($Z = -3.11$ $p < .05$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิต ระหว่างก่อน และหลังทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks test (n = 30)

ความดันโลหิต	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	P-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ซิสโตลิก (mmHg)	160.32	8.33	สูงปานกลาง	147.44		สูงเล็กน้อย	-4.79	.000
ไดแอสโตลิก (mmHg)	91.01	9.85	สูงเล็กน้อย	88.48		ปกติ	-3.11	.002

การอภิปรายผล

1. หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับรู้เรื่องความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับรู้ว่าประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation theory) จากโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่ส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ในด้านต่าง ๆ จากการประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การฟังบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบเชิงลบและตัวแบบเชิงบวก การได้ฝึกทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในด้านการรับประทานอาหาร ได้แก่ การอ่านฉลากโภชนาการ การคำนวณปริมาณสารอาหารและพลังงานวิเคราะห์ปริมาณโซเดียม รวมถึงการได้รับคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองทั้งในเวลาที่ร่วมกิจกรรมและที่บ้าน นอกจากนี้กลุ่มทดลองได้รับการเสริมแรงจูงใจด้วยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อสนับสนุนให้กำลังใจให้คำแนะนำ และเน้นย้ำ เรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกต้องเหมาะสม บันทึกลงในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม.พร้อมติดตามการลงบันทึก จากนั้นอสม.สรุปผลการเยี่ยมบ้านร่วมกันวิเคราะห์และหาแนวทางในการสนับสนุน เสริมแรงจูงใจ และให้คำแนะในกรณีที่พบปัญหา รวมถึงการกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนโดยการเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบเมื่อมีการปฏิบัติตน จนสามารถเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพเชิงประจักษ์ทั้งผลต่อความดันโลหิตลดลง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น[4,13,1]

2. หลังทดลอง กลุ่มทดลอง มีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง ความดัน โลหิตซีสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ซึ่งหลังทดลองอยู่ในระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด การออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วช่วยให้ความดันโลหิตซีสโตลิกลดลง 4 มม.ปรอท ความดันไดแอสโตลิกลดลงลดลง 2.5 มม.ปรอท พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกลดอัตราการเต้นของหัวใจและลดความต้านทานในหลอดเลือด ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง[14] การรับประทานอาหารแดชช่วยให้ความดันซิสโตลิกลดลง 8-14 มม.ปรอท การจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,400 มก.ต่อวัน ช่วยให้ความดันโลหิตซีสโตลิกลดลง 2-8 มม.ปรอท[16]การมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง จึงทำให้ความดันโลหิตลดลงหลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางและลดลงจากก่อนทดลอง การมีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารในระดับปานกลางทำให้ความดันโลหิตหลังทดลองสูงขึ้น[4,8,13,1]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยมีการประเมินผลเป็นระยะในช่วง 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อติดตามผลของความดันโลหิตและประเมินความต่อเนื่องยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตลอดจนติดตามอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองในระยะยาว เพื่อให้สามารถนำมาวางแผนในการจัดบริการเชิงรุกให้มีคุณภาพต่อไป

2. ควรเพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับการติดตามเยี่ยมบ้านของอสม.ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยการกำหนดระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องกับความรุนแรงของโรคหรือตามอาการของผู้ป่วย และออกเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับระยะเวลาในการเยี่ยมเพื่อการเฝ้าระวังของอสม.ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กัตติกา วังทะพันธ์. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. กระทรวงสาธารณสุข. (2555). สถิติสาธารณสุขปี 2555 (2551-2555). ข้าถึงได้จาก htt://bps.mop.go./new
2. ประไพศรี คงหาสุข. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
3. นภาพร ห่วงสุขสกุล. (2555). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
4. ปรีดี ยศดา.(2562). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย โรคความดัน โลหิตสูง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
5. พิชชานันท์ สงวนสุข. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
6. พันทิพพา บุญเศษ และลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล.(2561). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่ม เสี่ยงสูงตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. 21(2), 28-41.
7. พัสตราภรณ์ ปัญญาประชุม. (2559).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลสาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
8. พิศิษฐ์ ปาละเขียว,จันทร์จิรา ยานะชัย และ ศิริรัตน์ ผ่านภพ. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบลบ้านดอนแก้ว อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน. 21(2),
9. ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม (2561) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร. 1(1),15-25.
10. วาสนา หน่อสีดา และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. (2562). การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาม พร้าว. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 37(4),

11. ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2552). รายงานการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูง. เข้าถึงได้จาก http://www.nterfetpthailand.net/forecast/files/report_2012/re
12. ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2557). รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง. เข้าถึงได้จาก http://www. interfetpthailand.net/forecast/files/report_2014/r
13. ศิริรัตน์ ผ่านภพ. (2561). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์,มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
14. เสกสรร ไข่เจริญ, มยุรี พิทักษ์ศิลป์, วัลลภ ใจดี, และสมจิต พฤกษะริตานนท์. (2560). ผลของการฝึกผ่อนลมหายใจออกช้าโดยการเป่ากังหันลมต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. บูรพาเวชสาร, 4(1), 9-20.
15. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2557). วันโรคหลอดเลือดสมองโลก (Stroke Awareness Day). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา.
16. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: ฮั่วน้ำพริ้นติ้ง.
17. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2555) สถิติสาะรณสุข. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th.new_ bps/sites/default/file/healt_statistic
18. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). โรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต 1 คน/ 6 วินาที. เข้าถึงได้จาก https://www.thaihealth.or.th/NewsHealth.html
19. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2561. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/uploads/files/78a5b91d92a079 c1a35867c6347a9299.pdf
20. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560ก). ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2560. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/2016/media.php?tid=&gid=1-015-006&search
21. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560ข). คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือด

ผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย

Outcome of Self Care Education Program in Type II Diabetes Mellitus Patients At Akat Amnuai Hospital.

(Received: October 30,2023 ; Revised: November 8,2023 ; Accepted: November 15,2023)

สุทัสสี รังวารี[1]
Suthatsi Rangwaree[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้งใน 6 เดือน ที่ขึ้นทะเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย จำนวน 40 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.96 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเท่ากับ 0.94 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง 0.97 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Pair t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแล ตนเอง เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ข้อเสนอแนะจึงควรมีการจัดกิจกรรมเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีอย่างถาวร และขยายผลต่อไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ABSTRACT

The purposes of this quasi-experimental research was to study the effects of self-Education program for Type II Diabetes patient who came to visit diabetes mellitus Patients at Akat Amnuai Hospital . In the sampling group, there were 40 patients .Purposive sampling was selected. Collection data during October 2023. The research instruments included self care education program in type II diabetes mellitus, a general data record form,measurement of knowledge,perceived risk and self-care behavior data record. Validated by 3 experts, Cronbach's alpha coefficient test, the reliability of measurement of knowledge was 0.96 ,perceived risk was 0.94 and self-care behavior data record was 0.97. comparing the mean Data were analyzed using percentage,mean standard deviation and pair t-test.

The results of the study found that after joining the self care education program in type II diabetes mellitus mean scores of knowledge ,perceived risk, and self-care behavior had a statistically significant increase at $p<0.01$. The suggestion from this study was that self care education program should be continued and should be promote to other group .

Keyword: self care education program , type II diabetes mellitus

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการป่วยมากที่สุดอันดับแรกของคนไทย และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานเฉลี่ยวันละ 22 ราย และยังมีประชากรไทยที่เสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานอีก10 ล้านคน โรคเบาหวานยังก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขทั้งทางด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจปัจจุบันพบว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอันสืบเนื่องมาจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะทุกระบบในร่างกายของผู้ป่วย และยังถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ โรคเบาหวานชนิดที่พบมากที่สุดคือ โรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus : NIDDM) พบได้ประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ส่วนใหญ่พบในผู้ใหญ่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป โรคเบาหวานถึงแม้จะไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้แต่มีวิธีการป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างถูกวิธีทั้งนี้ตัวผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวานมีทักษะในการดูแลตนเอง และต้องมีความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกวิธี[1]

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุและผลของการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับวิถีชีวิต ของตนเองได้ก็สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ การดูแลตนเองเป็นการดำเนินกิจกรรมทาง สุขภาพด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจได้ด้วย ตนเองในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ และแสดง พฤติกรรมการดูแลตนเองได้นั้นต้องอาศัย กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการให้ ความรู้ ให้กำลังใจ กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ และเสริมสร้างความสามารถแห่งตนเพื่อให้สามารถพิจารณาและตัดสินใจด้วยตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวาน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ และการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเอง รวมทั้งการให้ความรู้รายบุคคลมีแนวโน้มที่จะลดน้ำตาลสะสมได้ ความรู้ ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและ ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[3] เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 [2] ที่พบว่า ทั้งความรู้ทัศนคติในการ ควบคุมระดับน้ำตาล มีผลต่อพฤติกรรมการดูแล ตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด การรักษาโรคเบาหวานส่วนใหญ่ทำไม่ได้ตามเป้าหมายเนื่องจากผู้ป่วยยังไม่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและยังไม่ทราบเป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมีความสุขกับการรับประทานอาหารอร่อย อาหารที่ชอบ ผู้ป่วยไม่เคยชินกับการออกกำลังกาย ไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมอาหารและรับประทานยา

โรงพยาบาลอากาศอำนวยเป็นอำเภอหนึ่ง ในจังหวัดสกลนคร แผนกผู้ป่วยนอกจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมากเป็นอันดับ 1 ได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สถิติปี 2563 2564 2565 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 4,880, 4,448, 4,728 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆเนื่องจากเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และยังสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ จากการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยเบาหวานยังมีปัญหาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สถิติปี 2563 2564 2565 ร้อยละ 3.38, 2.75, 4.37 ตามลำดับ[3] จากการขาดความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง จึงทำให้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ หลายประการทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ซึ่งเป็น

ปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยมีบุคลากร หน่วยบริการสุขภาพ เป็นผู้กำกับดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย เพื่อนำโปรแกรมไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นไปตามเป้าหมาย บรรลุตัวชี้วัดของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรม ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย มีระยะเวลาศึกษาวิจัยทุกกระบวนการตั้งแต่เดือน กันยายน 2566 – ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลา 4 เดือนขั้นตอนการดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัยโดยศึกษาบริบทสภาพ ปัญหาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ค้นหาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้งใน 6 เดือน ที่ขึ้นทะเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป นัดหมายผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยแนะนำพร้อมชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมการทำวิจัย ตั้งแต่เดือนกันยายน 2566 รวมระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย นัดเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม 4 สัปดาห์ ดำเนินการเดือนตุลาคม 2566 รวมระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เจาะเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง เจาะเลือดเพื่อตรวจค่าน้ำตาลในเลือด ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานพร้อมสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน เป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ในการควบคุมโรคทั้งระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า น้ำตาลเฉลี่ยสะสม ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตรอบเอวและดัชนีมวลกาย ใช้วิธีการบรรยายประกอบเนื้อหา

กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวาน รายการอาหารแลกเปลี่ยน การอ่านฉลากโภชนาการ ใช้วิธีบรรยายประกอบสื่อการสอน และเรื่องการใช้ยา ผลข้างเคียงของยา การลืมรับประทานยา การรับประทานยาเมื่อต้องเดินทางไกล ใช้วิธีบรรยายประกอบเนื้อหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ช่วยคลายความเครียด การผ่อนคลาย การทำสมาธิเบื้องต้น ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคเบาหวานทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวใช้วิธีการบรรยาย การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เจาะเลือดเพื่อตรวจค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง การให้ความรู้โดยใช้สื่อให้ความรู้เรื่อง คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องเบาหวาน สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผล ทำการสรุปและประเมินผลโดยการวิเคราะห์ข้อมูล นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pair t-test ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน –

ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน

รูปแบบการศึกษาวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ที่ขึ้นทะเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้งใน 6 เดือน ที่ขึ้นทะเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม ของ อรุณ จิรวัฒน์กุล[4] คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 36 ราย ปรับเพิ่มจากสูตรคำนวณเพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์หากกลุ่มตัวอย่างมีการสูญหาย (Drop out) ระหว่างดำเนินการวิจัยร้อยละ 10 (r = 0.10) จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ตุลาคม 2566

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้งใน 6 เดือน ที่ขึ้นทะเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
2. เพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
3. มีสัญชาติไทย สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้
4. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเต็มใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง ได้แก่ มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 อัมพฤกษ์อัมพาต มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (180/110mmHg) มีค่าน้ำตาลมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีภาวะคีโตซีส (Ketosis)
2. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้ที่มีปัญหาด้านการมองเห็น การสื่อสาร หูหนวกการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การศึกษา ระดับน้ำตาลในเลือด (หลังงดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป) ดัชนีมวลกาย
2. แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้ออ้างอิงจากแบบประเมินโครงการค่ายเบาหวานสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประจำปี พ.ศ.2559-2560 โดยนำมาเฉพาะแบบทดสอบความรู้ข้อเลือกถูกและผิดเท่านั้น จำนวน 10 ข้อ ให้ตอบในช่องถูก ผิด เท่านั้น การแปลผลระดับความรู้ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom 1971[5] ดังนี้

ความรู้ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ตอบถูก 8 -10 ข้อ)

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 ขึ้นไป (ตอบถูก 6-7 ข้อ)

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ตอบถูก 0-5 คะแนน)

2. แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง เกณฑ์การให้คะแนนเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานวัดโดยการตั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่า ทราบ ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ มีคำถามทั้งหมด 14 ข้อ การแปลผลคะแนนแบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาแบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal scale) 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1977)[6]

ช่วงคะแนน 2.36-3.00 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง

ช่วงคะแนน 1.68-2.35 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 1.00-1.67 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

3. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้เลือกตามความคิดเห็น 3 ระดับ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่า ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ การแปลผลคะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาแบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal scale) 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1977)

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ออกเป็นดังนี้

ช่วงคะแนน 2.36-3.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง

ช่วงคะแนน 1.68-2.35 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับ ปานกลาง

ช่วงคะแนน 1.00-1.67 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับต่ำ

5. แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ การให้ความรู้โดยใช้สื่อให้ความรู้เรื่อง คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องเบาหวานสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คือ (1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (2) พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ (3) พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ตรวจสอบเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไข แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยค่าแบบประเมินระดับความคิดเห็น IOC แก้ไขปรับปรุงให้เท่ากับ 1 ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้สัมประสิทธิ์ ค่า Cronbach's alpha coefficient =0.96 0.94 0.97 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 064/2566

ผลการศึกษา

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 มีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 52.5 สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 87.5 สิทธิการรักษา บัตรทอง ร้อยละ 82.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 42.5 รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 52.5 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 75

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนการเข้าโปรแกรม

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแล ตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=40)

รายละเอียด		$\bar{x}$	S.D.	Min	Max	t	p-valve
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ก่อนเข้าโปรแกรม	4.72	2.12	2	8	3.56	.001
	หลังเข้าโปรแกรม	7.65	3.23	8	9		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ก่อนเข้าโปรแกรม	35.55	1.56	24	33	4.58	.001
	หลังเข้าโปรแกรม	42.33	0.58	33	42		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนเข้าโปรแกรม	49.82	2.52	21	27	7.04	.000
	หลังเข้าโปรแกรม	55.95	3.81	45	54		

จากตารางพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนการเข้าโปรแกรม เท่ากับ 4.72 ส่วนหลังเข้าโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.65 ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงคะแนนเฉลี่ยในการรับรู้ก่อนการเข้าโปรแกรมเท่ากับ 35.55 หลังเข้าโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 42.33 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนเข้าโปรแกรมเท่ากับ 49.82 หลังเข้าโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 55.95 ($p<0.01$) หมายความว่าหลังการเข้าการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเอง

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตารางที่ 2 การประเมินดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรม

การประเมินหลังการเข้าร่วมโครงการ	จำนวน (ร้อยละ)	
	BMI	FBS
ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ	16 (40.00)	21 (52.50)
ลดลงแต่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	10 (25.00)	13 (32.50)
คงที่	9 (22.50)	6 (15.00)
เพิ่มขึ้นแต่อยู่ในเกณฑ์ปกติ	5 (12.50)	0
เพิ่มขึ้นแต่ยังอยู่ในกลุ่มเสี่ยง	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 52.50 ลงลงแต่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 32.50 คงที่ ร้อยละ 15.00 ดัชนีมวลกายลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 40.00 ลดลงแต่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 25.00 คงที่ ร้อยละ 22.50 เพิ่มขึ้นแต่อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 12.50 เพิ่มขึ้น

การเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเอง (n=40)

ตัวชี้วัด		$\bar{x}$	S.D.	Min.	Max.	t	p-valve
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	25.3	4.35	24.1	26.5	2.94	.000*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	24.1	3.68	22.9	25.3		
ระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	161	9.71	145	177	2.84	.001*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	102	9.45	96	108		

จากตารางพบว่า หลังเข้าร่วมโปรมแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา ผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลลดลง ดัชนีมวลกายลดลง และเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากผลการวิจัย เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนการอบรมอยู่ระดับปานกลาง 70 ร้อยละ 85 ระดับต่ำ ร้อยละ 15 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 80 ปานกลางร้อยละ 20 ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐภัสสร เดิมขุนทด ประสิทธิ์ ลีวัฒนภัทร (2560)[7] การให้โปรแกรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรคเบาหวาน สามารถลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ภายหลังติดตาม 3 เดือน และช่วยให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพอื่นๆดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยควรได้รับโปรแกรมความรู้อย่างต่อเนื่อง ระยะยาวและมีการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของวรางคณา บุตรศรี รัตนา บุญพา (2561)[8] ที่มีการประเมินผลโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า โปรแกรมดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีทักษะการจัดการตนเอง และมีพฤตกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมเบาหวาน และมีประโยชน์ต่อการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในระดับสถานบริการ

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานเพิ่มขึ้น ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 7.5 ระดับปานกลางร้อยละ75 ระดับต่ำร้อยละ 17.5 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีโอกาสรับรู้การเกิดภาวะแทรกซ้อนระดับสูง ร้อยละ 72.5 ระดับปานกลางร้อยละ 27.5 โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา เกียรติเผ่า (2558)[9] พบว่า 4 เดือนหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนและหลังใช้โปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และนิลาวรรณ งามขำ (2561)[10] พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับพอใช้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค และสามารถทำนายพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ โดยค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.24 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 25 ระดับปานกลางร้อยละ 42.5 ระดับต่ำร้อยละ 37.5 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูงร้อยละ 75 ระดับปานกลางร้อยละ 25 โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา พิษฉลาด และคณะ (2559)[13] ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับกลุ่มเบาหวานในชุมชน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่($p<0.01$)

การประเมินค่า ระดับน้ำตาลในเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงแต่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 32.5 ลงลงอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 27.50 คงที่ร้อยละ 15 ดัชนีมวลกายลดลงแต่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 25 ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 15 คงที่ร้อยละ 22.50 เพิ่มขึ้นแต่อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 7.50 สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรัตน์ ศิริสุวรรณ (2561)[11] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรพิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้กลุ่มเสี่ยงมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีอย่างถาวร และขยายผลต่อไปยังกลุ่มเสี่ยงรุ่นต่อไป และการศึกษาของประชุม พร กวีกรณ์ ,ประเสริฐ ประสมรักษ์ (2559) [12] ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังนั้นควรขยายผลรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไปสู่เขตพื้นที่อื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย ผลิตนนท์ เกียรติ และนิลาวรรณ งามขำ (2561)[13] ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับพอใช้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค และสามารถทำนายพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ โดยค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.24 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ($p<0.05$)

ดัชนีมวลกาย หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัย รัตนา เกียรติเผ่า (2558) พบว่า 4 เดือนหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพค่าดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังใช้โปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับผลงานวิจัย ขนิษฐา พิษฉลาด และคณะ (2559)[16] ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์ แสงทอง ธีระทองคำ และมะลิวัลย์ ภาคพยัคฆ์ (2559)[17] ที่ศึกษาเรื่องผลโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแรนสามสิบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกายและค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการ ออกกำลังกายแบบแรนสามสิบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา เกียรติเผ่า (2558) เรื่องผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ผลการวิจัยพบว่า

เดือนหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ของค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักและรอบเอว ก่อนและหลังใช้โปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่ไม่สอดคล้องกันผลงานวิจัยของอนัน โกนสนเทียะ (2557)[18] ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายลดลงน้อยมาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. โปรแกรมการให้ความรู้ในครั้งนี้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ทำให้ไม่ได้มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อความแตกต่างระหว่างกลุ่มสองกลุ่ม

2. การทำวิจัยในครั้งนี้จำกัดในเรื่องระยะเวลาเพียง 4 สัปดาห์ ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ สามารถทำให้บุคคลมีความรู้การรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ เป็นแนวทางในการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลในเรื่องอื่น ๆให้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบให้ความรู้โดยจัดให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ต่อเนื่อง และส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในการจัดโปรแกรมที่มีการติดตามผลระยะยาว

2. ควรมีการศึกษาวิจัยโปรแกรมการให้ความรู้ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม

4. ควรมีการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น ความพึงพอใจ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การนอนโรงพยาบาล เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างยิ่งจากผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เอาใจใส่และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจแก้ไขข้อบกพร่อง ทำให้งานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณหน่วยงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณอาสาสมัครผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ศึกษาวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. มนรดา แข็งแรง,นันทัชพร เนลสัน,สมจิตร การะสา,ปิตินัฏ ราชภักดี. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี, เอกสารการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานการวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการครั้งที่ 2 “การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน. 2560; 968-980.

2. ประชุมพร กวีกรณ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา.2559; 4(3). 308-324.

3. โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร. สถิติข้อมูลผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร. ; 2563-2565.

4. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์;2558.
5. Bloom,Benjamin S.,et al. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company;1971.
6. Best, J.W. Research in Education. New Jersey : Prentice – Hall; 1981.
7.ณัฐภัสสร เดิมขุนทด,ประสิทธิ์ ลีวัฒนภัทร.การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวานต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วชิรสารการพยาบาล 2560; 19(1):33-41.
8. วรางคณา บุตรศรี , รัตนา บุญพา, ชาญณรงค์ สิงห์บรรณ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2564;18(1)13-25.
9.รัตนา เกียรติเผ่า. ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลทัพทัน .2558; 24(3) 405-412.
10.ดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ. 2561; 8 (1) 103-117.
11.เพชรัตน์ ศิริสุวรรณ . ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรพิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์; (2561); 45-58.
12. ประชุมพร กวีกรณ์,ประเสริฐ ประสมรักษ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2559; (3) 307-324.
13. ดวงหทัย แสงสว่างและคณะ.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)2561; (1) 103-11

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The nursing of Cataract surgery patients and Intraocular lens care at Kalasin Hospital

(Received: October 31,2023 ; Revised: November 15,2023 ; Accepted: November 22,2023)

สัญญาลักษ์ วรรณเสริฐ[1]
Sunyaluk Wannasirt[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม 2) ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลจากบัตรบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งมารับบริการที่ห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือนย้อนหลัง ระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2566

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีประเด็นปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลและนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและนำแนวคิดกระบวนการพยาบาลกำหนดไว้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนนำทักษะประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมมาใช้ พบว่าผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: ต้อกระจก, การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม

ABSTRACT

This study was 2 case study aimed 1.) To practice nursing care cataract surgery patients and Intraocular lens in kalasin hospital. 2.) Keep patients safe from complications during treatment at the hospital. storage cards medical records of cataract surgery patients and intraocular lens at the service who underwent operative room building at kalasin hospital data were collected during the past 3 month in January 2023 to March 2023.

The results showed that all 2 patients. The problem is the same and different after the study was to analyze the issues nursing and is defined as concept and nursing diagnoses nursing process defined as covering both the physical, mental, emotional and social. As well as the skill, experience and expertise in the care of cataract surgery patients and intraocular lens used. Found that the of patient was safe and had no complications.

Keyword : Cataract, the nursing of cataract surgery patients and intraocular lens care.

บทนำ

โรคต้อกระจกจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 99 ที่เป็นโรคต้อกระจก อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และพบว่าร้อยละ 50 ของการเกิดภาวะตาบอดมาจากการเป็นต้อกระจก ปัจจุบันในประเทศไทยพบผู้ป่วยต้อกระจกร้อยละ 70 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ พบในช่วงอายุตั้งแต่ 50-60 ปีขึ้นไป ซึ่งต้อกระจกชนิดบอดเกิดขึ้นใหม่ปีละ 60,000 ราย และสถิติอายุขัยของประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราการเกิดต้อกระจกจึงไม่ลดลง

ต้อกระจก คือ โรคของเลนส์แก้วตาที่มีการขุ่นมัวขึ้นมา ซึ่งแต่เดิมเลนส์แก้วตาจะใสและมีหน้าที่รวมแสงที่ผ่านเข้ามา ทางด้านหน้าของลูกตา เพื่อไปรวมกันที่จอประสาทตา เมื่อเกิดต้อกระจก ความขุ่นจะไปบังแสงที่ผ่านไปที่จอประสาทตา ทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพมัวลงเหมือนมีหมอกมาบังตา จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพราะการผ่าตัดต้อ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กระจกจะทำให้เกิดภาวะตาบอดลดลง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเอง เนื่องจากต้องเผชิญกับสิ่งคุกคาม เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล กลัวการผิดพลาดในการผ่าตัดที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลังการผ่าตัด ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

จากสถิติบริการมีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มารับบริการที่ห้องผ่าตัดข้อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่า ปี 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 1,204 ราย, 1,138 รายและ 1,420 ราย (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2563-2565) รับเข้าไว้ดูแลทั้งหมดตามลำดับ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลประจำห้องผ่าตัดตาจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจครอบคลุมเกี่ยวกับกระบวนการดูแลเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โดยนำแนวคิดของ SIMPLE : 3P Safety มาใช้ร่วมกับมาตรฐานการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ให้การดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม ผู้ปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องปลอดภัย กลับไปใช้ชีวิตแบบปกติสุขในสังคมได้ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยอันเป็นเป้าหมายหลักของการให้บริการอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการและญาติอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายโดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน, ประวัติการเจ็บป่วย, ประวัติครอบครัว, ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกายและการรักษาของแพทย์เพื่อเป็นข้อมูลนำไปวิเคราะห์ที่จะประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแล้วมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกันไป ในระหว่างเดือนมกราคม 2566 - เดือนมีนาคม 2566 โดยเก็บข้อมูลจากสมุดบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย การบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก มี 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลขณะผ่าตัด และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา

1.รายงานผู้ป่วย

รายที่ 1 หญิงไทยวัย 60 ปี หน้าตาสะอาด ผมดำแซมขาวยาวถึงบ่า ผิวขาวเหลือง รูปร่างผอมสูง เดินมาเอง ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท และมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและโรคของตนเอง

รายที่ 2 หญิงไทยวัย 64 ปี หน้าตาสะอาด ผมดำแซมขาวตัดสั้น ผิวคล้ำ รูปร่างท้วม เดินมาเอง ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท และมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและโรคของตนเอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร่างกายตามระบบของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

หัวข้อประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ผิวหนัง	ปกติไม่มีผื่น ความยืดหยุ่นของผิวหนังดี ไม่ซีด	ปกติไม่มีผื่น ความยืดหยุ่นของผิวหนังดี ไม่ซีด
ศีรษะใบหน้า	ปกติ ผมยาวสีดำแซมขาวมัดรวบผมเรียบร้อย	ปกติ ผมสีดำแซมขาวตัดสั้น

หัวข้อประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ตา หู จมูก	ตาขวาพร่ามัว ไม่ปวดตา รูม่านตาขวาขาวขุ่น VA ตาขวา HM ตาซ้าย 6/60, ความดันลูกตาขวา (intraocular pressure, IOP) เท่ากับ 18 ตาซ้าย 17 mmHg, หูได้ยินชัดเจนและจมูกรับกลิ่นได้ปกติ	ตา 2 ข้างค่อยๆพร่ามัวลง รูม่านตาซ้ายขุ่น ไม่ปวดตา ตาซ้ายมัวมากกว่าตาขวา VA ตาซ้าย FC ตาขวา 2/60 , IOP ตาซ้ายเท่ากับ 28 ตาขวา 16 mmHg, หูได้ยินชัดเจนและจมูกรับกลิ่นได้ปกติ
ริมฝีปาก	ปกติ ฟันปกติไม่มีฟันผุ ฟันโยก ฟันปลอม	ปกติ ฟันปกติไม่มีฟันผุ ฟันโยก ฟันปลอม
ทรวงอกและการหายใจ	หายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที	หายใจปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
หัวใจ	เต้นสม่ำเสมอในอัตรา 68 ครั้ง/นาที	เต้นสม่ำเสมอในอัตรา 70 ครั้ง/นาที
ระบบประสาท	การเคลื่อนไหว การรับรู้ปกติ	การเคลื่อนไหว การรับรู้ปกติ
เต้านมและอวัยวะสืบพันธ์	หัวนมและเต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธ์ภายนอกปกติ	หัวนมและเต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธ์ภายนอกปกติ
สภาพจิตใจและอารมณ์	รู้สึกตัวดี รับรู้สิ่งต่างๆ ได้ดี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดตาข้างขวา	รู้สึกตัวดี รับรู้สิ่งต่างๆ ได้ดี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดตาข้างซ้าย

2. กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ ระยะก่อนผ่าตัด

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากตาข้างขวามัว กรณีศึกษาที่ 1, 2 ข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ ตาข้างขวามัว รูม่านตาขวาขาวขุ่น VA ตาขวา HM วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ - เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วยได้ ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ดูแลสามารถดูแลป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ - ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ	1. อธิบายสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและการใช้กริ่งเพื่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวาง ติดป้ายสะท้อนแสงในจุดอันตรายที่ผู้ป่วยเดินผ่าน เช่น ประตูทางเข้าห้องน้ำ 2. จัดให้นอนเตียงเตี้ย และล้อสามารถล็อคได้ 3. ประเมินการมองเห็น (Visual Acuity) 4. ประเมิน Fall Risk Score 5. ห้องน้ำต้องมีราวจับ 6. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
2. วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2 ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยซักถามการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดบ่อยครั้ง - ผู้ป่วยบ่นว่ากลัวการผ่าตัด และบอกว่านอนไม่หลับ วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ - เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด และให้ความร่วมมือ ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลสนใจและตั้งใจฟังคำแนะนำ และตอบคำถามได้	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ผู้ดูแล โดยเข้าไปพูดคุยให้เวลาและความเป็นกันเองกับผู้ป่วย ตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. ประเมินระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล โดยการพูดคุยซักถามและสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 3. แนะนำสภาพแวดล้อมที่เตียง และเครื่องใช้ต่างๆ 4. แนะนำให้รู้จักกับผู้ป่วยข้างเตียงที่ได้รับการผ่าตัดไปแล้วได้ผลดี 5. ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลว่ามีพยาบาลดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง 6. ประเมินวิธีการเผชิญความเครียด และแนะนำการจัดการความเครียด เช่น การฝึกลมหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การทำสมาธิ และการสวดมนต์ตามวิถีพุทธศาสนา 7. ให้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก
3. เสี่ยงต่อการไม่พร้อมในการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	กิจกรรมการ 1. ประเมินสภาพของผู้ป่วยดังนี้

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยบ่นว่านอนฝึกคลุมโปงนานไม่ได้อึดอัด - ผู้ป่วยซักถามระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดว่านานมั้ย - ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางครุ่นคิดวิตกกังวล วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัด ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและมีความพร้อมในการที่จะได้รับการผ่าตัด	-ประเมินสภาพด้านร่างกาย -ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล ให้ตรวจกับเวชเบียนและแผนการรักษา โรคประจำตัวการใช้ยา การแพ้ยา การผ่าตัดในอดีต และการใช้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อป้องกันภาวะเลือดหยุดยาก 2.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ชนิดการผ่าตัดและภาวะแทรก ซ้อนที่อาจเกิดได้และการป้องกัน 3. ตรวจสอบ ผลการตรวจต่างๆ เช่น ระดับความดันโลหิต การอยู่ระหว่าง 90/60 – 140/90 และค่า systolic ≤ 190 หรือค่า diastolic ≤ 110 mmHg (กำหนดตามแผนการรักษาของแพทย์ผู้รักษา) 4. ทำความสะอาดร่างกายโดยอาบน้ำ สระผม ฟอกหน้า โกนหนวด ตัดเล็บ ก่อนวันผ่าตัดและเช้าวันผ่าตัด/ งดการแต่งหน้าในวันผ่าตัด 5. ประเมินการอักเสบ ติดเชื้อทุกส่วน ภายในร่างกาย เช่น ตากุ้งยิง แผลอักเสบที่อื่น หรือการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ถ้ามีควรพิจารณาเลื่อนผ่าตัด 6. ตรวจสอบเบอร์และกำลังเลนส์แก้วตาเทียม (Power IOL) พร้อมตรวจสอบค่าต่างๆตามมาตรฐานว่ามีพร้อมใช้หรือไม่ 7. ให้ฝึกนอนคลุมโปงเพราะขณะผ่าตัดจะใช้ผ้าสะอาดคลุมปิดส่วนต่างๆของร่างกายเหลือเพียงแต่ตาข้างที่จะผ่าตัดเพราะถ้าไม่ฝึกมาก่อนอาจทำให้เครียด หายใจไม่สะดวก และไม่ให้ความร่วมมือขณะผ่าตัดได้ พยาบาล
4. มีความต้องการการดูแลและคัดกรองความเสี่ยงก่อนผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 2 - ให้ประวัติว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง - ญาติซักถามถึงขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากไม่เคยผ่าตัดเลย - BP อยู่ช่วง 150/90 -160/100 mmHg วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการคัดกรองความเสี่ยงก่อนผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล - ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด - ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และความ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและวิธีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง การผ่าตัดดำเนินไปได้ด้วยดี	1. เตรียมความพร้อมร่างกายก่อนรับการผ่าตัด - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาลดความดันโลหิต ต่อ เนื่องมาจนถึงเช้าวันผ่าตัด ตามแผนการรักษา คือ Amlodipine 2 tab oral OD pc - วัดและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และดูแลให้ความดันโลหิตควรน้อยกว่าหรือเท่ากับ ค่า systolic ≤ 190 หรือค่า diastolic ≤ 110 mmHg ตามแผนการรักษาของแพทย์ หากผิดปกติรายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบเพื่อให้การรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด - ให้นอนราบ ฝึกคลุมโปงอย่างน้อย 60 นาที เพราะผ่าตัดตาสองข้างพร้อมประเมินO2 Sat ก่อน-หลังคลุมโปง ประสานงานห้องผ่าตัดเพื่อส่งต่ออาการ - ซักประวัติความเจ็บป่วยอื่น ๆ และการแพ้ยาพร้อมทั้งผลการตรวจและรักษาจากบันทึกในเวชระเบียน - ดูแลความสะอาดทั่วไป เช่น สระผม ตัดเล็บ อาบน้ำหรือเช็ดตัวเช้าวันผ่าตัด ทำความสะอาดปากและฟัน - ดูแลเตรียมยาขยายม่านตาข้างที่ทำผ่าตัดเช้าวันผ่าตัด 2. อธิบายเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด - อธิบายถึงโรคต้อกระจกและภาวะแทรกซ้อน ความจำเป็นที่ต้องทำผ่าตัดและผลของการรักษา - อธิบายถึงการผ่าตัด การใช้ยาระงับความรู้สึกทางตา โดยหยอดยาชา และฉีดขาชาเข้าหลังลูกตา ตาจะหมดความรู้สึกไม่ปวดขณะผ่าตัด การผ่าตัดจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที จะรู้สึกตัวดี และควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามให้เข้าใจ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในขั้นตอนการผ่าตัด - แนะนำผู้ป่วยให้พูดคุยกับผู้ป่วยอื่นที่ผ่าตัดต้อกระจกแล้ว - ให้ความมั่นใจถึงผลของการผ่าตัด 3. อธิบายขั้นตอนและวิธีปฏิบัติตัวทุกระยะการผ่าตัด - ให้ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เช่น วิธีการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก และสภาพที่จะได้พบภายหลังผ่าตัด - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ได้แก่ - ขณะแพทย์ทำผ่าตัดให้ผู้ป่วยนอนนิ่ง ๆ ห้ามขยับ - หลีกเลี่ยงการไอและจามแรง ๆ ควรไอ จามเบา ๆ และถ้ามีอาการไอ จาม บ่อยต้องแจ้งให้พยาบาลทราบเพื่อช่วยแก้ไข และรายงานแพทย์ทราบ - การอาบน้ำให้ระวังน้ำเข้าตา ห้ามล้างหน้าต้องใช้ผ้าชุบน้ำบีบให้หมาด เช็ดใบหน้ายกเว้นบริเวณตาข้างที่ผ่าตัด - การสระผม กระทำได้หลังผ่าตัด 2-3 วัน หรือเมื่อมีอาการคันศีรษะ โดยการนอนให้ผู้อื่นสระผม ระวังไม่ให้น้ำเข้าตา - การขับถ่าย ห้ามเบ่งถ่ายอุจจาระ ควรป้องกันอาการท้อง ผูก โดยการรับประทานอาหารที่มีกาก ผัก ผลไม้ และดื่มน้ำให้เพียงพอ วันละ 8 – 10 แก้ว 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล 5. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับผู้ป่วยข้างเตียง และเปิดโอกาสให้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคต้อกระจกอื่นที่ได้รับการผ่าตัดแล้ว 6.ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติว่าจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง
ระยะขณะผ่าตัด 1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ขณะผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน เป็นการผ่าตัดด้วยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ (Local) วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ขณะผ่าตัด ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่	1. ตรวจสอบ ซักถาม ประวัติการแพ้ยา Lidocaine 2% และโรคประจำตัวอื่นๆ ว่ามีหรือไม่ ถ้ามีให้แจ้งแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป 2. ตรวจสอบการลงนามยินยอมการรักษาโดยการผ่าตัด 3. สังเกตอาการแพ้ยาชา เช่น วิงเวียน ปวดหัว อ่อนเพลีย สายตาพร่ามัว กล้ามเนื้อกระตุก มีผดผื่นคัน หน้าบวมตัวบวม หายใจติดขัด ไปจนถึงภาวะชัก เกร็ง หมดสติ ความดันโลหิตอาจต่ำหรือสูงกว่าปกติหากมีอาการดังกล่าวให้รีบรายงานแพทย์ทันทีขณะที่ทำผ่าตัด 4. เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ยา และทีมช่วยเหลือ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน 5. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ 6. แจ้งผู้ป่วยว่าหากมีอาการผิดปกติหรือไม่สุขสบายขณะผ่าตัดสามารถแจ้งพยาบาลและแพทย์ได้ทันที
1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน - เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 3 ปี	กิจกรรมการพยาบาล 1. วัดและประเมินสัญญาณชีพขณะผ่าตัดทุก 5 นาที 2. เฝ้าระวัง V/S, AWP, EKG, O2 sat และอาการที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดจนการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
- ค่าBP 150/100 mmHg ก่อนเริ่มได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ประเมินผลการพยาบาล - ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีอาการผิดปกติและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	3. เตรียมความพร้อมในเรื่องยาและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือได้ทันทีหากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น 4.ให้การพยาบาลตลอดจนทำหัตถการด้วยความนุ่มนวล 5. แนะนำผู้ป่วยหากมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดหัว ตาลาย วิงเวียน คลื่นไส้อาเจียน หายใจไม่สะดวก สามารถแจ้งแพทย์และพยาบาลได้ตลอดเวลาขณะที่ทำการผ่าตัด
2. เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดเลนส์ ข้อมูลสนับสนุน มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 10 ราย วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดเลนส์ ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตาข้างขวาและใส่ชนิดเลนส์ A.Constant : 118, Power : 20.00 D	1. ตรวจสอบผู้ป่วย ตาข้างที่จะผ่าตัด และขนาดของเลนส์ตั้งแต่ขั้นตอนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด 2. Mark site โดยพยาบาลตึกผู้ป่วยในก่อนส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด 3. ตรวจสอบซ้ำ ในขั้นตอนการรับผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด และในขั้นตอนการผ่าตัดในห้องผ่าตัดให้ถูกต้องตรงกันกับผู้ป่วยและเวชระเบียน
3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการใช้เครื่อง มือผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2 ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย Set ผ่าตัดทำ Phacoemulsification with Intraocular Lens (IOL) Implantation Right eye วัตถุประสงค์ กระจกตาและเนื้อเยื่อข้างเคียงไม่ได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด ประเมินผลทางการพยาบาล หลังผ่าตัดกระจกตาและเนื้อเยื่อข้างเคียงไม่ได้รับบาดเจ็บเพิ่ม ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ นอนหงายราบได้ดีตลอดระยะการผ่าตัด	1. แนะนำผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ห้ามลุกขึ้นนั่งขณะผ่าตัด ห้ามไอจาม ขยับร่างกาย หรือส่ายหน้าไปมา ถ้ามีอาการผิดปกติเช่น เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่สะดวก หรืออาการรบกวนอื่น ให้แจ้งแพทย์ให้รับทราบ โดยพูดแจ้งให้แพทย์รับรู้เพื่อที่แพทย์จะได้หยุดการผ่าตัดก่อนช่วยเหลือในลำ ดับต่อไป 2. ตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัดให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ 3. ส่งเครื่องมือผ่าตัดให้ถูกต้องตามเทคนิคและตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัดด้วยความนุ่มนวล 4. จัดสภาพแวดล้อมให้มีแสงสว่างเพียงพอ
4. เสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรคขณะการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2 Phacoemulsification with Intraocular Lens (IOL) Implantation Right eye วัตถุประสงค์ ป้องกันการปนเปื้อนขณะการผ่าตัด ประเมินผลทางการพยาบาล อุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัดพร้อมใช้งาน สภาพแวดล้อมห้องผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	1. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนการรักษาให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ 2. จัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดตามมาตรฐาน 3. จัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมและเพียงพอ โดยผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ 4. ควบคุมและรักษาสภาวะปลอดเชื้อ ความชื้น และแรงดันของห้องผ่าตัดตามเกณฑ์มาตรฐาน ป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคไปสู่แผลผ่าตัด 5. ช่วยผ่าตัดด้วย Sterile technique
ระยะหลังผ่าตัด **กรณีศึกษาที่ 1** 1.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดตาข้างที่ผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2 ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยบ่นปวดตา - แสดงสีหน้าท่าทางไม่สุขสบาย - ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกตาขวา วัตถุประสงค์ - เพื่อบรรเทาอาการปวดตาของผู้ป่วย ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยมีอาการปวด ประเมิน Pain score ได้ 5 คะแนน ได้รับยารับ ประทาน Paracetamol 500 mg. 1 เม็ดหลังได้รับยาอาการปวดทุเลาลง ประเมิน Pain score ได้ 0 คะแนน	1. ประเมินระดับอาการปวด (Pain score) ของผู้ป่วย 2. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนโดยห้ามตะแคงทับข้างที่ผ่าตัด เพื่อป้องกันการกระแทกและทำให้เลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อตาข้างที่ผ่าตัดจากการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดไม่ถูกต้อง กรณีศึกษาที่ 1, 2 ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยบอกว่าหลงลืมง่าย จะถามซ้ำบ่อย ๆในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด - ผู้ป่วยใช้มือจับ eye shield บริเวณตาขวาข้างที่ผ่าตัดบ่อยครั้ง - ได้รับยาสเตียรอยด์และยาปฏิชีวนะหยอด คือ 1% Predforte to Right eye ทุก 2 hr. และ Vigamox to Right eye ทุก 2 hr. 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อหลังการผ่าตัด ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะติดเชื้อหลังการผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้อุณหภูมิกาย 36.8-37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 68-72 ครั้ง / นาที หายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท	1. แนะนำผู้ป่วยให้รักษาความสะอาดของใบหน้า โดยการเช็ดหน้าแทนการล้างหน้า ห้ามให้น้ำหรือเหงื่อเข้าตาเด็ดขาด 2. งดทาครีมและแป้งที่หน้า หลีกเลี่ยงฝุ่นละออง ควันธูป และควันไฟ 3. แนะนำการรักษาความสะอาดของเส้นผม โดยนอนให้ผู้อื่นสระให้ และระวังไม่ให้น้ำเข้าตา 4. ไม่ใช้มือหรือผ้าเช็ดหรือขยี้ตา ให้เช็ดตาด้วยสำลีสะอาดปราศจากเชื้อ และน้ำเกลือที่ได้รับจากโรงพยาบาลเท่านั้น 5. ครอบตาด้วย Eye shield ในช่วงกลางคืน และสวมแว่นตาในช่วงกลางวันเป็นเวลา 1 เดือน 6. แนะนำการตรวจสอบระดับการมองเห็นของตาข้างที่ผ่าตัดทุกวัน หากระดับการมองเห็นลดลงต้องรีบปรึกษาแพทย์ทันที 7. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรีบรายงานแพทย์ 8. ดูแลแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการจัดที่อยู่อาศัยให้สะอาดเรียบร้อย อากาศถ่ายเทได้สะดวก
3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการพร่องการมองเห็นหลังการผ่าตัดเนื่องจากถูกปิดตา กรณีศึกษาที่ 1, 2 ข้อมูลสนับสนุน - หลังการผ่าตัด Phacoemulsification with Intraocular Lens (IOL) Implantation Right eye แล้วถูกปิดด้วย eye pad และครอบด้วย eye shield ไว้ วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วย ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ ไม่พลัดตกจากเตียง หรือหกล้ม	1. แนะนำผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน และให้เคลื่อนไหวช้า ๆ 2. แนะนำสถานที่ทุกขั้นตอนของการเคลื่อนย้ายและเดินนำผู้ป่วย 3. ไม่ละทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพัง และยกที่กั้นเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาล 4. แนะนำผู้ดูแลให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตา(Endophthalmitis) กรณีศึกษาที่ 1, 2 ข้อมูลสนับสนุน - มีแผลผ่าตัดที่ตาข้างขวา - ได้รับการใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่ตาข้างขวา วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตาข้างขวาที่ได้รับการผ่าตัด ประเมินผลทางการพยาบาล - หลังการผ่าตัดไม่มีภาวะติดเชื้อภายในลูกตาข้างขวา - ผู้ป่วยไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ	1. แนะนำวิธีการทำความสะอาดใบหน้าโดยไม่ให้น้ำเข้าตาข้างขวาที่ผ่าตัด 2. ให้การปฏิบัติตามพยาบาลทุกขั้นตอนด้วยวิธีปลอดเชื้อ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง 3. แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดได้ เช่น ปวดตาอย่างรุนแรง กินยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น มีอาการน้ำตาไหลมากผิดปกติ 4. เช็ดตา sterile ดูแลให้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Ciprofloxacin (500 mg) 1x2 pc. 6. อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายจากการติดเชื้อเพราะการติดเชื้อที่รุนแรงควบคุมไม่ได้ อาจทำให้ตาบอดได้ 7. วัดและตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง หากมีอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
5. เสี่ยงต่อภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน (Intraocular lens Dislacate) กรณีศึกษาที่ 1, 2 ข้อมูลสนับสนุน	1. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับตาข้างขวาที่ผ่าตัด ให้นอนราบ 12 ชั่วโมง 2. แนะนำหลีกเลี่ยงการออกแรงมากๆในการเบ่งถ่ายอุจจาระ การสั่นหน้ามากๆ ขณะแปรงฟัน และไม่ก้มหน้าต่ำกว่าเอว

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
- ผู้ป่วยถามว่าเวลานอน นอนตะแคงได้ทั้ง 2 ข้างเลยได้มั้ย - ผู้ป่วยถามว่าเคี้ยวหมากได้มั้ย วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน	3. หลังการผ่าตัด 2 เดือนแรก ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหม เช่น การกระโดด และไม่ควรยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม หรือทำงานหนักที่อาจกระทบกระเทือนถึงตาได้ เช่น ขุดดิน ซักผ้า ตำน้ำพริก เป็นต้น
6. ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน กรณีศึกษาที่ 1,2 ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยวิตกกังวลซักถามบ่อยครั้งกลัวเช็ดตาและหยอดยาไม่ถูกต้อง - ผู้ป่วยบ่นว่ามีอาการหลงลืมบ่อยๆ - ผู้ดูแลถามว่ากลับบ้านไปต้องดูแลอย่างไรบ้าง เพราะไม่เคยผ่าตัดเลย - ขณะสอน สาธิตวิธีเช็ดตา หยอดยา ลูกสาวมีสีหน้ากังวลและซักถามซ้ำๆ วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เมื่อกลับบ้าน ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง โดยสามารถบอกถึงอาการ การรักษา การปฏิบัติต่อการเช็ดตา หยอดยาได้ถูกต้อง - ผู้ดูแลมีความเข้าในในเรื่องโรค สาเหตุของการเกิดโรค อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อการปฏิบัติหลังผ่าตัดได้ - ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถตอบคำถามและบอกถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปบ้านได้อย่างถูกต้องในเรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาได้อย่างถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยในเรื่อง - ที่อยู่อาศัย แนะนำไม่ต้องขึ้นลงบันไดบ่อยครั้ง จัดบ้านให้โล่งไม่มีสิ่งกีดขวางเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ - อาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้มากที่สุดรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยชอบและมีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ เช่น ปลา นอกจากนี้ควรรับประทานผลไม้ เช่น ส้ม มะละกอ ผัก ที่ต้มจะนิ่มรับประทานง่าย - สุขภาพอนามัยส่วนตัว-การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง การรักษาความสะอาดของปากและฟัน โดยการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ หรือตอนเช้าและก่อนเข้านอน การงดสูบยาเส้นมวนใบจาก - อุบัติเหตุ ต้องระวังอุบัติเหตุ ไม่ควรวางของเกะกะผู้ป่วย อาจสะดุดล้มได้เช่นเดียวกัน - การให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้ดูแลควรให้ความสนใจในสุขภาพ การกินอยู่นอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ 2. ประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้านในเรื่อง - โรค อาการ การรักษา - การปฏิบัติเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้านเรื่อง การเช็ดตา หยอดตา และการป้องกันการติดเชื้อและอาการแทรกซ้อน - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค สาเหตุของการเกิดโรค อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด - แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ - สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการเช็ดตา การหยอดยาให้ถูกต้องตามเทคนิคปลอดเชื้อ และฝึกให้ญาติได้ปฏิบัติจริง เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมอุปกรณ์ การล้างมือก่อนเช็ดตา เทคนิคการเช็ดตา หยอดตา 3. แนะนำเรื่องการรับประทานยา และการใช้ยาหยอดตาตามแผนการรักษา 4. เน้นให้เห็นความสำคัญของการครอบตา 5. ทบทวนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การนอนทับข้างผ่าตัด แรงกระแทกเพื่อป้องกันภาวะเลนส์เคลื่อน 6. แนะนำให้ญาติจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ รู้จักป้องกันและตระหนักถึงอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น เช่น การลื่นหรือสะดุดสิ่งของ หกล้ม การตกบันไดหรือถูกสิ่งของกระแทกลูกตา 7. แนะนำให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ การมองเห็นลดลงจากเดิมมากปวดตามากผิดปกติ

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	มีสิ่งคัดหลั่งออกจากตามากและมีสีผิดปกติ ตาแดงมากขึ้นผิดปกติ ตาขาวบวมน้ำมาก 8. แนะนำให้เห็นความสำคัญของการมาพบจักษุแพทย์ทุกครั้ง โดยบอกเหตุผลและเป้าหมายที่ต้องมาพบแพทย์
6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันภายในลูกตาสูง กรณีศึกษาที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน - แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการวัดความดันลูกตา IOP ตาซ้ายเท่ากับ 28 mmHg วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันภายในลูกตาสูงกว่าเดิม - ระดับความดันลูกตา ≤ 28 mmHg หรืออยู่ในช่วง 6-21 mmHg ตามเกณฑ์ปกติ ประเมินผลการพยาบาล - ระดับความดันภายในลูกตาไม่สูงกว่าเดิม และลดลงอยู่ในช่วง 21-25 mmHg	1. เฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันภายในลูกตาสูงเพิ่มขึ้น โดย - ประเมินอาการปวดตาโดยใช้ Pain Score และการไม่ตอบสนองต่อยาแก้ปวด - ติดตามค่าระดับความดันลูกตา 2. แนะนำการหลีกเลี่ยงการไอจาม เพื่อลดการเพิ่มแรงดันลูกตาได้ 3. ดูแลให้ Diamox (250mg) ½ tab oral qid. พร้อมแนะนำอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิด เช่น รสขม อาการชาตามมือและเท้า อาการเบื่ออาหาร เสียดุลเกลือแร่ พร้อมทั้งแนะนำการรับประทานผลไม้พวก องุ่น กล้วย ส้มเพื่อเพิ่มสมดุลเกลือแร่
3. แผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนแรกหลังผ่าตัดให้ปฏิบัติตัวดังนี้ 1. ตอนกลางวันให้ใส่แว่นกันแดดตลอดเวลา ตอนกลางคืนให้ปิดฝาครอบตาเพื่อมิให้โดยกระทบกระเทือนและให้ล้างทำความสะอาดที่ครอบตาและแว่นตาทุกวัน 2. ห้ามขยี้ตาข้างที่ผ่าตัด เพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อและแผลอาจฉีกขาดได้ ถ้ามีอาการคันหรือเคืองตา ให้เช็ดตาด้วยไม้พันสำลีที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว-ห้ามล้างหน้า ถ้าจะทำความสะอาดหน้าให้ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำบิดให้หมาด ๆ เช็ดให้ทั่วใบหน้า-แปรงฟันได้แต่ค่อย ๆ อย่าส่ายหน้าไปมา ระวังอย่าให้เกิดอาการ 3. สระผม ควรนอนหงายให้คนอื่นสระ และสระเบา ๆ ห้ามขยี้หรือเกาแรง ๆ อย่าให้น้ำกระเด็นเข้าตาไม่ควรตัดผม เพราะเศษผมหรือรังแค อาจจะปลิวเข้าตาทำให้เกิดการอักเสบได้ คลื่นไส้อาเจียน 4. หลีกเลี่ยงการไอ จามแรง ๆ ถ้ามีอาการไอรุนแรง จามบ่อย ควรปรึกษาแพทย์รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ยกเว้นของที่แข็งหรือเหนียว มีรสจัด ควรรับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผัก ผลไม้ เพื่อป้องกันท้องผูก ห้ามเบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะจะทำให้แรงดันขึ้นบริเวณตา เป็นสาเหตุทำให้ปวดตา และเลือดออกในตาได้ ควรรับประทานอาหารที่บำรุงสายตา ซึ่งมีวิตามินเอ ได้แก่ ผักสีเขียวเข้มและสีเหลือง เช่น คะน้า ผักบุ้ง ฟักทอง มะละกอ มะเขือ แครอท 5. กิจวัตรประจำวันอื่น ๆ ทำได้ตามปกติ เช่น ใช้สายตาอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ แต่ไม่ควรติดต่อกันเป็นเวลานานการเดินเข้าห้องน้ำ หรือขึ้นลงบันได ให้ระมัดระวังการสะดุดลื่นหกล้ม 6. เช็ดตาเป็นเวลา 10 - 14 วัน หลังผ่าตัด วันละครั้งตอนเช้า และหยอดตาตามที่แพทย์สั่งโดยเคร่งครัดและล้างมือให้สะอาดก่อนทุกครั้ง เพราะอาจเกิดการติดเชื้อที่ตาได้ และไม่ใช้ยาร่วมกับผู้อื่น ไม่นำยาไปให้คนอื่นใช้ต่อ 7. ต้องกลับมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง จนกว่าแพทย์ผู้รักษาจะแจ้งให้ทราบว่าหายเป็นปกติแล้ว หรือมาก่อนนัดได้ ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวดตามาก กินยาแก้ปวดแล้วไม่ทุเลา ตาแดงมากขึ้น มีขี้ตามาก ตามัวลง มองไม่ชัดเหมือนตอนหลังผ่าตัดใหม่ ๆ ซึ่งปกติควรมองเห็นชัดขึ้นตามลำดับ	

อภิปรายผล

ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีอาการหลงลืมบ่อย การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไม่สามารถจดจำได้ทั้งหมด จะต้องให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งผู้ดูแลดังกล่าวให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี และการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันและแตกต่างกันซึ่งสำคัญทุกขั้นตอนโดยเป็นการนำเอากระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมมาใช้ เริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย การรับทราบผลการวินิจฉัย แผนการรักษา

ของแพทย์ พยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่ แรกรับใหม่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รวมถึงให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน และการมาตรวจตามนัด เป็นต้น ซึ่งพยาบาลที่ดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ มีความคล่องแคล่วว่องไวมีอารมณ์ที่มั่นคง อดทน ซื่อสัตย์ มีปฏิญาณไหวพริบ ใช้สติปัญญาในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีความสามารถในการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อรับรู้และถ่ายทอดปัญหาของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขให้ทีมงานรับทราบเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดีและมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถมองเห็นและกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานทั้งด้านความรู้ ความสามารถและทักษะ การใช้เครื่องมือพิเศษทางตา ต่างๆ เพื่อให้ทีมการพยาบาลมีความพร้อมในการให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.ควรมีแนวทางการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญตา เกิดชูชื่น และสุจินดา ริมศรีทอง. (2540). การพยาบาลจักษุวิทยา เล่ม 1. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
2. งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ และคณะ. (2559). ตำราพื้นฐานการผ่าตัดต้อกระจก. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิยาลัย. จักษุจุฬา พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร.
3. จันจิราภรณ์ วิชัย, สายสมร พลดงนอก, กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ์. (2558). ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง.ขอนแก่น: หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
4. น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์. (2550). การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจก. ราชวิลัยจักษุแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร.
5. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2565). รายงานสถิติการผ่าตัดต้อกระจก ปี 2563-2566. เวชระเบียนแผนกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
6. ละมิตร์ ปึกขาว, เพ็ญจันทร์ แสนประสานและกาญจนา หัถรังสี. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบมีส่วนร่วมแบบ เอื้ออาทร ตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี.วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 29 (5), 864-875.
7. วงเดือน ธรรมสุนทร. (2563). การศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต้อกระจกโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 3 (2),63-75.
8. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
9. อมราภรณ์ ลาภชูรัต. (2561). ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลสุราษฎร์ ธานี.วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 ปีที่ 32 (3),1099-1112.
10. American Academy of Ophthalmology. (2017). Basic and clinical science course section 11: Lens and Cataract.
11. Chern, K. C. (2017). Emergency Ophthamology a rapid treatment Guide. New York: Mc Grawhill, Medical Publishing Divition.
12. Eye Disease Prevalence Research Group (EDPRG). (2014). Prevalence of cataract and pseudophakia/aphakia among adult in the United State. Arch Ophthalmol. 122: 487-494.

การพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The nursing of Patients Premature birth care at Kalasin Hospital

(Received: October 31,2023 ; Revised: November 15,2023 ; Accepted: November 22,2023)

จตุพร แจ่มจันทร์[1]
Jatuporn Jamjan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนด 2) ให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลจากบัตรบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดมารับบริการที่ตึกสูติกรรมหลังคลอดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือนย้อนหลัง ระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนมิถุนายน 2566

ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีประเด็นปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลและนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและนำแนวคิดกระบวนการพยาบาลกำหนดไว้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนนำทักษะประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดมาใช้ พบว่าผู้คลอดปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

คำสำคัญ: การคลอดก่อนกำหนด, การพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนด

Abstract

This study is aimed 1.) To practice nursing care patients Premature birth in kalasin hospital. 2.) Keep patients safe from complications during treatment at the hospital. storage cards medical records of patient admit Premature birth at the service who underwent Postpartum obstetrics building at kalasin hospital data were collected during the past 6 month in January 2023 to June 2023.

The results showed that all 2 patients. The problem is the same and different after the study was to analyze the issues nursing and is defined as concept and nursing diagnoses nursing process defined as covering both the physical, mental, emotional and social. As well as the skill, experience and expertise in the care of patients premature birth used. Found that the of both the mother and baby was safe and had no complications.

Keyword : Premature birth, the nursing of Patients Premature birth care

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขอันดับต้น ๆ ของทุกประเทศ เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิต (neonatal mortality) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการต่อทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งอัตราตายปริกำเนิดและภาวะทุพพลภาพของทารกสูงทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา โดยพบว่าร้อยละ 75 ของอัตราตายปริกำเนิดจากการคลอดก่อนกำหนด ประมาณร้อยละ 30 - 40 ของทารกที่คลอดก่อนกำหนดเกิดก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ในสถาบันที่มีความพร้อมหรือในประเทศที่พัฒนาแล้ว อัตราการรอดชีวิตของทารกที่คลอดก่อนกำหนดหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์พบได้สูง ดังนั้นอัตราการรอดชีวิตของทารกจึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอายุครรภ์ที่คลอด

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในประเทศที่พัฒนาแล้วพบประมาณร้อยละ 5-10ของการคลอดมีชีวิต ซึ่งสภาวะ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1.ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ที่มีผลกระทบรุนแรงต่อสุขภาพมารดา ทำให้เกิดอันตรายทารกในครรภ์จำเป็นต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด ภาวะที่มีข้อบ่งชี้เหล่านี้ (indicated or iatrogenic causes) เป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดได้ประมาณร้อยละ25 เช่น Pregnancy induced hypertension (PIH), Heart Disease during Pregnancy เป็นต้น

2. ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนครรภ์ครบกำหนดและก่อนการเจ็บครรภ์ (Preterm premature rupture of membranes : PROM) เป็นภาวะที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์และเกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา พบได้ประมาณร้อยละ 25 ของการคลอดก่อนกำหนด

3. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเอง (spontaneous preterm labour) โดยถุงน้ำคร่ำยังอยู่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการคลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่เกิดโดยไม่พบสาเหตุ แต่จะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด เช่น ปัจจัยทางมารดา, ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม, ปัจจัยทางสังคม เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นทำให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ โดยเฉพาะทารกในครรภ์จะได้รับผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ทำให้ทารกแรกเกิดมีคะแนน Apgar score ต่ำ หรือการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในขณะคลอดทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นได้

จากสถิติบริการพบว่าผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดที่มารับบริการที่ตึกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่า ปี 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 175 ราย, 246 ราย และ 369 ราย (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2563-2565) รับเข้าไว้ดูแลทั้งหมดตามลำดับ ซึ่งพยาบาลที่ดูแลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำ สามารถวางแผนการพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนดได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นหลัก ดังนั้นข้าพเจ้าจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและให้การพยาบาลแก่ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดเป็นอย่างมากจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมความรู้ด้านวิชาการการพยาบาลและประสบการณ์จากการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายโดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน, ประวัติการเจ็บป่วย, ประวัติครอบครัว, ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกายและการรักษาของแพทย์เพื่อเป็นข้อมูลนำไปวิเคราะห์ที่จะประเมินสถานการณ์ของผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดแล้วมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกันไป ในระหว่างเดือนมกราคม 2566 - เดือนมิถุนายน 2566 โดยเก็บข้อมูลจากสมุดบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย การบริการพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนด มี 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะก่อนคลอด การพยาบาลขณะคลอดและการพยาบาลระยะหลังคลอด

ผลการศึกษา

1.รายงานผู้ป่วย

รายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์รูปร่างผอม น้ำหนัก 52 กก. ส่วนสูง 162 ซม. อายุครรภ์ 34+3 สัปดาห์

ระดับยอดมดลูก 2/3 มากกว่าสะดือ ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ เด็กอยู่ในท่า LOA เสียงหัวใจเด็ก 146 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นสม่ำเสมอ มดลูกมีการหดรัดตัว ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส น้ำตาลและไข่ขาวในปัสสาวะปกติ มีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์

รายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์รูปร่างท้วม น้ำหนัก 73 กก. ส่วนสูง 166 ซม. อายุครรภ์ 34+5 สัปดาห์ ระดับยอดมดลูก 3/4 มากกว่าสะดือ ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ เด็กอยู่ในท่า LOA เสียงหัวใจเด็ก 138 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นสม่ำเสมอ มดลูกไม่มีการหดรัดตัว ความดันโลหิต 170/110 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ค่าน้ำตาลปกติแต่ไข่ขาวในปัสสาวะ 4+ มีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์

2. กิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนคลอด 1.เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด - เพื่อเตรียมความพร้อมในการช่วยทารกแรกคลอดก่อนกำหนด - ทารกคลอดก่อนกำหนดได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการได้รับยากระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดตั้งแต่ก่อนคลอด - เตรียมความพร้อมผู้คลอดและครอบครัวกรณีต้องคลอดก่อนกำหนดทารกน้ำหนักน้อย ประเมินผลทางการพยาบาล มารดาและทารกปลอดภัยจากการคลอดก่อนกำหนดและได้รับความพร้อมในการดูแลตามมาตราฐานภาวะการคลอดก่อนกำหนดจากทีมสหสาขาวิชาชีพ	1. รายงานแพทย์ทุกรายในมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2. ซักประวัติตรวจร่างกาย ประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอน เชื่อถือได้ คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 3. NST เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ 4. ดูแลให้ผู้คลอด Bed rest 5. ดูแลเพื่อให้ได้รับยายับยั้งการอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแผนการรักษาต่อเนื่อง ปรับขนาดยาจนมดลูกไม่มีการหดหัดตัว 6. ดูแลให้ได้รับยาเพื่อกระตุ้นสาร surfactant ของปอดทารกตามแผนการรักษา 7. ส่งตรวจเลือด ปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกายตามแผนการรักษา และติดตามผลการตรวจ 8. กรณีเจ็บครรภ์มากขึ้น ทั้งที่ให้ยายับยั้งการคลอดและมีการเปิดขยายของปากมดลูก รายงานสูติแพทย์และกุมารแพทย์รับทราบ case เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับเด็ก 9. เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือช่วยรับทารกแรกเกิดเตรียมทีมบุคลากรให้พร้อมช่วยเหลือเมื่อปากมดลูกเปิด7cm. 10. Observe FHS , Uterine contraction , V/S 11. ดูแลให้การพยาบาลตามกระบวนการอย่างใกล้ชิดเมื่อเข้าระยะ Active phase 12. Observe Progress of labor
2. ไม่สุขสบายจากอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ - ผู้คลอดยอมรับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม - ปฏิบัติตัวตามเทคนิคลดปวดได้ ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอดนำเทคนิคการทำสมาธิ และการนวดผ่อนคลายมาใช้ ผู้คลอดเจ็บครรภ์น้อยลง, และนอนหลับพักผ่อนได้เป็นพักๆ	1. ประเมินอาการเจ็บครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้นและความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด 2. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก และความก้าวหน้า ของการคลอดตาม partograph 3. สอนการผ่อนคลาย หรือการบำบัดจิตใจและร่างกายมีหลากหลายเทคนิค เช่น การทำสมาธิ การนวด เป็นต้น และติดตามการปฏิบัติให้ต่อเนื่อง ให้ญาติช่วยดูแลได้ตลอดเวลา 4. อยู่ใกล้ชิดให้กำลังใจ พูดคุยปลอบโยน 5. ดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ กรณีควบคุมความเจ็บปวดไม่ได้
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก	กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1 ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอดได้รับยายับยั้งการคลอดในปริมาณที่เหมาะสมไม่เกิดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก และV/S PR 80- 100 ครั้ง/นาที BP 120/80 -130/90 mmHg	1.ซักประวัติโรคประจำตัวที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงเมื่อได้รับยา Bricanyl เพื่อยับยั้งการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ได้แก่ DM ,Hyperthyroidism, HD เป็นต้น ถ้ามีรายงานแพทย์ทันที 2.ตรวจร่างกายทั่วไป observe UC ,V/S , FHS 3.อธิบายแผนการรักษา ฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงของ Bricanyl ให้ผู้คลอดรับทราบ ให้สังเกตอาการผิดปกติได้แก่ ใจสั่น เหนื่อยมากให้แจ้งพยาบาลทราบ 4.ดูแลให้ได้รับยา Bricanyl ตามแผนการรักษา on 5%D/W 500 cc+ Bricanyl 5 amp vein drip ปรับขนาดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ tritrat ยาทุก 30 นาทีตามอาการของผู้คลอดจนไม่มีอาการหดรัดตัวของมดลูก หรือเมื่อผู้คลอดใจสั่นมากไม่สามารถทนต่อขนาดยาได้ให้คงขนาดยาที่น้อยที่สุดที่ทำให้มดลูกไม่มีการหดรัดตัวไว้ 5. ประเมิน FHS, V/S ,UC ทุก 1 ชั่วโมง 6.ให้ Bed rest
4 .ผู้คลอดและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ - เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้สูตินารีแพทย์ทำการรักษาด้วยความเข้าใจและให้ความร่วมมือ, ผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจฟังคำแนะนำ และตอบคำถามได้	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้คลอดที่กำลังเผชิญอยู่ 2. ให้ข้อมูลของโรคเพิ่มเติมบอกผลการตรวจรักษา แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 3. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติซักถามข้อมูล ระบายความรู้สึกด้วยท่าที่เป็นมิตรและให้ผู้คลอดและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษา 4. บอกแนวทางการดูแลเมื่อต้องคลอดว่ามีทีมแพทย์และพยาบาลทั้งทางสูติกรรมและกุมารแพทย์ที่จะให้การดูแลมารดาและทารกขณะคลอดเป็นอย่างดีเพื่อให้เกิดความมั่นใจ 5. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ได้พักผ่อน 6. อนุญาตให้ญาติเยี่ยมได้ตลอดเวลา
1.ผู้คลอดมีภาวะ Severe Preeclampsia กรณีศึกษาที่ 2 วัตถุประสงค์ - ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะ Severe Preeclampsia ประเมินผลทางการพยาบาล หลังจากได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ผู้คลอด BP อยู่ในช่วง 140/90 - 160/110 มิลลิเมตรปรอท, อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวลดลง แต่ผล Urine พบ Albumin 4 + และผล Urine Protein 24 ชั่วโมง พบ 5.92 g/day แพทย์จึงพิจารณาช่วยคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอด	1. ประเมินอาการของผู้คลอดตามภาวะ Severe Preeclampsia หากผิดปกติรีบรายงานแพทย์ 2. Retain' s foley' s catheter เพื่อบันทึกปัสสาวะออก 3. เตรียมรถ Emergency 4. Observe V/S ,I/O,N/S , O2 Sat 5. ดูแลให้ได้รับยา MgSO4 ตามแผนการรักษา เพื่อกันชักและ Observe อาการชัก 6. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา 7. จัดสิ่งแวดล้อมลดสิ่งกระตุ้น
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักเนื่องจากความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาที่ 2 วัตถุประสงค์ - ผู้คลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะชัก ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะชัก,อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวลดลง, หลังรับการรักษา	1. ดูแลให้ Absolute bed rest 2. รายงานแพทย์ทันทีหากพบอาการผิดปกติ 3. ประเมินอาการผู้คลอดอย่างใกล้ชิด 4. Observe V/S โดยเฉพาะ BP ทุก 30 นาที - 1 ชม. 5. Observe FHS , Urine Out put ทุก 1 ชม. ประเมินอาการปวดศีรษะ ตามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ปวดท้องด้านบนขวา 6. ดูแลให้ได้รับยา MgSO4กันชักและยากันชักตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
BP อยู่ในช่วง 140/90 - 150/100 มิลลิเมตรปรอท	7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO4 กรณีศึกษาที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ - ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO4 ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO4 , หลังรับการรักษา BPอยู่ในช่วง 140/90 - 150/100 มิลลิเมตรปรอท	1. อธิบายแผนการรักษา ฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยาให้ผู้คลอดทราบ 2. ดูแลให้ได้รับยาต่อเนื่อง โดยให้เครื่องควบคุมการหยด (วิธีการให้ยา) ให้ 10 % MgSO4 4 กรัม vein slowly push หรือให้ 50% MgSO4 4 กรัม + 5% D/W 100 cc. vein drip อัตราให้ 300 cc/hr Then 5% D/W 1000 cc. + 50% MgSO4 10 กรัม vein drip อัตราให้ 100 cc/hr 3. ติดตามผลข้างเคียงของยา10 % MgSO4 หากมีอาการรีบรายงานแพทย์ทันที 4. Retained Foley' catheter 5. Observe V/S ,I/O,N/S ,Urine Out put ทุก 1 ชม.
4. ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว กรณีศึกษาที่ 2 วัตถุประสงค์ - เพื่อทุเลาอาการเจ็บครรภ์สามารถใช้เทคนิคการหายใจทุกครั้งและการผ่อนคลายด้วยสมาธิ เพื่อคลายความเจ็บปวดได้บ้างเมื่อมดลูกคลายตัว ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอดส่งเสียงครวญครางเบาลง และอาการกระสับกระส่ายลดลง เมื่อมดลูกหดรัดตัว 3-4 ครั้งใน 10 นาที	1. เฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอบโยนให้กำลังใจ และสัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้เกิดความอบอุ่น เกิดความมั่นใจและสามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดได้ 2. ประเมินระดับความเจ็บปวดและสอนเทคนิคการหายใจที่ถูกวิธี เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด พร้อมทั้งให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น เมื่อมดลูกหดรัดตัวให้หายใจเข้าลึก ๆ ช้า และหายใจออกช้า ๆ 3. สอนการผ่อนคลาย หรือการบำบัดจิตใจและร่างกายมีหลากหลายเทคนิค เช่น การทำสมาธิ การนวด เป็นต้น และการช่วยบีบนวดบริเวณหลัง กระดูกก้นกบ และหน้าขาให้อย่างเบามือ เพื่อบรรเทา อาการปวด และเพื่อให้ผู้คลอดมีกำลังใจและมั่นใจว่าจะผ่านความเจ็บปวดนี้ไปได้ด้วยดี 4. ดูแลความสุขสบายทั่ว ๆ ไป เช่น เช็ดหน้า เช็ดตัว จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก เสื้อผ้าและเครื่องนอนสะอาด ไม่เปียกชื้น เพื่อให้ผู้คลอดสุขสบายและรู้สึกสดชื่นขึ้น 5. ตรวจและบันทึกการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที เพื่อประเมินภาวะผิดปกติของการหดรัดตัวของมดลูก
ระยะขณะคลอด **กรณีศึกษาที่ 1** 1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะคลอด วัตถุประสงค์ - ผู้คลอดปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะคลอด ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอดปลอดภัยจากการเกิดภาวะ แทรกซ้อนระยะคลอด , ดำเนินการคลอดได้เป็นปกติทั้งมารดาและรกคลอดสมบูรณ์	1. ประเมินการเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด 2. เตรียม set และเครื่องมือช่วยคลอด 3. เตรียมความสะอาดผู้คลอดโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ 4. ประเมิน FHS on monitor บันทึกทุก 5 นาที และ v/s การหดรัดตัวของมดลูก ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง 5. ควบคุมการเบ่งให้มีประสิทธิภาพตามการหดรัดตัวของมดลูก ช่วยคลอดตามมาตราฐานวิชาชีพ 6. คลอดรกอย่างมีประสิทธิภาพ ตรวจความสมบูรณ์ของรก 7. คลึงมดลูกไล่ blood clot ประเมินปริมาณการสูญเสียเลือด 8. สร้างปฏิสัมพันธ์หลังคลอดทันที โดยอุ้มทารกให้มารดาสัมผัสและกระตุ้นการดูดนม 9. บันทึกข้อมูลการคลอดอย่างครบถ้วน
2. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Birth Asphyxia วัตถุประสงค์ ทารกปลอดภัยจากการเกิดภาวะ Birth Asphyxia ประเมินผลทางการพยาบาล ทารกปลอดภัยจากการเกิดภาวะ Birth Asphyxia , Apgar score 9 - 10 - 10 คะแนน , O2 sat 95-98 % ย้าย	1.ประเมิน FHS ทุก 5 นาที ขณะเบ่งคลอด 2. เมื่อทารกคลอดผู้ทำคลอด suction โดยลูกสูบยางแดงดูดที่ปากและจมูกทารกให้โล่ง กระตุ้นให้ทารกร้อง 3. ประเมินเช็ดตัวทารกให้แห้ง ตัด cord ส่งต่อให้มารดาสัมผัสโอบกอดให้ความอบอุ่น ดูดนมภายใต้ผ้าอุ่น 4. ประเมิน Apgar score นาทีที่ 1 - 5 - 10 ถ้าต่ำกว่า 8 รายงานกุมารแพทย์

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ไป observe อาการต่อที่ตึกเด็กอ่อนเพราะน้ำหนักตัวน้อย	5. ให้การพยาบาลทารกภายใต้ Radian warmer
3. ป้องกันการติดเชื้อขณะคลอด ข้อมูลสนับสนุน - ผู้คลอดมีแผลที่ Perineum วัตถุประสงค์ - ผู้คลอดปลอดภัยจากการติดเชื้อขณะคลอด ประเมินผลทางการพยาบาล หลังคลอดผู้คลอดไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	กิจกรรมทางการพยาบาล 1. ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วๆ ไป เช่นอาบน้ำ, เปลี่ยนเสื้อผ้า, ผม, เล็บ, สะอาด 2. ดูแลแนะนำให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ 3. ทำความสะอาดบริเวณ Perineumโดยใช้ 7.5% Betadine Solution ฟอกทำความสะอาดและผู้เข้าช่วยคลอดล้างมือให้สะอาด เช็ดมือ และสวมถุงมือตามเทคนิค sterile 4. ใช้ Sponge Forceps พร้อม Gauze sterile ชุบน้ำยา 10% Betadine Solution ทาบริเวณ Perineum เป็นวงกลม ออกไปโดยรอบ รัศมี 8-12 นิ้วแล้ว Paint อีกครั้ง 5. ตรวจสอบเครื่องใช้ในการคลอดให้พร้อม โดยผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อทุกชิ้น 6. การหยิบใช้และส่งเครื่องมือคลอด ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนของการทำให้ปราศจากเชื้อโดยเคร่งครัด เช่น ไม่นำเครื่องมือที่ใช้แล้วไปวางรวมกับเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อโรค
กรณีศึกษาที่ 2 1. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายขณะผ่าตัด วัตถุประสงค์ - ผู้คลอดปลอดภัยจากการติดเชื้อขณะผ่าตัด - ความสะอาดทั่วไปของร่างกายผู้ป่วย - ความสะอาดของผิวหนังเฉพาะบริเวณ ผ่าตัด - ความสะอาดของเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ในการผ่าตัด ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอดไม่ติดเชื้อจากการผ่าตัด สัญญาณชีพ ความดันโลหิตช่วงแรก หลังผ่าตัด 140/90-150/100 mmHg และช่วงต่อมา BP 120/80-140/80 mmHg ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วๆ ไป เช่นอาบน้ำ, เปลี่ยนเสื้อผ้า, ผม ,เล็บ, สะอาด 2. ดูแลความสะอาดผิวหนัง เฉพาะบริเวณที่จะผ่าตัดว่ามีบาดแผล จากการโกนหรือไม่ถ้ามีควรรายงานแพทย์ 3. ทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการผ่าตัด โดยการล้างมือให้สะอาด เช็ดมือและสวมถุงมือ 4. ใช้Sponge Forceps พร้อมGauze sterile ชุบน้ำยา Betadine Solution ทาบริเวณ หลังที่จะทำการผ่าตัดเป็นวงกลม ออกไปโดยรอบ รัศมี 8-12 นิ้วแล้ว Paint อีกครั้ง 5. ตรวจสอบเครื่องใช้ให้พร้อม โดยผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อทุกชิ้น 6. การหยิบใช้และส่งเครื่องมือผ่าตัด ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนของการทำให้ปราศจากเชื้อโดยเคร่งครัด เช่น ไม่นำเครื่องมือที่ใช้แล้วไปวางรวมกับเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อโรค
2. ป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด วัตถุประสงค์ - ผู้คลอดปลอดภัยจากการติดเชื้อขณะผ่าตัด ประเมินผลทางการพยาบาล หลังผ่าตัดผู้คลอดไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วๆ ไป เช่นอาบน้ำ, เปลี่ยนเสื้อผ้า, ผม, เล็บ, สะอาด 2. ดูแลความสะอาดผิวหนัง เฉพาะบริเวณที่จะผ่าตัดว่ามีบาดแผล จากการโกนหรือไม่ถ้ามีควรรายงานแพทย์ 3. ทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการผ่าตัดหน้าท้อง โดยใช้ 7.5% Betadine Solution ฟอกทำความสะอาด และผู้เข้าผ่าตัดล้างมือให้สะอาด เช็ดมือ และสวมถุงมือตามเทคนิค sterile 4. ใช้Sponge Forceps พร้อมGauze sterile ชุบน้ำยา 10% Betadine Solution ทาบริเวณหน้าท้องที่จะทำการผ่าตัดเป็นวงกลม ออกไปโดยรอบ รัศมี 8-12 นิ้วแล้ว Paint อีกครั้ง 5. ตรวจสอบเครื่องใช้ให้พร้อม โดยผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อทุกชิ้น 6. การหยิบใช้และส่งเครื่องมือผ่าตัด ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนของการทำให้ปราศจากเชื้อโดยเคร่งครัด เช่น ไม่นำเครื่องมือที่ใช้แล้วไปวางรวมกับเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อโรค 7. ดูแลสาย foley'catheter ไม่ให้สายหักพับงอ และดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์
3. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Birth Asphyxia วัตถุประสงค์ - ทารกปลอดภัยจากการเกิดภาวะ Birth Asphyxia	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมิน FHS ทุก 5 นาที ขณะเบ่งคลอด 2. เมื่อทารกคลอดผู้ทำคลอด suction โดยลูกสูบยางแดงดูดที่ปากและจมูกทารกให้โล่ง กระตุ้นให้ทารกร้อง

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ประเมินผลทางการพยาบาล ทารกปลอดภัยจากการเกิดภาวะ Birth Asphyxia , Apgar score 9 - 10 - 10 คะแนน , O2 sat 96-100% ย้ายไป observe อาการต่อที่ตึกเด็กอ่อนเพราะน้ำหนักตัวน้อย	3. เมินเช็ดตัวทารกให้แห้ง ตัด cord ส่งต่อให้มารดาสัมผัสโอบกอดให้ความอบอุ่น ดูดนมภายใต้ผ้าอุ่น 4. ประเมิน Apgar score นาทีที่ 1 - 5 - 10 ถ้าต่ำกว่า 8รายงานกุมารแพทย์ 5. ให้การพยาบาลทารกภายใต้ Radian warmer
ระยะหลังคลอด 1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์ - ผู้คลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด , V/S ปกติ T = 37.0 C , P = 80 -100 ครั้ง/ นาที RR =20-22 ครั้ง/ นาที BP 120/80 -130/90 mmHg	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกหลังคลอด ปริมาณเลือดที่ออก แผลฝีเย็บ กระเพาะปัสสาวะว่าง V/S ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง 2. กระตุ้น Breast Feeding 3. ดูแลให้ได้รับอาหาร และเครื่องดื่มที่ไม่ขัดต่อการรักษา 4. PV เปลี่ยนผ้าอนามัยและเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนมากเมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด
2. มีภาวะอ่อนเพลียเนื่องจากสูญเสียเลือดหลังคลอด กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์ ผู้คลอดปลอดภัยจากการสูญเสียเลือดหลังคลอด ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอดปลอดภัยจากการสูญเสียเลือดหลังคลอด พักผ่อนได้ ดูแลตนเองได้ ส่วนบุตรย้ายไป observe อาการต่อที่ตึกเด็กอ่อนเพราะน้ำหนักตัวน้อย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ส่งเสริมการพักผ่อน อนุญาตให้ญาติช่วยดูแลได้ตลอดเวลา 2. ดูแลให้ได้รับอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ขัดต่อการรักษา 3. ส่งเสริม Breast Feeding เริ่มจากให้ดูดในท่านอนเพื่อให้มารดาได้พัก 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา 5. ประเมินและบันทึก V/S
3.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล Perineum กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ - ผู้คลอดรู้สึกสบายไม่ปวดแผล, ผู้คลอดสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอดปวดแผลน้อยลง หลังได้รับยาแก้ปวด นอนหลับได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายไม่มีเสียงรบกวนดูแลความสะอาดของรอบๆเตียงผู้ป่วย 2. พูดคุยปลอบโยนจิตใจให้ยอมรับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดบ้าง แนะนำระยะเวลาของการเจ็บปวดจากระยะแรกจะมากและจะค่อยๆ ทุเลาลงเรื่อยๆ 3. ดูแลจัดท่านอนให้นอนราบหรือปรับหัวเตียงสูงเล็กน้อย หรือให้นอนในท่าที่สบายไม่ดึงรั้งแผล 4. ถ้าปวดมากให้ยาตามแผนการรักษาคือ Pethidine 50 mg vein ทุก 4-6 ชม. 5. สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมหรือไม่ หรือมีลักษณะบวมแดง ถ้ามีรายงานแพทย์ 6. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง/ทุก 30 นาที 2 ครั้ง/ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะ Stable
4.ขาดความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวหลังคลอด กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์ - มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติ ประเมินผลทางการพยาบาล มารดาสามารถอธิบายและตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 2. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ที่มีประโยชน์ต่อร่างกายอย่างเพียงพอ โดยรับประทานอาหารครบทุกประเภท เพื่อช่วยให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็ว และยังมีผลต่อการสร้างน้ำนม ในระยะหลังคลอด งดอาหารรสจัด ของหมักดอง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 3. แนะนำการพักผ่อนให้เพียงพอโดยเฉพาะสัปดาห์แรกหลังคลอด

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
หลังคลอดเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้ถูกต้อง	4. แนะนำให้ผู้ป่วยทำงานให้เหมาะสมกับสภาพความพร้อมของร่างกายและจิตใจในระยะ 2 สัปดาห์ หลังคลอดห้ามทำงานหนัก 5. แนะนำวิธีการบริหารร่างกายหลังผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมกบสภาพของผู้ป่วย 6. แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะเต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์ 7. แนะนำการงดร่วมเพศ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัดคลอด 8. แนะนำให้เข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และวิธีการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยและสามีเป็นคนตัดสินใจในการเลือก 9. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติซึ่งต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ แผลผ่าตัดซึม น้ำคาวปลามีกลิ่น 10. อธิบายเกี่ยวกับความสำคัญของการมาตรวจร่างกายหลังคลอด
5. เสี่ยงต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกบกพร่องเนื่องจากภาวะแยกจาก กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด ประเมินผลทางการพยาบาล มารดามีสัมพันธภาพกับบุตรเมื่อไปเยี่ยมจะมีการปฏิบัติตัว เช่น การอุ้มบุตรดูดนม เปลี่ยนผ้าให้บุตรได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ข้อมูลทารกแก่ผู้คลอดได้รับทราบเป็นระยะ แนะนำให้ญาติไปเยี่ยมทารกที่ตึกเด็กอ่อน และให้ข้อมูลทารกแก่ผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง 2. สนับสนุนให้ผู้คลอดไปเยี่ยมและให้นมบุตรทันทีที่ทำได้ 3. จัดสถานที่ให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันอย่างเหมาะ สมตามศักยภาพของมารดา 4. พยาบาลให้ข้อมูลในการดูแลบุตรและสอนการ Breast feeding
6.ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypothermia กรณีศึกษาที่ 1, 2 Hypothermia ประเมินผลทางการพยาบาล ทารกปลอดภัยจากการเกิดภาวะ Hypothermia, อุณหภูมิกายทารก 36.8 - 37.2 องศาเซลเซียสและร้องเสียงดังดี, ค่า O2 Sat อยู่ในช่วง 95 - 100%	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลทารกเปลี่ยนผ้าเมื่อเปียกชื้นอย่างสม่ำเสมอ 2. ดูแลหรือทำหัตถการต่างๆให้ทารกอยู่ภายใต้ Radian warmer หรือตู้อบ 3. ให้ความรู้แก่มารดาและญาติผู้ดูแลเรื่องการให้ความอบอุ่นแก่ทารก การอุ้มกอดสัมผัส การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ทารกซึม ปลายมือปลายเท้าเขียว ชีด ไม่ดูดนม ริมฝีปากเขียวให้แจ้งพยาบาลทันที 4. observer และบันทึกค่า O2 Sat หากผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที
1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoventilation และ Hypoxia กรณีศึกษาที่ 2 วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะ Hypoxia ประเมินผลการพยาบาล หลังผ่าตัดคลอดผู้ป่วยปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว SpO2 96-100 % สัญญาณชีพ ความดันโลหิตช่วงแรกหลังผ่าตัด 140/90-150/100 mmHgและช่วงต่อมา BP 120/80-140/80 mmHg, ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที , หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที	กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหงาย ตะแคงหน้าไปด้านหนึ่งเพื่อให้เสมหะออกมาป้องกันการสำลัก 2. ให้ออกซิเจนทางหน้ากากครอบหน้า 6 ลิตร/นาที 3. วัดสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที 4 ครั้งทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง จนกว่าจะปกติและทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูอาการเปลี่ยนแปลง 4. ฟังเสียงหายใจ ถ้ามีเสมหะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ บ้วนออกมาหรือใช้เครื่องดูดเสมหะออกมากระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจแรงๆ 5. สังเกตอาการเขียวคล้ำของผิว ปลายนิ้วมือ ปลายเท้า
3. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังการผ่าตัด วัตถุประสงค์ - ผู้คลอดปลอดภัยจากการติดเชื้อหลังผ่าตัด ประเมินผลทางการพยาบาล หลังผ่าตัดผู้คลอดมีแผลผ่าตัดซึมเล็กน้อย หลังdressingแผลแห้งดี, และสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37-37.2 องศา	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วๆ ไป เช่นเช็ดตัว, เปลี่ยนเสื้อผ้า,ผม ,เล็บให้สะอาด 2. ดูแล foley's catheter ให้ปัสสาวะไหลสะดวกและทำงานอยู่ในระบบปิด 3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 4. ดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งสะอาดและระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ 5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรีบรายงานแพทย์

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เซลเซียส ชีพจร 80-100ครั้ง / นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตช่วงแรกหลังผ่าตัด 140/90-150/100 mmHgและช่วงต่อมา BP 120/80-140/80 mmHg	
3. แผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดหรือผ่าตัดคลอดของมารดา ดังนี้ 1. ผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดที่ Perineum หรือแผลที่บริเวณหน้าท้อง ไม่ต้องตัดไหมเพราะเป็นไหมละลาย และแพทย์จะนัดมาดูแผล 1 สัปดาห์หลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล 2. ดูแลไม่ให้แผลเปียกน้ำ หากแผลมีน้ำเข้า หรือมีเลือดออกให้ไปทำแผลได้ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือมาโรงพยาบาลก่อนวันที่นัด 3. ผู้ป่วยจะมีนัดตรวจหลังคลอดเมื่อครบ 6 สัปดาห์ เพื่อประเมินแผลฝีเย็บ น้ำคาวปลา การเข้าอู่ของมดลูก ตรวจประเมินปากมดลูก และให้คำแนะนำ การวางแผนคุมกำเนิดหลังคลอด 4. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หลังคลอด 6 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะได้รับการตรวจหลังคลอด เนื่องจากช่วงหลังคลอดใหม่ ๆ ยังมีแผลในโพรงมดลูกและมีน้ำคาวปลา อาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ 5. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง และผลิตน้ำนมได้เพียงพอ เช่น อาหารพวกเนื้อสัตว์ต่าง ๆ ถั่ว ไข่ นมสด ผัก และผลไม้ทุกชนิด ดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 6-8 แก้ว อาหารที่ควรงด ได้แก่ อาหารรสจัด ของหมักดอง น้ำชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากสามารถผ่านทางน้ำนมได้ 6. การรักษาความสะอาดของร่างกาย ควรอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง (แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องควรใช้พลาสเตอร์กันน้ำปิด) ไม่ควรแช่ในอ่างน้ำ หรือแม่น้ำลำคลอง เพราะเชื้อโรคอาจผ่านเข้าไปในโพรงมดลูก ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ควรสระผมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ตัดเล็บให้สั้น เสื้อผ้าต้องสะอาดอยู่เสมอ เพื่อให้ร่างกายสะอาดสามารถดูแลบุตรในวัยทารกแรกเกิดได้ ไม่ติดเชื้อหรืออันตรายต่าง ๆ จากผู้ที่ให้การเลี้ยงดู 7. การพักผ่อน ควรพักผ่อนมาก ๆ ใน 2 สัปดาห์แรก โดยในตอนกลางวันควรพักผ่อนประมาณ 1-2 ชั่วโมงหรือพักผ่อนในช่วงที่ทารกหลับ ส่วนในตอนกลางคืนควรพักผ่อนอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมง 8. การทำงาน ในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด สามารถทำงานบ้านเบา ๆ ได้ ไม่ควรยกของหนักหรือทำงานที่ต้องออกแรงมาก เพราะกล้ามเนื้อและเอ็นต่าง ๆ ยังไม่แข็งแรง ซึ่งอาจทำให้มดลูกหย่อนภายหลังได้ หลังคลอด 2 สัปดาห์ไปแล้วค่อย ๆ ทำงานเพิ่มขึ้นทีละน้อยจนครบ 6 สัปดาห์จึงทำงานได้ตามปกติ 9. การดูแลรักษาเต้านมและหัวนม ควรล้างให้สะอาดขณะอาบน้ำ และเช็ดทุกครั้งหลังให้นม เพราะอาจมีคราบน้ำนมแห้งติด ทำให้หัวนมแตกเป็นแผลได้ ควรสวมเสื้อยกทรงพยุงเต้านมไว้ เนื่องจากเต้านมจะมีขนาดโตขึ้นอาจทำให้เต้านมหย่อนได้ภายหลัง 10. การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ควรทำความสะอาดด้วยสบู่ และล้างด้วยน้ำสะอาดทุกครั้งที่อาบน้ำและหลังการถ่ายปัสสาวะหรืออุจาระและซับให้แห้งจากด้านหน้าไปหลัง เพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคจากรูทวารหนักมาเข้าสู่ช่องคลอดได้ จากนั้นใส่ผ้าอนามัยที่สะอาดเพื่อรองรับน้ำคาวปลาที่ออกมา ป้องกันติดเชื้อควรเปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อชุ่ม หรือทุก 3-4 ชั่วโมง 11. หากกลับบ้านพบว่าน้ำคาวปลามีสีเข้มขึ้น มีก้อนเลือดออกจากช่องคลอด น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น มีไข้ ปวดท้องน้อย ให้กลับมาพบแพทย์ก่อนนัด 12. สังเกตอาการผิดปกติของทารกเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ตัวเหลือง มีไข้ ซึมลง ไม่ดูดนม ให้นำทารกมาพบแพทย์ก่อนนัด 13. การดูแลให้นมบุตร อธิบายให้เข้าใจถึงประโยชน์ของนมมารดา และแนะนำให้ปฏิบัติตามนโยบาย 3 ด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี 14. ทารกควรอยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้น ห่างไกลจากอันตรายต่าง ๆ จากสัตว์อื่น ๆ เช่น ยุง มด แมลงวัน แมลงสาบหรือหนู 15. การทำความสะอาดร่างกายให้ทารก ควรอาบน้ำสระผมด้วยน้ำอุ่น ของใช้ต่าง ๆ เช่น แป้ง สบู่ แชมพูสระผม ควรใช้แบบอ่อน ๆ สำหรับทารกโดยเฉพาะ	

อภิปรายผล

การดูแลพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการคลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องค้นหาสาเหตุและต้องได้รับการตรวจยืนยันอย่างรวดเร็วเพื่อให้การวินิจฉัยที่แน่นอนและเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง[2] ดังนั้นการพยาบาลผู้คลอดกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันและแตกต่างกัน[5] ซึ่งสำคัญทุกขั้นตอนจะต้องนำเอากระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานและแบบองค์รวมของการดูแลพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการคลอดก่อนกำหนดมาใช้ เริ่มตั้งแต่แรกรับผู้คลอด การรับทราบผลการวินิจฉัย แผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลต้องให้การ

พยาบาลผู้คลอดอย่างครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่ แรกรับใหม่ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด รวมถึงการปฏิบัติตัวหลังคลอด การนัดตรวจหลังคลอด เป็นต้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

พยาบาลประจำตึกสูติกรรมหลังคลอดต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ มีความคล่องแคล่วว่องไวมีอารมณ์ที่มั่นคง อดทน ซื่อสัตย์ มีปฏิญาณไหวพริบ ใช้สติปัญญาในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีความสามารถในการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อรับรู้และถ่ายทอดปัญหาของผู้คลอดและทารกที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขให้ทีมงานรับทราบเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดี และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก[10]

ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนด สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกช่วงอายุของการตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ในสถิติของการคลอดและเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งของการตายปริกำเนิดและทุพพลภาพของทารกแรกเกิด สำหรับแนวทางการดูแลรักษาสิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ อายุครรภ์ การเจริญของปอดทารก ภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก ปริมาณน้ำคร่ำลดลง ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น และการดูแลที่สำคัญอีกระยะหนึ่งคือ การดูแลทารกแรกคลอด ควรจะมีการเตรียมความพร้อมของทีมสำหรับการดูแลทารกแรกคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าทารกมีน้ำหนักน้อย ดังนั้นทีมผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีทักษะความรู้ความสามารถในกระบวนการดูแล มีการเฝ้าระวังและสามารถเตรียมการให้การพยาบาลที่เหมาะสมทันท่วงทีมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยของทั้งมารดาและทารก

เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา ศิรินาวิน และสาธิต วรรณแสง. (2557). ทักษะทางคลินิก. กรุงเทพ: รุ่งแสงการพิมพ์.
2. ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์ และคณะ. (2560). ตำราสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. กรุงเทพ: คณะแพทยศาสตร์ศิริ-ราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. พัญญู พันธ์บูรณะ และคณะ. (2557). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สูติศาสตร์ฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 2 สมุทรสาคร: พิมพ์ดี.
4. เยาวลักษณ์ โพธิดำรำ และ ธัญญา สิริธันยสวัสดิ์. (2563). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม ๔. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
5. ทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์, วิรัชนี สุขวัฒนานนท์, ศศิธร อินทุดม. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลจังหวัดแพร่. ปีที่ 28 ฉบับที่ 2: กรกฎาคม – ธันวาคม.
6. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2565). รายงานสถิติการคลอดก่อนกำหนด ปี 2563-2565. เวชระเบียนแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
7. วัชรี เรือนคง. (2563). ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้พลังขับเคลื่อนเครือข่าย. กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็กศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
8. แสงแข ชำนาญวนกิจ. (2560). ภาวะติดเชื้อในระยะแรกทารกแรกเกิด. กรุงเทพ: กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมงกุฎเกล้า.
9. สายฝน ชวาลไพบูลย์. (2553). คลอดก่อนกำหนด. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
10. สุวัลญา คงรอด และชะปา ไชยฤทธิ. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบใหม่ต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง. ปีที่ 29 ฉบับที่ 6 : พฤศจิกายน – ธันวาคม

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

Development of Nursing Guidelines for Septic Shock Patients in In-Patient Work at Dong Luang Hospital Mukdahan Province Year 2023.

(Received: November 10,2023 ; Revised: November 3,2023 ; Accepted: December 4,2023)

สุมาลี รูปเหลี่ยม[1]
Sumalee Rubliam[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วย Septic Shock และพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง เดือนมกราคม 2566 ถึง เดือนธันวาคม 2566 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วย Septic Shock ที่เข้ารับบริการที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 จำนวน 38 ราย เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test และ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ความเป็นไปได้ตามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ป่วยในต่อรูปแบบพัฒนาแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด และการเปรียบเทียบความเป็นไปได้ตามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ป่วยในต่อรูปแบบพัฒนาแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า

คำสำคัญ : ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน แนวทางการพยาบาล

ABSTRACT

This research is research and development. The objective is to study the situation of Septic Shock patients and develop nursing guidelines for Septic Shock patients in inpatient work at Dong Luang Hospital. Mukdahan Province, year 2023 is a research and development project with a study period between January 2023 and December 2023, a total of 12 months. The sample group includes Septic Shock patients who receive services at the inpatient building. Dong Luang Hospital Mukdahan Province, year 2023. Data were collected by questionnaires and medical records. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Dependent t - test and content analysis.

The results of the study found that the feasibility of nursing practice for Septic Shock patients in inpatient work at Dong Luang Hospital Mukdahan Province Before operation Overall and each aspect was at a moderate level after operations. Overall and each aspect at the highest level Satisfaction of inpatient nurses with the model for developing nursing guidelines for Septic Shock patients, inpatient work, Dong Luang Hospital. Mukdahan Province Before operation Overall and each aspect was at a moderate level after operations. Overall and each aspect is at the highest level. and comparison of feasibility according to nursing practice for Septic Shock patients, inpatient work, Dong Luang Hospital Mukdahan Province and the satisfaction of inpatient nurses with the model for developing nursing guidelines for Septic

[1] โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

Shock patients in inpatient work at Dong Luang Hospital. Mukdahan Province Before and after operation There is a statistical significant difference at the .05 level (p - value equals .000 for every value).

Keywords: Septic Shock patients, inpatient work, nursing guidelines

บทนำ

ภาวะช็อก (Shock) เป็นกลุ่มอาการของการไหลเวียนเลือดสู่อวัยวะส่วนปลายลดลง จนทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายล้มเหลว เช่น ไต ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น ในผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อรุนแรง (Severe Sepsis) ช็อกแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ช็อกจากการสูญเสียเลือดหรือน้ำ (Hypovolemic shock) ช็อกจากโรคหัวใจ (Cardiogenic shock) ช็อกที่เกิดจากปริมาณเลือด ลดลงจากการขยายตัวของหลอดเลือด (Distributive shock) และช็อกผสมแบบหลายประเภท (Mixed type) โดยกลุ่ม Distributive shock มี 3 ชนิดย่อยตามสาเหตุ ได้แก่ ช็อกที่เกิดจากปฏิกิริยาการแพ้ (Anaphylactic shock) ช็อกจากระบบประสาท (Neurogenic shock) และช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) (Nueng Nasuwan W and other, 2014)

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) คือ ภาวะที่ร่างกายมีการติดเชื้ออย่างรุนแรงในกระแสโลหิต (septicemia) โดยเฉพาะการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ อย่าง E.coli, Klebsiella pneumoniae เป็นต้น ที่มีการสร้างสารพิษ (endotoxin) ทำให้เกิดภาวะ endotoxemia ซึ่งสารพิษดังกล่าวจะทำให้เกิดการช็อก โดยการกระตุ้นให้มีการทำลายเซลล์โดยตรง และกระตุ้นให้มีการหลั่งสารต่างๆ ทำให้เกิดภาวะล้มเหลวของระบบการไหลเวียนโลหิต ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ โดยที่อวัยวะนั้นๆไม่ตาย แต่จะสูญเสียหน้าที่ หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆล ดลงลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ ความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าปกติ อัตราการไหลเวียนโลหิตลดลงหรือช้าลง และปริมาณโลหิตที่ไหลกลับเข้าหัวใจน้อยลงไม่เพียงพอ (แสงสม เพิ่มพูน, 2563)

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั่วโลก ภาวะช็อกจากการติดเชื้อเป็นกลุ่มอาการของการไหลเวียนเลือดสู่อวัยวะส่วนปลายลดลง เกิดการทำลายของอวัยวะในร่างกาย การกษาพยาบาลต้องอาศัยความรวดเร็วในการประเมิน ตั้งแต่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ (Sepsis) ความรวดเร็วในการให้การรักษาและการให้การพยาบาล จึงจะส่งผลต่อการรักษาที่ดีและลดภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาลต้องอาศัยความรวดเร็วในการประเมิน ตั้งแต่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ (Sepsis) ความรวดเร็วในการให้การรักษาและการให้การพยาบาล จึงจะส่งผลต่อการรักษาที่ดีและลดภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลในระยะฉุกเฉินพยาบาลต้องมีความไวต่อการสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูล สามารถประเมินผู้ป่วยและรายงานแพทย์ได้ทันท่วงทีเก็บสิ่งส่งตรวจ การให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาภายใน 1 ชั่วโมง การให้สารน้ำทดแทน การให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด การวัดความดันโลหิต Mean Arterial Pressure (MAP) และ Central Venous Pressure (CVP) การพยาบาลเพื่อคงไว้ซึ่งระบบการไหลเวียนเลือด ระบบทางเดินหายใจ และระบบขับถ่าย เป็นต้น รวมทั้งการประคับประคองด้านจิตใจเพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้น การตระหนักและเห็นความสำคัญเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ จะสามารถให้การรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพย่อมเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและญาติมากที่สุด (จันทราภา ศรีสวัสดิ์และคณะ, 2553; ดุสิต สถาวร และคณะ, 2554; ยุวดี เทียมสุวรรณและคณะ, 2560)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลของการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 เพื่อเพื่อการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อคเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย มุงหวังให้ผู้ป่วย

ปลอดภัยและบุคลากรมั่นในในการปฏิบัติงาน และเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566
3. เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566
4. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566
3. เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566
4. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

ประโยชน์ของการวิจัย

1. ทราบถึงสถานการณ์ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566
2. มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566
3. มีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

ขอบเขตงานวิจัย

1. ขอบเขตด้านตัวแปร

1.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

1.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเป็นไปได้ตามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร และสภาวะสุขภาพผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วย Septic Shock ที่เข้ารับบริการที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วย Septic Shock ที่เข้ารับบริการที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 จำนวน 38 ราย

3. ขอบเขตด้านระยะเวลาการศึกษา

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 มีระยะเวลาการศึกษาระหว่าง เดือนมกราคม 2566 ถึง เดือนธันวาคม 2566 รวม 12 เดือน

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วย Septic Shock ที่เข้ารับบริการที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วย Septic Shock ที่เข้ารับบริการที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 จำนวน 38 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 มีกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ประกอบด้วย

1.1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาวะสุขภาพผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

1.1.2 กำหนดแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

1.1.3 การประเมินและเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการดำเนินงานตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

1.1.4 การดำเนินงานตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

1.1.5 การสรุปถอดบทเรียนในการทบทวนแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

1.1.6 การปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

1.1.7 การดำเนินงานตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว

1.1.8 สรุปถอดบทเรียน

1.2 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 มี กิจกรรมทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ประกอบด้วย การประเมิน SIRS การประเมิน Signs of organ dysfunction การบริหารสารน้ำทดแทน โดยการเปิดหลอดเลือด 2 เส้น คนละข้าง ด้วย Medicut No.18-20 Load IV Fluid อย่างน้อย 3,000 ml. หรือ 1,500 ml (ผู้ป่วยอายุ>60 ปี มีโรคหัวใจ) โดย Load 1,000ml/30min การส่งเพาะเชื้อ H/C 2 ขวดภายใน 1 ชั่วโมง โดยเจาะเส้นเลือดจากแขนคนละข้างในเวลาใกล้เคียงกัน การ ATB ภายใน 1 ชม หลังจากแพทย์ order การบริหารยา ATB ตามหลัก 10 R การประเมินภาวะน้ำเกินขณะ Load IV Fluid ทุก 15 นาที การบริหารยากระตุ้นหัวใจ (HAD) ตามหลัก 10R การเฝ้าระวัง V/S และการประเมิน MAP

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความเป็นไปได้ตามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1998)

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.5 ขึ้นไป หลังจากนั้นทำการปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและ

ข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

2.2 แบบบันทึกสภาวะสุขภาพผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 มีกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาวะสุขภาพผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

2. กำหนดแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

3. การประเมินและเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการดำเนินงานตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

4. การดำเนินงานตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

5. การสรุปถอดบทเรียนในการทบทวนแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

6. การปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

7. การดำเนินงานตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว

8. สรุปถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Dependent t - test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2562 – 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ได้แก่ การประเมินอาการ กิจกรรมทางการพยาบาล 6 ชั่วโมงแรก และประเมิน Map ซ้ำ

3. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ได้แก่ จัดทำ SEVERE SEPSIS AND SEPTIC SHOCK CLINICAL CHECKLIST การให้ Empyrical Antibiotics และการจัดทำแนวปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ SOS score (search out severity score)

4. ผลของการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 พบว่า

4.1 ความเป็นไปได้ตามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

4.2 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ป่วยในต่อรูปแบบพัฒนาแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด

4.5 ผลการเปรียบเทียบความเป็นไปได้ตามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ป่วยในต่อรูปแบบพัฒนาแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความเป็นไปได้ตามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ป่วยใน ต่อรูปแบบพัฒนาแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหารก่อนและหลังการดำเนินงาน (dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเป็นไปได้	2.95	0.20	4.81	0.14	37	-35.542	.000	-1.96675	-1.75460
ความพึงพอใจ	2.96	0.31	4.80	0.21	37	-22.653	.000	-2.00400	-1.67494

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความเป็นไปได้ตามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ป่วยในต่อรูปแบบพัฒนาแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2562 – 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น [3] จึงได้จัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ได้แก่ การประเมินอาการ กิจกรรมทางการพยาบาล 6 ชั่วโมง (early goal directed therapy) และประเมิน Map ซ้ำ ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock[9] และได้มีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ได้แก่ จัดทำ SEVERE SEPSIS AND SEPTIC SHOCK CLINICAL CHECKLIST การให้ Empyrical Antibiotics และการจัดทำแนวปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ SOS score (search out severity score)[8,12]ความเป็นไปได้ตามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดความพึงพอใจของพยาบาลผู้ป่วยในต่อรูปแบบพัฒนาแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวม

และรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด และ ผลการเปรียบเทียบความเป็นไปได้ตามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ป่วยในต่อรูปแบบพัฒนาแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า โดยสอดคล้องกันกับการศึกษาการพยาบาลฉุกเฉินในภาวะช็อกจากการติดเชื้อ พบว่า ภาวะช็อกจากการติดเชื้อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั่วโลก ภาวะช็อกจากการติดเชื้อเป็นกลุ่มอาการของการไหลเวียนเลือดสู่อวัยวะส่วนปลายลดลง เกิดการทำลายของอวัยวะในร่างกาย การรักษาพยาบาล ต้องอาศัยความรวดเร็วในการประเมิน ตั้งแต่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ (Sepsis) ความรวดเร็วในการให้การรักษาและการให้การพยาบาล จึงจะส่งผลต่อการรักษาที่ดีและลดภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลในระยะฉุกเฉินพยาบาลต้องมีความไวต่อการสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูลสามารถประเมินผู้ป่วยและรายงานแพทย์ได้ทันท่วงที เก็บสิ่งส่งตรวจ การให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาภายใน 1 ชั่วโมง การให้สารน้ำทดแทน การให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด การวัดความดันโลหิต Mean Arterial Pressure (MAP) และ Central Venous Pressure (CVP) การพยาบาลเพื่อคงไว้ซึ่งระบบการไหลเวียนเลือด ระบบทางเดินหายใจ และระบบขับถ่าย เป็นต้น รวมทั้งการระคับประคองด้านจิตใจเพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้น การตระหนักและเห็นความสำคัญเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ จะสามารถให้การรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพย่อมเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและญาติมากที่สุด[13] และการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลมุกดาหาร ผลการศึกษา ผลการพัฒนาในวงรอบที่ 1 จากการสนทนากลุ่ม และจัดทำการวิเคราะห์เนื้อหา พบมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 เรื่อง คือ 1) การกำหนดนโยบายและมอบหมายงาน 2) การกำหนดให้มีแนวปฏิบัติ 3) การจัดการกระบวนการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง จึงนำไปสู่การพยาบาลที่ครบวงจร วงรอบที่ 2 ได้พัฒนาองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังนี้ 1) กำหนดนโยบายที่เหมาะสมตามกระบวนการดูแล 2) พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และยืนยันผลโดยใช้ AGREE II 3) จัดให้มีกระบวนติดตามประเมินผลตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย วงรอบที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ 3 ด้าน ดังนี้ 1) กำหนดนโยบายและมอบหมายหน้าที่ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย คือ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานผู้ป่วยใน การเฝ้าระวังติดตามต่อเนื่อง และการจำหน่าย งานผู้ป่วยหนัก การพยาบาลผู้ป่วยในระยะช็อก 2) พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และทดลองนำไปใช้กับผู้ป่วย 71 ราย เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มและหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาล พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยการค้นหาอาการในระยะเริ่มต้นลดลงจาก 170 นาที เป็น 25.5 นาที อัตราการพ้นช็อกได้ภายใน 6 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.3 เป็นร้อยละ 82 3) ด้านการจัดการกระบวนการติดตาม พบว่า การเฝ้าระวังและติดตามการประเมินสัญญาณชีพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.9 เป็นร้อยละ 91.7 การบันทึกจำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.4 เป็นร้อยละ 95.8[10]

ข้อเสนอแนะ

1. ในการดูแล ผู้ป่วย Septic Shock ควรมีการประเมินความเป็นไปได้ตามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ป่วยในต่อรูปแบบพัฒนาแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร และนำไปสู่การการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Nueng Nasuwan W, Normkusol J, Thongjam R, et al. Development of the nursing service system for patients with severe sepsis. J Nursing Health Care 2014;32:25-36.
2. แสงสม เพิ่มพูน.(2563) การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อค (Septic shock). งานประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย 9 - 10 กรกฎาคม 2563
3. จันทราภา ศรีสวัสดิ์และคณะ. (2553). อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พิมพ์อักษรการพิมพ์.
4. ดุสิต สถาวร, อนันต์ วัฒนธรรม และ เอกรินทร์ ภูมิพิเชษฐ. (2554). CRITICAL CARE MEDICINE MAKE IT EASY. กรุงเทพฯ : บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
5. ยุวดี เทียมสุวรรณและคณะ. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหนักที่ติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้การจัดการกรณีในโรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 35 (1): 184-193.
6. Best John W. and Khan, Jame V. (1998). Research in Education. 8th ed. Boston : Allyn & Bacon.
7. บุญชม ศรีสะอาด. 2547.วิธีการทางสถิติส าหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ:สุวีริยาสาสน์.
8. Thodphetch M, Chenthanakij B, Wittayachamnankul B, Sruamsiri K, Tangsuwanaruk T.(2021) A comparison of scoring systems for predicting mortality and sepsis in the emergency department patients with a suspected infection. Clin Exp Emerg Med. 2021 Dec;8(4):289-295. doi: 10.15441/ceem.20.145. Epub 2021 Dec 31. PMID: 35000356; PMCID: PMC8743683.
9. โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.(2556). แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556) สุณีรัตน คงเสรีพงศ .ดวงมณี เลาหประสิทธิพร บรรณาธิการ
10. ภัทรศร นพฤทธิ์ แสงไทย ไตรยวงค์ จรินทร โคตรพรม.(2562) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 37(1). 221-30
11. สุพรรณ สว่างแสง (2557). การพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย septic shock : กรณีศึกษา วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4 ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2557 242-48
12. ทิฏฐิ ศรีวิชัยและวิมล อ่อนเส็ง. (2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน.วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 9(2) : 152-162
13. ณัฐธยาน์ บุญมาก.(2019) การพยาบาลฉุกเฉินในภาวะช็อกจากการติดเชื้อ J Med Health Sci 26(1) 66-73

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

Development of the preparation model for the family caregivers of intermediate care in stroke patients.

(Received: November 6,2023 ; Revised: November 25,2023 ; Accepted: November 28,2023)

นิภาภัคร์ คูเจริญ[1]เพลินจิต ช่างถม[1]อาคม รัฐวงษา[2]
Nipapak Khucharoen[1] Phlernjit Changthom[1]Akom Ruttawongsa[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากรูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความพร้อมของญาติ 8 ด้าน และแบบประเมินคุณภาพชีวิต 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และแบบประเมิน Barthel ADL วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าการประสานทีมสหวิชาชีพไม่ต่อเนื่องไม่มีแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ไม่ครอบคลุม ญาติขาดความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน มีการพัฒนา ประเมินสภาพผู้ป่วย และการประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 8 ด้าน การปฏิบัติการเตรียมความพร้อม การประเมินผลลัพธ์ของการดูแล การเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง ผลลัพธ์ด้านญาติ พบว่า ญาติมีความพร้อมในการดูแลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 83.3 ส่วนระดับคุณภาพชีวิตของญาติอยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 90 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว่า ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 6.7 ส่วนค่าคะแนน ADL สูงขึ้น ร้อยละ 73.3 และค่าคะแนน ADL หลังจำหน่ายสูงขึ้นก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value 0.000)

คำสำคัญ : ความพร้อมของญาติผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง, ญาติผู้ดูแล

Abstract

The objectives of this Research and Development were to study situation of the preparation for the family caregivers of intermediate care in stroke patients, Development of the preparation model for the family caregivers of intermediate care in stroke patients and study the outcomes of the preparation model for the family caregivers of intermediate care in stroke patients. Sample size were Relatives caring for stroke patients totaling 30 people. The research instrument consists of 2 parts: 1.) Personal information of relatives caring for Questionnaire on relatives' readiness in 8 areas and quality of life assessment form 2.) Personal information of the patient. Assessment of preventable complications and the Barthel ADL assessment. The quantitative data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, Along with the T-test, Qualitative data for content analysis.

Results: discovered that coordination of multidisciplinary teams is not continuous and that there was no clear unified plan for patient care. Even though there are guidelines for patient discharge planning, they are not comprehensive. Due to an unexpected illness, the caregivers are unable to provide care. Complications forced the patient to return for treatment. The results for relatives suggested that relatives were willing to provide moderate care accounting for 83.3%. Relatives' quality of life was moderate accounting for 90%. The

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

patient's results revealed that there were no complication to discharge. However, 1 month after discharge 6.7% of the patients complication pressure sore, their ADL scores increased by 73.3% and ADL scores after discharge were considerably higher than before discharge significantly (P-Value 0.000)

Keword: caregiver preparedness, intermediate care in stroke patients, family caregivers

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำหน้าที่จนเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ก่อให้เกิดความพิการอย่างถาวรหรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต[10] โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญพบได้บ่อยและมีแนวโน้มที่จะเกิดความพิการได้สูงและเกิดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ประเทศไทยพบโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกันอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 – 2564 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 53 และ 53 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ถือเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับสองของประเทศไทย แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42)[2] นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดและสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่เสียชีวิตแต่ส่งผลให้เกิดความพิการขึ้นในระยะยาวเป็นภาระของครอบครัวต้องอาศัยการดูแลช่วยเหลือจากญาติไปตลอดชีวิต ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ต้องตั้งคำถามกับตัวเองว่าต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไร จะส่งผลกระทบอย่างไรบ้างกับครอบครัว รวมไปถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปมีอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว หงุดหงิด ญาติต้องดูแลผู้ป่วยแบบเดิมๆ ทุกวันเป็นเวลานาน มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียด เบื่อหน่ายท้อแท้ ส่งผลเสียกับผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ การมีแผลกดทับ ปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม

โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง จากสถิติงานเวชระเบียนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในชายเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2562-2564 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องรับกลับมารักษาต่อเพื่อบำบัดฟื้นฟูสภาพจากโรงพยาบาลจังหวัดแม่ข่ายเป็นจำนวน 85, 97 และ 106 คน ตามลำดับ จากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน มีสถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การมีแผลกดทับ ปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในปี พ.ศ. 2562-2564 ร้อยละ 11.1, 10.2 และ 12.7 อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาโรงพยาบาลโกสุมพิสัยมีแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ไม่ครอบคลุมทุกด้าน การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่อง ไม่มีหอผู้ป่วยดูแลโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง ญาติขาดความพร้อมในการดูแล ทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านการจัดการกับความพึงพอใจของญาติในการดูแล ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ด้านการจัดการกับความเครียดระหว่างการดูแลผู้ป่วยเป็นต้น ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน ทำให้การรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง หากญาติไม่มีการเตรียมความรู้ ทักษะและการเตรียมความพร้อมในการดูแล

อาจจะส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียด มีความเป็นส่วนตัวน้อยลง ความอดทนลดลง มีความเบื่อหน่ายเกิดขึ้น หรือเกิดความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจให้เร็วที่สุด ลดการเกิดความพิการ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงญาติอย่างถาวร ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของญาติที่จะต้องมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่อง และมีการเตรียมความพร้อมของญาติให้ครอบคลุมทุกด้านในการดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การจัดการเรื่องยา เป็นการเพิ่มความมั่นใจ เพิ่มทักษะ เพิ่มความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจที่จะดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ฟื้นหายจากโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากรูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป โดยเป็นผู้ดูแลหลักและมีอำนาจตัดสินใจ จำนวน 30 คน ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่สมองตีบ อุดตัน หรือแตก มีผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) ในระดับ <15 คะแนน หรือในระดับ ≥15 คะแนน ร่วมกับมี multiple impairments หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป เช่น ภาวะกลืนลำบาก ปัญหาการสื่อสาร ปัญหาการเคลื่อนไหว ปัญหาด้านการรับรู้ ปัญหาลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวอย่างในช่วงเวลาที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อมีการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เข้าไว้รักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย และจะติดตามผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน ผู้วิจัยจะเลือกผู้ป่วยรายนั้นเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแล ประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ดูแล ความเพียงพอของรายได้ ข้อมูลโรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแล และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 แบบสอบถามความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่พัฒนาขึ้นโดย Stewart & Archbold, 1994 แปลโดย วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ แบบประเมินรวมทั้งหมด 8 ด้าน ดังนี้ 1) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย 2) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ 3) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการหาข้อมูลการบริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแล 4) ความพร้อมในการดูแลด้านการจัดการกับความเครียด 5) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านผู้ป่วย และตนเองให้เกิด

ความพึงพอใจ 6) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน 7) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือ 8) ความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม แบบสอบถามมีทั้งหมด 8 ข้อ และแบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับดังนี้ ระดับมากที่สุด = 4 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับมากที่สุด ระดับมาก = 3 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก ระดับปานกลาง = 2 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ระดับเล็กน้อย = 1 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อย ไม่มีเลย = 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การแปลผลดังนี้ คะแนนรวม 0-10 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับต่ำ คะแนนรวม 11-21 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับปานกลาง คะแนนรวม 22-32 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับสูง โดยความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพร้อมของญาติผู้ดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

1.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม แต่ละข้อเป็นมาตรส่วนประเมินค่า (ratings scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้ ไม่เลย หรือ 1 หมายถึง รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก ระดับเล็กน้อย หรือ 2 หมายถึง รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่ ระดับปานกลาง หรือ 3 หมายถึง รู้สึกปานกลางรู้สึกพอใจระดับกลางๆ ระดับมาก หรือ 4 หมายถึง รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี ระดับมากที่สุด หรือ 5 หมายถึง รู้สึกพอใจมากหรือรู้สึกดีมาก การแปลผล 26-60 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี 61-95 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง 96-130 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตดี ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ อุปกรณ์การแพทย์ที่ติดตัวมากับผู้ป่วย สิทธิการรักษา อาการแทรกซ้อนที่พบระหว่างการเจ็บป่วย

2.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL ฉบับภาษาไทยของกรมอนามัย มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลผล 0–4 คะแนน เท่ากับภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนน เท่ากับภาวะพึ่งพารุนแรง 9-11 คะแนน เท่ากับภาวะพึ่งพาปานกลาง 12-20 คะแนน เท่ากับไม่เป็นการพึ่งพา

2.3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ (Barden scale) ปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ใช้เกณฑ์ประเมินของ Centers of Disease Control and Prevention

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คนได้แก่ อายุรแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านเวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และความตรงตามเนื้อหา มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) : CVI ได้ดังนี้

3.1 รูปแบบที่ใช้ในการทดลองการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดย การบรรยาย

สาธิต ฝึกปฏิบัติและให้ญาติสาธิตกลับ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.83

3.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เลขที่อนุมัติ 1/2565 ลงวันที่ 31 มกราคม 2565

การดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการศึกษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - ธันวาคม 2565

ระยะที่ 1 ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในเดือน กุมภาพันธ์ 2565 (Research : R1)

1.1 การประชุมทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเสนอปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

1.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนำเสนอข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภายใน 28 วันด้วยภาวะแทรกซ้อน

1.3 ด้านญาติผู้ป่วยได้มีการสุ่มสัมภาษณ์ญาติขณะมาเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ในคำถามดังนี้ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหรือไม่ เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมทั้ง 8 ด้านในการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบการการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในเดือน มีนาคม 2565 มีขั้นตอนดังนี้ (Development : D1)

2.1 กำหนดทีมและประชุมทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในชาย 2 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนากร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน เพื่อจัดทำร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

2.2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์การสืบค้นวารสารทางการพยาบาล จากบทความวิจัย กำหนดคำที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.3 ร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่

2.3.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย และการประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแล ประเมินปัญหาและความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยและญาติ ประเมินความสามารถและความพร้อมของญาติเพื่อหาผู้ดูแลหลัก

2.3.2 การเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 8 ด้าน กำหนดระยะการเตรียมความพร้อม 4 วัน วันละ 2-3 ชั่วโมง ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย พยาบาลสอนสาธิตแก่ญาติ ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การอาบน้ำ การดูแลขับถ่าย การป้อนอาหาร การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันการสำลัก สอนสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า การฝึกกลืน การทำแผลกดทับ การทำแผลหลอดลมคอ การดูดเสมหะ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การใช้เครื่องออกซิเจน มีการประเมินการสอนและให้ญาติสาธิตกลับทุกครั้ง 2) ด้านอารมณ์ อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นพยาบาลพูดคุยให้กำลังใจ สอนและแนะนำการดูแลสุขภาพของตนเอง การปรับตัว เปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย ให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ 3) ด้านการหาข้อมูลการบริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแล แพทย์ พยาบาลให้ความรู้เรื่องโรค ให้ความรู้แผนการรักษา แผนการพยาบาล ญาติต้องรับรู้และเข้าใจเรื่อง

โรค เข้าใจเป้าหมายในการรักษา ปัญหาและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น 4) ด้านจัดการกับความเครียด พยาบาลจิตเวชให้ข้อมูลแนวทางการปรับตัวเมื่อญาติผู้ดูแลเจอกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และวิธีการจัดการกับภาวะเครียดในการดูแลผู้ป่วย 5) ด้านผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ พยาบาลสอนให้คำแนะนำและให้กำลังใจญาติในการดูแลตัวเองทั้งทางด้านร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ ทางด้านจิตใจต้องประคับประคองจิตใจ สามารถจัดการกับอารมณ์โกรธได้ ค้นหาสิ่งที่เสริมสร้างกำลังใจตนเอง เช่น การได้กำลังใจจากทีมสุขภาพ เพื่อนบ้าน ชุมชน 6) ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน พยาบาลให้ความรู้และสอนวิธีสังเกตอาการแทรกซ้อนและเฝ้าระวังภาวะที่เป็นอันตราย และรู้ถึงวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินเบื้องต้น สามารถส่งต่อเพื่อรักษาผู้ป่วยได้ทันเวลา 7) ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล พยาบาลให้ข้อมูลข่าวสารเป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้วิธีการดูแล พยาบาลจะส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง และให้คำแนะนำญาติเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน 8) ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมต้องดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ญาติผู้ดูแลต้องได้รับการเตรียมความพร้อมจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อตอบสนองต่อความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแล ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

2.3.3 การปฏิบัติการเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 8 ด้าน ในวันที่ 1 ถึงวันที่ 4 โดยใช้เวลาสอน 2-3 ชั่วโมง ทำการสอนให้ความรู้ การสาธิต การให้คำปรึกษา ฝึกปฏิบัติ และให้ญาติสาธิตกลับทุกครั้ง ส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนากร นักแพทย์แผนไทย พยาบาลจิตเวช การสอนการฝึกทักษะเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์กลับไปใช้ที่บ้านตามปัญหาของผู้ป่วย จัดกลุ่มญาติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจัดโซน IMC bed เพื่อเฝ้าระวังและการติดตามอาการใกล้ชิด การให้ยืม และจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน เช่น ที่นอนลม เตียงผู้ป่วย เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน การให้คู่มือหรือ QR Code การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่ญาติ มีรายละเอียด ดังนี้ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย กายภาพบำบัด ท่าการออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขนและขา การให้อาหารทางสายยาง การฝึกกลืน อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำแผล การดูดเสมหะ การอาบน้ำ และการพลิกตะแคงตัว การปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การดัดแปลงห้องน้ำ

2.3.4 การเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง ส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านทางเอกสาร และ group line โทรศัพท์ส่งข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ศูนย์ COC พยาบาลโทรศัพท์ line สอบถามติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้านภายใน 1 เดือน และหลังจากที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล

2.3.5 การประเมินผลลัพธ์ของการดูแล

2.4 การตรวจสอบคุณภาพความถูกต้องเนื้อหาร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คนได้แก่ อายุรแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านเวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ ดังนี้

3.1 นำรูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 4 ราย (Research : R2) ในเดือน เมษายน 2565 และได้มีการปรับปรุงแก้ไข ดังนี้ ญาติส่วนใหญ่ได้รับการสอนและการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เช่นสอนการอาบน้ำบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การให้อาหารทางสายยาง การทำ

กายภาพบำบัด แต่ไม่สามารถจำขั้นตอนการดูแลได้ครบทั้งหมด ดังนั้นจึงได้มีการปรับรูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล โดยจัดกลุ่มญาติผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย สอนทักษะและฝึกปฏิบัติในเวลาเดียวกันทำให้ญาติมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยในเดือน เมษายน 2565 (D2)

3.2 นำรูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในชายในเดือน พฤษภาคม - ตุลาคม 2565 (Research : R3) และได้มีการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจนได้รูปแบบฉบับสมบูรณ์ (Development : D3)

ระยะที่ 4 การติดตามประเมินผล เป็นการประเมินผลและสรุปผลตามวัตถุประสงค์ของการนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2565 (Research : R4) และได้มีการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลตามคำแนะนำ และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจนได้รูปแบบฉบับสมบูรณ์และได้นำไปประกาศใช้ภายในหน่วยงาน (Development : D4)

4.1 ด้านผู้ป่วย ดังนี้ การประเมินผลการกลับมารักษาซ้ำภายในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักอาหาร และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)

4.2 ด้านญาติผู้ดูแล ดังนี้ แบบสอบถามความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 8 ด้านโดยสอบถามญาติผู้ป่วยก่อนเตรียมความพร้อมและหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 เดือน และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 4 ชุด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง การประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ADL และภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และการทดสอบที

4. ข้อมูลการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดย การบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 อายุค่าเฉลี่ย 53.17 ปี (SD =13.76) จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 43.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.7 เป็นบุตรสายตรง ร้อยละ 43.3 รองลงมาเป็นภรรยา คิดเป็นร้อยละ 40 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 43.3 รายได้ต่อเดือน 4,000 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.7 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่เพียงพอและไม่มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 43.3 คน เคยได้รับคำแนะนำหรือฝึกทักษะมีค่าเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 50 มีคนช่วยเหลือในการดูแลร้อยละ 63.3 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 76.7

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจำนวน 30 คน ทั้งหมดเป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 63.63 ปี (SD=12.59) สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.7 จบชั้น

ประถมศึกษา ร้อยละ 66.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง ร้อยละ 56.7 มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว ได้แก่ สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 23.3 สายให้อาหาร ร้อยละ 16.7 ท่อเจาะคอ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 ไม่มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว คิดเป็นร้อยละ 56.7 สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 86.7 ก่อนจำหน่ายไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ผลการประเมินค่าเฉลี่ยก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมของญาติอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 73.3 ค่าเฉลี่ยความพร้อมของญาติหลังจากได้รับการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับกลางคิดเป็นร้อยละ 83.3 ค่าเฉลี่ย 19.20 (SD=3.83) และค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของญาติหลังจากได้รับการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 90 ค่าเฉลี่ย 81.60 (SD=6.52)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่า ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่หลังจำหน่ายกลับบ้านพบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ค่าคะแนน ADL สูงขึ้น 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 ก่อนจำหน่ายค่าคะแนน ADL เฉลี่ย 10.37 (SD= 5.01) หลังจำหน่ายค่าคะแนน ADL เฉลี่ย 15.53 (SD=6.11) และค่าคะแนน ADL หลังจำหน่ายสูงขึ้นก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.000) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนและค่าคะแนน ADL ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ระหว่างก่อนและหลังการจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน

การประเมิน	**ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (n=30)**				**หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน (n=30)**					
	คน	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD	คน	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ภาวะแทรกซ้อน	0	0			2	6.7				
ค่า ADL	8	26.7	10.37	5.01	22	73.3	15.53	6.11	6.22	0.000

*p < .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่พัฒนาขึ้น พบว่า

1. ด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนจำหน่ายไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่จากการโทรสอบถามญาติหลังจำหน่าย 1 เดือน และจากการติดตามอาการจากผู้ป่วยมาตรวจตามนัดพบว่ามีแผลกดทับบริเวณก้นกบ เป็นแผลขนาดเล็ก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.7 สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยสูงอายุ นอนติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ADL= 0-4 คะแนน และญาติออกไปทำธุระนอกบ้านทำให้ผู้ป่วยนอนท่าเดียวเป็นเวลานานไม่ได้พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย แต่ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยทำแผลให้ผู้ป่วยเองได้และขอรับการสนับสนุนชุดอุปกรณ์ทำแผลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ญาติบางคนมาขอรับอุปกรณ์ทำแผลที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ[5] การศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น[11]พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากวันแรกที่นอนโรงพยาบาลเท่ากับร้อยละ 82.97

2. ผลการวิจัยด้านความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง พบว่าส่วนใหญ่ญาติมีความพร้อมโดยรวมระดับกลางในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 83.3 ค่าเฉลี่ย 19.20 (SD= 3.83) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[5] และพบว่าการเตรียมความพร้อม

ของญาติผู้ดูแลและให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่างๆร่วมกับทีมสุขภาพ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพได้เร็วนำไปสู่การปรับตัวในการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดี ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในครอบครัว[6] และสอดคล้องกับการศึกษาการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง[12]และการศึกษาการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน[7]

3. ผลการวิจัยด้านคุณภาพชีวิตของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง พบว่า คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 90 คุณภาพชีวิตระดับดี คิดเป็นร้อยละ 10 ค่าเฉลี่ย 81.60 (SD=6.52) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[5] ที่อธิบายไว้ว่าในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลมีการให้ความรู้ในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่ากายและจิตใจ มีการจัดการความเครียดจากการดูแล การให้ความรู้สอน สาธิต และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติเกิดความพึงพอใจเห็นคุณค่าในตนเอง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่ต่างไปจากก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[5] และพบการให้ความสำคัญและการช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลเป็นการส่งเสริมให้ญาติมีความรู้ความพร้อม ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดีในระหว่างที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล การได้กำลังใจจากทีมสุขภาพ เพื่อนบ้าน ชุมชน และเน้นให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยเป็นการตอบแทนบุญคุณ จะส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา[7] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง[16] และการศึกษาภาวะโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและแนวทางการสร้างความแข็งแกร่งแก่ญาติผู้ดูแล[8]

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

2. ควรศึกษาเชิงทดลองเพื่อทดสอบผลของวิธีการสร้างความพร้อมในการดูแลต่อการลดความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลและลดภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). ข้อมูลสถิติจำนวนและอัตราการป่วย/ตาย ปี 2559 – 2561 โรคไม่ติดต่อ. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/2016/mission
3. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
4. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). สมุทรสาคร: บริษัทบอร์นทูบีพับลิชชิ่งจำกัด.
5. คนึงนิจ ศรีษะโคตร และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาการพยาบาล, 37(3), 24-43.
6. จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ และจันทร์ฉาย มณีวงษ์. (2552). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่าย โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 21(1), 58-70.

7. นันทกาญจน์ ปักษี และคณะ (2564). การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ 13(1), 47-61.
8. นพวรรณ ดวงจันทร์ และคณะ. (2563). ภาวะโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและแนวทางการสร้างความแข็งแกร่งแก่ญาติผู้ดูแล. วารสารพยาบาลทหารบก, 22(1), 20-28.
9. ปิยนุช ศรีสุคนธ์ และคณะ. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 41(2), 179-192.
10. พรภัทร ธรรมสโรช. (2554). โรคหลอดเลือดสมอง. ใน ณัฏฐิณี จรัสเจริญวิทยา และคณะ. (บรรณาธิการ).ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. (หน้า 31-59). กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
11. ยุวดี ผงสา. (2563). ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2(2), 139-153.
12. ศตวรรษ อุดรศาสตร์ และคณะ. (2564). การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารแพทย์นาวี, 28(2), 458-472.
13. ศิริมา พนาดร. (2563). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 1(1), 50-62.
14. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด.
15. สถาบันประสาทวิทยา. (2560). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
16. สุพจน์ ดีไทย. (2561). ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร, 28(3), 146-156.
17. สุรีรักษ์ มั่นคง และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน โรงพยาบาลท่าปลา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 7(1), 97-107.
18. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
19. American Stroke Association. (2020). What is stroke? Retrieved from http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/AboutStroke UCM 308529 SubHomePage.jsp.
20. Anderson, A., & Hansebo, G. (2009). Elder Peoples Experience of Nursing Care After a Stroke From a Gender Perspective. Journal of Advanced Nursing, 65(10), 2038-2045.
21. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of stroke: United States, (2010).MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2012;61:379–82.
22. Howrey, B. T., Kuo, Y. F., & Goodwin, J. S. (2011). Association of Care by Hospitalist on Discharge Destination and 30-day Outcomes After Acute Ischemic Stroke. Med Care, 49(8), 701-707.
23. Kamel, A. A., Bond, A. E., & Froelicher, E. S. (2012). Depression and Caregiver Burden Experienced by Caregivers of Jordanian Patients with Stroke. International Journal of Nursing Practice, 18, 147-154.
24. Stewart, BJ., Archbold, PG.(1994).New measures of concepts central to and understanding of caregiving. Unpublished manuscript. School of Nursing, Oregon Health Sciences University.
25. World Stroke Organization (WSO). About World Stroke Day (Online). (2019) (cited 07 May 2020;Availablefrom: https://ncdalliance.org/news-events/news/world stroke day 2019.

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing care of Pre-extensively drug-resistant TB (Pre-XDR-TB): Two comparative case studies.

(Received: November 10,2023 ; Revised: November 25,2023 ; Accepted: November 28,2023)

ผกายดาว พรหมสุรีย์[1]
Phakaidao Brahmasuri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรคข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำยืน จำนวน 2 ราย รายที่ 1 ระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 ถึง พฤษภาคม 2564 รายที่ 2 ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2565 โดยรวบรวมข้อมูล จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ เวชระเบียนร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทบทวนข้อมูล กับผู้เชี่ยวชาญ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายงานวัณโรคของอำเภอ มีการนำหลัก 7 ASPECTS เป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย รายที่ 1 ถูกวินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดและเป็นโรคเบาหวาน วัณโรคปอดไม่ดีขึ้นมีการส่งตรวจเพิ่มเติมพบเป็น Pre-XDR-TB ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ และความเข้าใจในโรคและการรักษาที่ได้รับ มีจุดมุ่งหมายในการรักษาต้องการหายจากโรค ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยเคยป่วยเป็นวัณโรค ปี 2559 กินยาครบ รักษาหายแล้ว ปี 2563 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Pre-XDR-TB ร่วมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำสำคัญ : การพยาบาล วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง กรณีศึกษา

ABSTRACT

This study was a case study with the objective of studying the progression of rheumatic diseases through nursing diagnosis. Plan nursing action and nursing outcomes in patients with severe multidrug-resistant tuberculosis who receive services at the tuberculosis clinic. Outpatient nursing work Nam Yuen Hospital, 2 cases, case 1 between October 2019 and May 2021, case 2 between October 2020 and September 2022, by collecting data From taking the history of the patient and relatives Medical records combined with participant observation Follow-up information for visiting patients' homes, reviewing information with experts Multidisciplinary team and the district tuberculosis network has adopted the 7 ASPECTS principles as a framework for patient care.

The results of the study revealed that the two patients, Case 1, were diagnosed with extrapulmonary tuberculosis and diabetes. Pulmonary tuberculosis did not improve and was sent for additional testing and it was found to be Pre-XDR-TB. The patient and family had knowledge. and understanding of disease and treatment received The aim is to heal and recover from the disease. As for the second patient, the patient had been sick with tuberculosis in 2016, took all the medicine, was cured, and in 2020 was diagnosed as Pre-XDR-TB along with chronic obstructive pulmonary disease.

Keywords: Nursing, severe multidrug-resistant tuberculosis, case study

[1]โรงพยาบาลน้ำยืน

บทนำ

ประเทศไทยติดอันดับในกลุ่ม 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้งวัณโรค (TB) วัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant tuberculosis, MDR-TB) องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดประมาณว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วย MDR/RR-TB 3,900 ราย หรือ คิดเป็น 5.7 ต่อประชากรแสนคน โดยพบ MDR/RR-TB ร้อยละ 2.2 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 24 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน ประมาณร้อยละ 5-10 ของ MDR-TB เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant tuberculosis, XDR-TB) การรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน มีความยุ่งยากและค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษา วัณโรคที่ยังไวต่อยา (DS-TB) หลายเท่า และมีผลสำเร็จของการรักษาน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบ ทั้งในเรื่องของผลสำเร็จของการรักษา และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น พบว่า 1) การรักษา DS-TB ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ค่ายารวม 4 ชนิดประมาณ 2,000 – 4,000 บาท รักษาสำเร็จได้เกือบทุกราย 2) การรักษา MDR-TB ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 20 เดือน โดย จะต้องฉีดยาทุกวันอย่างน้อย 6 เดือน ค่ายารวม 5 ชนิดประมาณ 2 แสนบาท รักษาสำเร็จได้ประมาณร้อยละ 75 และ 3) ส่วนการรักษา XDR-TB ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 20 เดือน

การรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน มีความยุ่งยากและค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษา วัณโรคที่ยังไวต่อยา (DS-TB) หลายเท่า และมีผลสำเร็จของการรักษาน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบ ทั้งในเรื่องของผลสำเร็จของการรักษา และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น พบว่า 1) การรักษา DS-TB ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ค่ายารวม 4 ชนิดประมาณ 2,000 – 4,000 บาท รักษาสำเร็จได้เกือบทุกราย 2) การรักษา MDR-TB ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 20 เดือน โดยจะต้องฉีดยาทุกวันอย่างน้อย 6 เดือน ค่ายารวม 5 ชนิดประมาณ 2 แสนบาท รักษาสำเร็จได้ประมาณร้อยละ 75 และ 3) ส่วนการรักษา XDR-TB ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 20 เดือนโดยจะต้องฉีดยาทุกวันอย่างน้อย 8 เดือน ค่ายารวม 5 ชนิดประมาณ 1.2 ล้านบาท รักษาสำเร็จได้เพียงประมาณร้อยละ 50

สาเหตุที่ทำให้เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา เกิดได้ 2 วิธี คือ 1) ติดเชื้อวัณโรคดื้อยา 2) ได้รับ การรักษาวัณโรคที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบถ้วน หรือไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดการคัดเลือก สายพันธุ์เชื้อดื้อยา การพบวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อน สะท้อนถึง การแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในชุมชน แสดงว่า ในชุมชนมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ไม่ได้รับ การวินิจฉัย ไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการรักษาที่ไม่ดีพอ ส่วนการพบวัณโรคดื้อยา ในผู้ป่วยที่เคยรับการรักษามาก่อน สะท้อนถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื้อยา 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย (การไม่ยอมรับการรักษาของผู้ป่วย หรือการตอบสนองการรักษาของ ผู้ป่วย) 2) ด้านคุณภาพของผู้ให้การรักษา (การรักษาที่ไม่เหมาะสม) หรือมาตรฐานของ ระบบบริหารจัดการยา (คุณภาพยาและระบบบริหารจัดการยาไม่ดี) 3) ด้านการรักษา วัณโรคที่ไม่เหมาะสม หรือไม่ได้มาตรฐานหลาย ๆ ครั้ง ทำให้เกิดการคัดเลือกสายพันธุ์ วัณโรคดื้อยาเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนอาจถึงกับดื้อยาทุกขนานได้

เพื่อหยุดยั้งอุบัติการณ์และสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อของ XDR-TB ใน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศให้ XDR-TB เป็นโรคติดต่อ อันตราย ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และหน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนจึงได้ร่วมกันจัดทำแนวทางปฏิบัติป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ภายใต้ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อให้หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้นำไป ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานต่อไป

อำเภอน้ำยืน มีผู้ป่วยวัณโรค (TB) ต่อเนื่องและพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่อัตราการรักษาสำเร็จต่ำกว่าเกณฑ์ อัตราตายสูง ผู้ป่วยขาดนัด หยุดยาเอง ปัญหาการสื่อสารระหว่างพื้นที่กับโรงพยาบาล ชุมชนไม่เห็นความสำคัญของโรค ปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้อัตราการรักษาสำเร็จไม่ได้ตาม

เกณฑ์ ดังนี้ ปี 2551 = ร้อยละ 75.0 ปี 2552 ร้อยละ 50.0 และปี 2553 ร้อยละ 71.2 จากสถานการณ์ดังกล่าว ได้มีกระบวนการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาระบบ และสามารถเพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จได้แล้วตั้งแต่ปี 2554-ปัจจุบัน อัตรารักษาสำเร็จ มากกว่า 95% โดยมีกระบวนการ 3C model (ผกายดาว พรหมสุรีย์, 2563) ในปี 2562 และ ปี 2563 พบผู้ป่วย Pre-XDR-TB ครั้งแรกของอำเภอน้ำยืน จึงต้องนำกระบวนการมาปรับใช้และตั้งเป้าหมายรักษาผู้ป่วยให้หาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่แพร่กระจายเชื้อในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล กรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง จำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา เลือกแบบเจาะจง โดยศึกษาการ ดำเนินของโรค วินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผล การพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วย Pre-XDR-TB ที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำยืน จำนวน 2 ราย รายที่ 1 ศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2562 ถึง พฤษภาคม 2564 รายที่ 2 ศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยข้อมูลจากเวชระเบียน การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลการติดตาม เยี่ยมบ้านของผู้ป่วย ทบทวนข้อมูลกับ ผู้เชี่ยวชาญ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายงานวัณโรคมีแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อนำไปกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการ พยาบาลผู้ป่วยในระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัย ระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อดูแล รักษาอย่างใกล้ชิด และระยะเวลาการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง 2 ราย รายที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานเป็นโรคร่วม ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคร่วม ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย รักษาหาย (cured) รายละเอียดผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป โรคประจำตัวและการใช้สารเสพติดอื่นๆ ประวัติการรักษาวัณโรคในอดีต การรักษา ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	-ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี ค่าดัชนีมวลกาย 20 อาชีพเกษตรกรรม	-ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี ค่าดัชนีมวลกาย 14.89 อาชีพเกษตรกรรม
โรคประจำตัวและการใช้สารเสพติดอื่นๆ	-ยา GPZ 1x2 MFM 1x3 Simvas 1x1 -ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่	-COPD ได้ยา Theophylline SR (200 mg) 1X1 OD -ไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่วันละ 10 มวนทุกวันตั้งแต่อายุ 20 ปี
ประวัติการรักษาวัณโรคในอดีต	-ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอดรับการรักษาที่ รพศ.สรรพสิทธิประสงค์ตลอด การรักษาใกล้จะครบ 6 เดือน แพทย์พบว่าผู้ป่วยไม่ดีขึ้นยังคงไอ และเหนื่อย จึงได้	-ผู้ป่วยเคยรักษาวัณโรคในปอดแล้วเมื่อปี 2559 กินยาครบรักษาหาย เดือนตุลาคม 2563 ผู้ป่วยไข้ ไอ น้ำหนักลด 5 กก. ใน 1 เดือน ส่งตรวจเสมหะ AFB x 3 ครั้ง ผลเป็น บวก และ

	ติดตามผลเพาะเชื้อเสมหะ พบว่า เป็น Pre- XDR-TB และเอกซเรย์ปอดพบว่าปอดผิดปกติมากกว่าเดิม	เอกซเรย์ปอดผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรค ส่ง sputum culture พบเป็น Pre-XDR-TB เอกซเรย์ปอดพบรอยโรค
วินิจฉัยโรค	Pre-XDR-TB	Pre-XDR-TB
อาการและอาการแสดง	ไอเรื้อรัง มีเสมหะสีขาว เหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีไข้	ไอแห้งๆ มีไข้บางวัน เหนื่อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ปวดข้อ น้ำหนักลด 5 กก.ใน 1 เดือน
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	ผู้ป่วยอายุ 60 ปี อาชีพ ทำนา มีรายได้จากเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ เดือนละ 600 บาท สถานภาพโสด อยู่กับแม่ น้องสาว น้องเขย หลาน ที่อยู่พื้นที่ รพ.สต.แข้ด่อน / อบต.โดมประดิษฐ์ รักษา TB Pleura ที่ สปส. เริ่มยา วันที่ 19/03/62 ไปรับยาที่ สปส. ตลอด รพ.น้ำยืนได้รับแจ้งจาก สปส.ว่าผล Culture ของผู้ป่วยเป็น Pre XDR TB ดูแลผู้ป่วยตาม พรบ.โรคติดต่อและระบบที่วางไว้ ผู้ป่วยได้เริ่มยา Pre XDR TB วันที่ 31/10/62 ปัจจุบันกินยาครบ 20 เดือน ผล AFB sputum เป็นลบทุกเดือน Sputum C/S No growth CXR improve	ผู้ป่วยอายุ 61 ปี อาชีพ ทำนา มีรายได้จากเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ เดือนละ 600 บาท สถานภาพสมรส อยู่กับภรรยาและบุตรสาว ที่อยู่พื้นที่ รพ.สต.บุเปือย / อบต.บุเปือย รักษา TB หายเมื่อปี 2559 เดือนตุลาคม 2563 มาคลินิกวัณโรคด้วย ไอ ไข้ เหนื่อย น้ำหนักลด 5 กก.ใน 1 เดือน ตรวจ AFB x 3 ผลบวก เอกซเรย์ปอดผิดปกติ ส่งเสมหะเพาะเชื้อ ผลเป็น Pre XDR TB ผู้ป่วยได้เริ่มยา Pre XDR TB ปัจจุบันกินยาได้ 24 เดือน ผล AFB sputum เป็นลบทุกเดือน Sputum C/S No growth CXR improve
การดำเนินการ ขอยาสูตร XDR TB	ส่งรายงานสสจ. สคร.10 และผู้ว่าราชการจังหวัด รพศ. สรรพสิทธิประสงค์อนุญาตให้ รพ.น้ำยืนดูแลผู้ป่วยได้ ภายใต้การให้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญของกรมควบคุมโรค ขออนุมัติยาตามขั้นตอน ได้รับยาภายใน 2 สัปดาห์	ส่งรายงานสสจ. สคร.10 และผู้ว่าราชการจังหวัด รพศ.สรรพสิทธิประสงค์อนุญาตให้ รพ.น้ำยืนดูแลผู้ป่วยได้ ภายใต้การให้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญของกรมควบคุมโรค ขออนุมัติยาตามขั้นตอน ได้รับยาภายใน 2 สัปดาห์
การรักษาที่ได้รับ	1.Capreomycin 750 mg. IM จ.-ศ. : Plan ให้ 5 เดือน 2 สัปดาห์ 2.Bedaquiline 100 mg. 2 tabs oral จ.พ.ศ. : 6 เดือน 3.Clofazimine 100 mg. 100 mg. 1 tab oral OD pc : 18 เดือน 4.Moxifloxacin 400 mg. 400 mg. 1 tab oral OD pc : 18 เดือน 5.Vit B1-6-12 1 x 3 oral pc งดยาเดิมทุกตัว	1.Capreomycin 500 mg. IM จ.-ศ. : Plan ให้ 5 เดือน 2 สัปดาห์ 2.Bedaquiline 100 mg. 2 tabs oral จ.พ.ศ. : 6 เดือน 3.Clofazimine 100 mg. 100 mg. 1 tab oral OD pc : 20 เดือน 4.Moxifloxacin 400 mg. 400 mg. 1 tab oral OD pc : 20 เดือน 5.Vit B1-6-12 1 x 3 oral pc
พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558	-ดำเนินการตาม พรบ.โรคติดต่อ -มีการกักตัวผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ และมี การส่งข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจเสมหะ การตรวจคลื่นหัวใจ และอาการของผู้ป่วยทาง Line group ให้ผู้ป่วยนอน รพ. 30 วัน ในห้องแยก หลังจากจำหน่ายมีการนำส่งยาให้พื้นที่ ในการกำกับการรับประทานยาให้ผู้ป่วย (DOT) และมีแนวทางการส่งต่อเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรับการรักษา	-ดำเนินการตาม พรบ.โรคติดต่อ -มีการกักตัวผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ และมีการส่งข้อมูลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจเสมหะ การตรวจคลื่นหัวใจ และ อาการของผู้ป่วยทาง Line group ให้ผู้ป่วยนอน รพ. 45 วัน ในห้องแยก มีการนำส่งยาให้พื้นที่ ในการกำกับการรับประทานยาให้ผู้ป่วย (DOT) และมีแนวทางการส่งต่อเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรับการรักษา
การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือผู้ใกล้ชิด และการ	- มีการคัดกรองมารดา น้องสาว น้องเขย หลานสาว โดยการตรวจเสมหะผลการตรวจปกติ เอกซเรย์ปอดทุก 6 เดือน ผลการตรวจปกติ	-มีการคัดกรองภรรยา บุตรสาว โดยการตรวจเสมหะผลการตรวจปกติ และการตรวจเอกซเรย์ปอดทุก 6 เดือน ผลการตรวจปกติ
ป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อ	-ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การ ใส่หน้ากากอนามัย การแยกตัวและกักตัว ในพื้นที่ การกำจัดเสมหะ	-ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตัวในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ เช่น ไม่การ ใส่หน้ากากอนามัย ไม่แยกตัวออกจากครอบครัว
การทำ DOT	กำหนดแนวทางการทำ DOT โดยความร่วมมือของ รพ.สต.แข้ด่อน และโรงพยาบาลน้ำยืน จัดระบบการให้บริการฉีดยา และ จัดยารับประทานแบบ Daily Drug package	กำหนดแนวทางการทำ DOT โดย ความร่วมมือของ รพ.สต.บุเปือย และโรงพยาบาลน้ำยืน จัดระบบ การให้บริการฉีดยา และจัดยา รับประทานแบบ Daily Drug package ลงบันทึก

	ลงบันทึกในสมุดติดตามการรักษา ผู้ป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานยา ไม่ขาดยา	ในสมุดติดตามการรักษา ช่วงแรกผู้ป่วยจะ complained มาก ต้องใช้การ empowerment โดยทีม
การติดตามเยี่ยมบ้าน	จัดแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม รพ.สต.แข้ด่อน อสม.โรงพยาบาลน้ำยืน สสอ.น้ำยืน รพศ.สปส. และสสจ.อุบลฯ ก่อนการรักษา และระหว่างการรักษา ทุก 1 เดือน จำนวน 20 ครั้ง	จัดแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม รพ.สต.บุเปือย อสม.โรงพยาบาลน้ำยืน สสอ.น้ำยืน รพศ.สปส. และสสจ.อุบลฯ ก่อนการรักษา และระหว่างการรักษา ทุก 1 เดือน จำนวน 30 ครั้ง (ช่วงแรกผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความร่วมมือต้องไปเยี่ยมบ่อย)
ผลข้างเคียงของยาสูตร Pre XDR TB	ขณะรับการรักษามีการทำงานของตับผิดปกติ	ขณะรับการรักษามีอาการเหนื่อย รับประทานอาหารได้น้อย และ ปวดข้อ
ระยะเวลาการรักษาที่ได้รับ	20 เดือน	24 เดือน
ผลการรักษา	รักษาหาย (Cured)	รักษาหาย (Cured)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล และการปฏิบัติทางการพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล และการปฏิบัติทางการพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	**การปฏิบัติทางการพยาบาล**
1. ระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัย (นอนรักษาที่โรงพยาบาล) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่1. ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ที่ดื้อต่อยากลุ่ม Fluoroquinolone และยาฉีดกลุ่ม Second-line drug เป้าหมาย: ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ที่ดื้อต่อยา กลุ่ม Fluoroquinolone และยาฉีดกลุ่ม Second-line drug	1. ประเมินการหายใจ อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์ 2. วัดอุณหภูมิ ถ้ามีไข้อุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ให้การพยาบาลลดไข้/เช็ดตัว 3. ประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ถ้าน้อยกว่า 95% รายงานแพทย์ 4. ดูแลการจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง ประมาณ 45 องศา ดูแลให้ออกซิเจนและพ่นยา การประเมินผล ผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากเชื้อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ
ข้อที่2. ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เป้าหมาย: ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	1. สอบถามและประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การป้องกันการปฏิบัติตัว และการใช้อุปกรณ์ป้องกันเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ 2. อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การป้องกัน การปฏิบัติตัว และการสวมใส่อุปกรณ์ ป้องกัน เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การกำจัดเสมหะ การทิ้งขยะ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน การแยกผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกโรค การกักตัว 3. การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านทุก 6 เดือน โดยการเอกซเรย์ปอด ที่โรงพยาบาลน้ำยืน 4. เตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเยี่ยมบ้าน การทำ DOT การจัด สถานที่ให้บริการฉีดยาผู้ป่วย การติดตามการรักษาของผู้ป่วยทุก 1 เดือน การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ สามารถอธิบายให้พยาบาลฟังได้ถูกต้อง
ข้อที่3. บุคคลใกล้ชิดมีโอกาสติดเชื้อวัณโรค	1. ให้ความรู้เรื่องโรควัณโรค และการแยกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับครอบครัวของ

ดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง เป้าหมาย: บุคคลใกล้ชิดได้รับการคัดกรองค้นหาวัณโรคตามแนวทางครบทุกคน	ผู้ป่วย 2. ชี้แจงขั้นตอน วิธีการคัดกรองตามแนวทางการดูแลผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค 3. คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการตรวจเสมหะ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก ครบทุกคน 4. ประสานแพทย์ประจำคลินิกวัณโรคตรวจอาการ อธิบายผลการตรวจ 5. นัดหมายผู้สัมผัสร่วมบ้านคัดกรองวัณโรคซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือ ทุกครั้งที่มีอาการไข้ ไอ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และอาการอื่น ๆ ที่เข้าได้กับวัณโรค การประเมินผล ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการคัดกรองครบทุกคน
ข้อที่4. มีภาวะพร่องโภชนาการ เป้าหมาย: ผู้ป่วยกินได้ น้ำหนักเพิ่ม ไม่มีอาการอ่อนเพลีย	1. ให้ความรู้และความเข้าใจในเรื่องอาหารมีความจำเป็นต่อร่างกายและช่วยสร้างภูมิต้านทานต่อโรควัณโรคได้ แนะนำอาหารที่หากินง่าย เช่น ไข่ ปลา นมถั่วเหลือง เป็นต้น สามารถกินทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง เพราะบางมื้อผู้ป่วยอาจคลื่นไส้อาเจียน 2. ส่งเสริมให้ญาติประกอบอาหารหลากหลาย เน้นโปรตีนโดยประสานนักโภชนาการสอนญาติในการทำอาหารเฉพาะโรคให้ผู้ป่วย อาหารมื้อหลัก อาหารว่าง เป็นต้น การประเมินผล ผู้ป่วยรายที่ 1 หลังการรักษาน้ำหนักเพิ่มเป็น 52 กก. รายที่ 2 น้ำหนักเพิ่มเป็น 55 กก. ความสามารถในการกินปกติ
2. ระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด (ระยะเข้มข้น) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่1. เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาสูตร Pre-XDR-TB เป้าหมาย: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการใช้ยา และทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Pre-XDR-TB	1. อธิบายชื่อลักษณะขนาดและจำนวนยาแต่ละชนิด 2. บอกเหตุผลที่ต้องรับประทานยา และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 3. อธิบายอาการและอาการแสดงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ตับอักเสบ อาการชาปลายประสาท ผื่น คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร หูอื้อ ตามองเห็นภาพไม่ชัด 4. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและควรรีบไปพบแพทย์ทันทีหากมีอาการเหล่านี้ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ชักกระตุก หายใจเหนื่อยหอบ อาการซึมเศร้า 5. ประสานเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ประเมินอาการผลข้างเคียงของการใช้ยาสูตร Pre-XDR-TB 6. มีแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกรณีมีภาวะฉุกเฉิน การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยาในการรักษาได้รับความรู้จากเภสัชกร และพยาบาลประจำ รพ.สต.ที่ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และมีคู่มืออย่างง่ายให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้จักผลข้างเคียงที่เกิดจากยาสามารถประเมินอาการได้ และมาโรงพยาบาลทันทีหากผิดปกติรุนแรง เช่น ท้องอืด กินได้น้อย อาเจียน เป็นต้น
ข้อที่2. มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง เป้าหมาย: ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง	1. อธิบายเรื่องโรคที่เจ็บป่วยเป็น โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง และบทบาท หน้าที่ของผู้ป่วยที่ต้องปฏิบัติตน 2. การจำกัดพื้นที่ ระยะเวลาของการกักตัวผู้ป่วย 3. ประชุมและประสานผู้นำในชุมชน เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เพื่อร่วมกันควบคุมกำกับ ติดตามผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชน 4. จัดอบรมให้ประชาชนในพื้นที่เข้าใจ เรื่องโรคการรักษาการแพร่กระจายเชื้อ การเฝ้าระวังเรื่องโรค
ข้อที่3. ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องการรักษา การปฏิบัติตัว เป้าหมาย: ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลยินดีรักษา ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	1. ชี้แจง ให้กำลังใจผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยที่คลินิกวัณโรค 2. เยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยที่ห้องแยกโรค 3. ประเมิน 2Q หากพบ 2Q positive ประสานพยาบาลจิตเวชให้คำปรึกษา และช่วยเหลือผู้ป่วย 4. พูดคุยกับญาติที่สามารถเป็น care giver ที่ดีให้กับผู้ป่วย พร้อมวางแผนการดูแลร่วมกับ รพ.สต.
3. ระยะรักษาต่อเนื่องที่บ้าน (ระยะต่อเนื่อง) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่1. เสี่ยงต่อการขาดยา เนื่องจากปริมาณยาจำนวนมาก ผลข้างเคียงหลายอย่าง เป้าหมาย: ผู้ป่วยกินยาครบ ไม่ขาดยา	1. พยาบาลคลินิกวัณโรคออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 2. ประสานงานการดูแลผู้ป่วยกับ รพ.สต. ในการ DOT ยาวัณโรคและยาประจำตัว การประเมิน V/S การประเมินน้ำหนัก ภาวะโภชนาการ และอื่น ๆ 3. กำหนดช่องทางการสื่อสาร การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยการติดต่อทาง Line หรือ โทรศัพท์

	4. ประสาน care giver ในครอบครัว และชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน ให้ดูแลผู้ป่วย อย่างเป็นระบบและมีแบบแผนตามที่คลินิกวัณโรคได้ประสานไว้ 5. กำหนดช่องทาง fast track สำหรับผู้ป่วย กรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไข้ อ่อนเพลีย กินอาหารได้น้อย ตาตัวเหลือง ท้องอืด ตาพร่ามัว เป็นต้น สามารถมารับการรักษาโดยใช้ช่องทางด่วน และรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลและรายงานพยาบาลคลินิกวัณโรค เพื่อปรึกษาแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในกลุ่ม Pre-XDR-TB ต่อไป
การประเมินผล ผู้ป่วยกินยาได้ครบตามแผนการรักษา จากการ DOT โดยเจ้าหน้าที่ ข้อที่2. เสี่ยงต่อการขาดนัด เป้าหมาย: ผู้ป่วยมาตามนัดหมายครบทุกครั้ง	1. พยาบาลคลินิกวัณโรคชี้แจงวันนัดหมายให้กับผู้ป่วยและญาติโดยมีบัตรนัด ระบุรายละเอียดชัดเจน 2. ก่อนถึงวันนัดหมายมีระบบ Alert Appointment System โดยประสาน รพ.สต.ก่อนถึงวันนัดล่วงหน้า 1 วัน เพื่อให้ รพ.สต.แจ้งผู้ป่วยเตรียมพร้อมมาตามนัดหมาย 3. กรณีผู้ป่วยไม่มียานพาหนะมาโรงพยาบาล ปรึกษาแพทย์หากไม่มีกิจกรรมจำเป็นที่ต้องพบแพทย์สามารถ consult ทาง Tele medicine ได้ แต่หากจำเป็นประสานผู้นำชุมชน และ รพ.สต.ขอความอนุเคราะห์ยานพาหนะจาก อบต.นำส่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้ 4. กำหนดวันนัดหมายเฉพาะให้กับผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลารอคอย และไม่ปะปนกับผู้ป่วยวัณโรคแบบทั่วไป ผู้ป่วยพึงพอใจ ไม่ต้องรอนาน สร้างความพอใจในการมาตามนัดครั้งต่อ ๆ ไป การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เคยเคยนัด กรณีไม่มีรถมาพยาบาล รพ.สต.จะประสานงานกับ อบต.จัดรถนำส่งผู้ป่วย
4. ระยะฟื้นฟู (หลังจากกินยาครบ) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่1. มีโอกาสกลับเป็นวัณโรคซ้ำ เป้าหมาย: ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองประจำปี หรือตรวจหาวัณโรคซ้ำทันทีเมื่อมีอาการ	1. นัดหมายผู้ป่วยตรวจคัดกรองวัณโรคโดยการตรวจเสมหะ และการถ่ายภาพรังสีทรวงอกประจำปี 2. ให้ความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล 3. ให้ความรู้ในการป้องกันตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ 4. แนะนำให้รักษาโรคประจำตัว (DM และ COPD) อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการแทรกซ้อนของโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ พร้อมทั้งควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการใช้ยาตามแผนการรักษา การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองวัณโรคทุกปีที่คลินิกวัณโรค ผลการตรวจปกติ ไม่เกิดวัณโรคซ้ำ
ข้อที่2. ผู้ป่วยกังวลกลัวจะทำงานไม่ได้เหมือนเดิม เป้าหมาย: ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล กำลังใจดี	1.ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตนหลังหายจากการป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง 2.ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว เสริมพลังอำนาจในการทำงาน การเห็นคุณค่าของตนเอง 3.ประสาน รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน ให้เชิญผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เพื่อลดความวิตกกังวล และเห็นคุณค่าของตนเอง การประเมินผล ผู้ป่วยมีกำลังใจดี มีความวิตกกังวลช่วง 6 เดือนแรก หลังจากนั้นปกติ หน้าตายิ้มแย้ม

อภิปรายผล

ผู้ป่วย Pre-XDR-TB ทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยโดยรักษา จาก TB ซึ่งมีความแตกต่างกันในโรคร่วม สภาพการเจ็บป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมการปฏิบัติตน การรับรู้เรื่องโรค ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล[4,7] ได้แก่ 1) ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ที่ดื้อต่อยากลุ่ม Fluoroquinolone และยาฉีดกลุ่ม Second-line drug 2) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ 3) บุคคลใกล้ชิดมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง 4) มีภาวะพร่องโภชนาการ 5) เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาสูตร Pre-XDR-TB 6) มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง 7) ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องการรักษาการปฏิบัติตัว 8) เสี่ยงต่อการขาดยา เนื่องจากปริมาณยาจำนวนมาก ผลข้างเคียงหลายอย่าง 9) เสี่ยงต่อการขาดนัด 10) มีโอกาสกลับเป็นวัณโรคซ้ำ 11) ผู้ป่วยกังวลกลัวจะทำงานไม่ได้เหมือนเดิม โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลตาม

ระยะเวลา แบ่งเป็น 4 ระยะ เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุม ผลการรักษาในกรณีศึกษา ที่ 1 และ 2 พบว่า ผู้ป่วยรักษาหายจากโรค มีกำลังใจที่ดี ครอบครัวดูแล ชุมชนมีส่วนร่วมดังนั้น พยาบาลเป็นวิชาชีพหลักต้องมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นหลักในการดูแล และแก้ปัญหาผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อทำให้ผู้ป่วย Pre-XDR-TB ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ปลอดภัย มีคุณภาพที่ดี ประสบความสำเร็จในการรักษา และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป [1,2,3]

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง ทั้งในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและการดูแลต่อเนื่อง

2. การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องปฏิบัติงานเป็นทีมทั้งในโรงพยาบาล ครอบครัว ชุมชน และประสานความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญระดับประเทศ จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ไม่ต้องเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย หรือโรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัด ลดค่าใช้จ่าย ลดการแพร่กระจายเชื้อ สร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวในระดับที่ดีมาก

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่ง ประเทศไทย; 2558.
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรค ประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ : สานักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซด์; 2561.
3. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติป้องกัน ควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิด รุนแรงมากภายใต้พระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ฉบับปรับปรุงครั้งที่1. กรุงเทพฯ: สานักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซด์; 2561.
4. World Health Organization. Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva, Switzerland: WHO; 2014. p. 17-22.
5. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. แนวทางการเลือกใช้สูตรยา รักษาวัณโรคดื้อยา ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษร กราฟฟิคแอนด ดีไซด์; 2563.
6. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. การคัดกรองเพื่อค้นหา วัณโรคและวัณโรคดื้อยา. กรุงเทพฯ : สานักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซด์; 2560.
7. ประเทือง ธราธรรุ่งเรือง. การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในงานบริการผู้ป่วยนอก. เพชรบุรี: วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี; 2561
8. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. แนวทางการป้องกันและ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค. กรุงเทพฯ: สานักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซด์; 2559.
9. กองวัณโรคกรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. คู่มืออบรมพัฒนาศักยภาพ ผู้ปฏิบัติงานวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซด์; 2563.
10. เวียงพิงค์ ทวีพูล. ทฤษฎีทางการพยาบาล. บุรีรัมย์: วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์; 2564

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภู

THE PARTICIPATION IN FUND MANAGEMENT OF THE COMMUNITY HEALTH SECURITY FUND TO ACHIEVE SUSTAINABILITY FOR PEOPLE IN NONG BUA LAMPHU PROVINCE

(Received: October 22,2023 ; Revised: November 4,2023 ; Accepted: November 5,2023)

คมกริช พรหมวงศา[11] ชลธิชา แก้วอนุชิต[2]
Komkrich Phromwongsa[1] Chonticha Kaewanuchit[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนจังหวัดหนองบัวลำภูที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 398 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชนระดับมาก ร้อยละ 63.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.2 และระดับน้อย ร้อยละ 2.5 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ สถานภาพสมรส (X^2=6.937) ทัศนคติ (r=0.571) และแรงสนับสนุนทางสังคม (r=0.694)

ผลการศึกษาครั้งนี้ เสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทัศนคติต่อการดำเนินงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงาน

คำสำคัญ:การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น, ทัศนคติ, แรงสนับสนุนทางสังคม

ABSTRACT

This cross-sectional survey study aimed to study The Participation in Fund Management of The Community Health Security Fund to Achieve Sustainability for people in Nong Bua Lamphu Province. The samples consisted of 398 people aged 20 years and over of Nong Bua Lamphu Province with multistage sampling method. The instrument used for data collection was questionnaires. The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square analysis, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient statistics. The results of the study found that Participation in Fund Management of The Community Health Security Fund to Achieve Sustainability for people was at high level for 63.3%, moderate level for 34.2%, and low level for 2.5% respectively; whereas, the factors that related to the Participation in Fund Management of The Community Health Security Fund to Achieve Sustainability for people were statistically significant (p-value < 0.05) were marital status (X^2=6.937), attitude (r=0.571) and social support (r=0.694)

The results of this study suggest that the responsible agencies in the area should promote Participation in Fund Management of The Community Health Security Fund to Achieve Sustainability for people in terms of the participation in the Implementation, Attitude towards the Implementations and, social support for Implementations

Keywords: Participation in Fund Management of The Community Health Security Fund, attitude, social support

---

[1] นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
[2]รองศาสตราจารย์ ดร. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

บทนำ

ยุคศตวรรษที่ 21 เป็นยุคโลกาภิวัฒน์เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองการปกครองและวัฒนธรรม ประชาชนเกิดการเรียกร้องความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพด้วยตนเอง นำไปสู่การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการปฏิรูปนโยบายด้านสุขภาพ เป้าหมายให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์สูงสุดในการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าและได้รับความเท่าเทียมกันทางสุขภาพ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง[1] ระบบสุขภาพประเทศไทยในการให้บริการด้านสาธารณสุข ยึดหลักการกระจายอำนาจการปกครองลงสู่ท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงถ้วนหน้าในยุคโลกาภิวัฒน์บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชนและภราดรภาพ เพื่อให้ได้รับสุขภาพดีอย่างเท่าเทียม โดยการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน[2] ต่อมาองค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ซึ่งหมายถึง ความฝันของโลกที่ทุกคนอยากเห็น เป็นโลกที่มีหลักประกันที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีในทุกช่วงวัย โลกที่มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันในทุกๆด้าน มีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย แข็งแรง ยั่งยืน และมีภูมิคุ้มกันต่อภัยพิบัติ โลกที่ทุกภาคส่วนและทั่วโลกช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันเพื่อบรรลุภาพฝัน รวมถึงประเทศไทยที่กำลังขับเคลื่อนทุกภาคส่วนเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายใน 15 ปี ในด้านสาธารณสุขโดยการสร้างหลักประกันว่าคนไทยจะต้องมีสุขภาพดีและได้รับการส่งเสริมสุขภาพทุกช่วงวัย โดยภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งประชาชน เอกชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันขับเคลื่อนให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน[3]

สำหรับประเทศไทยได้ก่อตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (The Community Health Security Fund) เป็นนวัตกรรมในระบบสุขภาพของไทย เพื่อสร้างการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากภาคีเครือข่ายในสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขับเคลื่อนในการประสานหน่วยงานองค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ รวมถึงส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพ และการสร้างกระบวนการในสังคมที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ โดยให้ความสำคัญเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดำรงชีวิต โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นหรือพื้นที่[4] เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ คือ “รับรองการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตต้องมีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย”

สำหรับจังหวัดหนองบัวลำภู มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นทุกแห่งจำนวน 67 แห่ง การดำเนินงานปี 2558-2560 พบว่า ประชาชนขาดการมีส่วนร่วม ไม่มีการประสานงานในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น[5] การดำเนินการคลอบคลุมทุกพื้นที่ แต่ไม่คลอบคลุมทุกชุมชน การติดตามและการประเมินผลไม่มีความต่อเนื่อง ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อย[6] ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ประชาชนมีความรู้น้อย การประชาสัมพันธ์ไม่คลอบคลุมและไม่ทั่วถึง ชุมชนไม่มีการตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาสุขภาพในชุมชน ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการคืนข้อมูลด้านสุขภาพ ขาดความต่อเนื่อง และการดำเนินงานไม่ตรงกับปัญหาความต้องการของประชาชน[7] ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนงานโครงการ การวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของชุมชน การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารนโยบายสาธารณะ การเข้าร่วมการประชุมประชาคม และการเสนอปัญหาความต้องการเพื่อจัดทำโครงการและนโยบายด้านสาธารณะ[8]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และตำแหน่ง[9] มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ทัศนคติ[10] และแรงสนับสนุนทางสังคม[11]

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงจำเป็นที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภู เนื่องจากพบว่าประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภูมีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปวางแผน กำหนดนโยบาย ปรับปรุงแก้ไขในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืน มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional research) ประชากร คือ ประชาชนจังหวัดหนองบัวลำภู ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวนทั้งหมด 323,316 คน[12] กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนจังหวัดหนองบัวลำภู ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตรในการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างของ Daniel[13] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 398 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งหมด 56 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน จำนวน 20 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 อันดับ (Rating Scale) ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แปลผลโดยใช้เกณฑ์ Best[14] 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย

หลังจากสร้างแบบสอบถามเสร็จนำไปตรวจความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.950

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2566-0040

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มประชากร วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น กับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi -Square) และหาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) กำหนด

นัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.05 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.9 เพศชาย ร้อยละ 25.1 มีอายุ 41-60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 70.1 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.98 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี และอายุสูงสุด 72 ปี มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 80.7 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 91.7 มีอาชีพเกษตรกรรม/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 79.6 และมีรายได้ต่อเดือน 10,001 – 30,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 69.4 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 21,851.76 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 3,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 52,000 บาทต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ระดับทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน (n=398)

ตัวแปร	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
• **ทัศนคติ**	318(79.9)	80(20.1)	-
• **แรงสนับสนุนทางสังคม**	309(77.6)	89(22.4)	-
• **การมีส่วนร่วม**	252(63.3)	136(34.2)	10(2.5)
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	218(54.8)	157(39.4)	23(5.8)
ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	204(51.2)	163(41.0)	31(7.8)
ด้านการมีส่วนร่วมรับประโยชน์	287(72.1)	103(25.9)	8(2.0)
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	229(57.5)	156(39.2)	13(3.3)

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัย พบว่า ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.1 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77.6 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.4 และการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.2 และระดับน้อย ร้อยละ 2.5 เมื่อแยกเป็นรายด้านเรียงตามลำดับ ได้แก่ 1.) ด้านการมีส่วนร่วมรับประโยชน์ ร้อยละ 72.1 2.) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ร้อยละ 57.5 3.) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร้อยละ 54.8 และ 4.) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร้อยละ 51.2

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ และระดับการศึกษากับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ และระดับการศึกษา กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน วิเคราะห์ด้วยค่าไคสแควร์ (n=398)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ			X^2	p-value
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
● **เพศ**				0.130	0.937
ชาย	63(63.0)	34(34.0)	3(3.0)		
หญิง	189(63.4)	102(34.2)	7(2.4)		
● **สถานภาพสมรส**				6.937	0.031*
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	50(64.9)	22(28.6)	5(6.5)		
สมรส	202(62.9)	114(35.5)	5(1.6)		
● **อาชีพ**				5.102	0.078
เกษตรกรรม/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	208(65.6)	100(35.6)	9(2.8)		
รับจ้าง/ข้าราชการ/บำเหน็จ/บำนาญ	44(54.3)	36(44.5)	1(1.2)		
● **ระดับการศึกษา**				1.809	0.405
ต่ำกว่าปริญญาตรี	233(63.8)	122(33.4)	10(2.8)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	19(57.6)	14(42.4)	-		

*ค่า p-value<0.05

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าไคสแควร์ พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=398)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ		ระดับความสัมพันธ์
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	-0.001	0.980	ไม่มี
รายได้ต่อเดือน	0.019	0.705	ไม่มี
ทัศนคติ	0.571	< 0.001*	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.694	< 0.001*	ปานกลาง

*ค่า p-value<0.05

จากตารางที่ 4 เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ทัศนคติ (r=0.571) และแรงสนับสนุนทางสังคม (r= 0.694) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

อภิปรายผล

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภู เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน คือ การที่ประชาชนจังหวัดหนองบัวลำภู เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงวัย โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ประชาชน เอกชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อน[3] จากผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.2 และระดับน้อย ร้อยละ 2.5 ตามลำดับ ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่เกิดขึ้นมานั้นจัดได้ว่าเป็นนวัตกรรมในระบบสุขภาพของไทยในการขับเคลื่อนความร่วมมือของหลายภาคส่วนในพื้นที่ร่วมดำเนินการ และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการของประชาชนในระดับชุมชน โดยมุ่งยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นหรือในพื้นที่เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนด้านสุขภาพของประชาชน การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นขับเคลื่อนในรูปแบบการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการกองทุนสุขภาพท้องถิ่นโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขับเคลื่อนในการประสานหน่วยงานองค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มีตัวแทนภาคประชาชนที่เกิดจากการคัดเลือกของประชาชนในท้องถิ่นซึ่งตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[15] กองทุนดังกล่าวจำเป็นต้องมีการสร้างการรับรู้ความเข้าใจ และความสนใจชุมชนต่อบทบาทภารกิจและผลงานของกองทุน โดยจะต้องมีการประชาสัมพันธ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผลการดำเนินงานผ่านสื่อต่างๆ ตลอดจนถึงการจัดเวทีประชาคมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จึงทำให้ประชาชนสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมภร จั่นจำรัส[9] ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ผลการศึกษาพบว่าคณะกรรมการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นภาพรวมอยู่ในระดับมาก

สำหรับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน พบว่า สถานภาพสมรส ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน โดยจะสังเกตเห็นได้ว่า ในยุคสังคมปัจจุบันที่ต้องมีการเร่งรีบจากการฟื้นฟูสภาพเศรษฐกิจและสังคม ไม่ว่าประชาชนจะมีสถานภาพสมรสเป็นเช่นไรก็ตาม (โสด สมรสคู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่) ล้วนต้องมีภาระรับผิดชอบตัวเองและครอบครัวที่มีความแตกต่างกัน รวมไปถึงการใช้เวลาว่าง การทำงาน ความตระหนัก ความใส่ใจด้านสุขภาพ รวมถึงการเข้าร่วมสังคมที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ ทั้งการ

ส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นดำเนินการและสนับสนุน ที่มีลักษณะแตกต่างกัน ตลอดจนถึงการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เช่นเดียวกับทัศนคติที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง[16] กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน ยิ่งไปกว่านี้จะสังเกตเห็นได้ว่า จุดเด่นของงานวิจัยนี้คือ การทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่มีอยู่ในปัจจุบันเกิดความยั่งยืนได้ สิ่งสำคัญต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการและบริหารจัดการ รวมไปถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันให้ประชาชนมีบทบาทเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายเป็นอย่างมาก จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง[16] กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นมากที่สุด ย่อมสะท้อนให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมและนำไปสู่ความยั่งยืนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Haricharan et al.[11] ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของแอฟริกาใต้ ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติของผู้จัดการสถานพยาบาลและที่ปรึกษาวอร์ดส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Binti et al.[10] ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการประกันสุขภาพแห่งชาติในหมู่บ้าน Tegalsari, Ponorogo Regency ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการประกันสุขภาพในหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1.จากผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน ในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อยที่สุดใน 4 ด้าน ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ควรส่งเสริม หรือกำหนดนโยบายในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้มีศักยภาพให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เกิดความยั่งยืนของประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภูต่อไป

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนของประชาชน เช่น การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ หรือหน่วยงานต่างๆ รูปแบบหรือวัฒนธรรมของชุมชน รวมถึงการศึกษาให้ครอบคลุมถึงระดับเขต ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืนให้สอดคล้องกับ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงวัย โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนในอนาคตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาแบบสอบถาม ขอขอบคุณประชาชนจังหวัดหนองบัวลำภู ที่ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามจนวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชลธิชา แก้วอนุชิต, ขวัญศิริ ทองพูน, และ อัมมันดา ไชยกาญจน. ก้าวสู่การปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในศตวรรษที่ 21. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 2557;9:108-120.
2. ชลธิชา แก้วอนุชิต. แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 2556;36:123-131.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. กระทรวงสาธารณสุข. 2560.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา. ประวัติและความเป็นมาของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น. (Internet). 2566 (เข้าถึงเมื่อ15 กุมภาพันธ์ 2566). เข้าถึงได้จาก https://localfund.happynetwork.org/aboutus
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองบัวลำภู. รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2558. หนองบัวลำภู; 2558.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2560. หนองบัวลำภู; 2560.
7. วรนุด มุ่งวิชา, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, และ กฤษณ์ ขุนลึก. รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ตำบลโนนสะอาด อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 2562:5:83-97.
8. สุปัน สมสาร์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสาร มจร.อุบลปริทรรศน์, 2563;5:149-162.
9. สมภร จั่นจำรัส. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจังหวัดระนอง. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 2558;9:329-334.
10. Binti, S., Werdani, K. E., SKM, M. K., & Purwanti, S.K.M. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keikutsertaan Masyarakat Dalam Jaminan Kesehatan Nasional Di Desa Tegalsari Kabupaten Ponorogo (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta), 2016.
11. Haricharan, H. J., Stuttaford, M., & London, L. The role of community participation in primary health care: practices of South African health committees. Primary Health Care Research & Development, 2021;22:e31.
12. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากร HDC กระทรวงสาธารณสุข. (Internet). 2566. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2566). เข้าถึงได้จาก http://nbdatacenter.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/pop_sex_age.
13. Daniel, W. W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Science;2010
14. Best, J. W. Research in Education (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall, 1977.
15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์, 2561.
16. Hinkle, D.E. Applied Statistics for the Behavioral Sciences. Boston : Houghton Mifflin, 1998.

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566

VOL.8 NO.4 October - December 2023

Part II

ISSN : 2773-854X (Print)
ISSN : 2773-8558 (Online)

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023 Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลการพัฒนาระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) เพื่อเฝ้าระวังและจัดการอาการผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 216
โศรดา ชุมนุ้ย

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม 225
ปวีณา มะลิงาม ,ชลธิชา แก้วอนุชิต

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลาง 244
ณัฐพัชร์ ไชยนาเมือง

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะติดเชื้อไวรัสโควิด-19 : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 253
ทิพวรรณ ชมบุญ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 264
นลินี หนูห่วง

กรณีศึกษา : การพยาบาลและการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 275
น้ำพอง เดชสูงเนิน

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะที่ได้รับการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต : กรณีศึกษา . 285
ดุษณีย์ สมบุรุษ

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับยา : กรณีศึกษา 2 ราย 295
รัชวารี ชื่นวัฒนา

การพยาบาลการให้การระงับความรู้สึกหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกแตกที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา 2 ราย 303
วนิษฐา แผ่นศิลา

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย 311
เพ็ญประภา แสงพิศาล

ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โดยรูปแบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ 318
อาจารี สถานเมือง

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 327
อมรมาลี ภูมิเรืองศรี

พัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 335
ธนันณัฏฐ์ มณีศิลป์ ,พรรณงาม อินทรประสงค์ ,กมลทิพย์ พูลทวี ,จินตนันท์ ,สิทธิประชาราษฎร์ ,วิภาศิริ นราพงษ์

การพยาบาลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 346
ประภัสสร ชำนาญศิลป์

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : 2 กรณีศึกษา 355
วิมลรัตน์ คชอาจ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษา 2 ราย งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 367
ดวงแก้ว ชื่นวัฒนา

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา 374
ชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อนำไข่ร่วมกับมีภาวะช็อก และมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 384
ดารณี ศิลปะรายะ

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023 Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา 394
ปิยะ จันทร์คายโคตร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 403
จุรีพร พูนปริญญา

การทดสอบปนเปื้อนของสารสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี 413
วีรศักดิ์ จรภักดี ,สยมภู สงวนสิทธิอนันต์

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา 2 ราย 419
นันทิมา ไชยโภชน์

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 32 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ตุลาคม – ธันวาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลาง ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับยา การให้การระงับความรู้สึกหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกแตกที่มีภาวะช็อก ผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินโดยรูปแบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท การสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula การป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกร การควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด การทดสอบปนเปื้อนของสารสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย คุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ การควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ การแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป

ผลการพัฒนาระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) เพื่อเฝ้าระวังและจัดการอาการผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

Effect of the development of the Modified Early Warning Scores (MEWS) system for monitoring and managing the patient's symptoms before entering critical condition inpatient nursing jobs Rong Kham Hospital Kalasin Province.

(Received: October 30,2023 ; Revised: November 8,2023 ; Accepted: November 14,2023)

โศรดา ชุมนุ้ย[1]
Soradha Chumnui[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาการใช้สัญญาณเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤติ (MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติและศึกษาผลของการใช้แบบประเมิน MEWS ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยหอผู้ป่วยในต่อการส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน การใส่ท่อช่วยหายใจและการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามคุณลักษณะของตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับนอนโรงพยาบาลและประเมิน MEWS ได้ค่าคะแนน ≥ 1 ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2566 ทุกคน ใช้ผลงานเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 164 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการประเมินผลการใช้ระบบสัญญาณเตือน (Modified Early Warning Score: MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

ผลการศึกษา: มีแนวทางการใช้สัญญาณเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤต (MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย สื่อสารแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเพื่อให้สามารถนำไปใช้ประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วยพบว่า พยาบาลมีการบันทึกบันทึกค่าองค์ประกอบทางสรีระตามระบบสัญญาณเตือนทั้ง 5 องค์ประกอบได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของ หัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิกายและ ออกซิเจนในร่างกายวัดที่ปลายนิ้ว ร้อยละ 100 รองลงมาคือระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) ร้อยละ 98.17 แต่ไม่พบบันทึกองค์ประกอบที่ 7 ด้านจำนวนปัสสาวะใน 4 ชั่วโมง (มิลลิลิตร) มากถึงร้อยละ 70.12 เป็นผลมาจากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังการทำงานของไต มีการเฝ้าระวังค่าระดับคะแนน 1สูงสุดร้อยละ 49.39 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการพยาบาลตามเกณฑ์ระดับคะแนนที่กำหนด และได้รับการติดตามอาการภายหลังให้การพยาบาลร้อยละ 100 อาการดีขึ้นที่ระดับค่าคะแนน 1- 2 ร้อยละ 98.33 การส่งต่อสูงสุดที่ระดับคะแนน 4 ร้อยละ 25 มีการรอดชีวิตสูงสุดที่ระดับคะแนน1-2 ,4 และคะแนน ≥6 ร้อยละ 100

คำสำคัญ : การประเมินระบบสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS), การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง

ABSTRACT

This study was research and development aimed to Develop the use of warning signs before patients become in critical condition (MEWS) in monitoring patients before they enter critical condition and study the results of using the MEWS assessment in evaluating and monitoring patient changes in inpatient wards. Unplanned forwarding Intubation and patient death developed. Data were collected using a recording form created by the researcher according to the characteristics of the study variables consisting of 7 elements. Sample size includes all patients admitted to the hospital and MEWS assessed with a score of ≥ 1 between October 2022 and April 2023. Using the average performance over the past 3 years, the sample group was numbered. 164 documents were analyzed using descriptive statistics, including numbers, percentages, means, and standard deviations, to evaluate the use of the warning system (Modified Early Warning Score: MEWS) in patient surveillance before Entering a state of crisis.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร่องคำ

Results: There are guidelines for using early warning signs before patients become critical (MEWS) in patient monitoring. Communicate patient surveillance guidelines to nurses working in the ward so that they can be used to assess and monitor patients. The nurse records the values of the five physiological elements according to the alarm system, namely blood pressure, heart rate, breathing rate. body temperature and Oxygen in the body measured at the fingertip is 100 percent. Next was the level of consciousness (Glasgow coma score) at 98.17 percent, but no records were found for component 7, the amount of urine in 4 hours (ml.), up to 70.12 percent, as a result of the patient not being in the disease group. You must monitor your kidney function. There is monitoring of score levels. 1Highest 49.39%. All patients receive nursing care according to the specified score level criteria. and received follow-up after providing nursing care, 100% of the symptoms improved at the score level 1-2, 98.33%, the highest referral was at the score level 4, 25% had the highest survival at the score level 1-2, 4 and Score ≥6 100 percent
Keywords: Evaluation of critical crisis warning system (MEWS), monitoring of change symptoms

บทนำ

การบริการพยาบาลบางครั้งอาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย โรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงมีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับและน่าเชื่อถือของผู้ที่จะเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งขบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเน้นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย(patient safety goal) สถานพยาบาลต้องมีการกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย หาวิธีการหรือเครื่องมือช่วยเหลือพยาบาลในการติดตามอาการผู้ป่วย มีระบบการเฝ้าระวัง (monitoring system) อย่างเหมาะสม เพื่อเป็นเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนและสร้างความมั่นใจให้พยาบาลใช้ประเมินเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วย ตลอดจนประสานทีมสหวิชาชีพให้การรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงหรือเสียชีวิตได้ แนวทางการประเมินการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Modified early warning scores system: MEWS) เป็นเครื่องมือในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง[1] ช่วยให้สามารถแบ่งระดับความรุนแรง นำไปสู่การตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาตาม แนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด[2]

Modified Early Warning Sign(MEWS) เป็นแนวทางหรือเครื่องมือที่ช่วยให้แพทย์ พยาบาล ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ ได้ให้การช่วยเหลือทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว โดยใช้การประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจากข้อมูลทางสรีระวิทยาของผู้ป่วย 5 อย่างอันได้แก่ ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure)อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) อัตราการหายใจ (respiratory rate) อุณหภูมิร่างกาย (body temperature) และระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness)[3]

สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วย 2 ระยะ โดยใช้เครื่องมือประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Sakon Nakhon Hospital-Modified Early Warning Signs :S-MEWS) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น (adult pre-arrest sign) สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (early warning signs) และการจัดการทางพยาบาล 2) สมรรถนะพยาบาล ประกอบด้วยความรู้และทักษะเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และสมรรถนะการพยาบาลวิกฤต 7 องค์ประกอบ 3) การนิเทศทางคลินิก[4]

การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต หมายถึง การประเมินผู้ป่วย เพื่อค้นหาสัญญาณเตือนที่จะนำไปสู่อาการเปลี่ยนแปลง ในทางที่ทรุดลงหรือก่อนหัวใจหยุดเต้น ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยแรกรับหรือทันทีที่มาถึง โดยพยาบาลวิชาชีพทำการประเมินผู้ป่วยแบบรวดเร็ว ด้วยเครื่องมือสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นตามรูปแบบ “ABCCCDE” เพื่อประเมิน และค้นหาสัญญาณเตือนอันตรายที่จะนำไปสู่การเกิดอาการทรุดลงหรือหัวใจหยุดเต้นตามรูปแบบ “ABCCCDE” ซึ่งประกอบด้วย Airway ,Breating ,Circulation, Concious stage,

Cardiomegaly,Drugs and defrillation,Equipment [4]

โรงพยาบาลร่องคำ เป็นโรงพยาบาล ขนาด 30 เตียง ให้บริการผู้ป่วยทุกประเภท ทุกกลุ่มอายุ จากสรุปผลการปฏิบัติงานผู้ป่วยใน พบว่ากลุ่มโรคที่สำคัญมารับบริการ 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มโรคทางเดินอาหาร กลุ่มโรคทางเดินหายใจ กลุ่มติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พบอุบัติการณ์ส่งต่อโดยมิได้วางแผนร้อยละ 0.93 , 1.24 , 1.03 อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 0.55 , 0.65 , 0.55 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.11 , 0.05 , 0.15 ตามลำดับ จากการทบทวน อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิต ปี 2563-2565 พบว่าการประเมินซ้ำผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการไม่ครอบคลุม แบบการเฝ้าระวังและการให้การพยาบาลไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการทรุดลง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือได้ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และยังพบผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด อีกทั้งยังไม่มีการนำรูปแบบเฝ้าระวังผู้ป่วย modified early warning score (MEWS) มาใช้ใน การเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวังและรายงานแพทย์ได้ทันเวลา ทีมคุณภาพด้านการดูแลผู้ป่วย (patient care team) โรงพยาบาลร่องคำจึงได้นำรูปแบบการเฝ้าระวังผู้ป่วย modified early warning score (MEWS) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิกาย ออกซิเจนในร่างกายวัดที่ปลายนิ้ว ระดับความรู้สึกตัว จำนวนปัสสาวะ มาใช้ในการประเมินการเฝ้าระวังสัญญาณชีพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกัน ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ แก้วเพชร[5] พบว่าการใช้แบบประเมิน MEWS ผู้ป่วยทุกรายได้รับการพยาบาลตามเกณฑ์ระดับคะแนนที่กำหนด และได้รับการติดตามอาการภายหลังให้การพยาบาลร้อยละ 100 มีการรอดชีวิตสูงสุดร้อยละ 85.5 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน 1, 2 นอกจากนี้การใช้สัญญาณเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤติ (MEWS) ยังช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วทันท่วงที และผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น ช่วยให้พยาบาลสามารถแบ่งระดับความรุนแรง นำสู่การตัดสินใจในการดูแลรักษาพยาบาลตามแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากประเด็นปัญหาการขาดเครื่องมือที่จะช่วย ให้พยาบาลประเมินเฝ้าระวังสัญญาณชีพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการทรุดลง และเสียชีวิตโดยไม่ได้วางแผน ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาการใช้เครื่องมือการเฝ้าระวังผู้ป่วย modified early warning score (MEWS) มาปรับใช้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยและเป็นเครื่องมือช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีความมั่นใจในการตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ รายงานแพทย์ได้ทันเวลา และศึกษาผลของการใช้ระบบสัญญาณเตือน (MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทันท่วงที ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดคิด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาแนวคิด Modified Early Warning Scores (MEWS)
2. เพื่อพัฒนาการใช้สัญญาณเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤติ (MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบประเมิน MEWS ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย หอผู้ป่วยใน ต่อการส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน การใส่ท่อช่วยหายใจและการเสียชีวิตของผู้ป่วย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของระบบที่พัฒนาขึ้น มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่รับนอนโรงพยาบาล ศึกษาผลของการใช้ระบบ

Modified Early Warning Signs (MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับนอนในหอผู้ป่วยในที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมินแรกรับโดยการใช้ระบบสัญญาณเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤติ (MEWS) และได้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ป่วยที่รับนอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในและประเมิน MEWS ได้คะแนน ≥ 1 ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2566 ทุกคน ใช้ผลงานเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 164 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติเบื้องต้นดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปและประเมิน MEWS ได้คะแนน ≥ 1 2) นอนรักษาในตึกผู้ป่วยอย่างน้อย 4 ชั่วโมงขึ้นไป 3) ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 4 ชั่วโมง 2) ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 15 ปี

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา ผลการพัฒนาระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) เพื่อเฝ้าระวังและจัดการอาการผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

1.การพัฒนาระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) เพื่อเฝ้าระวังและจัดการอาการผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

2. ระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS)

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามคุณลักษณะของตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ แบบบันทึกค่าองค์ประกอบทางสรีระตามระบบสัญญาณเตือน แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามระดับคะแนนโดยมีเกณฑ์ในการแปลแบบบันทึกการประเมินติดตามหลังการปฏิบัติการพยาบาลและแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในการรับนอนโรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. กำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย

2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในการใช้สัญญาณเตือนก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย

3. ประเมินผู้ป่วยทุกราย ในการรับใหม่โดยประเมินสัญญาณชีพแรกรับแล้วรวมเป็นคะแนน MEWS

4. ปฏิบัติการพยาบาลตามคะแนน MEWS ที่ประเมินได้

5. มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ระบบ MEWS ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย

6. ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ระบบ MEWS ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยและพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

7. แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในการใช้สัญญาณเตือนก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย

8. ประเมินผู้ป่วยทุกราย ในการรับใหม่โดยประเมินสัญญาณชีพแรกรับแล้วรวมเป็นคะแนน MEWS

9. ปฏิบัติการพยาบาลตามคะแนน MEWS ที่ประเมินได้

10. มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ระบบ MEWS ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย

11. ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ระบบ MEWS ในการเฝ้าระวัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการประเมินผล การใช้ระบบสัญญาณเตือน (Modified Early Warning Score: MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

ผลการศึกษา

1. แนวคิด Modified Early Warning Scores (MEWS)

ตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวทางการบันทึกการเฝ้าระวังผู้ป่วยตามระบบสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยใช้แนวคิดของสถาบันสุขภาพแห่งชาติประเทศอังกฤษ Guideline for the use Modified Early Warning Score (MEWS) และแบบการเฝ้าระวังผู้ป่วย MEWS ของ อุไรวรรณ แก้วเพชร ดังรายละเอียดใน
ตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนการเฝ้าระวังตามระบบสัญญาณเตือน (ก่อนการพัฒนา)

Score	3	2	1	0	1	2	3
SBP	≤ 70	71-80	81-100	101-160	161-199	≥ 200	
Pulse		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
RR		≤ 8	9-11	12-20	21-25	26-30	≥ 30
Temp		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.5	≥ 38.6	
Consciousness (AVPU)				Alert	Responds To Voice	Responds To Pain	Unresponsive

MEWS+ SBAR รายงานแพทย์
MEWS 1-3 : Record Vital Signs ปกติ
MEWS ≥ 4 : Record Vital Signs ถี่ขึ้น โดย
- วัดทุก ½ ชมในชั่วโมงแรก
- วัดทุก 1 ชม สำหรับ 4 ชั่วโมงถัดมา
- วัดทุก 4 ชั่วโมง สำหรับ 24 ชม ถัดมา

MEWS ≥ 6 : หรือเมื่อ MEWS เพิ่มขึ้นจากเดิม 2 แต้ม : รายงานแพทย์

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนการเฝ้าระวังตามระบบสัญญาณเตือน Modified Early Warning Score (MEWS) Rongkham Hospital

Score / Parameter	3	2	1	0	1	2	3
Systolic blood pressure (mmHg)	≤ 70	71-80	81-100	101-160	161-199	≥ 200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
Pulse (HR)		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Respiratory Rate	≤ 8		9-11	12-20	21-25	26-30	≥ 30
Temperature(C)		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.5	≥ 38.6	
O2 saturation	< 85	85-89	90-94	≥ 95			

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนการเฝ้าระวังตามระบบสัญญาณเตือน Modified Early Warning Score (MEWS) Rongkham Hospital

Score / Parameter	3	2	1	0	1	2	3
(rom air)							
Consciousness Level (AVPU)		วุ่นวาย สับสน		Alert	Responds To Voice	Responds To Pain	Unresponsive
Urine Output	0-500 ml / 24 hr	501-750 ml /24hr	750-1000 ml/24 hr	>1000 ml/24hr หรือ > 41 ml/hr	31- 40 cc/hr	21-30 cc/hr	≤ 20 cc/hr

เมื่อได้รูปแบบการบันทึกการเฝ้าระวังผู้ป่วย ตามระบบสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตแล้ว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยดังนี้

1. ใช้ค่าคะแนนการเฝ้าระวังตามระบบสัญญาณเตือนในการประเมินผู้ป่วยแรกรับทุกราย

2. ทำการประเมินต่อเนื่องและเฝ้าระวังตาม score คะแนนที่ได้ดังนี้

คะแนน MEWS 0-1 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปลอดภัย ให้สังเกต และประเมิน vital sign ทุก 4 ชั่วโมง เฝ้าระวังตามมาตรฐานการพยาบาล

คะแนน MEWS 2 หมายถึง ผู้ป่วยมี โอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤตให้สังเกตและประเมิน vital sign ทุก 2-4 ชั่วโมง

คะแนน MEWS 3 หมายถึง ผู้ป่วยมี โอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤต ให้เฝ้าระวังสังเกตอาการทุก 1 ถึง 2 ชั่วโมง พร้อมแจ้งหัวหน้าเวร เพื่อเฝ้าระวังอาการ

คะแนน MEWS 4 หมายถึง ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤต ให้รายงานหัวหน้าเวร ประเมิน Vital sign ทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ถ้า MEWS score เท่ากับ 4 ติดต่อกัน 3 ครั้งให้รายงานแพทย์

คะแนน MEWS 5 หมายถึง ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤตให้รายงานหัวหน้าเวร ประเมิน Vital sign ทุก 30 นาที ถ้า MEWS score เท่ากับ 5 ติดต่อกัน 3 ครั้ง ให้รายงานแพทย์

คะแนน MEWS 6 หมายถึง ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตรายงานแพทย์ทันทีและประเมิน Vital sign ทุก 15 นาที

ตอนที่ 2 ผลการบันทึกการเฝ้าระวังโดยใช้ระบบสัญญาณเตือนก่อนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต

1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไปจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่นอน โรงพยาบาล ทั้งหมด 164 ฉบับ พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 54.27 มีช่วงอายุมากที่สุดคืออายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 39.63 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 59-60 ปี ร้อยละ 26.83 พบประวัติ การเจ็บป่วยในอดีตด้วยโรคระบบต่อมไร้ท่อมากถึงร้อยละ 37.81 ทางสรีระตามระบบสัญญาณเตือนทั้ง 5 องค์ประกอบได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของ หัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิกายและออกซิเจนในร่างกายวัดที่ปลายนิ้ว ร้อยละ 100 รองลงมาคือระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) ร้อยละ 98.17 แต่ไม่พบบันทึกองค์ประกอบที่ 7 ด้านจำนวนปัสสาวะใน 4 ชั่วโมง (มิลลิลิตร) มากถึงร้อยละ 70.12 เป็นผลมาจาก ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังการทำงานของไต

ค่าคะแนนของระบบสัญญาณเตือน และการประเมิน ติดตามอาการหลังปฏิบัติการพยาบาล

ผลการบันทึกค่าคะแนนของระบบสัญญาณเตือน พบว่าเวชระเบียนส่วนใหญ่มีการเฝ้าระวังค่าระดับคะแนน 1 ร้อยละ 49.39 รองลงมาระดับคะแนน 2 ร้อยละ 23.78 ส่วนการบันทึกตามค่าระดับคะแนนของระบบสัญญาณเตือนที่พบน้อยสุดคือ ค่าระดับคะแนน 6 ร้อยละ 2.45 เนื่องจากผู้ป่วยส่วน

ใหญ่ที่นอนพักรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่องคำ เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ซับซ้อนมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย

หลังจากการให้การพยาบาลมีการติดตามประเมิน สัญญาณชีพและอาการผู้ป่วยอย่างน้อยเวรละครั้งร้อยละ 100 โดยให้การพยาบาลตามอาการผู้ป่วยได้แก่ การพยาบาลตามแผนการรักษา การเช็ดตัวเพื่อลดไข้ การพ่นยา การเคาะปอด การจัดท่านอนศีรษะสูง ดูแลให้ออกซิเจน เพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อย ดูแลให้ยาลดปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวด เป็นต้น

ผลการปฏิบัติตามระบบสัญญาณเตือน การประเมินติดตามสัญญาณชีพและ อาการผู้ป่วยหลังการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มี ระดับค่าคะแนน 1, 2 พบส่วนใหญ่อาการดีขึ้นร้อยละ 98.33 มีอาการทรุดลงร้อยละ 1.67 ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับ ค่าคะแนน 3 พบอาการดีขึ้น ร้อยละ 96.03 อาการ ทรุดลงร้อยละ 3.97 ค่าคะแนน 4 พบอาการดีขึ้น ร้อยละ 75 อาการทรุดลงร้อยละ 25 ค่าคะแนน 5 พบอาการดีขึ้น ร้อยละ 88.33 อาการ ทรุดลงร้อยละ 16.67 ค่าคะแนน ≥ 6 พบอาการดีขึ้น ร้อยละ 100 และไม่พบอาการคงที่ในทุกค่าระดับคะแนน การส่งต่อส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน 4 ร้อยละ 25 ส่วนระดับคะแนนที่มีการรอดชีวิตสูงสุด ร้อยละ 100 คือผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน 1- 2 ,4 และระดับคะแนน ≥ 6 แต่พบผู้ป่วยเสียชีวิตในระดับคะแนน 3 ร้อยละ 4.17 และระดับคะแนน 5 ร้อยละ 16.67

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาการใช้ระบบสัญญาณเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤต (MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้ตารางค่าคะแนนการเฝ้าระวังตามระบบสัญญาณเตือนสื่อสารให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยให้สามารถนำไปใช้ประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีการบันทึกค่าองค์ประกอบทางสรีระตามระบบสัญญาณเตือน ทั้ง 7 องค์ประกอบได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิกาย ออกซิเจนในร่างกายวัดที่ปลายนิ้ว ร้อยละ 100.0 แต่พบการบันทึกค่าระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) ร้อยละ 98.17และพบการบันทึกจำนวนปัสสาวะน้อยสุดร้อยละ 29.88 พบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.27 มีช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 39.63 รองลงมาช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 26.83 และพบมีประวัติการเจ็บป่วยในอดีตด้วยโรคระบบต่อมไร้ท่อสูงถึงร้อยละ 37.81รองลงมาเป็นระบบการทำงานของไต ร้อยละ 17.07 แต่ก็ยังพบในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวสูงถึงร้อยละ 21.95

ประสิทธิผลของการใช้ระบบสัญญาณเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤต (MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตพบว่า การบันทึกเวชระเบียนส่วนใหญ่มีการเฝ้าระวังค่าคะแนนระดับ 1 ร้อยละ 49.39 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลร่องคำเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ซับซ้อน มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยทุกรายที่ ได้รับการประเมินด้วยระบบสัญญาณเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤติ (MEWS) ทั้ง 6 ระดับ ได้รับการพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของระบบสัญญาณเตือน และติดตามประเมินสัญญาณชีพและอาการภายหลังให้การพยาบาลตามระดับค่าคะแนนของระบบสัญญาณเตือนคิดเป็นร้อยละ 100 อัตราการรอดชีวิตและไม่ได้ใส่ท่อหายใจที่ค่าคะแนนระดับ 1-2 ,4 และ ≥ 6 ร้อยละ 100 อัตราการส่งต่อที่ค่าคะแนน 4 ร้อยละ 25 ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังได้อย่างมีคุณภาพ จากที่ผ่านมาโรงพยาบาลร่องคำไม่มีการนำแบบประเมินด้วยระบบสัญญาณเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤติ (MEWS) มาใช้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนอาการทรุดลง ต้องได้ส่งต่อ โรงพยาบาลแม่ข่าย และพบผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้วางแผน สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ แก้วเพชร ที่ศึกษาประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ระบบสัญญาณเตือน (modified early warning score: MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต งานผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา พบว่าพยาบาลมีการบันทึกค่าองค์ประกอบทางสรีระตามระบบสัญญาณเตือน ทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิกาย ออกซิเจนในร่างกายวัดที่ปลายนิ้ว และระดับความรู้สึกตัวร้อย ละ 100 มีการเฝ้าระวังค่าคะแนนระดับ 1 มากสุดร้อยละ70 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการพยาบาลตามเกณฑ์ระดับ คะแนนที่กำหนด และได้รับการติดตามอาการภายหลังให้การพยาบาลร้อยละ 100 มีการรอดชีวิตสูงสุดร้อยละ 85.5 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน 1, 2 [6-8]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการบริหารการพยาบาล

1 นำระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) เพื่อเฝ้าระวังและจัดการอาการผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต กำหนดในแผนพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2 ควรวางแผนพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาครอบคลุมทุกหน่วยงาน

3 ควรมีการเตรียมความพร้อมโดยกำหนดในแผนการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่เพื่อให้เข้าใจแนวคิดการระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) เพื่อเฝ้าระวังและจัดการอาการผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. นำระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) เพื่อเฝ้าระวังและจัดการอาการผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตใช้อย่างต่อเนื่องทุกแผนกในโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยมารับการรักษา กำหนดให้มีการนิเทศ ติดตามประเมินผลและปรับปรุงเป็นระยะเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยทุกหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะด้านการทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการนิเทศการใชแบบประเมิน MEWS เพื่อใหมีการใชแบบประเมิน MEWS อยางถูกตองตอเนื่องทุกหน่วยงาน

2. ควรศึกษาปญหาหรืออุปสรรคของพยาบาลในการใชแบบประเมิน MEWS

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่องคำ กลุ่มการพยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำตึกผู้ป่วยในทุกท่าน รวมทั้งผู้ป่วยและญาติที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณ ดร ธีระพัฒน์ สุทธิประภา ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา

ขอบคุณคณะผู้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการ ทำงานวิจัยและคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอร่องคำ

เอกสารอ้างอิง

1. Semico Miller. (2009).The Use of Modified Early Warning Scores by a Rapid Response Team For The Purpose of Code Reduction in the Non-ICU Patient Population. ANCC National Magnet Conference
2. Gardner -Thorpe J., et al. (2006). The Value of Modified Early Warning score (MEWS) in surgical In-patients: A prospective observational study. Ann R Coll Surg Engl, 88, 571–575
3. ปนิฏฐา นาคช่วย, ละมัยพร อินประสงค์, วารินทร์ ตันตระกูล, ปดิวรัดา ทองใบ, และพิไลวรรณ จันต๊ะนุ. (2560). MEWS: Adult Pre-Arrest Sign กับบทบาทพยาบาล. เวชบันทึกศิริราช, 10(3), 186-190.
4. นิตยาภรณ์ จันทร์นคร, ทัศนีย์ แดขุนทด,อุไรวรรณ ศรีดามา,ปิยนุช บุญกอง.การพฒั นารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวกิฤต สำหรับผู้ป่วยหนัก วัยผู้ใหญ่ โรงพยาบาลสกลนคร.วารสารกองการพยาบาล,ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 มกราคม –เมษายน 2563,39-58

5. อุไรวรรณ แก้วเพชร. ประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ระบบสัญญาณเตือน (modified early warning score: MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา 2562
6. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ผลของการใช้แนวทางการ ประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการ ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนและอัตราการ เสียชีวิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ปทุมธานี: โครงการวิจัย เพื่อพัฒนางานของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระ เกียรติ, สนับสนุนทุนวิจัยโดยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ปีงบประมาณ 2558; 2559
7. Outer North East London Community Service : Guideline for the Use of Modified Early Warning Score (MEWS); 2014
8. กรรณิกา ศิริแสน. ประสิทธิผลของการใช้ระบบ สัญญาณเตือนในการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2558

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

THE PARTICIPATION FOR THE MANAGEMENT OF HOSPITAL ACCREDITATION SYSTEM OF PERSONNEL AT THATPHANOM CROWN PRINCE HOSPITAL NAKHON PHANOM PROVINCE

(Received: October 22,2023 ; Revised: November 4,2023 ; Accepted: November 5,2023)

ปวีณา มะลิงาม[1] ชลธิชา แก้วอนุชิต[2]
Paweena mali-ngam[1] Chonticha keawanuchit[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 234 ราย สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียสัน ผลการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 24.9 ปานกลาง ร้อยละ 60.7 และระดับน้อย ร้อยละ 14.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากร ได้แก่ เพศ (= 7.05) ประเภทการจ้างงาน (= 8.28) ลักษณะงาน (= 12.56) การเป็นคณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (= 10.76) ได้รับมอบหมายหน้าที่พิเศษนอกเหนือจากงานประจำ (= 10.41) เจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพ (r= 0.314) และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (r = 0.630)

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม , เจตคติ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

Abstract

This research was a cross-sectional survey research. The objective was to study factors related to the participation for management of hospital accreditation system at Thatphanom Crown Prince Hospital. The total participants were 234 cases. The sampling was selected by using proportional stratified random sampling. The general data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation. Variables were analyzed by chi-square and pearson's product moment correlation coefficient statistics. The results of this research found that the percentage of personnel participation for management of hospital accreditation system at Thatphanom Crown Prince Hospital was divided into 24.9 (high), 60.7 (moderate), and 14.4 (less). In addition, x^2 of some variable was 7.05 (sex), 8.28 (employment type), 12.56 (type of work), 10.76 (a member hospital accreditation committee), 10.41 (special duties). Moreover, variables about the attitude toward participation for management of hospital accreditation system, and perception of information found that they had related with the participation for management of hospital accreditation system at Thatphanom Crown Prince Hospital, Nakhon Phanom Province (r=0.314, and r=0.630, respectively) at p-value <0.05.

Keywords : participation, attitude, and information perception

บทนำ

ประเทศไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคของการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมอุตสาหกรรมตามโมเดลประเทศไทย 4.0 การพัฒนาทางกลุ่มสาธารณสุขสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็น 1 ใน 5 เทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมายเพื่อผลักดันให้ประเทศไทยเป็น medical Hub ของอาเซียนภายในปี 2568[1] กระทรวงสาธารณสุขจึงผลักดันให้ทุกหน่วยงานในสังกัดขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระบวนการพัฒนาและรับรอง

[1] นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต สาขาการบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
[2] รองศาสตราจารย์ ดร. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

คุณภาพโรงพยาบาล จึงเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาโรงพยาบาลอย่างมีทิศทางและเป็นระบบ ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาอย่างต่อเนื่องนำไปสู่คุณภาพและความปลอดภัยประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยที่มารับบริการและลดความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยสำคัญในการผลักดันให้องค์กรเกิดการพัฒนาคือการมีส่วนร่วม กระทรวงสาธารณสุขจึงส่งเสริมปรัชญาการบริหารองค์กรยุคใหม่เป็นการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม[2] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านบทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาล ปัจจัยการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและปัจจัยการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[3] และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการมีส่วนร่วม การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนจากผู้นำ มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมและพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล[4]

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากร เป็นหัวใจสำคัญในการผลักดันให้องค์กรเกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาไปสู่เป้าหมายที่วางไว้โดยอาศัยความร่วมมือตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในองค์กร เนื่องจากงานด้านการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพ เป็นงานที่ต้องประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทุกกลุ่มงาน มุ่งเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรได้มีส่วนร่วมไม่ว่าจะเป็น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ เปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ บุคลากรได้ใช้ความสามารถและประสบการณ์ของตนเองอย่างเต็มความสามารถ[4] จึงผลักดันไปสู่การพัฒนาได้ ในทางกลับกันหากบุคลากรไม่ให้ความสนใจหรือตระหนักต่อการเข้ามามีบทบาทมีส่วนร่วมในงานด้านบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ย่อมไม่สามารถขับเคลื่อนระบบงานขององค์กรไปสู่เป้าเหมายได้ เนื่องจากการพัฒนางานด้านการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพขององค์กรย่อมเกิดจากการประสานงานของกลุ่มงานย่อยๆ ตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกกลุ่มงานตามแผนงานการบริหารองค์กร ดังนั้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรจึงเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนางาน จากแนวคิดของ Cohen, J.M. & Uphoff[5] กล่าวว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากร ประกอบไป 4 ด้านคือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งครอบคลุมบทบาทในการมีส่วนร่วมของบุคลากรในด้านต่างๆ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen, J.M. & Uphoff[5] แนวคิดด้านเจตคติ ของ Samoff[6] และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารตามแนวคิดของ Bloom[7] มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้จากบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 474 ราย ประกอบด้วย 13 กลุ่มงานงาน เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพในการรับส่งต่อโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ใกล้เคียงและพัฒนาศักยภาพในการรองรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานในช่วงปี 2564 - 2566 ยังพบปัญหาการให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ ไม่บรรลุเป้าหมายที่วาง ได้รับการตอบรับในการเข้าร่วมเพียง ร้อยละ 77, 46 และ 61 ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงต้องศึกษาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมจึงจัดทำวิจัยนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของ

บุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional survey research)

ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวนทั้งสิ้น 474 คน[8]

กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมจำนวน 474 คน กำหนดสัดส่วนของประชากร[9] ร้อยละ 50 ความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรของ Daniel[10] ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 213 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 234 คน[11]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม ซึ่งผู้จิวัยประยุกต์จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 60 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ 2. แบบสอบถามเจตคติต่อการมีส่วนร่วม จำนวน 15 ข้อ 3. แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 15 ข้อ และ 4. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 20 ข้อ โดยมีข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 อันดับ (Rating Scale) ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แปรผลโดยใช้เกณฑ์ Best[12] 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

หลังจากสร้างแบบสอบถามเสร็จนำไปตรวจความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.92 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มประชากร วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น กับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติไคสแควร์(Chi-Square) และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียสัน (Pearson product-moment correlation coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมุนษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU2566-0042

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่ม ตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.2 มีอายุ 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.8 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.3 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 60 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 66.2 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 50.9 ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล ร้อยละ 62.4 มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปีร้อยละ 46.6 มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 11.6 ปี เป็นเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานร้อยละ 93.6 เป็นสมาชิกคณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 23.1 ได้รับมอบหมายหน้าที่พิเศษนอกเหนือจากงานประจำที่มีอยู่ ร้อยละ 53.4 และเป็นผู้มีโรคประจำตัว ร้อยละ 15

2. ระดับเจตคติ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่า เจตคติต่อการมีส่วน

ร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 62.8 รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 35.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.6 รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 23.9 และการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.8รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 19.7 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 11.5 เมื่อแยกรายด้านเรียงตามลำดับ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 28.6 2) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล คิดเป็นร้อยละ 25.2 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คิดเป็นร้อยละ 23.1 และ 4) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 22.6 ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนน

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม วิเคราะห์ด้วยค่าไคสแควร์ (n = 234)

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม			x^2	p-value
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
● **เพศ**				7.05	0.029*
ชาย	6 (16.2)	22 (59.5)	9 (24.3)		
หญิง	40 (20.3)	139 (70.6)	18 (9.1)		
● **ระดับการศึกษา**				2.78	0.249
ต่ำกว่าปริญญาตรี	8 (12.9)	45 (72.6)	9 (14.5)		
สูงกว่าปริญญาตรี	38 (22.1)	116 (67.4)	18 (10.5)		
● **ประเภทการจ้างงาน**				8.28	0.016*
ลูกจ้างชั่วคราว	7 (9.9)	58 (81.7)	6 (8.4)		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ	39 (23.9)	103 (63.2)	21 (12.9)		
● **ลักษณะงาน**				12.56	0.014*
กลุ่มงานรักษาพยาบาล	13 (21.3)	36 (59.0)	12 (19.7)		
กลุ่มการพยาบาล	32 (22.0)	104 (71.2)	10 (6.8)		
กลุ่มการบริหารและการสนับสนุนบริการ	2 (7.4)	20 (74.0)	5 (18.6)		
● **ตำแหน่งงาน**				2.03	0.362
ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร	41 (18.7) 5 (33.3)	152 (69.4) 9 (60)	26 (11.9) 1 (6.7)		
● **การเป็นคณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล**				10.76	0.005*
ใช่	18 (33.3)	34 (63.0)	2 (3.7)		
ไม่ใช่	28 (15.5)	127 (70.6)	25 (13.9)		
ได้รับมอบหมายหน้าที่พิเศษ				10.41	0.005*
ใช่	34 (27.2)	80 (64.0)	11 (8.8)		

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม วิเคราะห์ด้วยค่าไคสแควร์ (n = 234)

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วม			x^2	p-value
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
• **เพศ**				7.05	0.029*
ไม่ใช่	12 (11.0)	81 (74.3)	16 (14.7)		
มีโรคประจำตัว				2.85	0.241
ใช่	11 (29.8)	22 (59.4)	4 (10.8)		
ไม่ใช่	35 (17.8)	139 (70.5)	23 (11.7)		

*P-value < 0.05

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าไคสแควร์ พบว่า เพศ ประเภทการจ้างงาน ลักษณะงาน การเป็นคณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และได้รับมอบหมายหน้าที่พิเศษนอกเหนือจากงานประจำ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05)

4. ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=234)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของสมาชิกชมรมผู้ผู้อายุ		ระดับความสัมพันธ์[13]
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	
• **ปัจจัยส่วนบุคคล**			
อายุ	0.059	0.37	ไม่มี
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.059	0.37	ไม่มี
เจตคติต่อการมีส่วนร่วม	0.314	< 0.001*	น้อย
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	0.630	< 0.001*	ปานกลาง

*P-value

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า เจตคติ (r = 0.314) และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (r = 0.630) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสอดคล้องกับปรัชญาการบริหารองค์กรยุคใหม่เป็นการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมของความสำเร็จในการพัฒนาระบบราชการให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านการบริการต่อประชาชน จากผลการศึกษา พบว่า

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัด ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.8 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 19.7 และระดับน้อย ร้อยละ 11.5 ตามลำดับ ชี้ให้เห็นว่า บุคลากรส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่องานในระบบการรับรองคุณภาพ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของงานบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งงานคุณภาพเป็นงานที่รับประกันไปถึงระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการของโรงพยาบาล และความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากร เมื่อมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินงานด้านการรับรองคุณภาพ บุคลากรส่วนใหญ่จึงให้ความร่วมมือเมื่อมีการเรียกประชุมเตรียมความพร้อม บุคลากรระดับผู้ปฏิบัติงานจะตรวจสอบหน้างานของตนเอง บุคลากรระดับหัวหน้างานจะตรวจสอบระบบงานในภาพรวม ทำให้เกิดวัฒนธรรมต่อการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทภรณ์ พลโคต [3] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.26, SD. = 2.21)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่า เพศ (χ^2 = 7.05, P = 0.029) ประเภทการจ้าง (χ^2 = 8.28) ลักษณะงาน (χ^2 = 12.56) การเป็นคณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพ (χ^2 = 10.76) ได้รับมอบหมายหน้าที่พิเศษ (χ^2 = 10.41) เจตคติ (r=0.314) และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (r=0.630) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P< 0.05 อธิบายได้ว่าการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถก้าวไปสู่การได้รับ การรับรองคุณภาพตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้นั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนภายในองค์กรความแตกต่างทางเพศสภาพ มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วม สมองของเพศหญิงถูกสร้างมาให้สามารถทำกิจกรรมหลายอย่างได้ในเวลาเดียวกัน ในขณะที่สมองของเพศชายถูกสร้างมาให้สามารถจดจ่อกับกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเท่านั้น แต่เพศชายมักมีทักษะด้านการวิเคราะห์ดีกว่าเพศหญิง และความต้องการในการใช้ชีวิตและการให้ความสำคัญระหว่างเรื่องงานและความสัมพันธ์ระหว่างเพศหญิงและชายมีความต่างกัน [14] จึงส่งผลต่อการให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของ เมธี สุทธศิลป์ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานด้านสาธารณสุข (t = 5.22, P < 0.01) โดยเพศหญิงมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.40, P < 0.01) เพศชายพบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.41, P < 0.01) [15] ประเภทการจ้างงาน เป็นสิ่งที่แสดงถึงความมั่นคงในอาชีพ บุคลากรที่เป็นพนักงานประจำหรือข้าราชการ มีความรู้สึกมั่นคงในหน้าที่การงานมากกว่าบุคลากรที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวหรือรายวันจึงให้ความสำคัญต่อการรับรู้บทบาทในการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สมมิตร สิงห์ใจ พบว่าประเภทในการรับราชการ (χ^2 = 16.12, P = 0.013) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรโรงพยาบาล [16] นอกจากนี้การดำเนินงานในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต้องอาศัยการมีส่วนร่วมกับกลุ่มงานทุกภาคส่วน การเป็นคณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพทำให้บุคลากรรู้สึกมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สมมิตร สิงห์ใจ พบว่าการเป็นคณะกรรมการในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล(χ^2 = 28.64, P < 0.001) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรโรงพยาบาล [16] การได้รับมอบหมายหน้าที่พิเศษทำให้บุคลากรเกิดความรู้สึกสำคัญ มีความภาคภูมิใจเกิดความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมในการ

บริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของสมมิตร สิงห์ใจ พบว่าการได้รับมอบหมายให้ไปอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบา (x^2= 15.32, P < 0.001) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรโรงพยาบาล[16] จะเห็นได้ว่าความท้าทายของการพัฒนางานด้านการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือการทำให้บุคลากรให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วม ผลการวิจัยนี้จะเห็นได้ว่า เจตคติ (r= 0.314, P < 0.001) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับน้อย[13] และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง[13] ต่อการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เจตคติของบุคคลสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมได้ ซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อ รวมถึงความรู้ ความเข้าใจต่อการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เจตคติจึงมีผลต่อแรงผลักดันให้เกิดการกระทำ ดังนั้นหากบุคลากรมีเจตคติทางด้านบวกต่อการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ย่อมส่งผลให้บุคลากรให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้น การศึกษาของ Mohammed Hussein[17] กล่าวว่า เจตคติของผู้นำองค์กรและบุคลากรเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การที่บุคลากรจะเกิดเจตคติด้านบวกได้นั้น การได้รับข้อมูลข่าวสารมีส่วนสำคัญต่อความคิดและการกระทำ บุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางอุปกรณ์สื่อสารต่างๆ การได้รับข้อความทางสื่อโซเชียล เช่น แอพพลิเคชั่นไลน์ เว็ปเพจ เฟสบุค บอร์ดประกาศข่าวสาร การประกาศเสียงตามสาย เอกสารสิ่งพิมพ์ หนังสือเวียน การสื่อสารในที่ประชุม การแจ้งข่าวสารผ่านหัวหน้างาน เป็นต้น เมื่อเกิดการรับรู้ในด้านข้อมูลที่เพียงพอ กลายเป็นความรู้และเข้าใจในระบบงาน การรับรู้เกี่ยวกับงานด้านการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงถูกปรับเปลี่ยนความคิดเป็นเรื่องที่ไม่ยากจนเกินความรู้ความสามารถของตนเกิดเป็นความรู้สึกพึงพอใจ[15] ส่งผลต่อเจตคติด้านบวก จึงนำไปสู่การเข้ามามีส่วนร่วม ดังนั้น เจตคติและการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จึงมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ วงจันทร์ เดชทองทิพย์[4] พบว่าเจคตติ (r= 0.44, P = 0.000) และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (r= 0.54, P = 0.000) มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนี หลงสวาสดิ์[18] พบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือการสื่อสาร (r= 0.81, P = 0.001) มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานควรกำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การสนับสนุนแหล่งการให้ข้อมูลข่าวสาร และการสร้างทัศนคติหรือเจตคติที่ดีต่อการบริหารจัดการระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

2. หน่วยงานควรมีการสนับสนุนการมอบหมายหน้าที่พิเศษหรือจัดตั้งทีมพัฒนาในแต่ละระดับทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ เพื่อให้บุคลากรเกิดความภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่ง การมีบทบาทที่ชัดเจนเกิดความกระตือรือร้นและ ให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในงานด้านระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

3. ควรมีการสนับสนุนให้บุคลากรทุกเพศ และบุคลากรทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรลูกจ้างชั่วคราวหรือข้าราชการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมโรงพยาบาล ผลักดันให้เกิดความภาคภูมิใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในงานระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาแบบสอบถาม ขอขอบคุณบุคคลากรโรงพยาบาลในจังหวัดนครพนมที่ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามจนวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สรุป Thailand 4.0 ด้านสาธารณสุข; 2560.

2.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2562 [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/MOPH 2019 brochureV10.pdf

3.พิทภรณ์ พลโคต. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563;6: 50–59.

4.วงจันทร์ เดชทองทิพย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา 2563;3:38–45.

5.Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. ScienceDirect 1980; 8(3): 213–235.

6.Sarnoff, I. Social Attitudes and the Resolution of Motivational Conflict. In M. Jahoda, & N. Warren (Eds.), Attitudes (pp. 279-284). Harmondsworth:Penguin; 1970.

7.Bloom BS. Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain. New York: David Mckay; 1964.

8.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ. 2566

9.กฤติณัฏฐ์ นวพงษ์ปวีณ. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเจ้าพระยาชมราช จังหวัดสุพรรณบุรี [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น; 2563.

10.Daniel, W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Science. Edited by 9. New York: John Wiley & Sons Ltd; 2010.

11.Little, R.J.A., & Rubin, D.B. Statistical analysis with missing data (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons Ltd; 2002.

12.Best, J. W. Research in Education (3rded.). New Jersey: Prentice Hall, 1977.

13.Hinkle, D.E. Applied Statistics for the Behavioral Sciences. Boston : Houghton Mifflin. 1998.

14.ความแตกต่าง 10 ข้อระหว่างชายและหญิงที่ทุกคนควรทำความเข้าใจ. [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2566] เข้าถึงจาก : https://www.wegointer.com/2017/10/difference-between-men-and-women.

15.เมธี สุทธศิลป์, อลงกรณ์ ศรีเลิศ และประภาพร คำแสนราช. การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการบริหารงานของสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัยและความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น 2565; 3(1) : 17-33.

16.สมมิตร สิงห์ใจ, นิตยา เพ็ญศิรินภา และพาณี สีตกะลิน. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศองค์การ กับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร 2559; 43(ฉบับพิเศษ) : 162-172.

17.Hussein M., Milena P. and Wim G. An evaluation of the driving and restraining factors affecting the implementation of hospital accreditation standards: A force field analysis. International Journal of Healthcare Management 2023; 16(2): 167-175.

18.รัชนี หลงสวาสดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2563; 5(3) : 1-16.

ผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับ แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วม ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน

Results of using the curriculum Don't fall, don't forget, don't get depressed, eat delicious food. With Personalized Wellness Plan Cooperative in Elderly 9 risk groups

(Received: November 13,2023 ; Revised: November 25,2023 ; Accepted: November 28,2023)

สุวิมล แสงเรือง และคณะ[1]
Suwimolsangrueng and others[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความเสี่ยง 9 ด้าน ในผู้สูงอายุ และผลของการใช้ หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วม ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยง 9 ด้านในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน เป็นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ป้องกันการเจ็บป่วย อยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข และเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในเขตเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่มีความเสี่ยงด้านใดด้านหนึ่ง หรือ หลายด้าน ตามนิยามการถดถอย 9 ด้านในผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลจาก แบบคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุในชุมชน แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ แบบคัดกรองความเสี่ยง 9 ด้าน ในผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และสถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ พฤติกรรม และความเสี่ยง 9 ด้านก่อน และหลัง การใช้หลักสูตร

ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ก่อน-หลังการทดลองใช้หลักสูตร น้ำหนัก ไม่แตกต่างกันรอบเอวหลังการใช้หลักสูตรการเรียนรู้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความดันโลหิตในกลุ่มเกินเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 38.3 เป็นร้อยละ 3.33 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนของโรค พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีพฤติกรรมสุขภาพครบ 8 ข้อ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.00 เป็น 93.33และหลังการใช้หลักสูตรไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายจาก คำถาม 2 Q ในกลุ่มตัวอย่าง

คำสำคัญ: หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคลพฤติกรรมสุขภาพความเสี่ยง 9 ด้าน

ABSRACT

This research was Quasi Experimental Research. The objective is to study the situation. Health Conditions: 9 Behavioral Health Risks in the ElderlyElderly people and the results of useDon't fall, don't forget, don't get depressed, eat delicious food course combined with a participatory individual health care plan (Wellness Plan). Participatory type to health status health behavior and 9 risks in the elderly at risk group in 9 areast creates health knowledge for the elderly to take care of themselves both physically and mentally. Prevent illnessLiving happily in family and communityIt also builds the participation of network partners and communities in elderly care.The sample group consisted of elderly people aged 60 years and over in Kosum Phisai Subdistrict Municipality, Hua Khwang Subdistrict, Kosum Phisai District. Maha Sarakham Provincewho are at risk in one or more areas according to the definition of regression in 9 areas in the elderlyand analyzed the data with percentages and Paired t-test statistics.to compare health conditions, behaviors, and risks in 9 areas before and after using the curriculum.

The results of the study found that comparing health conditions before and after the weight training course was not different. Waist circumference after using the learning curriculum decreased at a statistical significance of .05. Blood pressure in the group above the threshold decreased from 38.3 percent to 3.33

[1]หน่วยงาน PCU โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

percent, and no complications of the disease were found. Desired health behaviors had a statistically significant increase in the mean scores for desired health behaviors. with 8 health behaviors complete, increasing from 80.00% to 93.33% and after using the curriculum No risk of depression and suicide was found from Question 2 Q in the sample.

Keywords: Don't fall, don't forget, don't get depressed course, eat delicious food, individual health care plan Health behavior risks in 9 areas

บทนำ

จากปรากฏการในศตวรรษที่ 21 ที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในปี 2556 ประชากรไทยมีจำนวน 64.6 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุมากถึง 9.6 ล้านคน คาดว่าในปี 2573 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน (ร้อยละ 26.3) และปี 2583 จะมีจำนวนถึง 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1)[1] จากข้อมูลปี 2564 มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปจำนวน 12 .5 ล้านคน (ร้อยละ 18 .8) กล่าวได้ว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" (Complete aged society) และจะเป็น "สังคมสูงวัยระดับสุดยอด" (Super aged society) ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วมนุษย์เมื่ออายุเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว การทำงานระบบของร่างกายต่างๆจะมีประสิทธิภาพที่เสื่อมถอยลง เช่น ระบบหายใจและไหลเวียนเลือด ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อระบบประสาทและการทรงตัว ระบบผิวหนัง และระบบย่อยอาหาร รวมทั้งการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดภาวะถดถอย 9 ด้านได้แก่ 1) ด้านความคิดความจำ 2) ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย 3) ด้านการขาดสารอาหาร 4) ด้านการมองเห็น 5) ด้านการได้ยิน 6) ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 7) ด้านการกลั้นปัสสาวะ 8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 9.) ด้านสุขภาพช่องปาก และจากข้อมูลยังพบว่าผู้สูงอายุ60 ปีขึ้นไป มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้1.) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 19.30) 2.)โรคเบาหวาน (ร้อยละ 14.12) 3.) โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 49.53) 4.) ปัญหาสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 4.95) 5.)ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 1.57) 6.)ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 7.11) 7.) ภาวะหกล้ม (ร้อยละ 4.92) และรวมไปถึงโรคซึมเศร้า การดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ : ADL - Activities of Daily Living (ติดสังคมร้อยละ 96.46 ติดบ้านร้อยละ 2.77 และติดเตียงร้อยละ0.77) ดัชนีมวลกาย : Body Mass Index : BMI (BMI ผิดปกติร้อยละ 16.54) และจากสภาพสังคมและครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปพบว่ามีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 12 อยู่ลำพังกับคู่สมรสมากถึงร้อยละ 21.1 [2] ทำให้ขาดผู้ดูแลหลัก ซึ่งถ้าผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลตนเองจะเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่ายและรุนแรงเพิ่มขึ้น และสุดท้ายทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงติดบ้าน ติดเตียงได้ จึงเป็นความท้าทายซึ่งหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ บูรณาการเป็นองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยใช้แนวคิดในการดูแล คือ การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล การเสริมพลังชุมชน การเข้าถึงระบบบริการ การบริการแบบผสมผสานและการดูแลต่อเนื่อง เพื่อเป้าหมายที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเปลี่ยนภาระในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นพลังในการพัฒนาชุมชน[3,4]

โรงพยาบาลโกสุมพิสัยโดย PCU โรงพยาบาลในฐานะผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุเขตเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย มีการประชาคมปัญหาด้านสุขภาพร่วมกับเทศบาลตำบลโกสุมพิสัยและชุมชุนในเขตเทศบาลจำนวน 10หมู่บ้าน มาอย่างต่อเนื่อง และปัญหาสุขภาพที่ชุมชนต้องการแก้ไขในอันดับต้น ๆ ของการประชาคมทุกปี คือ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจากการดำเนินงานคัด

กรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ ความเสี่ยง 9 ด้าน ตามเครื่องมือการคัดกรอง ของกรมอนามัย และกรมการแพทย์ในปี 2565 โดย PCU โรงยาบาลโกสุมพิสัย พบว่าจำนวนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย มีจำนวน 1,948 คน ได้รับการคัดกรองทั้งสิ้น 1,831 คนคิดเป็นร้อยละ 94.02 พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 94.81 ติดบ้าน ร้อยละ4.58 (84ราย) ติดเตียง ร้อยละ 0.06 (11 ราย) ด้านภาวะสุขภาพ มีโรคประจำตัวเป็น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง และกินยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 100 มีภาวะอ้วน รอบเอวเกิน ร้อยละ 36.00 ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติ ร้อยละ 16.66.. มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ครบ 8 ข้อ ร้อยละ 80 พบมีความเสี่ยงด้านการมองเห็น ร้อยละ 14.90 การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 5.97 การได้ยิน ร้อยละ 5.89 ด้านการปฏิบัติกิจวัติประจำวัน ร้อยละ 5.18 ด้านความจำ ร้อยละ 3.05 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.07 เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ร้อยละ 9.83 ปัญหาทางช่องปาก ร้อยละ 11.79 และปัญหาทางทุพโภชนาการ ร้อยละ 6.28 ซึ่งจากการสะท้อนข้อมูลดังกล่าว ให้กับคนในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ ทำให้เกิดแนวคิดร่วมกันว่า การดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นต้องใช้แนวคิด การดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ซึ่งผู้วิจัย ได้เสนอแบบบูรณา เกี่ยวข้องกัน 3 ประเด็น ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โรงเรียนผู้สูงอายุ และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งทั้ง 3 ประเด็นนี้ จะส่งผลต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้[3]

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care:LTC) เป็นนโยบายที่ตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุ และครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งในกลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรงให้สามารถคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ได้ยาวนานที่สุด และผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีศักดิ์ศรี มีความสุข และมีคุณภาพชีวิติที่ดี ซึ่งในการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านกลไกกองทุนตำบล มีกลไกหลักในการขับเคลื่อน พัฒนาระบบ Long Term Care ในชุมชน คือ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) เป็นกลไกในการบริหารจัดการ มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมจากกรมอนามัย เป็นผู้จัดการระบบ (Care Maneger : CM) และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ Caergiver :CG) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย เป็นผู้ติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ตาม Care plan ที่ CM จัดทำให้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเป้าประสงค์การดูแลระยะยาว คือ การฟื้นฟูความสามารถของสมรรถนะ (Functional Ability) มากกว่าเพียงแค่การช่วยเหลือพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างเดียว การบริการต้องมีความหลากหลาย และมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ โดยบูรณาการด้านสุขภาพ และด้านสังคม ทั้งในแนวราบ และแนวดิ่งซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีผลต่อคุณภาพการจัดบริการ LTC แต่สำหรับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีคุณค่ามีศักยภาพ ที่ควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีสุขภาพแข็งแรง จะทำให้เกิดเป็นพลังส่วนร่วมทำประโยชน์ให้สังคม ลดภาระของสังคมและรอบครัว ด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมการเจ็บป่วย มีสุขภาพแข็งแรงคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีได้ยาวนานที่สุด รวมทั้งเพิ่มโอกาสในการรวมกลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งดี ๆ นำไปถ่ายทอดสู่คนรุ่นหลังได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่ามีความสุขและมีศักดิ์ศรี [1,3,5]

ดังนั้นเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ให้มีความรู้ ในการดูแลตนเอง อยู่อย่างมีความสุข มีชีวิตยืนยาว ไม่เป็นภาระต่อ

ครอบครัว และสังคม ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยจึงได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ต่อผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง โดยประสานทุกภาคส่วน ให้มีส่วน “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้าง” และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การจัดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุ จนเกิดเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัยขึ้นตั้งแต่ปี 2558 ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย มีการจัดการเรียนการสอน ต่อเนื่อง มาจนถึงปี 2565เป็นรุ่นที่ 5และได้มีการนำหลักสูตรการเรียนมาพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต โดยในปี 2565 ผู้วิจัยได้พัฒนาหลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อยมาเป็นวิชาเรียนในวันที่ผู้สูงอายุมาเรียนในโรงเรียน และใช้ แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) ให้ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติเป็นการบ้านในวันที่ผู้สูงอายุไม่ได้มาโรงเรียน ใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยง 9 ด้าน ในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้หลักสูตร

2. เพื่อพัฒนาหลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อยของกรมอนามัย ร่วมกับดำเนินการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Wellness plan) แบบมีส่วนร่วม ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (The One group pretest – posttest Designโดยเปรียบเทียบ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยง 9 ด้าน ในผู้สูงอายุ ก่อนการนำหลักหลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ของกรมอนามัย ที่ผู้วิจัยนำมาพัฒนาร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีความเสี่ยง 9 ด้าน ในเขตเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย และทีมที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 เก็บรวบรมข้อมูลและประเมินผล ช่วงเดือน กันยายน – ตุลาคม 2565

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในเขตเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่สมัครเข้าเป็นนักเรียนผู้สูงอายุและมีความเสี่ยงด้านใดด้านหนึ่ง หรือ หลายด้าน ตามนิยามการถดถอย 9 ด้านในผู้สูงอายุ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย และเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนทั้งสิ้น 60 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้เป็นหลักสูตรการเรียนในวันที่ผู้สูงอายุมาเรียนที่โรงเรียน คือ คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” Cluster กลุ่มวัยผู้สูงอายุ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย จัดเป็นแผนการเรียนรู้ในวันที่ผู้สูงอายุมาเรียนที่โรงเรียน

การทำเป็นตารางในแต่ละวัน แต่ละชั่วโมง เป็นรายสัปดาห์ ที่ผู้สูงอายุจะทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ อ้างอิงจาก แบบเก็บข้อมูลและแบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเขต 7 ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชนเรื่อง 3อ 2ส ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบประเมิน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2 ข้อ 2) ความรู้ ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 10 ข้อ 3) การโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน /2 ข้อ 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5 ข้อ 5) การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตนเอง 10 ข้อ 6) การบอกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 1 ข้อ คะแนนเต็ม 58 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ 1-34 คะแนน ไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 35-58 คะแนน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชายจำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และได้ทดลองใช้ในผู้สูงอายุจำนวน 20 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น ซึ่งพบว่าแบบสอบถามมีค่า คอนบาร์คเอลฟ่า > 0.7 ซึ่งถือว่าใช้ได้และผู้วิจัยได้มีการประชุมชี้แจงทีมผู้วิจัยเพื่อทำความเข้าใจในแบบประเมินแต่ละข้อ รวมทั้งการใช้ภาในการสอบถาม และใช้ผู้ประเมินสอบถามเป็นคนเดิม

3. แบบคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน อ้างอิง ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นเครื่องมือคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน เป็นขั้นตอนแรกของการเก็บข้อมูลสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในผู้สูงอายุ รักษาพยาบาล แลฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุ ให้มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 1) ด้านความคิดความจำ 2) ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย 3) ด้านการขาดสารอาหาร 4) ด้านการมองเห็น 5) ด้านการได้ยิน 6) ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 7) ด้านการกลั้นปัสสาวะ 8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 9) ด้านสุขภาพช่องปาก

4. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อ้างอิงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความรอบรู้และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ถูกต้อง ป้องกันการเกิดโรคได้ ประกอบด้วย พฤติกรรม 9 ข้อ 1) มีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 30 นาที หรือ มีกิจกรรมทางกายสะสม 150 นาที / สัปดาห์ 2) รับประทานผัก ผลไม้สด เป็นประจำ 3) ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4) ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบยาเส้น 5) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า) 6.)มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัว มีการรับประทานยาต่อเนื่อง) 7) มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง 8) ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1 ขั้นเตรียมการ

1.1 เลือกพื้นที่โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย เพื่อนำหลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness plan) แบบมีส่วนร่วมไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้านในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 60 คนการ โดยผู้วิจัยได้มีการประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสถานที่ และงบประมาณ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ผู้วิจัย

กำหนดและแต่งตั้งทีมวิทยากรจากทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยพร้อมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินกิจกรรมและหลักสูตรการเรียนการสอนแก่ทีมวิทยากร กำหนดและแต่งตั้งทีมอาสาสมัครผู้ช่วยในโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) Caregiver (CG) พร้อมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินกิจกรรมและบทบาทหน้าที่ของทีมอาสาสมัครผู้ช่วยรวมทั้งจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

1.2 เก็บข้อมูลก่อนการศึกษา (Pre-test) เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบ ด้วยข้อมูลทั่วไป / ข้อมูลภาวะสุขภาพ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลความเสี่ยง 9 ด้าน โดย 1) ผู้วิจัยเตรียมแบบเก็บรวบรวมข้อมูล 2) กำหนดทีมผู้รับผิดชอบเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประชุมชี้แจงทีมผู้รับผิดชอบเก็บข้อมูล ซึ่งเป็น จนท.ทีมสหสาขาวิชาชีพสังกัด PCU รพ.โกสุมพิสัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข จพ. สาธารณสุข และสรุปข้อมูลทั้งหมดเพื่อนำเสนอผู้เกี่ยวข้อง3)ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง 4) กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย 5)กำหนดรูปแบบการเรียนการสอนในโรงเรียน โดยกำหนดวิทยากรผู้บรรยายตามหลักสูตร การสาธิต วิทยากรฝึกปฏิบัติด้วยตนเองของผู้สูงอายุและจัดเตรียมเอกสาร แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อมอบเป็นการบ้านให้ผู้สูงอายุไปปฏิบัติตัวที่บ้านตามแผน wellness Plane ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

1.3 ผู้วิจัยประชุมชี้แจงสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยง 9 ด้าน ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบเก็บรวบรวมข้อมูล แก่ผู้สูงอายุและแกนนำในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้บริหารโรงเรียนผู้สูงอายุ แกนนำผู้สูงอายุจากชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มภาคีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจากเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย พร้อมเสนอแนวคิดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุได้แก่ 1) หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย (ใช้เป็นแผนการสอนในวันที่นักเรียนมาโรงเรียน) 2) แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) (ใช้เป็นวิชาการการบ้านภาคปฏิบัติในวันที่ไม่ได้มาโรงเรียน)พร้อมรับสมัครและคัดเลือกนักเรียนผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เป้าหมาย กำหนดวันเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย

2. ขั้นปฏิบัติการ

เปิดโรงเรียนและนำหลักสูตร ไม่ล้มไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย (ใช้เป็นแผนการสอนในวันที่นักเรียนมาโรงเรียนทุกวันพุธ สัปดาห์ละ 1 วัน) และใช้แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) ใช้เป็นวิชาการการบ้านภาคปฏิบัติในวันที่ไม่ได้มาโรงเรียน เริ่มจากเดือน มิถุนายน-สิงหาคม 2565 โดยให้นักเรียนผู้สูงอายุมาโรงเรียนในทุกวันพุธของสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน รวม 12 วัน และในวันที่ไม่ได้มาโรงเรียน กำหนดให้นักเรียนสูงอายุฝึกปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง ตามหลักสูตรในโรงเรียนและตามแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) โดยกิจกรรมการเรียนใน12 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 ชั่งนน.วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว คืนข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล ก่อนเข้าโรงเรียน ต่อด้วยกิจกรรมละลายพฤติกรรม (เธอคือใคร ฉันคือใคร) กิจกรรมเตรียมความพร้อมการเรียนรู้ (บริหารสมองด้วย 2 มือ) กิจกรรมสร้างสุขด้วยเสียงเพลง (เพลงดอกลำดวน เพลง ตุ้มโฮมฮัก) มอบหมายการบ้านตามแผนดูแลรายบุคคล (wellness plane)

สัปดาห์ที่ 2 ทบทวนกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ตรวจการบ้านนักเรียน กิจกรรมครู-นักเรียนทักทายกัน กิจกรรมบริหารสมองด้วย 2 มือ เรียนวิชา ไม่ล้ม (สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกัน) กิจกรรมฝึกท่าบริหารร่างกายในผู้สูงอายุเพื่อ

ป้องกันการหกล้ม กิจกรรมสร้างสุขด้วยเสียงเพลง (เพลงดอกลำดวน เพลง ตุ้มโฮมฮัก) มอบหมายการบ้านตามแผนดูแลรายบุคคล (wellness plane)

สัปดาห์ที่ 3 ทบทวนกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 ตรวจการบ้านนักเรียน กิจกรรมครู -นักเรียน ทักทายกัน กิจกรรมบริหารสมองด้วย 2 มือ เรียนวิชา ไม่ล้ม (สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกัน) ฝึกการใช้ไม้เท้าในผู้สูงอายุ ฝึกเต้นบาสโลป กิจกรรมสร้างสุขด้วยเสียงเพลง (เพลงดอกลำดวน เพลง ตุ้มโฮมฮัก) มอบหมายการบ้านตามแผนดูแลรายบุคคล (wellness plane)

สัปดาห์ที่ 4 ทบทวนกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 ตรวจการบ้านนักเรียน กิจกรรมครู -นักเรียน ทักทายกันกิจกรรมบริหารสมองด้วย 2 มือ เต้นบาสโลป เรียนวิชา ไม่ลืม (ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกัน) ฝึกเล่นเกมส์กิจกรรมบริหารสมอง กิจกรรมสร้างสุขด้วยเสียงเพลง (เพลงดอกลำดวน เพลง ตุ้มโฮมฮัก) มอบหมายการบ้านตามแผนดูแลรายบุคคล (wellness plane)

สัปดาห์ที่ 5 ทบทวนกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 ตรวจการบ้านนักเรียน กิจกรรมครู -นักเรียน ทักทายกันกิจกรรมบริหารสมองด้วย 2 มือ เรียนวิชา ไม่ลืม (ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกัน) ฝึกเล่นเกมส์กิจกรรมบริหารสมอง กิจกรรมสร้างสุขด้วยเสียงเพลง (เพลงดอกลำดวน เพลง ตุ้มโฮมฮัก) เต้น บาสโลปประกอบเพลง มอบหมายการบ้านตามแผนดูแลรายบุคคล (wellness plane)

สัปดาห์ที่ 6 ทบทวนกิจกรรมสัปดาห์ที่ 5 ตรวจการบ้านนักเรียน กิจกรรมครู -นักเรียน ทักทายกันกิจกรรมบริหารสมองด้วย 2 มือ เรียนวิชา ไม่ซึมเศร้า (ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกัน) เขียนเรียงความหัวข้อความภาคภูมิใจในชีวิตที่ผ่านมา สุ่มผู้นำเสนอ และติดประกาศในห้อง กิจกรรมสร้างสุขด้วยเสียงเพลง (เพลงดอกลำดวน เพลง ตุ้มโฮมฮัก) เต้น บาสโลปประกอบเพลง มอบหมายการบ้านตามแผนดูแลรายบุคคล (wellness plane)

สัปดาห์ที่ 7 ทบทวนกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 ตรวจการบ้านนักเรียน กิจกรรมครู -นักเรียน ทักทายกันกิจกรรมบริหารสมองด้วย 2 มือ เรียนวิชา ไม่ซึมเศร้า (ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกัน) เรียนวิชาหัวเราะเคาะโรค ฝึกกิจกรรมหัวเราะบำบัด แบ่งกลุ่มประกวดร้องเพลง เพลงดังในอดีต กิจกรรมสร้างสุขด้วยเสียงเพลง (เพลงดอกลำดวน เพลง ตุ้มโฮมฮัก) เต้นบาสโลปประกอบเพลง มอบหมายการบ้านตามแผนดูแลรายบุคคล (wellness plane)

สัปดาห์ที่ 8 ทบทวนกิจกรรมสัปดาห์ที่ 7 ตรวจการบ้านนักเรียน กิจกรรมครู-นักเรียน ทักทายกันกิจกรรมบริหารสมองด้วย 2 มือ เรียนวิชา กินข้าวอร่อย (ความสำคัญของอาหารสำหรับผู้สูงอายุ) มอบหมายนักเรียนวาดภาพอาหารที่รับประทาน ในแต่ละวัน บรรยายอาหารที่จำเป็นเหมาะสมและเพียงพอในผู้สูงอายุ มอบหมายให้นักเรียนวาดเมนูอาหารที่จำเป็น เหมาะสมและเพียงสำหรับตนเอง สุ่มนำเสนอ และติดประกาศไว้ในห้อง กิจกรรมสร้างสุขด้วยเสียงเพลง (เพลงดอกลำดวน เพลง ตุ้มโฮมฮัก) เต้น บาสโลปประกอบเพลง มอบหมายการบ้านตามแผนดูแลรายบุคคล (wellness plane)

สัปดาห์ที่ 9 ทบทวนกิจกรรมสัปดาห์ที่ 8 ตรวจการบ้านนักเรียน กิจกรรมครู -นักเรียน ทักทายกันกิจกรรมบริหารสมองด้วย 2 มือ เรียนวิชา กินข้าวอร่อย (การดูแลช่องปากและฟันในผู้สูงอายุ) สาธิตการแปรงฟัน และการเลือกแปรงสีฟัน ยาสีฟันในผู้สูงอายุ การบริหารช่องปาก ต่อมรับรส กิจกรรมสร้างสุขด้วยเสียงเพลง (เพลงดอกลำดวน เพลง ตุ้มโฮมฮัก) เต้น บาสโลปประกอบเพลง มอบหมายการบ้านตามแผนดูแลรายบุคคล (wellness plane)

สัปดาห์ที่ 10 ทบทวนกิจกรรมสัปดาห์ที่ 9 ตรวจการบ้านนักเรียน กิจกรรมครู -นักเรียน ทักทายกันกิจกรรมบริหารสมองด้วย 2 มือ เรียน

วิชา ความสุข 5 มิติ 1) สุขสนุกกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า 2) สุขสบายกับการป้องกันภาวะหกล้ม 3) สุขสว่างกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ฝึกกิจกรรม สนุกสนุก สุขสบาย สุขสว่าง สร้างสุขด้วยเสียงเพลง (เพลงดอกลำดวน เพลง ตุ้มโฮมฮัก) เต้นบาสโลปประกอบเพลง มอบหมายการบ้านตามแผนดูแลรายบุคคล (wellness plane)

สัปดาห์ที่ 11 ทบทวนกิจกรรมสัปดาห์ที่ 10 ตรวจการบ้านนักเรียน กิจกรรมครู –นักเรียนทักทายกัน กิจกรรมบริหารสมองด้วย 2 มือ เรียนวิชา ความสุข 5 มิติ 4) สุขสง่ากับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5) สุขสงบกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฝึกกิจกรรม สุขสง่า สุขสงบ สร้างสุขด้วยเสียงเพลง (เพลงดอกลำดวน เพลง ตุ้มโฮมฮัก) เต้นบาสโลปประกอบเพลง มอบหมายการบ้านตามแผนดูแลรายบุคคล (wellness plane)

สัปดาห์ที่ 12 ทบทวนกิจกรรมสัปดาห์ที่ 11 ตรวจการบ้านนักเรียน กิจกรรมครู –นักเรียนทักทายกัน กิจกรรมบริหารสมองด้วย 2 มือ ชั่งนน. วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว ประเมินภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประเมินความเสี่ยง 9 ด้านในนักเรียนผู้สูงอายุ ประเมินความพึงพอใจต่อหลักสูตร คืนข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล หลังจบหลักสูตร สร้างสุขด้วยเสียงเพลง (เพลงดอกลำดวน เพลง ตุ้มโฮมฮัก) เต้น บาสโลปประกอบเพลง รับใบประกาศ ปิดโรงเรียน

3. ขั้นสังเกตการณ์ สังเกตจากนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มครูผู้สอน กลุ่มอาสาสมัครผู้ช่วยในโรงเรียนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดหลักสูตร

4. ขั้นประเมินผล

4.1 ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยง 9 ด้านของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้หลักสูตร

4.2 ประเมินความพึงพอใจกิจกรรมและหลักสูตรการเรียนของนักเรียนผู้สูงอายุ และทีมคณะทำงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

4.3 ประเมินผลกระทบต่อบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติ ร้อยละ และสถิติ paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้หลักสูตร

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลของการใช้หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับ แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วม ใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่ 3/2565 วันที่ 28 เมษายน 2565

ผลการศึกษา

จากการนำหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซมเศร้า กินข้าวอร่อยร่วมกับ แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) ของกรมอนามัย ที่ผู้วิจัยได้นำมาบูรณาการให้เกิดการมีส่วนร่วมและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เกิดผลลัพธ์ ขึ้น ดังนี้

1. ผลต่อนักเรียนผู้สูงอายุ (จำนวน 60 คน) พบว่า ภาวะสุขภาพก่อนและหลัง การใช้หลักสูตร ได้แก่ 1) น้ำหนัก ก่อนและหลังการใช้หลักสูตรไม่แตกต่างกันทางสถิติ (58.80±9.96 VS 57.40 ± 9.92; P=0.001) 2) รอบเอวหลังการใช้หลักสูตรการเรียนรู้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (82.70±7.29 VS 81.80 ± 7.15 ; P=0.001) 3) เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ ควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์(ต่ำกว่า140/ 90 mmHg)ร้อยละ 38.3 (23 คน) หลังใช้หลักสูตร

ควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์ลดลงเป็นร้อยละ 3.33(2 คน) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนของโรค

2. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ก่อน-หลังการทดลองใช้หลักสูตรในโรงเรียนผู้สูงอายุ (n=..60....) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (80.00 ± 2.56 VS 93.33 ± 1.95 ; P=0.05) โดยมีพฤติกรรมสุขภาพครบ 8 ข้อ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.00 เป็น 93.33

3. ความเสี่ยง 9 ด้านก่อน-หลังการทดลองใช้หลักสูตรในโรงเรียนผู้สูงอายุ 1) ด้านความคิดความจำ คะแนนสภาพสมอง: Abbreviated Mental Test (AMT) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้หลักสูตร พบมีคะแนนเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 10 .00 (6 คน) หลังใช้หลักสูตรไม่พบมีคะแนนความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มเป้าหมาย 2) ด้านการเคลื่อนไหว กลุ่มเป้าหมายมีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง ลดลงจากร้อยละ 18.33 (11 คน) เป็น 1.66(1คน) (P=0.005) ค่าคะแนนเฉลี่ย TUGT ลดลงจาก 8.77วินาทีเป็น 7.50 วินาที 3) ด้านการขาดสารอาหารกลุ่มตัวอย่างไม่มี มีน้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัมภายในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (โดยไม่ได้ตั้งใจ ลดน้ำหนัก)ทั้งก่อนและหลังการใช้หลักสูตร 4) ด้านการมองเห็น ร้อยละ 14.90(9 คน)ไม่พบความแตกต่างหลัง ใช้หลักสูตร 5) ด้านการได้ยิน กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการได้ยินร้อยละ 46.66 (28 คน) หลังการใช้หลักสูตร ไม่พบการเปลี่ยนแปลงจากเดิม 6) ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนน 2 คำถาม เป็น Positive ร้อยละ 3.33 (2 คน)ไม่พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังการใช้หลักสูตร ไม่พบภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 7) ด้านการกลั้นปัสสาวะกลุ่มตัวอย่างมีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะราด จนทำ ให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน ร้อยละ 20.90 หลังการใช้หลักสูตร ลดลงเป็น ร้อยละ 10.09 8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 20 คะแนน ทั้งก่อน และหลังการใช้หลักสูต 9) ด้านช่องปาก กลุ่มเป้าหมายมีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็งและมีอาการเจ็บปวดในช่องปาก ร้อยละ 11.79 (7 คน) หลังใช้หลักสูตร ลดลงเป็นร้อยละ 5.00 (3 คน)

4. ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ตามหลักสูตรการเรียนไปส่งเสริมสุขภาพตนเอง จนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น และสามารถลดความเสี่ยงจากภาวะถดถอยของร่างกายในผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุได้มีโอกาส มีพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุในการสร้างคุณความดี และประโยชน์ สู่ชุมชน โดยที่นักเรียนผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ได้ไปเข้าร่วมชมรมหลากหลายกับนักเรียนรุ่นพี่ เช่น ชมรมหล่อสวย 3 วัย ใส่ใจสุขภาพซึ่งจะมีการออกกำลังกายในชุมชนหลากหลายรูปแบบเช่น เต้นบาสโลป แอโรบิค สมาชิกชมรมจะประกอบด้วยคนในชุมชน ทุกกลุ่มวัย ทั้งเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุชมรมกลุ่มอังกะลุง ชมรมสืบสารวัฒนธรรมในพื้นที่ ชมรมดอกไม้ประดิษฐ์ ชมรมจิตอาสาต่อยอดจากโครงการดอกลำดวนเบ่งบานในชุมชน ซึ่งผู้สูงอายุสุขภาพดีจะออกติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เพื่อให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ อสม. Caregiver ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

5. ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตัวเอง ที่ได้เป็นต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุของ อบต. ทุกแห่งในอำเภอโกสุมพิสัย สมาชิกนักเรียนสูงอายุ ได้รับการยกย่องเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ บุคคลต้นแบบด้านวัฒนธรรมของอำเภอ นอกจากนี้ ยังมีความภูมิใจในเพลงประจำโรงเรียนที่ใช้ในนักเรียนผู้สูงอายุทุกรุ่น คือเพลงดอกลำดวน และเพลงตุ้มโฮมฮัก มีคำขวัญของนักเรียนที่ใช้ต่อเนื่องทุกรุ่นคือ “ผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย สูงวัยอย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีศักดิ์ศรี 85 ปี ยังแข็ง” และต่อยอดนวัตกรรมเด่น “ดอกลำดวนเข้มแข็งสู่ชุมชนสุขภาพดี” ได้อย่างยั่งยืน และครอบคลุมในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายและเพื่อนจากโรงเรียนสูงอายุ ในอำเภออื่น และจังหวัดอื่น มาศึกษาดูงาน

อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนักเรียนพี่ได้เป็นครูสอนนักเรียนรุ่นน้อง และเป็นวิทยากรให้กับโรงเรียนสูงอายุอื่น ๆ ในเขตพื้นที่ใกล้เคียง

อภิปรายผล

ผลของการใช้หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับ แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วม ใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้านในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ผู้วิจัยมีประเด็นอภิปรายดังนี้

หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับ แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วมเกิดจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ที่ได้จัดตั้งมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 และมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งแนวทางขบวนการเกิดจากที่ชุมชนให้ความสำคัญและมีความตระหนักในปัญหาผู้สูงอายุ โดยระบบการคืนข้อมูลของผู้วิจัยและ ทีมจนท. สาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่ ให้ชุมชนได้รับทราบ ซึ่งปัจจุบันสภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะถดถอยและความเสื่อมตามวัย ซึ่งถ้าผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยได้มากขึ้นและเร็วขึ้น จนกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและกลายเป็นภาระของครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ และที่ผ่านมาผู้วิจัยได้เสนอแนวคิดให้มีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ร่วมกันของทุกภาคส่วน เริ่มจากขบวนการประชาคมคนในชุมชน ให้เห็นปัญหาร่วมกัน และเกิดพันธะสัญญา (MOU) กำหนดและแบ่งบทบาทผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและครอบคลุมในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าสู่ระบบโรงเรียนผู้สูงอายุให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ชัดเจนร่วมกัน คือ ผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย มีความรู้ และเกิดทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมการเจ็บป่วยที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายผู้สูงอายุ โดยหลักสูตรการเรียนรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุได้ผสมผสานองค์ความรู้สมัยใหม่ร่วมกับภูมิปัญญาของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข สนุกกับการเรียนรู้ เกิดการเรียนรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติและบอกต่อได้[6] ทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีในตัวเองมีเครือข่ายในสังคมและชุมชน และสร้างประโยชน์ให้กับชุมชนได้ การพัฒนาหลักสูตรในโรงเรียนผู้สูงอายุให้ทันสมัยและเหมาะสมตอบสนองการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยในปี 2565 ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยได้นำหลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”ของกรมอนามัยมาพัฒนาเป็นหลักสูตรการเรียนรู้ของนักเรียนผู้สูงอายุในวันที่ผู้สูงอายุมาโรงเรียน และใช้ความรู้เรื่อง ความสุข 5 มิติ เป็นเครื่องมือร่วมให้เกิดความสุขในการเรียนรู้ตลอดหลักสูตร ร่วมกับแผนการดูแลรายบุคคล (Wellness Plane)ให้ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติที่บ้าน ทำให้เกิดผลลัพธ์ ต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ที่สามารถวัดผลได้ชัดเจน เช่นค่ารอบเอวผู้สูงอายุ ค่าความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และความเสี่ยง 9 ด้าน จากภาวะถดถอย ในผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ในระหว่างการเรียนการสอนยังเกิดนวัตกรรม ดี ๆ แลกเปลี่ยนกันในกลุ่มนักเรียนตลอดเวลา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข ความภาคภูมิใจ รู้สึกตนเองมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี และได้รับการยอมรับจากชุมชน ซึ่งจากการประเมินผลความพึงพอใจ ต่อหลักสูตรไม่ล้มไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าว อร่อย ร่วมกับแผนการดูแลรายบุคคล (wellnessPlan) แบบมีส่วนร่วม พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก เกิดประโยชน์และตอบสนองต่อนโยบาย และตัวชี้วัดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทำให้งานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน

รูปแบบ โรงเรียนผู้สูงอายุ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลโกสุมพิสัยมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ จนปัจจุบัน เป็นรุ่นที่ 6 ซึ่งมีจำนวนนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 630 คน และแนวโน้มการดำเนินงานจะมีความยั่งยืนตลอดไป ด้วยทุกภาคส่วนให้ความสำคัญและความร่วมมือเป็นอย่างดี ประกอบกับปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมสูงอายุ รัฐบาลมีนโยบายดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่หลายกระทรวงร่วมมือกัน รวมทั้งนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเป็นบุคคลที่ชุมชนให้ความเคารพนับถือ ถือเป็นกุญแจแห่งความสำเร็จ (Key success) ที่สำคัญในการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ ให้บรรลุวัตถุประสงค์มีความต่อเนื่อง และทำให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง ในผู้สูงอายุ[2, 7-10]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำเสนอผลลัพธ์ด้านสุขภาพของนักเรียนผู้สูงอายุที่ใช้หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืมไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการดูแลรายบุคคล (wellness plan)แบบมีส่วนร่วม และผลการประเมินความพึงพอใจต่อหลักสูตร ในที่ประชุมระดับ พชอ. เพื่อขยายผลให้พื้นที่อื่น ๆ นำไปประยุกต์ใช้ภายใต้บริบทของพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว ซึ่งอาจเกิดนวัตกรรมดี ๆ ในพื้นที่อื่น นำมาแลกเปลี่ยนกันได้

2. ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุควรมีการบันทึกบุคคลต้นแบบ แต่ละด้านในโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อออกใบประกาศเกียรติคุณมอบให้ผู้สูงอายุ ในวันสำคัญต่าง เช่น วันพ่อแห่งชาติ วันแม่แห่งชาติ เป็นต้น รวมทั้งควรเก็บรวบรวมนวัตกรรมดี ๆ ที่เกิดขึ้นในโรงเรียนผู้สูงอายุรวบรวมเป็นรูปเล่ม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโอกาสต่อ ๆ ไป

3. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุกับ กลุ่มที่ไม่เข้าโรงเรียน เพื่อพัฒนาหลักสูตรให้มีคุณภาพยิ่ง ๆ ขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2561). ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2559
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564) สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559
6. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศวัชระคุป์. ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศ
7. กฤษดา พรหมสุวรรณ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
8. ศตวรรษ ศรีพรหม วรรณภา อินต๊ะราชา วรุณสิริ ทางทอง.(2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. ปีที่ 8 ฉบับที่ 1
9. ภุชงค์ เสนานุช, และคณะ. ความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” : กรณีศึกษาเขตดอนเมือง.วารสารเกื้อการุณย์ 2561;25(2):119-36
ไทย พ.ศ. 2560ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนคณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โครงการวิจัยเพื่อพัฒนา
10.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2561). คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับประชาชน “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลาง

Case study: Nursing care of the patient with Mild Traumatic Brain Injury

(Received: November 13,2023 ; Revised: November 25,2023 ; Accepted: November 28,2023)

ณัฐพัชร์ ไชยนาเมือง[1]
Nathapach chainamuang[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและเพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง : กรณีศึกษา 2 ราย โดยศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ จากการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ และการวางแผนพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล วางแผนการดูแลครอบคลุมจนถึงการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 74 ปี ไม่มีโรคประจำตัว อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม เข้ารับการรักษาวันที่ 13 กันยายน 2566 ด้วยอาการมีเลือดออกหูซ้าย ได้รับการวินิจฉัย Traumatic along bilateral cerebral sulci, right sylvian fissure and tentorial cerebelli. SDH along right cerebral convexity with Fracture Lt 3rd - 6th ribs, Fracture distal Lt. Shoulder ผู้ป่วยได้รับการวัดสัญญาณชีพและประเมินระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน คือ วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง,ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง, ทุก 2-4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมง ไม่พบสัญญาณชีพผิดปกติ โดยผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 5 วันและจำหน่ายกลับบ้าน ใช้สิทธิการรักษาพรบ. มีการนัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม เข้ารับการรักษาวันที่ 22 กันยายน 2566 ด้วยอาการมีแผลถลอกตามร่างกาย ได้รับการวินิจฉัย Traumatic SAH with Right zygomatic bone Fracture with Right greater wing sphenoid ผู้ป่วยได้รับการวัดสัญญาณชีพและประเมินระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน คือ วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง,ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง, ทุก 2-4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมง ไม่พบสัญญาณชีพผิดปกติ โดยผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 3 วันและจำหน่ายกลับบ้าน ใช้สิทธิการรักษาพรบ. มีการนัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ร่วมกับมีแผนการส่งต่อเพื่อการรักษากับแพทย์ศัลยกรรมตกแต่งโรงพยาบาลจังหวัดอีก 2 สัปดาห์

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมอง

ABSTRACT

This study was a case study aimed to study the illness conditions of head injury patients and to study nursing care for head injury patients with brain hemorrhage in moderate head injury patients: 2 case studies by comparing nursing care for injured patients. in the head with intracerebral hemorrhage in a patient with a moderate head injury Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital The tools used in the study include: Data recording form Data were collected from inpatient medical records. Interviews with patients and relatives, observation, comparative data analysis and nursing planning using the nursing process Comprehensive care plan up to discharge planning.

The results of the study found that Case Study 1 was a Thai male patient aged 74 years with no underlying diseases. Motorcycle accident Admitted on September 13, 2023 with symptoms of bleeding from the left ear. Diagnosed: Traumatic along bilateral cerebral sulci, right sylvian fissure and tentorial cerebelli. SDH along right cerebral convexity with Fracture Lt 3rd - 6th ribs, Fracture distal Lt. Shoulder. The patient had vital signs measured and his level

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

of consciousness assessed. According to the standard, vital signs are measured every 15 minutes x 2 hours, every 30 minutes x 6 hours, and every 2-4 hours until 72 hours have passed. No abnormal vital signs were found. The patient stayed in the hospital for 5 days and was discharged home. Use your rights to maintain the Act. A follow-up appointment was made 2 weeks after discharge. Case study 2: Thai male patient, age 73 years, with no history of congenital disease. Motorcycle accident Admitted for treatment on September 22, 2023 with symptoms of abrasions on the body. Diagnosed: Traumatic SAH with Right zygomatic bone Fracture with Right greater wing sphenoid. The patient received vital signs and assessed the level of consciousness continuously according to the standard, namely measuring vital signs every 15 minutes x 2 hours, every 30 minutes x 6. hours, every 2-4 hours until 72 hours, no abnormal vital signs found The patient stayed in the hospital for 3 days and was discharged home. Use your rights to maintain the Act. There is a follow-up appointment 2 weeks after discharge, along with a plan to refer for treatment to a plastic surgeon at a provincial hospital for another 2 weeks.

Keywords: Nursing care of head injury patients with intracerebral hemorrhage.

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) เป็นภาวะที่อันตราย เพราะมีการกระทบกระเทือนทางสมอง กะโหลกศีรษะ และระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้พิการ หรือเสียชีวิตได้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่พบจากอุบัติเหตุ ทั้งอุบัติเหตุทางรถ การหกล้ม หรือการตกจากที่สูง โดยสาเหตุเหล่านี้มักสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการเกิดอุบัติเหตุที่ศีรษะเป็นภาวะที่อันตราย ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว และได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เพื่อลดความเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อสมองให้น้อยที่สุด [1]

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก มีอุบัติการณ์สูง จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565-2566 พบผู้เสียชีวิตสะสมจากอุบัติเหตุจราจรและขนส่ง จำนวน 17,530 และ 12,841 ราย [2] สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2554 - 2563) มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมถึง 206,589 ราย (เฉลี่ยเสียชีวิต 20,659 คน/ปี หรือ 58 คนต่อวัน) มีผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ต้องดูแลรักษาในโรงพยาบาลถึง 150,000 – 200,000 ราย/ปี โดยร้อยละ 4.6 พบว่ามีความพิการร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง เท่ากับว่ามีผู้พิการรายใหม่ 7,000 – 13,000 รายต่อ/ปี ผู้บาดเจ็บที่ได้รับการช่วยเหลือโดยบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 10

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) เป็นปัญหาที่สำคัญ เกิดขึ้นและเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็วของอำเภอกุฉินารายณ์ เนื่องจากความเจริญเติบโตของบ้านเมือง การมีถนนตัดใหม่ เพิ่มสถิติการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่มากกว่าเดิม จากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2564-2566 (ข้อมูลถึง เดือนมิถุนายน 2566) พบผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด 294, 286 และ 284 ราย ตามลำดับ ในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางเข้ารับการรักษาในตึกศัลยกรรม จำนวน 24, 17 และ 29 ราย ตามลำดับ[3] การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ส่งผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะเลือดออกในสมองยิ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมประสาท พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและให้การดูแลได้ทันเวลา โดยเฉพาะช่วงวิกฤติและฉุกเฉินที่กำลังคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย

จนกระทั่งผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤติ พยาบาลก็มีบทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติ ไม่เป็นภาวะพึ่งพิงของครอบครัวหรือสังคมต่อไป[4-7]

ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมอง จำนวน 2 ราย โดยศึกษาประวัติการเจ็บป่วย โรคร่วมของผู้ป่วย ประวัติแบบแผนการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ มาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาและสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางเปรียบเทียบกรณีศึกษา

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 ถึงตุลาคม 2566 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในแบบฟอร์มการประเมินแผนสุขภาพ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติและการสังเกต การปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง และการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	74	73
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
อาชีพ	เกษตรกรรม	เกษตรกรรม
สิทธิการรักษา(หลัก)	บัตรประกันสุขภาพ	บัตรประกันสุขภาพ
สิทธิการรักษาครั้งนี้ ภูมิลำเนา	พรบ. อ.กุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์	พรบ อ.กุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์
ผู้ดูแล	บุตร	บุตร
วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	13 กันยายน 2566	22 กันยายน 2566
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	18 กันยายน 2566	25 กันยายน 2566
การวินิจฉัยโรค	SAH&SDH with Fracture Lt 3rd-6th ribs with Fracture distal Lt.shoulder	Traumatic SAH with Right zygomatic bone Fracture with Right greater wing sphenoid

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เลือดออกหูซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 40 นาที	แผลถลอกตามร่างกาย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	40 นาที ก่อนมา โรงพยาบาล EMS ออกรับ ผู้ป่วยขับจักรยานยนต์ล้มเอง จำเหตุการณ์ เวลาเกิดเหตุไม่ได้ และมีเลือดออกหูข้างซ้าย	30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขับจักรยานยนต์ ขณะไปทุ่งนาแล้หลบรถอีกคันเสียหลักล้มเอง
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	ประวัติเป็น gout ผู้ป่วยรับยา ล่าสุด ปี 2563 ขาดการรักษา ไม่มาตามนัด	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว
โรคประจำตัว	gout	ปฏิเสธโรคประจำตัว
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา
อาการแรกรับ	เวลา 15.25 น.วันที่ 13 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีเลือดออกหูข้างซ้าย แผลถลอกที่ใบหน้า แขนขาไม่ผิดรูป ปวดแขนซ้าย ยกลำบาก เจ็บหน้าอกซ้าย หายใจสะดวกดี ประเมินอาการทางระบบประสาท E4V5M6 สัญญาณชีพแรกรับ BT 36.7 องศาเซลเซียส PR 86 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 191/87 mmHg. O2 Sat 98 % DTX ไม่ได้เจาะ ส่งทำ CT brain non contrast ผลอ่านพบ CT brain : Small cerebral contusion scattering at bilateral cerebral hemisphere.SAH along bilateral cerebral sulci, right sylvian fissure and tentorial cerebelli. SDH along right cerebral convexity, 0.8 cm in thickness.No hydrocephalus or shifting of the midline structures is seen.Brainstem and cerebellum appear unremarkable.Film CXR : no pneumothorax, Fracture Lt 3rd - 6th ribs film Shoulder : Fracture distal Lt.	เวลา 09.26 น. วันที่ 22 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีแผลถลอกที่ใบหน้า เข่าทั้ง 2 ข้างและแผลฉีกขาดที่ดั้งจมูก ประเมินอาการทางระบบประสาท E4V5M6 pupil 2.5 min RTL BE สัญญาณชีพแรกรับ BT 36 องศาเซลเซียส PR 73 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 160/98 mmHg. O2 Sat 100% DTX 80 mg% ส่งทำ CT brain non contrast ผลอ่านพบ Faint SAH at interhemispheric fissue, right fronto-parietal sulci and right sylvian fissure and Facial bone fracture ได้รับการวินิจฉัย Traumatic SAH with Right zygomatic bone Fracture with Right greater wing sphenoid
ยาที่ได้รับ	-Dilantin 1 gm iv drip in 1 hr then 100 mg iv q 6 hr. -Tranexaminc Acid(N) (250) 500 mg iv Drip in 1/2 hr.q 6 hr. plan ให้ยา 2-3 day , -Omeprazole 40 mg iv OD -Dexamethasone 4 mg iv q 6 hr.	-Dilantin 1 gm iv drip in 1 hr then 100 mg iv q 6 hr. -Tranexaminc Acid(N) (250) 500 mg iv Drip in 1/2 hr.q 6 hr. plan ให้ยา 2-3 day - Omeprazole 40 mg iv OD

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมอง

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ	ชายไทย 74 ปี ไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ยาเส้น รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา หลังการเจ็บป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวการการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านแต่ก็มีบุตรเป็นผู้ดูแล	ชายไทย 73 ปี ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ขณะอยู่รพ.บุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเล็กน้อย กลับบ้านมีภรรยาและบุตรเป็นผู้ดูแล	ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทั้ง 2 รายเกิดจากอุบัติเหตุผู้สูงอายุ สายตาผิดปกติ การขับขี่จักรยานยนต์ การมีสิ่งกีดขวางการจราจรสภาพถนนที่อาจจะเป็นหลุมขรุขระมองเห็นไม่ชัด การประคับประครองรถเวลาเสียหลักจะมีความยุ่งยากลำบากและปัจจัยเสริมความรุนแรงการบาดเจ็บ คือการไม่ได้สวมหมวกนิรภัย ทั้ง 2 ราย
2.พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง	แรกรับที่ห้องฉุกเฉินประเมินแรกรับผู้ป่วยถามตอบรู้เรื่อง บอกวัน เวลา สถานที่ได้ ให้ประวัติเพิ่มขณะขับจักรยานยนต์ไปตลาด สุนัขวิ่งตัดหน้ารถ ทำให้รถเสียหลักล้ม หลังจากนั้นจำอะไรไม่ได้ รู้สึกตัวอีกทีมีคนเรียก และปวดตามตัว ปวดไหล่ซ้าย ยกแขนลำบากและเจ็บหน้าอกข้างซ้าย หายใจสะดวกดี ตรวจร่างกายพบมีเลือดออกหูข้างซ้าย มีแผลถลอกที่ใบหน้า หน้าอกไม่ผิดรูป การหายใจปกติ แขนขาไม่ผิดรูปแต่ยกแขนข้างซ้ายลำบาก ปวด PS 10/10 คะแนน ประเมินอาการทางระบบประสาท E4V5M6 สัญญาณชีพแรกรับ BT 36.7 องศาเซลเซียส PR 86 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 191/87 mmHg. O2 Sat 98 % DTX ไม่ได้เจาะ ส่งทำCT brain non contrast ผลอ่านพบ CT brain : Small cerebral contusion scattering at bilateral cerebral hemisphere.SAH along bilateral cerebral sulci, right sylvian fissure and tentorial cerebelli. SDH along right cerebral convexity, 0.8 cm in thickness.No hydrocephalus or shifting of the midline structures is seen.Brainstem and cerebellum appear unremarkable.Film CXR : no pneumothorax, Fracture Lt 3rd - 6th ribs film Shoulder : Fracture distal Lt.	แรกรับที่ห้องฉุกเฉินประเมินแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ให้ประวัติขณะให้ประวัติเพิ่มขณะขับจักรยานยนต์กลับจากทุ่งนา หลบรถอีกอีกคันเสียหลักล้มเอง พยาบาล มีแผลถลอกตามใบหน้า มีแผลฉีกขาดจมูกและแผลถลอกตามตัวและเข่า 2 ข้าง ประเมินอาการทางระบบประสาท E4V5M6 pupil 2.5 min RTL BE สัญญาณชีพแรกรับ BT 36 องศาเซลเซียส PR 73 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 160/98 mmHg. O2 Sat 100% DTX 80 mg% ส่งทำ CT brain non contrast ผลอ่านพบ Faint SAH at interhemispheric fissue, right fronto-parietal sulci and right sylvian fissure and Facial bone fracture ได้รับการวินิจฉัย Traumatic SAH with Right zygomatic bone Fracture with Right greater wing sphenoid	ผู้ป่วยทั้ง2 รายได้รับการวินิจฉัย คือ Traumatic SAH -ประเมินจากการซักประวัติกลไกการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยสูงอายุจำเหตุการณ์ไม่ได้ ซึ่งการประเมินอาการหมดสติเป็นอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง -การตรวจร่างกาย การประเมินสัญญาณชีพและการประเมินอาการทางระบบประสาท การประเมินการตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา เข้าได้กับอาการของภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งต้องทำ CT Scan ของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย การประเมินอาการและความเสี่ยงของผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุยิ่งควรให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังอาการเลือดออกในสมอง และ -การประสานการรักษากับประสาทศัลยแพทย์ที่รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาได้ทันเวลาจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยอาการไม่ทรุดหนักและฟื้นหายได้เป็นปกติ -การบาดเจ็บรายที่ 1 มีการบาดเจ็บหลายตำแหน่งร่วมด้วย การดูแลรักษามีความยุ่งยากมากขึ้น เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนหลายอย่าง ต้องประสารแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา คือ ประสาทศัลยแพทย์ ศัลยแพทย์ทั่วไป และศัลยแพทย์กระดูกและข้อ ส่วนรายที่ 2 ต้องประสานแพทย์ศัลยกรรมตกแต่งในโรงพยาบาลจังหวัดร่วมวางแผนการดูแลร่วมกัน

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
3.การรักษา	-Dilantin 1 gm iv drip in 1 hr then 100 mg iv q 6 hr. -Tranexaminc Acid(N) (250) 500 mg iv Drip in 1/2 hr.q 6 hr. plan ให้ยา 2-3 day , -Omeprazole 40 mg iv OD -Dexamethasone 4 mg iv q 6 hr.	Dilantin 1 gm iv drip in 1 hr then 100 mg iv q 6 hr. -Tranexaminc Acid(N) (250) 500 mg iv Drip in 1/2 hr.q 6 hr. plan ให้ยา 2-3 day -Omeprazole 40 mg iv OD	-ผู้ป่วยทั้ง 2 รายรับการรักษาด้วยวิธีการให้ยาป้องกันอาการชักจากภาวะเลือดออกในสมอง ยาป้องกันภาวะที่มีเลือดออกผิดปกติและลดการเสียเลือดของผู้ป่วย และยาลดกรดในกระเพาะอาหาร พยาบาลต้องมีความรู้ในการบริหารหาแต่ละชนิด วิธีการให้ยาที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1.มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทสมองที่เสวลงจากพยาธิสภาพในสมอง 2.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดหน้าอกข้างซ้ายและไหล่ข้างซ้าย 3.มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีกระดูกซี่โครงหัก 4.เสี่ยงต่อการชักเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง 5.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 6.เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก D-METHOD	1.มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทสมองที่เสวลงจากพยาธิสภาพในสมอง 2.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณใบหน้า 3.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4.เสี่ยงต่อการชักเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง 5.เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก D-METHOD	นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Traumatic SAH เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโดยการประสานการดูแลรักษาจากประสาทศัลยแพทย์โรงพยาบาลจังหวัด พยาบาลให้การดูแล เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงเลือดออกในสมอง รวมทั้งการให้ยาเพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นสำหรับผู้ป่วยทั้ง 2 รายตามแผนการรักษาของแพทย์ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายอาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้ D-METHOD ได้รับยาป้องกันภาวะชัก และมีนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ และปัญหาอื่นของกรณีศึกษารายที่ 1 มี Fracture distal Lt. Shoulder ได้ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อให้ใส่สายคล้องแขนและนัดติดตามอาการพร้อมกับศัลยแพทย์ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มี Right zygomatic bone Fracture with Right greater wing sphenoid ได้ปรึกษาศัลยแพทย์ตกแต่งโรงพยาบาลจังหวัดให้ส่งตัวเพื่อรักษาต่ออีก 2 สัปดาห์

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมองซึ่งเป็นภาวะวิกฤติ เมื่อมาถึงตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการประเมินแรกรับทันทีโดยพยาบาล ซักประวัติให้ประวัติอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้มเองไม่มีการชนหรือคู่กรณีร่วมกับมีปัจจัยเสริมความรุนแรงครั้งนี้คือไม่ได้สวมหมวกนิรภัย ตรวจร่างกายเบื้องต้น แยกประเภทคนไข้ตามมาตรฐานและประสานแพทย์ในการตรวจรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) Case แรกมีการบาดเจ็บหลายส่วน ได้ เอ็กซเรย์ส่วนต่างๆ ของร่างกายตามการประเมินแรกรับและการตรวจร่างกายการบาดเจ็บเบื้องต้น และผล CT scan สมองทั้ง 2 รายพบว่ามี ภาวะเลือดออกในสมองแพทย์ได้ประสานแผนการรักษากับแพทย์เฉพาะทางด้านประสาทศัลยแพทย์โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งทั้ง 2 รายมีความเห็นให้การรักษาแบบประคับประครองยังไม่ต้องผ่าตัด ให้เข้านอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอาการเลือดออกในสมอง โดยให้ยา Dilantin 1 gm iv drip in 1 hr then 100 mg iv q 6 hr. Tranexaminc

Acid(N) (250) 500 mg iv Drip in 1/2 hr.q 6 hr. plan ให้ยา 2-3 day ,Omeprazole 40 mg iv OD, Dexamethasone 4 mg iv q 6 hr.ผู้ป่วยได้เข้านอนรักษาในตึกผู้ป่วยศัลยกรรม และให้การดูแลรักษาตามแผนการรักษาของประสาทศัลยแพทย์โรงพยาบาลจังหวัด โดยเฉพาะผู้สูงอายุต้องเฝ้าระวังอาการและความรุนแรงที่จะตามมา โดยมีการเฝ้าระวังสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มอย่างใกล้ชิด เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีประสาทศัลยแพทย์จึงมีความจำเป็นที่ต้องประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีการวางแผนการจำหน่ายที่ต้องให้ข้อมูลในการเสริมพลังในการดูแลต่อเนื่องให้ปลอดภัย ไม่กลับมาซ้ำด้วยภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้นเนื่องจากโดยบริบทของพื้นที่ประชาชนมีความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุต้องได้รับการย่างไฟ(อบสมุนไพร)เพื่อป้องกันภาวะเลือดตกค้างในร่างกาย พยาบาลต้องให้เวลาในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเป็นอย่างดีที่จะไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปย่างไฟตามความเชื่อของชุมชน ต้องอธิบายให้เข้าใจผลดี ผลเสียของการย่างไฟ รวมถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามมา ทั้ง 2 รายพยาบาลได้อธิบายผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจ ประเมินการปฏิบัติตัวและการดูแลเมื่อกลับบ้านอย่างมั่นใจ แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้ ทั้ง 2 รายนอนรักษาเฝ้าระวังอาการเงือดออกมากขึ้นในโรงพยาบาลจำนวน 3 วัน (มีการปรึกษาแพทย์ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกและข้อ ร่วมดูแลผู้ป่วย)

อภิปรายผล

การประเมินผู้ป่วย Trauma เป็นผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยแรกรับที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีการประเมินผู้ป่วยทันที ประเมินได้รวดเร็ว ระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่สมอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พยาบาลต้องให้การพยาบาลที่คงไว้ซึ่งความโล่งของการเดินหายใจเป็นแนวทางลำดับแรกที่ต้องคำนึงถึง ระดับความรู้สึกตัวเป็นตัวชี้วัดที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทในระยะเฉียบพลันอาการจะเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ควรมีการประเมินความรู้สึกตัวอย่างสม่ำเสมอ ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่[8] การสังเกตของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลมีความรับผิดชอบในการให้ข้อมูลแพทย์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัวของผู้ป่วย การประเมินทั้ง 2 รายพบว่ายังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด การประเมินระดับออกซิเจนในเลือด รวมถึงการประเมินการตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล ทั้ง 2 รายประสาทศัลยแพทย์ ได้ประสานประสาทศัลยแพทย์โรงพยาบาลจังหวัด มีแผนการรักษาแบบไม่ผ่าตัด[9] ซึ่งการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองที่เป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิตในขณะนั้น และต้องมีการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ความต้องการการสนับสนุนการช่วยเหลือด้านต่างๆ หรือการจัดหาข้อมูลที่จำเป็นในการสนับสนุนและได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมองในระยะนี้[10] เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

การปฏิบัติการพยาบาลและประสานการดูแลรักษา ทั้ง 2 รายบาดเจ็บระดับปานกลาง ผู้ป่วยได้รับการดูแลในส่วน primary survey เกี่ยวกับทางเดินหายใจ (airway) การหายใจ (breathing) และการไหลเวียนโลหิต (circulation) ควรเฝ้าระวัง C-spine injury โดยทำ neck stabilization[11] เนื่องจากไม่มีประสาทศัลยแพทย์ประจำโรงพยาบาล พยาบาลจึงเป็นคนสำคัญต้องมีความรู้ในการที่จะดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความรู้เกี่ยวกับการบริหาร

ยาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเพื่อควบคุมอาการของภาวะเลือดออกไม่ให้เกิดความรุนแรงมากกว่าเดิม หรือเมื่อจำเป็นต้องส่งต่อรักษาได้ทันเวลา

การวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤติได้รับการวางแผนการจำหน่ายโดยพยาบาล ให้ข้อมูลพยาธิสภาพและความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ความสำคัญในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ต้องให้ข้อมูลเสริมพลังในการดูแลตนเองให้ปลอดภัย[9] เป็นเรื่องท้าทายที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสม ไม่กลับไปอบสมุนไพรตามความเชื่อที่ผ่านมา อาจจะส่งผลกระทบให้เลือดออกในสมองเพิ่มมากขึ้น

บทบาทของพยาบาลในระยะวิกฤติ คือ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง และรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามต่อชีวิต และในระยะฟื้นฟูพยาบาลมีบทบาทในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและญาติด้วยการประเมินผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บที่รุนแรง ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ[12-14]

ข้อเสนอแนะ

1.การซักประวัติตรวจร่างกายเบื้องต้นของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองเป็นสิ่งสำคัญในการแยกประเภทผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ควรมีแนวทางการซักประวัติตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วทันเวลา ปลอดภัยจากความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

2.การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองควรมีแนวทางการดูแลรักษาสำหรับพยาบาลที่ดูแลให้มีความชัดเจน รวมถึงระบบการประสานการส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็ว เนื่องจากไม่มีประสาทศัลยแพทย์อยู่ประจำที่โรงพยาบาล กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้นสามารถที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาได้ทันเวลา

3.การวางแผนการจำหน่ายควรมีแนวทางที่เป็นแนวทางเดียวกัน มีการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยไม่กลับรักษาซ้ำมาด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้

เอกสารอ้างอิง

1. นครชัย เผื่อนปฐม และธีระเดช ศรีกิจวิไลกุล. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinicalpractice guidelines for traumatic brain injury). (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี : บริษัท พรอสเพอรัสพลัสจำกัด.
2. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อเสริมสร้างวั https://www.thairsc.com/) ฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน, (2566) สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน.
3. ทีมพัฒนาคุณภาพการพยาบาลงานศัลยกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ (2566). สถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางเข้ารับการรักษาในตึกศัลยกรรม
4. จินตนา นุ่มสงวน. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางและโรคร่วม. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
5. จุฬาวรี ชัยวงค์นาคพันธ์ และคณะ. (2561). บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาความสามารถและลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. ฉบับพิเศษ.

6. วิจิตรา กุสุมภ์. (2560). ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ:แบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพ ฯ : สหประชาพาณิชย์.

7. พงษ์เทพ โกฉัยพัฒน์และลัดดา อินทฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2562; 30(2) : 203-218.

8 . Hickey, J. V. (2009). The clinical practice of neurological&neurosurgical nursing(6th ed). Phiadephia: Wolters Kluwer Health/LIPPINCOTT Williams&Wilkins.

9. ไสว นรสาร. (2563). การพยาบาลผู้บาดเจ็บ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ๆอเดีย อินสแตนท์ พริ้นติ่ง.

10. รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ และคณะ. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. Journal of Nursing Science. 29 (1) : 18-25.

11. รุจีพร เพ็ญศรี. (2564). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีงวรสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 : 83-96

12. อัญชลี ถิ่นเมืองทอง และคณะ. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนในโรงพยาบาลปทุมธานี โดยใช้แนวคิดการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.วารสารกองการพยาบาล 2559; 43(3), 5-24.

13. แอนไทย อุดม และนที ลุ่มนอก. (2561). การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับปานกลางถึงรุนแรง. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19 (3), 107-116.

14. ปทิตตา เสนะคุณ.(2564). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 1. 23-28

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะติดเชื้อไวรัสโควิด-19 : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing care for those giving birth who have preterm labor and COVID-19 Infection : Two comparative case studies.

(Received: October 30,2023 ; Revised: November 8,2023 ; Accepted: November 15,2023)

ทิพวรรณ ชมบุญ[1]
Tippawan Chumboon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแวงใหญ่ โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การสังเกตทางวิดีโอคอล และกล้องวงจรปิดภายในห้องแยก Isolation Room พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ($G_2P_1A_0L_1$) อายุครรภ์ 36^{+4} Wks. with Labor pain with covid 19 Infection เหมือนกัน รายที่ 1 ให้การดูแลแบบคาดหวังเพื่อยืดอายุครรภ์ โดยใช้ยา Dexamethasone กระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกยา Ampicillin ป้องกันกลุ่ม บี สเตปโตคอคคัส คอร์ติโคสเตียรอยด์ และ Nefidipine (5) ยายับยั้งการเจ็บครรภ์ ยืดเวลาคลอด ประสบความสำเร็จ คลอดอายุครรภ์ 37^{+4} Wks. รายที่ 2 วางแผนการรักษาแบบประคับประคองให้นอนพักผ่อน อาการเจ็บครรภ์ห่างออก จนท้องไม่ปั้น จำหน่ายกลับบ้าน รายงานอาการทางไลน์ ตรวจครรภ์ตามนัดเดิม เปรียบเทียบปัญหาการพยาบาลที่สำคัญ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาใกล้เคียงกัน ได้แก่ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 รายที่ 1 มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับติดเชื้อโควิด-19 รุนแรงกว่าจนมีภาวะ Shock และทารกมีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงในครรภ์ได้รับยายับยั้งการคลอดยืดอายุครรภ์ วางแผนให้คลอดอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 3 วัน ส่วนรายที่ 2 อาการไม่รุนแรง ให้การรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 ตามอาการ จำกัดกิจกรรมหญิงตั้งครรภ์บนเตียง อาการปกติให้กลับบ้านและนัดคลอดตามเดิม ทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลครบ 5 ขั้นตอนและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมใกล้ชิด มีประสิทธิภาพส่งผลให้พ้นระยะวิกฤต อาการทุเลาและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะติดเชื้อไวรัสโควิด-19, โรคโควิด-19, ภาวะคลอดก่อนกำหนด

Abstract

This study examined nursing care for two cases of pregnant women experiencing premature labor and COVID-19 infection at Wang Yai Hospital. Data were collected through medical records, telephone interviews, video call observations, and CCTV camera monitoring in the isolation room. Both cases involved second-time pregnancies (G2P1A0L1) at 36+4 weeks gestation, accompanied by labor pain and COVID-19 infection. The first case received comprehensive care, including Dexamethasone for fetal lung development, Ampicillin for group B streptococcus protection, corticosteroids, and Nifedipine to inhibit labor pain and prolong delivery time. This resulted in a successful delivery at 37+4 weeks. In contrast, the second case opted for palliative treatment with bed rest and online symptom reporting, returning home if symptoms normalized. Both cases followed the nursing process, receiving effective care and ultimately being discharged.

Keywords: Pregnant women, premature labor, COVID-19 infection, COVID-19 disease, preterm birth.

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ระบาดได้รวดเร็ว และแพร่กระจายไปทั่วโลก มีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 การแพร่กระจายของโควิด-19 ผ่านทางบุคคลสู่บุคคลเป็นหลัก ติดเชื้อผ่านการไอ การจาม หรือการสัมผัสพื้นผิวของสิ่งของที่ผู้ติดเชื้อเคยใส่ ระยะฟักตัว 5-6 วัน แต่อาจอยู่ในช่วง 2-14 วัน ทำให้ระบบทางเดินหายใจมี

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแวงใหญ่

การอักเสบเฉียบพลัน โดยมากอาการมักจะเริ่มที่มีไข้ ซ้ำเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด ไอมีเสมหะ จมูกไม่ได้กลิ่น อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท้องเสีย หายใจลำบาก และบางรายไวรัสจะทำลายเนื้อเยื่อที่ปอด ผู้ป่วยจะเกิดความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนก๊าซ มีภาวะหายใจล้มเหลว และมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้[1] ข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณะสุข พบการติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลก หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเพิ่มขึ้นร้อยละ 50-60 จากภาวะปกติ และการเสียชีวิตส่วนหนึ่งเกิดจากโควิด-19 โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศแถบยุโรปและสหรัฐอเมริกา ส่วนในประเทศไทยมีการเก็บข้อมูล ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 พบหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต 192 ราย เสียชีวิตจากโควิด-19 ร้อยละ 38 ของหญิงตั้งครรภ์ เป็นสัดส่วนการตายอันดับหนึ่งในหญิงตั้งครรภ์ เมื่อเดือนเมษายน-กันยายน 2564 พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ 4,778 ราย เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 50-60 รายต่อวัน อายุ 35 ปีขึ้นไปติดเชื้อมากที่สุด ทารกติดเชื้อ 226 ราย และในจำนวนนี้มารดาเสียชีวิต 95 รายและทารกเสียชีวิต 46 ราย ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อมากที่สุดในกรุงเทพมหานครปริมณฑลและชายแดน ปัจจัยการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 70 เป็นข้อจำกัดภายในงานบริการ ร้อยละ 21 เป็นปัญหาการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 9 เป็นปัญหาหญิงตั้งครรภ์เอง [2]

หญิงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของทุกระบบ การคลอดบุตรทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย อาการและอาการแสดงมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 28-42 สัปดาห์ มีความเสี่ยงเกิดภาวะปอดอักเสบหรือการหายใจล้มเหลวได้สูง การติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์มักเกิดอาการภายใน 9-14 วัน โดยเริ่มปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไข้ต่ำ ๆ หายใจตื้น มีรายงานว่าผลกระทบที่มีต่อสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดการเกิดภาวะเครียดของทารกในครรภ์ หัวใจทารกเต้นเร็วผิดปกติ ทารกเสียชีวิตเมื่อแรกคลอด สำหรับระยะฟักตัวทารกที่อาจได้รับเชื้อระหว่างคลอดหรือใกล้ระยะคลอด อายุภายใน 4 วัน ส่วนระยะฟักตัวในทารกหลังจากสัมผัสโดยไม่ป้องกันกับมารดาหรือผู้ใกล้ชิดที่ติดเชื้อและอยู่ในระยะติดต่อ จึงอาจทำให้เกิด horizontal transmission ภายใน 14 วัน หลังการสัมผัสเสี่ยงครั้งสุดท้าย การวินิจฉัยโดยการเก็บสิ่งส่งตรวจทางสายพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยเทคนิค Real time PCR การป้องกันกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศ มาตรการป้องกัน ล่าสุดให้ยึดหลัก DMHTTA [1]

อำเภอแวงใหญ่ ปี 2565 มีหญิงตั้งครรภ์ 185 ราย พบติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 2.16 และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแวงใหญ่ มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น 2 ราย เข้าสู่ระยะคลอด 2 ราย[3] พยาบาลผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้คลอด สังเกตอาการผิดปกติ ทั้งในสภาวะการดูแลยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สภาวะคลอดและสภาวะของการติดเชื้อโควิด-19 เฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีระบบประสานปรึกษาทีมโรงพยาบาลแม่ข่าย ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนด ส่งผลให้หายจากการเจ็บป่วย มารดาและทารกปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การรักษา การพยาบาล ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับติดเชื้อโควิด-19 เปรียบเทียบ 2 ราย
2. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอดและผู้ที่เกี่ยวข้องโรงพยาบาลแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical Study) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การรักษา การ

พยาบาล ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับติดเชื้อโควิด-19 เปรียบเทียบ 2 ราย โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล ร่วมกับหลักการควบคุมการป้องกันการแพร่กระจายจากเชื้อโควิด-19 เพื่อให้ผู้คลอดทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 และการคลอดก่อนกำหนด รวมถึงบุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 จากการปฏิบัติงาน และหาแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับการดูแลรักษายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษากับทฤษฎี และนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลดังนี้

1.วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหา โอกาสพัฒนาในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับติดเชื้อโควิด 19

2.กำหนดกรอบทิศทางในการศึกษา กำหนดหัวข้อรูปแบบการศึกษา

3.เลือกกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย

4.เก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาประวัติผู้ป่วย ประเมินอาการ การสังเกต รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

5. เขียนกรณีศึกษา เปรียบเทียบ 2 รายและเปรียบเทียบทฤษฎี เพื่อนำข้อมูลที่ได้พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับติดเชื้อโควิด 19 ของโรงพยาบาลแวงใหญ่

ผลการศึกษา

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับติดเชื้อโควิด-19 กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ปัญหาสำคัญคือ การติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดอย่างกว้างขวางและมีความรุนแรง สามารถส่งผลให้ผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงเสียชีวิตได้ ประกอบกับยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิด 19 ในโรงพยาบาลชุมชนร่วมกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทั้ง 2 รายดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ตามการรักษาพยาบาล

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1)ระยะแรกรับที่มีภาวะวิกฤต/พบว่าเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับติดเชื้อไวรัสโควิด-19	หญิงไทย อายุ 27 ปี สูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 74 กิโลกรัม $G_2P_1A_0L_1$ last 5 ปี GA 36 สัปดาห์ 4 วัน By date น้ำหนักทารกในครรภ์ 3,071 กรัม มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 12 ชั่วโมงก่อนมา ผลตรวจ ATK positive ไม่ทราบว่ารับสัมผัสเชื้อจากไหน แรกรับปากมดลูกปิด มดลูกหดรัดตัวทุก 10 นาที นาน 10 วินาที	หญิงไทย อายุ 34 ปี สูง 157 เซนติเมตร น้ำหนัก 78.7 กิโลกรัม $G_2P_1A_0L_1$ last 13 ปี GA 36 สัปดาห์ 4 วัน By U/S มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 30 นาทีก่อนมา ผลตรวจ ATK positive มีประวัติเสี่ยงสัมผัสเพื่อร่วมงานติดเชื้อโควิด19 1 สัปดาห์ก่อน แรกรับปากมดลูกปิด มดลูกหดรัดตัวทุก 10 นาทีนาน 15 วินาที	การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคือการคลอดเมื่ออายุครรภ์ 28-37 สัปดาห์ [4] ทั้ง 2 รายมีอาการเจ็บครรภ์คลอด โดยมีการหดรัดตัวของมดลูกสม่ำเสมอร่วมกับอาการเจ็บครรภ์เสี่ยงต่อการเปิดขยายปากมดลูกเพิ่มขึ้น ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์มีภาวะติดเชื้อโควิด-19 การตั้งครรภ์ทำให้โรคโควิด19 มีความรุนแรงมากขึ้น มีอัตราการรักษาในแผนกผู้ป่วยวิกฤติสูงกว่าคนปกติ 3 เท่า ใช้เครื่องช่วยหายใจ สูงกว่า 2.9 เท่า การใช้เครื่องช่วยทำงานของหัวใจและปอดสูงกว่า 2.4 เท่า และอัตราการเสียชีวิตในหญิงตั้งครรภ์สูงกว่า 1.7 เท่า[5] ทั้ง 2 รายเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องรับไว้ดูแลในโรงพยาบาล
2) พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	1 วันก่อนปวดศีรษะ เจ็บคอไอเล็กน้อยหลังรับไว้ดูแล มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน เป็นไข้ BT	แรกรับ มีไข้ BT 37.8 องศาเซลเซียส ครั่นเนื้อครั่นตัว เจ็บ	โรคโควิด 19 เกิดจากการติดเชื้อโควิด (SARS-C0V-2) ทำให้มีอาการสำคัญ คือ ไข้ไอ หายใจติดขัด หายใจเหนื่อย เจ็บคอ มีน้ำมูก[6] หญิงตั้งครรภ์เป็น

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ตามการรักษาพยาบาล

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ภาวะติดเชื้อไวรัสโควิด-19	38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 138 ครั้งต่อนาที เหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่หอบ อัตรา	คอไอห่าง ๆ หายใจอิ่ม ไม่เหนื่อยหอบ ทารก : ทารกในครรภ์ดิ้นดี >10 ครั้ง/วัน NST : Reactive	กลุ่มเปราะบางมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด19
2) พยาธิสภาพอาการและอาการแสดงภาวะติดเชื้อไวรัสโควิด-19	การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที BP 82/38 มิลลิเมตรปรอท O_2 sat 98-99% EFM : Category 3 CXR: Interstitial Infiltration	FHS 140-150 ครั้งต่อนาที	การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและกลไกการตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงมากขึ้น ระบบหัวใจและทางเดินอาหารจะทำให้ระบบการหายใจล้มเหลวได้เร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงและเสียชีวิตได้ [7]
3) การรักษาภาวะติดเชื้อโควิด 19 ในหญิงตั้งครรภ์	1) Ace tar 1,000 ml. vain drip load ใน 2 ชั่วโมง Then 80 ml/hr. 2) IUR, NST 3) O_2 Mask with bag 10 LMP 4) CPM 1 เม็ดหลังอาหาร 3 เวลา 5) Acetin 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร 6) Paracetamol 500 mg. 1 เม็ด เวลาไข้หรือปวดทุก 4-6 ชั่วโมง 7) Remdesivir ๒๐๐ mg. vain drip stat then ๑๐๐mg. vain drip OD 4 day	1) Ace tar 1,000 ml. vain drip 80 ml/hr. 2) Ampicillin 2 gm. Vain stat then 1 gm. Vain ทุก 4 ชั่วโมง 3) Bromhexine 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร 4) Paracetamol 500 mg. 1 เม็ดเวลาไข้หรือปวดทุก 4-6 ชั่วโมง 5) Obi mine AZ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า	การรักษาในกรณีศึกษา 2 รายสอดคล้องกับแนวทางการรักษาผู้ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 [6] รายที่ 1 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 4 วัน มีอาการติดเชื้อโควิด-19 รุนแรง มีภาวะ Shock และทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนรุนแรง ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ยารักษาภาวะติดเชื้อโควิด-19 ได้รับการแก้ไขภาวะ Shock การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด19[6] ประกอบด้วยการให้สารน้ำเพื่อแก้ไขภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่อาจได้ออกซิเจนและให้ยาต้านไวรัส Lopinavir/Ritonavir รับประทาน โดยใช้ในรายที่มีอาการปานกลางหรือรุนแรง และอาจใช้ยาปฏิชีวนะหากมีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติม
3.1การรักษาดูแลยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด	8) Nifedipine (5) 2 เม็ดทุก15 นาที จำนวน 4 dose then 4 เม็ดทุก 6 ชั่วโมง 10) Dexa 6 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 4 dose 11) CBC, BUN, Cr., Elyte, DTX stat 91 mg/dl	6) ให้ Bed Rest จำกัดกิจกรรมบนเตียง 7) NST วันละครั้ง 8) UA, CBC	การรักษาด้วยยา Nifedipine(5) ส่งผลให้ความเข้มข้นของแคลเซียมใน Cytoplasm ลดลงช่วยยับยั้งการหดรัดตัวของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกซ้ำ มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากกว่าในการยับยั้งคลอด[8] รายที่ 1 ได้รับยายับยั้งการคลอดสามารถยืดอายุครรภ์ออกไปได้จนอายุครรภ์ 37^{+3} Wks. ส่วนรายที่ 2 มีอาการเจ็บครรภ์ปากมดลูกยังไม่เปิด ไม่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยยา รายที่ 1 ได้รับยา Dexa เป็นยากระตุ้นการเจริญของปอด ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด
การรักษาดูแลระยะคลอด	10) NSS 1,000 ml.+synto 10-unit vain drip 100 ml./hr.		Syntocinon ไปจับกับตัวรับบริเวณผิวเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกกระตุ้นให้เกิดการหลั่งของแคลเซียม และส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการบีบตัวชักนำและเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกในการคลอดบุตร รักษาภาวะมดลูกไม่หดรัดตัวภายหลังการคลอดบุตรรายที่ 1 ได้รับยานี้เนื่องจากพบมดลูกบีบตัวห่างออกทำให้ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มที่ 8 cm. ในระยะใกล้คลอด แพทย์จึงใช้ยาส่งผลให้การคลอดดำเนินต่อไปอย่างปลอดภัย

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ตามการรักษาพยาบาล

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
การรักษาดูแลระยะหลังคลอด	11) Syntocinono 10-unit M หลังคลอด 1dose 12) Folic 1 เม็ดหลังอาหารเช้า 1 ครั้ง 13)Ibuprofen(400) 1x3pc 14) Obi mine AZ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า 15) Amoxy (500) 1x3 7วัน 16) U/S 17) notify KKH OB, Staff Med Covid-19		การให้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก สำคัญที่สุดและต้องปฏิบัติเป็นอันดับแรกในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยองค์การอนามัยโลก[9] แนะนำยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกในหญิงหลังคลอดโดยเลือกใช้สูตรยาตามความเหมาะสม กรณีศึกษารายที่ 1 แพทย์ใช้ Syntocinono 10-unit ฉีดกล้ามเนื้อหลังคลอด 1 dose รายที่ 2 ไม่ได้ใช้ยา

จากตารางที่ 1 กรณีศึกษา 2 รายได้รับการรักษาใกล้เคียงกันตามอาการแรกรับและได้รับการรักษาแตกต่างกันตามพยาธิสภาพของโรค และความรุนแรงของโรคโควิด 19 รายที่ 1 มีอาการรุนแรง มีภาวะ shock รายที่ 2 อาการไม่รุนแรง รักษาตามอาการ

ตารางที่ 2 แสดงเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ตามปัญหาการพยาบาล

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ปัญหาทางการพยาบาล	1) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะ Shockจากติดเชื้อโควิด19 2) ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ 3) หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 4) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากได้รับยาNifedipine(5) 5) หญิงตั้งครรภ์ไม่สุขสบายจากเจ็บครรภ์คลอด 6) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Syntosinon 7) หญิงตั้งครรภ์,เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด 8) หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลและกลัวได้รับอันตรายจากการติดเชื้อโควิด 19	1) หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 2) ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ 3) หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลและกลัวได้รับอันตรายจากการติดเชื้อไวรัสโควิด19	วางแผนให้การพยาบาลตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาล โดยยึดปัญหาของหญิงตั้งครรภ์เป็นศูนย์กลาง ได้แก่ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับการติดเชื้อโควิด 19 รายที่ 1 มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับติดเชื้อโควิด-19 รุนแรงกว่าจนมีภาวะ Shock และทารกมีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงในครรภ์ ได้รับยายับยั้งการคลอดยืดอายุครรภ์ จนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 3 วัน จึงวางแผนให้คลอด ส่วนรายที่ 2 อาการไม่รุนแรง ให้การรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 ตามอาการ จำกัดกิจกรรมหญิงตั้งครรภ์บนเตียง อาการปกติให้กลับบ้าน กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลครบ 5 ขั้นตอนอย่างเหมาะสม

จากตารางที่ 2 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาการพยาบาลเหมือนกัน คือ หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลและกลัวได้รับอันตรายจากการติดเชื้อไวรัสโควิด19 ปัญหาการพยาบาลที่ไม่เหมือนกัน ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะ Shockจากติดเชื้อโควิด19 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากได้รับยา Nifedipine(5) หญิงตั้งครรภ์ไม่สุขสบายจากเจ็บครรภ์คลอด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Syntosinon และหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด

สรุปผล

การรักษากรณีศึกษารายที่ 1 วางแผนการรักษาแบบคาดหวังยืดอายุครรภ์โดยใช้ยา Dexamethasone กระตุ้นความสมบูรณ์ของปอด ทารกยาปฏิชีวนะ Ampicillin ป้องกันกลุ่ม บี สเตปโตคอคคัส คอร์ติโคสเตียรอยด์ และ Nefidipine ยายับยั้งการเจ็บครรภ์ ยืดเวลาคลอด กรณีศึกษารายที่ 2 วางแผนการรักษาแบบประคับประคองให้นอนพักผ่อน อาการเจ็บครรภ์ห่างออก จนท้องไม่ปั้น เมื่อนำข้อมูลกรณีศึกษามาวางแผนให้การพยาบาลตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาล โดยยึดปัญหาของหญิงตั้งครรภ์เป็นศูนย์กลางดังนี้ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ส่วนรายที่ 1 มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับติดเชื้อโควิด-19 รุนแรงกว่า จนมีภาวะ Shock และทารกมีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงในครรภ์ ได้รับยายับยั้งการคลอดยืดอายุครรภ์ จนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 3 วัน ไม่สามารถยืดต่อได้ จึงวางแผนให้คลอด ส่วนรายที่ 2 อาการไม่รุนแรง ให้การรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 ตามอาการ จำกัดกิจกรรมหญิงตั้งครรภ์บนเตียง อาการปกติให้กลับบ้าน กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลครบ 5 ขั้นตอน และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพส่งผลให้พ้นระยะวิกฤต อาการทุเลาและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

อภิปรายผล

1. ด้านการรักษา

1.1 ระยะแรกรับที่มีภาวะวิกฤต/พบว่าเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับติดเชื้อไวรัสโควิด-19 พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ การคลอดเมื่ออายุครรภ์ 28-37 สัปดาห์[9] โดยมีการหดรัดตัวของมดลูกสม่ำเสมอร่วมกับอาการเจ็บครรภ์เสี่ยงต่อการเปิดขยายปากมดลูกเพิ่มขึ้น ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์มีภาวะติดเชื้อไวรัสโควิด-19 การตั้งครรภ์ทำให้โรคโควิด19 มีความรุนแรงมากขึ้น ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด19 มีอัตราการรักษาในแผนกผู้ป่วยวิกฤติสูงกว่าคนปกติ 3 เท่า ใช้เครื่องช่วยหายใจ Invasive Ventilation สูงกว่า 2.9 เท่า การใช้เครื่องช่วยทำงานของหัวใจและปอดสูงกว่า 2.4 เท่า และอัตราการเสียชีวิตในหญิงตั้งครรภ์สูงกว่า 1.7 เท่า [10-11] กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องรับไว้ดูแลอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลแวงใหญ่รับไว้ดูแลอย่างใกล้ชิดสอดคล้องตามทฤษฎีการดูแลหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร่วมกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 ตามแนวทางการดูแลของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ปี 2564 หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย มีไข้ ปวดศีรษะ เสี่ยงต่อการหายใจหอบเหนื่อย เนื่องจากติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อโควิด (SARS-C0V-2) ทำให้มีอาการหลักที่สำคัญ คือ ไข้ไอ หายใจติดขัดหายใจเหนื่อย เจ็บคอ มีน้ำมูก[10] หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มเปราะบางมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและกลไกการตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อระบบหัวใจและทางเดินอาหารได้รับผลกระทบจะทำให้ระบบการหายใจล้มเหลวได้เร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงและเสียชีวิตได้ [7 11 12] ซึ่งกรณีศึกษา 2 ราย มีอาการสอดคล้องกับทฤษฎีอาการของโรคโควิด 19

1.2 การรักษาภาวะติดเชื้อโควิด 19 ในหญิงตั้งครรภ์ กรณีศึกษา 2 ราย ให้การรักษาสอดคล้องกับแนวทางการรักษาผู้ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ประเทศไทย [11]กรณีที่ 1 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 4 วัน มีอาการติดเชื้อโควิด-19 รุนแรง มีภาวะ Shock และทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนรุนแรง ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ยารักษาภาวะติดเชื้อโควิด-19 ได้รับการแก้ไขภาวะ Shock การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด19 [11] ประกอบด้วย การให้สารน้ำเพื่อแก้ไขภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่อาจได้ออกซิเจนและให้ยาต้านไวรัส Lopinavir/Ritonavir รับประทาน ใช้ในรายที่มีอาการปานกลางหรือรุนแรง อาจใช้ยาปฏิชีวนะหากมีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติม ส่งผลให้อัตราการครองเตียงของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ประสิทธิภาพในการให้บริการการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขของประเทศขาดแคลน[8] ซึ่งกรณีศึกษารายที่ 1 ที่มีอาการรุนแรงโรงพยาบาลแวงใหญ่ขอคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะของโรงพยาบาลแม่ข่ายพร้อมทั้งขอเบิกยาให้กับผู้ป่วยด้วย ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์กรณีศึกษาจึงมียาใช้ที่เหมาะสม ทันเวลาและมีความปลอดภัย

1.3 การรักษาดูแลยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด การดูแลระยะคลอดและระยะหลังคลอด กรณีศึกษารายที่ 1 แพทย์ใช้ยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ Nifedipine (5) 2 เม็ดทุก15 นาที จำนวน 4 dose then 4 เม็ดทุก 6 ชั่วโมง การรักษาด้วยยา Nifedipine(5)ยากลุ่ม Calilium-channel blocker ออกฤทธิ์ช่วยยับยั้งแคลเซี่ยมไม่ให้ผ่านเข้าสู่ cell membrance ส่งผลให้ระดับความเข้มข้นของแคลเซี่ยมใน Cytoplasm ลดลงช่วยยับยั้งการหดรัดตัวของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกซ้ำ Nifedipine(5) เป็นยาที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากกว่าในการยับยั้งคลอด[9] ยาที่ใช้ในการยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดและ Dexa 6 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 12 ชั่วโมง 4 dose กระตุ้นการเจริญของปอด หากยาที่ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนดหลังรับการรักษา โดยได้รับยายับยั้งการคลอดสามารถยืดอายุครรภ์ได้ จนอายุครรภ์ 37^{+3} Wks. ซึ่งเป็นอายุครรภ์ที่มีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก ในระยะคลอดแพทย์สั่ง NSS 1,000 ml.+synto 10-unit vain drip 100 ml./hr. ซึ่ง Syntocinon ออกฤทธิ์โดยการไปจับกับตัวรับบริเวณผิวของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกกระตุ้นให้เกิดการหลั่งของแคลเซียม และส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการบีบตัว เพื่อชักนำและเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกในกระบวนการคลอดบุตร รวมทั้งรักษาภาวะมดลูกไม่หดรัดตัวภายหลังการคลอดบุตร กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยานี้เนื่องจากพบมดลูกบีบตัวห่างออกทำให้ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มที่ 8 เซนติเมตร ในระยะใกล้คลอด แพทย์จึงใช้ยาเพื่อช่วยชักนำการคลอดส่งผลให้การคลอดดำเนินต่อไปได้อย่างปลอดภัย และให้ Syntocinono 10-unit ฉีดกล้ามเนื้อหลังคลอด 1dose การให้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกต้องปฏิบัติเป็นอันดับแรกในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยองค์การอนามัยโลก[12] ได้ให้ข้อแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกในหญิงหลังคลอดทุกรายโดยเลือกใช้สูตรยาตามความเหมาะสม ส่วนรายที่ 2 มีอาการเจ็บครรภ์ ปากมดลูกยังไม่เปิด ยังไม่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยยา ให้การดูแลนอนพักให้ข้อมูลลดความวิตกกังวลทำให้มดลูกหดรัดตัวห่างออกจนไม่มีอาการเจ็บครรภ์ท้องไม่ปั้น จำหน่ายกลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน และนัดมาตรวจครรภ์ตามนัดหมายเดิม

2. การพยาบาล

2.1 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะ shock จากการติดเชื้อโควิด 19 การติดเชื้อโรคโควิด 19 หากรุนแรงส่งผลให้เสียชีวิตได้ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ กรณีศึกษารายที่ 1 ติดเชื้อโควิด 19 ที่รุนแรงจนมีภาวะ shock ต้องประเมินความรุนแรงของโรคโควิด 19 และประสานปรึกษาการดูแล รักษาทีมแพทย์เฉพาะ โรงพยาบาลแม่ข่าย ให้การพยาบาล โดยดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับยา Antibiotic คือ remdesivix 200 mg. vain stat Then 100 mg. vain OD 4-day ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทน Acetar 1,000 ml. vain load ภายใน 2 ชั่วโมง และเฝ้าระวังภาวะปอดบวม ดูแลประเมิน ติดตามอาการหญิงตั้งครรภ์ ทุก 15-30 นาที โดยประเมินการหายใจ ระดับออกซิเจนในเลือด ภาวะซึมลงหรือไม่ ประเมินติดตามปริมาณปัสสาวะ ดูแลให้ได้รับ O_2 Mask with bag 10 LMP. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจอาการและภาวะที่กำลังเป็นอยู่ เหตุผลในการให้การดูแลรักษา และให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ให้การดูแลด้วยท่าทีอ่อนโยน เป็นมิตร ให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับภาวะ Shock ได้อย่างเหมาะสมและให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาลประเมินผลการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลแก้ไขภาวะ Shock จนมีอาการปกติและคงที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุชาดา กุลจิตติพิริยะ[13] พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ส่งผลให้ เกิดอาการในระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่ไม่

แสดงอาการ อาการไม่รุนแรง และรุนแรงไปจนถึงระบบหายใจล้มเหลวจนถึงขั้นเสียชีวิต พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ดังนั้นควรมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค โควิด - 19 การประเมินอาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และการคลอด การดูแลรักษา และสอดคล้องกับผลการศึกษา ของ รุจา แก้วเมืองฝางและคณะ[14]กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ มารดาและทารก เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การประเมินอาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และการคลอด การดูแลรักษา รวมถึงบทบาทของการพยาบาลมารดาทารกที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และ การดูแลมารดาทารกที่ติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัยต่อมารดาและทารก

2.2 ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (Fetal distress) จากการที่มารดาติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลกระทบถึงทารกในครรภ์ เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จากการตรวจด้วย Electronic fetal heart rate Monitoring (EFM) พบ minimal variability, variable deceleration, FHR base line 175 ครั้งต่อนาที ให้กิจกรรมการพยาบาลโดยดูแลให้ได้รับ O_2 Mask with bag 10 LPM. ให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อหลีกเลี่ยงการกดทับของหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกเพิ่มขึ้น ทารกได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำการช่วยเหลือ Internal Uterine Resuscitation (IUR) ให้การดูแลแก้ไขภาวะ Shock ของมารดาตามแผนการรักษา ติดเครื่อง EFM อย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ การหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติ ประเมินผลพบว่า Uterine No Contraction , ผล NST-Reactive, FHS 120 - 160 ครั้งต่อนาที ทารกดิ้น 10 - 20 ครั้งต่อวัน แต่ยังพบภาวะ Fetal distress เป็นระยะ ๆ ได้รับการดูแลแก้ไขโดยทำ IUR ผล Intrapartum EFM : category 1 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.3 เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมดลูกมีการหดรัดตัวก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการเจ็บครรภ์ถี่และแรงขึ้น GA 36^{+4} Wks. Uterine Contraction, Interval 3 นาที, Duration 45-60 วินาที Cervix dilate 1 เซนติเมตร effacement 25% Membrane Impark ซึ่งสอดคล้องกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดและคลอดก่อนกำหนดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พบว่า ภาวะเจ็บครรภ์คลอดและคลอดก่อนกำหนด คือ มีการเจ็บครรภ์คลอด และคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และมดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอที่ส่งผลให้ปากลดลูกเปิดขยายมากกว่า 1 cm. ปากมดลูกบางตัวมากกว่า 80%[6]ให้การพยาบาล โดยประเมินอายุครรภ์ ประเมินติดตามการหดรัดตัวของมดลูก ดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้จำกัดกิจกรรมบนเตียง ให้นอนพัก งดการตรวจภายใน งดการตรวจทางทวารหนัก ดูแลให้ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วย Nifedipine (5) ตามแผนการรักษาของแพทย์ อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจ ทราบถึงแนวทางการดูแลรักษา อาการผิดปกติที่ต้องร่วมสังเกต ได้แก่ ท้องปั้นแข็งเจ็บครรภ์ น้ำเดินหรือซึม ลูกดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้งใน 1 วัน ดูแลความสุขสบายให้หญิงตั้งครรภ์ได้พักผ่อนนอนหลับ โดยจัดลำดับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม หลังได้รับยายับยั้งคลอด หญิงตั้งครรภ์ท้องไม่ปั้น ไม่เจ็บครรภ์ FHS 140-160 ครั้งต่อนาที ทารกดิ้นดี 15-20 ครั้งต่อวัน ต่อมาอีก 1 วันมารดาเริ่มมีอาการท้องปั้น Interval 7-30 นาที Duration 10-15 นาที ไม่สม่ำเสมอ ปรึกษาแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่นแพทย์สั่ง Go on labor ทำคลอดมารดาอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 1 วัน น้ำหนักแรกเกิด 3,071 กรัมปลอดภัยแข็งแรงดี

2.4 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Nifedipine(5) หญิงตั้งครรภ์กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยายับยั้งการคลอด Nifedipine (5) ซึ่งยานี้มีกลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งการเข้าสู่เซลล์ของแคลเซียม

ซึ่งทำให้ free calcium ในเซลล์ลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัวหลอดเลือดขยายตัว กรณีศึกษารายที่ 1 วางแผนการรักษาแบบคาดหวัง จำเป็นต้องได้รับยา Nifedipine (5) ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อยืดอายุครรภ์ออกไประยะหนึ่งเพื่อให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ และยาปฏิชีวนะ Nifedipine (5) อยู่ในกลุ่ม calcium channel blockers กลไกการออกฤทธิ์ยับยั้งแคลเซียมเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว ยืดระยะเวลาแฝงได้ 48 ชั่วโมงถึง 7 วัน ออกฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์และการทำงานของ Prostaglandin การเฝ้าติดตามอัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงภาวะความดันโลหิตต่ำ[18]การพยาบาล ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับยา Nifedipine (5) ตามแผนการรักษาของแพทย์ Nifedipine (5) 2 tab Oral ทุก 15 นาที x 4 dose Then 4 Tab oral ทุก 6 ชั่วโมง เฝ้าดูสังเกต ประเมินการบีบรัดตัวของมดลูก ติดเครื่องตรวจวัดประเมินการบีบรัดตัวของมดลูก และติดตามเสียงหัวใจทารกทุก 5-15 นาที ประเมินติดตามความก้าวหน้าของการคลอด การเปิดขยายตัวของปากมดลูก การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ความดันโลหิตปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยยา

2.5 หญิงตั้งครรภ์ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด กรณีศึกษารายที่ 1 $G_2P_1A_0L_1$ GA 37^{+1} Wks. Uterine Contraction, Interval 2 นาที 40 วินาที, Duration 45 วินาที Cervix dilate 3 เซนติเมตร effacement 25% Membrane Impark station-1 และหญิงตั้งครรภ์ร้องว่าเจ็บมาก ภาวะเจ็บครรภ์คลอดจากการหดรัดตัวของมดลูก ก่อให้เกิดการบางตัว การขยายตัวของปากมดลูกการเคลื่อนตัวของทารกและนำไปสู่การคลอดบุตร เป็นภาวะที่ผู้คลอดได้รับความเจ็บปวด จำเป็นต้องได้รับการบำบัดดูแลอย่างถูกต้อง เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย กิจกรรมพยาบาล โดยสร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ จัดท่านอนตะแคงซ้าย ท่าสุขสบาย อธิบายธรรมชาติและขั้นตอนของการคลอดบุตร พร้อมให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์ สอนและให้หญิงตั้งครรภ์ฝึกการผ่อนลมหายใจคลายปวด หรือนับลมหายใจเข้าออกขณะมดลูกหดรัดตัว ฝึกให้หญิงตั้งครรภ์ลดปวด ด้วยวิธีลูบหน้าท้องเบา ๆ ตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอด พร้อมแจ้งผลการตรวจและความก้าวหน้าให้หญิงตั้งครรภ์ผู้คลอดรับรู้ และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวลดปวด ให้ความเห็นใจต่อความเจ็บปวด เป็นกำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้คลอดพร้อมดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด พบว่า หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวด โดยวิธีฝึกการหายใจร่วมกับวิธีการลูบหน้าท้อง ได้อย่างเหมาะสม

2.6 หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Syntosinon กระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก หญิงตั้งครรภ์กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยาเร่งคลอด oxytocin (Syntocinon) หัวใจทารก 160 ครั้ง/นาที มดลูกบีบรัดตัวรุนแรงทุก 1 นาที 50 วินาที นาน 60 วินาที หญิงตั้งครรภ์ท้องปั้นแรงขึ้น เจ็บมากขึ้น มดลูกอาจบีบตัวรุนแรงและบ่อยครั้งขึ้น หัวใจทารกเต้นผิดปกติและคลื่นไส้ อาเจียน เจ็บแน่นบริเวณหน้าอก ให้การพยาบาล โดยดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับยา Syntosinon 10 Unit ผสม NSS 1000 ml. ตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าดู สังเกต ประเมินการบีบรัดตัวของมดลูก ติดเครื่องตรวจวัดประเมินการบีบรัดตัวของมดลูก และติดตามเสียงหัวใจทารกทุก 5-15 นาที ในระยะเบ่งคลอด ประเมินติดตามความก้าวหน้าการคลอด การเปิดขยายตัวของปากมดลูก การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างเสมอ กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการเจ็บท้องรุนแรง 2 นาที นาน 60 วินาที ถือว่าอยู่ในระยะปลอดภัย รายที่ 2 ไม่ได้รับยานี้ ยังไม่คลอด

2.7 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี กรณีศึกษารายที่ 1 มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี อาจเนื่องจากได้รับยา Nifedipine (5) ยับยั้งการคลอด มดลูกหดรัดตัวไม่กลมแข็ง หลังคลอดปกติ มารดาบอกเลือดไหลจนชุ่มผ้าอนามัย กิจกรรมพยาบาล โดยตรวจสอบความสมบูรณ์จากการลอกตัวของรก

ตรวจสอบการฉีกขาดของช่องทางคลอด คลึงมดลูก ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 15 นาที หลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรก จนกว่ามดลูกบีบรัดตัวปกติ มดลูกกลมแข็งดี ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1000 ml.+Syntosinon 10 Unit vein 100 ml./hr. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง เตรียมขอเลือดสำรองให้พร้อมสำหรับกรณีฉุกเฉิน แนะนำมารดาสังเกตอาการ/อาการแสดง เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ เช่น ใจสั่น เพลีย ชีพจรเต้นเร็วผิดปกติ มากกว่า 110 ครั้ง/นาที เลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 2 ผืนใน 2 ชั่วโมงแรก ให้แจ้งพยาบาลทันที ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนปกติ ทุก 4 ชั่วโมง พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นไปตามหลักทฤษฎีไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

2.8 หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพตนเองและทารก กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ติดเชื้อโควิด 19 จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงเดือนกรกฎาคม ประเทศไทยยังพบผู้ติดเชื้อสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบมีการติดเชื้อโควิด 19 หลายสายพันธ์ที่สามารถติดต่อได้ง่ายมีความรุนแรงมากกว่าและแพร่ระบาดได้เร็วกว่าสายพันธุ์เดิม[15] ผลกระทบด้านสุขภาพทำให้ผู้ติดเชื้อและครอบครัวเกิดภาวะเครียด เจ็บป่วย [19]กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลอย่างเห็นได้ชัดเนื่องจากไม่เคยเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร่วมกับรับรู้ถึงความรุนแรงของเชื้อโรคโควิดที่อาจทำให้เสียชีวิต โดยเฉพาะตนจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง เมื่อเปิดโอกาสให้ซักถามและให้ความมั่นใจในศักยภาพที่มีทีมโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมให้คำปรึกษาในการดูแลรักษาตลอดที่หญิงตั้งครรภ์ พักรักษาตัว หญิงตั้งครรภ์คลายวิตกกังวลและรับการดูแลแบบคาดหวัง วิทยาลัยสูตินรีแพทย์และนรีแพทย์อเมริกัน[16]รายที่ 1 ได้รับข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน รับคำแนะนำเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของการจัดการแบบคาดหวังกับการคลอดทันที การให้คำปรึกษา การประเมินผลลัพธ์ของทารกแรกเกิด ผลของการติดเชื้อโควิดต่อมารดาต่อทารกตามความเป็นจริง ส่วนกรณีที่ 2 ได้รับข้อมูลการเฝ้าระวังดูแลตนเองให้ตั้งครรภ์จนครบกำหนด

แนวทางนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการซักประวัติหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด
2. เป็นแนวทางในการซักประวัติหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม
3. เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะติดเชื้อโควิด-19 หรือโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสำรวจหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคโควิด 19 เพื่อวางแผนการให้บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 ทั้งสถานที่ อุปกรณ์เพียงพอในการให้บริการ
2. ควรมีแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย
3. จัดกิจกรรมทบทวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาล
4. จัดให้มีการนิเทศ ติดตามการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 ที่รักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอด และการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทุกระยะของการคลอด
5. จัดให้มีแนวทางระบบส่งต่อช่องทางการขอคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะกรณีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1). www.covid-19.moph.go.th
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2564ก 3 พฤษภาคม). กรมควบคุมโรคขอความร่วมมือ ประชาชนเคร่งครัดมาตรการ D-M-H-T-T-A อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ฉบับ วันที่ 3 พฤษภาคม2564.https//ddc.moph.go.th.
3. โรงพยาบาลแวงใหญ่.(2565). **SAR โรงพยาบาลแวงใหญ่ปี 2565.** เอกสารอัดสำเนา.
4. Cunningham, Tony J. Fields, Eric C. Garcia, Sandry M. Kensinger, Elizabeth A.(2020). The relation between age and experienced stress, worry, affect, and depression during the spring 2020 phase of the COVID-19 pandemic in the United States.[Online]. https://psycnet.apa.org/record/2021-55340-001 สืบค้นเมื่อ 14 กรกฎาคม 2566
5. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ โควิด-19 version 3, 17 กรกฎาคม 2564
6. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 version 2, 16 เมษายน 2563
7. กรมอนามัย.(2564). การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด และทารกแรกเกิดภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาด ของCOVID-19. [ออนไลน์] สืบค้นจาก https://covid19.anamai.moph.go.th สืบค้นวันที่14 กรกฎาคม 2566
8. สำนักนายกรัฐมนตรี (2563)**.** แถลงการณ์สำนักนายกรัฐมนตรีเรื่อง การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548. ราชกิจจานุเบกษาเล่ม 137 ตอนที่ 24 ก. 25 มีนาคม 2563.
9. เฟื่องลดา ทองประเสริฐ. (2557). **ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม.** ภาควิชาสูติศาสตร์และนารีเวชวิทยา, คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2010). Moderate caffeine consumption during pregnancy. ACOG Committee Opinion No. 462. Obstetrics and Gynecology, 116(2), 467-468.
11. Dashraath P, Wong JLJ, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2020; 222(6): 521-531.doi:10.1016/j.ajog.2020.03.021.
12. Hammad, WAB, Beloushi, MA, Ahmed, B, & Konje, JC.(2021). Severe acute respiratory syndrome (SARS) coronavirus-2 infection (COVID-19) in pregnancy - An overview. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, 263, 106"116. doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.06.001
13. สุชาดา กุลจิตติพิริยะ. (2565). **การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19**. [ออนไลน์] สืบค้นจากhttps://atg-h.moph.go.th/sites/default/files/2023-04/เอกสารเผยแพร่_0.pdf สืบค้นเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2566
14. รุจา แก้วเมืองฝาง, บุญตา สุขวดี, มนัสชนก กุลพานิชย์, พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม, สุภาพร ปรารมย์. (2563). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19. **วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์.** 7(11); 370-383
15. กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง.https://ddc.moph.go.th/
16. World Health Organization. (2020b). Origin of sars-cov-2. Retrieved March 26, 2020, form https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332197/WHO-2019-nCoV-FAQVirus_origin-2020.1-eng.pdf

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

The Association between Health Literacy and Health Care Behaviors among Hypertension Patients.

(Received: November 6,2023 ; Revised: November 25,2023 ; Accepted: November 28,2023)

นลินี หนูห่วง[1]
Nalinee Noohuang[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 302 ราย สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.95 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.05 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.25 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.12 มีรายได้อยู่ในช่วง 0-5,000 บาท ร้อยละ47.35 ระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 4-6 ปี ร้อยละ 28.14 กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับความรู้แจ้งต่ำ ร้อยละ 92.05 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.69 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษาและอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to study health literacy and health care behaviors among hypertension patients, and the association between personal factors, health literacy, and health care behaviors among hypertension patients. A simple random sampling was conducted to obtain 302 hypertension who registered in chronic disease clinic in Thatphanom crown prince hospital, Thatphanom district, Nakhonphanom province. Data was collected by the questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, Chi-square test, and Pearson product-moment correlation coefficient.

The results found that 56.95% of participants were female and 42.05% had over the age of 61 years. 62.25% of participants had received primary school education, 32.12% of participants were employee, and 47.35% had an average monthly income between 0-5,000 baths. 28.14% had hypertension duration of 4-6 years. 92.05% of hypertension patients had a low level of health literacy, and 47.69% had a middle level of health care behaviors. The personal factors found that education level, and age related to health care behaviors with statistical significance at p-value <0.05. The level of health literacy related to health care behaviors with statistical significance at p-value <0.05.

Keyword: health literacy, hypertension, health care behaviors

[1] *โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม Corresponding author: Email: nalineenoohuang@gmail.com

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Non-communicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือโรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปีหรือเรียกว่า การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางโดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง[1] สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบอันมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปี พ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดคิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[1] เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ[2] ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ 2562-2565 ของประเทศไทยอยู่ที่ 1142.11 1101.28 1207.77 และ 1159.97 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราป่วยตายจากโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ 2562-2565 ของประเทศไทยอยู่ที่ ร้อยละ 2.09 2.11 1.98 และ 2.06 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และข้อมูลร้อยละผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีในปีงบประมาณ 2562-2565 ของประเทศไทยอยู่ที่ ร้อยละ 58.62 58.61 55.99 และ 52.91 ส่วนข้อมูลของอำเภอธาตุพนมพบว่า อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ 2562-2565 อยู่ที่ 804.20 679.58 807.38 และ760.46 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายจากโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ 2562-2565 อยู่ที่ร้อยละ 2.69 1.03 1.99 และ 2.16 ตามลำดับ และข้อมูลร้อยละผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีในปีงบประมาณ 2562-2565 อยู่ที่ร้อยละ 78.31 87.19 48.63 และ 68.89 ตามลำดับ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญทางสาธารณสุขที่ควรได้รับการเอาใจใส่ดูแลเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคไตวายระยะสุดท้าย พื้นฐานการดูแลสุขภาพที่สำคัญสำหรับการควบคุมความดันโลหิตสูงได้แก่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของตนเองและการรักษาโดยการรับประทานยา การดูแลสุขภาพดังกล่าวจะทำให้ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงมีสุขภาพที่ดีและสามารถอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข[3] การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะส่งผลกระทบต่อระดับความรุนแรงของโรคทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจและผลเสียทางสังคมและเศรษฐกิจทั้งตัวผู้ป่วย

ครอบครัวและประเทศ[4] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นั้นจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และ/หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น[5] ทั้งนี้การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้นั้นต้องอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ[6] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอจะสามารถเลือกรับข้อมูลข่าวสารและนำความรู้ที่ได้รับมาเลือกปฏิบัติกับตนเองได้อย่างเหมาะสม การที่บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้บุคคลที่มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม เกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแล การจัดการด้านสุขภาพของตนเองและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ ตลอดจนชี้แนะให้กับบุคคลอื่น ครอบครัวและชุมชน[7] ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม จะช่วยทำให้สามารถนำผลการศึกษาที่ ได้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 2,699 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยมีการรับรู้สมบูรณ์และสื่อสารภาษาไทยได้
- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 6 เดือน
-ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

เกณฑ์การคัดออกจากอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria)

- เจ็บป่วยจนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงที่ทำการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ขนาดที่เพียงพอต่อการเป็นตัวแทนของประชากรที่จะศึกษาโดยใช้สูตร ดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1)+p(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

n = กลุ่มตัวอย่าง

N= ประชากร

d= ค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม (0.05)

p=ค่าสัดส่วนประชากรจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพบว่าสัดส่วนการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของ อสม. ร้อยละ 66.7 (p=0.67)[8]

z= คะแนนมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับระดับความเชื่อมั่น (จากตารางโค้งปกติ)

n = 302 ราย

การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับสลาก (Lottery)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามจากการศึกษาเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำโดย ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนลีมาลย์ นีละไพจิตร[9] (2558) จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ

ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ ในการอ่านและกรอกข้อมูล จำนวน 2 ข้อ มีตัวเลือกแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 1-4 ดังนี้

1 คะแนน หมายถึง ทุกครั้ง

2 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง

3 คะแนน หมายถึง นานๆ ครั้ง

4 คะแนน หมายถึง ไม่เคย

เกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรู้แจ้ง

0-5 คะแนน หรือ <75% ของคะแนนเต็ม หมายถึงผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งต่ำ

6-8 คะแนน หรือ≥75% ของคะแนนเต็ม หมายถึงผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งสูง

ส่วนที่ 3 การอ่านศัพท์พื้นฐาน ลักษณะแบบประเมินประกอบด้วย คำศัพท์ทางการแพทย์ 66 คำ นำมาจัดเรียงตามเกณฑ์คำที่ควรอ่านได้ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาพื้นฐาน แบ่งออกเป็น 3 แถว (ชุด) ชุดที่ 1 มี 24 คำ ชุดที่ 2 มี 22 คำ ชุดที่ 3 มี 20 คำ ลักษณะข้อคำถามเป็นการทดสอบโดยให้ผู้ถูกทดสอบอ่านศัพท์ดังกล่าว โดยมีการให้คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน คือ อ่านไม่ถูกต้องหรืออ่านไม่ได้ 1 คะแนน คือ อ่านได้ถูกต้อง เกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรู้แจ้ง

0-49 คะแนน หรือ <75% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งต่ำ

50-66 คะแนน หรือ≥75% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งสูง

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข ลักษณะของแบบทดสอบเป็นการจับคู่ข้อความที่สอดคล้องกัน เนื้อหาของแบบทดสอบมาจากตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือดเป็นต้น ข้อคำถามเกี่ยวกับตัวเลข เป็นแบบจับคู่ 8 ข้อ ให้คะแนนแบบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน เกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรู้แจ้ง

0-5 คะแนน หรือ <75% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งต่ำ

6-8 คะแนน หรือ≥75% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งสูง

ส่วนที่ 5 ความสามารถในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ วิธีการค้นหาข้อมูลสุขภาพ มี 5 ข้อ 2 ตัวเลือก (ใช่, ไม่ใช่) มีการให้คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน คือ ไม่ใช่ 1 คะแนน คือ ใช่ เกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรู้แจ้ง

0-4 คะแนน หรือ <75% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งต่ำ

5 คะแนน หรือ≥75% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งสูง

ส่วนที่ 6 ความรู้ความเข้าใจ ลักษณะแบบทดสอบเป็นแบบปรนัยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ถูกต้อง เพียง 1 ตัวเลือก ข้อที่ตอบถูกคิดเป็น 1 คะแนน ส่วนข้อที่ตอบผิดคิดเป็น 0 คะแนน เนื้อหา

ของแบบทดสอบประกอบด้วย การทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับ ประเด็น ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว 3อ2ส (ออกกำลังกาย, อาหาร, อารมณ์, สูบบุหรี่ และสุรา) จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรู้แจ้ง

0-14 คะแนน หรือ <75% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งต่ำ

15-20 คะแนน หรือ≥75% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งสูง

ส่วนที่ 7 การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ แบบประเมินการปฏิบัติในการโต้ตอบ กรณีต่างๆ เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อถูกถามในกรณีต่างๆ มี 5 ตัวเลือก 17 ข้อ มีให้คะแนนดังนี้

1 คะแนน หมายถึง บอกญาติให้พูดแทน

2 คะแนน หมายถึง ไม่ตอบ

3 คะแนน หมายถึง พยายามตอบ

4 คะแนน หมายถึง ตอบเองได้ทันที

5 คะแนน หมายถึง ตอบและถามเพิ่ม

เกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรู้แจ้ง

0-63 คะแนน หรือ <75% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งต่ำ

64-85 คะแนน หรือ≥75% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งสูง

ส่วนที่ 8 การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต

1. การตัดสินใจในกรณีต่างๆ มี 4 ข้อ 4 ตัวเลือก เลือกคำตอบที่ถูกที่สุด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

2. สิ่งที่ปฏิบัติเมื่อท่านต้องเดินทางไปนอกพื้นที่ มี 7 ข้อคำถาม 4 ตัวเลือก ให้คะแนนดังนี้

4 คะแนน หมายถึง เป็นไปได้มาก

3 คะแนน หมายถึง พอเป็นไปได้

2 คะแนน หมายถึง เป็นไปได้ยาก

1 คะแนน หมายถึง ไม่ทำ

เกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความรู้แจ้ง

0-23 คะแนน หรือ <75% ของคะแนนเต็ม หมายถึงผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งต่ำ

24-32 คะแนน หรือ≥75% หมายถึงของคะแนนเต็ม ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งสูง

ส่วนที่ 9 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นการสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใน 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และไม่ปฏิบัติเลย

การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Likert[10] ดังนี้

ตอบ ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ 5 คะแนน

ตอบ ปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์ 4 คะแนน

ตอบ ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ 3 คะแนน

ตอบ ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ 2 คะแนน

ตอบ ไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน

แปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best[11]

ช่วงการวัด = ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น

จากเกณฑ์ดังกล่าว แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

การแปลผลระดับคะแนนความรู้แจ้งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

0-176 คะแนน หรือ<75% ของคะแนนเต็ม ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งต่ำ

177-234 คะแนน หรือ ≥75% ของคะแนนเต็ม ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งสูง

เครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ดังนี้ แบบประเมินความต้องการความ

ช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ 0.81 (Cronbach's Alpha) แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐาน 0.98-0.99 (KR-20) แบบทดสอบความเข้าใจตัวเลข 0.82 (KR-20) แบบประเมินความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ 0.67 (Cronbach's Alpha) แบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจโรคและการปฏิบัติตัว 0.78-0.89 (KR-20) แบบประเมินการปฏิบัติสื่อสารในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ 0.97 (Cronbach's Alpha) แบบประเมินการตัดสินใจการตัดสินใจกรณีต่างๆ 0.67 (KR-20) แบบประเมินการตัดสินใจการตัดสินใจเมื่อต้องไปนอกพื้นที่ 0.97 (Cronbach's Alpha)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม แล้วผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

2. ทำการอบรมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ก่อนออกเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยชี้แจง/อธิบายและขอความยินยอมกับกลุ่มตัวอย่าง

4. ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ช่วยวิจัยเก็บแบบสอบถามหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ

5. นำเสนอแบบสอบถามที่ได้มาตรวจความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำมาวิเคราะห์ และจัดทำเล่มวิจัยสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสถิติไคสแคว์ (Chi-square test) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Product Moment Correlation Coefficient

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ 070/66

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.95 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.05 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.25 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.12 มีรายได้อยู่ในช่วง 0-5000 บาท ร้อยละ47.35 ระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 4-6 ปี ร้อยละ 28.14

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สรุปผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่าตัวแปรที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้แจ้งสูง มากที่สุด คือ การปฏิบัติสื่อสารในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ และการตัดสินใจ ร้อยละ 58.61 รองลงมาได้แก่ ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข ร้อยละ 51 ส่วนตัวแปรที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้แจ้งต่ำ ได้แก่ การค้นหาข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 84.11 ความรอบรู้ดานสุขภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้แจ้งต่ำ ร้อยละ 92.05

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 49.00 ระดับพอใช้ ร้อยละ 47.69 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 3.31

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษาและอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n= 302)

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		χ^2	p-value
			ต่ำ/ปานกลาง	สูง		
เพศ					.397	.529
	ชาย	130	69	61		
	หญิง	172	85	87		
อายุ					18.631	.000*
	30-50 ปี	112	39	73		
	51 ปีขึ้นไป	190	115	75		
ระดับการศึกษา					19.184	.000*
	ประถมศึกษา/มัธยมศึกตอนต้น	243	139	104		
	มัธยมศึกตอนปลายขึ้นไป	59	15	44		
อาชีพ					2.902	.088
	เกษตรกรรม	85	50	35		
	ข้าราชการ/ค้าขาย/รับจ้าง/ว่างงาน	217	104	113		
รายได้					.062	.803
	0-5,000 บาท	143	74	69		
	5,001 บาทขึ้นไป	159	80	79		
ระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง					2.557	.110
	1-6 ปี	157	87	70		
	7 ปีขึ้นไป	145	67	78		

*p<0.05

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ ด้านการอ่านศัพท์พื้นฐาน ด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ และด้านการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิตความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (n=302)

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	r	p-value
1. ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ	.231	.000*
2. การอ่านศัพท์พื้นฐาน	.297	.000*
3. ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	-.046	.425
4. ความสามารถในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ	.248	.000*

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (n=302)

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	r	p-value
5. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	.166	.004*
6. การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ	.165	.004*
7. การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต	.276	.000*
8. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.343	.000*

*p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้แจ้งต่ำร้อยละ 92.05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีความรู้แจ้งต่ำได้แก่ ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การอ่านศัพท์พื้นฐาน การค้นหาข้อมูลสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 56.95 67.55 84.11 และ 60.93 ตามลำดับ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็น ได้แก่ การฟัง พูด อ่าน และเขียนเพื่อให้เกิดความเข้าใจและการปฏิบัติได้ถูกต้องเช่น การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียน และวาจาจากแพทย์พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ การรับประทานยา กำหนดวันนัดตรวจ ฯลฯ โดยทักษะนี้เป็นขั้นต้นของการได้รับข้อมูลโรค การรักษา แต่ยังขาดทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น ไม่สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณเน้นการกระทำของบุคคลและการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับนี้ จึงหมายถึงระดับที่บุคคลนำไปปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถถ่ายทอดหรือผลักดันให้ผู้อื่นปฏิบัติได้ ทักษะนี้เป็นการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลจากระดับพื้นฐานและระดับขั้นมีปฏิสัมพันธ์ มาสู่การปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นหนึ่งในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นใน 4 มิติ ได้แก่ 1. ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) 2. ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ (behavioral outcomes) 3. ผลลัพธ์ต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (patient-physician interactions outcomes) และ 4. ผลลัพธ์ต่อสุขภาพในด้านอื่นๆ (other outcomes) และจากผลลัพธ์ทางสุขภาพดังกล่าวนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลด/ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ดีขึ้น[12] ดังนั้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการคนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน[13]

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.69 สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ทัดศรี และยุภาพร นาคกลิ้ง[14] ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง : เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้อยู่ในระดับปาน

กลาง และการศึกษาของ อาภรณ คำก่อน และคณะ[15] ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองพบว่าผู้สูงอายุจากทั้งสองชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ ต่ำกว่า 60 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยละเลยต่อการดูแลสุขภาพตนเองโดยเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นต้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยนำปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยรายข้อจากการผลการศึกษามาใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความตระหนัก ปรับทัศนคติ เพิ่มพูนความรู้โดยการจัดโปรแกรมการให้สุขศึกษาที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่มตามปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปเลือกวิธีการจัดการให้เหมาะสมกับตนเอง มีการกำกับและประเมินพัฒนาการของผู้ป่วยเป็นระยะ รวมทั้งมีการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับวิถีชีวิต

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับการศึกษาและอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าเพราะทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา จึงปฏิบัติกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ[16] สอดคล้องกับการศึกษาของ วานิช สุขสถาน[17] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ และการศึกษาของ อรพิณท์ ฟักแฟง[18] ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ ภฤดา แสงสินศร[19] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อายุเป็นปัจจัยร่วมที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคในการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ทั้งนี้อายุเป็นตัวแปรที่สะท้อนถึงความรู้ ประสบการณ์และวุฒิภาวะ ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่สูงกว่า นอกจากนี้ผู้ที่มีอายุมากจะมีผู้ดูแลร่วมให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้วย ซึ่งในปัจจุบันนอกจากการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแล้ว การส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว สามีหรือภรรยา โดยการดูแลเอาใจใส่ช่วยส่งผลดีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ รวมถึงมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้[20]

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกชัย รักสวย[21] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และการศึกษาของ แจ่มจันทร์ ทองลาด[22] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สะท้อนให้เห็นความสามารถการใช้ข้อมูลข่าวสาร สามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของทฤษฎีมีส่วนร่วมในกิจกรรมอันนำซึ่งผลของภาวะสุขภาพดีขึ้น สามารถเลือกใช้บริการสาธารณสุข มีแบบแผนชีวิตที่ดี พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่สำคัญๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติตัวทำให้ผลลัพธ์สุขภาพดี เช่น ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และค่าใช้จ่าย ผู้ที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์มีพฤติกรรมการกินที่ดีต่อสุขภาพ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สามารถจัดการกับความเครียด แก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ อีกทั้งพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุราลดลง และมีแนวโน้มที่จะได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำสม่ำเสมอและเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย[22]ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจที่ไขไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพสะท้อนให้เห็นความสามารถการใช้ข้อมูลข่าวสาร สามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของทฤษฎีมีส่วนร่วมในกิจกรรม อันนำซึ่งผลของการมีแบบแผนชีวิตที่ดี พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่สำคัญๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติตัว ทำให้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้พัฒนาผู้ป่วยให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 2563.
2. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ ปีงบประมาณ 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 19 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361
3. ศิราณีย์ อินธรหนองไผ่ เทพลักษ์ ศิริธนะวุฒิชัย และสิริชัย นามทรรศนีย์. อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566; 15(1): 1-14.
4. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, Harrap SB. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. The journal of clinical hypertension 2014; 16(1): 14-26.
5. Kaplan NM. Kaplan's clinical hypertension. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002.

6. มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2562; 10(1): 35-50.
7. Nammontri O. Health literacy. Dentist Journal 2018; 29(1): 122-128.
8. อารีย์ แร่ทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2562; 15(3):62-70.
9. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนรีมาลย์ นีละไพจิตร. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2558.
10. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology 1932; 140: 1-55.
11. Best, JW. Research in Education, 4 th ed. New Jersey : Prentice- Hall Inc., 1981
12. Du S, Zhou Y, Fu C, Wang Y, Du X, Xie R. Health literacy and health outcomes in hypertension: an integrative review. The International Journal of Nursing Sciences 2018; 5(3): 301-309.
13. ปวิตรา ทองมา. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2563;13(1):50-62.
14. ปราณี ทัดศร และยุภาพร นาคกลิ้ง. (2561). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง :เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 29(2), 157-169.
15. อาภรณ คำก่อน สุพัตรา บัวที อัจฉรา ชัยชาญ บุญญภัสร ภูมิภู และกัญจนณิชา เรืองชัยทวีสุข.(2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 28(2): 1-16.
16. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health education research 2010; 25: 464-477.
17. วานิช สุขสถาน.(2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 4(3): 431-441.
18. อรพิณท์ ฟักแฟง.(2565). วิเคราะห์ปัจจัยเพื่อทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 7(2). 100-108.
19. 18. ภฤดา แสงสินศร. (2564). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2564; 2(2):43-54.
20. 19. นวพร วุฒิธรรม พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ และชุติมา สีนวล. (2562). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว: กรณีศึกษาโรงพยาบาลดำเนินสะดวกในจังหวัดราชบุรี. พยาบาลสาร 2562; 46(2):70-82.
21. 20. เอกชัย รักสวย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564; 9(4):343-359.
22. 21. แจ่มจันทร์ ทองลาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2564; 36(2): 82-90.

กรณีศึกษา : การพยาบาลและการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

Case Study : Nursing and care and anesthetic management for total abdominal hysterectomy procedure in septic shock patient

(Received: November 23,2023 ; Revised: December 3,2023 ; Accepted: December 5,2023)

น้ำพอง เดชสูงเนิน[1]
Namphong Detsoongnoen[1]

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลและการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เลือกผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลปากช่องนานา ระหว่างวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2566 - 14 เมษายน พ.ศ. 2566 จำนวน 1 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงชาวกัมพูชา อายุ 42 ปี อาการสำคัญ มีเลือดออกทางช่องคลอด อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 10 ชั่วโมง การวินิจฉัย Septic shock due to septic abortion ได้รับการรักษาแก้ไขภาวะช็อก ด้วยการให้ยาต้านจุลชีพ , สารน้ำทดแทน , ยาตีบหลอดเลือด , เลือดและส่วนประกอบของเลือด และได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องตัดรังไข่และท่อนำไข่ข้างซ้าย (Total abdominal hysterectomy with left salpingo - oophorectomy) ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (general anesthesia) และรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เป็นระยะเวลา 8 วัน จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและระงับความรู้สึก โดยการวางแผนการพยาบาลทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก ขณะผ่าตัดและระงับความรู้สึก หลังผ่าตัดและระงับความรู้สึก รวมทั้งการติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้

คำสำคัญ : การพยาบาล , ติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) , ช็อก , การระงับความรู้สึก

Abstract

This case study aims to provide guidance on nursing care and emotional support for a patient with septic shock due to septic abortion. Select patients with septic shock. Came in for treatment in the surgical intensive care unit. Pak Chong Nana Hospital Between 6 April 2023 - 14 April 2023, 1 case.

Result : Patient Profile: A 42-year-old female of Cambodian descent presented with symptoms of vaginal bleeding, weakness, dizziness, nausea, and vomiting for the past 10 hours. The diagnosis was septic shock due to septic abortion. The patient received immediate medical attention, including antibiotics, fluid replacement, vasopressors, blood transfusion, and surgical intervention, which involved a total abdominal hysterectomy with left salpingo-oophorectomy. She was placed under general anesthesia and received intensive nursing care for 8 days. The patient's condition improved significantly through a well-planned nursing care and anesthesia. This care plan encompassed the pre-operative, intra-operative, and post-operative phases, along with continuous interdisciplinary communication and coordination. As a result, the patient showed significant improvement and did not experience severe complications related to septic shock. She was able to return to her daily life.

Keywords: Nursing care, sepsis, shock, anesthesia.

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นปัญหาสุขภาพและยังเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขตลอดจนเศรษฐกิจของผู้ป่วยและของประเทศ แม้ว่ามีการพัฒนาแนวทางการรักษาและ

[1] พยาบาลวิชาชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลปากช่องนานา จังวัดนครราชสีมา

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจึงต้องเป็นไปอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เป้าหมายการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่สำคัญ คือ การให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อและรวดเร็ว เพื่อลดกระบวนการอักเสบติดเชื้อซึ่งจะนำไปสู่ภาวะช็อก (septic shock) การกำจัดและควบคุมแหล่งที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ และการประคับประคองระบบไหลเวียนโลหิตให้เพียงพอ เพื่อป้องกันการทำงานของอวัยวะในร่างกายล้มเหลวหลายระบบ (multiple organ dysfunction) [1-3]

การผ่าตัดเพื่อกำจัดและควบคุมแหล่งที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ เป็นแนวทางการรักษาที่ควรทำอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดแบบเร่งด่วนฉุกเฉิน ความรุนแรงของภาวะช็อก(septic shock) มีผลต่อการให้การระงับความรู้สึกเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ การเลือกวิธีการระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย โดยต้องมีการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมวิสัญญีศัลยแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อการรักษาพยาบาลอย่างเนื่อง[4-7]

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาแนวทางการรักษา การพยาบาล การให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
2. นำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางปฏิบัติในหน่วยงาน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) โดยการซักถามผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน
2. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง
3. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางแก้ไขและพัฒนาต่อไป

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิง อายุ 42 ปี เชื้อชาติกัมพูชา ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา เข้ารับการรักษาวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2566

อาการสำคัญ มีเลือดออกทางช่องคลอด เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 10 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 10 ชั่วโมง ก่อนมา ให้ประวัติว่า ขณะทำงานกลางแดด มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน 1 - 2 ครั้ง มีเลือดออกทางช่องคลอด แต่ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์

การประเมินสภาพร่างกาย

ห้องฉุกเฉิน (ER)

- ระดับความรู้สึกตัวดี Glasgow coma score 15 คะแนน เหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ มีเลือดออกทางช่องคลอด สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37.8°c , ชีพจร 110 ครั้ง/นาที , อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที , ความดันโลหิต 79/51 mmHg , MAP 61 mmHg , SpO_2 99%

- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 6,730 ul , Neutrophil 89,800 % , Hematocrit 35.6% , Hemoglobin 12.5 g/dL , Platelet count 140,000 /ul , Creatinine 1.5 mg/dL , Potassium 3.0 mmol/L , DTX 77 mg% , Vein blood gas : pH 7.370 , pO_2 31 , pCO_2 33.2 , HCO_3 18.8 mmlo/L , BE -6.5 mmlo/L , lactate 3.5 mmlo/L , K^+ 3.1 , Ca^{++} 1.03 mmlo/L , PT 16.3 , PTT 69.4 , INR 1.61 , ส่ง hemoculture 2 ขวด , Serum calcium 7.6 g/dL , Serum phosphorus 1.8 g/dL , Serum magnesium 1.25 g/dL

- Chest X-ray : no infiltration ,no cardiomegaly , EKG : sinus tachycardia 116 ครั้ง/นาที

- ตรวจภายใน (PV) ผล blood in vagina , no conceptus, os open, active bleeding ไหลช้าๆ , TAS ผล seen fetal echo in uterus , no FHB , ตรวจ UPT ผล positive

- การวินิจฉัย Septic shock (due to septic abortion)

- การรักษาที่ได้รับ Crystalloid isotonic solution load 2000 มิลลิลิตร , Norepinephine 4 mg ผสม 5% D/W 250 ml IV drip rate 5 ml /hr titrate Keep MAP ≥ 65 mmHg , Blood transfusion : PRC 1 unit , Transamine 1 gm IV , On high flow oxygen cannula 50 LPM , FiO_2 0.4 . temperature 34°c , Ceftriaxone 2 gm IV OD , Metronidazole 500 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง Retaine foley catheter : urine output 10 มิลลิลิตร สีเหลืองเข้ม ย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยวิกฤต

หอผู้ป่วยวิกฤติ

- ยังคงมีเลือดออกทางช่องคลอด สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.4°c , ชีพจร 110 ครั้ง/นาที , อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที , ความดันโลหิต 88/51 mmHg , MAP 63 mmHg , SpO_2 99% Hematocrit 29% , Hemoglobin 9.5 g/dL , Platelet count 80,000 /ul , Serum potassium 2.8 mmlo/L , Serum lactate 4.67 mmlo/L , Serum phosphorus 2.2 g/dL , Serum magnesium 2.45 g/dL , Creatinine 1.2 mg/dL

- การรักษา Norepinephine 4 mg ผสม 5% D/W 250 ml IV drip rate 5 ml /hr titrate Keep MAP ≥ 65 mmHg , Set OR for Dilatation and curettage เปลี่ยนการผ่าตัดเป็น Total abdominal hysterectomy with left salpingo – oophorectomy

ขณะผ่าตัดและระงับความรู้สึก

- ได้รับการให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (general anesthesia with balance anesthesia) , perioperative blood loss 900 มิลลิลิตร , Hemoglobin 8.2 g/dL , ABG : pH 7.286 , pO_2 139 , pCO_2 40 , HCO_3 19 mmlo/L , BE -7 mmlo/L , lactate 3.2 mmlo/L , K^+ 2.9 , Ca^{++} 1.08 mmlo/L , glucose 101 mg/dL

- Fluid resuscitation : Crystalloid isotonic solution total 3000 มิลลิลิตร , Blood transfusion : packed red cell 1 unit total 320 มิลลิลิตร, fresh frozen plasma 4 unit total 837 มิลลิลิตร

- Perioperative monitoring : arterial blood pressure (ABP) , central venous pressure (CVP) , EKG monitoring , NIBP, pulse oximeter , $ETCO_2$, pulse pressure variation (PPV), temperature , $ETCO_2$, urine output ,

- ให้ Norepinephine 4 mg ผสมใน 5% D/W 100 ml ผ่านทาง central venous line , keep MAP ≥ 65 mmHg ตลอดการผ่าตัดและระงับความรู้สึก , urine output total 45 มิลลิลิตร ใน 3 ชั่วโมง สีเหลืองเข้ม การดูแลหลังผ่าตัดและการระงับความรู้สึก พิจารณาไม่ถอดท่อหายใจ ย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยวิกฤต

ASA classification IVE - Septic shock , metabolic acidosis , AKI , anemia , pregnancy

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เกิดภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต **ข้อมูลสนับสนุน** S : เวียนหน้า เป็นลม เหนื่อยไม่มีแรง , O : - SOFA score = 5 , SOS score = 6 , WBC 6,730 cells/uL , Neutrophil 89.8 % , Platelet 80,000 u/L , Creatinine 1.2 , PT 16.3 , PTT 69.4 , INR 1.61 , lactate level 4.64 mmol/L , สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9°C ,	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที Keep SBP ≥ 90 mmHg , MAP ≥ 65 mmHg 2. ประเมิน SOS score , SOFA score , Glasgow coma sore , capillary refill ทุก 1 - 2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดกลุ่มอาการ Multiple organ dysfunction (MOD) 3. ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine 4 mg ผสมใน 5 % D/W 250 ml IV Drip ปรับเพิ่ม Keep MAP ≥ 65 mmHg เฝ้าระวัง extravasation 4. ประเมิน Urine output ทุก 1 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ชีพจร 118 ครั้ง/นาที, หายใจ 28 ครั้ง/นาที , ความดันโลหิต 89/51 mmHg , SpO_2 96% , MAP 63 mmHg , Urine output 25 ml ใน 1 ชั่วโมง , norepinephrine 4 mg in 5%d/w 250 ml IV drip via peripheral line titrate Keep MAP ≥65 mmHg **วัตถุประสงค์** ปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด **เกณฑ์การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ , GCS = 15 , SOS score < 4 , SOFA score < 2 2. MAP ≥ 65 mmHg , CVP 8 - 12 mmHg , 3. Serum lactate < 2.0 mmol/L , capillary refill < 2 วินาที 4. Urine output ≥ 0.5 cc/Kg/hr	5. ดูแลให้ได้รับยาต้านจุลชีพตามแผนการรักษา , ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อ Septic work up , ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ 6. ดูแลให้ได้รับ oxygen supplement ผ่าน nasal cannula หรือ mask with bag โดย keep O_2 saturation ≥ 95% เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 7. ดูแลให้สารน้ำทางเลือดหลอดดำ 30 ml/kg ใน 30 นาทีแรก และควรได้รับสารน้ำในอัตรา 500 ถึง 1,000 ml ในเวลา 30 นาที ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้สารน้ำ ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน **การประเมินผลการพยาบาล** (ประเมินวันที่ 12 เมษายน 2566) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4°c, ชีพจร 92 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 122/71 mmHg , MAP 88 mmHg , SpO_2 98% , urine output 800 ml ใน 8 ชั่วโมง , serum lactate 1.10 mmol/L (9 เมษายน 2566) , capillary refill < 2 sec , GCS = 15 , SOS score = 0 , SOFA score = 0 ปัญหานี้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นระยะเวลา 6 วัน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากปริมาณเลือดที่สูบฉีด ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** S : - ผู้ป่วยเล่าว่า “เหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เวียนศีรษะ” O : - สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.9 °C , ชีพจร 118 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที , ความดันโลหิต 89/51 mmHg. , MAP 63 mmHg. , SpO_2 96% , มีภาวะ septic shock , ให้ norepinephrine 4:250 IV drip titrate Keep MAP ≥ 65 mmHg , ABG pH 7.37 , HCO_3 18.18 mmol/L , pCO_2 33.2 mmHg , lactate level 4.64 mmol/L , SOFA score = 5 , SOS score = 6 **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อให้มีปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจใน 1 นาทีอย่างเพียงพอต่อการทำงานของอวัยวะในร่างกาย 2.เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ **เกณฑ์การประเมินผล** 1.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 OC , อัตราชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg , SPO2 95 - 100% , Mean arterial pressure (MAP) ≥ 65 mmHg 2.Lactate level < 2 mmol/L , Capillary refill ≤ 2 วินาที ไม่มีภาวะ Cyanosis ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15- 30 นาที Keep BP≥ 90/60 , MAP > 65 mmHg , ประเมิน SpO2 95% เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงและความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน ติดตามอาการของผู้ป่วยและทำการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 2.ประเมินลักษณะของเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ ภาวะ Cyanosis ปลายมือปลายเท้าเขียว ซีดและเย็น อาการหายใจหอบ ชีพจรเบาเร็ว ซึม ระดับการรู้สึกตัวลดลง , ประเมิน capillary refill ทุก 1 – 2 ชั่วโมง 3.ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน และดูแลให้ได้รับยา norepinephrine 4:250 IV drip titrate Keep MAP ≥ 65 mmHg เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจใน 1 นาที 4.ดูแลให้ได้รับ oxygen supplement ผ่าน nasal cannula หรือ mask with reservoir bag โดย keep O2 saturation ≥ 95% เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่ **การประเมินผลการพยาบาล** 1.สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.3 OC , อัตราชีพจร 116 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 91/53 mmHg , SPO2 98 - 100% , MAP 59-62 mmHg 2.ไม่มีภาวะ Cyanosis ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS 15 คะแนน 3.Capillary refill ≤ 2 วินาที ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนแต่ควรเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะ septic shock เพียงพอ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากมีความผิดปกติของปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยเล่าว่า “เวียนหน้า เป็นลม เหนื่อยไม่มีแรง มีเลือดออกจากช่องคลอด ไม่รู้ว่าตัวเองท้อง”	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกง่าย ประเมินตำแหน่งและปริมาณการเสียเลือดออกจากร่างกาย (External bleeding) จุดเลือดออกตามร่างกาย เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน จุดเลือดออกตามร่างกาย (petechia) หรือจ้ำเลือด (ecchymosis) ตามร่างกาย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
O : - Hb 9.5 g/dL , HCT 29.0 % , Platelet 80,000 u/L , PT 16.3 , PTT 69.4 , INR 1.61 เยื่อบุตาซีด **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ไม่มีเลือดออกจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย คือ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการซึมและชัก ไม่มีเลือดกำเดาไหล ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีอุจจาระเป็นเลือด ไม่มีปัสสาวะเป็นเลือด ไม่มีจุดเลือดออก (petechia) หรือจ้ำเลือด (ecchymosis) , ไม่เกิดภาวะเสียเลือดปริมาณมาก (massive blood loss) 2.ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ Platelet 100,000 – 140,000 u/L , PT < 15 , PTT < 35 , INR < 1.5 3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 OC, อัตราชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 16-22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg	2.สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกภายในร่างกาย (Internal bleeding) เช่น อาการปวดท้อง กระสับกระส่าย เลือดออกทางช่องคลอด ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ (Melena) ปัสสาวะมีเลือดปน (Hematuria) อาเจียนเป็นเลือด 3.บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุก 15- 30 นาที Keep BP≥ 90/60 , MAP > 65 mmHg 4.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ complete blood count , coagulogram 5.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนัง ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือการกระทบกระแทกที่อาจทำให้เสียเลือดได้ เช่น การตกเตียง 6.ดูแลเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด (blood component) ให้เพียงพอกับการผ่าตัด ได้แก่ packed red cell , fresh frozen plasma , platelet concentrate , cryoprecipitate **การประเมินผลการพยาบาล** 1.ไม่มีจุดเลือดออก (petechia) หรือจ้ำเลือด (ecchymosis) มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน ไม่เกิดภาวะเสียเลือดมาก (massive blood loss) ก่อนการผ่าตัด 2.ผล Platelet 56,000 u/L , PT 14.9 , PTT 55.5 , INR 1.46 3.สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.2 OC, อัตราชีพจร 98 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 94/70 mmHg
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสียสมดุลสารน้ำและอิเล็คโทรไลต์เนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ Hypokalemia , Hypocalcemia , Hypomagnesemia , Hypophosphatemia **ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยบ่น “เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง” O : ผล Potassium level 2.8 mmol/L , ผล Calcium level 1.02 mmol/L ,(arterial) , 7.6 mg/dL (venous), ผล Magnesium level 1.25 mg/dL, ผล Phosphorus 1.8 mg/dL **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hypokalemia , Hypocalcemia , Hypomagnesemia , Hypophosphatemia **เกณฑ์การประเมินผล** 1.Serum potassium level 3.5 – 5.1 mmol/L , Serum calcium level 1.15 – 1.33 mmol/L (arterial) , 8.8 - 10.2 mg/dL (venous) , Serum magnesium level 1.7 – 2.55 mg/dL , Serum Phosphorus level 2.7 – 4.5 mg/dL , 2.ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hypokalemia , Hypocalcemia ,Hypomagnesemia , Hypophosphatemia	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุก 15- 30 นาที Keep BP≥ 90/60 , MAP ≥ 65 mmHg 2.ติดตามประเมินผลตรวจระดับ potassium , calcium , magnesium , Phosphorus ในกระแสเลือด หากผิดปกติรายงานให้แพทย์รับทราบ 3.ประเมินอาการแสดงภาวะแทรกซ้อนของภาวะ Hypokalemia ได้แก่ ประเมินการทำงานของหัวใจ (monitor EKG) , ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrythmia,) , อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื่องจากมีผลทำให้ยา nondepolarizing muscle relaxant ออกฤทธิ์นานขึ้น 4.ประเมินอาการแสดงภาวะแทรกซ้อนของภาวะ Hypocalcemia ได้แก่ ประเมินการทำงานของหัวใจ (monitor EKG) , ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrythmia , QT prolong) , อาการกล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก 5.ประเมินอาการแสดงภาวะแทรกซ้อนของภาวะ Hypomagnesemia , Hypomagnesemia ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ 6.ดูแลให้ได้รับสารน้ำและ potassium ทดแทนตามแผนการรักษา 7.ดูแลให้ได้รับ 10% calcium gluconate ทดแทนตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่ม myocardial contractility 8.ดูแลให้ได้รับ 50% MgSO4 8 ml ผสมใน 0.9% NSS 100 ml iv drip in 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา 9.ดูแลให้ได้รับ Phosphate solution 30 ml oral ทุก 2 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา **การประเมินผลการพยาบาล** 1.Serum potassium level 3.3 mmol/L ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ , ไม่มีอาการ อาการแสดงของกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยยังคงมีภาวะ Hypokalemia

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2.Serum calcium level 0.98 mmol/L (arterial) EKG monitoring ไม่มี QT prolong ไม่มีภาวะ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 3.Serum magnesium level 2.2 mg/dL 4.Serum Phosphorus level 2.45 mg/dL ไม่มีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก **ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยเล่าว่า “หมอบอกว่าต้องขูดมดลูก ถ้าขูดแล้วไม่หายจะต้องตัดมดลูก ” O : จากการสังเกตผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ขณะพูดคุยด้วย **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล พร้อมรับการผ่าตัดและรับการให้ยาระงับความรู้สึก	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลและซักถามในสิ่งที่สงสัย พร้อมทั้งรับฟังปัญหา ความ วิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้คำพูดและท่าทางการแสดงออกที่นุ่มนวลเป็นมิตร 2.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล 1.การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบตำแหน่งแผลผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด อาจพิจารณาไม่ถอดท่อช่วยหายใจหลังการผ่าตัดและระงับความรู้สึก 2.อาการปวดแผลผ่าตัด วิธีที่จะบรรเทาความเจ็บปวดได้ เช่น การเปลี่ยนท่านอน การทำจิตใจให้สบาย หรือการหาสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ 3.หลังผ่าตัดจะย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องยังหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เฝ้าระวังภาวะ septic shock อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับแผนการรักษา ลดความรุนแรงของ multi organ dysfunction เมื่อปลอดภัยแล้วจะย้ายกลับหอผู้ป่วย **การประเมินผลการพยาบาล** (ประเมินวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2566) ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัด วิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดของตนเอง มีสีหน้าคลายกังวล ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างดี
การพยาบาลผู้ป่วยระยะขณะผ่าตัดและระงับความรู้สึก **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เนื่องจากมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** O : - มีภาวะ septic shock , สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9^{O} C , ชีพจร 118 ครั้ง/นาที , หายใจ 28 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 89/51 mmHg , SpO_2 96% , MAP 63 mmHg , Lactate level 4.46 mmol/L , Urine output 25 ml ใน 1 ชั่วโมง สีเหลืองเข้ม **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย **เกณฑ์การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ , MAP ≥ 65 mmHg 2. ไม่เกิดภาวะระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว 3. Urine output 0.5 ml/kg/hr	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ (invasive monitoring : ABP , PPV) ทุก 5 นาที หากมีอาการผิดปกติ MAP < 65 mmHg , SBP < 90 mmHg , APB < 40 mmHg , cardiac arrythmia , cardiac arrest รายงานให้วิสัญญีแพทย์รับทราบและให้การแก้ไข (resuscitation) 2. ดูแลให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ (hemodynamic optimization) ก่อนการนำสลบเพื่อป้องกันความล้มเหลวของระบบไหลเวียนโลหิตจากการได้รับยาระงับความรู้สึก เป้าหมาย MAP ≥ 65 mmHg , Urine output 0.5 ml/kg/hr 3. ดูแลให้ได้รับยา norepinephrine 4:100 IV drip titrate ทาง central line , Keep MAP ≥ 65 mmHg อย่างต่อเนื่อง 4. ลดขนาดยานำสลบทางหลอดเลือดดำ , ยาดมสลบ , ยาระงับปวด (opioid) เนื่องจาก anesthetic agent มีผลกดกล้ามเนื้อหัวใจ , ขยายหลอดเลือด ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง 5. เตรียมการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation) **การประเมินผลการพยาบาล** (ประเมินวันที่ 7 เมษายน 2566) Invasive monitoring พบว่า MAP 60-65 mmHg , SBP 90-100 mmHg , ABP 60-70 mmHg , EKG monitoring ผล sinus tachycardia 90-100 ครั้ง/นาที , SpO_2 99-100 % , Urine output 25 ml ใน 1 ชั่วโมง ไม่เกิดภาวะภาวะระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและได้รับการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยวิกฤต

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อขณะการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** O : - การผ่าตัด dilatation and curettage convert total abdominal hysterectomy ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia with endotracheal tube with balance anesthesia) , มีภาวะ septic shock , Lactate level 4.46 mmol/L , สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9^{O} C , ชีพจร 118 ครั้ง/นาที, หายใจ 28 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 89/51 mmHg , SpO_2 96% , MAP 63 mmHg **วัตถุประสงค์** เพื่อไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน **เกณฑ์การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ , MAP ≥ 65 mmHg , SpO_2 95-100% , SaO_2 ≥ 95 % 2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนได้แก่ สีผิว ปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ตรวจสอบเครื่องดมยาสลบและอุปกรณ์ช่วยหายใจให้พร้อมใช้ 2. Preoxygenation ด้วยการสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก 6 ลิตรต่อนาที นาน 3 - 5 นาที เพื่อป้องกันภาวะ desaturation ขณะให้การระงับความรู้สึก ใส่ท่อช่วยหายใจอย่างนุ่มนวลแต่รวดเร็วภายใน 4 นาที ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจให้อยู่ในที่หลอดลมประเมินการทำงานของ $ETCO_2$ เพื่อให้แน่ใจว่าท่อช่วยหายใจอยู่ในหลอดลมตลอดเวลา 3. ติดตามเฝ้าระวังการทำงานของเครื่องดมยาสลบ , ดูแลช่วยหายใจขณะให้การระงับความรู้สึก โดยยึดหลัก lung protective ventilation ได้แก่ Tidal volume 6 ml/kg , Respiratory rate 12 /min , PEEP 5 cmH_2O , I:E = 1:2 , FiO_2 = 0.5 ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหายใจ ไม่ให้อุดตัน เลื่อนหลุด พับงอ หากพบว่ามีสารคัดหลั่งหรือเสมหะอุดกั้น ควรจัดการ suction clear airway เพื่อให้ช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย 4. ประเมินสัญญาณชีพและลงบันทึก ทุก 5 นาที ติดตามประเมินผล ABG ประเมิน SaO_2 เพื่อปรับการรักษา **การประเมินผลการพยาบาล** (ประเมินวันที่ 7 เมษายน 2566) Invasive monitoring (ABP) MAP 60-65 mmHg , systolic blood pressure 90-100 mmHg , diastolic blood pressure 60-70 mmHg, EKG monitoring พบว่า sinus tachycardia 90-100 ครั้ง/นาที , SpO_2 99-100 % , SaO_2 99% , ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน อาการแสดงของภาวะ cyanosis , สีผิว ปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) สาเหตุจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** O : - สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9^{O} C , ชีพจร 118 ครั้ง/นาที, หายใจ 28 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 89/51 mmHg , SpO_2 96% , MAP 63 mmHg , - ABG pH 7.286 , HCO_3 19 mmol/L , $PaCO_2$ 40.8 mmHg , BE 7, lactate level 4.64 mmol/L **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) **เกณฑ์การประเมินผล** ผล ABG ค่า pH 7.35-7.45. ,$PaCO_2$ 35-45 mmHg ,PaO_2 70-100 mmHg HCO_3 22-26 mmol/L	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที 2. ติดตามประเมินผล arterial blood gas และรายงานให้แพทย์รับทราบ เพื่อติดตามประเมินผลการรักษา และปรับเปลี่ยนแผนการรักษา 3. ดูแลควบคุมการหายใจ เพื่อให้การแลกเปลี่ยนก๊าซที่มีประสิทธิภาพ ลดการคั่งของ CO_2 4. ดูแลให้ได้รับ 7.5% $NaHCO_3$ ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มความเป็นด่างในร่างกาย รักษาภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) 5. ดูแลได้รับยาต้านจุลชีพและควบคุมแหล่งติดเชื้อตามแผนการรักษาเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ลดการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) **การประเมินผลการพยาบาล** (ประเมินวันที่ 9 เมษายน 2566) ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) เป็นระยะเวลา 4 วัน ผล ABG : pH 7.344 , $PaCO_2$ 42.8 mmHg , PaO_2 99 mmHg, HCO_3 22 mmol/L , BE -2.9
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องของสารน้ำและเลือดเนื่องจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** O : - ผู้ป่วยได้รับการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด 8 ชั่วโมง - Hemoglobin 9.1 g/dL, HCT 29.0 % , Platelet 80,000 u/L , PT 16.3 , PTT 69.4 , INR 1.61 , เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 900 มิลลิลิตร **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องสารน้ำและเลือดระหว่างการผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ (invasive monitoring : IBP , pulse pressure variation) ทุก 5 นาที เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 2.ประเมินภาวะที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ ได้แก่ ความตึงของผิวหนังลดลง , systolic blood pressure ลดลงมากกว่า 15 mmHg , ชีพจรเบาเร็ว , urine output < 0.5 ml/kg/hr 3.ประเมินการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ถ้าพบว่าปริมาณเลือดที่สูญเสียเพิ่มเรื่อย ๆ ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดทดแทน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล 1.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ MAP ≥ 65 mmHg , pulse pressure variation 8-13 cmH2O 2.Hb ≥ 10.0 g/dL 3.Urine output ≥ 0.5 ml/kg/hr	4.มีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอกับปริมาณเลือดที่สูญเสียไประหว่างผ่าตัดโดยคำนวณ จากน้ำหนักตัว ระยะเวลาการงดน้ำอาหาร ชนิดการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัด 5.ดูแลให้ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดทดแทนการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 6.ประเมินและบันทึกปริมาณและสีของ urine output ทุก 1 ชั่วโมง **การประเมินผลการพยาบาล** 1.ขณะ Invasive monitoring พบว่า ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/90 – 60/50 mmHg , MAP 70-80 mmHg , PPV 9-12 cmH2O , ชีพจรสม่ำเสมอ 90 – 100 ครั้ง/นาที 2. ผิวกายของผู้ป่วยอุ่น เปลือกตาซีด 3.Hemoglobin 8.2 g/dL 4.ปัสสาวะออกประมาณ 25 ml ใน 1 ชั่วโมง สีเหลืองเข้ม
การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึก **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** S : “ปวดแผลเวลาขยับตัว” O : - Post operative Total abdominal hysterectomy , สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38°c , ชีพจร 118 ครั้ง/นาที , อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที , SpO_2 99-100% , MAP 60 – 70 mmHg **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยสุขสบาย ปวดแผลผ่าตัดน้อยลง **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางสดชื่น นอนหลับพักผ่อนได้ , Pain score < 3 คะแนน 2.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.4oc, ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg, SpO2 95 - 100%	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความรุนแรงของอาการปวดแผล โดยใช้มาตรวัด Behavioral Pain Assessment Scale ตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน และสังเกตสีหน้าของผู้ป่วย (ใช้แบบประเมิน Behavioral Pain Assessment Scale เนื่องจากผู้ป่วยเป็นชาวต่างด้าว มีปัญหาในด้านการสื่อสาร) 2.ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่เหมาะสม จัดให้นอนในท่าศีรษะสูง (fowler’s position) เพราะทำให้บริเวณคอหย่อนตัว เป็นการลดการตึงของแผล ช่วยบรรเทาอาการปวดแผล 3.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ง่วงซึม 4.มีการเฝ้าระวังการง่วงซึมของผู้ป่วย โดยใช้ sedation score 5.มีการสังเกตบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ทุก 15 นาที **การประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วย นอนหลับพักผ่อนได้ , Pain score = 3 คะแนน (Behavioral Pain Assessment Scale) , สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.3°c, อัตราชีพจร 118 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที , ความดันโลหิต 91/53 mmHg , SpO_2 98 - 100%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงการติดเชื้อเนื่องจากเนื้อเยื่อมีการถูกทำลายจากการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** O : - Post operative Total abdominal hysterectomy , มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง - สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3°c , ชีพจร 89 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20 ครั้ง/นาที , SpO_2 98 % **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่มีอาการอักเสบและภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล** 1.อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส 2.แผลผ่าตัดไม่มีอาการบวมแดง และไม่มีเลือดซึม	กิจกรรมการพยาบาล 1.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินภาวะติดเชื้อ ได้แก่ ไข้ ชีพจรเร็ว 2.ประเมินบาดแผล ได้แก่ การซึมของสารคัดหลั่งบริเวณแผล , อาการบวมแดงร้อนของแผลผ่าตัด 3.ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก aseptic technique , ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล 4.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของศัลยแพทย์ 5.แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผลผ่าตัด ถ้าแผลผ่าตัดมีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึมมาก ดูแลทำแผลให้ผู้ป่วยใหม่ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ นอกจากนี้ยังควรแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 6.แนะนำให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอเพื่อส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนและอาหารที่มีวิตามินบีและวิตามินซีสูง การประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	อุณหภูมิร่างกาย 37.2oc , ชีพจร 88 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที , ความดันโลหิต 120/78 mmHg , แผลไม่มีอาการ บวมแดง ร้อน และไม่มีเลือดซึม , ไม่มีอาการอักเสบติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

อภิปรายผล

จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ 5 วัน หอผู้ป่วยสูตินรีเวช 3 วัน รวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 8 วัน มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด[3] ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) , ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury), เสียสมดุลกรด - ด่าง (Metabolic acidosis , electrolyte imbalance) , ภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (disseminated intravascular coagulation : DIC) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการให้การระงับความรู้สึก ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 14 เมษายน 2566 นัดติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์[1,2]

ปัญหาและอุปสรรค

เนื่องจากเป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉินเร่งด่วน ความรุนแรงของโรคและรวดเร็ว ผู้ป่วยเป็นชาวกัมพูชา ประวัติการเจ็บป่วยไม่ชัดเจนเนื่องจากปัญหาด้านการสื่อสาร ควรให้ความสำคัญการเตรียมความพร้อม การประเมินปัญหาและการวางแผนให้การระงับความรู้สึก ควรศึกษาประวัติ การรักษา ผลการรักษาก่อนเข้ารับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกให้ครอบคลุม และวางแผนการให้การระงับความรู้สึกกับทีมศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัดและพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างเป็นระบบและเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การรักษา การพยาบาล อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน

2. ควรมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง วางแผนการให้การระงับความรู้สึกอย่างครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก ระยะขณะผ่าตัดและระงับความรู้สึก ระยะหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึก

3. มีแนวปฏิบัติในการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยรายโรคที่ชัดเจนและเหมาะสมและปฏิบัติตามแนวเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับบริการที่มาตรฐานตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการ

4. ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กรเพื่อให้ได้มาตรฐานการพยาบาลโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานอย่างเป็นระบบ

5. พัฒนาสมรรถนะบุคคลากรให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและเป็นแนวทางปฐมนิเทศวิสัญญีพยาบาลใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล.(2565). คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/ septic shock. สืบค้นจาก https://www2. si.mahidol.ac.th/km/knowledgeassets/ sirirajknowledge/sepsis/32-37

2. จันจิรา กุยแก้ว.(2565). การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 7(2). 22-29

3. สาธร ธรรมเนียมอินทร์. (2561). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10,16(2), 58-68. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon/article/view/250426/170243
4. Ejig Temesgen Alemu,Abatneh Feleke Agegnehu , Mamaru Mollalign Temesgen. (2021). Perioperative management of adult surgical patients with septic shock in resource limiting setting, systematic review. International Journal of Surgery Open 29 (2021) 66-75. From https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.11.016
5. Andrea Carsetti , Eva Vitali , Lucia Pesaresi , Riccardo Antolini , Erika Casarotta , Elisa Damiani, Erica Adrario and Abele Donati1. (2023) .Anesthetic management of patients with sepsis/septic shock, Frontier10(2023), 1-6. From https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1150124
6. Koichi Yuki , Naoka Murakmi . (2016). Sepsis Pathophysiology and Anesthetic Consideration. National Library of medication:2016(7). From https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4704087/
7. Deloya-Tomas Ernesto , Mondragon-Labelle Tania , Guerrero-Gutiérrez Manuel A, Lopez-Fermin Jorge , Perez-Nieto Orlando R , Carrion-Moya Jorge D.(2020). Critical Care Obstetrics and Gynecology : Considerations for Mechanical Ventilation in the Critically Ill Obstetric Patient :2020(30):1-8. From https://obstetrics.imedpub.com/considerations-for-mechanical-ventilation-in-the-critically-ill-obstetric-patient.pdf

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะที่ได้รับการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต : กรณีศึกษา

Nursing Care for Patients with Obstructive Uropathy under Cystoscopy and Double J stent Placement: A Case Study

(Received: November 23,2023 ; Revised: December 3,2023 ; Accepted: December 5,2023)

ดุษณีย์ สมบุรุษ[1]
Dusanee Somburus[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะที่ได้รับการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต ผลการศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 3 เมื่อ 6 ปีก่อนได้รับการผ่าตัดมดลูก รังไข่และท่อนำไข่ทิ้ง ได้รับยาเคมีบำบัด การฉายรังสีรักษาครบตามแผนการรักษา และได้รับการผ่าตัดทวารใหม่ระบายอุจจาระทางหน้าท้อง เข้ารับการตรวจแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบปัสสาวะ ด้วยอาการสำคัญ ปวดหลัง ปัสสาวะออกน้อย 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Creatinine 2.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์ทำ Ultrasound KUB พบ ภาวะไตบวมน้ำทั้งสองข้าง แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น ภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะร่วมกับภาวะไตบวมน้ำทั้งสองข้าง ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะวางแผนส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไตทั้งสองข้าง ก่อนทำการส่องกล้องผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ดูแลให้คำแนะนำ ขณะทำจัดท่าที่เหมาะสม ช่วยแพทย์ทำการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไตทั้งสองข้าง หลังการใส่สายสวนท่อไต ปัสสาวะแสบขัดและมีเลือดปน แนะนำการปฏิบัติตัวหลังใส่สายสวนท่อไต เน้นการตรวจตามนัด ส่งเอกซเรย์ยืนยันสายสวนท่อไตอยู่ในท่อไตทั้งสองข้าง กลับบ้านได้ ติดตามเยี่ยมอาการ 2 ครั้ง ปัสสาวะปกติ ไม่มีอาการปวด ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ผล CT whole abdomen ท่อไตตีบทั้งสองข้าง แพทย์วางแผนเปลี่ยนสายสวนท่อไตทุก 6 เดือน

คำสำคัญ : การพยาบาล, ภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ, การส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะ, สายสวนท่อไต

Abstract

This is a case study with the objective to provide nursing care for a patient with obstructive uropathy under cystoscopy and Double J stent placement. The results revealed that the 50 year-old Thai woman with stage-3 cervical cancer 6 years ago who received total hysterectomy and full chemotherapy as well as radiotherapy according to the treatment plan, along with colostomy, came to Urology Department for OPD due to an important signs, i.e., back pain and oliguria 2 weeks before coming to the hospital. Laboratory results found a creatinine value of 2.7 mg/dl. The physician sent for an ultrasound KUB examination, Bilateral hydronephrosis was found. According to the primary diagnosis, this patient had obstructive uropathy and bilateral hydronephrosis. The urological surgeon planned for cystoscopy Double J stent to both kidneys. Before cystoscopy, the patient was worried and lacked knowledge of self-care. Therefore, she was taken care of and given suggestions. During cystoscopy, she was put under the suitable position. The urological surgeon was assisted for cystoscopy Double J stent. After stenting, dysuria and hematuria occurred. The patient was suggested for self-care, with focus on follow-up appointments. She was sent for x-ray to confirm the availability of Double J stent inside both kidneys. She went back home, and then was followed up twice for her symptoms. She could urinate normally, with no more pain. However, she was diagnosed further. The CT result of the whole abdomen indicated bilateral ureterostenosis. Therefore, the surgeon planned to change Double J stents every 6 months.

Keywords: Nursing care, Obstructive uropathy, Cystoscopy, Double J stent

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี

บทนำ

ภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ (Obstructive uropathy) เป็นภาวะที่พบบ่อยในโรคระบบปัสสาวะ หากไม่ได้รับการศึกษาที่ทันท่วงที จะทำให้ไตสูญเสียการทำงาน เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหรือไตวายเรื้อรังในระยะเวลาต่อมา ผู้ป่วยภาวะอุดกลั้นทางเดินปัสสาวะนั้นมีสาเหตุจากการอักเสบเรื้อรัง นิ่ว มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งมดลูก มะเร็งรังไข่ การผ่าตัดหรือได้รับการฉายแสงบริเวณอุ้งเชิงกราน มักมาพบแพทย์โดยมีอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปวดท้อง ปวดเอว ปัสสาวะกะปริบกะปรอย ปัสสาวะออกน้อย ปัสสาวะไม่สุด เป็นต้น เมื่อมีการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะจะทำให้น้ำปัสสาวะท้นกลับไปยังไต ทำให้ไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) เกิดแรงดันในหลอดเลือดไตและหน่วยไต (Nephron) ถ้าเป็นการอุดกั้นชั่วคราวจะมีการขยายตัวของระบบหลอดเลือดฝอยไตลดลง ซึ่งมีผลทำให้การดูดกลับของโซเดียม น้ำและยูเรีย ทำให้มีโซเดียมในปัสสาวะน้อยลงมีของเสียคั่งมากขึ้น ตรวจเลือดอาจพบว่า Creatinine สูงขึ้นได้ การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะโดยการใช้อัลตร้าซาวด์เป็นการตรวจเบื้องต้นที่จะแสดงให้เห็นถึงภาวะไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) ถ้าตรวจพบผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะแบบสมบูรณ์ทั้ง 2 ข้าง (Bilateral obstruction) ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ควรได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน การรักษาในเบื้องต้นคือการทำทางระบายน้ำปัสสาวะที่คั่งในไตให้ระบายออกจากร่างกายเพื่อรักษาสมดุลในร่างกาย ซึ่งทำได้โดยวิธีการผ่าตัดเจาะผิวหนังใส่สายระบายปัสสาวะที่กรวยไต (percutaneous nephrostomy) และการทำส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต เมื่อได้รับการแก้ไขปัญหาภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะเบื้องต้นแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม เช่น การทำ IVP หรือ CT scan เพื่อดูการทำงานของไตหรือตำแหน่งของการอุดกั้น เพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อเนื่อง[1-4]

การส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscope) เป็นหัตถการที่มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ทำให้แพทย์สามารถมองเห็นพยาธิสภาพของท่อปัสสาวะ หูรูด ต่อมลูกหมาก รูเปิดท่อไตทั้งสองข้างและกระเพาะปัสสาวะได้อย่างชัดเจน โดยทำการใส่เครื่องมือผ่านทางท่อปัสสาวะเพื่อตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของโรคและรักษาโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ปัจจุบันเครื่องมือสำหรับการส่องกลองมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือแบบยืดหยุ่นได้ (Flexible cystoscope) สามารถโค้งงอได้ตามกายวิภาคของท่อปัสสาวะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดน้อยขณะทำหัตถการ แต่มีราคาสูงและดูแลรักษายาก ชำรุดง่าย และเครื่องมือแบบท่อตรง (Rigid cystoscope) กล้องมีความคงทนดูแลรักษาง่ายและมีราคาถูกกว่ากล้องแบบยืดหยุ่นได้ ส่วนสายสวนท่อไต (Double J Stent หรือ D J stent) ในปี 1967 มีการคิดค้นพัฒนาเป็นท่อยางขนาดเล็กที่มีการขดม้วนปลายทั้งสองข้าง ซึ่งมีความยาว 25 เซนติเมตร และมีเส้นผ่านศูนย์กลางขนาดเล็กกว่าขนาดของท่อไต เป็นหัตถการทางศัลยศาสตร์ในการรักษาผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ ดังนั้นการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต (Cystoscopy with Double J Stent) เป็นการส่องกล้องใส่สายสวนท่อไตผ่านทางท่อปัสสาวะ เพื่อระบายน้ำปัสสาวะออกในผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ การทำหัตถการอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ มีการบาดเจ็บของทางเดินปัสสาวะ มีการทะลุของกรวยไต หากใส่สวนท่อไตไว้นานเกินเวลากำหนดอาจทำให้ท่อไตมีการติดเชื้อ ท่อไตเปื่อย หรือมีนิ่วเกาะสายจะมีอาการปวดหน่วงท้องน้อยหรือสีข้างระหว่างการเบ่งปัสสาวะ มีไข้ ปวดท้อง ปวดหลัง ปัสสาวะแสบขัดและมีเลือดปน การมีนิ่วเกาะสายอาจทำให้สายสวนท่อไตติดหรือถอดออกไม่ได้ การมาตรวจตามนัดเพื่อถอดหรือเปลี่ยนสายสวนท่อไตจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนท่อไต[1, 4-6]

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาล จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2564–2566) พบว่ามีผู้รับบริการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะจำนวน 448, 556 และ 876 ราย

ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในจำนวนนี้มีผู้รับบริการที่มีความจำเป็นต้องใส่สายสวนท่อไต จำนวน 268, 301 และ 419 ราย ตามลำดับ การส่องกล้องใส่ Double J Stent ที่ทำในห้องผ่าตัดเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 88.80, 91.30 และ 91.40 ตามลำดับ การส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะนอกจากทำที่ห้องผ่าตัดแล้ว ก็ยังมีหน่วยงานตรวจพิเศษศัลยกรรมที่ให้บริการผู้ป่วยส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะเพื่อการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะแบบผู้ป่วยนอก เพื่อตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาลลดการนอนโรงพยาบาล และผู้ป่วยได้รับการบริการที่สะดวกรวดเร็ว สถิติการให้บริการย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2564–2566) ผู้รับการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะจำนวน 195, 466 และ 729 ราย ตามลำดับ แต่เนื่องจากห้องผ่าตัดมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จึงมีการขยายบริการการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะเปลี่ยนสายสวนท่อไต ที่งานตรวจพิเศษศัลยกรรมเริ่มเดือนกรกฎาคม 2566 จำนวน 2 ราย แบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังเปลี่ยนสายสวนท่อไต สามารถกลับบ้านได้ จากการร่วมกันพูดคุยปรึกษาในทีมพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระบบปัสสาวะพบปัญหาว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะไตบวมน้ำทั้งสองข้าง (Bilateral Hydronephrosis) ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนเพื่อระบายน้ำปัสสาวะออก โดยการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต เนื่องจากห้องผ่าตัดไม่ว่าง ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรอทำหัตถการ แต่ผู้ป่วยไม่ต้องการนอนโรงพยาบาลแก้ปัญหาโดยส่งทำการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะและใส่สายสวนท่อไตที่งานตรวจพิเศษศัลยกรรม แบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่สะดวกรวดเร็วและเกิดความพึงพอใจในบริการ[1, 3, 5-8]

ดังนั้นบทบาทพยาบาลหัวหน้าทีมปฏิบัติงานในงานตรวจพิเศษศัลยกรรม จึงเห็นความสำคัญการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะที่ได้รับการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไตอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอกรณีศึกษา 1 ราย ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะ การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ ระยะส่องกล้องเน้นการพยาบาลผู้ป่วยขณะทำหัตถการ การช่วยแพทย์ทำหัตถการ และระยะหลังส่องกล้อง โดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon, 1994) นำกระบวนการมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักของกระบวนการแก้ปัญหา (Problem-solving process) โดยมีเป้าหมายเป็นตัวกำหนด (Goal-directed) และแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนความรู้ ข้อมูล อุปกรณ์ คู่มือต่าง ๆ อย่างครบถ้วนเพียงพอ จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ดังนั้นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลมีความสำคัญ คือ การประเมินปัญหาของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวบรวมข้อมูลนำมาวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ก่อน ขณะการส่องกล้องและหลังการส่องกล้องให้ความรู้ คำแนะนำไปใช้ในการดูแลตนเองเมื่อได้รับการใส่สายสวนท่อไต สามารถดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านเพื่อผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการและเป็นแนวทางการปฏิบัติในการพยาบาลการส่องกล้องใส่สายสวนท่อไตอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป[2, 7-8]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะที่ได้รับการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะที่ได้รับการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
3. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะที่ได้รับการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะที่ได้รับการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต เข้ารับบริการที่งานตรวจพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี โดยดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 8 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 22 สิงหาคม 2566

ขั้นตอนวิธีการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะที่ได้รับการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต ที่งานตรวจพิเศษศัลยกรรม
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประเมินความรู้ความเข้าใจ แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินผู้ป่วยแรกรับ
3. ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมระบบปัสสาวะ เพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ในการวางแผนการพยาบาล
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
6. ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาล
7. สรุปกรณีศึกษา
8. รวบรวมจัดทำรูปเล่ม
9. ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยอายุ 50 ปี สถานภาพคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ แม่บ้าน เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2566

อาการสำคัญ

ปวดหลัง ปัสสาวะออกน้อย 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล วันนี้แพทย์ส่งมาเพื่อทำการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 3 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและส่งตัวไปรักษาต่อที่สถาบันมะเร็งทำรังสีรักษาครบตามแผนการรักษา และส่งตัวกลับมารักษาต่อด้วยการผ่าตัดมดลูก รังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้าง (TAH with BSO) และการผ่าตัดลำไส้ตรง (Anterior resection) หลังการผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนมีอุจจาระไหลผ่านช่องคลอด (Recta Vaginal fistula) หลังจากนั้น 6 เดือน เริ่มมีอุจจาระไหลผ่านช่องคลอดมากขึ้น แพทย์จึงผ่าตัดทวารใหม่ (Loop sigmoid colostomy) เพื่อระบายอุจจาระทางหน้าท้องข้างซ้าย

1 ปีก่อนเริ่มมีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไม่สุด รักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ แพทย์วินิจฉัยกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ได้รับยารับประทานหลังได้รับประทานยาอาการทุเลาลง อาการเป็น ๆ หาย ๆ เมื่อเกิดอาการก็จะเข้ารับการรักษาด้วยอาการเดิมต่อเนื่อง รับการรักษาครั้งสุดท้ายเมื่อ 2 เดือนก่อน

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดหลัง ปัสสาวะออกน้อย มาตรวจแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบปัสสาวะ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า creatinine 2.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์ทำ Ultrasound KUB พบ ภาวะไตบวมน้ำทั้งสองข้าง วินิจฉัยเบื้องต้น ภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะร่วมกับภาวะไตบวมน้ำทั้งสองข้าง ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะวางแผนทำการส่องกล้องใส่สายสวนท่อไตทั้งสองข้าง เนื่องจากห้องผ่าตัดไม่ว่าง จึงประสานงานและส่งผู้ป่วยมาทำหัตถการที่หน่วยงานตรวจพิเศษศัลยกรรมเพื่อทำการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไตทั้งสองข้าง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคติดต่อและโรคร้ายแรงใด ๆ ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมีใด ๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ยายป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก มารดาป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีและบุตรสาว 1 คน สุขภาพแข็งแรง

การประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสป่วยเป็นมะเร็ง แต่ไม่เคยเข้าตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง จนกระทั่งมีอาการมากขึ้นเข้ารับการรักษาพบเป็นมะเร็งระยะที่ 3 สามีและบุตรสาวขอให้ออกจากงานเมื่อ 6 ปีก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงแต่เพียงพอ ผู้ป่วยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคเนื่องจากมีอาการเจ็บป่วยไม่หายขาด แต่พร้อมที่จะรับการรักษา

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารรสจัดไม่ตรงเวลา หลังจากได้รับการผ่าตัดรับประทานอาหารครบทุกมื้อตรงเวลา สังเกตถ้ารับประทานอาหารรสจัดจะมีอาการปวดท้อง ท้องเสียโดยอุจจาระที่ออกทางหน้าท้องจะมีกลิ่นเหม็น จึงลดอาหารรสจัด น้ำอัดลมตามคำแนะนำที่ได้รับจากพยาบาล

แบบที่แผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่าย ปัสสาวะแสบขัด มีอาการปัสสาวะไม่สุด รักษาด้วยอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบมา 1 ปี เนื่องจากดื่มน้ำน้อย ดื่มน้ำหลังรับประทานอาหารและเมื่อรู้สึกกระหาย ดื่มน้ำประมาณ 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน มีความกังวลดื่มน้ำมากจะปัสสาวะบ่อย ขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องข้างซ้าย อุจจาระเป็นเนื้อมากกว่าน้ำ

แบบที่แผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่กล้าออกกำลังกาย ทำแต่งานบ้านเนื่องจากกลัวมีปัญหา colostomy เลื่อนออกมา ตั้งแต่ออกจากงานทำอาหารให้ครอบครัวรับประทานทุกมื้อ เวลาว่างดูละครทีวี นอนกลางวัน 2- 3 ชั่วโมง

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ นอนวันละ 7–8 ชั่วโมง ตั้งแต่ เวลา 21.00–05.00 น. ไม่เคยกินยานอนหลับ แต่บางคืนตื่นปัสสาวะ 3–4 ครั้ง นอนกลางวัน 2–3 ชั่วโมง รู้สึกสดชื่นขึ้น

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ รู้สึกตัวดี ตามองรับภาพชัดเจนทั้งสองข้าง หูได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง จมูกสามารถดมกลิ่นและแยกกลิ่นได้ตามปกติ การรับรสปกติ การสัมผัสรู้สึกร้อน-เย็น เจ็บปวดได้ตามปกติ สามารถจดจำ วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ 3 ระยะแรกของการป่วยผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้หมดหวัง แต่มีครอบครัวเป็นกำลังใจ จึงยอมรับเจ็บป่วยและการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถดูแล Colostomy ได้ด้วยตนเอง ระวังเรื่องความสะอาด เนื่องจากกลัวมีกลิ่นเหม็นรบกวนคนอื่น ปัจจุบันมีปัญหาเรื่องการปัสสาวะ ผู้ป่วยกังวลใจกลัวว่าโรคมะเร็งจะลุกลามเพิ่ม แต่ยอมรับและพร้อมที่จะรักษา การมีทวารใหม่ถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องผู้ป่วยยอมรับได้ดูแลทวารใหม่ด้วยตนเอง

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยลาออกจากพนักงานบริษัทหลังป่วยเนื่องจากต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง สามีและบุตรสาวทำงานครอบครัวมีรายได้ 45,500–50,000 บาท พอใจไม่มีหนี้สิน สัมพันธภาพครอบครัวรักใคร่กันดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี สามารถไปตรวจตามนัดได้เอง แต่ถ้ามีอาการผิดปกติหรือเริ่มทำการรักษาเพิ่มเติม สามีหรือบุตรสาวจะพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพื่อต้องการรับทราบถึงปัญหาและการรักษาของผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจที่ได้ดูแลงานบ้านและทำอาหารให้ครอบครัว

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยและสามีรักใคร่กันดีไม่มีปัญหาขัดแย้ง

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด เมื่อมีความทุกข์หรือไม่สบายใจจะไปวัดทำบุญให้จิตใจสงบ หรือดูละครทีวี ไม่ให้ตนเองหมกหมุ่นกับเรื่องที่ไม่สบายใจ ถ้าไม่สบายใจเกี่ยวกับโรคหรืออาการไม่สุขสบายจะพูดคุยกับสามีและลูกสาว จะได้รับกำลังใจทำให้สบายใจขึ้น

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ เชื่อเกี่ยวกับผลการทำความดี ความชั่ว ทำบุญ ทำทาน มากขึ้น ทำให้ตนเองสบายใจ งดของรสจัด ของมัน ของหวาน เพราะเชื่อว่าจะทำให้โรคมะเร็งกำเริบมากขึ้น

การตรวจร่างกายตามระบบ

รูปร่าง สมส่วน น้ำหนัก 46 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 20.44 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/

นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/88 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนังและเล็บ สีผิวขาว ไม่มีผื่นคันหรือจ้ำเลือด ความยืดหยุ่นของผิวหนังปกติ ปลายมือปลายเท้าอุ่น

ศีรษะ ผมสั้นสีดำ สะอาด รูปร่างศีรษะ ปกติเท่ากัน

ใบหน้า ปกติเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีบาดแผล

ตา ขนาดเท่ากันทั้งสองข้าง การมองเห็นชัดเจน ปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตาปกติ ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร

หู รูปร่างใบหูปกติ การได้ยินชัดเจนดีเท่ากันทั้งสองข้าง ต่อมน้ำเหลืองหน้าหูและหลังหูไม่โต

จมูกและโพรงจมูก รูปร่างจมูกปกติ โพรงจมูกไม่มีบาดแผล ก้อนเนื้อหรือติ่งเนื้อยื่นออกมา ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากจมูก

ปากและช่องปาก ริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่มีบาดแผล

คอ ปกติ ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต

ทรวงอกและปอด รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ปกติ ไม่มีเสียง Wheezing หรือ Rhonchi

หัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของ หัวใจ 92 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ฟังไม่พบเสียง Murmur คลำชีพจรบริเวณคอ แขน ขาหนีบแรง เท่ากันทั้งสองข้าง

หน้าท้องและทางเดินอาหาร หน้าท้องมีรอยแผลบนหน้าท้อง คลำไม่พบก้อน มีทวารใหม่ระบายอุจจาระทางหน้าท้องข้างซ้ายตับและม้ามปกติ

ทวารหนัก ไม่พบริดสีดวงทวาร ไม่มีการถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก อวัยวะเพศปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากอวัยวะเพศ

ระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวดี

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการปวดหลัง กำลังของกล้ามเนื้อปกติ การทำงานของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับ 5 เท่ากันทั้ง 2 ด้าน (จาก ระดับ 5/5) รูปร่างและการทรงตัวปกติ ไม่มีการกระตุกของกล้ามเนื้อหรือกล้ามเนื้อลีบ

ระบบประสาท ไม่มีความบกพร่องทางการรู้สึกสัมผัส ประสาทรับความรู้สึกทุกด้านปกติ ไม่มีอาการชาปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

BUN 11.9 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Creatinine 2.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตราการกรองของไต (eGFR) 93.26 ml/min/1.7 m^2

Electrolyte: Sodium 140.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Chloride 106.9 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร CO2 22.9 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Potassium 3.94 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การวินิจฉัยโรค : Obstructive uropathy with bilateral hydronephrosis

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนส่องกล้อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** มีความวิตกกังวลเพราะขาดความรู้เรื่องการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต **ข้อมูลสนับสนุน** 1. แพทย์ส่งมาเพื่อทำการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายระบายท่อไตทั้งสองข้าง	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ โดยให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นว่าพยาบาลพร้อมให้ความช่วยเหลือ แสดงความเอื้ออาทรและมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ 2. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆ ที่แสดงออก พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก รวมทั้งยอมรับท่าทีที่ผู้ป่วยและญาติแสดงออก 3. ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและการรักษาที่ได้รับ

ตารางที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีท่าทีกังวลใจเกี่ยวกับการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไตครั้งแรก 3. ผล US KUB พบ Bilateral hydronephrosis	4. อธิบายแผนการรักษาของแพทย์ การตรวจประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต เพื่อช่วยระบายน้ำปัสสาวะจากไตลงกระเพาะปัสสาวะป้องกันไม่ให้ไตเสียหน้าที่ 5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงขั้นตอนและวิธีการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไตว่าเป็นการใส่เครื่องมือเข้าไปทางท่อปัสสาวะ โดยมีเลนส์ติดที่ส่วนปลายเชื่อมท่อกับส่วนปลายทำให้มองเห็นกระเพาะปัสสาวะและรูท่อไตแล้วจึงใส่สายสวนท่อไตเข้าไป 6. อธิบายการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไตในครั้งนี้ไม่ได้ให้ยาสลบ แต่จะให้ยาชาเฉพาะที่ใส่ ผู้ป่วยไม่ต้องงดน้ำงดอาหาร สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ 7. ซักประวัติอาการ โรคประจำตัวการใช้ยาที่ใช้อยู่ประจำ และศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำ ไม่มีประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อประเมินภาวะเลือดออกง่ายในระหว่างการสอดใส่อุปกรณ์ส่องกล้อง 8. อธิบายถึงค่าใช้จ่ายในการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต ผู้ป่วยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเนื่องจากใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือในการเตรียมส่องกล้องใส่ท่อสายสวนท่อไต
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต **ข้อมูลสนับสนุน** 1. แพทย์วางแผนทำการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไตทั้งสองข้าง 2. ผู้ป่วยและครอบครัวไม่รู้วิธีการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต	1. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 2. ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวและให้ความร่วมมือในการส่องกล้องใส่สายสวนท่อไต ดังนี้ 2.1 ให้ทำความสะอาดบริเวณส่องกล้องก่อน 1 ครั้ง พร้อมทั้งเปลี่ยนชุดที่เตรียมไว้ ถ้าผู้ป่วยปวดปัสสาวะให้ปัสสาวะก่อนทำการส่องกล้อง 2.2 แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ โดยหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ยาว ๆ แล้วหายใจออกทางปากโดยการห่อปากช้า ๆ ไม่เบ่งถ่ายปัสสาวะในขณะที่แพทย์ใส่ยาชาเพราะทำให้ยาชาไหลย้อนกลับ 2.3 ขณะทำการส่องกล้อง อาจมีอาการปวดหน่วง ๆ ท้องน้อย ให้นอนนิ่ง ๆ และหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ เพื่อป้องกันอาการบาดเจ็บจากการสอดใส่อุปกรณ์ส่องกล้อง 2.4 ในขณะส่องกล้องใส่สายสวนท่อไต ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวดถ่ายปัสสาวะมาก ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ เพื่อช่วยเหลือและแก้ปัญหา **การประเมินผล** ผู้ป่วยรับทราบแนวทางการการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องใส่สายสวนท่อไต
ระยะขณะส่องกล้อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ เนื่องจากสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าสู่ระบบทางเดินปัสสาวะ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. แพทย์ส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายระบายท่อไตทั้งสองข้าง 2. ผู้ป่วยมีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปใส่ระบบทางเดินปัสสาวะ 3. ผู้ป่วยมี colostomy หน้าท้องข้างซ้าย	1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 2. เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์พร้อมใช้ ไม่มีการแตก บิ่น ทดสอบการใช้งานได้ดี ป้องกันการแทงทะลุท่อไต กรวยไต 3. การล้างและทำความสะอาดกล้องตามมาตรฐานของการล้างกล้องส่องตรวจ โดยก่อนนำไปใช้ต้องแช่เครื่องมือส่องกล้อง Cystoscope ด้วยน้ำยา CIDEX OPA 5 นาทีเพื่อทำลายเชื้อโรค น้ำยา แล้วจึงนำล้างด้วยน้ำสะอาดปราศจากเชื้อ ป้องกันการระคายเคืองจากน้ำยา CIDEX OPA 4. มีการทดสอบความเข้มข้นของน้ำยา CIDEX OPA ที่ใช้ในการแช่กล้องทุกวัน เนื่องจาก น้ำยา CIDEX OPA เทใช้แล้วอยู่ในภาชนะปิดมีอายุงาน 14 วัน เขียนระบุวันที่เริ่มใช้และวันหมดอายุ 5. สังเกตตัวชี้วัดความปราศจากเชื้อของเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการส่องกล้องก่อนใช้งานทุกครั้ง **การประเมินผล** หลังการส่องกล้องผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที หายใจ 20–22 ครั้งต่อนาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการส่องกล้องใส่สายสวนท่อไต	1. ตรวจสอบข้อมูลซ้ำเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ชื่อ-สกุล ชนิดการทำหัตถการ ใบเซ็นยินยอมทำหัตถการ

ตารางที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. แพทย์ส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายระบายท่อไตทั้งสองข้าง 2. ผู้ป่วยมีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปใส่ระบบทางเดินปัสสาวะ	2. เตรียมจัดท่าในการส่องกล้องและขออนุญาตปิดตาในขณะหว่างการทำการส่องกล้อง โดยจัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy) และติดตั้งอุปกรณ์วัดสัญญาณชีพเพื่อเฝ้าระวังสัญญาณชีพขณะทำการส่องกล้องทุก 5 นาที ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที และลงบันทึกทางการพยาบาล 3. พยาบาลทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการส่องกล้องด้วยน้ำยา Hibitain 1:10 เพื่อฆ่าเชื้อก่อนทำการส่องกล้อง ซึ่งน้ำยามีความเย็นก่อนใช้แจ้งผู้ป่วยรับทราบ และปูผ้าสะอาดเพื่อเตรียมพร้อมในการส่องกล้อง 4. พยาบาลเตรียมเครื่องมือส่องกล้องต่อสัญญาณไฟและต่อกับสัญญาณภาพ ตรวจสอบความชัดของภาพ ตรวจสอบระดับน้ำที่จะใส่เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ตรวจสอบวาวล์เปิดปิดน้ำ เตรียม G wire เตรียมสายสวนท่อไตแต่ยังไม่ต้องเปิด ให้เครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้ เพื่อลดระยะเวลาในการทำหัตถการ 5. ไม่วางเครื่องมือส่องกล้องบนหน้าท้องผู้ป่วยเนื่องจากเป็น Rigid cystoscope มีน้ำหนักอาจทำให้ colostomy เลือดออกได้ 6. แพทย์ใส่ยาชาเฉพาะที่เข้าไปในท่อปัสสาวะ พยาบาลจะคอยบอกกระตุ้นไม่ให้ผู้ป่วยเกร็งหน้าท้องท้อง วางก้นลง ไม่เบ่งถ่ายปัสสาวะ หายใจเข้าออก ลึก ๆ ยาว ๆ ช้า ๆ ยาชาเข้าไปได้หมดไม่ไหลย้อนกลับ รอเวลา 5 นาทีเพื่อให้ยาชาทำงาน 7. แพทย์ใส่กล้องส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะเข้าไปเพื่อหาตำแหน่งรูท่อไต ผู้ป่วยมีอาการปวดถ่วง ๆ พยาบาลให้ผู้ป่วยนอนนิ่ง หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ยาว ๆ หายใจออกทางปากช้า เมื่อแพทย์พบตำแหน่งที่ต้องการ เนื่องจาก พยาบาลช่วยแพทย์ใส่ G wire เข้าไปในกล้อง Cystoscope หลังจากนั้นพยาบาลช่วยแพทย์ในการนำกล้อง Cystoscope ออกซึ่งต้องใช้ความระมัดระวังไม่ให้สาย G wire เลื่อนหลุดออกมา ถ้าสาย G wire เลื่อนก็ต้องทำการส่องกล้องและใส่สาย G wire ใหม่อีกครั้ง ทำให้ใช้เวลาในการทำหัตถการเพิ่มมากขึ้น 8. พยาบาลเตรียม Double J stent สอดเข้าไปในสาย G wire แล้วส่งต่อให้แพทย์ หลังจากนั้นพยาบาลจะจับสาย G wire สาย ให้ตึง เพื่อแพทย์จะทำการสอด Double J stent เข้าไปในท่อไตข้างซ้าย พยาบาลต้องมีทักษะในการช่วยแพทย์โดยไม่ให้ สาย G wire ตึงเกินไปจะทำให้สายอาจเลื่อนจากตำแหน่งที่ต้องการ ถ้าหย่อนเกินไปแพทย์ไม่สามารถใส่ Double J stent เข้าทางทางรูท่อไตได้ ในระหว่างการทำหัตถการ พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยนอนนิ่ง วางก้นลง หายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ ช้า ตลอดเวลา จะช่วยทำให้ใส่สาย Double J stent ได้ง่าย 9. เมื่อแพทย์ใส่สาย Double J stent ในท่อไตข้างซ้าย หลังจากนั้นแพทย์จะใส่กล้อง Cystoscope เพื่อตรวจสอบ สาย Double J stent ตรงตามตำแหน่งที่ต้องการหรือไม่ ขณะทำหัตถการพยาบาลประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที ประเมินอาการปวดและสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เพื่อรายงานแพทย์รับทราบ 10. แพทย์ทำการส่องกล้องใส่สายสวนท่อไตข้างขวาตามขั้นตอน 11. หลังแพทย์ส่องกล้องใส่ Double J stent แล้ว ให้ผู้ป่วย film KUB พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับฟังถึงการเอกซเรย์เพื่อตรวจสอบว่า Double J stent อยู่ตรงตำแหน่งหรือไม่ก่อนกลับบ้าน **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ประเมินความปวดขณะส่องกล้อง 2/10 ได้รับการส่องกล้องใส่สายสวนท่อไตทั้งสองข้าง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ไม่สุขสบายจากอาการปวดท่อปัสสาวะเนื่องจากได้รับการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยบ่นปวดหน่วงขณะทำการส่องกล้อง ประเมิน pain score 4/10	1. ประเมินอาการความปวดผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน Numeric scale 2. สังเกตท่าทางอาการปวดของผู้ป่วยและสอบถามผู้ป่วยเป็นระยะในขณะทำการส่องกล้อง 3. จัดท่าผู้ป่วยนอนในท่าขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy) ก่อนทำหัตถการ จากการซักประวัติมีอาการปวดหลัง มีการปรับระดับเตียงผ่าตัดในส่วนก้นให้ยก 15 องศา เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายในขณะการทำการส่องกล้อง

ตารางที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้ป่วยเกร็งขาทั้งสองข้าง	4. ในขณะทำการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะเพื่อใส่สายสวนท่อไต แนะนำให้ผู้ป่วยวางก้นลง ไม่เบ่งถ่ายปัสสาวะ หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ยาวและหายใจออกทางปากยาว ๆ ช้า ๆ เพื่อบรรเทาอาการปวด 5. อธิบายให้ผู้ป่วยอาการปวดหน่วงเกิดจากการสอดใส่เครื่อง อุปกรณ์ในการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะเพื่อใส่สายสวนท่อไต **การประเมินผล** ผู้ป่วยปวดท่อปัสสาวะ 2/10 ทุเลาอาการปวดลง
ระยะหลังส่องกล้อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ทำการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนแบบผู้ป่วยนอก 2. ส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนครั้งแรก 3. ผู้ป่วยถามว่ากลับบ้านไปจะทำอะไรได้บ้าง	1. ประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการรับรู้ 2. แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาด 2,000 – 2,500 มิลลิลิตรหลังส่องกล้องและรับประทานยาแก้ฆ่าเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์เนื่องจากได้รับการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย 3. อธิบายอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใส่สายสวนท่อไตทั้ง 2 ข้าง ได้แก่ ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้ ปวดเอว ถ้าปวดมากสามารถรับประทานยาแก้ปวดได้ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับฟังการใส่สายสวนท่อไตเกิดผลข้างเคียงเกิดจากสาย Double J stent เป็นสิ่งแปลกปลอม ท่อไตจึงบีบรัดเพื่อขับออกมีมีอาการปวดหน่วง แต่ถ้าไม่ใส่ก็ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะไตวาย จนอาจถึงกับเสียชีวิตได้ 4. หลังกลับบ้านผู้ป่วยอาจมีปัสสาวะเลือดปนเล็กน้อย แต่ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือดสด ๆ หรือมีอาการปวดแน่นท้องมาก ให้รีบพบแพทย์ที่สถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อเข้ารับการประเมินอาการเบื้องต้น 5. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวดเอวมาก สามารถมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สีหน้าคลายความวิตกกังวล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดการการเข้ารับการเปลี่ยนสายสวนท่อไตล่าช้าเนื่องจากจำวันนัดไม่ได้ **ข้อสนับสนุน** 1. แพทย์นัดเปลี่ยนสายสวนท่อไต อีก 6 เดือน วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 2. ผู้ป่วยและญาติกลัวว่าจะจำวันนัดไม่ได้เนื่องจากนานเกิน	1. เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ให้คำแนะนำพร้อมใบนัดเพื่อมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอีก 2 อาทิตย์เพื่อเจาะเลือด BUN, Creatinine เพื่อประเมินการทำงานของไตหลังได้รับการใส่สายสวนท่อไต 2. ให้บัตรนัดล่วงหน้าเพื่อเปลี่ยนสายสวนท่อไตอีก 6 เดือน เน้นย้ำความสำคัญในการตรวจตามนัด ถ้าไม่มาเปลี่ยนสายหรือเอาสายออกในเวลาที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดอันตราย ได้แก่ 2.1 การเกิดหินปูนจับที่สาย กรณีที่มีหินปูนเกาะขนาดใหญ่ อาจใช้วิธีส่องกล้องเอาสายออกไม่ได้ อาจได้รับการผ่าตัดนำสายออก 2.2 การแตกหักของสาย 2.3 การเกิดอาการไตวาย จากการตีบแคบของท่อไตเกิดจากมีหินปูนเกาะ 3. พยาบาลมีการลงบันทึกข้อมูล ชื่อ สกุล HN อายุ เหตุผลในการใส DJ Stent วันที่ใส่สาย วันที่นัดถอดสาย เบอร์โทรของผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาจัดทำแนวทางการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนท่อไตและแนวทางปฏิบัติในการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สาย เพื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใส่สายสวนท่อไต **การประเมินผล** ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อเปลี่ยนสายสวนท่อไต

อภิปรายผล

ภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะเป็นภาวะที่พบบ่อยในโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ถ้าพบการอุดกั้นทั้งสองข้าง และมีภาวะไตบวมน้ำ[6] ถือเป็นภาวะฉุกเฉิน หากไม่ได้รับการศึกษาที่ทันท่วงที จะทำให้ไตสูญเสียการทำงาน เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหรือไตวายเรื้อรังได้ การรักษาในเบื้องต้นคือ การทำทางระบายน้ำปัสสาวะเพื่อรักษาสมดุลในร่างกาย กรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้ หญิงไทย อายุ 50 ปี เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 3 เมื่อ 6 ปีก่อนได้รับการผ่าตัดมดลูก รังไข่และท่อนำไข่ทิ้ง ได้รับยาเคมีบำบัด การฉายรังสีรักษาครบตามแผนการรักษา และได้รับการผ่าตัดทวารใหม่ระบายอุจจาระทางหน้าท้อง เข้ารับการตรวจแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบปัสสาวะ ด้วยอาการสำคัญปวดหลัง ปัสสาวะออกน้อย 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า creatinine 2.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์ทำ Ultrasound KUB พบ ภาวะไตบวมน้ำทั้งสองข้าง แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น ภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะร่วมกับภาวะไตบวมน้ำทั้งสองข้าง แพทย์วางแผนส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไตทั้งสองข้าง แรกรับรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ มีสีหน้าวิตกกังวล สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/88 มิลลิเมตรปรอท ก่อนทำการส่องกล้องผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ดูแลให้คำแนะนำ[2] ขณะทำจัดท่าที่เหมาะสม ช่วยแพทย์ทำการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไตทั้งสองข้าง หลังการใส่สายสวนท่อไต ปัสสาวะแสบขัดและมีเลือดปน แนะนำการปฏิบัติตัวหลังใส่สายสวนท่อไต[8] เน้นการตรวจตามนัด ส่งเอกซเรย์ยืนยันสายสวนท่อไตอยู่ในท่อไตทั้งสองข้าง กลับบ้านได้ ติดตามเยี่ยมอาการ 2 ครั้ง[7] ปัสสาวะปกติ ไม่มีอาการปวด ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ผล CT whole abdomen ท่อไตตีบทั้งสองข้าง แพทย์วางแผนเปลี่ยนสายสวนท่อไตทุก 6 เดือน ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดต่อเนื่องเพื่อเปลี่ยนสายสวนท่อไต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมทุกด้านไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์ ขั้นตอนวิธีการ การจัดวางระบบ เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นจากการขยายบริการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต

2. ควรมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะใส่สายสวนท่อไต เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกันและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1.เอกรินทร์ โชติกวาณิชย์, ธเนศ ไทยดำรงค์, ณัฐพงศ์ บิณษรี, เปรมสันต์ สังฆ์คุ้ม และกิตติพงษ์ พินธุโสภณ. ภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา (Urological Emergency). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด; 2563.

2.ปราณีต จงพันธมิตร. การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อความปลอดภัยในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันในภาวะฉุกเฉิน.วราสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า; 2560; 39(1); 126-133.

3.ปราโมทย์ แซ่อึ้ง. การศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างการใส่ stent ในผู้ป่วยที่ผ่าตัด Tubeless percutaneous nephrolithotomy (PCNL).วราสารทางการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์; 2564; 36(2); 367-373.

4.Seklehner, S., Remzi, M., Fajkovic, H., Saratlija-Novakovic, Z., Skopek, M., Resch, I., et al. Prospective multi-institutional study analyzing pain perception of flexible and rigid cystoscopy in men. J Urology. 2015; 85(4): 737-741.

5.Xavier Biardeau, Ornella Lam, Van Ba, Lysanne Campeau and Jacques Corcos. Prospective evaluation of anxiety, pain and embarrassment. Can Urol Assoc J, 11(3-4), 104-110. Available form http://dx.doi.ort/10.5489/caug.4127.

6.เอมอร สีล้งและคณะ. ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะต่อความรู้ในการปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการส่องกล้อง ความวิตกกังวลและปวดของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ.วราสารพยาบาลศาสตร์ มหาลัยวิทยาลัยสยาม; 2564; 22(44); 29-46.

7.ณัฐพล อ่อนมาเสน และคณะ. โครงการลดระยะเวลารอคอยก่อนเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัด Cystoscope with change Ureteral stent. TUH Journal online; 2564; 7(3)ว 126-131.

8.สำเริง ประสมศรี. ผลของโปรแกรมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยที่ใส่สายสวนท่อไต โรงพยาบาลมหาสารคาม. วราสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 2560; 14(2); 46-54.

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับยา : กรณีศึกษา 2 ราย

NURSING CARE OF PULMONARY TUBERCULOSIS WITH MEDICATION COMPLICATIONS : CASES STUDY 2 CASES

(Received: November 23,2023 ; Revised: December 3,2023 ; Accepted: December 5,2023)

รัชวารี ชื่นวัฒนา[1]
Ratchawari Chuenwattana[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับยา เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะตับอักเสบจากการได้รับยาในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ และอาการแสดง การรักษา ปัญหาทางการพยาบาลและการวางแผนพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยอายุ 46 ปี อาการสำคัญ เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ตัว ตาเหลือง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 วันหลังรับประทานยาวัณโรคได้ 10 วันได้รับการวินิจฉัยเป็น Pulmonary tuberculosis with drug induced hepatitis กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยอายุ 67 ปี อาการสำคัญ เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ตัวตาเหลือง เบื่ออาหาร หลังรับประทานยาวัณโรคได้ 1 สัปดาห์ได้รับการวินิจฉัยเป็น Pulmonary tuberculosis with drug induced hepatitis

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด, ภาวะแทรกซ้อนจากการรับยาวัณโรค

ABSTRACT

This study was case study aimed to compare nursing of patients with Tuberculosis (TB) with drug-related complications. Compare nursing of patient with hepatitis from anti-TB drugs in Outpatient Department. There are two case. The study instruments consisted of (1) Medical record (2) History taking (3) Observation .The collected data were analyzed by comparing Health pattern ,Pathology, Signs and Symptoms ,Treatment ,Nursing Diagnosis and Nursing care plan.

The study found that in the first case, 46-year-old Thai men presented with fatigue, nausea vomiting for two days after receiving anti-TB drugs for ten days. He were diagnosed with pulmonary tuberculosis with drug-induced hepatitis., and in the second case, 67-year old Thai women presented with fatigue, nausea vomiting ,yellow eyes and skin and loss of appetite after receiving anti-TB drugs for 7 days. She were diagnosed with pulmonary tuberculosis with drug-induced hepatitis.

Keyword : pulmonary tuberculosis nursing care, complications from anti-TB drugs

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อสำคัญที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและการตายในหลายประเทศทั่วโลก สาเหตุเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ความยากจน การอพยพย้ายถิ่นและการเคลื่อนย้ายแรงงาน รวมทั้งการละเลยปัญหาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งผลให้ การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกระหว่าง พ.ศ. 2545-2563 จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ประมาณ

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

1,000 ล้านคนและมีผู้ป่วย150 ล้านคนเสียชีวิตประมาณ 36 ล้านคน[1] จากรายงานองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2563[2] ได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 รายหรือคิด เป็น150 ต่อประชากรแสนคน

อำเภอกุฉินารายณ์ จัดเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของวัณโรคสูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ย้อนหลัง 3 ปี พบว่า อัตราป่วยต่อแสนประชากรปี พ.ศ 2564 ,2565 และ 2566 เท่ากับ 130.00, 144.00 และ147.00 ตามลำดับ มีอัตราความสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 83.44 ,95.36 และ92.20 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ ร้อยละ8.33 , 6.67 และ14.29 ตามลำดับ ซึ่งจากการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดในผู้สูงอายุ มีโรคร่วม เช่นติดเชื้อเอดส์ จิตเวช และมีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย การได้รับยาวัณโรคเป็นสาเหตุหนึ่งอาจทำให้เกิดตับอักเสบ โดยมาตรฐานของการรักษาวัณโรคในปัจจุบันประกอบด้วยการใช้ยาร่วมกันอย่างน้อย 3 ชนิด (4 ชนิดสำหรับประเทศไทย) คือ isoniazid (INH), rifampicin, pyrazinamide (PZA) และชนิดที่ 4 คือ ethambutol หรือ streptomycin ใน 2 เดือนแรก ยาINH และ PZA ถือเป็น major hepatotoxins ส่วน rifampicin และ ethambutol เป็นยาที่พบว่าทำให้เกิดพิษต่อตับน้อยหรือไม่เป็นพิษเลย อย่างไรก็ดี เพราะว่า rifampicin มีคุณสมบัติเป็นตัวกระตุ้นเอ็มไซม์ที่แรง จึงอาจจะเพิ่มความเป็นพิษของ INH ได้ ดังนั้นการติดตามตรวจหาความผิดปกติลักษณะข้างต้นอาจมีความจำเป็นเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นต่อตับและผู้ป่วยที่ได้รับยาอาจมีความเสี่ยงในการเกิดความเป็นพิษต่อตับมากกว่าปกติ [3-7] และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ย้อนหลัง 3 ปี ที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรค พบว่ามีจำนวน 13 ราย 21 ราย และ 10 ราย ตามลำดับและต้องเปลี่ยนสูตรยาจำนวน 12 ราย 17 ราย และ 7 รายตามลำดับ

การได้รับยาวัณโรคเป็นสาเหตุหนึ่งอาจทำให้เกิดตับอักเสบในผู้ป่วยวัณโรคซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวขึ้น ค่าใช้จ่ายในการในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว[3](Ramappa 2013) จากปัญหาดังกล่าวพยาบาลจึงต้องมีความสามารถประเมินอาการ วินิจฉัยปัญหา และวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับยากรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการดำเนินการศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบ ที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่าง เดือน สิงหาคม 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2566 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	46	67
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 6	ประถมศึกษาปีที่ 4
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
อาชีพ	พนักงานขับรถส่งอุปกรณ์ไฟฟ้า	ทำนา
สิทธิการรักษา	ประกันสังคม	บัตรประกันสุขภาพ
ภูมิลำเนา	ตำบล นาขาม	ตำบล จุมจัง
ผู้ดูแล	ภรรยา	ภรรยา
วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	16 สิงหาคม2566	21 สิงหาคม 2566
วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	9 กันยายน 2566	27 กันยายน 2566
การวินิจฉัยโรค	Pulmonary tuberculosis B+ Relapse drug induced hepatitis	Pulmonary tuberculosis New B+ drug induced hepatitis
การรักษา (สูตรยาวัณโรค)	เริ่มยาที่ โรงพยาบาลเปาโล สูตร 2IRZE/4IR วันที่ 6 สิงหาคม2566 หลังกินยา 10วันมีอาการเหนื่อยเพลีย ตัวตาเหลือง ไอมีเสมหะ หอบ จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้นอนโรงพยาบาลเพื่อ Rechallenge ยาได้สูตร2IRE/7IR วันที่ 9 กันยายน 2566	เริ่มยาสูตร2IRZE/4IR วันที่ 10สิงหาคม 2566 หลังรับยา 11วันเหนื่อยเพลีย เบื่ออาหาร ไอมีเสมหะ จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้นอนโรงพยาบาลเพื่อ Rechallengeยาได้สูตร2IEZL/10IEL วันที่ 22 กันยายน2566
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เหนื่อย หอบ หายใจไม่อิ่ม ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน	เหนื่อยอ่อนเพลียก่อนมา 1 สัปดาห์
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 วันก่อนมาโรงพยาบาล อ่อนเพลียหายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้อาเจียน ตัวตาเหลือง รับประทานอาหารได้น้อย ไม่ไข้ ปวดแสบท้องด้านขวา ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล	1 สัปดาห์ก่อนมา โรงพยาบาลหลังรับประทานยาวัณโรค มีอาการเหนื่อยอ่อนพลีย เบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย ไอมีเสมหะไม่มีตัวตาเหลืองจึงมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	หอบหืดรักษาที่โรงพยาบาลเปาโล เคยเป็นวัณโรคปอด ปี2560รับยาวัณโรครบ 9 เดือนสมาชิกในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง	ปฏิเสธโรคประจำตัวสมาชิกในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา	มีพี่ชายเป็นวัณโรคปอด รักษาหายแล้ว ปฏิเสธการแพ้ยา
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธการผ่าตัด	ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเมื่อ 10 ปีที่แล้ว
อาการแรกรับ	มาด้วยเหนื่อยอ่อนเพลียหายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้อาเจียน ตัวตาเหลือง รับประทานอาหารได้น้อย ไม่ไข้ ไอมีเสมหะปวดแสบท้องด้านขวา BT=36.9c PR=108 ครั้งต่อนาที BP=100/69 mmHg Spo2=98%	มาก่อนนัด ด้วยเหนื่อยเพลีย เบื่ออาหาร ทานได้น้อย ตัวตาเหลือง ไอมีเสมหะ ไม่ไข้ BT=36.5 c PR=90 ครั้งต่อนาที RR=20ครั้งต่อนาที BP=129/84mmHg ผล SGOT=619 SGPT=272

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	ผล SGOT=101 SGPT=106 ALK= 132 TB=12.20 K= 2.98	ALK=149 TB= 2.59 DB= 1.03 Na=134 CL=97.8

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการับยา จากการศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยที่คล้ายกันจึงสามารถนำมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1.เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค (กรณีศึกษาที่1และ2)	1. อธิบายชื่อลักษณะขนาดและจำนวนยาแต่ละชนิด 2. บอกเหตุผลที่ต้องรับประทานยาเพื่อการรักษาเป็นจำนวนมากการรับประทานยาต่อเนื่องและผลของการรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาหรือไม่ต่อเนื่องที่อาจก่อให้เกิดการดื้อยาส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาคือการหายจากโรคเป็นไปได้ยากและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น 3. อธิบายอาการและอาการแสดงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้เช่น ตับอักเสบ อาการชาปลายประสาท ผื่น สิว ผิวหนังลอกโลหิตจางเม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดยอดอก ปวดท้อง ท้องเสียเป็นต้น 4. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและควรรีบไปพบแพทย์ทันทีหากมีอาการเหล่านี้ได้แก่ ความอยากอาหารลดลงผิวซีดเหลืองปัสสาวะมีสีเข้มอาการไข้ติดต่อกัน 3 วันขึ้นไปโดยไม่มีสาเหตุหายใจลำบาก รู้สึกว่าหน้าท้องมีอาการแข็งหรือบวมผิดปกติมีอาการบวมที่หน้า ริมฝีปาก ลิ้น หรือคอมีปัญหาเรื่องการมองเห็นเช่นเห็นภาพไม่ชัดหรือเห็นสีผิดปกติเป็นต้น
2.มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เนื่องจาก อยู่ในระยะ Active TB (กรณีศึกษาที่1และ2)	1. อธิบายเหตุผลและแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อนให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย (Face Mask) ปิดปากปิดจมูกที่ถูกต้องตลอดเวลาระหว่างพักในห้องแยกโรคในโรงพยาบาลหลังประเมินว่าอาการสงสัยติดเชื้อวัณโรคปอดและในชุมชน 1 เดือนแรกหลังวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดแล้ว 2. ดูแลให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ ไปยังห้องแยกโรคทางเดินหายใจแรงดันอากาศลบ (isolation room) หอผู้ป่วยหรือหน่วยบริการอื่น ๆ 3. บ่งชี้สื่อสารการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อแก่ทีมสุขภาพโดยติดสัญลักษณ์เตือน 4. ดูแลให้พักรอในห้องแยกโรคทางเดินหายใจอย่างปลอดภัย ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเช่น อาการไอ ประวัติไข้ น้ำหนักลด การเป็นหวัดและการใช้ยาเป็นต้น อธิบายเหตุผล พยาบาลผู้ซักประวัติต้องป้องกัน การรับเชื้อโดยสวมหน้ากากอนามัยชนิดN95ระหว่างให้การดูแล 5. ให้ข้อมูลกรณีศึกษาเพื่อตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray) และติดตามผลการตรวจ 6. ดูแลให้ได้รับการตรวจจากแพทย์และไม่มีการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลและสิ่งแวดล้อม 7. ให้ข้อมูลกรณีศึกษาและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเคลื่อนย้ายและเข้าพักนอนในโรงพยาบาล 8. แนะนำวิธีการเก็บเสมหะตอนเช้าหลังตื่นนอน 3 วันติดต่อกันเพื่อย้อมเชื้อวัณโรค และอธิบายการแปลผลเพื่อวินิจฉัยโรคได้แก่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะอย่างน้อย 2 ครั้งหรือพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ 1ครั้งร่วมกับรอยโรคในปอดจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ หากผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคจะพิจารณาจากภาพถ่ายเอกซเรย์ปอดเป็นสำคัญ[4] (วีระเดช สุวรรณลักษณ์, 2560)

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	9. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยให้หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวไม่ควรพักร่วมห้องกับผู้อื่นเป็นเวลา 1 เดือนนับตั้งแต่เริ่มรับประทานยารักษาวัณโรคและควรอยู่ในบริเวณหรือห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีคนแออัดเช่น สถานบันเทิง โรงภาพยนตร์ สถานที่สาธารณะต่าง ๆ ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น 10. ส่งเสริมการรับประทานยารักษาวัณโรคครบชนิดและถูกขนาดยาติดต่อกัน 6 เดือน ให้ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาและการจัดการอาการรบกวนเพื่อป้องกันการหยุดยาระหว่างการรักษา 11. แนะนำผู้ป่วยและญาติมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์
3. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรค (กรณีศึกษาที่1และ2)	1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย และ/หรือญาติ ต่อภาวะสุขภาพ 2. วางแผนการควบคุมโรคและการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน 2.1 อธิบายโรค สาเหตุ การดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง ให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจโดยอธิบายง่ายๆ ไม่ซับซ้อนไม่ให้เกิดความวิตกกังวล 2.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมการออกกำลังกาย การพักผ่อน 3. รับฟังปัญหาและการระบายอารมณ์ของผู้ป่วย ให้กำลังใจและชี้แนะการปฏิบัติตัว 4. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพเป็นกันเอง ประเมินสภาพอารมณ์จิตใจและความเชื่อของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจและบอกถึงความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ให้ผู้ป่วยและญาติได้พบแพทย์เพื่อทราบแนวทางการรักษา 5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการที่ยังมีการหายใจเหนื่อย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อได้รับการรักษาอาการเหนื่อยดังกล่าวจะดีขึ้นการเหนื่อยจะลดลง 6. อธิบายแผนการรักษา การให้ยา อาการข้างเคียงที่ต้องสังเกต 7. สอนให้ผู้ป่วยและญาติสังเกต อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น 8. แนะนำและเน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง การร่วมมือในการรักษา การมาตามนัด
4.มีการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากพยาธิสภาพติดเชื้อที่ปอด (กรณีศึกษาที่1และ2)	1. จัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังคมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ช่วยลดอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย 2. สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอดทำให้ปอดขยายตัวเพิ่มขึ้น 3. สอนสาธิตให้หายใจเข้าออกลึกๆ ช้า ๆ และปฏิบัติทุก 1-2 ชั่วโมง ส่งเสริมให้ถุงลมปอดขยายตัวได้เต็มที่แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น และ/หรือแนะนำให้กรณีศึกษาหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม 4. เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนโดยติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการซีด เขียวอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง 5. ดูแลให้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เช่น ฮีโมโกลบิน ความเข้มข้นของเลือดและการเอกซเรย์ปอดครบถ้วน ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนการรักษาพยาบาล
5.ขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย (กรณีศึกษาที่1และ2)	1. ให้ข้อมูลอาการภาวะโปตัสเซี่ยมในเลือดต่ำ แผนการรักษาพยาบาล และดูแลให้ได้รับ Potassium Chloride Elixir ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ 2. เฝ้าระวังสมดุลสารน้ำ ติดตามประเมินปริมาณน้ำเข้าออกทุก 4-8 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3. แนะนำอาหารที่มีโปตัสเซี่ยม ดูแลให้รับประทานอาหารประเมินการรับประทานอาหารและให้บ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร 4. เฝ้าระวังประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปตัสเซี่ยมในเลือดต่ำเช่น มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงสับสน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนเป็นต้น 5. เฝ้าระวังและประเมินสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง 6. เฝ้าระวังและติดตามประเมินค่าโปตัสเซี่ยมในเลือดจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
6.ญาติและครอบครัววิตกกังวล (กรณีศึกษาที่1และ2)	1.ให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ให้การรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษา 2. ให้ข้อมูลแก่ญาติและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ 3. แจ้งอาการผู้ป่วยให้ญาติและครอบครัวทราบเป็นระยะๆทุกครั้งที่เข้าเยี่ยม 4. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆที่แสดงออกของญาติและครอบครัวต่อความเจ็บป่วยและการต้องอยู่โรงพยาบาล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น 5. ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 6. ให้สุขศึกษาญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการหายของโรคและคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา
7.ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้จากการติดเชื้อในร่างกาย (กรณีศึกษาที่1)	1. เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาอย่างนุ่มนวลเพราะน้ำจะช่วยพาความร้อนออกจากร่างกาย อุณหภูมิลดลงและท าให้ผู้ป่วยสบายขึ้น 2. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพราะเป็นการลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ ลดการทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นการลดการผลิตความร้อนทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง 3. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆเพราะเป็นการทดแทนการขาดน้ำและเป็นการลดความร้อนของร่างกายโดยการขับออกทางเหงื่อและปัสสาวะ 4. เฝ้าระวังติดตามและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชม. เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อทางเดินหายใจ

ผลลัพธ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายที่ได้รับการดูแลครอบคลุมตามมาตรฐานการพยาบาล ภาวะตับอักเสบดีขึ้น ปรับสูตรยารักษาวัณโรค อาการดีขึ้นตามลำดับ

กรณีศึกษารายที่1 มีประวัติเคยเป็นวัณโรคปอดรักษาที่โรงพยาบาลเปาโลปี2560 มีโรคประจำตัวเป็นหอบหืด ช่วงที่นอนโรงพยาบาลมีปอดอักเสบ และเกลือแร่โปตัสเซียมต่ำ หลังให้ยาปฏิชีวนะและ KCl อาการดีขึ้นปรับสูตรยารักษาวัณโรค สูตร2IRE / 7IR (9เดือน) อาการดีขึ้นตามลำดับ กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะตับอักเสบหลังนอนโรงพยาบาล ภาวะตับอักเสบดีขึ้น ปรับสูตรยารักษาวัณโรค สูตร2IEZL / 10IEL(12เดือน) อาการดีขึ้นตามลำดับ

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการพยาบาล ครอบคลุมองค์รวมมีการเตรียมความพร้อมจากทีมสหวิชาชีพ มีการประสานงานกับศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งต่อการดูแลในชุมชนและนัดติดตามการมารับยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของอายุรแพทย์

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะตับอักเสบจากการกินยาวัณโรคเหมือนกันแต่ความรุนแรงแตกต่างกันตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคประจำตัวหอบหืด มีภาวะ Hypokalemia และมีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วย กรณีศึกษารายที่2 ไม่มีโรคประจำตัว แต่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นวัณโรคปอด การได้รับยารักษาวัณโรคสามารถเกิดตับอักเสบขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกคน การดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นส่วนที่สำคัญ การเสริมสร้างพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลงานผู้ป่วยนอกคือสามารถ ประเมิน วางแผน ให้การพยาบาลเฝ้าติดตามอาการไม่พึงประสงค์ และประเมินผลการพยาบาลตลอดจนการประสานเพื่อส่งต่อข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง ติดตามการรักษา การมารับยาให้ครบตามแผนการรักษาจนหายเป็นปกติ[8-10]

ข้อเสนอแนะ

1. วัณโรคเป็นโรคที่ติดต่อในระบบทางเดินหายใจ สามารถแพร่กระจายติดต่อได้โดยง่าย ดังนั้นในกรณี ที่มีผู้ป่วยวัณโรคสิ่งที่ควรแนะนำคือ การแพร่กระจายเชื้อ และวิธีปฏิบัติตัว และการกินยาที่ถูกต้อง พร้อมทั้งการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน ดังนั้นการรักษาวัณโรคจึงต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมในบุคลากรทางสาธารณสุข ทั้งในส่วนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข โดยยึดหลัก DOTS

2. ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยวัณโรค เป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง หรือเกิดความเสี่ยง
ขึ้นได้อย่างรวดเร็ว หน่วยงานต้องมีการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหากลับมาเป็นซ้ำ ควรมีการวางแผนร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพในกรณีที่ผู้ป่วยรักษา
ไม่ต่อเนื่อง หรือการที่ผู้ป่วยรับเชื้อมาใหม่

4. ต้องมีการประเมินสุขภาพผู้ป่วยอย่างละเอียด เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

5. การพัฒนาบุคลากรในการดูแลและเพิ่มขวัญกำลังใจ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Annual Epidemiological, WHO Surveillance Report 2006. Geneve: World Health Organization, fromhttp://www.who.int/tb/publication/global_report/2006/pdf/full_report.pdf
2.สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 3 มีนาคม2564 จาก Website:https://tbcmthailand.ddc.moph. go.th
3. Ramappa V, Aithal GP. Hepatotoxicity Related to Anti-tuberculosis Drugs: Mechanisms and Management. J Clin Exp Hepatol. 2013 Mar;3(1):37–49.
4. วีระเดช สุวรรณลักษณ์.(2560,30 สิงหาคม).วัณโรค สืบค้นจากhttp// www.haamor.com.
5. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข(2564) .แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564.กรุงเทพ ฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
6. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้าน วัณโรค พ.ศ. 2560-2564.(เพิ่มเติม พ.ศ. 2565).กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์
7. ปราณี ทู้ไพเราะ.คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล.ครั้งที่1.กรุงเทพฯ:N P Press Limited Partnership;2566.

8. วิลาวัลย์ ทองเรือง.ภาวะพิษต่อตับจากยาต้านวัณโรค.ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ ปีที่7 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) พ.ศ.2555;น.197- 204
9. เพลินตา คำหลาย. การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) พ.ศ. 2563; 2563. น.162-173
10. ประเทือง ธราธรรุ่งเรือง.การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด ในงานบริการผู้ป่วยนอก:กรณีศึกษาวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) พ.ศ. 2561;น.77-95

การพยาบาลการให้การระงับความรู้สึกหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกแตกที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patient with general Anesthesia Rupture Ectopic Pregnancy with shock case study : 2 case

(Received: December 3,2023 ; Revised: December 7,2023 ; Accepted: December 11,2023)

วนิษฐา แผ่นศิลา[1]
Wanittha Pansila[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลการให้การระงับความรู้สึกผ่าตัดหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกแตกที่มีภาวะช็อก เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลการให้การระงับความรู้สึกหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกแตกที่มีภาวะช็อกที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึงเดือนสิงหาคม 2566 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล จากเวชระเบียน ผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงการรักษาภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดปริมาณมาก ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะ วิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 35 ปี ไม่เคยมีบุตร มาโรงพยาบาล ด้วยอาการปวดทั่วท้องก่อนมา 2 ชั่วโมง ร่วมกับมีคลื่นไส้อาเจียน 3ครั้ง แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยซีด เหนื่อยอ่อนเพลียมาก กดเจ็บทั่วท้องจากผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบของเหลวในช่องท้อง พบการตั้งครรภ์จากการตรวจปัสสาวะ ความดันโลหิต 77/47 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 112 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.1องศาเซลเซียส ท้องแน่นตึง ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง ร้อยละ 27.6 สูตินรีแพทย์มาประเมินอาการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์นอกมดลูกแตก set ผ่าตัดด่วน โดยให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ผลการผ่าตัดพบท่อรังไข่ข้างซ้ายแตก ทำการผ่าตัด ตัดท่อนำไข่ข้างซ้ายออก มีเลือดออกในช่องท้อง 2,000 มิลลิลิตร ได้ให้เลือดทดแทนก่อนผ่าตัด 3 unit ในระหว่างผ่าตัด จำนวน 2unit หลังผ่าตัดอาการปกติแพทย์ให้กลับบ้านสรุปนอนโรงพยาบาล 3 วัน นัดฟังผลตรวจชิ้นเนื้ออีก 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตามนัด ผลชิ้นเนื้อมีการแตกของท่อนำไข่

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยอายุ 36 ปี มาด้วยอาการปวดหน่วงท้องน้อย วิงเวียนหน้ามืดก่อนมา 4 วัน 1 วันก่อนมาปวดท้อง มากขึ้น วิงเวียนหน้ามืด วูบไม่อาเจียน ไม่มีไข้ ตรวจการตั้งครรภ์เอง ผลการตรวจพบว่าตั้งครรภ์ (แถบตรวจพบ 2 ขีด) ประจำเดือนไม่มา 1เดือน มีบุตร 1 คน บุตรอายุ 14 ปี ไม่ได้ คุมกำเนิด มาประมาณ 4 ปีจาก ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบของเหลวในช่องท้อง พบการตั้งครรภ์จากการตรวจปัสสาวะ ไม่มีไข้ ท้องอืดเล็กน้อย ความดันโลหิต 88/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.9องศาเซลเซียส ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง ร้อยละ 25.5 วินิจฉัยเบื้องต้นท้องนอกมดลูกแตก และมีภาวะช็อกสูตินรีแพทย์ set ผ่าตัดด่วนโดยให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว และ ผลการผ่าตัด ท่อนำไข่ข้างขวาแตก ทำการผ่าตัด ตัดท่อนำไข่ออกทั้ง 2 ข้าง(ท่อนำไข่ข้างซ้ายบวมจำเป็นต้องตัดออก ซึ่งได้แจ้งญาติรับทราบ) เสียเลือดทั้งหมด 1,300 มิลลิลิตร การรักษาได้ให้เลือดทดแทนในขณะผ่าตัด จำนวน 2 unit ให้ยาฆ่าเชื้อสารน้ำ อาการปกติแพทย์ให้กลับบ้านสรุปนอนโรงพยาบาล 3 วัน นัดฟังผลตรวจชิ้นเนื้อ 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตามนัดฟังผลชิ้นเนื้อพบมีการแตกของท่อนำไข่และมีการอักเสบของท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้าง

คำสำคัญ : ระงับความรู้สึก ตั้งครรภ์นอกมดลูก ภาวะช็อก

Abstract

This study was case study aimed to study nursing, anesthesia, abdominal ectopic surgery with shock. This study was comparisons of two cases of patients Rupture ectopic pregnancy. Of two cases were admitted at Emergency Department of Kuchinarai Crown prince hospital during April 2022 to August 2023. The data collections were from medical records, interview there relative and patient observation. The data analysis were compared functional health pattern, clinical, sign and symptom, hypovolemic shock from severe blood

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

loss problem and nursing diagnosis, nursing care of patients with critical period, continuing care and discharge planning. Results: comparisons of two cases of patients with Rupture ectopic pregnancy with shock.

Case study 1: Thai woman 35 years old Never had a child. Go to Emergency Department of Kuchinarai Crown prince hospital With a 2 hour abdominal pain Together with nausea vomiting 3 times. From the results of Ultrasound found water or fluid in the abdomen Pregnancy found from urine tests, blood pressure 77/47 mmHg pulse 100 rate/mine respiration 20 rate/mine flatulence.27.6 percent red blood cell concentration, initial diagnosis Rupture ectopic. Immediately the gynecologist requests urgent surgery. By providing general anesthesia The surgery found that the right fallopian tube had surgery to cut the fallopian tubes right side, losing blood 2,000 millimeters. Give blood replacement Pre operation 3 unit and Intra operation 2 unit The patient has improved. The doctor returned to the hospital after a 3 day stay Appointment for examination of the biopsy for another 4 weeks, patients come by appointment Normal flesh

Case study 2 :Thai woman 36 years old Go to Emergency Department of Kuchinarai Crown prince hospital with 1 day more abdominal pain.4 days before coming to the hospital, the patient has dizziness, syncope non fever missed Period, of menstruation. Had 1 children, 14years of age, 4 year lather non contraception As a result, Ultrasound found water or fluid in the abdomen. Pregnancy was found on a urine test, with a slight flatulence fever Blood pressure 88/60 mmHg pulse 100 rate/mine respiration 20 rate/mine 25.5 percent red blood cell concentration Initial diagnosis Rupture ectopic pregnancy The obstetrician gynecologist requests urgent surgery. When preparing the patient and Therefore sending The result of a surgery on the both fallopian tubes, surgery to remove the fallopian tubes on both sides, losing a total of 1,300 ml. Give blood replacement 2 unit The doctor returned to the hospital after a 3 day return home of hospitalization Make a biopsy appointment 4weeks. Patients come by appointment for a biopsy. Found Chronic follicular salpingitis

Key words : Anesthesia, ectopic pregnancy, shock

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของสตรีวัยเจริญพันธุ์ เพราะหากแพทย์วินิจฉัยโรคไม่ได้หรือให้การรักษาไม่ได้ทันท่วงที ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตเนื่องจากการเสียเลือดมากได้ นอกจากนั้นยังอาจมีภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากตามมาอีกในอนาคต สำหรับอุบัติการณ์การท้องนอกมดลูกในประเทศไทยนั้นถือว่าเป็นความผิดปกติอย่างหนึ่งที่พบได้ในหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 1 ใน 200 คนของการตั้งครรภ์ทั้งหมด และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานมากขึ้น[1] จำนวนการตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวน 13,14 และ 10 รายตามลำดับ แยกประเภท Non Rupture : Rupture คือ 11:2, 11:3 และ 8:2 ตามลำดับ รวมจำนวน Non rupture30 ราย และ Rupture7ราย คิดเป็นจำนวนท้องนอกมดลูกไม่แตก 81.08 % ท้องนอกมดลูกแตก 18.91 % และในจำนวนท้องนอกมดลูกแตก มี 2 รายที่มีภาวะ Hypovolemic shock ซึ่งผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

การตั้งครรภ์นอกมดลูก คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดจากไข่ที่ได้รับการผสมแล้วไปฝังตัวและเจริญเติบโตเป็นตัวอ่อนภายนอกโพรงมดลูก ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ บริเวณท่อนำไข่ข้างใดข้างหนึ่ง พบประมาณร้อยละ 95 รองลงมาคือ รังไข่ ช่องคลอด ปากมดลูก เมื่อตัวอ่อนเจริญเติบโตและมีขนาดใหญ่ขึ้น ส่วนที่ถูกฝังตัวไม่มีการขยายใหญ่ได้ จึงทำให้มีการแตกและเสียเลือดในช่องท้องปริมาณมากน้อย แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระยะเวลา

ที่แตก และตำแหน่ง ถ้าเสียเลือดมากก็จะเกิดภาวะช็อกซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และมีแนวโน้มมากขึ้นในปัจจุบัน สาเหตุของการตั้งครรภ์นอกมดลูกสามารถแบ่งออกเป็นสาเหตุใหญ่ๆได้ 2 สาเหตุ คือ สาเหตุที่ทำให้ไข่ที่ถูกผสมแล้วเคลื่อนไปได้ช้ากว่าปกติหรือเคลื่อนไปยังโพรงมดลูกไม่ได้ และเกิดจากเยื่อบุท่อนำไข่ที่มีสภาพเหมาะแก่การฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว เช่นบางรายมีเยื่อบุโพรงมดลูกอยู่ผิดที่ อาจส่งเสริมให้ฝังตัวบริเวณนั้นง่าย[2,3] กรณีศึกษานี้ทำให้ทราบถึงการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกแตกที่มีภาวะช็อก ที่ถูกต้องตามทฤษฎีและวิชาการ จึงจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยที่สุด[4-6] และระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกในหญิงที่มาผ่าตัดท้องนอกมดลูกแตกที่มีภาวะช็อก กรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา :

กรณีศึกษา รายที่ 1 : หญิงไทย อายุ 35 ปี น้ำหนัก 63 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร มารักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ด้วยอาการปวดท้องน้อยมาก คลื่นไส้อาเจียน3ครั้ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง เหนื่อยอ่อนเพลียมาก ซีด ผู้ป่วย ยังไม่เคยมีบุตร ไม่ได้คุมกำเนิด ประจำเดือนไม่มา 1 เดือน สัญญาณชีพ แรกรับ อุณหภูมิ 37.1องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 74/44 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC Hct 27.6 volume% wbc 2 9, 70 0 cell/mm^3, Ultrasonography: Free fluid at cul de sac hepatorenal splenorenal , Urine preg test = positive ได้ให้สารน้ำ Acetar 1,000 ml load 1,500 ml วินิจฉัยโรคเบื้องต้นคือ Rupture ectopic pregnancy with hypovolemic shock สูตินรีแพทย์ประเมิน แล้ว set ผ่าตัดด่วน แบบ Fast tract เมื่อเตรียมผู้ป่วยพร้อมให้เลือดก่อนผ่าตัด 3 ยูนิต และเตรียมเลือด 2 ยูนิตสำหรับการผ่าตัด แล้วนำผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดทันที ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general Anesthesia with E.T tube) เวลา 19.40-20.25 น. ใช้เวลาผ่าตัด 45 นาที ยาที่ใช้คือ 1. Ketamine 75 mg 2.Succinyl choline 75 mg 3.cisatracuriam 6 mg 4.Fentanyl 50 mcg 5.Atropine 1.2mg 6.prostigmine 2.5 mg สรุปการผ่าตัด พบเลือดในช่องท้อง 2,000 ml ให้ PRC 2 ยูนิต, สารน้ำที่ได้รับ 1,500 ml , Urine ออกน้อย 10 ml Post diagnosis : Rupture left tubal pregnancy with shock Operation : Explore lap with left Salpingectomy with remove blood clot ผู้ป่วยอยู่ห้องฟักฟื้น 1 ชั่วโมง ปวดแผลมาก ระดับ 7 คะแนน ได้ให้ยาแก้ปวด Fentanyl 50 mcg iv ส่งกลับหอผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยตื่นดี สัญญาณชีพปกติ ปวดแผลระดับการปวดที่ 5 คะแนน แพทย์สั่งให้เริ่มจิบน้ำได้เมื่อตื่นดี วันที่ 2 หลังผ่าตัด ปวดแผลน้อยลง สัญญาณชีพปกติปัสสาวะออก 300 ml ไม่มีไข้ ท้องไม่อืด ผู้ป่วยลุกนั่ง เดินได้เล็กน้อย Hct 30 vol% รับประทานอาหารอ่อนได้ วันที่ 3 หลังผ่าตัด ไม่มีไข้ รับประทานอาหารอ่อนได้ ท้องไม่อืด แผลผ่าตัดแห้งดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมนอนโรงพยาบาล 3 วัน นัดฟังผลตรวจ ชิ้นเนื้ออีก 1 เดือน และผู้ป่วยมาตามนัดผลตรวจชิ้นเนื้อ Ruptured tubal pregnancy with hemorrhage

กรณีศึกษา รายที่ 2 : ผู้ป่วยหญิงไทย 36 ปี น้ำหนัก 57 กิโลกรัม สูง 161 เซนติเมตร มารักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ด้วยอาการปวดหน่วงท้องน้อย วิงเวียนหน้ามืดเป็นมา 1 วันซึ่ง 4 วันก่อนมาเริ่มมีอาการปวดหน่วงท้องน้อยร้าวไปชายโครงขวาไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด วิงเวียนหน้ามืด วูบไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ประจำเดือนไม่มา 1 เดือน และ 1วันก่อนมาปวดท้องมากขึ้น ได้ตรวจการตั้งครรภ์โดยการซื้ออุปกรณ์มาตรวจเอง ผลการตรวจ พบ 2 ขีดซึ่งบ่งบอกว่ามีการตั้งครรภ์ ผู้ป่วยมีบุตร 1 คน อายุ 14 ปี เคยคุมกำเนิดต่อเนื่องมานานประมาณ 10ปี

และไม่ได้คุมกำเนิดประมาณ 4 ปีเพราะต้องการบุตร สัญญาณชีพ แรกรับ อุณหภูมิ 36.9องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 88/60 มิลลิเมตรปรอท Ultrasonography seen free fluid in culdesac no sac in uterus fast และ Urine preg test = positive ผล CBC Hct 25.5vol% Wbc 28,600 cell/mm^3 ได้ให้สารน้ำ Acetar 1,000 ml load 1,500 ml สูตินรีแพทย์ได้ประเมินผู้ป่วยโดยตรวจ Transvaginal ultrasonography (TVS)พ บ complexmass at right side size 2 cms with free fluid in peritoneum วินิจฉัย Rupture ectopic pregnancy with shock Set ผ่าตัด ด่วน เมื่อเตรียมผู้ป่วยพร้อม จองเลือด 2 ยูนิต ถึงห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญีได้ประเมินผู้ป่วยและให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยแบบทั่วร่างกาย (general Anesthesia with E.T tube)เวลา 14.45-15.45 น.ใช้เวลาผ่าตัด 60 นาที ยาที่ใช้คือ 1. Ketamine 75 mg 2 . Succinylcholine 7 5 mg 3.Atracurium 30 mg 4. Fentanyl 50 mcg 5. Atropine 1.2 mg 6. prostigmine 2.5 mg สรุปการผ่าตัด พบเลือดในช่องท้อง 1,300 ml ให้เลือด PRC 2 unit, สารน้ำ 1,000 ml Urine ออก 20 ml Post diagnosis : Rupture right tubal pregnancy with shock with left hydrosalping Operation : Explore lap with bilateral Salpingectomy with remove blood clot ผู้ป่วยอยู่ห้องฟักฟื้น 1 ชั่วโมง ปวดแผล ระดับ 5 คะแนน ได้ให้ยาแก้ปวด Fentanyl 25 mcg iv ส่งกลับหอผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยตื่นดี สัญญาณชีพปกติ ปวดแผลระดับการปวดที่ 5 คะแนนปัสสาวะออกน้อย 10 ซีซีแพทย์ให้ Load 0.9% NSS 500 ml หลังจากนั้น ปัสสาวะออก 100 ml แพทย์ให้การรักษาโดยให้ Antibiotic ร่วมด้วยคือ Cefazolin 1 gm iv.ทุก 6 ชั่วโมง วันที่ 2 หลังผ่าตัด ปวดแผลน้อยลง สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ท้องอืดเล็กน้อย ผู้ป่วยลุกนั่ง เดินได้เล็กน้อย Hct 30 vol% เริ่ม step diet ผู้ป่วยรับได้ วันที่ 3 หลังผ่าตัด ไม่มีไข้ รับประทานอาหารอ่อนได้ ท้องไม่อืด แผลผ่าตัดแห้งดี วันที่ 4 หลังผ่าตัด ไม่มีไข้ ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น รับประทานอาหารได้ท้องไม่อืด แผลผ่าตัดแห้งดี ปัสสาวะปกติ ถ่ายอุจจาระปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมนอนโรงพยาบาล 3 วัน นัดฟังผลตรวจ ชิ้นเนื้ออีก 1 เดือน และผู้ป่วยมาตามนัดผลตรวจชิ้นเนื้อ Chronic follicular salpingitis

ผลการตรวจ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นดังนี้

ผลตรวจที่เหมือนกันคือ

1.ตรวจพบมีของเหลวในช่องท้องจากผลการตรวจ Ultrasonography หน้าท้องโป่งตึง

2. มีภาวะ Shock รายที่ 1 Hct 27.6 % BP 74/44 mmHg รายที่ 2 Hct 25.5 % BP 88/60 mmHg

3. พบการตั้งครรภ์จากการตรวจปัสสาวะ

ผลการตรวจที่แตกต่างกันคือ

1. รายที่1 มีอาการแบบเฉียบพลัน ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ส่วนรายที่ 2 ค่อยเป็นค่อยไปก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน

2. รายที่ 1 ยังไม่เคยมีบุตร รายที่ 2 มีบุตรแล้ว 1 คนอายุ 14 ปี

3. ค่ารักษารายที่ 1 มากกว่ารายที่ 2

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจพิเศษที่สำคัญ

1. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อธิบายได้ว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าแรกรับมีค่า WBC Count และค่า Neutrophil สูงกว่าปกติแสดงว่ามีการติดเชื้อในร่างกายเป็นผลจากการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

2. รายที่ 1ค่า HCO3 ต่ำกว่าปกติคือ 18.2 บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะ metabolic acidosis รายที่ 2 ปกติ

3. ผลการตรวจ Pathology ทั้ง 2 ราย เหมือนกันคือ Ruptured tubal pregnancy with hemorrhage แต่รายที่ 2 มี Chronic follicular salpingitis ร่วมด้วย

การเปรียบเทียบแผนการดูแลสุขภาพ 11 แบบ ของกอร์ดอน พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาสุขภาพทุกด้าน ยกเว้น บทบาทและสัมพันธภาพ คุณค่าและความเชื่อถือจากตารางที่ 3 การประเมินแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอนผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลในแต่ละแบบแผนมาวิเคราะห์และกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีร่วมกันและแตกต่างกันตามระยะของการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่และกิจกรรมการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
1. สาเหตุหรือปัจจัยของการเกิดโรค	- มีบุตรยาก มีโอกาสตั้งครรภ์และเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้	- กินยาคุมกำเนิดต่อเนื่อง10ปี ทำให้การทำงานของท่อรังไข่และรังไข่ผิดปกติ ทำให้การเดินทางของตัวอ่อนไปฝังตัวในโพรงมดลูกลำบาก ทำให้เกิดภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกได้	- การมีบุตรยากและการกินยาคุมกำเนิดเป็นสาเหตุทำให้ตั้งครรภ์นอกมดลูกทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ต้องได้รับการผ่าตัด ตัดท่อนำไข่ทั้ง2 ราย แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ต้องได้รับการรักษาภาวะอักเสบในอุ้งเชิงกรานร่วมด้วย
2.อาการและอาการแสดง	ปวดท้องน้อยมาก คลื่นไส้อาเจียน 3 ครั้งหน้าท้องโป่งตึง กดเจ็บทั่วท้อง	ปวดหน่วงท้องน้อย วิงเวียนหน้ามืดไม่มีคลื่นไส้อาเจียน	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยRupture ectopic pregnancy with hypovolemic shock วินิจฉัยได้ถูกต้องรวดเร็วสามารถผ่าตัดช่วยเหลือได้ทันเวลา
2. การรักษา	-ผ่าตัด Explore lap with left Salpingectomy with remove blood clot - ให้เลือด ทั้งหมด 5 ถุง -ยาแก้ปวด -ให้สารน้ำ -นอนโรงพยาบาล 3 วัน	- ผ่าตัด Explore lap with bilateral Salpingectomy with remove blood clot - ให้เลือด 2 ถุง - ให้สารน้ำ - ให้ antibiotic -นอนโรงพยาบาล 3 วัน	- สภาวะการเกิดโรคเหมือนกันการรักษาเหมือนกัน ต่างกันที่รายที่ 2 มีระยะการเกิดโรคนานกว่ารายที่ 1 ทำให้มีการอักเสบของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน
3.ข้อวินิจฉัยการพยาบาล - ระยะก่อนผ่าตัด (5 ข้อ)	-ปวดท้องมากเนื่องจากมีการแตกของท่อนำไข่ -ผู้ป่วยมีภาวะ Hypovolemic shock -เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพจากสูญเสียเลือดในร่างกาย -เกิดภาวะขาดสารน้ำและสารอาหารเนื่องจากมีคลื่นไส้อาเจียน -ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	-ปวดท้องมากเนื่องจากมีการแตกของท่อนำไข่ -ผู้ป่วยมีภาวะ Hypovolemic shock -เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพจากสูญเสียเลือดในร่างกาย -ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	-จัดให้ท่านอน Fowler's Position เพื่อลดแรงดันในช่องท้องลดการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง -ดูแลให้ได้รับเลือดและสารน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา -ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยทุก 5 นาที -ให้ O_2 Mask with bag 10 LPM เพื่อให้เซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกายมีออกซิเจนอย่างเพียงพอ -ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด Acetar 1,000 ml Ⓥdrip120ml/hr - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคที่เป็น จำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดผู้ป่วยรับทราบ

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่และกิจกรรมการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
		-มีภาวะอักเสบในอุ้งเชิงเชิงกราน	- อธิบายให้เข้าใจ แนะนำการรักษา การความสะอาดช่องคลอด - ให้ยา Antibiotic ตามแผนการรักษา
- ระยะผ่าตัด (4 ข้อ)	-มีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดมาก	-มีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดมาก	-. เลือกใช้ยาระงับความรู้สึกที่ทำให้หลอดเลือดตีบตัว คือ Ketamine ขนาด 75 mg iv เป็นตัวนำสลบ -ให้สารน้ำและเลือดทดแทนให้เพียงพอ -วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที
	-มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน	-มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน	-pre $O_2$100% 5-10 นาที - เตรียมอุปกรณ์ใส่ E.T ให้พร้อมและกรณีใส่ E.T ยากมีอุปกรณ์พร้อม - เตรียม Monitor ให้พร้อมใช้งาน - ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อเพื่อใส่ท่อหายใจได้ง่าย - ประเมินวัด O_2sat ตลอดเวลา
	- มีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ	- มีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ	- ป้องกันและลดการสูญเสียความร้อนจากร่างกายโดยเปิดเผยร่างกายเท่าที่จำเป็น จัดคลุมผ้าปลายมือปลายเท้า และให้ผ้าห่มไฟฟ้า บริเวณที่ห่มได้ - ดูแลบริเวณผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำ - ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายและดูแลไม่ให้ต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส
	-เสี่ยงต่อการตื่นช้าหลังเสร็จผ่าตัดเนื่องจากร่างกายมีภาวะ metabolic acidosis และสูญเสียเลือดมาก	-เสี่ยงต่อการตื่นช้าหลังเสร็จผ่าตัดเนื่องจากร่างกายสูญเสียเลือดมาก	-เลือกใช้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วยแต่ละราย -ปรับระดับความลึกยาสลบให้เหมาะสม -ดูแลวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที -ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดและสารน้ำอย่างเพียงพอ -บันทึก Intake/Output ทุก 1 ชั่วโมง
- ระยะหลังผ่าตัด (4ข้อ)	-เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังผ่าตัดเนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง	-เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังผ่าตัดเนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง	-ประเมินอาการช็อกได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น ติดตามความดันโลหิตและชีพจร -.ให้สารน้ำและเลือดตามแผนการรักษา -ใส่สายสวนปัสสาวะ สังเกตสีและจำนวนปัสสาวะควรออกมากกว่า 30 cc/hr -ประเมินระดับความปวดและภาวะซีด -ให้ออกซิเจน mask with bag 10ลิตร/นาที
	- ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการผ่าตัด	- ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการผ่าตัด	- ประเมินผลความปวดผู้ป่วยถ้า > 5 คะแนน ให้ยาแก้ปวดตามแนวทางการให้ยาแก้ปวดของวิสัญญี - อธิบายให้ผู้ป่วยทราบสาเหตุการปวดแผลเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา - จัดนอนท่า Fowler position - ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่และกิจกรรมการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
ระยะหลังผ่าตัด	-มีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัด -พร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วยหลังผ่าตัด	-มีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัด -พร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วยหลังผ่าตัด	-สังเกตอาการปวด บวม แดงและร้อน -ดูแลไม่ให้แผลถูกน้ำ -ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัด -แจ้งให้ผู้ป่วยทราบและอธิบายวัตถุประสงค์ของการช่วยเหลือกิจกรรมแบบ total care เพื่อให้ผู้ป่วยทราบ - ดูแลทำความสะอาดร่างกาย complete bed

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 เป็นดังนี้

ผลตรวจที่เหมือนกันคือ

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดมี 5 ข้อ ปวดท้องมาก, ผู้ป่วยมีภาวะ Hypovolemic shock ,พร่องออกซิเจน,ขาดน้ำ และวิตกกังวลการผ่าตัด

2. การพยาบาลขณะผ่าตัดมี 4 มีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดมาก, พร่องออกซิเจน , เสี่ยงต่อการตื่นช้าหลังเสร็จผ่าตัด และอุณหภูมิต่ำ

3. การพยาบาลหลังผ่าตัดมี 4 ข้อ คือ เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังผ่าตัด ,ปวดแผลผ่าตัด ,มีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วยหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาแตกต่างกันคือ

รายที่1มีภาวะ metabolic acidosis เสี่ยงต่อการตื่นช้าหลังเสร็จผ่าตัดมากกว่ารายที่ 2

รายที่ 2 มีภาวะอักเสบในอุ้งเชิงกราน ร่วมด้วย

สรุปกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นท้องนอกมดลูกแตกที่มีภาวะช็อกและได้รับการรักษาโดยผ่าตัดแบบฉุกเฉิน Fast tract โดยส่งต่อผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉิน ไปห้องผ่าตัดเลย ได้รับการให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general Anesthesia) ทำการผ่าตัด ตัดท่อรังไข่ทั้ง 1 ข้างและ 2 ข้าง ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยคือ เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะช็อก ที่เสียเลือดมาก ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงหรือไม่ขึ้นอยู่กับการคัดกรองการประเมินอาการให้การรักษาพยาบาลแรกรับ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนถึงผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จนผู้ป่วยดีขึ้นทั้ง 2 ราย นอนโรงพยาบาล 3วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะอักเสบในอุ้งเชิงกรานร่วมด้วย ได้รักษาให้ยาฆ่าเชื้อหลังตัดไหมแผลแห้งดี ผลชิ้นเนื้อพบมีการอักเสบของท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เกิดได้กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกราย หากประเมินอาการวินิจฉัย ดูแลรักษาพยาบาลล่าช้า อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการช็อกได้ จึงมีข้อเสนอแนะการพัฒนาการดูแลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก ดังนี้

1. การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล และกลัวเกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรูสึก การผ่าตัด และในด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะต้องได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งก่อน ระหว่างและหลังให้ยาระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ในการ ประเมินผู้ป่วย ยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก รู้วิธีเฝ้าระวัง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจ

เกิดขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที มีการประสานงานกับแพทย์ทีมผ่าตัด พยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอย่างมีระบบ เพื่อผู้ป่วยจะได้รับ การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินผล การให้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย เพื่อสอนและ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับ การบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[4-6]

2. ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการผ่าตัดท่อนำไข่ 1ข้างและ2ข้าง ซึ่งต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างมากโดยเฉพาะรายที่ 1ที่กังวลในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปเพราะการผ่าตัดในช่องท้องจะทำให้เกิดพังผืดดึงรั้งมีแผลเป็นเกิดขึ้น ปีกของมดลูกและรังไข่เหลือเพียงข้างเดียวซึ่งเป็นปัญหาต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำได้อีกและเสี่ยงต่อการมีบุตรยากอีก แต่โดยปกติแล้วแพทย์ที่ผ่าตัดจะพยายามดูแลรักษาปีกมดลูกที่เหลือไว้ให้ดีที่สุด เพื่อให้สามารถตั้งครรภ์ได้ตามปกติ

3.พัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยสูตินรีเวช การเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะวิกฤติในผู้ป่วยที่สงสัยตั้งครรภ์นอกมดลูก และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติได้อย่างรวดเร็ว

4.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และใช้เครื่องมือพิเศษ เพื่อประเมินอาการและให้การรักษาพยาบาลได้ถูกต้องรวดเร็ว เพื่อลดความเสี่ยงที่รุนแรง

5.ควรมีการประเมินสภาพครอบครัว สังคมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล การวางแผน เตรียมความพร้อมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลสุขภาพและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. ปริญญา ราชกิจ. การตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาลลำปลายมาศ.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ-สุรินทร์-บุรีรัมย์ ; 2560
2. เฟื่องลดา ทองประเสริฐ . ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ;2557
3. มานี รักษาเกียรติศักดิ์ และคณะ. ตำราวิสัญญีพื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ;2560
4. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. การคัดเลือกยาสาขาวิสัญญีวิทยาและการระงับปวด. พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ;2558
5. วิชัย อิทธิชัยกุลฑล. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท ส.เอเชียเฟรส จำกัด ;2558
6. อังกาป ปราการัตน์. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : 10-พลัสพริ้น;2556

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย

NURSING CARE FOR SEPTIC SHOCK:CASE STUDY 2 CASE.

(Received: December 3,2023 ; Revised: December 6,2023 ; Accepted: December 11,2023)

เพ็ญประภา แสงพิศาล[1]
Penprapa Saengpisal[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การสังเกต วิเคราะห์โดยเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 57 ปี อาการสำคัญ ไข้ ปวดตามตัวมา 3 วัน มีประวัติลุยน้ำ ได้รับการวินิจฉัย Severe Leptospirosis และ Septic shock ได้รับการรักษาตาม sepsis protocol แก้ไขปัญหาจนผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทยอายุ 67 ปี อาการสำคัญ ไข้ ปวดท้อง ถ่ายเหลว มา 3 วัน แพทย์วินิจฉัย Enteritis และ Septic shock ได้รับการรักษาตาม sepsis protocol แก้ไขปัญหาจนผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ : การพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะช็อกจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ABSTRACT

This research was case study aimed to compare nursing care of patients with Septic shock who were admitted to the inpatient department at Kuchinarai Crown Prince Hospital after receiving emergency department services. The study instruments consisted of (1) Medical record (2) History taking (3) Observation . The collected data were analyzed by comparing Health pattern ,Pathology,Signs and Symptoms ,Treatment ,Nursing Diagnosis and Nursing care in Critical phase Continuing phase and Discharge phase.

The Study findings show that in Case 1, a 57-year-old Thai male patient presented with fever and body pain for three days. He had a history of wade.He was diagnosed with Severe Leptospirosis, and Septic Shock. He received treatment following the sepsis protocol and discharged home.In Case 2, a 67-year-old Thai female presented with fever, abdominal pain, and diarrhea for three days. She was diagnosed with Enteritis and Septic Shock. She received treatment following the sepsis protocol. and discharged home.

Keyword: Nursing care**,** Sepsis, Septic shock

บทนำ

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดจากเมื่อร่างกายติดเชื้อและเข้าสู่ร่างกายเชื้อโรคจะสร้างสารพิษ(Toxin) ส่งผลให้มีการกระตุ้นกระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้เซลล์เสื่อมสภาพ หลอดเลือดเกิดการขยายตัวสูญเสียความสามารถในการซึมผ่าน มีการลดลงของสารต้านการแข็งตัวของเลือดเกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation: DIC) ส่งผลให้มีลิ่มเลือดขนาดเล็กอุดตันในหลอดเลือด ขัดขวางระบบไหลเวียนเลือด อวัยวะต่างๆทำงานผิดปกติ รวมถึงการทำงานของหัวใจด้วย ตามมาด้วยภาวะช็อกและเสียชีวิตในที่สุดหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที[1,2] นับเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก โดยพบว่ามี

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี 2017 จำนวน 48 ล้านรายทั่วโลกและมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 11ล้านราย และเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) มีอัตราการเสียชีวิตสูงติด 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตทั่วโลก[3] สอดคล้องกับสถิติในประเทศไทยที่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ175,000ราย/ต่อปี เสียชีวิตประมาณ 45,000ราย/ต่อปี โดยอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี 2562-2564 เท่ากับ 32.92 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร พบอัตราการเสียชีวิตในเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 156.8 และ 118 ต่อแสนประชากร[4]

เขตสุขภาพที่ 7 จากสถิติในระบบฐานระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2566 พบอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired ปี พ.ศ. 2564 – 2566 ร้อยละ 33.09 , 34.75 และ 28.75 ตามลำดับ ในจังหวัดกาฬสินธุ์พบอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired ปี พ.ศ. 2564 – 2566 ร้อยละ 33.50 , 34.50 และ 25.61 ตามลำดับ[5] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired ปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 13.6 , 14.7 และ 16.7 ตามลำดับ (สรุปตัวชี้วัดจากทีมนำการพัฒนาคุณภาพบริการสาขาอายุรกรรม) ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดน้อยกว่าโรงพยาบาลจังหวัด เพราะมีการส่งต่อผู้ป่วยที่อาการรุนแรงไปโรงพยาบาลจังหวัด

จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์พบว่าผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลล่าช้า มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) เมื่อแรกรับร้อยละ 56.52 เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 60.87 มีโรคประจำตัวร้อยละ 69.57 โรคประจำตัวที่พบมากคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคตับแข็ง ซึ่งมีภูมิต้านทานโรคต่ำเมื่อมีภาวะติดเชื้อส่งผลให้เกิดความรุนแรง จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเลือกผู้ป่วย 2 ราย มาศึกษาเปรียบเทียบ เรียนรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำมาใช้ปรับปรุงกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีประสิทธิภาพและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจาการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เดือนมีนาคม 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2566 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่องและระยะการวางแผนจำหน่าย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ข้อมูลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	57 ปี	67 ปี
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 6	ประถมศึกษาปีที่ 6
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
อาชีพ	เกษตรกร	เกษตรกร
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพ	บัตรประกันสุขภาพ
ภูมิลำเนา	อ.กุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์	อ.กุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์
ผู้ดูแล	ภรรยา	สามีและลูกสาว
วันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	23 มีนาคม 2566	17 สิงหาคม 2566
วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	3 เมษายน 2566	22 สิงหาคม 2566
การวินิจฉัย	1. Severe leptospirosis	1. Salmonella enteritis
	2.Acute kidney injury	2.Acute kidney injury
	3.Thrombocytopenia	3. Hypokalemia
	4.Hypokalemia	4.Septic shock
	5.Atrial fibrillation	
	6. Volume overload 7. Alcohol withdrawal 8. Hyponatremia	
	9. Septic shock	
การผ่าตัด/หัตถการ	ไม่มี	ไม่มี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้ ปวดเมื่อยตามตัวมา 3 วัน	ไข้ ปวดท้อง ถ่ายเหลวมา 3 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ปัสสาวะสีเหลืองเข้มแสบขัด ไอแห้งๆ คลื่นไส้ ไม่อาเจียน ไม่มีปวดข้อ ไม่มีเลือดออกผิดปกติ มีประวัติเข้าป่า ลุยน้ำ	3 วันก่อนหลังรับประทานแกงเห็ด ไข้ ปวดบิดท้องเป็นพักๆ ถ่ายเหลววันละ 3 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน อาเจียนวันละ 3 ครั้งรับประทานอาหารได้น้อยลง วันนี้เหนื่อยเพลียมากขึ้น ยังมีไข้ จึงมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	โรคประจำตัว Rheumatoid arthritis รับยาต่อเนื่อง ไม่เคยนอนโรงพยาบาล /คนในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว
โรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว	Rheumatoid arthritis รับยาต่อเนื่อง
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา
อาการแรกรับ	Admit เวลา 15.25 น.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/73 มิลลิเมตรปรอท NEWS Score= 1 serum lactate=3.0 oxygen saturation 98% ปวดตามตัว pain score 4/10 คะแนน platelet 12,000 ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ	Admit เวลา 22.45 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยเพลีย อุณหภูมิ 39.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 72/43 มิลลิเมตรปรอท NEWS Score=9 serum lactate=3.1 oxygen saturation 100% ขณะ on oxygen canular 3 ลิตร/นาที ปวดบิดท้องเป็นพักๆ pain score 5/10 คะแนน

ผลการศึกษา เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย โดยมีประเด็นเปรียบเทียบได้แก่ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง การรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลในระยะต่างๆ ดังมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ	ชายไทย 57 ปี อาชีพกรีดยางพารา ทำงานกลางคืน ดื่มสุราทุกวัน ใช้ยาบ้าบางครั้ง มีประวัติลงน้ำหาปลา มีไข้ ปวดตามร่างกายจึงมาโรงพยาบาล	หญิงไทยอายุ 67 ปี ไม่ได้ทำงาน ช่วยดูแลบ้าน ชอบรับประทานอาหารพื้นบ้าน หลังรับประทานเห็ด ปวดบิดท้อง ถ่ายเหลวอาเจียนมีไข้ จึงมาโรงพยาบาล	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ซึ่งเป็นอาการแสดงที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อ แต่มีประวัติที่เป็นสาเหตุเสี่ยงในการติดเชื้อที่ต่างกัน รายที่ 1 มีประวัติเสี่ยง ลุยน้ำ รายที่ 2 มีประวัติเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร
2.พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง	ที่ ER เวลา 11.30 น ไม่มีไข้ NEWS Score= 3 ที่ ward เวลา 16.00 น BT=37.5 C BP=135/73 mmHg NEWS Score= 1 Leptospirosis score= 25 มีภาวะ Acute kidney injury, Thrombocytopenia, Hepatitis แพทย์วินิจฉัย Severe leptospirosis เวลา 21.40 น มีภาวะ septic shock BP=81/51 mmHg Lactate= 3.0 NEWS Score= 6 EKG= AF	ที่ ER 18.32 น. BP=116/60 mmHg HR=130 ครั้ง/นาที NEWS Score=7 แพทย์วินิจฉัย Acute gastroenteritis with sepsis with Acute kidney injury เวลา 21.45 น. ที่ ward BP=74/62 mmHg NEWS Score = 9 lactate = 3.1 แพทย์ วินิจฉัย Septic shock	ผู้ป่วยรายที่ 1 วินิจฉัย severe leptospirosis จากอาการ ประวัติเสี่ยงลุยน้ำอยู่ในพื้นที่ระบาด และคะแนน leptospirosis score ผู้ป่วยรายที่ 2 วินิจฉัย enteritis with sepsis ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะ septic shock หลังมาโรงพยาบาล 10 ชั่วโมง รายที่ 2 มีภาวะ septic shock หลังมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง พบอวัยวะล้มเหลวจากการติดเชื้อต่างกัน รายที่ 1 มีความรุนแรงมากกว่า
3. การรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	-Load 0.9%NSS 2,000 ml then 120 ml/hr -Levophed(4:250) IV drip 10 ml/hr titrate ครั้งละ 5 ml q 15 นาที keep MAP ≥65 mmHg -Hydrocortisone 100 mg IV stat then 200 mg drip in 24 hr - Ceftriaxone 2 gm IV -Doxycyclin(100) 1x2 pc -PGS 2 mu IV q 8 hr -platelet concentrate 10 unit IV drip in 30 นาที (มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ) -Amiodarone 150 mg +5%DW 100 ml IV drip in 20 นาที then Amiodarone 900 mg drip in 24 hr (EKG AF)	-Load 0.9%NSS 1,500 ml และ load Ringer Acetate 1,000 ml then rate 80 ml/hr -Levophed(4:250) IV drip 10 ml/hr titrate ครั้งละ 5 ml q 15 นาที keep MAP ≥65 mmHg -Hydrocortisone 100 mg IV stat then 200 mg+5%DW 100 ml IV drip in 24 hr - Ceftriaxone 2 gm IV OD	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้ volume resuscitation ตาม sepsis guideline 2021 ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้ 0.9%NSS อย่างเดียวเพราะมีภาวะตับอักเสบจึงไม่ให้ Ringer Acetate ส่วนรายที่ 2 ได้ทั้ง 0.9%NSS และ Ringer Acetate เป็น balanced crystalloids ตามแนวทางของ sepsis guideline 2021[6] เมื่อได้สารน้ำครบผู้ป่วยรายที่ 1 ได้ประเมิน volume status โดยทำ Ultrasound IVC รายที่ 2 ไม่ได้ประเมิน และผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้ยากระตุ้นความดันโลหิตคือ Levophed เป็นตัวแรก ได้ corticosteroid คือ Hydrocortisone ได้การติดตามระดับ serum lactate เพื่อประเมินซ้ำ

ตารางที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3. การรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด			ได้ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย ตาม sepsis guideline 2021[6]
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1.ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2.มีภาวะไตวายเฉียบพลัน 3. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจาก Hypokalemia 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต 5.เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตามหลัก M-E-T-H-O-D 6.เสี่ยง ต่อภาวะ Cardiac Output ลดลงเป็นผล จากการบีบตัว ของ หัวใจผิดปกติชนิด AF 7.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากจากเกล็ดเลือดต่ำ 8.มีภาวะตับอักเสบ	1.ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2.มีภาวะไตวายเฉียบพลัน 3. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจาก Hypokalemia 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต 5.เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตามหลัก M-E-T-H-O-D	พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันจำนวน 5 ข้อ(ข้อ 1 - ข้อ 5) และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาเพิ่มขึ้นจากผู้ป่วยรายที่ 2 จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 6- ข้อ 12)เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัจจัยที่ส่งเสริมให้ภาวะช็อกมีความรุนแรงมากกว่าคือ ดื่มสุราประจำทำให้อวัยวะล้มเหลวหลายระบบได้แก่ ไต ตับ การแข็งตัวของเลือด หัวใจเต้นผิดปกติ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีอวัยวะที่ล้มเหลวอย่างเดียวคือ ไต ผู้ป่วยรายที่ 1 ช่วงที่นอนโรงพยาบาลไม่ได้ดื่มสุราทำให้มีภาวะ
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	9.เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุจากภาวะ Alcohol withdrawal 10.มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดแปรปรวนเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และได้รับ ยาสเตียรอยด์ 11.มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำเนื่องจากการทำงานของไตบกพร่องและได้รับสารน้ำปริมาณมากในการ resuscitation 12.เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyponatremia		Alcohol withdrawal

ผลลัพธ์

ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศชายมีประวัติดื่มสุราประจำ ได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ได้แก่ ไตวายเฉียบพลัน ตับอักเสบ เกล็ดเลือดต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะน้ำเกินหลังจากภาวะช็อก มีภาวะสับสนจาก Alcohol withdrawal ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการ วิเคราะห์วางแผนให้การรักษาพยาบาลจนผู้ป่วยปลอดภัย ผ่านพ้นระยะวิกฤต อวัยวะที่ล้มเหลวฟื้นตัวดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 11 วัน นัดติดตามผลอีก 2 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง สูงอายุ มีโรคประจำตัว Rheumatoid arthritis รับยาต่อเนื่องได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะไตวายเฉียบพลัน มีอวัยวะล้มเหลวน้อยกว่ารายที่ 1 ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนผ่านพ้นระยะวิกฤต การทำงานของไตดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 5 วัน นัดฉีดยาฆ่าเชื้อต่อจนครบ 7 วัน และนัดติดตามผลอีก 1 สัปดาห์

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการประเมินและดูแลจากสหวิชาชีพ และการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายจนมีความพร้อมและมั่นใจ สามารถกลับดูแลตนเองที่บ้าน มีการประสานส่งต่อข้อมูลกับทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชนตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยจำหน่าย

อภิปรายผล

จากกรณีผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาล่าช้ามาโรงพยาบาลหลังมีอาการ 3 วัน พบมีภาวะช็อกตั้งแต่วันแรกที่นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถ early detect ภาวะ sepsis ได้ตั้งแต่แรกที่ห้องฉุกเฉิน ด้วย NEWS Score (National Early Warning Score) early antibiotic หลังวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง และส่งตรวจ H/C ก่อนให้ยา ต่อมาได้ติดตามความรุนแรงของการติดเชื้อโดย NEWS Score ทำให้สามารถคัดกรองภาวะช็อกได้รวดเร็ว ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติในช่วงที่มีภาวะช็อก[6] ได้รับการรักษาตามแนวทาง surviving sepsis guideline 2021[7] ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้ early resuscitation รับการพยุงระบบไหลเวียนโลหิตโดย fluid resuscitation ให้เพียงพออย่างน้อย 30 ml/kg ใน 3 ชั่วโมงแรก ชนิดสารน้ำเป็น crystalloids แต่ชนิดสารน้ำที่ได้ต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้ 0.9% NSS เนื่องจากการทำงานของตับผิดปกติ ส่วนรายที่ 2 ได้ Ringer Acetate ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการประเมินความเพียงพอของสารน้ำโดย ultrasound IVC ส่วนรายที่ 2 ไม่ได้ประเมินตามแนวทาง หลังได้สารน้ำเพียงพอผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้ยาเพิ่มความดัน คือ Levophed เพื่อรักษาค่าความดันโลหิตเฉลี่ย MAP ≥65 mmHg และส่งตรวจระดับ lactate เพื่อติดตามความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีระดับ Lactate สูงบ่งชี้ถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้ corticosteroids ด้วยหลังได้สารน้ำและยาเพิ่มความดัน เพราะฮอร์โมนในกลุ่ม steroid จะทำงานร่วมกับฮอร์โมน Aldosterone ในการควบคุมสารน้ำและเกลือแร่ในหลอดเลือดซึ่งจะส่งผลทางอ้อมในการเพิ่มความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ป่วยรายที่ 2 มีระดับน้ำตาลสูงเนื่องจากมีภาวะตับอักเสบได้ insulin เป็นระยะๆ หลังฟื้นตัวจากระยะช็อกผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะน้ำเกินต้องได้รับยาขับปัสสาวะ สาเหตุเกิดจากการให้ fluid resuscitation ร่วมกับผู้ป่วยมีปัญหาหัวใจเต้นผิดปกติและภาวะไตวายเฉียบพลันมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งไม่มีภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีเกล็ดเลือดต่ำจากภาวะตับอักเสบจนได้รับเกล็ดเลือดทดแทนเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในร่างกาย ผู้ป่วยรายที่ 1 ใช้เวลาในการรักษาพยาบาลให้พ้นภาวะช็อกนานกว่าและใช้เวลาในการนอนหอผู้ป่วยวิกฤตนานกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 เนื่องจาก ผู้ป่วยรายที่ 1 มีพฤติกรรมดื่มสุราทุกวันเมื่อมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อจึงส่งผลให้อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ได้แก่ ไตวายเฉียบพลัน ตับอักเสบ เกล็ดเลือดต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ และมีภาวะ Alcohol withdrawal หลังหยุดดื่มสุรา ผู้ป่วยรายที่ 2 สูงอายุ และมีโรคประจำตัว Rheumatoid arthritis มีอวัยวะที่ล้มเหลวคือ ไตวายเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ Umberger และคณะในปี 2015[8] และ การศึกษาของ Gustot และคณะ ในปี 2017[9] พบว่าผู้สูงอายุ เมื่อมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะส่งผลให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และอัตราการเสียชีวิตสูง

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤติที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง การติดเชื้อมีผลกระทบทำให้อวัยวะสำคัญในร่างกายล้มเหลว ถ้าได้รับการวินิจฉัย ดูแลรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็วจะส่งผลให้อวัยวะที่ล้มเหลวคืนสู่ภาวะปกติได้ พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ คัดกรองผู้ป่วยเพื่อวินิจและรักษาตาม Sepsis guide line เฝ้าระวัง ติดตามและรายงานอาการเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาภาวะช็อก สามารถรายงานแพทย์เมื่อมีภาวะผิดปกติ การปฏิบัติการ

พยาบาล ที่ต้องอาศัยความรู้ และทักษะตั้งแต่ ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู การประเมินการใช้เครื่องมือที่สำคัญ ตลอดจนระยะวางแผนจำหน่ายตามหลัก METHOD ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล อาการทุเลาสามารถกลับบ้านไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1.กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วย sepsis/septic shock ของโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน มีระบบการประเมินและเฝ้าระวังการปฏิบัติตามแนวทางให้ได้มาตรฐาน และสอดคล้องนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

2.พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis/septic shock

3.วางระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การบริหารจัดการเตียงเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติได้รับการดูแลที่เหมาะสม

4.รณรงค์ให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ และอาการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1.ทิฏฐิ ศรีวิสัย และวิมล อ่อนเส็ง. (2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 9(2), 152-162.

2. Singer,M, Deutschman,C. S., Seymour,C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., & Bauer, M. et al. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). Jama, 315(8), 801-810.https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287

3. World Health Organization. Sepsis [Internet]. [cited 2023 Nov 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis

4.กระทรวงสาธารณสุข. (2564). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2565 จาก http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1448

5.กระทรวงสาธารณสุข.HDC [อินเทอเน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2566]. เข้าถึงจาก: https://ryg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php

6. พิกุลทอง ลุนสำโรง.(2563). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด(SepticShock) : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 5(4). 209-221

7. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al.(2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 47(11):1181–247.

8.Umberger R, Callen B, Brown ML. (2015). Severe sepsis in older adults. Crit Care Nurs Q. 38(3):259–70.

9.Gustot T, Fernandez J, Szabo G, Albillos A, Louvet A, Jalan R, et al. (2017). Sepsis in alcohol-related liver disease. J Hepatol. 67(5):1031–50.

ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โดยรูปแบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ

Effects of caring for Diabetic Patients Using Insulin Injections by Remote pharmacy service model in the Diabetes Clinic, Ban Thaen Hospital, Chaiyaphum Province

(Received: December 3,2023 ; Revised: December 10,2023 ; Accepted: December 11,2023)

อาจารี สถานเมือง[1]
Acharee Sathanmuang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านแท่น ต่อผลการรักษา ความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลิน ทั้งแบบปากกา และแบบใช้ ไซริงค์ อินซูลิน และ ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา โดยใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่าง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาฉีดอินซูลินทั้งแบบ ไซริงค์ อินซูลิน และแบบปากกา ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านแท่น ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2566 จำนวน 35 คน โดยการคัดเลือกตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง มีประวัติการมาไม่ตรงนัด หรือขาดนัด 2 visit ขึ้นไป และมีคุณสมบัติอื่นๆ เข้าตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เริ่มให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) ตั้งแต่ 20 กรกฎาคม 2566 ถึง 2 ตุลาคม 2566 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกประวัติ ผลการรักษา และปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการบริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน มีผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีขึ้น โดยพบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) ลดลง ช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและยา รักษาเบาหวาน, เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้นี้ยังช่วยให้เภสัชกรค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนนัด รวมถึงทั้ง ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ มีระดับความพึงพอใจระดับ “มากที่สุด”ในการให้บริการ

คำสำคัญ ผู้ป่วยเบาหวาน ยาฉีดอินซูลิน การบริการเภสัชกรรมทางไกล

ABSTRACT

This research was the objective to study the results of telepharmacy services in diabetic patients who use insulin injections in the diabetes clinic, outpatient department. Ban Thaen Hospital on treatment results, knowledge, and cooperation in using insulin injections, both pen types and use insulin syringes and search for problems from drug use using a research model It is action research (Action Research). sample group For this study were patients with type 2 diabetes who used both types of insulin injections . Insulin syringe and pen form who received treatment in diabetes clinic Outpatient Department, Ban Thaen Hospital From June 2023 to October 2023 Quantity : 35 _ people by selecting a sample Be specific, have a history of not coming to an appointment or missing an appointment for 2 or more visits , and have other qualifications according to the sample selection criteria. Started providing long-distance pharmacy services (Tele-pharmacy) From 20 July 2023 to 2 October 2023 Data were collected using questionnaires and history recording forms, treatment results, and patient drug use problems. Statistical data analysis including frequency, percentage, arithmetic mean.

Results of this research It was found that telepharmacy services in patients using insulin injections There were better results in treatment, with a decrease in the mean fasting plasma glucose (FPG) level.

[1] ภ.บ. (เภสัชกรรมคลินิก) กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ โรงพยาบาลบ้านแท่น

Helps increase knowledge about diseases and medicines Treat diabetes , increase cooperation in taking medicine among diabetic patients. It also helps pharmacists find, prevent, and resolve problems with patients' medication use. This means that patients do not have to come to the hospital before their appointment, including patients, relatives, or caregivers. and medical personnel There is a level of satisfaction. “ The most ” in service

Keywords Diabetic patients Insulin injection Remote pharmacy service

บทนำ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เผยสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องในวันเบาหวานโลก ปี 2565 พบปีที่ผ่านมามีผู้ป่วยทั่วโลกแล้ว 537 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที โดยประเด็นวันเบาหวานโลก ปี 2565 คือ Education to protect tomorrow มุ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ไม่ใช่แค่เฉพาะแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ แต่รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลด้วย โดยปี 2565 สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ได้กำหนดประเด็นวันเบาหวานโลก คือ Education to protect tomorrow มุ่งเน้นให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ไม่ใช่แค่เฉพาะแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ แต่รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลด้วย เพื่อการรักษาเบาหวานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตวายเรื้อรังฯลฯ[1] จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเบาหวานถึงร้อยละ 9.5 มีผู้เป็นโรคเบาหวานได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (FPG < 126 มก./ดล.) เพียง ร้อยละ 26.3[2] เมื่อเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาระเศรษฐกิจ ของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ[3] เป้าหมายของการดูแลรักษาโรคเบาหวาน คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นสามารถปฏิบัติได้หลายวิธีทั้งการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการรักษาโดยใช้ยา ได้แก่ ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดและยาฉีดอินซูลิน[4] ในกรณีการใช้ยาฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยควรมีความรู้และความเข้าใจในการใช้ยาฉีดอินซูลินที่ถูกต้องเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[5]

ในปี 2565 อำเภอบ้านแท่น พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานถึง 872.67 ต่อแสนประชากร (373 ราย) จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 2,750 รายในปี 2563 เป็น 3,029 รายในปี 2566 แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 26.90 (ในปี 2565) ข้อมูลจาก HDC สสจ. ชัยภูมิ 2566 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านแท่นมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรวมทั้งสิ้น 3,029 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้ยาแบบรับประทานจำนวน 2,532 ราย และกลุ่มใช้ยาฉีดอินซูลินจำนวน 497 รายข้อมูล ณ พฤษภาคม 2566 คิดเป็นร้อยละ 16.40 ของ

จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินที่รับยาที่โรงพยาบาลบ้านแท่น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียง ร้อยละ 21.42 และจากสถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินทั้งหมดในโรงพยาบาลบ้านแท่น จำนวน 497 ราย (ข้อมูลเวชระเบียนคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านแท่น, 2566) ร้อยละ 34.41 เป็นผู้ป่วยที่ขาดนัด/ผิดนัด/มาไม่ตรงนัด หรือมีญาติ ผู้ดูแลมารับยาแทน โดยมีสาเหตุปัจจัยด้านการเดินทาง ระยะทางไกล ไม่มีรถ ไม่มีคนพามา หรือต้องมากับผู้ป่วยคนอื่นที่อยู่หมู่บ้านเดียวกัน โดยจะได้เสียค่ารถน้อยลง (เหมารถ) จึงทำให้มาไม่ตรงนัด หรือ ผู้ป่วยที่สูงอายุเคลื่อนไหวลำบาก เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีระบบการเยี่ยมบ้าน แต่เป็นการติดตามเยี่ยมเป็นรายกรณี ในรายที่มีปัญหาเร่งด่วนเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์โดยการสอบถามหรือการใช้โทรศัพท์ภาพซึ่งเป็นการจัดบริการเฉพาะของวิชาชีพการพยาบาล เรียกว่าการพยาบาลดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ด้านการดูแลของวิชาชีพเภสัชกร ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานยังไม่มีการให้บริการการดูแลทางโทรศัพท์ ถึงแม้ปัจจุบันนโยบายการดูแลสุขภาพทางไกล (Tele-Health) ได้มีการดำเนินงานในโรงพยาบาลบ้านแท่น ซึ่งมีความพร้อมในด้านบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และองค์ความรู้ ในรูปแบบการดูแลสุขภาพทางไกล โดยการนำร่องการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านแท่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้บริการงานเภสัชกรรมชุมชน ยังไม่พบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) ซึ่งคาดว่าเภสัชกรสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยด้วย เทคโนโลยีการสื่อสารซึ่งผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางมาพบเภสัชกร แต่สามารถดูแลสุขภาพตนเองโดยการใช้ยาฉีดอินซูลินได้เป็นตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเหมือนการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินโดยรูปแบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานยาฉีด โรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ เพื่อเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานด้วยระบบเทคโนโลยีด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการบริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีด อินซูลิน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาฉีดอินซูลินทั้งแบบไซริงค์ อินซูลิน และแบบปากกา ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยา ฉีดอินซูลินทั้งแบบไซริงค์ อินซูลิน และแบบปากกา ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2566 ถึงเดือน ตุลาคม 2566 จำนวน 35 ราย โดยการคัดเลือกตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง ในการกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน โดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน (Taro Yamane,1973) คือ

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดย n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

N = จำนวนประชากร

e = ค่าคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าโดยจาก N คือ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดนัด หรือมาไม่ตรงนัด หรือ ให้ญาติมารับยาแทนมากกว่า 2

visit ตั้งแต่การนัดของแพทย์รอบเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนพฤษภาคม 2566 ที่มีค่า HbA1c $\geq$ 8% หรือ FPG $\geq$ 130 mg% และเป็นผู้ป่วยที่สื่อสารได้ ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 35 ราย และค่า e กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนได้ ร้อยละ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 36/2566 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ วันที่รับรอง 7 สิงหาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือผู้วิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญตามหลักงานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการศึกษาวิจัย เป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บข้อมูล และมีเครื่องมือช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การบันทึกเสียง และแบบจดบันทึก กล้องถ่ายรูป

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Indebt interview) ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบปลายเปิดในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group) เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม

แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีลักษณะ ดังนี้

1. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามเป็น แบบเลือกตอบถูก ผิด และไม่ทราบ

2. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดของ Morisky มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ เลือกตอบได้ 2 แบบ คือ ใช่ และ ไม่ใช่

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติ

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านแท่น เพื่อให้ได้ข้อมูลในการออกแบบหาความต้องการการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน โดยการศึกษาจากเอกสาร รายงานผลการดูแลผู้ป่วย เวชระเบียนผู้ป่วยและสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ ซึ่งเป็นการให้บริการดูแลทางไกลของคลินิกเบาหวาน โดยให้เภสัชกรร่วมดูแลผู้ป่วยในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล การเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และใช้แบบสอบถาม เพื่อประเมินผลด้านความร่วมมือ และด้านความรู้ โดยแบ่งเป็น 5 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 เดือนที่ 0 พบกลุ่มตัวอย่างที่ รพ. ครั้งที่ 1 ตรวจ FPG และHbA1C ประเมินความรู้เกี่ยวกับยาเบาหวาน ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 ดือนที่ 1 ติดตามการใช้ยาทางไกล ครั้งที่ 1 ติดตามการใช้ยาและปัญหาการใช้ยา

ครั้งที่ 3 เดือนที่ 2 พบกลุ่มตัวอย่างที่ รพ. ครั้งที่ 1 ตรวจ FPG และHbA1Cประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

ครั้งที่ 4 เดือนที่ 3 ตามการใช้ยาทางไกล ครั้งที่ 2 ติดตามการใช้ยาและปัญหาการใช้ยา

ครั้งที่ 5 เดือนที่ 4 พบกลุ่มตัวอย่างที่ รพ. ครั้งที่ 2 ตรวจ FPG และHbA1C ประเมินความรู้เกี่ยวกับยาเบาหวาน ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล โดยการประเมินด้านประเมินความรู้เกี่ยวกับยาเบาหวาน ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย และประเมินผลค่าของน้ำตาลในพลาสม่า (FPG), HbA1C และการใช้เครื่องมือแบบสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ การวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าสู่การศึกษาทั้งหมด 35 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.8) อายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 68.57) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 94.0) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 88.5) สิทธิการรักษา บัตรทอง (ร้อยละ 97.0) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 42.5) มีโรคร่วมนอกเหนือจากโรคเบาหวาน 2 โรค (ร้อยละ 51.4) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานและรับการรักษาเฉลี่ย 13.22 ± 5.95 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดูแลตนเอง (ร้อยละ 94.2) ในเรื่องการฉีดยาอินซูลินและการรับประทานยา

ผลลัพธ์ในการรักษาโรคเบาหวาน พบว่าหลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) ค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) ของกลุ่มตัวอย่างลดลงจาก 224.4±94.7 เหลือ 223.2±133.3 ลดลงเช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ลดลง จาก10.7±3.17เป็น 10.6±2.35ดังผลลัพธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน พบว่าก่อนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 65.8) หลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูงแต่มีจำนวนมากขึ้น (ร้อยละ 94.2)

โดยพบว่าความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวานในหัวข้อการลืมฉีดยา ผู้ป่วยจะตอบผิดมากที่สุด คือ จากคำถาม *หากท่านลืมฉีดยาก่อนอาหาร สามารถฉีดยาอินซูลินหลังอาหารได้* ผู้ป่วยจะตอบว่า “ *ถูก* ” ซึ่งเป็นคำตอบที่ผิด เพราะยาฉีดอินซูลินที่ใช้ในโรงพยาบาลบ้านแท่นเป็นอินซูลินชนิดผสม หากลืมฉีดยาก่อนอาหารให้ฉีดระหว่างมื้ออาหารได้ หรือ ให้ฉีดหลังอาหารทันที โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวานหลังการให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) เพิ่มขึ้นจาก 14.71 ± 2.84 เป็น 17.05 ± 1.43

ผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าหลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล(Tele-pharmacy) ผู้ป่วยมีระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงในสัดส่วนที่สูงขึ้น โดยพบว่าหลังการให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) ค่าเฉลี่ย คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 5.00 ± 1.57 เป็น 6.54 ± 0.99

ผลลัพธ์ด้านการค้นหาปัญหาที่พบเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าชนิดของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ประสิทธิภาพการรักษา (ร้อยละ 68.57) สาเหตุของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ สาเหตุจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยลืมใช้ยา (ร้อยละ 77.14) รองลงมา คือ ใช้ยาหรือบริหารยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง (ร้อยละ 22.86) การแก้ไขปัญหาจะใช้หลาย วิธีร่วมกัน วิธีที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ การให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 91.43) จากการเก็บข้อมูลพบว่าปัญหาจากการใช้ยาได้รับการแก้ไข (ร้อยละ 100) แต่มีผู้ป่วย 1 รายที่มีอาการข้างเคียงจากที่เบาหวานขึ้นตา คือตามัว ได้ไปรับการรักษา

ที่โรงพยาบาลชัยภูมิแล้ว แต่เมื่อแพทย์นัดตรวจอีกครั้งไม่ได้ไปตามนัดเพราะติดปัญหาด้านการเงิน ในเบื้องต้นได้ส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆที่สามารถดูแลได้ ต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวทางของ PCNE

ปัญหาเกี่ยวกับยา	รายละเอียด	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ชนิดของปัญหา (P)			
P1 ประสิทธิภาพการรักษา	ได้ผลการรักษาจากยาไม่พอ	24	68.57
P2 ความปลอดภัยของการรักษา	ผลข้างเคียงจากยา	11	31.43
สาเหตุของปัญหา (C)			
C5 การจ่ายยา	ได้รับยาไม่ถึงวันนัด	0	0
C6 ขั้นตอนการใช้ยา	ใช้ยาหรือบริหารยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง	8	22.86
C7 สาเหตุจากผู้ป่วย	ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้ถูก	0	0
	ผู้ป่วยลืมใช้ยา	27	77.14
	ผู้ป่วยเก็บรักษายาไม่เหมาะสม	0	0
การแก้ไขปัญหา (I)			
I1 แพทย์ผู้สั่งใช้ยา	แจ้งแพทย์ผู้สั่งใช้ยา	1	2.86
I2 ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	ให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย	32	91.43
	ให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ญาติ	0	0
I3 ตัวยา	เปลี่ยนยาใหม่	0	0
I4 อื่นๆ	ส่งต่อ อสม. ในพื้นที่เพื่อติดตาม	2	5.71
ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา (O)			
O1 ได้รับการแก้ไขทั้งหมด		35	100.00
O2 ได้รับการแก้ไขบางส่วน		0	0

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ในหัวข้อต่างๆ ได้แก่ ความรู้ที่เภสัชกรให้มีความเหมาะสมและเข้าใจง่าย, และระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามการใช้ยาทางไกลมีความเหมาะสม พบว่าผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจระดับ “มากที่สุด” ในทุกหัวข้อ

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-debt interview) ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ 8 ราย โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ผ่าน video call line 5 ราย และ สัมภาษณ์โดยตรง 3 ราย มีประเด็นคำถามและข้อคิดเห็น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-debt interview) ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

ประเด็นคำถาม	ประเด็นคำตอบ/ข้อแนะนำ-เสนอแนะ
1. มุมมองด้านการดำเนินงานของโครงการวิจัย	1. เป็นโครงการคล้ายๆ โครงการ R9 Health stationคือการดูแลผู้ป่วยผ่านทางapplication line แต่อาจจะทำได้ง่ายกว่า 2. สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ดีมาก เพราะมีหลายช่องทาง ได้แก่ ระบบ tele-medicine ของโรงพยาบาล ระบบ line ของเภสัชกรกับผู้ป่วย หรือญาติโดยตรง และ การโทรศัพท์
2. มุมมองด้านปัญหาและอุปสรรค	1. เวลาในการให้บริการของผู้ป่วยและเภสัชกรอาจจะไม่ตรงกัน 2. สัญญาณอินเตอร์เนทหรือสัญญาณโทรศัพท์น่าจะเป็นปัญหาหลักในการดำเนินโครงการ

ตารางที่ 2 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-debt interview) ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

ประเด็นคำถาม	ประเด็นคำตอบ/ข้อแนะนำ-เสนอแนะ
3. มุมมองด้านการนำไปใช้ประโยชน์	1. นำไปใช้กับผู้ป่วยที่มี CKD stage ที่แย่ลงแต่ไม่มีอาการผิดปกติร้ายแรงเพราะเป็นไปตามวัย อาจจะใช้วิธีนี้ในการเยี่ยมผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องให้มารับยาที่โรงพยาบาล 2. เป็นการศึกษาที่ดีมากเพราะจุดประสงค์หลักของการให้การพยาบาลคือให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากที่สุด 3. จะเป็นประโยชน์มากในผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมาโรงพยาบาล
4. มุมมองด้านความรู้หรือการพัฒนาบุคลากร	1. บางครั้งปัญหาของผู้ป่วยมีความซับซ้อนมากบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องมีความรู้ที่มากขึ้น

ผลการสนทนากลุ่ม (Focus group) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ผ่าน video call line 4 ราย และ สัมภาษณ์โดยตรง 6 ราย มีประเด็นคำถามและข้อคิดเห็น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการสนทนากลุ่ม (Focus group) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ประเด็นคำถาม	**ประเด็นคำตอบ/ข้อแนะนำ-เสนอแนะ**/ข้อสังเกต
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	ผู้ดูแลมี อายุระหว่าง40-45 ปี ส่วนใหญ่ทำงานที่บ้านและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา
2. ระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน	มีความรู้อยู่ในระดับสูง สามารถใช้ยาได้ถูกต้องตามฉลากยา ให้ยาตรงเวลา เก็บยาได้ถูกต้อง
3. ระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน	ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยได้ดีมาก (จากการสังเกตของผู้วิจัย) แต่บางครั้งตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) มีความดื้อไม่เชื่อฟังคำแนะนำของผู้ดูแล
4. ระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล	มีความพึงพอใจมากที่สุด เป็นโครงการที่ดีมาก

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โดยรูปแบบการบริการเภสัชกรรมทางไกลในคลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.8) อายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 68.57) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 94.0) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 88.5) สิทธิการรักษา บัตรทอง (ร้อยละ 97.0) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 42.5) ผลลัพธ์ในการรักษาโรคเบาหวาน พบว่าหลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) ค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) ของกลุ่มตัวอย่างลดลง จาก 224.4±94.7 เหลือ 223.2±133.3 เช่นเดียวกับ ค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ลดลง จาก10.7±3.17เป็น 10.6±2.35 ผลลัพธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน พบว่าก่อนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 65.8) หลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี ระดับความรู้อยู่ในระดับสูงแต่มีจำนวนมากขึ้น (ร้อยละ 94.2) ผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าหลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล(Tele-pharmacy)ผู้ป่วยมีระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงในสัดส่วนที่สูงขึ้น โดยพบว่าหลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) ค่าเฉลี่ย คะแนน

ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 5.00 ± 1.57 เป็น 6.54 ± 0. สอดคล้องกับผลการศึกษาของติยา รัตน์ ภูติยา และ คณะ[5] , พุทธิดา โภคภิรมย์ และ กรกมล รุกขพันธ์[6] , ปริตตา ไชยมล และคณะ[7] , สมมนัส มนัสไพบูลย์ และคณะ[8] ซึ่งผลการศึกษาทั้ง 3 ด้าน ให้ผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกัน อาจเป็นเพราะการเยี่ยมบ้านหรือการบริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) เภสัชกรสามารถใช้เวลาในการบริบาลเภสัชกรรม ให้ความรู้และทบทวนการใช้ยาแก่ผู้ป่วย ได้อย่างเต็มที่ แตกต่างกับการให้บริการหน้าห้องยาที่เภสัชกรต้องทำงานแข่งกับเวลาเนื่องจากมีผู้รอรับบริการเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวันที่เป็นคลินิกโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์ด้านการค้นหาปัญหาที่พบเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าชนิดของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ประสิทธิภาพการรักษา (ร้อยละ 68.57) สาเหตุของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ สาเหตุจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยลืมใช้ยา (ร้อยละ 77.14) รองลงมา คือ ใช้ยาหรือบริหารยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง (ร้อยละ 22.86) การแก้ไขปัญหาจะใช้หลาย วิธีร่วมกัน วิธีที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ การให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 91.43) จากการเก็บข้อมูลพบว่าปัญหาจากการใช้ยาได้รับการแก้ไข (ร้อยละ ๑๐๐) แต่มีผู้ป่วย 1 รายที่มีอาการข้างเคียงจากที่เบาหวานขึ้นตา คือตามัว ได้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิแล้ว แต่เมื่อแพทย์นัดตรวจอีกครั้งไม่ได้ไปตามนัดเพราะติดปัญหาด้านการเงิน ในเบื้องต้นได้ส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆที่สามารถดูแลได้ต่อไป ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-debt interview) ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และ ผลการสนทนากลุ่ม (Focus group) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่างานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่สามารถทำได้จริงและผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด โดยระดับความพึงพอใจของทั้งบุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้องและญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับ ดีมาก เช่นเดียวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ อีกทั้ง การบริการเภสัชกรรมทางไกลนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ในการรักษาที่เป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น แต่อาจจะต้องทำแบบต่อเนื่อง 2-3 เดือน ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะเกิดความเบื่อหรือไม่มีกำลังใจในการควบคุมระดับน้ำตาล สอดคล้องกับการศึกษาของจารุมน ลัคนาวิวัฒน์ และคณะ[9] การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ฉัตรประอร งาม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม[10]

ข้อเสนอแนะ

1. ผลจากการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วย หรือ ผู้ดูแล ในผู้ป่วยแบบประคับประคองในเรื่องการใช้ยา เช่น ยาระงับปวดกลุ่ม strong opioids ในผู้ป่วยมะเร็งเป็นต้น

2. เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์หรือมีการพัฒนาต่อไป การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต ควรเพิ่มการขยายขอบเขตการวิจัย หรือ การศึกษาประชากรกลุ่มอื่นๆ หรือใช้การศึกษาเปรียบเทียบ

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค.(2564). รณรงค์วันเบาหวานโลก 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2566].เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc

2.วิชัย เอกพลากร.(2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

3.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2560) แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.

4.กรองแก้ว พรหมชัยศรี, สงวน ลือกิจบัณฑิต, วรนุช แสงเจริญ.(2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การ ทดลองเชิงสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม. วารสารเภสัชกรรมไทย 11:648-58.

5.ติยารัตน์ ภูติยา, สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล, กุลชญา ลอยหา.(2566). การพัฒนาระบบบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินในเขตตำบลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19กรกฎาคม2566]. เข้าถึงได้จาก : https://journalrdi.ubru.ac.th/article_files/A1595053251.pdf

6.พุทธิดา โภคภิรมย์และ กรกมล รุกขพันธ์.(2563). ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ร่วมกับการให้ความรู้และการติดตามทางโทรศัพท์โดยเภสัชกร ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. ว.เภสัชกรรมไทย. 12:984-96.

7.ปริตตา ไชยมล, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต และ วรนุช แสงเจริญ. (2560). ผลของการให้ความรู้โดยเภสัชกรร่วมกับการใช้ภาพถ่ายแสดงวิธีการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ว.เภสัชกรรมไทย 9:475-88.

8.สมมนัส มนัสไพบูลย์, ผกามาส ไมตรีมิตร และ ศราวุฒิ อู่พุฒินันท์.(2560). ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง).ว.เภสัชศาสตร์อีสาน. 13:37-51.

9. จารุมน ลัคนาวิวัฒน์ มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์ ธีระยุทธ์ แซ่ฮ่อ.(2566). การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(1). 56-66

10. บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ และ น้ำเพชร สายบัวทอง.(2008) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ภายหลังเข้าโครงการ อบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม Rama Nurs J September - December 2008 หน้า289 – 297 https://www.rama.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/public/journal/2551/issue_03/02.pdf (เข้าถึงเมื่อ1 ตุลาคม 2566)

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The nursing of Decompressive Laminectomy Surgery Patients at Kalasin Hospital.

(Received: October 31,2023 ; Revised: November 15,2023 ; Accepted: November 22,2023)

อมรมาลี ภูมิเรืองศรี[1]
Amonmalee Phumruangsri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท 2) ให้ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลจากบัตรบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทที่มารับบริการที่ห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือนย้อนหลัง ระหว่างเดือนมีนาคม 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2566

ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีประเด็นปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลและนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและนำแนวคิดกระบวนการพยาบาลกำหนดไว้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนนำทักษะประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทมาใช้ พบว่าผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: กระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท, การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท

Abstract

This study iwas aimed 1.) To practice nursing care decompressive laminectomy surgery patients in kalasin hospital. 2.) Keep patients safe from complications during treatment at the hospital. storage cards medical records of decompressive laminectomy surgery patient admit at the service who underwent operative room building at kalasin hospital data were collected during the past 6 month in March 2023 to August 2023.

The results showed that all 2 patients. The problem is the same and different after the study was to analyze the issues nursing and is defined as concept and nursing diagnoses nursing process defined as covering both the physical, mental, emotional and social. As well as the skill, experience and expertise in the care of decompressive laminectomy surgery patients used. Found that the of patient was safe and had no complications.

Keyword : Lumbar spinal stenosis, the nursing of decompressive laminectomy surgery patients

บทนำ

ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นภาวะกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทจะพบได้ทุกช่วงอายุ แต่พบได้มากที่สุดอายุช่วง 50 ปีขึ้นไป จะพบได้ในเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ซึ่งอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจน ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวดหลังอย่างมากและเรื้อรัง, กล้ามเนื้อขาไม่มีแรง,ขาเหยียดตรงและยกขาได้ลำบาก ,ชาขาทั้งสองข้าง,ก้มเงยไม่ได้ปกติ อาการที่พบมีสาเหตุจากการทับเส้นประสาทของหมอนรองกระดูกที่อยู่ระหว่างช่องของกระดูกสันหลังจึงทำให้มีอาการดังกล่าว การรักษาเบื้องต้นด้วยการรักษาด้วยยา, ทำกายภาพบำบัด, การใส่อุปกรณ์พยุงกระดูก วิธีการรักษาเหล่านี้พบว่าได้ผลดีเฉลี่ย 40-50% ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรคและปัจจัยอื่นๆ ถ้าการรักษาเบื้องต้นไม่ประสบความสำเร็จ และผู้ป่วยในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการปวดหลังปวดเอวมากขึ้นและชาขาทั้งสองข้างจึงจำเป็นต้องรับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด[1-5]

วิธีการผ่าตัดแบบ Laminectomy ใช้วิธีดมยาสลบ (General anesthesia), ท่าผู้ป่วยนอนคว่ำบนเตียงผ่าตัด แพทย์จะทำการตรวจเช็คระดับของกระดูกสันหลังส่วนที่จะผ่าตัดโดยการใช้เอ็กซเรย์ก่อนและ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

หลังทำการผ่าตัด แผลผ่าตัดเป็นแผลแนวยาวกึ่งกลางลำตัว 5-12 เซนติเมตรและแพทย์จะทำการผ่าตัดเอากระดูก, เนื้อเยื่อรอบๆกระดูกและหมอนรองกระดูกส่วนที่กดทับเส้นประสาทออก ซึ่งใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 1.5- 3 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยได้รับรู้ว่าจะต้องทำการผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทจะเกิดปฏิกิริยา เช่น กลัว, หมอตรวจถูกแน่หรือว่าจะต้องผ่าตัดและมีคำถามต่อว่าหลังผ่าตัดเสร็จจะหายจากอาการดังกล่าวไหม,จะพิการไหม,จะมีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ ทั้งหมดที่ผู้ป่วยถามบ่งบอกถึงกลัวภาพลักษณ์และชีวิตจะเปลี่ยนไปในทางที่แย่ลง การพยาบาลผู้ป่วยจึงสำคัญทุกขั้นตอนเริ่มตั้งแต่การรับทราบข้อวินิจฉัยโรค แผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด[1,6]

จากสถิติบริการมีผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทที่มารับบริการที่ห้องผ่าตัดข้อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่า ปี 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 37 ราย, 36 รายและ 36 ราย [7] รับเข้าไว้ดูแลทั้งหมดตามลำดับ ฉะนั้นพยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัดที่ดูแลควรเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถมีความคล่องแคล่ว ว่องไวมีอารมณ์มั่นคง อดทนซื่อสัตย์มีปฏิญาณไหวพริบในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้เป็นอย่างดี ไม่ตื่นตระหนกตกใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต้องใช้สติปัญญาในการแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดีอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน[8-13]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายโดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน, ประวัติการเจ็บป่วย, ประวัติครอบครัว, ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกายและการรักษาของแพทย์เพื่อเป็นข้อมูลนำไปวิเคราะห์ที่จะประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทแล้วมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกันไป ในระหว่างเดือนมีนาคม 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2566 โดยเก็บข้อมูลจากสมุดบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย

การบริการพยาบาลผู้ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท มี 3 ระยะ คือ

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด
2. การพยาบาลขณะผ่าตัด
3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา

1.รายงานผู้ป่วย

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยวัย 50 ปี หน้าตาสะอาด ผมดำยาวถึงบ่า ผิวขาว รูปร่างอ้วน เดินมาเอง ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท และมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและโรคของตนเอง

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยวัย 65 ปี ผมดำแซมขาวตัดสั้น ผิวขาวเหลือง รูปร่างผอมสูง นั่งรถเข็นมาถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท และมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและโรคของตนเอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร่างกายตามระบบของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

หัวข้อประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ผิวหนัง	ผิวหนังชุ่มชื่น, อุ่นไม่บวม ผิวหนังบริเวณหัวนมลักษณะ หัวนมมีรอยบุ๋มเต้านมเท่ากัน	ผิวหนังเหี่ยวย่นพอสมควร , อุ่น ไม่บวม
ศีรษะใบหน้าและลำคอ	ศีรษะได้รูปขนาดปกติ รูปหน้าปกติ นัยน์ตาปกติ	ศีรษะได้รูป ขนาดปกติ รูปหน้าปกติ นัยน์ตาปกติ ใบหน้ามีรอยเหี่ยวย่น
ระบบหายใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงผิดปกติ หลอดเลือดดำที่คอไม่โป่ง	อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงผิดปกติ หลอดเลือดดำที่คอไม่โป่ง
ระบบทางเดินอาหาร	รับประทานอาหารได้มาก ระบบย่อยอาหารดี มีอาการท้องผูกเป็นบางครั้ง	รับประทานอาหารได้น้อยระบบย่อยอาหารไม่ค่อยดี มีอาการท้องผูกบ่อยครั้ง
ระบบประสาท	การเคลื่อนไหว การรับรู้ปกติ	การเคลื่อนไหว การรับรู้ปกติ
เต้านมและอวัยวะสืบพันธ์	หัวนมและเต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธ์ภายนอกปกติ	หัวนมและเต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธ์ภายนอกปกติ
สภาพจิตใจและอารมณ์	รู้สึกตัวดี รับรู้สิ่งต่างๆ ได้ดี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ อาการและโรคของตนเอง	รู้สึกตัวดี รับรู้สิ่งต่างๆ ได้ดี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ อาการและโรคของตนเอง
อาการสำคัญ	ปวดเอวเรื้อรังและร้าวไปด้านหลังของต้นขา	ปวดเอว ชาขาทั้ง 2 ข้าง ก้มเงยไม่ได้ปกติ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด	1.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเอวบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ 2.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	1.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเอวและชาขาทั้ง 2 ข้าง จากบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ 2.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยระยะขณะผ่าตัด	1.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายขณะผ่าตัด 2.ป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง 2.ป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoventilation และ Hypoxia 2.ไม่สุขสบายเนื่องจากการปวดแผล 3.มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoventilation และ Hypoxia 2.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล 3.มีภาวะถุงลมปอดแฟบ เนื่องจากมีสิ่งอุดกลั้นทางเดินหายใจ

2. กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ ระยะก่อนผ่าตัด

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเอวบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ (กรณีศึกษาที่ 1) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเอวและชาขาทั้ง 2 ข้าง (กรณีศึกษาที่ 2) วัตถุประสงค์ สุขสบายปวดเอวน้อยลง ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นปวดเอวน้อยลง	1.สังเกตอาการปวดเอวเรื้อรัง เมื่อใช้งานมากผิดปกติจะปวดร้าวไปบริเวณก้นหรือด้านหลังของต้นขากล้ามเนื้อข้างสันหลังและจะมีการหดเกร็งค้างนาน ถ้ามีอาการผิดปกติดังกล่าวรายงานแพทย์ 2.แนะนำปรับลักษณะในการทำงานและชีวิตประจำวันที่มีผลกระทบที่จะทำให้เกิดอาการปวดเอว 3.แนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น หายใจเข้าออกช้าๆ ลึกๆ เวลาปวด เบี่ยงเบนความเจ็บปวดโดยวิธีการต่างๆ เช่น การสวดมนต์ ทำสมาธิ 4.ดูแลให้ยาลดอาการปวด เช่น Paracetamol 2 tab oral prn. (กรณีศึกษาที่ 1, 2) และใส่ Lumbar Support (กรณีศึกษาที่ 2)

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ - เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดและให้ความร่วมมือ ซึ่งผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจฟังคำแนะนำ และตอบคำถามได้	1.ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมถึงความเข้าใจและความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับการรักษา การคาดการณ์ถึงสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ผ่านมา และแหล่งสนับสนุนทางสังคม 2.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและกิจวัตรในหอผู้ป่วย 3.ประเมินอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความวิตกกังวล เช่น นอนไม่หลับ สีหน้าตึงเครียด หงุดหงิด 4.ให้เวลาในการพูดคุยและระบายความวิตกกังวล โดยพยาบาลแสดงออกถึงความเข้าในความรู้สึกของผู้ป่วยใช้การสัมผัสเมื่อถ่ายทอดความห่วงใยและเอื้ออาทร 5.อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรค เหตุผลที่ต้องทำการผ่าตัดข้อดีที่ได้จากการผ่าตัด ข้อสงสัยถ้าไม่ทำผ่าตัด จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่างๆ และแก้ไขความเข้าใจที่ผิดหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง 6.เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และแพทย์ในการซักถามข้อสงสัยจากศัลยแพทย์โดยตรงในขณะที่แพทย์อธิบายผู้ป่วยพยาบาล ควรอยู่ด้วยเมื่อมีอะไรที่ยังสงสัยหรือไม่ชัดเจน พยาบาลควรอธิบายเพิ่มเติม 7.ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี ทุกฝ่ายพร้อมจะให้ความช่วยเหลือ 8.แนะนำให้ใช้เทคนิค การผ่อนคลายและให้อิสระในการเลือกตามความสนใจ เช่น การฟังดนตรี การอ่านหนังสือ การทำสมาธิ และการบริหารการหายใจ 9.ให้ข้อมูลแก่บุคคลในครอบครัวถึงสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล และขอความร่วมมือเอาใจใส่ให้กำลังใจผู้ป่วย 10.ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ หรือแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ 11.ให้ยาคลายความวิตกกังวลตามแผนการรักษาของแพทย์
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาที่ 2 วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ประเมินผลการพยาบาล - ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา - ความดันโลหิตของผู้ป่วยอยู่ในช่วงปกติ (BP 110/70 - 130/90 มม.ปรอท) - ผลการตรวจร่างกาย, Lab, EKG, Cx R อยู่ในเกณฑ์ปกติ	กิจกรรมการพยาบาล 1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาลดความดันโลหิต ต่อเนื่องมาจนถึงเช้าวันผ่าตัด ตามแผนการรักษา คือ Enalapril 1 tab oral bid pc 2.ดูแลให้ความดันโลหิตควรน้อยกว่าหรือเท่ากับ 180/110 mmHg ตามแผนการรักษาของแพทย์ หากผิดปกติรายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบเพื่อให้การรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด 3.ประเมินผู้ป่วยจากการตรวจร่ายกาย,ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ, EKG, Cx R หากพบว่ามีความผิดปกติต้องรีบประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ทันที เพื่อรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด
ระยะขณะผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ขณะผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะ วางยาสลบและป้องกันการสำลักเศษอาหาร และน้ำเข้าหลอดลม ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย	1.ตรวจสอบการงดอาหารและน้ำก่อนการผ่าตัดจากผู้ป่วยและใบบันทึกรายงานของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซักถามประวัติการแพ้ยา และโรคประจำตัวอื่นๆ ว่ามีหรือไม่ ถ้ามีให้แจ้งแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป 2.ตรวจสอบการลงนามยินยอมการรักษาโดยการผ่าตัด 3.ตรวจสอบของมีค่าและฟันปลอมของผู้ป่วยว่าได้ถอดเก็บเรียบร้อยก่อนมาห้องผ่าตัด 4.ตรวจสอบผลการชันสูตรต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจร่างกาย จากรายงานประวัติผู้ป่วย 5.ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ 6.ตรวจสอบอุปกรณ์การให้ยาระงับความรู้สึกให้พร้อม และใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาที่ 2 วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	1.เตรียมยาลดความดันโลหิตให้พร้อมใช้งาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2.เฝ้าระวัง V/S, AWP, Capnograph, EKG, O2 sat และอาการที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดจนการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที 3.ให้การพยาบาลตลอดจนทำหัตถการด้วยความนุ่มนวล 4.หลีกเลี่ยงยาระงับความรู้สึกที่กระตุ้น Sympathetic เพื่อป้องกันไม่ได้เกิดความดันโลหิตสูง
ป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2 ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ - ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อขณะผ่าตัด ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อจากการผ่าตัด สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/80 -130/90 มล.ปรอท ชีพร 76-82 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที	1.ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วๆ ไป เช่นอาบน้ำ, เปลี่ยนเสื้อผ้า, ผม ,เล็บ, สะอาด 2.ดูแลความสะอาดผิวหนัง เฉพาะบริเวณที่จะผ่าตัดว่ามีบาดแผล จากการโกนหรือไม่ถ้ามีควรรายงานแพทย์ 3.ทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการผ่าตัด โดยการล้างมือให้สะอาด เช็ดมือและสวมถุงมือ 4.ใช้ Sponge Forceps พร้อม Gauze sterile ชุบน้ำยา Betadine Solution ทาบริเวณหลังที่จะทำการผ่าตัดเป็นวงกลม ออกไปโดยรอบ รัศมี 8-12 นิ้วแล้ว Paint อีกครั้ง 5. ตรวจสอบเครื่องใช้ให้พร้อม โดยผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อทุกชิ้น 6.การหยิบใช้และส่งเครื่องมือผ่าตัด ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนของการทำให้ปราศจากเชื้อโดยเคร่งครัด เช่น ไม่นำเครื่องมือที่ใช้แล้วไปวางรวมกับเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อโรค
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoventilation และ Hypoxia วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะ Hypoxia กรณีศึกษาที่ 1 ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว SpO2 98-100 %	1.จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหงาย ตะแคงหน้าไปด้านหนึ่งเพื่อให้เสมหะออกมาป้องกันการสำลัก 2.ให้ออกซิเจนทางหน้ากากครอบหน้า 6 ลิตร/นาที 3.วัดสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที 4 ครั้งทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง จนกว่าจะปกติและทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูอาการเปลี่ยนแปลง 4.ฟังเสียงหายใจ ถ้ามีเสมหะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ บ้วนออกมาหรือใช้เครื่องดูดเสมหะออกมากระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจแรงๆ 5.สังเกตอาการเขียวคล้ำของผิว ปลายนิ้วมือ ปลายเท้า
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoventilation และ Hypoxia กรณีศึกษาที่ 2 วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันภาวะ Hypoxia ประเมินผลการพยาบาล - ผู้ป่วยปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว SpO2 93-98 % สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/70-130/90 มล. ปรอท ชีพจร 70-84 ครั้ง/นาที หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที	1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางหน้ากากเพื่อป้องกันภาวะพร่องอกซิเจน 2.ประเมินสัญญาณชีพและอาการแสดงอย่างใกล้ชิดเพื่อสังเกตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนากความดันโลหิตสูง 3.ดูแลให้ความอบอุ่นเพื่อป้องกันภาวะหนาวสั่น ซึ่งจะทำให้ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น 4.ฟังเสียงหายใจ ถ้ามีเสมหะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ บ้วนออกมาหรือใช้เครื่องดูดเสมหะดูดออกมา กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจแรงๆ 5.สังเกตอาการเขียวคล้ำของผิว ปลายมือ ปลายเท้า
ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยรู้สึกสบายไม่ปวดแผล, ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลงหลังได้รับยาแก้ปวด นอนหลับได้	1.ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายไม่มีเสียงรบกวนดูแลความสะอาดของรอบๆ เตียงผู้ป่วย 2.พูดคุยปลอบโยนจิตใจให้ยอมรับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดบ้าง แนะนำระยะเวลาของการเจ็บปวดจากระยะแรกจะมากและจะค่อยๆ ทุเลาลงเรื่อยๆ 3.ดูแลจัดท่านอนให้นอนราบ ห้ามลุกนั่งหรือปรับเตียงสูง และให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงได้ 4.ถ้าปวดมากให้ยาตามแผนการรักษา 5.สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมหรือไม่หรือมีลักษณะบวมแดง ถ้ามีรายงานแพทย์

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6.วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง/ทุก 30 นาที 2 ครั้ง/ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะ Stable
มีภาวะติดเชื้อหลังการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์ - ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อหลังผ่าตัด ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดแห้งสะอาด, ระบบการทำงานของ Radivac drain และ foley's catheter อยู่ในระบบปิด และสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37-37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76-82 ครั้ง / นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80-130/90 มล.ปรอท	1.ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วๆ ไป เช่นเช็ดตัว, เปลี่ยนเสื้อผ้า,ผม ,เล็บให้สะอาด 2.ดูแลให้ Radiavc drain ทำงานอยู่ในระบบปิด 3.ดูแล foley's catheter ให้ปัสสาวะไหลสะดวกและทำงานอยู่ในระบบปิด 4.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาคือ Cefazolin 1 gm vein ทุก 6 hr. แล้วเปลี่ยนเป็นให้ Cef-3 2 gm vein ทุก 6 hr. 5.ดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งสะอาดและเปิด Dressing แผลตามแผนการรักษาของแพทย์ 6.ดูแลระวังเวลาถ่ายปัสสาวะและอุจจาระไม่ให้เปื้อนแผลผ่าตัด 7.ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรีบรายงานแพทย์
มีภาวะถุงลมปอดแฟบ เนื่องจากมีสิ่งอุดกลั้นทางเดินหายใจ กรณีศึกษาที่ 2 วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะถุงลมปอดแฟบหลังการผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล - ผู้ป่วยหายใจไม่หอบอยู่ช่วง 20-24 ครั้ง/นาที, มี secretionจำนวนน้อยลงและผลเอกซเรย์ปอดข้างขวาปกติ	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 2.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาคือ ให้ออกซิเจน canular 3 LPM 3.กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งและทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 4.ดูแล suction เสมหะของผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ 5.ส่งผู้ป่วย consult PT เพื่อเคาะปอดและทำกายภาพบำบัด 6.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม.ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 7.ติดตามผลเอกซเรย์ตามแผนการรักษาของแพทย์

แผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

1.คำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน

1.1 ห้ามให้แผลเปียกน้ำและอีก 2 สัปดาห์ให้มาตัดไหมที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

1.2 แผลผ่าตัดหลังตัดไหม 3 วันให้ถูกน้ำได้โดยใช้ผ้าสะอาดซับให้แห้งห้ามใช้แป้งหรือโลชั่นทา

1.3 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

1.4 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น เดินรอบๆ บ้านเป็นต้น

1.5 มีเพศสัมพันธ์ในท่าที่เหมาะสมได้ตามปกติหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์

1.6 รับประทานยาตามแพทย์สั่ง และอีก 1 เดือนให้มาตรวจตามแพทย์นัดที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ

1.7 ไม่ยก ลาก แบกของหนักเกิน 4 กิโลกรัม อย่างน้อย 4 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด

1.8 ไม่เอื้อมหยิบของบนที่สูง อย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังการผ่าตัด

1.9 ไม่เล่นกีฬาที่ต้องปะทะ เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอล อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด

1.10 ไม่ขับ หรือซ้อนมอเตอร์ไซด์ หรือขับรถทางไกล อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์หลังการผ่าตัด

2. คำแนะสำหรับกิจกรรมที่ต้องหลีกเลี่ยง

2.1 ควรสวมอุปกรณ์ พยุงเอวทุกครั้งเมื่อลุกนั่ง ยืน เดิน อย่างน้อย 4-6 สัปดาห์

2.2 ไม่ควรนั่งนานเกิน 45 นาที ภายใน 3 สัปดาห์หลังการผ่าตัด

2.3 ไม่บิดหรือเอี้ยวตัวแรงๆ 6-8 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด

2.4 ไม่ขึ้นบันได เกิน 2 ครั้งต่อวัน ภายใน 3 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด

2.5 ควรใช้สวมชักโครก หรือเก้าอี้เจาะรูในการขับถ่าย

3. คำแนะนำสำหรับท่าที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัว

3.1 ท่ายืน ยืนอกผายไหล่ผึ่ง หลังตรง ถ้ายืนนานๆ ควรมีที่พักเท้า

3.2 ท่านั่ง นั่งหลังตรงพิงพนักเก้าอี้ เก้าอี้สูงพอดี

3.3 ท่ายกของ ให้ย่อตัวลง ยกสิ่งของชิดตัวให้มากที่สุด แล้วลุกขึ้นด้วยกำลังขา

3.4 ท่าถือของ ถือของให้ชิดลำตัวมากที่สุด

3.5 ท่าขับรถ ให้หลังพิงพนัก เข่างอเหนือระดับสะโพกเล็กน้อย

4. ถ้ามีอาการผิดปกติต่างๆ รีบมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก ไอมีเสมหะเขียว เป็นหนองหรือมีสีสนิมเหล็ก อ่อนเพลีย ทำอะไรไม่ได้มากขึ้น แผลผ่าตัดแยกหรือบวมแดง ร้อน และปวดมากขึ้น ถ่ายปัสสาวะไม่ออก ถ่ายบ่อย แสบในขณะถ่ายปัสสาวะขุ่นมีกลิ่นเหม็น

5. ให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้านควรให้สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน และควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวซักถามข้อสงสัยเพื่อให้เกิดความเข้าที่ชัดเจน นอกจากนี้ควรให้เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถติดต่อได้หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือปัญหาสุขภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

อภิปรายผล

ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทจะพบได้ทุกช่วงอายุ ส่วนใหญ่พบได้มากที่สุดอายุช่วง 50 ปีขึ้นไป จะพบได้ในเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการปวดหลังปวดเอวมากขึ้นและชาขาทั้งสองข้างจึงจำเป็นต้องรับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด ดังนั้นในกรณีศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาททั้ง 2 รายนี้สำคัญทุกขั้นตอน โดยจะต้องนำเอากระบวนการพยาบาลมาใช้อย่างครอบคลุม เริ่มตั้งแต่การรับทราบผลการวินิจฉัยโรค แผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ ก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดโดยเฉพาะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน[11-16]

ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทเป็นระยะเจ็บป่วยที่พบได้ทุกเพศและทุกวัยแต่ที่พบได้บ่อยคือ กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งพยาธิสภาพดังกล่าวมีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆ เช่น หมอนรองกระดูกสันหลังทรุดตัวลง, การเสื่อมสภาพของผิวข้อต่อกระดูกสันหลัง,หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน เป็นต้น สิ่งสำคัญที่สุดต้องให้ผู้ป่วยรู้จักตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง คือ ถ้าเริ่มมีอาการเล็กน้อย หรือเป็นๆ หายๆ ในรอยโรคของตนเอง ต้องรีบมาพบแพทย์ เพื่อไม่ให้รอยโรคดังกล่าวมีอาการที่รุนแรง ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจะต้องแนะนำให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป และเน้นที่สามารถปฏิบัติได้จริง การติดตามผลการตรวจรักษาตั้งแต่เริ่มตรวจจนสิ้นสุดแผนการรักษา พยาบาลที่เกี่ยวข้องต้องเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะและหลังผ่าตัดเพราะในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จะวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด, การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และยังต้องเน้นการกลับมาตรวจตามนัดอีกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา ศิรินาวินและสาธิต วรรณแสง. (2561). ทักษะทางคลินิก. รุ่งแสงการพิมพ์, กรุงเทพมหานคร.
2. ตติยา จำปาวงษ์. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิ
3. เนกโตมี่ในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ. ใน วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

4. พรสินี เต็งพานิชกุล. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง. ใน อรพรรณ โตสิงห์และคณะ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ (หน้า 184 - 194).กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. ลัดดาวัลย์ หิมคุณ, และคณะ. (2560). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. วารสารพยาบาลสาร, 35(3), 83-93.
6. บุศรา กาญจนบัตรและนิลวรรณ ฉันทะปรีดา. (2559). บทที่ 13 การประเมินภาวะสุขภาพในการพยาบาลพื้นฐาน. การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก เล่ม 1. ผ่องพรรณ อรุณแสงและมยุรี สี่ทองอิน รวบรวมคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
7. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2565). รายงานสถิติการผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท ปี 2563-2565. เวชระเบียนแผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
8. มารยาท ณนคร. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักที่ได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุภายในร่างกาย.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
9. สุกิ แสงนิพันธ์กูล, กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, กิติวรรณ วิปุลากร และวินัย ศิริชาติวาปี. (2560). ออร์โธปิดิกส์สำหรับนักศึกษาแพทย์. ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
10. พลศักดิ์ จีระวิบูลวรรณ. (2559). ภาวะข้อและเอ็นเสื่อม. คณะแพทย์ศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
11. วินัย พากเพียร และสิทธิศักดิ์ หรรษาเวก. (2560). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคออร์โธปิดิกส์ระบบสันหลัง – โรคและการบาดเจ็บ. โรงพิมพ์จามจุรีโปรดักท์. กรุงเทพมหานคร.
12. สายสมร บริสุทธิ์, และคณะ. (2560). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส.
13. Ghogawala, Z. et al. (2016). Laminectomy plus fusion versus laminectomy alone for lumbar spondylolisthesis. The New England journal of medicine, 374 (4), 1424-1434.
14. Koter, M. et al. (2020). Surgical outcome following laminectomy with fusion versus laminectomy alone in patientswith degeneration cervical myelopathy. The Spine journal, 45(24), 1696-1703.
15. Spoonamore, M. S. (2020). Posterior Lumbar Interbody Fusion (PLIF) and Transforaminal Interbody Fusion (TLIF). Retrieved November 2, 2020,from https://www.uscspine.com/treatement-options/backtreatment/lumbar-interbody-fusion/
16. Ploumis, A. et al. (2017). Degenerative lumbar scoliosis associated with spinal stenosis. The Spine Journal, 7(4), 428-436.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

Development Seif Management Nursing Program in patients with Hyperglycemia.

(Received: December 4,2023 ; Revised: December 10,2023 ; Accepted: December 11,2023)

ธนันณัฏฐ์ มณีศิลป์[1] พรรณงาม อินทรประสงค์[2]กมลทิพย์ พูลทวี[2] จินตนันท์ สิทธิประชาราษฎร์[1] วิภาศิริ นราพงษ์[3]
Thananat Maneesilp[1] Panngam Inthaprasong [2] Kamoltip Pooltawee[2]Chintanan Sitthipracharat[1]
Wipasiri Naraphong[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลโดยการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดำเนินการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้บริการ และกลุ่มผู้ให้บริการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และความคิดเห็นต่อรูปแบบการพยาบาล กลุ่มผู้ใช้บริการ ได้แก่แบบประเมินความรู้ การปฏิบัติตน การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบสนับสนุนการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการตนเอง 2) กระบวนการสร้างเสริมการจัดการตนเอง และ 3) การประเมินผลลัพธ์ โดยหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลพบว่า คะแนนความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ภายหลังจำหน่าย 1 เดือน ลดลงทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังจำหน่าย 3 เดือน และระดับ HbA1C กลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .000* และ .004 อัตราการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 3.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 20 ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก (4.79,SD .335 และ 4.77 SD .330) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนของกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p .007 คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p .000 และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบอยู่ในระดับ อยู่ในระดับมาก 4.12 (SD .3823)

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล , การสร้างเสริมการจัดการตนเอง , ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

Abstract

This study was Quasi Experiment by two group pre-post design which develop and study the results of the nursing model by promotes self-management of diabetic patients with hyperglycemia. Sample size were Service group and service provider groups. Data collection tools were questionnaires, knowledge assessments, self-care performance assessments, satisfaction surveys for both healthcare providers and customers, Data were analyzed using descriptive statistics frequency, percentage , and t test

As for the results there were 3 activities in the model. 1) Nursing service support system to promote self-management 2) Promoting self-management 3) Evaluation of results. However, the blood sugar levels (FPG) after one month of discharge did not differ significantly between the experimental and control groups when controlling for the influence of age, education level, prior knowledge of diabetes, and self-care performance. Furthermore, after three months, the average blood sugar levels decreased significantly and the HbA1C levels decreased significantly (p=.000* and p=.004). The rate of hospital readmission within 28

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี
[3] ปร.ด. (การพยาบาล) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

days in the experimental group was 3.33%, Control group 20%. Patients and caregivers were highly satisfied with the developed model. (4.79, SD=.335 and 4.77, SD=.330) Social support was positively related to self-care performance in diabetic patients (p = 0.007). The knowledge scores of professional nurses increased significantly (p= .000) and the opinions of professional nurses on the model were at the level. It is at a high level of 4.12 (SD .3823).

Keywords: Nursing , Promoting self-management, Diabetic patients with high blood sugar levels

บทนำ

เบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด มีความสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขเกือบทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจำนวนมาก แนวโน้มของอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นทุกปี ปี 2564 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 463 ล้านคนและคาดการณ์ในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน อัตราเสียชีวิตสูงถึง 4.9 ล้านคน [1] ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 6.4 ของประชากรวัยผู้ใหญ่หรือประมาณ 3.2 ล้านคนและในปี 2578 มีแนวโน้มจะเพิ่มจากเดิมอีก 1.1 ล้านคน ในแต่ละวันมีคนไทยมากกว่า 180 ราย ต้องเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน [2] การดำเนินของโรคเบาหวาน หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญ [3] ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานต้องตระหนักและจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน [4]

การจัดการตนเอง (Self management) เป็นแนวคิดที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ[5] มีการนำมาใช้ในวงการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพทั้งในการพยาบาล การแพทย์และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ซึ่งต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีบุคลากรสุขภาพ พยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ จากฐานข้อมูลพบผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสระบุรี ในปี 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 11558, 12363 และ 11902 ราย [6] มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C<7%) เท่ากับ 28.05,38.87 และ 44.42 % อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในรพ.ด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (simple Hyperglycemia และ DKA /HHS) จำนวนเพิ่มขึ้น ในปี 2563, 2564 และ 2565 เท่ากับ 165,148 และ172 ราย ระยะวันนอนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4, 4.5 และ 5 วัน ตามลำดับ และพบอัตราการกลับมานอนซ้ำด้วยปัญหาเดิมร้อยละ 9.09 (15 ราย) 6.37 (10 ราย) และ 5.20 (9 ราย) จากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านรับประทานอาหารกับพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมในระดับเท่ากัน ร้อยละ 23.38 ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ในการจัดการตนเอง ร้อยละ 20.13 เมื่อผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลตามแนวทาง ซึ่งมีการประเมินปัญหา จัดการแก้ไขตามปัญหาส่วนขาด การเสริมพลัง ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตน ปัจจัยที่มี

ความสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับและมีส่วนร่วมในการวางแผนปรับพฤติกรรมสุขภาพ กำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสม ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเต็มความสามารถของตนเอง เป็นผลให้ไม่สามารถควบคุมภาวะของโรคให้ลดลงหรือไม่ให้รุนแรงขึ้นได้ [7] ทั้งนี้บุคลากรสุขภาพต้องมีกระบวนการดูแล ให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง สามารถนำความรู้ไปจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาของตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

โรงพยาบาลสระบุรี มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยระบบการจัดการรายกรณี (Case management) โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเบาหวาน (Nurse case manager) และทีมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพบว่า ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลยังมีคุณภาพไม่ดีพอ ยังขาดความต่อเนื่องทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีการจัดการตนเองไม่เหมาะสม ในเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยา การสังเกตและจัดการอาการผิดปกติ ซึ่งสะท้อนจากการเพิ่มขึ้นของอัตรากลับมานอนซ้ำด้วยปัญหาเดิม และอัตราการนอนในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง โดยใช้รูปแบบการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลของกองการพยาบาลเป็นแนวทาง [3] กล่าวคือ กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยบุคลากร และกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้ดัดแปลงเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาบริบทของโรงพยาบาลสระบุรี เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรพยาบาลใช้ในการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยให้มีความรู้และมีความตระหนัก [8] ยอมรับในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและอยู่กับเบาหวานได้อย่างมีความสุข ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมา [9]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสระบุรี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสระบุรี

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่รพ.สระบุรี ระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2566 จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ 2) อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไปและมีผู้ดูแล 3) วินิจฉัยแรกรับในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 4) สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย และ 5) สามารถเข้าร่วมโครงการได้อย่างต่อเนื่อง และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะวิกฤต ใส่เครื่องช่วยหายใจหรือไม่รู้สึกตัว สื่อสารไม่รู้เรื่อง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานได้จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น) และกลุ่มควบคุม (ใช้รูปแบบการดูแลตามปกติ) กลุ่มละ 30 คน โดย

จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 ใช้สถิติ T-tests คำนวณหาค่าเฉลี่ยตัวแปรทั้งสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน ทดสอบสมมติฐานแบบสองหาง (two tailed test) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ค่า α เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง (Quasi Experiment by two group pre-post design) โดยดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ทดลองใช้ และปรับปรุง 3) การนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้กับกลุ่มทดลอง 4) การประเมินผล จำแนกตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง และทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 จำนวน 60 ฉบับ เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ทบทวนปัจจัยสาเหตุปัญหาของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ทบทวนกระบวนการให้ความรู้คำแนะนำต่าง ๆ ตามระบบการจัดการรายกรณี

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ทดลองใช้ และปรับปรุง ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข[3] รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care model : CCM) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[10] แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow ที่ใช้ 5A models (Assess, Advise, Agree, Assist and Arrange)[11] มาพัฒนาและประยุกต์ตามบริบทของโรงพยาบาล โดยนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาทดลองนำร่องกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 10 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญและเป็นปัจจัยส่งเสริมในการสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จึงนำมาปรับรูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสม ได้กรอบแนวคิดการวิจัย Saraburi Hospital Model : SBH Model (S: Self management B : Behavior change H: Healthcare support) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบสนับสนุนการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการตนเอง 2) กระบวนการสร้างเสริมการจัดการตนเอง 3 กระบวนการ ได้แก่ 2.1) กระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (self management supportive nursing process) โดย 5 A'S Behavior change Model 2.2) กระบวนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (self management process) 2.3) กระบวนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ตามแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการตนเองหลังการใช้รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้กับกลุ่มทดลอง

กลุ่มผู้ให้บริการ จัดประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจ เกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมการจัดการตนเอง วิธีการดำเนินการ และการฝึกทักษะการสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วย (5 A'S Behavior change Model) ให้แก่ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวม 10 คน พยาบาลชุมชน 5 คน

กลุ่มผู้ใช้บริการ คัดเลือกกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ผู้

ให้บริการพบผู้ป่วย/ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ครั้ง โดยใช้กระบวนการสร้างเสริมการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ ประเมินผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล ตามแบบบันทึกข้อมูลการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน แบบบันทึกระดับน้ำตาลก่อนเข้าร่วมการวิจัย และหลังเข้าร่วมวิจัย ระยะเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน จากข้อมูลจริงตามผลการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลโดยการสร้างเสริมการจัดการตนเอง SBH Modelประกอบด้วย 1.1) กระบวนการพยาบาลสนับสนุนการสร้างเสริมการจัดการตนเองในการดูแลเบาหวาน โดย Nurse case manager (self management supportive nursing process) : 5 A's Behavior change Model (assess advice agree assist arrange) 1.2) กระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (self management nursing process) การรับรู้ตนเอง (self perception) การกำกับตนเอง (self regulartory) 1.3) กระบวนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ตามแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามกลุ่มผู้ใช้บริการ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 30 ข้อ (เป็นชนิดเลือกตอบ ถูก =1 ผิด=0) 2) แบบสอบถามการปฏิบัติตนของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (4 = ปฏิบัติเป็นประจำ 0 = ไม่ปฏิบัติเลย ปรับตามเชิงบวกและเชิงลบ) 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบ Rating scale 4 ระดับ (4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 =ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลโดยใช้รูปแบบ จำนวน 10 ข้อ คะแนนความพึงพอใจแบ่งเป็น 5 ระดับ (5 = มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 1 = มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด)

1.2 กลุ่มผู้ให้บริการ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ (เป็นชนิดเลือกตอบ ถูก = 1 ผิด = 0) 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรต่อรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (5 = เห็นด้วยนะดับมากที่สุด 1 = เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วิจัยนำเครื่องมือและแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยมีค่าดัชนีความตรง เชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (S-CVI) เท่ากับ .97 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการพยาบาลฯของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลฯ และแบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ การทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .950 .847 .959 .950 และ .919 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test Paired t -test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Ancova)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ

โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่ EC 020/2566 วันที่ 2 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่พัฒนาขึ้น (SBH Model) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบสนับสนุนการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการตนเอง 2) กระบวนการสร้างเสริมการจัดการตนเอง 3 กระบวนการ ได้แก่ 2.1) กระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (self management supportive nursing process) โดย 5 A'S Behavior change Model ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Assess : การประเมินความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 2) Advise: การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค สาเหตุการเกิดความเสี่ยง ประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และภาวะเสี่ยงของการปฏิบัติตนไม่เหมาะสม 3) Agree: การตั้งเป้าหมายร่วมกันตามความตั้งใจของผู้ป่วยและตามความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) Assist : การอภิปราย อุปสรรค วิธีการและเทคนิคการแก้ปัญหา การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และ 5) Arrange: การวางแผนการติดตามประเมินผล 2.2) กระบวนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (self management process) โดยให้ผู้ป่วยรับรู้ตนเอง ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน 2.3) กระบวนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลติดตามการร่วมดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 3) การประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ **1. ด้านผู้ใช้บริการ**

ข้อมูลทั่วไป จากข้อมูลคุณลักษณะของประชากรของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 60 ราย เป็นกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีอายุเฉลี่ย 51 ปี (SD = 17.503) ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มอายุ 20-40 ปี จำนวน 16 ราย กลุ่ม 40-60 ปี จำนวน 28 ราย และมากกว่า 60 ปี จำนวน 16 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 31.7และเพศหญิงร้อยละ 68.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.3 ระดับการศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพรับจ้าง และไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 38.3 และ 26.7 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด 567.13 mg/dl (S.D.= .175.827) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด 12.826 (S.D.= 2.88) หลังใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดที่ 1 เดือน 3 เดือน และค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดที่ 3 เดือน 185.23 mg/dl (S.D.= 70.376) 130.97mg/dl(S.D. 48.365) และ9.09 (S.D.=2.16) ตามลำดับ มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานไม่เกิน 10 ปี ร้อยละ 65.6 มีภาวะไขมันผิดปกติในเลือด ความดันโลหิตสูงและหัวใจร่วมด้วยร้อยละ 90.6 , 68.8 และ 3.1 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด 488.43 mg/dl (S.D.= 129.43) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด 11.343(S.D.= 3.00) หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดที่ 1 เดือน 3 เดือน และค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดที่ 3เดือน 221.97 mg/dl (S.D.= 88.36) 208.43mg/dl (S.D.78.89) และ 10.85 (S.D.=2.36) ตามลำดับ ไม่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 68.3 มีโรคร่วมร้อยละ 51.7 การรักษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการยาฉีด ร้อยละ 50

ข้อมูลด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยความรู้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 27.10 คะแนน(SD 4.34) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง 3.34 คะแนน(SD .433) คะแนนการสนับสนุนทางสังคม 3.486(SD .675) ระดับน้ำตาลในเลือดก่อน

ดำเนินการ เฉลี่ย และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมก่อนดำเนินการ, 11.34 (SD 3.00) ส่วนกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 24.93 คะแนน(SD 4.34) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง 3.11 คะแนน(SD .460) คะแนนการสนับสนุนทางสังคม 2.986 (SD .577) ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนดำเนินการ567.13 (SD 175.82) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมก่อนดำเนินการ เฉลี่ย 12.82 (SD 2.885) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนดำเนินการ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับ และระดับน้ำตาลในเลือด ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ การปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนดำเนินการ (n=30)

หัวข้อ	$\bar{X}$	SD	t	*p*-value
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน				
กลุ่มทดลอง(ใช้รูปแบบที่พัฒนา)	24.93	4.40	- 1.96	.567
กลุ่มควบคุม (ใช้รูปแบบปกติ)	27.10	4.34		
การปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง				
กลุ่มทดลอง(ใช้รูปแบบที่พัฒนา)	3.11	.460	2.03	.060
กลุ่มควบคุม (ใช้รูปแบบปกติ)	3.34	.433		
การสนับสนุนทางสังคม				
กลุ่มทดลอง(ใช้รูปแบบที่พัฒนา)	2.986	.577	3.028	.327
กลุ่มควบคุม (ใช้รูปแบบปกติ)	3.486	.675		
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนดำเนินการ				
FPG				
กลุ่มทดลอง(ใช้รูปแบบที่พัฒนา)	567.13	175.82	-1.974	.191
กลุ่มควบคุม (ใช้รูปแบบปกติ)	488.43	129.43		
HbA1C				
กลุ่มทดลอง(ใช้รูปแบบที่พัฒนา)	12.82	2.885	-1.950	.443
กลุ่มควบคุม (ใช้รูปแบบปกติ)	11.34	3.005		

หลังการดำเนินการ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 30 คะแนน (SD .000) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม 3.33 คะแนน (SD .131) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบ (n = 30)

หัวข้อ	ก่อนทดลอง		t	*p*	หลังทดลอง		t	*p*
	$\bar{X}$	SD			$\bar{X}$	SD		
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน								
กลุ่มทดลอง(ใช้รูปแบบที่พัฒนา)	24.93	4.409	1.085	.283	30.00	.000	-3.247	.003
กลุ่มควบคุม (ใช้รูปแบบปกติ)	27.10	4.349	-		29.46	.899		
การปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง								
กลุ่มทดลอง(ใช้รูปแบบที่พัฒนา)	3.11	.460	2.30	.060	3.56	.132	-2.530	.016
กลุ่มควบคุม (ใช้รูปแบบปกติ)	3.34	.433			3.38	.363		

ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ในระดับมากที่สุด 4.796(SD .335) เมื่อจำแนกตามรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ คำแนะนำที่ชัดเจนเข้าใจง่ายเกี่ยวกับวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล การจัดการเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ให้บริการสามารถช่วยเหลือ จัดหาเอกสาร คำแนะนำ ตอบคำถามช่วยแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดีและ ท่านคิดว่าจะสามารถนำคำแนะนำไปปฏิบัติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ในการควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามเป้าหมาย ไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ (4.87, SD .346)

2. ด้านผู้ให้บริการ

ข้อมูลทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10 คน อายุเฉลี่ย 30.60 ปี (SD 8.127) ร้อยละ 70 อายุอยู่ระหว่าง 20 -30 ปี ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 8.9 ปี (SD 7.564) ประสบการณ์ในการทำงานด้านพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเฉลี่ย 4.40 ปี (SD 4.719) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังเสริมความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลการสร้างเสริมการจัดการตนเอง พบว่าหลังเสริมความรู้พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p .000

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลโดยการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.12(SD .3823) ประเด็นที่พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยมากที่สุด คือ รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระบบ (4.7 , SD.483) ส่วนประเด็นที่พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นกระบวนการที่เข้าใจง่าย (3.60 , SD .699)

3. ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการใช้รูปแบบ

ระดับน้ำตาลในเลือด(FPG) ภายหลังจำหน่าย 1 เดือน ลดลงไม่แตกต่างกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อทดสอบความแปรปรวนร่วมโดยควบคุมอิทธิพลของ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนการทดลองและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลก่อนเข้าร่วม พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนการทดลองและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ไม่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด ภายหลังจำหน่าย 1 เดือน โดยพบว่าการ เปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดหลังจำหน่าย 1 เดือน หลังการทดลองมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p .042 นอกจากนี้ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังจำหน่าย 3 เดือน ลดลง โดยมีค่าเฉลี่ย 130.97 mg/dl. และระดับ HbA1C ลดลง ค่าเฉลี่ย 9.09 % อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .000* และ .004 การกลับมา

นอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ด้วยปัญหาเดิม เนื่องจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม พบว่า กลุ่มทดลองกลับมานอนซ้ำ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 ส่วนกลุ่มควบคุม กลับมานอนซ้ำ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ 28 วัน และระดับน้ำตาลในเลือดหลังการดำเนินการ (n=26)

หัวข้อ	$\bar{X}$	SD	t	*p*-value
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนดำเนินการ				
FPG 1 เดือน				
กลุ่มทดลอง(ใช้รูปแบบที่พัฒนา)	183.35	66.065	1.967	.055
กลุ่มควบคุม (ใช้รูปแบบปกติ)	227.12	92.261		
FPG 3 เดือน				
กลุ่มทดลอง(ใช้รูปแบบที่พัฒนา)	124.69	41.624	4.501	.000*
กลุ่มควบคุม (ใช้รูปแบบปกติ)	203.96	79.570		
HbA1C				
กลุ่มทดลอง(ใช้รูปแบบที่พัฒนา)	8.93	2.193	3.022	.004
กลุ่มควบคุม (ใช้รูปแบบปกติ)	10.88	2.452		

อภิปรายผล

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลโดยการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับการใช้รูปแบบการพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลสร้างเสริมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด 1 เดือน 3 เดือน ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .000* ระดับ HbA1C ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .004 จำนวนผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ในกลุ่มทดลองจำนวน 1 ราย ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบมีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 6 ราย ทั้งนี้การใช้รูปแบบ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนเน้นที่สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง[9] ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปจัดการตนเองที่บ้านได้ โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถ[12] และทักษะในการควบคุมและจัดการสุขภาพตนเอง ลดภาวะเสี่ยง บรรเทาอาการของโรคไม่ให้รุนแรง[13] ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตมีสุขภาพที่ดีขึ้นด้วยตนเอง[14] ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ การพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และให้ความรู้แนะนำวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเอง[15] รวมถึงให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย และติดตามการการปฏิบัติของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการกระตุ้นและแสดงถึงความห่วงใยให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม มีการสื่อสาร ติดตามต่อเนื่อง ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล[16] การใช้รูปแบบการพยาบาลโดยการเสริมสร้างการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงนี้ ทำให้

ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[17,18] ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Pamungkas & Chamroonsawasdi , Zheng et al. ที่ศึกษาประสิทธิพลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่า HbA1C หลังทดลองลดลงและแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกนกวรรณ ด้วงกลัด และคณะที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการของ Creer[19,20] โดยการให้ความรู้ สร้างความตระหนักรู้สร้างเสริมทักษะและพฤติกรรมในการจัดการตนเอง และกลุ่มเปรียบเทียบโดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักในโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ของกลุ่มทดลองลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบการพยาบาลโดยการเสริมสร้างการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยปรับรูปแบบของกิจกรรมและเนื้อหาให้เหมาะสม

2.ควรมีการติดตามในระยะยาว โดยติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ เพื่อความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ บุคลากรทีมสุขภาพ อาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่านที่ให้คำแนะนำชี้แนะ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมและพยาบาลวิชาชีพที่ให้ความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยผู้ดูแลของผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564).รณรงค์เบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง.(อินเตอร์เนต). นนทบุรี. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566). เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news= 21692&deptcode=brc

2.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). เผยสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องในวันเบาหวานโลก ปี 2565.(อินเตอร์เนต). นนทบุรี. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566). เข้าถึงได้จาก https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/

3.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). หลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล. กรุงเทพมหานคร:ห้างหุ้นส่วนจำกัด เทพเพ็ญวานิสย์.

4.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวและผู้ดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 1 : กรุงเทพมหานคร. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เทพเพ็ญวานิสย์.

5.คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (2553). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2553.กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

6.ข้อมูลบริการ โรงพยาบาลสระบุรี.(2566). สถิติผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลสระบุรี ในปี 2563-2565. สระบุรี.

7.กนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และ ณัฐกมล ชาญสาธิตพร (2563). โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2563

8.วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. (2560). โรคเบาหวานชนิดที่ 2: ระบาดวิทยา การป้องกันและการสนับสนุนการจัดการตนเอง. เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

9.สมจิตต์ สินธุชัย , นุสรา นามเดช, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล,จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, กันยารัตน์ อุบลวรรณ และ ปัฐยาวัชร ปรากฏผล. (2564). การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง จังหวัดสระบุรี

10.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2559) .รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic Care Model : CCM.นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพิพม์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมชูปถัมภ์.

11.Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., & Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. Joint Commission Journal on Quality and Safety, 29(11), 563-574.

12.สาวิตรี นามพระธาย. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้.นครปฐม : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

13.สมลักษณ์ จึงสมาน. (2560). การดูแลป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางหลอดเลือดจากโรคเบาหวาน. ใน สมลักษณ์ จึงสมาน (บ.ก.), โรคเบาหวานชนิดที่ 2/เมทาบอลิสม (น. 139-169). สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

14.Kanfer, F. H., and Gaelick, L. (1986). Self-management methods. In F. Kanferand A. Goldstein (Eds.), Helping People Change: A Textbook of Methods (3rd) (pp. 283-345). New York: Pergamon Press.

15.Hurley, L., O'Donnell, M., O'Hara, M. C., Carey, M. E., Willaing, I., Daly, H., & Dinneen, H. F. (2017). Is diabetes self-management education still the Cinderella of diabetes care?. Patient Education and Counseling, 100, 957–1960.

16.American Diabetes Association. (2019). Standards of medical care in diabetes— 2019. Diabetes Care, 42,(Suppl.1).

17.Soliman, H. M. M., & Mohamed, W. G. (2016). Educational intervention and tele-nursing effects on glycemic control, metabolic parameters and adherence in adults with type II Diabetes Mellitus. International Journal of Nursing Didactics, 6(2) http://dx.doi.org/10.15520/ijnd.2016.vol6.iss2.130.01-11

18. จารุมน ลัคนาวิวัฒน์ มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์ ธีระยุทธ์ แซ่ฮ่อการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(1). 58-66

19. Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). Handbookofself-regulation.pp. 601-629. San Diego, CA: Academic Press.

20. Creer, T. L., & Holroyd, K. A. (1997). Selfmanagement. In Baum, A., McManus, C.,Newman, S., Weinman, J., & West, R. (Eds.). Cambridgehandbookofpsychology,health, andbehavior. pp. 255-258. Cambridge:Cambridge University Press.

การพยาบาลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Nursing Care in Neonates Diagnosed with Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn.At Kalasin Hospital.

(Received: October 31,2023 ; Revised: November 15,2023 ; Accepted: November 22,2023)

ประภัสสร ชำนาญศิลป์[1]
Prapatsorn Chamnansin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)ศึกษาการพยาบาลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด 2) เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด เก็บข้อมูลจากบัตรบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน ระหว่างเดือน มีนาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีประเด็นปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกันผู้ศึกษาจึงได้นำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาล มากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยนำแนวคิดกระบวนการพยาบาลกำหนดไว้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนนำทักษะ ประสบการณ์ และความชำนาญ ในการดูแลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงมาใช้ พบว่าผู้ป่วยปลอดภัย สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: ความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด, การพยาบาลทารกที่มีความดันเลือดในปอดสูงในแรกเกิด

ABSTRACT

This study was case study aimed 1) To study the main of nursing care in neonates diagnosed with persistent pulmonary hypertension of the newborn in kalasin hospital. 2.) To be Practis guide line for nurse to care the Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn patients. storage cards medical records of patient admit with Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn at the service who underwent Neonatal Intensive Care Unit at kalasin hospital data were collected during the past 6 month in March 2023 to September 2023.

The results showed that all 2 patients. The problem is the same and different after the study was to analyze the issues nursing and is defined as concept and nursing diagnoses. nursing process defined as covering the physical,mental, emotional and social. As well as the skill, experience and expertise in the care of Persistent pulmonary hypertension of the newborn patients used. Found that These neonates recovered well and were discharge from the hospital.

Keyword : Persistent pulmonary hypertension of the newborn, The nursing of Persistent pulmonary hypertension of the newborn Patients .

บทนำ

ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด หรือ Persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN) เป็นภาวะที่ความดันหลอดเลือดปอด(PVR)ยังคงสูงอย่างต่อเนื่องหลังเกิด ในขณะที่ความดันในระบบหลอดเลือดในร่างกาย(SVR)อยู่ในระดับปกติหรือต่ำ ทำให้เกิดเลือดไหลลัดจากขวาไปซ้าย (right to left shunting) ผ่าน PDA และPFO เป็นผลให้ทารกขาดออกซิเจนรุนแรง และเสียชีวิตได้ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก Meconium Aspiration Syndrome (MAS),Sepsis, Congenital

[1] พยบ. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Pneumonia,Respiratory distress syndrome (RDS), Congenital Diaphragmatic Hernia (CDH),Pulmonary Hypoplasia ,Birth asphyxia และพบมีความต่างของ preductal-postductal oxygen saturation มากกว่า 5 วินิจฉัยโรคด้วยการทำEchocardiography [1-4] โดยแนวทางการรักษาในปัจจุบัน ประกอบด้วย 1) การใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งมีทั้งแบบ conventional mechanical ventilation (CMV) และ high frequency oscillatoryventilation (HFOV) 2) การรักษาระดับความดันโลหิตโดยการให้ inotropic drugs. 3) การแก้ไข ภาวะความเป็นกรดของเลือด 4) การให้ยา sedative เพื่อให้ทารกสงบและไม่เกิดอาการเจ็บปวด 5) การให้ยาขยายหลอดเลือดในปอด เช่น Inhaled nitric oxide, magnesium sulphate,sidenafil, prostacyclinc และ 6) Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) ซึ่งการรักษาด้วยInhaled nitric oxide และ ECMO เป็นวิธีการรักษาที่มีการศึกษายืนยันว่าได้ผลดี สามารถลดอัตราการ เสียชีวิตลงได้ แต่อย่างไรก็ตามทั้ง 2 วิธียังจำกัดอยู่เฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงเรียนแพทย์เท่านั้น ในสหรัฐอเมริกา อุบัติการณ์เกิด 2-6ต่อการเกิดมีชีพ 1000 คน พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 4–33 ในประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 53.3 – 69 ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิต พบมีความบกพร่องทางระบบประสาทร้อยละ 25 มีความบกพร่องทางการได้ยิน ร้อยละ 23 เป็นโรคปอดเรื้อรังร้อยละ 25 จะเห็นได้ว่าแม้มีอุบัติการณ์ต่ำ แต่เป็นโรคที่มีอัตราการตายและผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลในระยะยาวสูง[5,6]

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่รับดูแล ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ใกล้เคียง จากสถิติที่ผ่านมาถึงแม้ว่าจะมีจำนวนทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงไม่มากแต่อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราที่สูง[7] ปัจจุบันจะมีวิธีการและยาต่างๆที่ใช้ในการรักษาภาวะนี้มากขึ้นตลอดจนเครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง (HFOV) ซึ่งเป็นเครื่องช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพในการรักษา แต่ยังพบอัตราการเสียชีวิตที่สูงอยู่[8,9] ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ลักษณะทางคลินิก การรักษาผลการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล เพื่อใช้วางแนวทางในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด
2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายโดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน, ประวัติการเจ็บป่วย, ประวัติครอบครัว, ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกายและการรักษาของแพทย์ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ เพื่อประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยความดันเลือดในปอดสูง แล้วมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วย Persistent pulmonary hypertension of the newborn ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกันไป ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2566 - เดือนกันยายน 2566 โดยเก็บข้อมูลจากสมุดบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย
การบริการพยาบาล ผู้ป่วยPersistent pulmonary hypertension of the newborn มี 3 ระยะ คือการพยาบาลระยะแรกรับ การ

พยาบาลระยะดูแลต่อเนื่องและการพยาบาลระยะจำหน่าย

ผลการศึกษา

1.รายงานผู้ป่วย

กรณีศึกษาที่ 1 มารดาอายุ24ปี เสพยาบ้าวันละ1เม็ด ไม่ได้ฝากครรภ์ G3P2A0L2ปี GA38 wks คลอดBBAในห้องน้ำ ขณะปัสสาวะ จากนั้น 3 ชั่วโมงหลังคลอด ญาตินำส่งรพช.ตัดcordที่ER ทารกหญิง น้ำหนัก 2880กรัม ผู้ป่วยหอบ 114ครั้ง/นาที ตัวลาย เขียวปลายมือปลายเท้า ให้oxygen box 10 LPM แล้วrefer รพ.กาฬสินธุ์ แรกรับ ไม่ตื่นลืมตาActiveน้อย กระตุกที่ขาทั้งสองข้าง On ETT เบอร์3.5 ขีด 7ช่วยหายใจด้วย self inflating bag with 100%Oxygen ฟังเสียงลมเข้าปอดเท่ากันชัดเจนทั้งสองข้าง subcostal และsuprasternal notch retraction มีเสียง crepitationและเสียงเสมหะในปอด ตัวลาย SpO2 Preductal / Postductal 96 /90 % เขียวปลายมือปลายเท้า HR = 143 /min RR=72/min BP=66/36mmHg ใส่OG tube ไม่มีcontentออก ท้องไม่อืด

กรณีศึกษาที่ 2 มารดาอายุ27ปี ฝากครรภ์ที่คลินิกตามระยะ G2P1A0L3ปี GA37 wks. ผ่าตัดคลอดเนื่องจากเคยผ่าตัดคลอด ทารกชาย น้ำหนัก 3120 กรัมAPGAR score 8-9-10 อายุ2 ชั่วโมง หายใจหอบ 60-68ครั้ง/นาที ให้ CPAP 5 CmH2O ,FiO21 หอบน้อยลงจึงON HHHFNC 6 l/m FiO20.35 อายุ9ชั่วโมง หอบตื้นมากขึ้น จึงOn ETT เบอร์3.5ขีด 9 แล้วrefer รพ.กาฬสินธุ์ แรกรับตื่นลืมตาActiveพอควร ช่วยหายใจด้วย self inflating bag with 100%Oxygen ฟังเสียงลมเข้าปอดเท่ากันทั้งสองข้าง lung clearตัวแดงดี SpO2 96 % HR = 157 /min RR=68/min BP=63/27(40)mmHgใส่OG tubeไม่มีcontentออก ท้องไม่อืด

2. กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยPersistent pulmonary hypertension of the newborn ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยPersistent pulmonary hypertension of the newborn ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะแรกรับ การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากความดันหลอดเลือดปอดสูง **กรณีศึกษาที่ 1** วัตถุประสงค์ ลดความดันหลอดเลือดปอด เพื่อ เพิ่มปริมาณเลือดให้ไปแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดมากขึ้น ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยยังมีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง - O2sat preduct 81%/postduct 51%ต่างกันมากกว่า30% - RR60-72ครั้ง/นาที - หลับได้ หายใจไม่ต้านเครื่องช่วยหายใจ ไม่มี retraction - ไม่มีcentral cyanosis	1.นำผู้ป่วยkeep warm ในincubator เพื่อป้องกันcold stress ซึ่งจะส่งผลให้โรครุนแรงขึ้น 2.ประเมินและวัดสัญญาณชีพภายใน 5 นาที หลังจากนั้นประเมินทุก 15 นาที 4ครั้ง ทุก30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 1ครั้ง และทุก 2 ชั่วโมง 3.Monitor O2 sat preduct -postduct 4. ดูแลให้ได้รับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ 5.ใช้ inline suction เพื่อรักษาการขยายตัวของปอด ขณะดูดเสมหะ 6. ดูแลให้ได้รับยาiloprostพ่นทางETTและยาMgSO4ตามแผนการรักษาเพื่อขยายหลอดเลือดปอด และเฝ้าระวังอาการความดันโลหิตต่ำ 7.ให้การพยาบาลเมื่อจำเป็นลดการกระตุ้นผู้ป่วย ให้ยา fentanylระงับปวดตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ลดภาวะstress ป้องกันการหายใจต้านventilator setting ลดการใช้ออกซิเจน 8.ติดตามผล CXR,Blood gas
เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาณเลือดสูบฉีดออกจากหัวใจลดลง	1.แก้ไขภาวะ hypovolemic shock โดย load 0.9%NSS 10 ml/kgs ให้ได้สูงสุด 2 dose

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยPersistent pulmonary hypertension of the newborn ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจเพื่อสูบฉีดโลหิตขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ urine out put 1-4 ml/kgs/hour ประเมินผลทางการพยาบาล -SBP 69-73mmHg MAP 50-82 mmHg -CRT 2 วินาที Pluse ชัดเจน -urine out put 25-90 ml/8hours	2.ดูแลให้ได้รับยาinotropic drug วัดBPและtitrateยาตามแผนการรักษาทุก 15 นาที 3.เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา เช่นพบหัวใจเต้นเร็ว > 180 ครั้ง /นาที ความดันโลหิตสูง รายงานแพทย์เพื่อปรับยา 4.บันทึก I/Oเป็น ml/kgs/hour
เสี่ยงต่อสมองเสียหน้าที่เนื่องจากชัก กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันเซลล์สมองได้รับอันตรายจากการขาดออกซิเจนขณะชัก ประเมินผลทางการพยาบาล -ไม่มีอาการชัก ไม่มีcyanosis -DTX 82- 180 mg%	1.ดูแลให้ยากันชัก Phenobabital 2.ให้Insulinหยดทางเส้นเลือดตามแผนการรักษา 3.รักษาอุณหภูมิกาย, เจาะDTXทุก1ชม.ป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ,นอนศรีษะสูง30องศา สังเกตุอาการชัก 4.ลดการกระตุ้นผู้ป่วย
ติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากการคลอดปนเปื้อนเชื้อโรค กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์ ไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย ประเมินผลทางการพยาบาล ผลเพาะเชื้อไม่พบเชื้อ ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่หยุดหายใจ Activeดี รับนมได้ดี สามารถยุติการให้ยาปฏิชีวนะได้	1. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 2. ล้างมือตามมาตรฐาน 3. ทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ โดยยึดหลักAseptic technique ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับsterile partร่างกายผู้ป่วย 4. ดูแลความสะอาดร่างกายทารกcord care ,eye careทำความสะอาด unit ตู้อบทุกวัน 5. IVFสีรุ้ง, เคลือบช่องปากด้วยนมแม่ก่อนให้นม 6. mouth careด้วยNSSก่อนดูดเสมหะ
ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากความปวด กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ - หลับได้ ไม่ต้านเครื่องช่วยหายใจ - pain score < 4 ประเมินผลทางการพยาบาล - pain score = 4 - หลับได้ ไม่ต้านเครื่องช่วยหายใจ	1. ประเมินความปวดโดยใช้ NIPS Score 2. ลดความปวดขณะทำหัตถการโดยไม่ใช้ยา 3.รายงานความปวดกับแพทย์เมื่อ pain score > 4 4. และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อลดการกระตุ้น ดูแลให้การพยาบาลเท่าที่จำเป็น อย่างนุ่มนวล 5. ให้ยา ลดปวดตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ลดภาวะstress
การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากความดันเลือดปอดสูง กรณีศึกษาที่ 2 วัตถุประสงค์ ลดความดันหลอดเลือดปอด เพื่อ เพิ่มปริมาณเลือดให้ไปแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดมากขึ้น ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีความดันหลอดเลือดปอดสูงไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน - O2sat preduct=99-100 / postduct =87-93 % ต่างกันมากกว่า 5% RR=60-72ครั้ง/นาที	1. นำผู้ป่วยkeep warm ในincubator เพื่อป้องกันcold stress ซึ่งจะส่งผลให้โรครุนแรงขึ้น 2. ประเมินและวัดสัญญาณชีพภายใน 5 นาที หลังจากนั้นประเมินทุก 15 นาที 4ครั้ง ทุก30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 1ครั้ง และทุก 2 ชั่วโมง 3. Monitor O2 sat preduct -postduct 4. ดูแลให้ได้รับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ 5. ใช้ in line suction เพื่อป้องกันปอดแฟบเมื่อดูดเสมหะ 6. ให้การพยาบาลเมื่อจำเป็นลดการกระตุ้นผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ลดภาวะstress ป้องกันการหายใจต้านventilator setting ลดการใช้ออกซิเจน

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยPersistent pulmonary hypertension of the newborn ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
- หลับได้หายใจไม่ต้านเครื่องช่วยหายใจ ไม่มี cyanosis	7. ติดตามผล CXR,Blood gas
ระยะดูแลต่อเนื่อง เสี่ยงการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากความดันเลือดปอดสูงกรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์ เช่นเดียวกับระยะแรกรับ	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ หายใจ50-60 ครั้ง/นาที ไม่มี retraction , cyanosisความดันหลอดเลือดปอดลดลง O2sat preduct /postduct ต่างกัน2%ผู้ป่วยสามารถลดเครื่องช่วยหายใจและยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ หายใจได้เองอย่างมีประสิทธิภาพไม่มีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด เช่นเดียวกับการพยาบาลระยะแรกรับ
2. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร พลังงานและเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากภาวะป่วยหนัก กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์ - มีพลังงานเพียงพอเพื่ออยู่ในภาวะstress และการเจริญเติบโต - ป้องกันภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีการเจริญเติบโต ตามเกณฑ์ - serum K= 3.7, Ca=8.9, Mg=1.9 - EKGปกติ ความดันโลหิตปกติ	1. ดูแลให้ได้รับอาหารทางหลอดเลือดผสม KCL,Ca,Mg ตามแผนการรักษา 2. ดูแลให้ได้รับนมตามแผนการรักษา 3. ชั่งน้ำหนักวันละ1ครั้งเวลาเดียวกัน วัดเส้นรอบศีรษะรอบอกความยาวลำตัวสัปดาห์ละครั้ง 4. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการรบกวน 5. Pin management 6. ติดตามผลserum electrolyteตามแผนการรักษา 7. EKG monitor วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชม.
3. ติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ ไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย ประเมินผลทางการพยาบาล - ผลเพาะเชื้อไม่พบเชื้อ ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่หยุดหายใจ Activeดี รับนมได้ดี สามารถยุติการให้ยาปฏิชีวนะได้และถอดท่อช่วยหายใจได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลหรือจับต้องทารก 3. ทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ โดยยึดหลักAseptic technique ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับsterile partsร่างกายผู้ป่วย 4. เปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจทุก14วัน ให้ความชื้นและอุณหภูมิกับอากาศหายใจเพื่อการระบายเสมหะที่ดี 5. dry dressing แผลUVC วันละ1ครั้งoff สายUVC เมื่อครบ 14 วัน ส่งปลายสายเพาะเชื้อ 6. mouth careด้วยNSSก่อนfeed 7. เปลี่ยนชุดสายให้สารน้ำ ทุก 24 ชั่วโมง พร้อมการเปลี่ยน TPN ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ
4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการถูกมารดาทอดทิ้ง กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์ - เพื่อให้มารดามีความรู้สึกผูกพันธ์กับทารก - มีหน่วยงานติดตามคุณภาพชีวิตมารดาและทารกหลังจำหน่าย ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยอยู่ในเครือข่ายของOSCC และสังคมสงเคราะห์ - มารดาและยายมาเยี่ยมผู้ป่วย ยายรับเป็นผู้ดูแลหลักโดยมีมารดาช่วยเลี้ยง - มารดาอุ้มทารกป้อนนมและเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ทารกได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่ 2. โทรติดตามญาติเยี่ยมผู้ป่วย อำนวยความสะดวกในการเยี่ยม 3. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก สอบถามข้อสงสัยกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ 4. กระตุ้นให้อุ้ม สัมผัส หรือพูดคุยกับทารก 5. ส่งปรึกษา OSCC และสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ระบบเครือข่าย ติดตามหรือให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลเลี้ยงดูผู้ป่วย 6. ให้ข้อมูลด้านบวกของทารกแก่มารดา เพื่อสร้างเสริมกำลังใจแก่มารดา

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยPersistent pulmonary hypertension of the newborn ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากความดันเลือดปอดสูง กรณีศึกษาที่ 2 วัตถุประสงค์ ลดความดันหลอดเลือดปอด เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดให้ไปแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดมากขึ้น ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง - O2sat preduct 95-97%/postduct93-95 % ต่างกัน2% - ลดการใช้เครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ หลังถอดท่อช่วยหายใจสามารถหายใจได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ	1. นำผู้ป่วยkeep warm ในincubator เพื่อป้องกันcold stress ซึ่งจะส่งผลให้โรครุนแรงขึ้น 2. ประเมินและวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง 3. Monitor O2 sat preduct -postduct 4. ดูแลให้ได้รับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ 5. ใช้ inline suction เพื่อป้องกันปอดแฟบเมื่อดูดเสมหะ 6. ดูแลให้ได้รับยาiloprostพ่นทางETT ตามแผนการรักษาเพื่อขยายหลอดเลือดปอด และเฝ้าระวังอาการความดันโลหิตต่ำ 7.ให้การพยาบาลเมื่อจำเป็นลดการกระตุ้นผู้ป่วย ให้ยา midazolamระงับปวดตามแผนการรักษา 8. ติดตามผล CXR,Blood gas
เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและพลังงานเนื่องจากภาวะป่วยหนัก วัตถุประสงค์ มีพลังงานเพียงพอเพื่ออยู่ในภาวะstress และการเจริญเติบโต ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์ serum K=4.9,Ca=10.0	1. ดู แลให้ได้รับอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 2. ดูแลให้ได้รับนมตามแผนการรักษา 3. ชั่งน้ำหนักวันละ1ครั้งเวลาเดียวกัน วัดเส้นรอบศีรษะ รอบอก ความยาวลำตัว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 4. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการรบกวน 5. Pain management
บิดามารดาไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ กรณีศึกษาที่ 2 วัตถุประสงค์ บิดามารดาลดความวิตกกังวล เข้าใจพยาธิ การรักษา การพยากรณ์โรค ประเมินผลทางการพยาบาล บิดามารดามาเยี่ยมบุตรสม่ำเสมอ พูดคุยสัมผัสบุตร ไม่มีสีหน้าวิตกกังวล	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดามารดา กับเจ้าหน้าที่ 2. อธิบายกฎระเบียบการเยี่ยม เช่น แนะนำสถานที่ เจ้าหน้าที่ แพทย์ผู้ทำการรักษา การปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การติดต่อสื่อสาร การตรวจสอบสิทธิ์ เป็นต้น 3. อธิบายเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การดูแลรักษา การพยากรณ์ของโรค และการเฝ้าระวังปัญหาความเสี่ยงต่าง ๆ ให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจลงนามให้การรักษา 4. ประเมินการรับรู้ความเข้าใจและระดับความวิตกกังวลของบิดามารดา / ญาติ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารก
ระยะจำหน่าย การพัฒนาความผูกพันระหว่างมารดาและทารกยังไม่มั่นคงเนื่องจากภาวะแยกจาก กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ - Empowerment การมีส่วนร่วมของมารดา/ยาย -วางแผนให้ข้อมูลโดยการสอน/สาธิต เพื่อการมีส่วนร่วมของ มารดา /ยาย ประเมินผลทางการพยาบาล มารดายังมีความกลัว กังวลในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่พยาบาลกระตุ้นให้ปฏิบัติ แต่มีความคุ้นเคยกับบุตรมากขึ้น ยังไม่มั่นใจในการดูแลทารกเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน แต่ยายมั่นใจว่าจะช่วยมารดาดูแลทารกเมื่อจำหน่ายกลับบ้านได้	1. ประเมินความพร้อมของมารดา 2. สอน/สาธิต/การฝึกปฏิบัติ วิธีการบีบ เก็บน้ำนม และการนำน้ำนมมาส่ง การดูแลเต้านม การบำรุงร่างกายมารดา 3. สอน/สาธิต/การฝึกปฏิบัติ ทักษะที่จำเป็นในการดูแลบุตรเช่นการอุ้มบุตร การเตรียมนมผสม การทำ kangaroo care การเปลี่ยนผ้าหลังขับถ่าย การเช็ดตัวหรืออาบน้ำบุตร การนำบุตรเข้าเต้า 4. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลที่สงสัย และให้กำลังใจในการปฏิบัติ
เสี่ยงต่อพัฒนาการพัฒนาการล่าช้าจากภาวะป่วยหนัก กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ วางแผนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามวัยเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย	1. ประเมินพัฒนาการและความสามารถของทารก โดยการประเมินจาก reflex ต่าง ๆ 2. จัดสภาพแวดล้อมให้สงบและอบอุ่นเหมือนอยู่ในครรภ์ พูดกับทารกเมื่อทารกตื่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยPersistent pulmonary hypertension of the newborn ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ประเมินผลทางการพยาบาล ทารกมีจาก reflex ต่าง ๆตามปกติ	3. Pain management 4. กระตุ้นพัฒนาการในด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่,กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง 5. ให้บิดามารดามีส่วนร่วมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการโดยการสัมผัส การพูดคุย ให้น้ำนมมารดา ส่งเสริมการทำ kangaroo care พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล

3. แผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อจำหน่ายกลับบ้านดังนี้

3.1 ความรู้เรื่องโรค ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคความดันหลอดเลือดปอดสูงตอนแรกเกิด ขณะนี้หายจากโรคความดันหลอดเลือดปอดสูงดีแล้ว แต่การรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ อาจมีผลให้ถุงลมในเนื้อปอดของทารกหนาตัว ระบบหายใจไวต่อสิ่งกระตุ้นทารกอาจหายใจหอบ แต่จะดีขึ้นเมื่อทารกเติบโตขึ้น

3.2 ความรู้เรื่องยา จำหน่ายโดยไม่มีการใช้ยาต่อที่บ้าน

3.3 ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน บ้านจัดมุมสำหรับเด็กอ่อน แยกของใช้โดยเฉพาะ ควรมีอากาศถ่ายเทดี ไม่มีฝุ่นควัน ควรมีเครื่องฟอกอากาศหากสามารถจัดหาได้ แยกสัตว์เลี้ยงให้เป็นสัดส่วน สมารถปิดมิดชิดเพื่อรักษาความอบอุ่นได้

3.4 สังเกตุอาการและการจัดการภาวะฉุกเฉิน

- อาการหายใจหอบอกบุ๋มริมฝีปากเขียว เล็บเขียว แสดงถึงภาวะขาดออกซิเจน ให้จัดท่านอนแหงนคอเล็กน้อยเพื่อเปิดทางเดินหายใจ นำส่งสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด
- ซึมไม่ดูดนมท้องอืด ตัวเหลือง ชัก มีไข้หรือตัวเย็น ทารกอาจติดเชื้อในกระแสเลือดนำส่งสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด
- ถ่ายเหลวท้องเสีย ทารกอาจเสียน้ำและเกลือแร่ จนshockได้ ให้รับประทานORSสำหรับเด็กเจือจางเท่าตัว และนำส่งสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด
- มีไข้ให้เช็ดตัวลดไข้ เพื่อป้องกันการชัก

3.5 การดูแลความสะอาดร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาบน้ำเช้า - เย็นในวันที่อากาศร้อน อาบน้ำตอนกลางวันในวันที่อากาศหนาวโดยไม่ให้มีลมพัดผ่าน อาบน้ำอุ่นและสบู่เด็กโดยใช้หลังมือทดสอบให้นำอุ่นพอดี งดทาแป้งเพราะทารกอาจแพ้ฝุ่นแป้ง เช็ดตาหลังอาบน้ำด้วยสำลีสะอาดชุบน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว ไม่ควรพาทารกไปในที่ชุมนุมชน ล้างมือให้สะอาดก่อนสัมผัสทารก ผู้ที่ป่วยโรคทางเดินหายใจไม่ควรสัมผัสใกล้ชิดทารก หากมารดาป่วยควรเน้นการล้างมือ และสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ขวดนมล้างทำความสะอาดนึ่งอบไอน้ำ 30 นาทีก่อนนำมาใช้ ทำความสะอาดและเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งเมื่อทารกขับถ่าย

3.6 การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด ให้นำทารกมาตรวจที่คลินิคทารกเสี่ยงสูง และฉีดวัคซีนตามนัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ตามวันเวลานัดตามที่แจ้งไว้ในใบนัด แต่หากทารกมีอาการ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ซึม ไม่ดูดนมท้องอืด ตัวเหลือง ชัก มีไข้หรือตัวเย็น ให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้

3.7 อาหาร ควรให้ทารกรับประทานนมมารดาเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน อย่างน้อย 6 เดือน กรณีมารดาเสพยาเสพติดต้องงดนมแม่ เนื่องจากยาผ่านน้ำนมได้ ให้เลี้ยงทารกด้วยนมผสมสูตร Infant formularจนกว่ามารดาจะหยุดยาและมีผลตรวจAmphetamineเป็นลบ ควรให้อาหารเสริมและประเมินพัฒนาการตามวัย รายละเอียดสมารถศึกษาได้จากสมุดฝากครรภ์ สมุดประเมินพัฒนาการประจำตัวทารก หรือสื่อon lineต่างๆ

การอภิปรายผล

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล สามารถจัดกลุ่มได้ 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ปัญหาวิกฤตที่กำลังคุกคามชีวิต/การทำงานของอวัยวะสำคัญมี 4 ข้อ ได้แก่ 1.1) การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง 1.2) ปริมาณเลือดสูบฉีดออกจากหัวใจลดลง 1.3) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร และเกลือแร่ในร่างกาย 1.4)มีภาวะชัก กลุ่มที่ 2 การลดความเสี่ยงต่อปัญหาที่มีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงจนคุกคามชีวิตมี 2 ข้อคือ 2.1) มีการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 2.2)ทุกข์ทรมานจากความปวด และกลุ่มที่ 3 ปัญหาและความต้องการครอบคลุมด้านจิตใจมี 2 ข้อ ได้แก่ 3.1) การพัฒนาความผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกยังไม่มั่นคง และ3.2) บิดามารดาผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้[9-13]

2. เป้าหมาย ปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลของทารกทั้ง 2 ราย นำมาจัดลำดับความสำคัญ นำเสนอ 1) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเสนอเฉพาะส่วนปัญหา เนื่องจากสาเหตุของปัญหาไม่ได้เหมือนกันทั้งหมด 2) เป้าหมายของการพยาบาล และ3) ปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์[5] ดังต่อไปนี้

2.1 การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เป้าหมายการพยาบาลในทารกทั้ง 2 ราย[1]

2.2 ปริมาณเลือดสูบฉีดออกจากหัวใจลดลง เกิดในทารกรายแรก เป้าหมายการพยาบาล คือ เนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ capillary refill timeน้อยกว่า 2 วินาที อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง120-160 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต systolic ตั้งแต่ 65 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และความดันโลหิตเฉลี่ยตั้งแต่50 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป มีปริมาณปัสสาวะออก1-4 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง

2.3 เสี่ยงต่อสมองเสียหน้าที่จากภาวะชัก เกิดในทารกรายแรก เป้าหมายการพยาบาล คือ เนื้อเยื่อสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ

2.4 มีการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจและติดเชื้อในกระแสเลือด (ทารกรายแรก) เป้าหมายของการพยาบาลในทารกทั้ง 2 ราย คือ ทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อ และไม่มีการแพร่กระจายเชื้อปฏิบัติการพยาบาลที่ทารกทั้ง 2 รายได้รับ

2.5 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่ในร่างกาย เป้าหมายของการพยาบาลในทารกทั้ง 2 ราย คือ ทารกได้รับสารน้ำ สารอาหาร เกลือแร่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2.6 ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากความปวด เป้าหมายการพยาบาลในทารกทั้ง 2 ราย คือผู้ป่วยสงบลดภาวะstress ไม่ต้านเครื่องช่วยหายใจ

2.7 การพัฒนาความผูกพันระหว่างบิดามารดา ผู้ดูแลและทารกยังไม่มั่นคงเป้าหมายของการพยาบาลในทารกทั้ง2 ราย

2.8 บิดามารดา และผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ เป้าหมายของการพยาบาลในทารกทั้ง 2 ราย คือ บิดามารดา และผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อความเครียด และมีส่วนร่วมในการดูแลทารก

การวางแผนจำหน่าย เป้าหมายการพยาบาลในทารกทั้ง 2 ราย คือ การสร้างความมั่นใจให้กับบิดามารดา และผู้ดูแลในการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล บิดามารดา และผู้ดูแลของทารกทั้ง 2 รายได้รับการแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนการติดตามประเมินการเจริญเติบโตและส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง การสร้างเสริมภูมิต้านทานโรค การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบพาทารกมาพบแพทย์ การมาตรวจคัดกรองการได้ยินและอัลตราซาวด์สมองและติดตามการรักษาภาวะ

โรคปอดเรื้อรัง(chronic lung disease) ตามนัด และการประสานงานกับทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อติดตามอาการของทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลที่สำคัญ คือ จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย พยาบลควรสามารถคาดการณ์การเกิดภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงล่วงหน้าได้ เพื่อวินิจฉัยโรคได้เร็ว ให้การเฝ้าระวัง ให้การรักษาที่เหมาะสมได้ทันเวลา ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ควบคุมอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อม และลดการรบกวนจากสิ่งเร้าภายนอกอย่างเข้มงวดเนื่องจากทำให้พยาธิสภาพรุนแรงขึ้นได้ ผลการศึกษานำไปต่อยอดเป็นแนวทางสำหรับปฏิบัติการพยาบาล ในส่วนของมารดาที่ใช้สารเสพติดควรมีหน่วยงานติดตามประเมิน คุณภาพชีวิต และครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งควรมีหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ให้การสนับสนุนในส่วนที่จำเป็นในการเลี้ยงดูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1.ชรินพร พนาอรุณวงศ์.(2561). ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลนครพนม.วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 4(2):5-18

2.นพวรรณ พงศ์โสภา.(2560). ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสุราษฎ์ธานี.วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 31(1):49-59. 3.

3.นิศานาถ ชีระพันธุ์.(2563). การพยาบาลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดและได้รับการรักษาด้วยการสูดดมก๊าซไนตริกออกไซด์ : กรณีศึกษา.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 17(3):100-111

4.พรพิมล โรจนครินทร์.(2564). ผลการรักษาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 60(4):294-305

5.ฟาริดา อิบราฮิม. ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยมหิดล;2554

6.มนัญญา อภิวัฒนพร. ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2564;29(1):30-7.

7.โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.รายงานสถิติ 5 อันดับโรค ปี 2563-2565. เวชระเบียนแผนกผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.

8. แสงแข ชำนาญวนกิจ. (2560). ภาวะติดเชื้อในระยะแรกทารกแรกเกิด. กรุงเทพ: กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมงกุฎเกล้า.

9.วรนาฎ จันทร์ขจร, อำนวยพร อภิรักษากร.ผลการรักษาภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ.วารสารกุมารเวชศาสตร์2563;59(2):131-8

10.อัญชลี ลิ้มรังสิกุล. แนวทางการดูแลรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด. ใน : สันติ ปุณณะหิตานนท์ ,บรรณาธิการ. Smart Practice in Neonatal Care. กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ พริ้นท์

11.Begum NA, Afroze S, Laila R, Siddiqua SP,Rahaman MT. Risk Factors of PersistentPulmonary Hypertension of Newborn
(PPHN) in Different Gestation. Am JPediatr 2019;5(3):142-7.

12.Mathew B, Lakshminrusimha S. PersistentPulmonary Hypertension in the Newborn.Children 2017;63(4):1-14

13.Tauber KA, Gels GM, Clark DA. Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn(PPHN). Medscape [Internet] 2019 Sep.03.[cited 2019 Sep 28]. Available from: https://emedicine.medscape.com/article/898437-overview.

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : 2 กรณีศึกษา

Nursing care of elderly patients receiving general anesthesia for Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery Kalasin Hospital : 2 Case Studies.

(Received: October 31,2023 ; Revised: November 25,2023 ; Accepted: November 25,2023)

วิมลรัตน์ คชอาจ[1]
Wimolrat Kotchaard[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง 2) ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้องมีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน เก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีภาวะมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและต้องได้รับการยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดแบบส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลย้อนหลัง 1 ปีของปี 2565 โดยการนำแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเรมมาใช้

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีประเด็นปัญหาที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลแบบองค์รวม นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนนำความรู้ ทักษะและประสบการณ์การณ์จากการปฏิบัติงานในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุมาใช้ พบว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ การพยาบาลแบบองค์รวม , การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในผู้สูงอายุ ,มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก,การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบส่งกล้อง

Abstract

This study was case study aimed to 1) Nursing practice Holistic nursing care for elderly patients receiving general anesthesia for Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery 2) Elderly patients requiring general anesthesia for Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery is safe without complications. Data were collected from in-patient medical records of elderly patients with underlying diseases and CA colon and CA rectum requiring general anesthesia for Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery Kalasin Hospital . Data were collected 1 year in 2022 by applying Gordon's Health Model concept and Orem's self-care deficit theory.

The results showed that the two patients had the same and different problems. The researcher therefore analyzed the problems of nursing in a holistic way used to define the nursing diagnosis and nursing process both before, during and after anesthesia that covers physical, mental, emotional, social and spiritual aspects as well as bringing knowledge skills and experiences from the practice of anesthesia for elderly patients were used. It was found that the patients were safe no complication.

Keywords: holistic nursing care, general anesthesia in the elderly, Colon and Rectum Cancer , Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ.2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ในบรรดาผู้ป่วยใหม่ 18.1 ล้านราย พบผู้ป่วยมะเร็งปอด 2.1 ล้านราย มะเร็งเต้านม 2.1 ล้านราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านราย มะเร็งต่อมลูกหมาก 1.3 ล้านราย และมะเร็งกระเพาะอาหาร 1.0 ล้านราย ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต 9.6 ล้านราย เป็นผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปอด 1.8 ล้านคน มะเร็งลำไส้ 881,000 คน มะเร็งกระเพาะอาหาร 783,000 คน มะเร็งตับ 782,000 คน และมะเร็งเต้านม 627,000 คน[1,11]

ข้อมูลสถิติโรคมะเร็งประเทศไทยปี 2564 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยใหม่ 2,938 คน เป็นเพศชายจำนวน 1,313 คน (44.7%) และเพศหญิง 1,625 คน (55.3%) โรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในชายไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปอด มะเร็งช่องปากและเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปอดและมะเร็งตับและท่อน้ำดี และจากข้อมูลมะเร็งที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2564 พบ 5 อันดับแรกได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colon and Rectum Cancer) จำนวน 414 ราย ชาย 250 ราย หญิง 164 ราย มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver and Bile duct Cancer)จำนวน 368 ราย ชาย 269 ราย หญิง 99 ราย มะเร็งปอด (Lung Cancer) จำนวน 263 ราย ชาย152 ราย หญิง 111 ราย มะเร็งเต้านม (Breast Cancer) จำนวน 620 ราย ชาย 4 ราย หญิง 616 ราย และลำดับสุดท้ายคือมะเร็งปากมดลูกในเพศหญิง (Cervix Uteri Cancer) จำนวน 225 ราย เมื่อเปรียบเทียบอันดับและอัตราการเกิดโรคมะเร็งรายใหม่ ปี พ.ศ.2564 พบว่ามะเร็งที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกทั้งชายและหญิง ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก [1,11]

กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญจึงได้จัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Control Programeme) เป็นแผนที่จัดทำขึ้นโดยผู้บริหารและนักวิชาการ จากทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในสาขาต่างๆ และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทรัพยากร และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ขึ้นในปี 2556 และได้มีการถ่ายทอดแผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556-2560 ลงสู่การการปฏิบัติระดับพื้นที่ของ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง นอกจากนี้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ได้มอบหมายให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program:IHPP)ประเมินการนำแผนฯไปสู่การปฏิบัติใน Service Plan ของผู้เกี่ยวข้องในแต่ละระดับ เพื่อวิเคราะห์สิ่งที่เป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่[11]

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้ตอบสนองนโยบายของ Service Plan สาขามะเร็ง โดยได้มีการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นมะเร็งที่พบได้มากเป็นอันดับหนึ่งทั้งเพศชายและหญิง และให้การรักษาด้วยการผ่าตัดต่อไป ซึ่งการผ่าตัดมะเร็งลำไส้และทวารหนักด้วยการส่องกล้อง (Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery) ได้รับความนิยมมากขึ้น รวมทั้งมีการพัฒนาเทคนิคและวิธีการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimal Invasive Surgery) ได้จัดอยู่ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขไทยเพื่อลดความแออัด ลดค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน

นอกจากนี้ยังมีข้อดีหลายข้อเมื่อเปรียบเทียบกับการผ่าตัดด้วยวิธีเปิดช่องท้องกับการผ่าตัดแบบทั่วไป คือ ช่วยให้การกลับมาทำงานของลำไส้เร็วขึ้น ลดความเจ็บปวดของแผลหลังผ่าตัด (Less postoperative pain) ลดความต้องการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วย (Reduction in the need for analgesics) สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมารับประทานอาหารได้เร็วขึ้น ลดระยะเวลาของผู้ป่วยขณะที่นอนโรงพยาบาล (Shortened hospital stay) ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น (Earlier resumption of normal activities) แผลผ่าตัดเล็ก สวยงาม[2,4,12,13]

การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่สูงอายุและมีโรคประจำตัวโดยวิธีส่องกล้อง ค่อนข้างมีความยุ่งยาก ซับซ้อนและมีความเสี่ยง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพยาธิสรีรวิทยา ประกอบกับมีโรคประจำตัวหลายโรคและได้รับยาอยู่หลายชนิด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึกหลายด้าน [3,6,7,8,9]

นอกจากนี้ยังเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ซึ่งถือว่าเป็นเทคนิคพิเศษ มีการใส่ CO_2 เข้าไปในช่องท้องเพื่อให้มองเห็นอวัยวะในช่องท้อง ทำให้เพิ่มแรงดันในช่องท้อง ส่งผลทำให้ Airway Pressure ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ CO_2 ออกนอกช่องท้อง (Extraperitoneal insufflation) ทำให้เกิด Subcutaneous emphysema) นอกจากนี้ยังมีการจัดท่าขึ้นขาหยั่งและนอนท่าศีรษะต่ำ เพื่อให้แรงโน้มถ่วงของโลกดันอวัยวะในช่องท้องออกจากบริเวรที่จะผ่าตัด ซึ่งมีผลอย่างมากต่อระบบหลอดเลือดและระบบหายใจ[2,4,7,12]

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบส่องกล้องในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2565 และ 2566 มีจำนวน 12 ราย และ 35 ราย ตามลำดับ (งานข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ , 2566) ดังที่ได้กล่าวในเบื้องต้นแล้วว่าการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่สูงอายุและมีโรคประจำตัวโดยวิธีส่องกล้องค่อนข้างมีความยุ่งยาก ซับซ้อนและมีความเสี่ยง ทีมวิสัญญีจึงต้องให้ความสำคัญในการประเมินและการเตรียมสภาพผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการระงับความรู้สึก รวมถึงการดูแลในระยะ ขณะและหลังการระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกมีการฟื้นอย่างรวดเร็วและหลีกเลี่ยงการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ[3,6,7,8]

ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด โรคประจำตัว รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่มีความเฉพาะสำหรับการผ่าตัดชนิดนี้ มีทักษะและการตัดสินใจในการพยาบาลและแก้ไขปัญหาวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที มีการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นหลัก[6,7,10] ผู้ศึกษาจึงตระหนักเห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีโรคประจำตัวที่มาผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery) และต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อผ่าตัด จึงได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมความรู้ด้านวิชาการ การพยาบาลและประสบการณ์จากการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

1. ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง

2.ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้องมีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยเก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว

และมีภาวะมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ต้องได้รับการยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อการผ่าตัดตัดต่อลำไส้ด้วยวิธีส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี ในปี 2565 โดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกายและการรักษาของแพทย์เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยแล้วนำมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและครอบครัว

ผลการศึกษา

1. รายงานข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรายงานข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

หัวข้อประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศและอายุ	เพศหญิง อายุ 68 ปี	เพศชาย อายุ 69 ปี
อาการสำคัญ	หลังการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ แพทย์นัดผ่าตัด	หลังการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ แพทย์นัดผ่าตัด
โรคประจำตัว	ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง	ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รับยาสม่ำเสมอ
ศีรษะ ใบหน้า	ปกติ ผมสั้นสีขาวแซม	ปกติ ผมสั้นสีขาวแซม
ตา หู คอ จมูก	ตามองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง หู คอและจมูกลักษณะปกติ หูได้ยินชัดเจน	ตามองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง หู คอและจมูกลักษณะปกติ หูได้ยินชัดเจน
ริมฝีปากและฟัน	ริมฝีปากปกติ ไม่มีฟันด้านบน 2 ซี่ ไม่มีฟันปลอม	ริมฝีปากปกติ ไม่มีฟันด้านหน้า ไม่มีฟันปลอม มีฟันโยก 1 ซี่ด้านล่าง
ทรวงอกและการหายใจ	หายใจปกติ ไม่หอบ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที	หายใจปกติ ไม่หอบ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที
หัวใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นสม่ำเสมอ 80 - 88 ครั้งต่อนาที BP 144/80 mmHg EKG ปกติ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ทำ Echo LVEF 54% ส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคไต แพทย์พิจารณาให้ผ่าตัดได้	อัตราการเต้นไม่สม่ำเสมอ 84 - 90 ครั้งต่อนาที BP 154/92 mmHg EKG ปกติ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก
ระบบประสาทและการเคลื่อนไหว	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง แขนและขาขวา เคลื่อนไหวได้ปกติ	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง แขนและขาขวา เคลื่อนไหวได้ปกติ
สภาพจิตใจและอารมณ์	การรับรู้ปกติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	การรับรู้ปกติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Hb 10.4 , Hct 31.5 , Platelete 202,000, BUN 25, Creatinine 2.65, GFR 37 , FBS 82 , Na 136.7, K4.3, Chloride 106.2, HCO_3 21.1	Hb 9.7 , Hct 31.3 , Platelete 233,000, BUN 34, Creatinine 1.83, GFR 65 , FBS 138 , Na 130.1, K4.3, Chloride 95.5, HCO_3 21.8
การวินิจฉัย	CA Rectum	CA Rectum
การผ่าตัด	Laparoscopic Low Anterior Resection	Laparoscopic Low Anterior Resection
ชนิดของการระงับความรู้สึก	General anesthesia	General anesthesia
ระยะเวลาในการผ่าตัดและการสูญเสียเลือด	ระยะเวลาทำผ่าตัด 5 ชั่วโมง สูญเสียเลือดประมาณ 50 ml	ระยะเวลาทำผ่าตัด 5 ชั่วโมง 30 นาที สูญเสียเลือดประมาณ 100 ml
สภาพหลังผ่าตัด	หลังผ่าตัดถอดท่อช่วยหายใจ รู้สึกตัวดี ดูแลอยู่ที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง จากนั้นย้ายกลับไปดูแลต่อตึกศัลยกรรมหญิง	หลังผ่าตัดถอดท่อช่วยหายใจ รู้สึกตัวดี ดูแลอยู่ที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง จากนั้นกลับไปดูแลต่อที่ตึกศัลยกรรมชาย
ระยะเวลาในการรักษา	ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 7 วัน	ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 7 วัน
สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้พอสมควร แผลแห้ง ไม่บวมแดง	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้พอสมควร แผลแห้ง ไม่บวมแดง

2. กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัด ตัดต่อลำไส้ด้วยวิธีการส่องกล้อง

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัด ตัดต่อลำไส้ด้วยวิธีการส่องกล้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก วัตถุประสงค์ - เพื่อลดความวิตกกังวลและเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์ - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ตรวจเยี่ยมก่อนการระงับความรู้สึกและแนะนำตนเองเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งประเมินรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก การคาดการณ์ถึงสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ผ่านมาและแหล่งสนับสนุนทางสังคม 2. ประเมินอาการและอาการการแสดงที่บ่งบอกถึงความวิตกกังวล เช่น สีหน้า ตึงเครียด หงุดหงิด นอนไม่หลับ 3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ แผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึก ขั้นตอนการระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการระงับความรู้สึกที่ห้องพักฟื้นและเมื่อกลับมายังหอผู้ป่วย 4. สอนวิธีการหายใจ ให้หายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ โดยหายใจเข้าลึกๆ ค้างไว้ 30 วินาที แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทาซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วหายใจตามปกติ 5. แนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายและให้อิสระในการเลือกตามความสนใจ เช่น การฟังดนตรี การทำสมาธิ การบริหารการหายใจ เป็นต้น 6. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าตลอดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี ทุกทีมพร้อมจะให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย 7.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยต่างๆ ตอบข้อซักถามด้วยความใส่ใจและนุ่มนวล การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในแผนการรักษา ผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้น ให้ความร่วมมือในการรับการรักษาครั้งนี้ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ - ผู้ป่วยและญาติบอกวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2. ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวขณะให้ยาระงับความรู้สึก วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. อธิบายให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก 2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก 3. อธิบายให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าตลอดการผ่าตัดจะมีทีมวิสัญญีคอยดูแลอย่างใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลา 4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังเสร็จการผ่าตัดวิสัญญีพยาบาลจะถอนฤทธิ์ยาสลบออก ผู้ป่วยจะเริ่มได้ยินเสียงเรียกชื่อและให้ทำตามคำแนะนำ จะพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ ให้ผู้ป่วยหายใจเอง ถ้าหายใจดีแล้วและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะนำส่งไปห้องพักฟื้นเพื่อการดูแลต่อไป 5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังเสร็จการผ่าตัดถ้ายังมาสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ อาจต้องคาท่อช่วยหายใจไว้ก่อน และจะถอดให้เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและหายใจได้เอง การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยสามารถบอกขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกและเตรียมการผ่าตัดได้ถูกต้อง - ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการเตรียมตัวรับการให้ยาระงับความรู้สึก มีความพร้อมในการให้ยาระงับความรู้สึก
ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1** มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอดเนื่องจากต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ไม่มีภาวะสำลักน้ำย่อยเข้าปอดขณะให้การระงับความรู้สึก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ตรวจสอบระยะเวลาการงดน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัด 2. ตรวจเช็คและเตรียมเครื่องดมยาสลบ อุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ สาย Suction และยาที่จำเป็น ให้พร้อมใช้งาน 3. ให้ออกซิเจน 100 % ก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจนาน 5 นาที 4. เฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ติดเครื่องวัดออกซิเจนในเลือด เครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกตลอดเวลา 5. ปรับระดับการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม 6. สังเกตเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด สีเล็บ ริมฝีปากไม่เขียวคล้ำ การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดออกซิเจน SpO2 99-100% ตลอดการผ่าตัด - สีของเลือด ริมฝีปากและเล็บ ไม่เขียวคล้ำ

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัด ตัดต่อลำไส้ด้วยวิธีการส่องกล้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความนุ่มนวลเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2. เตรียมยาลดความดันให้พร้อมใช้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 3. สังเกตและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที 4. ปรับระดับความลึกของการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม เพื่อรักษาระดับสัญญาณชีพให้คงที่และป้องกันให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติมากเกินไป 5. หากพบค่าความดันโลหิตที่สูงมากผิดปกติ ให้รายงานวิสัญญีแพทย์ทันทีเพื่อประเมินและให้การรักษา การประเมินผลทางการพยาบาล หลังใส่ท่อช่วยหายใจค่าความดันโลหิตไม่สูงไปจากค่าเดิม หลังผ่าตัดและหยุดการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำบอกได้ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทและสมอง - ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/65 – 140/78 mmHg , SpO2 99-100% ตลอดการผ่าตัด - ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 112/62 – 130/65 mmHg , SpO2 99-100% ตลอดการผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะให้การระงับความรู้สึก วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. สังเกตและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา 2. ปรับระดับความลึกของการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม เพื่อรักษาระดับสัญญาณชีพให้คงที่ 3. หากพบ EKG ผิดปกติ ให้รายงานวิสัญญีแพทย์ทันทีเพื่อประเมินและให้การรักษา การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะให้การระงับความรู้สึก - EKG ปกติไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าขึ้นขาหยั่ง (Modified Lithotomy) ร่วมกับท่าศีรษะต่ำ (Trendelenburg position) วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนการเคลื่อนของกระดูกสะโพกขณะขึ้นขาหยั่ง 2. เพื่อป้องกันการเกิดการกดทับและบาดเจ็บของเส้นประสาทต่างๆ และป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.จัดท่าผู้ป่วยขึ้นขาหยั่ง พิจารณาความถูกต้องตามหลักกายวิภาค ใช้ผ้ายืดพันขาทั้งสองข้างก่อนยกขึ้นขาหยั่งพร้อมกัน วิสัญญีพยาบาลเฝ้าระวังภาวการณ์เปลี่ยนแปลงดังนี้ - ระบบไหลเวียนเลือด มีผลเพิ่ม Cardiac output เมื่อมีการยกขาทั้งสองข้างสูงขึ้น เป็นผลให้ปริมาณเลือดดำที่ไหลเข้าสู่หัวใจมากขึ้น - ผลต่อระบบหายใจ ทำให้ Tidal volume และ Compliance ของปอดลดลง จากท่าที่ทำให้อวัยวะในช่องท้องดันกระบังลมขึ้นไปทางศีรษะ - ผลต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การจัดท่าขึ้นขาหยั่งทำให้ความโค้งของกระดูกสันหลังส่วนเอว (Lumbar lordosis) หายไป กระดูกสันหลังอยู่ในแนวราบ กล้ามเนื้อหลังตึงตัว ทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ 2. เก็บแขนขวาแนบลำตัวตามหลักกายวิภาค ใช้ผ้าห่มคลุมให้เรียบร้อย 3. ใช้หมอนเจลกลมรองศีรษะ และใช้ที่ประคองไหล่เพื่อป้องกันการเคลื่อนตัว 4. จัดผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลระมัดระวัง ไม่ให้มีการเคลื่อนส่วนต่างๆของร่างกาย 5. ดูแลระวังสายต่างๆ เช่นสายให้สายน้ำทางหลอดเลือดดำ สายสวนปัสสาวะไม่ให้ตึงรั้ง 6. การผ่าตัดใช้ระยะเวลานานร่วมกับผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกอยู่ในท่าเดิมนานๆมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่นอาจทำให้เกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ใช้เครื่องปั๊มลม (Intermittent pneumatic pumping device) การประเมินผลทางการพยาบาล - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า ไม่พบการบาดเจ็บของเส้นประสาท ไม่เกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน กรณีศึกษานี้ใช้ผ้ายืดพันขาทั้งสองข้าง (Elastic bandage) เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน และใช้เครื่องปั๊มลม (Intermittent pneumatic pumping device) ตลอดการผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจจากภาวะก๊าซ	กิจกรรมการพยาบาล 1. เฝ้าระวังสัญญาณชีพของผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระหว่างได้ยาระงับความรู้สึก พร้อมบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที 2. เฝ้าระวังระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัด ตัดต่อลำไส้ด้วยวิธีการส่องกล้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
คาร์บอนไดออกไซด์คั่งจากการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจจากก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	3. ตลอดเวลาที่มีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องผู้ป่วย เฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดเวลา ทั้งอัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต ระดับความดันในทางเดินหายใจ (airway pressure) และระดับของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (ETCO2) 4. ประสานงานกับศัลยแพทย์ที่ผ่าตัด ในขณะที่กำลังใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้องผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงขณะใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ตลอดเวลา เมื่อสัญญาณชีพเริ่มผิดปกติประสานกับศัลยแพทย์ในการลดอัตราการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ 5. เฝ้าระวังระดับของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (ETCO2) พร้อมปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม เพื่อรักษาระดับของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (ETCO2) ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 6. ปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมด้วย Tidal volume 8-10 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม ปรับการช่วยหายใจให้เหมาะสมโดยประเมินร่วมกับระดับความดันในทางเดินหายใจ (airway pressure) ให้ต่ำกว่า 35 เซนติเมตรน้ำ 7. ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมงจนถึงระยะพักฟื้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณหน้าอกที่อาจเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งบริเวณผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/65 – 140/78 mmHg , SpO2 99-100% อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติในช่าง 72-108 ครั้งต่อนาที ระดับของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (ETCO2) อยู่ระหว่าง 28-36 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันในทางเดินหายใจ (airway pressure) อยู่ระหว่าง 25-30 เซนติเมตรน้ำ - ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 112/62 – 130/65 mmHg , SpO2 99-100% อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติในช่าง 82-112 ครั้งต่อนาที ระดับของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (ETCO2) อยู่ระหว่าง 25-35 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันในทางเดินหายใจ (airway pressure) อยู่ระหว่าง 26-32 เซนติเมตรน้ำ ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยทั้ง 2 กรณี บริเวณท้อง หน้าอกไม่เกิดภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งบริเวณผิวหนัง (Subcutaneous emphysema)
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypothermia ขณะอยู่ในห้องผ่าตัดเนื่องจากใช้เวลาในการผ่าตัดนาน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะ Hypothermia (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. สังเกตและประเมินภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เฝ้าระวังตลอดการผ่าตัด 2. ติดอุปกรณ์วัดอุณหภูมิกายตลอดการผ่าตัด เฝ้าระวังและบันทึกทุก 5 นาที 3. ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อนคลุมบริเวณแขนและหน้าอก 4. ควบคุมอุณหภูมิของห้องผ่าตัดให้อยู่ในช่วง 18 – 22 องศาเซลเซียส การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Hypothermia อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.3 – 36.8 องศาเซลเซียส - ผิวหนังและปลายนิ้วมือไม่ซีดเย็น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 7 เสี่ยงต่อการเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและเลือดในร่างกายเนื่องจากมีการสูญเสียน้ำและเลือดขณะผ่าตัด วัตถุประสงค์ - เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากการสูญเสียน้ำและเลือดขณะผ่าตัด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ประเมินและบันทึกปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการผ่าตัด และให้สารน้ำหรือเลือดทดแทนให้เหมาะสม 2. บันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะขาดสารน้ำ 3. สังเกตและเฝ้าระวังสัญญาณชีพ เมื่อพบความผิดปกติหรือมีการสูญเสียเลือดมากกว่าค่าที่ยอมรับได้ พิจารณารายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อให้การรักษาหรือให้เลือดทดแทน การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดสารน้ำและเลือด ปริมาณปัสสาวะที่ออกขณะผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ กรณีศึกษาที่ 1 ระยะเวลาในการผ่าตัด 5 ชั่วโมง เสียเลือด 50 ml ได้สารน้ำไปทั้งหมด 600 ml ปัสสาวะออกเพิ่มชั่วโมงละ 50-70 ml กรณีศึกษา ที่ 2 ระยะเวลาในการผ่าตัด 5 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือด 100 ml ได้สารน้ำไปทั้งหมด 800 ml ปัสสาวะออกเพิ่มชั่วโมงละ 50-80 ml
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8 เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกินเนื่องจากมีภาวะไตวายเรื้องรัง วัตถุประสงค์	1. ประเมินและบันทึกปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการผ่าตัด และให้สารน้ำหรือเลือดทดแทนให้เหมาะสม 2. บันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง 3. ประเมินลักษณะที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำเกิน เช่น การฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation , Secretion ขณะดูดเสมหะมีลักษณะ frothy sputum

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัด ตัดต่อลำไส้ด้วยวิธีการส่องกล้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน (กรณีศึกษาที่ 1)	การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำเกิน ปริมาณปัสสาวะที่ออกขณะผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ - ฟังเสียงปอดไม่มี Crepitation และ Suction ไม่มี frothy sputum
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 9 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเนื่องจากมีภาวะเบาหวาน วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ (กรณีศึกษาที่ 1)	1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น 2. ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ โดยการเจาะน้ำตาลในเลือดขณะผ่าตัด หากสูงหรือต่ำกว่าปกติรายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อให้การรักษา การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ - DTX ขณะผ่าตัด 102 mg%
ระยะหลังให้การระงับความรู้สึก **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoventilation และ Hypoxia หลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ศีรษะสูงเล็กน้อย ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่งและป้องกันการสำลักหากมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 2. ให้ออกซิเจนทางหน้ากากครอบหน้า 6 ลิตรต่อนาที 3. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง 4. ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดอาการหนาวสั่น ซึ่งจะทำให้ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น 5. สังเกตและฟังเสียงหายใจของผู้ป่วย ถ้ามีเสมหะกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอและบ้วนออกมา หรือใช้เครื่องดูดเสมหะดูดออก 6. สังเกตอาการเขียวคล้ำของผิว ปลายมือ ปลายเท้า การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หายใจปกติ ไม่มีอาการปลายมือ ปลายเท้าเขียว SpO2 99-100% - ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการหนาวสั่น หลังให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อนอาการหนาวสั่นลดลง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ - เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการเจ็บปวด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ประเมินสภาวะการรับรู้ ภาวะสุขภาพและผลกระทบ เช่น การปวดแผลทำให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออก ตื้น 2. จัดท่าศีรษะสูงเล็กน้อยเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกและสุขสบาย 3. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีเสียงรบกวน 4. ประเมินระดับความปวดเป็นระยะ เพื่อให้ยาตามแผนการรักษา 5. หลังให้ยาแก้ปวดสังเกตและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา 6. พูดจาปลอบโยนและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ขณะอยู่ในห้องพักฟื้น Pain score = 7 ได้รับยาแก้ปวดคือ fentanyl 50 mcg iv หลังให้ปวดลดลง Pain score = 3 - ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ยาแก้ปวด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 มีภาวะหนาวสั่น (Shivering) ภายหลังการผ่าตัด วัตถุประสงค์ - เพื่อให้อุณหภูมิร่างกายอบอุ่นขึ้นหายจากการหนาวสั่น (Shivering) (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหนาวสั่น โดยการสังเกตและสอบถามผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยรู้สึกหนาวร่วมกับกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะ ใบหน้า ลำคอและลำตัวมีอาการพลิ้วหรอมีอาการสั่นเกร็ง 2. ดูแลจัดท่านอนให้สุขสบายและผ่อนคลาย 3. ห่มผ้าให้มิดชิดและให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้เครื่องให้ความอบอุ่นไฟฟ้า (Warm blanket) 4. ดูแลให้ได้รับ Oxygen mask 8-10 ลิตรต่อนาที เพราะอาการหนาวสั่นจะทำให้ความต้องการในการใช้ออกซิเจนของร่างกายเพิ่มขึ้น 5. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Pethidine 20 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อให้อาการหนาวสั่นทุเลาและหายไป 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที พร้อมประเมินอาการและอาการแสดงซ้ำก่อนส่งต่ออาการผู้ป่วย การประเมินผลทางการพยาบาล - ทั้ง 2 กรณี ในห้องพักฟื้น (Recovery Room) มีอาการหนาวสั่น (Shivering) รายงานแพทย์ ได้รับการรักษาโดยให้ Pethidine 20 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำทั้ง 2 คน และให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยเครื่องให้ความ

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัด ตัดต่อลำไส้ด้วยวิธีการส่องกล้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	อบอุ่นไฟฟ้า (Warm blanket) ผู้ป่วยหายจากอาการหนาวสั่น ร่างกายอบอุ่นขึ้น อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. สังเกตอาการบวมตึง อุณหภูมิ สีผิว ชีพจรบริเวณปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง และสอบถามอาการปวดบริเวณขาและน่อง ความรู้สึกและความสามารถในการเคลื่อนไหวขา 2. ดูแลจัดท่านอนของผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง และสุขสบาย เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในท่าขึ้นขาหยั่งในการผ่าตัดนาน ควรมีผ้ารองบริเวณขา เพื่อช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ยกปลายเท้าสูงเล็กน้อย จะช่วยลดบวมและช่วยการไหลเวียนกลับของหลอดเลือดดำ 3. แนะนำการบริหารร่างกายและเคลื่อนไหวร่างกายอย่างรวดเร็ว (early ambulation) ตามแผนการรักษา เพราะจะช่วยลดปัจจัยในการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน โดยการกระตุ้นให้บริหารออกกำลังขาทั้งสองข้างด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา กดเข่าลงกับที่นอน เป็นการบริหารกล้ามเนื้อแบบเกร็งอยู่กับที่ บริหารกล้ามเนื้อข้อเท้าโดยการกระดกข้อเท้าขึ้นลงบ่อยๆ 4. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า หากมีอาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบ เป็นตะคริว มีอาการชาหรือขาบวม ให้รายงานพยาบาลและแพทย์ทราบทันที เพื่อให้การรักษาที่รวดเร็ว การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่พบภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน ขาไม่บวมตึง ผิวหนังบริเวณขาไม่บวมแดง ไม่ปวดน่อง ไม่มีอาการชา และไม่เป็นตะคริว
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัด วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแผลติดเชื้อ เช่น ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล หากแผลเปื้อนซึมพิจารณาเปลี่ยนผ้าผันแผลใหม่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 2. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. แนะนำการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริมการหายของแผล การประเมินผลทางการพยาบาล - แผลแห้งดีไม่ซึม มีไข้ต่ำๆ อุณหภูมิกาย 36.7 – 37.7 องศาเซลเซียส , ชีพจร 70 – 100 ครั้งต่อนาที , ความดันโลหิต 120/74 – 153/92 mmHg
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากต้องนอนบนเตียงนานและมีการจำกัดการเคลื่อนไหว วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนานขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. สอนวิธีการบริหารปอดด้วย การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ โดยหายใจเข้าลึกๆ ค้างไว้ 30 วินาที แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทาซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วหายใจตามปกติ เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ 2. สอนการออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา การกระดกข้อเท้า เพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติด 3. กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว ไม่ควรนอนท่าเดียวนานๆ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีภาวะปอดอักเสบหรือปอดแฟบ หายใจปกติ ไม่หอบ - ผู้ป่วยไม่มีภาวะภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติด ทำกิจวัตรประจำวันได้ - ผิวหนังปกติ ไม่มีรอยแดง ไม่มีแผลกดทับ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการระงับความรู้สึก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองตนเองภายหลังการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การออกกำลังกายด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อ การนั่ง การเดิน การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ตอบข้อซักถามได้ถูกต้อง มีสีหน้าวิตกกังวลลดลง

3. แผนการพยาบาลก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

คำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตัว

1.ห้ามให้แผลถูกน้ำจนกว่าจะครบกำหนดเปิดแผล แต่ถ้าแผลซึม บวม แดง ร้อน มีกลิ่นเหม็นหรือปวดมาก มีไข้ ให้รีบมาพบแพทย์โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด

2. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เนื่องจากผู้ป่วยมีการเสียน้ำและเลือดขณะผ่าตัด ควรได้รับอาหารที่สมบูรณ์ไปด้วยโปรตีน เกลือแร่และวิตามิน เพื่อส่งเสริมการหายของแผล หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง ชา กาแฟและแอลกอฮอล์ เป็นต้น

3. แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษา ผลข้างเคียงของยาและความสำคัญของการรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษา

4. แนะนำผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อหลังการผ่าตัด ดังนี้ หลีกเลี่ยงการสัมผัสบุคคลที่มีการติดเชื้อ เช่นเป็นหวัดหรือมีไข้ ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 10 แก้ว รักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล พักผ่อนละนอนหลับให้เยงพออย่างน้อย 8-10 ชั่วโมง ดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาดอยู่เสมอและสอนวิธีการทำแผลที่สะอาด ปราศจากเชื้อ ถ้าจำเป็นต้องทำแผลเมื่อกลับไปบ้าน

5.แนะนำผู้ป่วยในการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ หากพบควรมาพบแพทย์ ได้แก่ มีไข้ต่ำๆหรือมีไข้สูง อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ไอมีเสมหะสีเขียวเป็นหนอง แผลผ่าตัดแยกหรือบวม แดง ร้อน และปวดมากขึ้น ถ่ายปัสสาวะไม่ออก ถ่ายบ่อย แสบในขณะถ่าย ปัสสาวะขุ่น มีกลิ่นเหม็น เป็นต้น

6.แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องออกแรงมาก โดยห้ามยกหรือแบกของหนัก ห้ามออกแรงหักโหม เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือนหลังการผ่าตัด

7. แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจของการมาตรวจตามแพทย์นัด หากมีสิ่งผิดปกติ เช่น ปวด บวม แดง บริเวณผ่าตัด มีน้ำหนองไหลออกจากแผล มีไข้ ให้มาพบแพทย์ทันทีแม้จะยังไม่ถึงเวลานัด

8..ในการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านควรให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมด้วย โดยเฉพาะผู้ที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจ

การอภิปรายผล

ในกรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวานและภาวะไตวายเรื้อรังร่วมด้วย ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งทั้ง 2 กรณีเหมาะสมกับการพิจารณาผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง ในกรณีศึกษาพบว่าเป็นโรคเบาหวาน ถ้าควบคุมน้ำตาลไม่ดี อาจทำให้แผลหายช้า ซึ่งการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้องมีข้อดีคือแผลผ่าตัดเล็กกว่าแผลผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง อาการเจ็บน้อย หลังการผ่าตัดผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บน้อย แผลในการผ่าตัดมีขนาดเล็กจึงทำให้ร่างกายฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว[2,5] จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัว พบว่ามีแผนการรักษาพยาบาลที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ต้องใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อย่างครอบคลุมทุกระยะ ตั้งแต่ระยะก่อน ขณะและหลังให้การระงับความรู้สึก การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งในช่วงหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมถึงการมาตรวจตามนัด ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจึงจำเป็นจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและการตัดสินใจในการพยาบาล การเฝ้าระวังและการแก้ไขปัญหาวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในขณะและหลังให้การระงับความรู้สึกได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงทีอย่างมีประสิทธิภาพ มีการประสานงานและการทำงานเป็นทีมกับทุกสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน มีการฟื้นตัวอย่างรวดเร็วและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ[7,8,9,10]

ข้อเสนอแนะ

1.การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจในการผ่าตัด รายละเอียดเรื่องข้อดีของการเลือกผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้อง สมารถฟื้นตัวได้เร็ว แผลเล็ก โดยการให้ความรู้แด่ผู้ป่วย ขั้นตอนการผ่าตัด แผลผ่าตัด การ

นอนรักษาในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่วิตกกังวลและถามเป็นจำนวนมาก จึงควรทำแผ่นพับ แผนภาพเพื่ออธิบายายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาโดยการผ่าตัดแบบส่องกล้อง การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดส่องกล้อง เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเข้าใจแผนการรักษามากขึ้น

2.การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนมาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่องกล้อง มีขั้นตอนการประเมินและการเตรียมก่อนมาผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน เตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว ทีมวิสัญญีพยาบาลควรมีองค์ความรู้ในการกำหนดขั้นตอนหรือขบวนการมาตรฐาน การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการส่องกล้องตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเพราะการประเมินสภาพและเตรียมความพร้อมก่อนมาระงับความรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

3.วิสัญญีพยาบาลควรศึกษาเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีส่องกล้อง ปัจจัยที่ส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสัญญาณชีพ ศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดและมีความพร้อมในการแก้ไขให้ทันท่วงทีในขณะให้ยาระงับความรู้สึก และมีการสื่อสารกับศัลยแพทย์เพื่อร่วมแก้ไขด้วย ควรจัดทำพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการส่องกล้องตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่างผ่าตัดและหลังการผ่าตัดเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในทีมวิสัญญี

4.ควรมีการเพิ่มช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติ เช่น การโทรศัพท์ หรือ Application line เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือเมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับแผลผ่าตัด อีกทั้งยังเป็นช่องทางที่ให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมประเมินผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ Natonal Cancer Control Programme (พ.ศ.2561-2565).กรุงเทพ;2562.[อ้างเมื่อ19 ตุลาคม2566] จาก htt://www.nci.go.th/th/File_download/D_index PDF

2.ชูชีพ สหกิจรุ่งเรือง,อรุณ โรจนสกุล.การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านทางกล้องส่อง.[ออนไลน์]2001[อ้างเมื่อ 25 กันยายน 2565] จาก https://www.clmjournal.org/_fileupload/jour/261-4-8.pdf.

3.บุศรา ศิริวันสาณฑ์, พิชญา ไวทยะวิญญู, นฤนาท โลมะรัตน์. Anesthesia & Perioperative Care. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพ: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2563.

4.ปณต ยิ้มเจริญ.Preoperative Consideration in Laparoscopic Surgery.Royal College of Surgeons of Thailand.[อ้างเมื่อ 22 กันยายน 2566] จาก https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/51/11-p.%20192-216.pdf

5.พีระ บูรณะกิจเจริญ.แนวทางการรักษาโรคความดันสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป.กรุงเทพ:สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย;2558

6.มานี รักษาเกียรติศักดิ์ , เบญจรัตน์ หยกอุบล, กำแหง วัชรักษะ, ขนิษฐา ไกรประสิทธิ์, ปาริชาต อภิเดชากุล. ตำราวิสัญญีพื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2560.

7.วรภา สุวรรณจินดา,อังกาบ ปราการรัตน์.ตำราวิสัญญี(พิมพ์ครั้งที่ 3).กรุงเทพ:กรุงเทพเวชสาร;2558.

8.วิมลรัตน์ ศรีราช, อักษร พูลนิติพร, เบญจรัตน์ หยกอุบล, สุรัชนา เลิศศิริโสภณ. ก้าวไกลวิสัญญี 4.0 เล่ม 2. กรุงเทพ : ธนาเพรส จำกัด ; 2562.

9.วิรัตน์ วศินวงศ์และคณะ.ตำราวิสัญญีวิทยาคลินิก.พิมพ์ครั้งที่ 2.หน่วยผลิตตำราคณะแพทย์ศาตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา;2555.

10.สุปาณี เสนาดิสัย, วรรณภา ประไพพานิช. การพยาบาลพื้นฐาน ปรับปรุงครั้งที่ 1 . กรุงเทพ : จุดทองจำกัด ; 2560.

11.เอกภาพ แสงอริยวนิช ,ศุภกร พิทักษ์การกุล ,รังสิมา บัวส้ม.ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2564 Hospital-Based Cancer Registry 2021.กรุงเทพ:กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ;2565.[อ้างเมื่อ 20 กันยายน2566] จาก https://www.nci.go.th>cancer_record>cancer_rec1.

12. Arati Srivastava and Ashutosh Niranjan.Secret of safe laparoscopic surgery:Anesthesia and Surgical consideration.Journal of Minimal Access Surgery.2011 Oct-Dec;6(4):91-94

13.Brij Madhok,Kushan Nanayakkara,Kamal Mahawar.Safety consideration in laparoscopic surgery:A narrative review.World Journal of Gastrointestinal Endoscopy.2022 Jan 16;14(1):1-16

14.C.A.Maxwell-Armstong DM,M.H.Robinson DM,J.H.Scholefied.Laparoscopic colorectal cancer surgery.The American Journal of Surgery volume 179,Issue 6,June 2000,pages 500-507.

15.Paul Hayden,Bsc MRCP FRCA DICM FFICN,Sarah Cowman,FRCA.Anesthesia for laparoscopic surgery.Continuing Education in Anesthesia Critical Care&Pain,Volume 11,Issue 5,October 2011,page 177-180.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษา 2 ราย งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Nursing care of patient acute ischemic stroke receiving antithrombolytic : Case study 2 case in Intensive Care Unit Kuchinarai Crown Prince Hospital.

(Received: December 9,2023 ; Revised: December 17,2023 ; Accepted: December 18,2023)

ดวงแก้ว ชื่นวัฒนา[1]
Duangkaew Chuenwatthana[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โดยศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่งานการพยาบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ จากการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ และการวางแผนพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล วางแผนการดูแลครอบคลุมจนถึงการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา : รายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 47 ปี ไม่ทราบประวัติโรคประจำตัว ญาตินำส่งด้วยอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ก่อนมา รพ. 3 ชม. ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke มีความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน นอนโรงพยาบาล 6 วัน จำหน่ายกลับบ้านได้ รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี ไม่ทราบประวัติโรคประจำตัว มาด้วยอาการปากเบี้ยว แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ก่อนมารพ. 20 นาที แพทย์วินิจฉัย Acute Ischemic Stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน นอนโรงพยาบาล 6 วัน จำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ, การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ABSTACT

This study was case study aimed study nursing care for acute ischemic stroke patients receiving thrombolytic drug in the intensive care unit. To study and compare nursing care for acute ischemic stroke patients who received thrombolytic drung in the intensive care unit at Kuchinarai Crown Prince Hospital: case study 2 case. The study instruments consisted of (1) Medical record (2) History taking (3) Observation . The collected data were analyzed by comparing Health pattern ,Pathology, Signs and Symptoms ,Treatment ,Nursing Diagnosis and Nursing care.

Results: case 1, A 47-year-old Thai male with unknown underlying presented with weakness in the left arm and leg, along with unclear speech for three hours.He was diagnosed with Acute Ischemic Stroke.He had high blood pressure, He treated with intravenous (IV) antihypertensive drug before receiving thrombolytic drug. There were no complications, and he was hospitalized for four days before being discharged home.Case 2,A 63-year-old Thai male with unknown underlying presented with facial palsy and weakness in the left arm and leg for 20 minutes. He was diagnosed with Acute Ischemic Stroke and receiving thrombolytic drug. There were no complications, and he was hospitalized for four days before being discharged home.

Keyword: Nursing care of Acute ischemic stroke, Nursing care of the patient receiving thrombolytic therapy.

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง องค์การอัมพาตโลกได้รายงานสถานการณ์ทั่วโลกว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 17 ล้านคน อีกทั้งยังพบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 795,000 คนต่อปี และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2030 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 77 ล้านคน โดยในจำนวนนี้จะเป็นผู้ป่วยรายใหม่กว่า 23 ล้านคน จากสถิติโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ต่อแสนประชากร ของประเทศไทย ปีพ.ศ.2563-2564 มีจำนวน 328 ต่อแสนประชากร 330 ต่อแสนประชากร ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น โรคหลอดเลือดสมองนอกจากเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตยังพบว่าส่งผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยเป็นอัมพาตและมีผลกระทบกับครอบครัวเป็นอย่างมาก [1] กระทรวงสาธารณสุขมียุทธศาสตร์ด้านการบริการเป็นเลิศ (Service excellence) ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับ การคัดกรอง การพยาบาลดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษา[2,3]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิขนาดกลาง (M2.2) ได้พัฒนาช่องทางด่วนในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา โดยอยู่ในความดูแลของอายุรแพทย์ พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การคัดกรอง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการช่องทางด่วน การให้การพยาบาลก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ขณะให้ยา และการพยาบาลหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาอย่างใกล้ชิด ให้การพยาบาลครอบคลุมจนถึงการวางแผนจำหน่ายโดยให้ญาติมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปีพ.ศ.2563-พ.ศ.2565 จำนวน 208 ราย 169 ราย และ 203 รายตามลำดับ และได้มารับการรักษาหอผู้ป่วยหนัก ปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 39 ราย 38 ราย และ 42 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลภาพรวมทั้งโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบในระยะเฉียบพลันที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น[3] ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลันที่มาภายใน 270 นาที ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลาจะเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและสามารถลดความพิการของผู้ป่วยได้[4]

ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA จำนวน 2 ราย โดยศึกษาประวัติการเจ็บป่วย โรคร่วมของผู้ป่วย ประวัติแบบแผนการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ มาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาและสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่งานการพยาบาลผู้ป่วยหนักเปรียบเทียบกรณีศึกษา

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการดำเนินการศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาล

ผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่าง เดือน ธันวาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาเคสที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ47 ปี ไม่ทราบประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาวันที่ 8 กันยายน 2565 มาด้วยอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ก่อนมา รพ. 3 ชม. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดได้ช้าๆ พูดไม่ชัด พูดลำบาก มุมปากขวาตก ตรวจร่างกายและประเมินทางระบบประสาท GCS= E4V5M6 pupil 2 min RTLBE ประเมิน motor Power แขนขาขวาได้ 5 คะแนน แขนขาซ้ายได้ 4 คะแนน สัญญาณชีพแรกรับ BT 36.8 องศาเซลเซียส PR 82 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 217/108 mmHg. O2 Sat 100% DTX 182 mg% ทำ EKG normal sinus rhythm ส่งทำCT brain non contrast ผลอ่านเป็น No evidence of intracranial hemorrhage or acute large territory cerebral infarction Lacunar infarction at right sides pons. ประเมิน NIHSS ได้ 7 คะแนน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลัน แพทย์ห้องฉุกเฉินปรึกษาอายุรแพทย์ พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดได้อธิบายอาการของโรค แผนการรักษาและความเสี่ยงในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และให้ญาติผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมให้ยาละลายลิ่มเลือด ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์ให้ยาลดความดัน Nicardipine (1:5) iv drip 3 ml/hr Keep BP<185/110 mmHg titrate ทีละ 5 ml ทุก 15 นาที ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา หลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ประเมินอาการทางระบบประสาท GCS=E4V5M6 pupil 2 min RTL BE หลังจากได้ยา rt-PA กำลังแขนขาดีขึ้นตามลำดับ motor power 5 คะแนนทั้งแขนและขา ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และเพื่อฟื้นฟูสภาพ เมื่ออยู่ที่หอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยได้รับการวัดสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน คือ วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง,ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง, ทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24ชั่วโมง ไม่พบสัญญาณชีพผิดปกติ และมีระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS= E4V5M6 pupil 2 min RTL BE เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ส่งทำCT brain non contrast ผลไม่มีเลือดออกในสมองไม่มีภาวะสมองบวม ขณะที่ผู้ป่วยรักษาได้ประสานทีม กายภาพบำบัดให้มาฝึกและสอนญาติและผู้ป่วย ในการฟื้นฟูทำกายภาพบำบัดได้เอง จนญาติและผู้ป่วยมั่นใจ พยาบาลประเมินการกลืนหลังได้ยาและได้รับการฟื้นฟูสภาพ มุมปากผู้ป่วยเป็นปกติ ประเมินการกลืนผ่านดูแลให้ได้รับอาหารเฉพาะโรค ประสานนักโภชนาการ ให้คำแนะนำเฝ้าระวังอาการสำลักอาหาร ผู้ป่วยอาการดีขึ้น กำลังแขนขาแรงปกติทั้ง 2 ข้าง แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการให้ย้ายฟื้นฟูสภาพต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยอาการคงที่สามารถฟื้นฟูสภาพไม่มีอาการอ่อนแรง แพทย์พิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน รวมผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน นัดติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์

ก่อนย้ายหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซักประวัติเพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยที่ส่งเสริม คือ การรับประทานอาหารมัน อาหารทอด จึงอธิบายและเน้นย้ำการให้ความสำคัญในควบคุมการรับประทานอาหาร งดอาหารมัน อาหารเค็ม รับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือ แนะนำถ้ามีอาการผิดปกติ แขนขาอ่อนแรงพูดไม่ชัด ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ ประสานส่งต่อ

ข้อมูล ให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษาเคสที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี ไม่ทราบประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาวันที่ 31 สิงหาคม 2566 มาด้วยอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ก่อนมารพ. 20 นาที มาถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด มุมปากขวาตก แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ตรวจร่างกายและประเมินทางระบบประสาท GCS= E3V5M6 pupil 3 min RTL BE ประเมิน motor Power แขนขาขวาได้ 5 คะแนน แขนขาซ้ายได้ 3 คะแนน สัญญาณชีพแรกรับ BT 36.9 องศาเซลเซียส PR 70 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 120/80 mmHg. O2 Sat 100% DTX 80 mg% ทำ EKG normal sinus rhythm ส่งทำCT brain non contrast ผลอ่านเป็น Acute Right MCA infarction ประเมิน NIHSS ได้ 11 คะแนน แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลัน ปรึกษาอายุรแพทย์ เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด อธิบายแผนการรักษาให้ญาติทราบความเสี่ยงและการดำเนินของโรค ญาติยินยอมลงนามให้รับยาละลายลิ่มเลือด ที่ห้องฉุกเฉิน ขณะให้ยาเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยอยู่ห้องฉุกเฉินจนได้รับยาครบใน 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพหลังให้ยาปกติ ประเมินอาการทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS= E4V5M6 pupil 3 min RTL BE กำลังแขนขา 2 ข้างแรงปกติ ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยหนัก ครบ 24 ชั่วโมงส่ง CT Brain ซ้ำ ผลการตรวจไม่พบเลือดออกในสมอง ประเมินสัญญาณชีพปกติ ปรึกษาสหวิชาชีพ เพื่อร่วมดูแลตาม Stroke Program ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก 6 วันอายุรแพทย์ประเมินผู้ป่วยอาการดีขึ้น จึงจำหน่ายกลับบ้าน และให้นัดมาตรวจที่ผู้ป่วยนอกอีก 2 สัปดาห์ ได้มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล (COC) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามในชุมชน

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ	ชายไทย 47 ปี น้ำหนัก 107 กิโลกรัม ไม่ดื่มเหล้า ทำงานค้าขาย รับประทานอาหารไม่ควบคุม ดื่มกาแฟ หลังการเจ็บป่วยมีความวิตกกังวลจะกระทบกับอาชีพ	ชายไทย 63 ปี น้ำหนัก 63 กิโลกรัม ไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ วันละ 10 มวน มีภรรยาและบุตรเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยทำนา มีความวิตกกังวลน้อย มีภรรยาและบุตรเป็นผู้ดูแล	ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือ รายที่ 1 มี BMI เกินมาตรฐาน มีภาวะอ้วน และดื่มกาแฟเป็นประจำ รายที่ 2 สูบบุหรี่ประจำวันละ 10 มวน และผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้ชาย จะมักเกิดโรคได้มาก ซึ่งปัจจัยดังกล่าวของผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดโรคได้
2.พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง	แรกรับที่ห้องฉุกเฉินประเมินแรกรับ อ่อนแรงซีกซ้าย พูดไม่ชัด เป็น 3ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประเมินสัญญาณทางระบบประสาท E4V5M6 Pupil 2 mm.reaction to light both eyes 36.8 องศาเซลเซียส PR 82 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 217/108 mmHg. O2 Sat 100% DTX 182 mg% ประเมิน NIHSS ได้ 7 คะแนน ทำ EKG normal sinus rhythm ส่ง	แรกรับที่ห้องฉุกเฉินประเมินแรกรับ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากขวาตก เป็น 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลตรวจร่างกายและประเมินทางระบบประสาท GCS= E3V5M6 pupil 3 min RTL BE ประเมิน motor Power แขนขาขวาได้ 5 คะแนน แขนขาซ้ายได้ 3 คะแนน สัญญาณชีพแรกรับ BT 36.9 องศาเซลเซียส PR 70 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP	ผู้ป่วยทั้ง2 รายได้รับการวินิจฉัย ได้รับการวินิจฉัยโรคคือ Acute Ischemic Stroke การประเมิน การตรวจร่างกายและประเมินอาการทางระบบประสาทเข้าได้กับอาการของโรคเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งผลจากการทำ CT Scan ของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพยาธิสภาพของสมองขาดเลือดไปเลี้ยง และช่วงเวลาการเกิดอาการสำคัญ อยู่ใน 270 นาที ประเมิน NIHSS ของทั้ง 2 รายอยู่ในเกณฑ์ เมื่อประเมินข้อห้าม และความเสี่ยงที่อาจเกิดได้ แพทย์พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
	ทำCT brain non contrast ผลอ่านเป็น No evidence of intracranial hemorrhage or acute large territory cerebral infarction Lacunar infarction at right sides pons.	120/80 mmHg. O2 Sat 100% DTX 80 mg% ประเมิน NIHSS ได้ 11 คะแนน ทำ EKG normal sinus rhythm ส่งทำCT brain non contrast ผลอ่านเป็น Acute Right MCA infarction.	ได้ทันเวลาจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้เป็นปกติ
3.การรักษา	-น้ำหนัก 107 kgs -rt-PA (10%) = 9 mg iv bolus in 1 min then -rt-PA (90%) = 81 mg iv drip in 60 min -Nicadipine (1:5) iv 3 ml/hr -Omeprazole 40 mg iv OD -ASA gr V 1x1 oral pc -Simvastatin (10) 2 tab oral hs. -Folic acid 1x1 oral pc.	-น้ำหนัก 63 kgs -rt-PA (10%) = 5.67 mg iv bolus in 1 min then -rt-PA (90%) = 51.03 mg iv drip in 60 min -Omeprazole 40 mg iv OD -ASA gr V 1x1 oral pc -Atorvastatin (40) 1 tab oral hs.	-ผู้ป่วยทั้ง 2 รายรับการรักษาด้วยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งขนาดของยาละลายลิ่มเลือดที่ได้จะแตกต่างกันตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยรายที่ 1 แรกรับมีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับยาลดความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันให้ปกติก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด -หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ครบ 24 ชั่วโมงแพทย์ให้ยาควบคุมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดตีบซ้ำ ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดไขมัน ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1.มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง(IICP) จากการมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบและความดันโลหิตสูง 2.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติขณะและหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 3.เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากการไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง 4.มีโอกาสเกิดภาวะปอด อักเสบจากการสำลัก 5.ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรง 6.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น 7.เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก METHOD	1.มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง(IICP) จากการมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบ 2.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติขณะและหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 3.เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากการไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง 4.มีโอกาสเกิดภาวะปอด อักเสบจากการสำลัก 5.ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรง 6.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น 7.เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก METHOD	นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke เข้ารับการรักษา ผ่านระบบช่องทางเร่งด่วนและได้รับยาละลายลิ่มเลือด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแตกต่างกัน ในเคสกรณีศึกษารายที่1 มีปัจจัยเสี่ยงมีภาวะอ้วน ดื่มกาแฟ และมีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อนได้รับยาละลายลิ่มเลือด ต้องได้รับยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ ควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษารายที่ 2 อาจเกิดอายุและ จากพฤติกรรมการปฏิบัติตัว สูบบุหรี่ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายอาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้านตามแผนการรักษา โดยใช้ D-METHOD กรณีศึกษารายที่ 1 อาการดีขึ้น สามารถพูดคุยได้ปกติ กำลังแขนขาปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้กลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน มีนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 แพทย์ให้ได้รับยา warfarin มีติดตาม Coagulogram และนัดทำEchocardiogram ติดตามอาการ2 สัปดาห์

ผลลัพธ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ที่มาโรงพยาบาลได้ทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง ได้เข้ารักษาในระบบช่องทางเร่งด่วน (Stroke fast track) ให้การรักษาได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา ได้รับการดูแลครอบคลุมตามมาตรฐานการพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และได้รับการดูแลจากการร่วมมือของสหวิชาชีพ โดยมีประเมินเพื่อวางแผนการจำหน่ายก่อนกลับบ้าน เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติที่สุด ไม่หลงเหลือความพิการ

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน พยาบาลได้ประเมินอาการและอาการทางระบบประสาท ปฏิบัติการพยาบาลและให้การดูแลรักษาตามมาตรฐาน ให้ทันเวลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน[5,6] ได้แก่ ภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ต้องได้รับการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้ให้การพยาบาลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำ คือมีภาวะอ้วน ให้คำนะนำและการปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสหวิชาชีพ กรณีศึกษารายที่ 2 ผล CT scan สมองมีพื้นสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยงพื้นที่กว้างกว่ารายที่ 1 เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงที่อาจเกิดซ้ำมากกว่าได้จึงได้รับยา warfarin ก่อนเริ่มยามีเภสัชกรประเมินความเสี่ยงและคำแนะนำในการใช้ยา ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันนอกจากมีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและครอบคลุมแล้ว พยาบาลต้องใช้ทักษะความรู้ความสามารถในการประเมินและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด เช่น การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองหลังการได้รับยา และการเฝ้าระวังและการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการทางระบบประสาท ประเมินกำลังแขนขา สัญญาณชีพ นำมาวางแผนการดูแล และตัดสินใจในการให้การช่วยเหลือทันเวลา รวมทั้งการให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องโดยนำความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคเลือดสมองและแบบแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ในการนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบและครอบคลุม[6]

การจัดการระบบการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความเชี่ยวชาญในกระบวนการพยาบาล ประเมินวิเคราะห์ปัญหา ต้องมีความสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันสามารถคาดการณ์ถึงแนวโน้มความรุนแรงที่ผู้ป่วยอาจเกิดขึ้น ให้การพยาบาลได้รวดเร็วและถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเครียดคุกคามชีวิต เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเองอย่างสมบูรณ์[7] ต้องการความช่วยเหลือจากระบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะเครียดและรอดชีวิตได้ โดยไม่เกิดหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่เป็นอันตรายรุนแรง สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ[8,9]

ข้อเสนอแนะ

1. นอกจากมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานแล้วบุคลากรที่ดูแลต้องมีความรู้และสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย รวมทั้งให้การรักษาได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

2. ก่อนผู้ป่วยได้รับจำหน่ายจากโรงพยาบาล ควรได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยสหวิชาชีพ และต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้

3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยทุกราย

4.ควรมีการรณรงค์ ในประชาชนและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ทราบอาการสำคัญหรือสัญญาณเตือนที่อาจเกิดโรคหลอดเลือดตีบเฉียบพลัน และการเข้าถึงการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบ Stroke Fast Track เพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์(Clinical Practice Guideline for Ischemic Stroke) พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2562.
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองในระยะเฉียบพลัน.ที่มา http://www.healthcarethai.com .สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2563.
3. งานเวชสถิติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์. (2565). รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2563-2565.
4. พรภัทร ธรรมสโรธ. (2555). *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน.* กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.
5. กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ และคณะ(2562) .แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีมสุขภาพ เขตบริการที่ 7. ขอนแก่น :หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
6. ปานศิริ ไชยรังสฤษดิ์. (2561). Acute Ischemic Stroke. ใน สมชาย พัฒนอางกุล, ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, กานดิษฎ์ ประยงค์รัตน์, ชนปิติ สิริวรรณ, และพงศ์ธร ณรงค์ฤกษ์นาวิน (บรรณาธิการ), **Review in Internal Medicine**. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร: กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
7. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ ,และชวนพิศ ทำนอง .(2559). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (พิมพ์ครั้งที่ 9) .ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
8. วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ.(2556).การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 5).กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สหประชาพาณิชย์.
9. อนงค์ แย้มสว่าง.(2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 6(1) 14-18

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

Development care model for Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V) patients with community participation in Chana district, Songkhla.

(Received: December 9,2023 ; Revised: December 17,2023 ; Accepted: December 18,2023)

ชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์[1]
Chaiwut Suksamarnwong[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 211 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแลกเปลี่ยนวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ประเด็น ตามลำดับชั้นของข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมตามโครงการทั้งหมดผู้ป่วยยาเสพติดมีความต้องการเสพยาเสพติดลดลง หรือในรายที่มีอาการไม่รุนแรงไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้น มีทักษะในการปฏิเสธมากขึ้น และมีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงลดลง ผู้ดูแลมีความรู้ ทัศนคติต่อผู้ป่วยที่ดีขึ้น รวมถึงมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เครือข่ายทีมสุขภาพจิตมีความรู้เพิ่มขึ้น และในท้ายที่สุดในพื้นที่เกิดแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research aims to develop a tailored care system for psychiatric patients at risk of violence, fostering community involvement in Chana District, Songkhla Province, through participatory action research conducted and evaluate. The study focuses exclusively on Chana District, totaling 211 participants. Analytical methods encompass descriptive statistics (percentages, frequencies, means, and standard deviations), supplemented by inferential statistics such as the paired t-test, Qualitative data are subjected to comprehensive content analysis and discourse exchanges, harmonized with the study's research objectives.

The research findings indicate several positive outcomes from project completion. Notably, there was a significant reduction in drug use among substance-dependent patients, especially those with milder symptoms who showed improved decision-making to avoid high-risk situations, reducing self-harm and violence. Caregivers also improved in comprehension, knowledge, and attitudes toward their patients, leading to increased engagement in patient-related activities. Furthermore, the mental health team demonstrated elevated professional expertise, including enhanced knowledge, negotiation skills, and proficiency in patient restraint, particularly in managing psychiatric crises with aggressive behavior. And in the end, concrete operational guidelines emerged in the area.

Keywords: care model for Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V) patients, Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V) patients, community participation

[1] โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา

บทนำ

สุขภาพจิต คือ สภาวะที่มีสุขภาพจิตที่ดีและเป็นปกติ ซึ่งผู้มีสุขภาพจิตดีจะมีความสุขในชีวิตอยู่เสมอ มีความมั่นคงในตัวเองและควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดี [1,2] ในปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพจิตถือเป็นปัญหาสำคัญและยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก จากรายงานองค์กรอนามัยโลก พบว่า ประชากรประมาณร้อยละ 25 ทั่วโลกได้รับผลกระทบจากความผิดปกติทางจิตใจหรือระบบประสาทในบางช่วงวัยของชีวิต ราว 450 ล้านคน[3] สำหรับประเทศไทย จากรายงานการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ระหว่างปีพ.ศ.2558 – 2563 ของกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต พบจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) สะสม 13,194 ราย และมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (ร้อยละ 56.80)[4] เมื่อจำแนกลงไปในระดับภูมิภาค พบว่าภาคใต้มีอัตราการเติบโตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติสุขภาพจิต (CBD-13) เฉลี่ยต่อปีสูงที่สุด และพบว่าในเขตสุขภาพที่ 12 อัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปีร้อยละ 10.3 (จังหวัดสงขลา)[5]

อำเภอจะนะ เป็นอำเภอหนึ่งที่ตั้งอยู่ในจังหวัดสงขลา มีประชากรทั้งสิ้นจำนวน 94,532 คน โดยบริบทพื้นที่เป็นสังคมพหุวัฒนธรรม ที่ยังคงประสบปัญหาด้านสุขภาพจิต และส่งผลกระทบไปยังการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยามวิกาล โรงพยาบาลจะนะ พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชสะสมทั้งสิ้น 1,711 ราย ซึ่งมีสาเหตุจากสารเสพติด จำนวน 456 ราย และมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง มีประวัติติดสารเสพติด นอกจากนี้ยังประสบปัญหาการติดตามผู้ป่วย เนื่องจากความไม่ต่อเนื่องของการส่งข้อมูลระหว่างหน่วยงาน กับชุมชน [6] การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจึงกลายเป็นบทบาทหน้าที่ของตัวผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และครอบครัวหรือผู้ดูแลเพียงเท่านั้น ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาหรือพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยมีส่วนร่วมของชุมชนมากมายในหลายพื้นที่ของประเทศไทย แต่ยังไม่พบการศึกษาในพื้นที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยจึงดำเนินการศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ลดโอกาสการเกิดอาการกำเริบ หรือกลับมารักษาซ้ำ และเกิดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา
3. เพื่อศึกษาผลของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-research Phase) ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) และระยะการติดตามและประเมินผลโครงการ (Monitoring and Evaluation Phase) ดำเนินการเก็บวิจัยทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) โดยดำเนินการศึกษาในทุกตำบลของพื้นที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับ “ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา” แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ระดับบุคคลกลุ่มเสี่ยง ระดับชุมชน และระดับหน่วยงาน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังกล่าวที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา จำนวน 14 ตำบล คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้อ้างอิงจากการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ของรัศมี ชุดพิมาย[7] เนื่องจากลักษณะที่มีความใกล้เคียงกันทั้งในด้านกลุ่มเป้าหมาย และขนาดพื้นที่ จำนวนทั้งหมด 211 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria)

1.1 กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจิตเวช และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะนะ อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

1.2 กลุ่มผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ที่ใกล้ชิดและใช้เวลากับผู้ป่วยมากที่สุดในแต่ละวัน

1.3 กลุ่มภาคีเครือขายที่เกี่ยวข้อง คือ เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับ “ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง” ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

1.4 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้อ่านหนังสือออกและสามารถสื่อสารได้

1.5 กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและยินยอมให้ข้อมูล

2) เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

2.1 กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถให้ข้อมูลได้หรือข้อมูลที่ได้รับน้อยกว่าร้อยละ 80 และไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ผลการศึกษาได้

2.2 กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากงานวิจัย เมื่อดำเนินการไปได้แล้วระยะหนึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ คือ “ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา” ซึ่งเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันพัฒนากับผู้ศึกษาวิจัย โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการสำรวจ กำหนดปัญหา และร่วมถอดบทเรียนการดำเนินงาน สู่การปรับปรุงแนวทาง สร้างเสริม และพัฒนากิจกรรมการดำเนินงาน และนำไปสู่การนำไปทดลองใช้ในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)[8] เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 9 ข้อ

1.2 แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (living skills assessment for psychiatric rehabilitation: LSD 30)[9] เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ ในการประเมินทักษะ 6 ด้าน

1.3 แบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเพื่อศึกษาถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนเกิดวิกฤติสุขภาพจิตและการขอความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต[5] จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำนวน 15 ข้อ

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้พิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กิจกรรม เนื้อหา และการประเมินผลกิจกรรม หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุง แก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ 2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 30 ราย จากนั้นจึงนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์คอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha Coefficient) ซึ่งมีค่าสูงกว่า 0.7 ในทุกด้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อน-หลังดำเนินการ ด้วยสถิติอนุมาน Paired t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลหลังการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ทีมวิจัยร่วมแลกเปลี่ยนวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และวิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis) ตามลำดับขั้นของข้อมูล และนำไปสู่การสร้างบทสรุปย่อยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เพื่อขอรับการพิจารณารับรองว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาบริบทและสถานการณ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจำแนกออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) ระดับบุคคล

1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า มากกว่าร้อยละ 90 มีประวัติติดสารเสพติด และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบฉุกเฉินรุนแรงทั้งในรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่าส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการรับยาไม่ต่อเนื่อง การขาดยา และไม่กินยา รวมทั้งขาดผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 100.0 ของผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย ปานกลาง และระดับสูง และร้อยละ 50.8 ของผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับเล็กน้อย ปานกลาง และระดับสูง

1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ผู้ดูแลมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชในระดับพอใช้ แต่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจต่อสัญญาณเตือนก่อนเกิดวิกฤติสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย และการขอความช่วยเหลือ และขาดทักษะเจรจาต่อรอง ทักษะปฏิบัติการผูกยึดผู้ป่วย ทักษะการเข้าทีมจับผู้ป่วย และทักษะช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

2) ระดับชุมชน

2.1 การเผชิญกับปัญหายาเสพติดที่ทำให้เกิดความไม่สงบในพื้นที่ และความยากลำบากในการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยามวิกาล

2.2 ขาดความต่อเนื่องในการประสานงานด้านข้อมูลผู้ป่วย การติดตามระหว่างผู้ดูแล เครือข่ายชุมชน และโรงพยาบาลทำให้ไม่ทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่อาการกำเริบรุนแรง

2.3 ชุมชนขาดการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือหากมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะอยู่ในระดับน้อย

3) ระดับหน่วยงาน

3.1 หน่วยงานในพื้นที่ประสบปัญหาด้านการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลที่รับเข้าผู้ป่วย และโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

3.2 การทำงานแยกส่วนของหน่วยงานราชการทำให้การประสานงาน การติดต่อข้อมูลเกิดความล่าช้า และข้อมูลบางส่วนขาดประสิทธิภาพ

2. กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ผู้ศึกษาวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย ผู้ดูแล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ โดยดำเนินการด้วยกิจกรรม/โครงการทั้งสิ้น 3 โครงการ คือ 1) โครงการบำบัดยาเสพติดร่วมกับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพจินดาภรณ์ อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา 2) โครงการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินกรณีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 3) โครงการพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินคลุ้มคลั่งจากยาเสพติดแบบบูรณาการในพื้นที่อำเภอจะนะ และผลผลิตที่เกิดขึ้น คือ มีรายงานสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและกลุ่มจิตเวชคลุ้มคลั่งจากยาเสพติดในอำเภอจะนะ มีแนวทางการประสานงานระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุและตำรวจ 191 รวมทั้งเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน มีแนวทางการรับและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในโรงพยาบาลจะนะไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาทักษะด้านเจรจาต่อรอง การผูกยึดผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัยและเทคนิคการป้องกันตัว และมีการบูรณาการในพื้นที่โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

3. ผลการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา หลังจากสิ้นสุดโครงการแล้วผู้วิจัยได้ติดตามผลการดำเนินงานผ่านการประเมินผลในประเด็นความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นและตนเอง โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดสอบก่อน – หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดยาเสพติดร่วมกับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพจินดาภรณ์ อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา พบว่า ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน ด้านการสื่อสาร ด้านการอยู่อาศัยในชุมชน ด้านการผ่อนคลายและด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดสอบก่อน – หลังการเข้าร่วมโครงการฯ ของผู้ป่วย

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น	10.60	7.978	1.49	1.382	10.413	<0.001*
2.ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง	0.85	1.215	0.12	0.331	5.534	<0.001*
3.ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในภาพรวม	66.08	18.834	91.35	13.652	26.549	<0.001*
3.1 ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล	12.82	2.249	17.02	2.382	31.837	<0.001*
3.2 ด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน	10.71	3.121	14.05	2.997	15.937	<0.001*
3.3 ด้านการสื่อสาร	10.03	2.520	13.74	4.606	9.719	<0.001*
3.4 ด้านการอยู่อาศัยในชุมชน	9.94	3.259	15.48	1.288	19.090	<0.001*
3.5 ด้านการผ่อนคลาย	14.37	2.553	16.57	2.468	10.024	<0.001*
3.6 ด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ	14.51	2.785	14.97	2.372	3.973	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดสอบก่อน - หลังการเข้าร่วมโครงการฯ ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมการกิจกรรมพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน กรณีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบว่า ความรู้ ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนเกิดวิกฤติสุขภาพจิต ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดสอบก่อน – หลังการเข้าร่วมโครงการฯ ของผู้ดูแล

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.ความรู้ ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนเกิดวิกฤติสุขภาพจิต	8.69	1.310	12.80	1.019	20.305	<0.001*
2.ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล	24.55	1.812	39.49	1.929	47.598	<0.001*
3.การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	31.62	3.715	60.25	2.443	65.987	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ผู้

ศึกษาวิจัยได้ถอดบทเรียน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมตามกระบวนการศึกษาวิจัย โดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนหรือร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้

1) มีแนวทางการปฏิบัติงานจากการร่วมกันคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาขึ้นอย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ของจังหวัดสงขลา

2) ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในครั้งนี้ให้ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างเต็มที่ทั้งการดูแล ติดตาม วางแผน และให้ความช่วยเหลือซึ่งกัน

3) เกิดการบูรณาการร่วมกันของภาคีเครือข่ายในการทำงานกับชุมชนอย่างเข้มแข็ง ทั้งในการการส่งต่อข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วย การประสานงาน การวางแผน และความร่วมมือ ส่งผลให้สามารถค้นพบผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ในชุมชน จำนวน 17 ราย พบเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 9 ราย

4) เกิดช่องทางใหม่ๆ ในการติดต่อกับคลินิกฟ้าใส ของโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา เช่น ทางโทรศัพท์ และแอปพลิเคชันไลน์ทำให้ผู้เข้ารับบริการสามารถเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น

อภิปรายผล

จากผลของการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา สามารถนำมาอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่ศึกษาวิจัยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีสาเหตุจากสารเสพติด ทั้งนี้เนื่องจากสารเสพติดมีผลต่อสมองของผู้เสพโดยตรงทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ได้ สอดคล้องกับแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดของกรมสุขภาพจิต ที่กล่าวว่าการใช้สารเสพติด ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตของผู้เสพ และเป็นสาเหตุนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง การทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นได้[10] ดังนั้นหากสามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้เร็วจะช่วยลดความคิดด้านลบและสามารถเสริมพลังให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมและใช้ชีวิตได้อย่างปกติในที่สุด นอกจากนี้จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนเกิดวิกฤติสุขภาพจิตในระดับปานกลาง มีทัศนคติต่อผู้ป่วยในระดับพอใช้ แต่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนน้อยหรือไม่มีเลย ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลจะนะ ยังไม่มีการดำเนินการเชิงรุกในการลงพื้นที่ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักแก่ชุมชน ส่งผลให้ไม่นำผู้ป่วยและตนเองเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่กล่าวว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อกลับมาสู่ชุมชน ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลมักไม่ให้ความสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง คิดว่าหายแล้ว จึงไม่เข้ารับการรักษา ขาดยา ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิต และกลับมารักษาซ้ำ[11] ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ ศักยภาพ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จะส่งผลให้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่มีประสิทธิภาพ ลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยได้

2) จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า ผู้ศึกษาวิจัยนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย โดยร่วมวางแผนออกแบบกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงแบบใหม่ โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วย โดยเริ่มจากผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และการสนับสนุน

กิจกรรมการฟื้นฟูในชุมชน สร้างความสัมพันธ์ และการติดตามดูแลจะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และลดอัตราการกลับไปป่วยซ้ำ[11]

ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยได้ร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน พบว่ามี 3 โครงการใหญ่ คือ 1) โครงการบำบัดยาเสพติดร่วมกับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพจินดาภรณ์ อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการเตรียมการผู้ป่วย การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ จนถึงการติดตามผลการรักษา จนผู้ป่วยสามารถกลับเข้ามาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข 2) โครงการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน กรณีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นการส่งเสริมศักยภาพ และพัฒนาทักษะของผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ หรือเครือข่ายชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่กล่าวว่า การสนับสนุนในด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติในการจัดการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่เกิดความปลอดภัยและชุมชนเกิดความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่[12] และ 3) โครงการพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินคลุ้มคลั่งจากยาเสพติดแบบ บูรณาการในพื้นที่อำเภอจะนะ เป็นการส่งเสริมศักยภาพทั้งในเชิงวิชาการ และทักษะการปฏิบัติ รวมถึงการดำเนินการด้วยแนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนพัฒนาระบบ สร้างหรือปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานในด้านต่างๆ ให้เกิดเป็นรูปธรรม และประเมินผลการดำเนินงานทั้งหมดผ่านการซ้อมแผนในรูปแบบฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะและสถานการณ์จำลอง รวมทั้งถอดบทเรียนจากการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและคลุ้มคลั่งจากยาเสพติดในสถานการณ์จริง

3) จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดมีความต้องการเสพยาเสพติดลดลง หรือในรายที่มีอาการไม่รุนแรงไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้น มีทักษะในการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงมากขึ้น และมีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นลดลง ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติต่อผู้ป่วยที่ดีขึ้น รวมถึงเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยมากขึ้น เครือข่ายทีมสุขภาพจิตมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทักษะการเจรจาต่อรอง การผูกยึดผู้ป่วย การเข้าจับผู้ป่วยที่ถูกต้องมากขึ้น และเกิดช่องทางในการเข้าถึงบริการการรักษาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดขึ้นเกิดจากการวิเคราะห์ถึงบริบท สถานการณ์ปัญหาที่พื้นที่ประสบ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ได้เข้ามามีโอกาสในการร่วมอภิปราย ทำให้กลุ่มเป้าหมายมองเห็นถึงความสำคัญ เกิดความตระหนัก และให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการดำเนินงานประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน พบว่า การนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน จะส่งผลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติที่ดีขึ้น รวมถึงสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดชุมชนหรือเครือข่ายมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบแนวทางในการดำเนินงานรูปแบบใหม่[8]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาวิจัย

หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถนำแนวทางหรือแผนปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นไปใช้ หรือขยายผลการดำเนินงานให้เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของแต่ละองค์กรได้ ซึ่งก่อนการนำแนวทางการปฏิบัติหรือดำเนินงาน ควรจัดอบรมให้ผู้ปฏิบัติได้รับทราบถึงขั้นตอน กระบวนการต่างๆ เพื่อให้แนวทางเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ควรมีการติดตามประเมินผลการศึกษาในระยะยาวหลังจากกลุ่มเป้าหมายนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงในพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. อำเภอจะนะ ควรกำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลในพื้นที่ให้ส่งเสริมและ

สนับสนุนงบประมาณในการจัดตั้งทีมค้นหากลุ่มเสี่ยงและร่วมติดตามผู้ป่วยกับอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบรรจุในประเด็นที่ต้องพิจารณาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ควรกำหนดแผนยุทธศาสตร์ของพื้นที่ให้เน้นการดำเนินงานเชิงรุกในการลงพื้นที่ให้ความรู้ เสริมสร้างทัศนคติ ฝึกทักษะการปฏิบัติ หรือกระตุ้นให้ชุมชนตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย

3. โรงพยาบาลจะนะ ควรใช้ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ในการเป็นฐานข้อมูลสร้างแผนยุทธศาสตร์หรือนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับจังหวัด และระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการในพื้นที่

หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษาวิจัยนี้ไปพัฒนากิจกรรม หรือแผนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่เครือข่าย หรือชุมชน ให้มีความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่ดีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเกิดความยั่งยืน รวมถึงพัฒนานวัตกรรมในการส่งเสริมความรู้ กระจายข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฯ นี้ไปเป็นต้นแบบในการทดลองใช้ในพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ได้ นอกจากนี้ควรขยายระยะเวลาในการติดตามผลการดำเนินงานของระบบให้ยาวขึ้น และอาจขยายการศึกษาเพิ่มในกลุ่มผู้ป่วยหลังเข้ารับการบำบัด หรือปฏิบัติกิจกรรมตามโครงการจนสำเร็จลุล่วง เช่น การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือพฤติกรรมสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1.Australian Health Ministers. National Mental Health Plan 2003–2008. Canberra: Australian Government; 2003. Available from: https://webarchive.nla.gov.au/awa/20080730234045/http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/EE630ADE7F40F80FCA2572220002D081/$File/plan03.

2.World Health Organization. Meatal health atlas 2011. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2011. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9799241564359.

3.World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental Disorders affect one in four people 2001 [updated 28 September 2001. Available from: https://www.who.int/news-room/detail/28-09-2001-the-world-health-report-2001-mental-disorders-affect-one-in-four-people.

4.Treatment Advocacy Center. Risk Factors for Violence in Serious Mental Illness 2016 [updated June 2016. Available from: https://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/backgrounders/smi-and-risks-for-violence.pdf.

5.พรทิพย์ ชิรดิลก, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระ ศิริสมุด, อัญชุลี เนื่องอุตม์. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในประเทศไทย: การนำไปใช้และการติดตามประเมินผล. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2564.

6.โรงพยาบาลจะนะ. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของอำเภอจะนะ. 2566.

7.รัศมี ชุดพิมาย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้องรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):851-67.

8.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563.

9.พิทักษ์พล บุณยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. การพัฒนาแบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 2555;13:1-15.

10.กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้). กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอรัสพลัส; 2563. Available from: https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202104191676268002.pdf.

11.เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารสมาคมนักวิจัย. 2557;19(2):92-103.

12.พิชามญชุ์ ปุณโณทก. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการ ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อนำไข่ร่วมกับมีภาวะช็อก และมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา

Nursing care of women with ectopic pregnancy who have ruptured fallopian tubes and are in shock and acute respiratory failure: a case study.

(Received: December 29,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

ดารณี ศิลปรายะ[1]
Daranee Sillaparaya[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อนำไข่ร่วมกับมีภาวะช็อก และมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 25 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ วันที่ 6 มีนาคม 2566 ด้วยอาการปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวา มีเลือดออกทางช่องคลอด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ผลการศึกษา: การตรวจการตั้งครรภ์ ผล Positive ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบ free fluid in caldesac แพทย์วินิจฉัย ตั้งครรภ์นอกมดลูก ผู้ป่วยมีภาวะช็อก ระดับความเข้มข้นของเลือด 23% ได้รับการผ่าตัด Explored laparotomy with Right Sulpingectomy หลังผ่าตัดได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำ มีภาวะซีด ให้สารน้ำ เลือดตามแผนการรักษา บริหารยาเพื่อแก้ไขภาวะช็อกจนปลอดภัย ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล และเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บาดแผล ให้การบำบัดความปวดและดูแลบาดแผลอย่างถูกวิธี ไม่พบการติดเชื้อ มีอาการดีขึ้นตามลำดับถอดท่อหายใจออกได้หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อก จำหน่ายผู้ป่วยได้ในวันที่ 11 มีนาคม 2566 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 5 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการจำหน่าย

คำสำคัญ: การพยาบาล, ตั้งครรภ์นอกมดลูก, ภาวะช็อก, ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of women with ectopic pregnancy who have ruptured fallopian tubes and are in shock and acute respiratory failure. Case study of a Thai female patient, 25 years old, admitted to Banmi Hospital on 6, March, 2023, with pain in the right lower abdomen and having vaginal bleeding before coming to the hospital for 1 day

Results: From pregnancy test. This result shown positive, Ultrasound test results found free fluid in caldesac. Doctor diagnosed that the patient had an ectopic pregnancy. The patient was shocked and had blood concentration level of 23% and then received Explored laparotomy with Right Sulpingectomy. Postoperatively, the patient was intubated. The patient had a risk of shock again and anemic. Then patient was received fluids and blood according to the treatment plan. The nurse administers medication to correct the shock until the patient is safe. The patient had wound pain and risk of wound infection. The patient had no infection and the patient's symptoms gradually improved. The patient's breathing tube was removed after surgery for 1 day. The patient had no complications from shock. The patient was discharged on 11 March 2023, Total of hospital treatment of 5 days. No complications of patient were found after discharge.

Keywords: nursing, ectopic pregnancy, shock, acute respiratory failure

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ที่พบได้บ่อยและเป็นภาวะฉุกเฉินทาง นรีเวช ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของสตรีมีครรภ์ การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากกรณีที่ไข่ถูกผสมแล้วฝังตัวนอกโพรงมดลูก ประมาณร้อยละ 95 พบการฝังตัวที่ท่อนำไข่ (Tubal pregnancy) และอาจพบที่รังไข่หรือในช่องท้องก็ได้ โดยที่สาเหตุที่ทำให้เกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความผิดปกติของท่อนำไข่ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การสูบบุหรี่ การใช้เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ ความผิดปกติของตัวอ่อนเอง ผู้ที่เคยตั้งครรภ์นอกมดลูกจะมีความเสี่ยงที่จะตั้งครรภ์นอกมดลูกในครรภ์ต่อไป เนื่องจากอาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกจะไม่มีอาการบ่งบอกชัดเจน บางรายไม่มีประวัติขาดประจำเดือน ไม่มีอาการแสดงของการตั้งครรภ์จึงไม่มาพบแพทย์ ซึ่งการวินิจฉัยประกอบด้วย การซักประวัติ อาการแสดง อาการที่ช่วยในการวินิจฉัยที่สำคัญ คือ ปวดท้องน้อยเฉียบพลัน เลือดออกกะปริบกะปรอย ประวัติขาดประจำเดือน สัมพันธ์กับอาการปวดท้อง การตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ เมื่อผลเป็นบวก จะตรวจเลือดหาระดับ Beta HCG หากระดับ Beta HCG ในซีรั่มสูงกว่า 1,500-2,500 มิลลิยูนิต/มิลลิเมตร และตรวจไม่พบการตั้งครรภ์ในมดลูก น่าจะเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก การตรวจอัลตร้าซาวด์หน้าท้องและทางช่องคลอด จะมีการเจ็บเมื่อโยกปากมดลูก Cal de sac โป่งตึง โดยการรักษามีทั้งแบบประคับประคอง โดยการใช้ยา กรณีที่ก้อนมีขนาดเล็ก และการผ่าตัดกรณีที่ก้อนใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร เนื่องจากบริเวณที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีผนังที่บางและไม่มีเนื้อเยื่อบุผิวเหมือนในโพรงมดลูก ทำให้เกิดการฉีกขาด เป็นสาเหตุของการตกเลือดภายในช่องท้อง ซึ่งอาจทำให้ เกิดปัญหาภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) ขึ้นได้ และหลังผ่าตัด อาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เนื่องจากมีภาวะซีดจากการเสียเลือด

จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2565 ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในแผนกสูตินรีเวชกรรม พบอุบัติการณ์ของตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวน 11, 17 และ 13 ราย ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวถือว่ามีจำนวนมากและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ในจำนวนนี้มีภาวะช็อก 2, 2 และ 5 ราย และในปี 2564 มีเสียชีวิตจำนวน 1 ราย หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น จากความสำคัญดังกล่าวพยาบาลต้องวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยในทุกระยะ ประเมินภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญที่ต้องดูแลใกล้ชิดนับตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ซึ่งกรณีศึกษารายนี้พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่การซักประวัติ การเฝ้าระวังภาวะช็อก การบรรเทาความเจ็บปวด เตรียมการผ่าตัดเร่งด่วน ดูแลภายหลังการผ่าตัด และดูแลต่อเนื่องจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษา เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อนำไข่ร่วมกับมีภาวะช็อก และมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 25 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้างทำงานโรงงาน ที่อยู่ขณะเจ็บป่วยอยู่ จังหวัดลพบุรี

อาการสำคัญ

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลสระโบสถ์ ด้วยปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวา มีเลือดออกทางช่องคลอด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวา มีเลือดออกทางช่องคลอด ไปตรวจที่โรงพยาบาลสระโบสถ์ ตรวจการตั้งครรภ์ ผล Positive admit เพื่อสังเกตอาการ ผู้ป่วยปวดท้องมากขึ้น ชีพจร140-150 ครั้ง/นาที load IV 0.9%

NSS 1000 ml then 100 ml refer มาโรงพยาบาลบ้านหมี่

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

การวินิจฉัย

Rupture right tubal pregnancy

ผลการตรวจอัลตร้าซาวด์ทางหน้าท้อง

พบ free fluid in caldesac and blood intra abdominal

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

WBC 22,780 cell/cu.m.m, Neutrophil 92%, Lymphocyte 8%, Hct 23%

Na 131.2 mmol/L, K 3.78 mmol/L, Cl 100.6 mmol/L, CO_2 20.9 mmol/L, BS 86 mg/dl, BUN 15 mg/dl, Cr 0.57 mg/dl, PT 10.5 sec, INR 1.20, PTT 22.2 sec

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และดูแลสุขภาพ

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ หรือคลินิกที่รับผู้ป่วยประกันสังคม การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยปัจจุบันรับรู้ว่าตั้งครรภ์นอกมดลูก ไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง ปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร ปฏิเสธการดื่มสุรา บุหรี่ และสารเสพติดทุกชนิด

แบบแผนที่ 2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร

รับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาทุกวัน รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ยกเว้นเนื้อวัว ชอบรับประทานอาหารรสจัด ดื่มน้ำประปาที่ผ่านเครื่องกรองน้ำที่บ้าน วันละ 6-7 แก้ว ไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน และการย่อยที่ผิดปกติ น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย

ถ่ายอุจจาระทุกวันช่วงเช้าวันละ 1 ครั้ง ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ลักษณะปัสสาวะ อุจจาระปกติ ผู้ป่วยปวดบริเวณเอวร้าวไปเชิงกรานด้านขวา ปัสสาวะออกได้เองสีเหลืองใสมีเลือดปน

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ปฏิบัติกิจกรรมเมื่ออยู่บ้านได้ตามปกติ ส่วนใหญ่ทำงานบ้าน ไม่เคยออกกำลังกายแบบมีแบบแผน

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน

ปกตินอนวันละ 7-8 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 21.00-05.30 น.ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ไม่เคยใช้ยานอนหลับ นอนหลับกลางวันในวันหยุดบางครั้ง 1-2 ชั่วโมง ในขณะอยู่โรงพยาบาลหลับได้เป็นพักๆ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

มีความฉลาดจดจำดี การรับรู้ด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น การรับรส การสัมผัส การรู้สึกร้อน-หนาว-เจ็บปวดได้ตามปกติ

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

คิดว่าความเจ็บป่วยครั้งนี้อาจเกิดจากแท้งบุตร แต่เมื่อตรวจพบว่ามีการตั้งครรภ์นอกมดลูกทำให้รู้สึกแย่ และวิตกกังวล

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน บิดา มารดา สามี ตัวเอง สัมพันธภาพในครอบครัว มีสัมพันธภาพดี มีการทะเลาะกันบ้างเล็กน้อย ขยันทำงาน

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธ์

ไม่มีปัญหาทางเพศสัมพันธุ์ อวัยวะเพศปติไม่เคยมีปัญหาเรื่องตกขาว เลือดออกผิดปกติ ประจำเดือนมาตรงกำหนดทุกเดือน เดือนละ 3-5 วัน

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด

มีสีหน้าวิตกกังวล เครียดเมื่อมีอาการปวดท้อง แต่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้เหมาะสม

แบบแผนที่ 11 แบบแผนความเชื่อและค่านิยม

มีการแสดงออกหรือมีพฤติกรรมเกี่ยวกับความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต โดยนำพวงมาลัยมาคล้องหัวเตียง และใช้เหรียญซื้อเตียง

สรุปอาการ

ระยะวิกฤติก่อนการผ่าตัด รับเข้าแผนกสูตินรีเวช และวางแผนการทำผ่าตัด เร่งด่วน ประเมินสัญญาณชีพพบ ชีพจร 138 ครั้ง/นาที การหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 78/50 มิลลิเมตรปรอท SpO2 95- 97% ผล Hct ลดลงเหลือ 23 ได้รับสารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำเพื่อแก้ไขภาวะช็อก และได้รับการทำผ่าตัด Explore laparotomy with right salpingectomy อย่างเร่งด่วน ซึ่งพบมี hemoperitoneum และสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด จำนวน 2,000 มิลลิลิตร

ระยะหลังผ่าตัด On ET-tube with Ventilator P-SIMV, RR 11/min, PS 10 cmH_2O, CPAP 5 cmH_2O, FiO_2 0.4 try wean และ off ET-tube ได้ใน 24 ชั่วโมง ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที ย้ายมาที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวช มีภาวะซีด Hct 21% ดูแลบริหารสารน้ำและเลือดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยปวดแผลหลังผ่าตัดระดับรุนแรง ประเมิน Pain score ด้วย Numeric scale ได้ 10/10 ภายหลังได้รับยาแก้ปวด (Morphine 3 mg iv. prn ทุก 6 ชั่วโมง) อาการปวดบรรเทาลง ได้รับการพยาบาลบรรเทาความไม่สุขสบายจากภาวะ ไข้จากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน แผลติดเชื้อ

ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง แผลผ่าตัดทางหน้าท้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการปวดแผลลดลง อาการท้องอืดลดลง ผู้ป่วยบอกว่าตนเองรู้สึกเสียใจ ไม่เข้าใจว่าทำไมตนเองจึงมีการตั้งครรภ์นอกมดลูก และรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หลังออกจากโรงพยาบาล และเสียใจที่จะมีบุตรยากขึ้น ได้ให้การพยาบาลลดความวิตกกังวล สภาพจิตใจดีขึ้น จำหน่ายผู้ป่วยได้ในวันที่ 11 มีนาคม 2566 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 5 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกจากมีเลือดออกในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นปวดหน่วงท้องน้อยข้างขวามาก บ่นหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม

O: ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น

O: กดเจ็บมากบริเวณท้องน้อย และมีเลือดออกทางช่องคลอด

O: ระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) = 23%

O: ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบ free fluid in caldesac

O: ชีพจร 138 ครั้ง/นาที การหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 78/50 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย อาการเหงื่อออก หน้ามืด ใจสั่น ตัวเย็น เพื่อประเมินภาวะช็อก

2. ดูแลให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยให้ O_2 Cannular 5 LPM วัด O_2 satuation ได้ 94% เปลี่ยนเป็น O_2 mask with reservoir bag 10 ลิตร/นาที

3. สังเกตอาการซีด โดยสังเกตจากเปลือกตาด้านล่าง อาการหน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ เพื่อประเมินภาวะการเสียเลือดอย่างรวดเร็ว

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดภาวะช็อก

5. ติดตามผล serial Hct ตามแผนการรักษา ผล Hct 23% รายงานแพทย์ ให้ PRC 2

unit iv drip in 3 hr. สังเกตอาการผิดปกติขณะให้เลือด ได้แก่ ผื่น ลมพิษ คัน แน่นหน้าอก

6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ได้แก่ 0.9%NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr เพื่อชดเชยการเสียเลือดและสารน้ำในร่างกาย สังเกตภาวะน้ำเกิน

7. สังเกตอาการปวดท้องที่มากขึ้น อาการหน้าท้องแข็งตึง เพื่อประเมินความรุนแรงของการตกเลือด และการติดเชื้อในช่องท้อง

8. งดอาหารและน้ำ เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปในหลอดลมขณะดมยาทำผ่าตัด

9. เตรียมทำผ่าตัด เพื่อรักษาและป้องกันการแตกของปีกมดลูก ซึ่งจะทำให้เกิดการตกเลือดในช่องท้อง มีภาวะช็อก

10. ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที

การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี โต้ตอบรู้เรื่อง มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น บ่นปวดท้องมาก หน้าท้องกดเจ็บ แข็งตึง ยังมีเลือดสดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอย

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร 70-84 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/58-100/60 มิลลิเมตรปรอท

3. ปัสสาวะออก 30-40 ซีซี/ชั่วโมง

4. หลังให้เลือด ผล Hct 29 %

5. มีแผนการผ่าตัดด่วนเพื่อแก้ไขสาเหตุของช็อก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบายปวดท้องเนื่องจากมีการแตกของท่อนำไข่

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นปวดท้องน้อยข้างขวามาก

O: ผู้ป่วยมีอาการนอนบิดตัวไปมาบนเตียงบ่อย ๆ สีหน้าไม่สุขสบาย หน้านิ่วคิ้วขมวด

O: ประเมินระดับความปวด (Pain score) 9 คะแนน

O: ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/58 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ลักษณะตำแหน่งที่เจ็บปวด และความรุนแรงของความเจ็บปวดเป็นระยะ ๆ

2. จัดให้นอน Fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลง ลดอาการปวดท้อง

3. ให้ออกซิเจน สอนเทคนิคการผ่อนคลายเบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ ยาว ๆ

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ จำกัดผู้เยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้

5. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง Pain score เพื่อประเมินสภาพอาการ และความรุนแรงของอาการปวด

6. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Pethidine 25 mg im stat และสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ ผื่นคัน หายใจไม่อิ่ม แน่นหน้าอก

7. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอบโยนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบ่นปวดท้องลดลง

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย นอนหลับได้เป็นพักๆ

3. อาการปวดท้องทุเลา Pain score 6-7 คะแนน บริเวณหน้าท้องยังกดเจ็บ แข็งตึง

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร 70-84 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/58-100/60 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องเนื่องจากมีการแตกของท่อนำไข่

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นปวดท้องน้อยข้างขวา

O: ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบ free fluid in caldesac R/O Rupture ectopic pregnency

O: วัดอุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที

O: WBC 22,780 cell/cu.m.m, Neutrophil 92%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง ได้แก่ มีไข้ กดเจ็บที่หน้าท้อง ท้องแข็งตึง ถ่ายเหลว ท้องเสีย

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย และชีพจร

3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriaxone 2 gm iv OD และสังเกตอาการแพ้ยา ได้แก่ ผื่นคัน ลมพิษ เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก

4. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC) เพื่อติดตามการติดเชื้อ

การประเมินผล

1. ไม่พบระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน กระสับกระส่าย สับสน

2. กดเจ็บที่หน้าท้อง ท้องแข็งตึง

3. อุณหภูมิ 36.9-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที

4. WBC 7,200 cell/cu.m.m, Neutrophil 70%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 วิตกกังวลจากขาดความรู้ ความเข้าใจก่อนการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยถามว่าทำไมต้องผ่าตัด

O: ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ พูดและซักถามผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล

2. ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัดเร่งด่วน และสาเหตุ เนื่องจากภาวะช็อกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูกเพื่อให้เข้าใจการดำเนินโรค และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

3. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ เตรียมบริเวณผ่าตัด ใส่สายสวนปัสสาวะ เจาะเลือด ให้สารน้ำและเลือด การงดอาหารและน้ำ

4. ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย

2. เมื่อสอบถามผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการทำผ่าตัด และสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำจากการเสียเลือดหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยเสียเลือดขณะผ่าตัด 2,000 ซีซี

O: ระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) ในห้องผ่าตัด 24% ได้รับเลือด PRC 1 unit ระหว่างผ่าตัด

O: ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/59 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 1 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ เพื่อประเมินอาการและภาวะช็อกหลังผ่าตัด

2. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr และ PRC 1 unit เพื่อทดแทนสมดุลของสารน้ำและเลือดในร่างกาย สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด

3. เพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายโดยดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที

4. สังเกตอาการ เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดในช่องท้อง ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ท้องอืด แผลหน้าท้องมีเลือดซึม มีเลือดออกทางช่องคลอด

5. เจาะเลือดตรวจ Hct ภายหลังเลือดหมด เพื่อประเมินภาวะซีดจากการเสียเลือด

6. ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก จำนวนปัสสาวะออกน้อย
กว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที

7. ดูแลให้ยา Dopamine (1:1) iv drip 5 µd/min ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นการเพิ่มของระดับความดันโลหิต และสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ บวมใบหน้า ริมฝีปาก แน่นหน้าอก

การประเมินผล

1. หลังการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน

2. ไม่มีอาการแสดงของช็อก ได้แก่ หน้ามืดตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น

3. ปัสสาวะออก 40-50 ซีซี/ชั่วโมง

4. แผลหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด เลือดออกทางช่องคลอดปกติ

5. Hct หลังเลือดหมด 33%

6. สัญญาณชีพ ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/58-120/64 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง

O: ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย หน้านิ่วคิ้วขมวด

O: ประเมินระดับความปวด (Pain score) = 8 คะแนน

O: ชีพจร 92 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/90 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย อาการปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกอาการปวดแผลลดลง

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย ไม่หน้านิ่วคิ้วขมวด นอนหลับพักได้

3. ระดับความปวด (Pain score) 4-5 คะแนน

4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลจัดท่า Fowler's position ช่วยให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัว ลดการดึงรั้งของแผล ช่วยลดอาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องได้ และยังช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น

2. สอบถามถึงความเจ็บปวด บริเวณที่ปวด ระยะเวลาของความเจ็บปวดเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บตึงแผล

3. เบี่ยงเบนความสนใจโดยการชวนพูดคุย เพื่อให้มุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว จะทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง

4. แนะนำให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัดขณะมีการเคลื่อนไหวร่างกายและให้เคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ เวลาเปลี่ยนท่าหรือไอ เพื่อลดการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล

5. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 3 mg iv. prn ทุก 6 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน กดการหายใจ ง่วงนอน เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension)

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

ปราศจากสิ่งกระตุ้นและสิ่งรบกวน จำกัดเวลาเยี่ยมขณะผู้ป่วยหลับ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกทุเลาปวดแผล ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด

2. ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ หลังได้รับยาแก้ปวดมี early ambulation มากขึ้น ลุกนั่งข้างเตียงและเดินไปเข้าห้องน้ำได้

3. Pain score 3-4 คะแนน

4. ชีพจร 88-90 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/90-124/88 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นครั่นเนื้อ ครั่นตัว

O: มีแผลผ่าตัดแนวกลางหน้าท้อง ความยาว 12 เซนติเมตร

O: ระยะการผ่าตัดนาน 1 ชั่วโมง 30 นาที

O: อุณหภูมิร่างกาย 37.3-37.7 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินดูลักษณะบาดแผล ได้แก่ รอยบวมแดง แผลแยก มีลักษณะ discharge สีผิดปกติ มี
หนอง เพื่อประเมินการติดเชื้อ

2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง

3. ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ทำแผลผ่าตัดแบบ Dry dressing โดยใช้ สำลีชุบ NSS เช็ดบริเวณริมแผล suture วนจากด้านในออกด้านนอกรอบแผล ถ้ามีเลือดเปื้อนระหว่างรอยเย็บแผลเช็ดออกจนสะอาดแล้วจึงปิดแผล

4. สังเกตลักษณะของ discharge ทุกครั้งที่ทำแผล

5. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล

6. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล

7. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Ceftriaxone 2 gm iv OD และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน

8. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผม ปาก เล็บ ฟัน และ ผิวหนัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

การประเมินผล

1. ลักษณะบาดแผลแห้ง ไม่มี discharge ซึม

2. แผลไม่บวมแดง ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้อย่างถูกต้อง แผลไม่เปียกน้ำ

3. อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.2 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยและญาติถามว่าจะมีบุตรได้อีกหรือไม่

O: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินทำให้การรับข้อมูลยังไม่ละเอียด

O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามสาเหตุความวิตกกังวลกับผู้ป่วยและญาติ กลัวการมีบุตรไม่ได้อีก

2. อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรคคร่าว ๆ แจ้งผู้ป่วยสามารถตั้งครรภ์ได้อีก เพราะตัดท่อนำไข่ข้างขวา ยังเหลือท่อนำไข่ข้างซ้าย

3. เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งให้กำลังใจ

4. อธิบายและแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในเรื่องต่างๆ ดังนี้

4.1 การทำความสะอาดแผลหน้าท้องให้ทำแผลวันละ 1 ครั้งที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

4.2 เมื่อมีอาการแน่นอึดอัดไม่สบายในท้อง ท้องอืด ให้ลุกเดินบ่อย ๆ อาการจะหายไปภายใน 2-3 วัน แต่ถ้าอาการยังอยู่เกิน 1 สัปดาห์ หรือมีอาการเพิ่มขึ้นต้องรีบมาพบแพทย์

4.3 การอาบน้ำ อาบได้ภายหลังการตัดไหมแล้ว เวลาอาบน้ำให้น้ำหรือตักอาบ ไม่ควรแช่ในแม่น้ำ ลำคลอง หรือในอ่างอาบน้ำ

4.4 การรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ ทำความสะอาดทุกครั้งด้วยน้ำสบู่และล้างน้ำ และล้างน้ำสะอาดและซับให้แห้ง หลังการถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ

4.5 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่ช่วยเสริมสร้างเม็ดเลือดแดงและเพิ่มภูมิต้านทานของร่างกาย ได้แก่ ตับสัตว์ ไข่แดง นม ผักสด ผลไม้ งดอาหารจำพวกหมักดอง อาหารรสจัด บุหรี่ และสุรา

4.6 การพักผ่อน ให้หยุดพัก 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด ทำงานเบา ๆ ไม่ยกของหนักหรือทำงานหนักเกินไป

4.7 ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยดื่มน้ำมาก ๆ ปัสสาวะก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์ ไม่กลั้นปัสสาวะ รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกรีบมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ แผลอักเสบ มีเลือดซึม ประจำเดือนมามากเกิน 1 สัปดาห์ มีไข้ ปัสสาวะลำบาก มีเลือดออกกระปริดกระปรอยทางช่องคลอด ปวดท้องน้อย

4.8 อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ แผลผ่าตัดบวมแดง มีไข้

4.9 การมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อตรวจเช็คว่าท่อนำไข่ข้างที่เหลือยังดีอยู่หรือไม่เพื่อวางแผนคุมกำเนิดหรือตั้งครรภ์ใหม่ต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

2. ผู้ป่วยและญาติบอกว่ามีความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวต่อที่บ้านมากขึ้น

อภิปรายผล

การตั้งครรภ์นอกมดลูกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์จากการเสียเลือดในช่องท้อง จึงเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องการดูแลรักษาพยาบาลเร่งด่วนและมีความยุ่งยากซับซ้อน พบข้อผิดพลาดได้บ่อยจากการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ไม่มีอาการเฉพาะ ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงหรือไม่ขึ้นกับการคัดกรอง การประเมินอาการและอาการแสดง การตรวจร่างกายและผลทางห้องปฏิบัติการจะทำให้วินิจฉัยแยกโรคได้รวดเร็ว โดยพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญของ ทีมที่พบและประเมินผู้ป่วยในระยะวิกฤติจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินสภาพ วิเคราะห์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นและ ให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการประสานงานกับทีมการดูแล การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤติโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟู สภาพได้เหมาะสม[4]

การดูแลผู้ป่วยในระยะช็อก ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤติ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องทันทีส่งผลให้ไตวายเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ การพยาบาลที่สำคัญแก้ไขโดยการเพิ่มปริมาตร และสารน้ำ เม็ดเลือดแดง ให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอด้วยการให้ออกซิเจนติดตามสัญญาณชีพ การทำงานของไตอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกและส่งเข้าห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย ภายหลังผ่าตัดยังคงเสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำ ให้ยา กระตุ้น dopamine ซึ่งถือเป็นยา high alert drug พยาบาลต้องมีความรู้ในบริหารยา ประเมินความผิดปกติจากการได้รับยา เช่น การควบคุมยาโดยให้ได้ตามแผนรักษา โดยใช้เครื่องควบคุมหยดสารน้ำ ปรับระดับยาจนผู้ป่วยปลอดภัยพ้นจากภาวะช็อก[2]

การดูแลด้านจิตใจภายหลังหลังตัดปีกมดลูกข้างขวาออก ต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีเป็นมิตร และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ รับฟังและเปิดโอกาสให้พูดถึงการมีครรภ์ครั้งต่อไป เพื่อจะได้ทราบและประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลที่ทารกไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ เนื่องจากไม่ได้ตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก เมื่อทารกเจริญเติบโตขึ้นก็จะมีผลทำให้ส่วนที่ทารกฝังตัวอยู่แตก และทารกเสียชีวิตได้ ยังเหลือปีกมดลูกอีกหนึ่งข้างสามารถตั้งครรภ์ได้อีก แต่ต้องมีการตรวจปีกมดลูกข้างที่เหลือก่อน อายุยังน้อยมีโอกาสตั้งครรภ์ใหม่ได้ โดยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ในระหว่างตั้งครรภ์ครั้งใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล[6]

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางนรีเวชกรรม ในการ ประเมิน การวินิจฉัยและการแก้ไขปัญหาที่มีความเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤติ การดูแลต่อเนื่องและการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

2. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG) ที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ (CPG) ของการ ตั้งครรภ์นอกมดลูก

3. พยาบาลวิชาชีพควรมีทักษะการใช้เครื่องมือประเมิน early warning signs ภาวะช็อก เพื่อเฝ้าระวังและ รายงานแพทย์ได้รวดเร็วเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, กิตติภัต เจริญขวัญ, อรวี ฉินทกานันท์. (2559). ครรภ์นอกมดลูก. ในธีระ ทองสง, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา ฉบับบอร์ด. พิมพ์ครั้งที 4.ลักษมีรุ่งจำกัด.
2. นุชจรินทร์ ทองโรจน์. (2563). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(2), 128-141.
3. ปริญญา ราชกิจ. (2560). การตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาล ลำปลายมาศ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ -สุรินทร์-บุรีรัมย์, 32 (1), 33-42
4. เพ็ญศรี ละออ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2),172-186.
5. วิทยา ถิฐาพันธ์. (2559). ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์. บริษัท พี .เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
6. Walker JJ. (2017). Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 43(1), 76-86.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา

Factors Correlated with Low Back Pain Preventive Behaviors among Rubber Planters

(Received: November 6,2023 ; Revised: November 23,2023 ; Accepted: November 28,2023)

ปิยะ จันทร์คายโคตร[1]
Piya Chankaikhot[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา กลุ่มตัวอย่างคือ เกษตรกรผู้ปลูกยางพาราที่อาศัยอยู่ในตำบลอุ่มเหม้า อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 237 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.92 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.80 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.59 รายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 48.10 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 77.22 ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพปลูกยางพารา อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 49.79 ระยะเวลาปกติที่ทำงานในสวนยางพาราอยู่ในช่วง 3-4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 53.17 และ 5-6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 75.11 พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.11 ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

คำสำคัญ: อาการปวดหลังส่วนล่าง เกษตรกร ยางพารา

ABSTACT

This cross-sectional survey research aimed to determine low back pain preventive behaviors and the factors correlated with low back pain preventive behaviors among rubber planters. A simple random sampling was conducted to obtain 237 rubber planters and living in Ummao sub district, Thatphanom district, Nakornphanom province. Data was collected by the questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, Chi-square test, and Pearson product-moment correlation coefficient.

The result found that 86.92% of participants were male and 57.80% had over the age of 60. 80.59% of participants had received primary school education, 48.10% had an average monthly income between 5,001-10,000 bath, 77.22% of participants were married. 49.79% of participants had work duration of rubber planting per year was 6-10 years. 53.16% of participants worked per week were 3-4 days, and 75.11% worked per day was 5-6 hours. 75.11% of participants had a middle level of low back pain preventive behaviors. The education level and knowledge of low back pain prevention related to low back pain preventive behaviors with statistical significance at p-value <0.05.

Keyword: low back pain, farmers, rubber

บทนำ

ยางพาราเป็นพืชเศรษฐกิจที่มีความสำคัญของไทย ไทยเป็นผู้ผลิตยางพาราอันดับ 1 ของโลก นับตั้งแต่ปี 2534 ยางพาราเป็นสินค้าที่ทำรายได้เข้าประเทศสูงเป็น อันดับต้นๆ รายได้จากยางพารากระจายไปสู่เกษตรกรเจ้าของสวนยางและผู้เกี่ยวข้องมากกว่า 1 ล้านครัวเรือน จากปริมาณการส่งออกยางพาราปี 2561-2564 จะพบว่ามีปริมาณและมูลค่าเพิ่มขึ้นทุกปี ปี 2564 มีมูลค่าการส่งออก 186,767,595,357 บาท[1] ปัจจุบันไทยเป็นประเทศ

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม Corresponding author: piyachankaikhot@gmail.com

ผู้ผลิตยางพาราธรรมชาติรายใหญ่ของโลกและมีศักยภาพในการผลิตยางพาราที่มีคุณภาพดีเป็นที่ยอมรับ ประเทศที่มีปริมาณผลผลิตยางพาราธรรมชาติรองลงมาจากไทย คือ อินโดนีเซีย เวียดนาม และมาเลเซีย ยางพาราที่ไทยผลิตได้มากเป็นอันดับต้น ได้แก่ ยางแผ่นรมควัน ยางแท่ง ยางเครป ยางผึ่งแห้ง น้ำยางข้น ซึ่งเป็นวัตถุดิบพื้นฐานสำคัญในการผลิตผลิตภัณฑ์ยางพาราต่างๆ เช่น ยางล้อรถยนต์ ถุงมือยาง ท่อยาง เป็นต้น ทำให้การปรับตัวขึ้น-ลง ของราคายางพาราส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่ออุตสาหกรรมต่อเนื่องที่เกี่ยวข้อง จังหวัดนครพนม มีพื้นที่เพาะปลูกทั้งหมด 359,728 ไร่ และอำเภอธาตุพนมมีพื้นที่เพาะปลูกทั้งหมด 23,357 ไร่[2] การทำงานในสวนยางพาราประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ การปลูกยาง การกำจัดวัชพืช การใส่ปุ๋ย การกรีดยาง และการผลิตแผ่นยาง ส่วนสิ่งคุกคามสุขภาพทางกายภาพ ที่สำคัญคือ ความร้อนจากแสงแดดในขั้นตอนการปลูกยาง ทางเคมีคือ กรดฟอร์มิคในขั้นตอนการผลิตแผ่นยาง ทางชีวภาพคือ ยุงและแมลงในขั้นตอนการกรีดยาง ทางการยศาสตร์ คือ การใช้มือและข้อมือทำงานซ้ำๆ ในขั้นตอนการกรีดยาง ผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากสิ่งคุกคามทางกายภาพ พบว่าเกษตรกรมีความเสี่ยงสูงจากการสัมผัสฝุ่นจากปุ๋ยคอกในขั้นตอนการใส่ปุ๋ยทางเคมี พบว่าเกษตรกรมีความเสี่ยงสูงจากการสัมผัสกรดฟอร์มิคในขั้นตอนการผลิตแผ่นยาง ทางชีวภาพพบว่า เกษตรกรมีความเสี่ยงสูงจากการสัมผัสยุงและแมลงในขั้นตอนการผลิตแผ่นยาง ทางการยศาสตร์พบว่าโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน เป็นอาการที่พบมากในด้านนี้[3]

โรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อและยังคงเป็นปัญหาสำคัญของเกษตรกรและผู้ใช้แรงงานทั่วไป อีกทั้งมีแนวโน้มของการเกิดโรคสูงขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบผู้ป่วยด้วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานทั้งหมด 109,431 คน คิดเป็นอัตราส่วน 239.62 ต่อแสนประชากร จังหวัดนครพนม พบผู้ป่วยจำนวน 9,224 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 1952.71 ต่อแสนประชากร โรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานของเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา ส่วนใหญ่จากมีสาเหตุท่าทางการกรีดยาง การทำยางแผ่น และการเก็บน้ำยาง ซึ่งเป็นการลักษณะการทำงานแบบซ้ำๆ และพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ถูกหลักการยศาสตร์ ที่อาจส่งผลต่อภาวะความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ[4] โรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานที่พบได้มากได้แก่อาการปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ โดยผลกระทบด้านสุขภาพ ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นไปด้วยความลำบาก ประกอบกิจวัตรประจำวันและการทำงานยากขึ้น หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มที่ ผู้ที่มีอาการปวดหลังจึงมักไม่กล้าทำกิจกรรมหรือปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ เพราะกลัวว่าจะทำให้อาการปวดเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงหรือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ[5] ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจมีทั้งในระดับบุคคลและระดับมหภาค โดยในระดับมหภาคนั้น จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่าผลกระทบทางเศรษฐกิจจากอาการปวดหลังจากการทำงานสูงถึง 82 ล้านเยน (21 ล้านบาท) ทั้งจากการสูญเสียโดยตรง (ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล) และการสูญเสียโดยอ้อม (จากประสิทธิภาพการทำงานที่สูญเสียไป) ในระดับบุคคลนั้น คือการ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการขาดรายได้[6] โดย ในประเทศไทยใช้ต้นทุนในการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง ปี 2562 เป็นเงิน 186 ล้านบาท[7] ภาระจำกัดความสามารถของร่างกายเป็นสาเหตุของการหยุดงาน ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการทำงานที่สัมพันธ์กับการประกอบอาชีพของอาการปวดหลังส่วนล่าง พบว่าเกือบร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดหลังมีการขาดงาน 1 สัปดาห์หรือมากกว่า[8] นอกจากนี้อาการปวดเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพ เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังขึ้นในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนต้องเปลี่ยนบทบาท มีเวลาเป็นอิสระน้อยลงทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจแย่ลงและยังส่งผลกระทบเศรษฐกิจ

โดยรวมของประเทศดังการศึกษาของแมนเนียดาคิสและเกรย์[9] ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยปวดหลังในประเทศอังกฤษพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของอาการปวดหลังในปี ค.ศ. 1998 ประมาณ 1,632 ล้านบาท ซึ่งประมาณร้อยละ 35 เป็นการใช้จ่ายโดยตรงของผู้ป่วยและครอบครัวในจำนวนนี้ร้อยละ 37 เป็นการใช้จ่ายเกี่ยวกับการทำกายภาพ ร้อยละ 31 เป็นค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลร้อยละ 14 โดยสรุปอาการปวดหลังส่วนล่างมีผลกระทบทั้งทางตรงและ/หรือทางอ้อมต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการทำงานของตนเอง และยังส่งผลถึงรายจ่ายที่ใช้ในการรักษา การฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่สูญเสียแอบแฝง เช่น การลาหยุดงาน เวลาที่สูญเสียไปกับการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ การลดลงของประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงานซึ่งมีผลต่อครอบครัวและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ

การส่งเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพหรือกลุ่มวัยทำงานเป็นบทบาทที่สำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านอาชีวอนามัย ซึ่งมีบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงานได้เห็นความสำคัญในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ประกอบอาชีพปลูกยางพาราซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งในปัจจุบันและในอนาคต การศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานด้านท่าทางที่ไม่เหมาะสมและการออกแรงมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อบริเวณรยางค์ส่วนบนและอาการปวดหลังส่วนล่างซึ่งท่าทางการทำงานสามารถประเมินได้จากเทคนิคการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์[10] การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนควบคุมหรือลดความเสี่ยงจากการสัมผัสอันตราย การป้องกันอันตรายต่างๆ ที่มีผลต่อการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานของและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ เกษตรกรผู้ปลูกยางพาราที่อาศัยอยู่ในตำบลอุ่มเหม้า อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 615 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. ช่วงอายุ 20-70 ปี
2. เป็นเกษตรกรผู้ปลูกยางพารามาอย่างน้อย 1 ปี
3. สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างเข้าใจ
4. มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย
5. ไม่มีอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนเข้าร่วมวิจัยอย่างน้อย 1 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie and Morgan[11] ดังนี้

$$n=\frac{\mathbf{x^2 Np(1-p)}}{\mathbf{e^2(N-1)+x^2\ p(1-p)}}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (615 คน)

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (x^2 = 3.841)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบกำหนด p = 0.5)[11]

แทนค่าในสูตร n= 3.841×615×0.5(1-0.5)/0.05^2(615-1)+3.841×0.5(1-0.5) = 237 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำ

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถาม 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่ปลูกยางพารา

ส่วนที่ 1.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบถูกหรือผิด

ส่วนที่ 1.3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยข้อความมีความหมายเชิงบวกและเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ โดยโดยข้อความมีความหมายเชิงบวก มีการให้คะแนนคือ เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน ข้อความมีความหมายเชิงลบ มีการให้คะแนนคือ เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน[12]

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ บ่อยครั้ง เท่ากับ 3 บางครั้ง เท่ากับ 2 ไม่เคย เท่ากับ 1[12]

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ ใช่ แน่ใจ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ใช่ เท่ากับ 3 ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 ไม่ใช่ เท่ากับ 1

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งเท่ากับ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน[12]

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์[13]

คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.66 หมายถึง ระดับพฤติกรรมต้องปรับปรุง

คะแนนเฉลี่ย 1.66-2.32 หมายถึง ระดับพฤติกรรมพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 2.33-3.00 หมายถึง ระดับพฤติกรรมเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนอผู้เชียวชาญ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหาความตรงตามโครงสร้าง จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้วนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้กับเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานใกล้เคียงและมีพื้นที่ติดต่อกัน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ ใช้สูตรของคูเดอร์ -ริชาร์ดสัน สูตร KR 20 เพื่อทดสอบแบบสอบถามด้านความรู้ มีค่าอยู่

ที่ 0.86 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช ของแบบสอบถามด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง มีค่าอยู่ที่ 0.95 0.93 0.91 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการและระยะการเก็บข้อมูล

1). ขั้นตอนการเตรียมการ เป็นการเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน

1.1 อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย การอธิบายคำชี้แจง การขอความยินยอม และการใช้แบบสอบถาม คำอธิบายตัวเลือกแต่ละข้อคำถามแก่ผู้ช่วยวิจัย

1.2 ผู้วิจัยสาธิตการใช้แบบสอบถามทุกข้อ เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยได้สอบถามในประเด็นที่สงสัย

1.3 ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

2) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ชี้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความยินยอมในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ โดยขอเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

2.2 การแจกและเก็บแบบสอบถามดำเนินการเก็บมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ

2.3 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติดังนี้

สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยในกรณีข้อมูลแจกแจงปกติใช้สถิติ ความถี่และร้อยละ สถิติอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างโดยใช้สถิติค่าไคสแควร์ (Chi-Square Test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Product Moment Correlation Coefficient กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ 049/66

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.92 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.80 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.59 รายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 48.10 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 77.21 ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพปลูกยางพารา อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 49.79 ระยะเวลาปกติที่ทำงานในสวนยางพาราอยู่ในช่วง 3-4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 53.16 และ 5-6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 70.04

2. พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับต้องปรับปรุง พอใช้และเหมาะสม ร้อยละ 19.83 75.11 และ 5.06 ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา

พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 (ตารางที่ 1)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามแนวคิด PRECEDE FRAMEWORK กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามแนวคิด PRECEDE FRAMEWORK กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา (n=237)

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน	พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง		χ^2	p-value
			ต่ำ	ปานกลาง/สูง		
เพศ					1.192	.275
	ชาย	206	42	164		
	หญิง	31	9	22		
อายุ					.697	.404
	20-40 ปี	13	4	9		
	41 ปีขึ้นไป	224	47	177		
ระดับการศึกษา					5.558	.018*
	ประถมศึกษา	191	46	145		
	มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	46	5	41		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					.388	.533
	0-15,000	206	43	163		
	15,001 ขึ้นไป	21	8	23		
สถานภาพสมรส					.373	.541
	คู่	183	41	142		
	โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	54	10	44		
ระยะเวลาที่ปลูกยางพารา					.594	.441
	1-10 ปี	147	34	113		
	11 ปีขึ้นไป	90	17	73		
ระยะเวลาที่ทำงานในสวนยางพารา					.717	.397
	1-4 วันต่อสัปดาห์	127	30	97		
	5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป	110	21	89		
ระยะเวลาที่ทำงานในสวนยางพารา					.195	3659
	1-4 ชั่วโมง/วัน	71	14	57		
	5 ชั่วโมง/วันขึ้นไป	166	37	129		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามแนวคิด PRECEDE FRAMEWORK กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา (n=237)

ตัวแปร	n	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง	237	0.154	0.018*
ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง	237	.113	0.081
ปัจจัยเสริม	237	0.080	0.220
ปัจจัยเอื้อ	237	0.068	0.296

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 75.10 สอดคล้องกับงานวิจัยของจิราภรณ์ ธรรมสโรช[14] ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่มารับบริการที่ห้องตรวจกระดูกและข้อโรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ สุกัญญา อังศิริกุล และคณะ[15] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชลประทานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.1) มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เกษตรกรจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสิ่งคุกคามจากการประกอบอาชีพที่เหมาะสมนั้นจะต้องมีความรู้เรื่องสิ่งคุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ซึ่งประกอบด้วย สิ่งคุกคามทางกายภาพ สิ่งคุกคามทางชีวภาพ สิ่งคุกคามทางเคมี สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์และคุกคามทางจิตสังคมซึ่งแต่ละอาชีพจะได้สัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพที่แตกต่างกัน เมื่อเกษตรกรรับรู้ถึงสิ่งคุกคามจากการทำงานก็จะสามารถกำจัดสิ่งคุกคามเหล่านั้นได้ ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อจะได้ทราบว่าสถานที่ทำงานนั้นๆ มีโอกาสที่สิ่งคุกคามในเรื่องต่างๆ จะก่อให้เกิดอันตรายได้มากน้อยเพียงใด นำไปสู่การพิจารณาที่จะดำเนินการใดๆ เพื่อแก้ปัญหาความเสี่ยงนั้นได้อย่างเหมาะสม เมื่อพิจารณาคำถามรายข้อจะพบว่ามีพฤติกรรที่กลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติเลย ได้แก่ ข้อคำถาม ท่านเคลื่อนย้ายของหนักบนพื้นราบโดยใช้เครื่องทุ่นแรง ท่านบริหารกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อหน้าท้องอย่างน้อย 20 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และท่านบริหารกล้ามเนื้อก่อนการทำงานทุกครั้ง ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำได้แก่ เมื่อท่านไม่สบายใจหรือมีเรื่องกังวลใจท่านใช้วิธีการพูดคุยหรือขอคำปรึกษากับบุคคลที่ไว้ใจ จากการสอบข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เรื่องการจัดทำโครงการให้ความรู้แก่แรงงานนอกระบบพบว่าส่วนให้จะดำเนินการในกลุ่มเกษตรกรที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและยังไม่เคยดำเนินการโครงการด้านให้ความรู้แก่แรงงานนอกระบบในประเด็นอื่นๆ เช่น สิ่งคุกคามด้านการยาศาสตร์ ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามที่พบได้มากในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา ดังนั้นการจัดทำโครงการในการให้สุขศึกษาและประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงานของกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราในพื้นที่จึงเป็นสิ่งที่พื้นที่จะต้องดำเนินการในอนาคตนอกเหนือจากการตรวจสารเคมีกำจักศัตรูพืชในเลือด เพื่อลดโอการเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคที่รุนแรงจนกระทบต่อการปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราในอนาคตได้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวด

หลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธาทิพย์ รองสวัสดิ์[16] ศึกษาปัจจัยการรับรู้เรื่องความปลอดภัยในการทำงานที่มีผลต่อพฤติกรรมในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการประจำการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค จ.เชียงใหม่ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในเรื่องความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของพนักงาน เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพความเป็นอยู่ทั่วไปของแต่ละบุคคล ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า เพราะทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดีสามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา จึงปฏิบัติกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ[17] ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามแนวคิด PRECEDE FRAMEWORK กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกอร เจริญผล และคณะ[18] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้างภาคอุตสาหกรรมพบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานและการศึกษาของ ชนิสรา สังฆะศรี และคณะ[19] ศึกษาการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยจากการทำงานการป้องกันและการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงานเฟอร์นิเจอร์ไม้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ความรู้มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางพฤติกรรม ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ/โรคต่าง ๆ ในระดับดี ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดีตามไปด้วยก่อให้เกิดความรู้ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรม ได้มาจากประสบการณ์เดิม การรับรู้ การเข้าใจของแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีความรู้ดีจะทำให้เจตคติต่อสิ่งนั้นดีตามไปด้วย ส่งผลให้ผู้นั้นแสดงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดี ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อให้กลุ่มที่ยังมีความรู้ต่ำมีความรู้เพิ่มมากขึ้นและการมีความรู้ที่สูงย่อมส่งผลให้เกษตรกรผู้ปลูกยางพารามีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. จัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา

2. ประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราอย่างต่อเนื่อง

3. จัดกิจกรรมเพื่อเสริมทักษะการบริหารร่างกายก่อนและหลังการทำงาน การทำงานให้ถูกหลักการยศาสตร์เพื่อป้องกันการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาการประเมินความเสี่ยงอาการผิดปกติของระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา

2. ศึกษาภาวะสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราให้ครอบคลุมทุกมิติ

3. ศึกษาการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพทางการยศาสตร์การทำงานต่อการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. สถิติการส่งออกตั้งแต่ปี 2561 ถึง 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงจาก: https://impexpth.oae.go.th/export.
2. กรมพัฒนาที่ดิน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. แนวทางการส่งเสริมการเกษตรที่เหมาะสมตามแผนที่เกษตรเชิงรุก[อินเตอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงจาก: http://www.ldd.go.th/Agri-Map/Data/NE/npn.pdf
3. นภาพร เวชกามา และรวี หาญเผชิญ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ศักยภาพเชิงพื้นที่เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเกษตรกรชาวสวนยางพารา จังหวัดบึงกาฬ. วารสารเกษตรพระวรุณ 2556; 10(2): 175-182.
4. กวิสทรารินทร์ คะณะพันธ์, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ และสุนิสา ชายเกลี้ยง. ความเสี่ยงทางการยศาสตร์และสมรรถภาพของกล้ามเนื้อของเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2562; 8(2): 21-31.
5. Brage S, Sandanger I, Nygard JF. Emotional distress as a predictor for low back disability: A prospective 12-year population-based study. Spine 2007; 32(1): 269-274
6. Montgomery W, Sato M, Nagasaka Y, Vietri J. The economic and humanistic costs of chronic lower back pain in Japan. Clinicoeconomics and Outcomes Research 2017; 9: 361-371.
7. Social Security Office. The situation of experiencing danger or illness Due to work in the year 2015-2019 [Internet]. 2019. [cited 2023 May 20]. Available from: https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/c00433eb3bc63a11720e488101b53d91.pdf.
8. Pransky G, Benjamin K, Hill-Fotouhi C, Fletcher KE, Himmelstein J, Katz JN. Work-related outcomes in occupational low back pain: a multidimensional analysis. Spine (Phila Pa1976) 2002; 27(8): 864-870.
9. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. Pain 2000; 84: 95-103.
10. สุนิสา ชายเกลี้ยง กวิสทรารินทร์ คะณะพันธ์ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับเสี่ยงต่อความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในเกษตรกรผู้ปลูกยางพารา. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2563; 32(1): 82-94.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30: 607-610.
12. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology 1932; 140: 1-55.
13. Best JW. Research in Education, 4 th ed. New Jersey : Prentice- Hall Inc., 1981
14. จิราภรณ์ธรรมสโรช. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. 2548.
15. สุกัญญา อังสิริกุล น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2559; 24(1): 39-50.
16. สุธาทิพย์ รองสวัสดิ์. ปัจจัยการรับรู้เรื่องความปลอดภัยในการทำงานที่มีผลต่อพฤติกรรมในการทำงาน
ของพนักงานระดับปฏิบัติการประจำการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค จ.เชียงใหม่. ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ. 2555.
17. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health education research 2010; 25: 464-477.
18. กนกอร เจริญผล ฉันทนา จันทวงศ์ และยุวดี ลีลัคนาวีระ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้างภาคอุตสาหกรรม. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2559; 30(2): 64-80.
19. ชนิสรา สังฆะศรี ชญานนท์ พิมพบุตร นิธิ ปรัสรา และภคิน ไชยช่วย. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2559; 1(1): 81-98.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

Factor Associated with Childhood Asthma Control in Thatphanom Crown Prince Hospital.

(Received: November 7,2023 ; Revised: November 25,2023 ; Accepted: November 28,2023)

จุรีพร พูนปริญญา[1]
Juriporn Poonparinya[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหืดเด็กทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อายุ 2-15 ปี จำนวน 144 ราย เก็บตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และ Chi-square

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างควบคุมอาการได้ ร้อยละ 31.25 ควบคุมอาการได้บางส่วน ร้อยละ 25.00 ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 43.75 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าประวัติบุคคลในครัวป่วยด้วยโรคหืดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ปัจจัยด้านข้อมูลการรักษา พบว่า การใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดอย่างสม่ำเสมอ การใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดอย่างถูกต้อง ประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืดและประวัติพ่นยาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ปัจจัยด้านข้อมูลสิ่งแวดล้อมพบว่า มีสัตว์เลี้ยงในบ้าน สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การจุดธูปทุกวันพระ การตากผ้าห่ม ผ้าปูที่นอนทุกอาทิตย์มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

คำสำคัญ: โรคหืด ผู้ป่วยเด็ก ระดับการควบคุมโรคหอบหืด

ABSTRACT

This cross-sectional survey study aimed to study factor associated with childhood asthma control in Thatphanom crown prince hospital. A total 144 of children with aged between 2-15 years at asthma clinic in Thatphanom crown prince hospital. Data was collected by the questionnaires. Data were analyzed using frequency, percentage and Chi-square test.

The results found that 31.25% were well controlled, 25.00 were partly controlled, and 18.75% were un-controlled. Factor associated with childhood asthma control in part of personal data factors found that family history of asthma associated with childhood asthma control with statistical significance ($p<0.05$). In part of medical history factors found that Regular use of inhaled steroids, using inhaled steroids correctly, a hospital stay for an asthma attack, and nebulized bronchodilators at emergency room associated with childhood asthma control with statistical significance ($p<0.05$). In part of environmental data factors found that the family has pets in the house, family members smoke, incense is lit in the house every Buddhist holy day, blankets and bed sheets are dried every week associated with childhood asthma control with statistical significance ($p<0.05$).

Keyword: asthma, children, asthma control

บทนำ

โรคหืด (asthma) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2562 พบผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกประมาณ 262 ล้านคน และเสียชีวิต 455,000 คน[1] ส่วนประเทศไทยปี 2563 พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหืดถึง 6,808 ราย โดยคิดเป็น 3.93 รายต่อแสนประชากร

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม Corresponding author: jureeporn441122@gmail.com

หรือ 0.94% ของคนที่เสียชีวิตทั้งหมด จัดเป็นอันดับที่ 96 ของโลก ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยจากโรค พบว่า โรคหืดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในคนไทยเป็นอันดับที่ 28 โดยอันดับ 1 คือโรคหลอดเลือดหัวใจ[2] จากรายงานของศูนย์กลางข้อมูลเปิดภาครัฐ[3] พบว่าในปี พ.ศ. 2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหอบหืดทุกกลุ่มอายุจำนวน 43,243 45,224 41,101 และ 35,822 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี พบผู้ป่วยจำนวน 18,816 20,379 18,047 และ14,137 ราย ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 144 ราย อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหืดอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 7 ราย และพบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีอาการกำเริบต้องมาพ่นยาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 14 ราย[4] จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ายังมีผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ซึ่งอาจบั่นทอนทั้งสุขภาพของเด็ก เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืดจะมีอาการหอบหายใจลำบาก ไอมากในเวลากลางคืน ทำให้รบกวนการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง นอกจากนี้ยังพบผลกระทบของโรคที่มีต่อผู้ดูแลเนื่องจากความเครียดและความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของเด็ก โดยเฉพาะอาการหอบในเวลากลางคืนทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอรวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางพาเด็กมารักษาหรือสูญเสียรายได้จากการขาดงานเพื่อมาดูแลเด็ก[5] การดูแลรักษาโรคหืดต้องใช้หลายวิธีรวมกันคือ การใช้ยา การควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดอาการหอบและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน อันจะช่วยลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการควบคุมโรคไม่ดีลง[6] เป้าหมายในการรักษาโรคหืดคือการควบคุมโรคได้เป็นอย่างดีประกอบด้วย คุมอาการโรคหืด ไม่มีอาการกลางวัน ไม่มีอาการกลางคืน ไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลม ไม่มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสมรรถภาพปอดที่ปกติและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดในอนาคต คือควบคุมโรคได้โดยไม่มีหืดกำเริบหรือเสียชีวิตจากโรคหืด รวมถึงป้องกันความเสื่อมของสมรรถภาพปอดที่เกิดจากภาวะหลอดลมเสื่อมและป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยา ดังนั้นหลักการรักษา คือ ผู้ป่วยโรคหืดทุกรายควรได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามความรุนแรงของแต่ละคน[7] ผู้ป่วยโรคหืดทุกรายควรได้รับยาควบคุมอาการอย่างสม่ำเสมอ ยาสูดพ่นคอร์ติโคสเตียรอยด์ เป็นยารักษาหลักในการควบคุมโรคหืด ผู้ป่วยควรได้รับปริมาณยาตามความเหมาะสมตามความรุนแรงของโรคหืด โดยเฉพาะในผู้ป่วยหืดที่รับการรักษาครั้งแรก นอกจากนี้การจัดการปัจจัยการกระตุ้นรวมทั้งการหลีกเลี่ยงปัจจัยการกระตุ้นจะทำให้การควบคุมโรคได้ผลดีขึ้น ผู้ดูแลจะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหืดกำเริบ[8] แต่จากข้อมูลการรักษาผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ยังพบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอาการกำเริบต้องมาพ่นยาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืดยังคงมีความสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะนำผลการศึกษามาใช้ในการกำจัดปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดไม่สามารถคุมอาการโรคหืด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการควบคุมอาการโรคหืดของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ปี 2565 อายุ 2-15 ปี จำนวน 144 ราย

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมดจำนวน 144 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า (inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเด็กโรคหืด อายุ 2-15 ปี 2) ระยะเวลารักษาโรคหืดไม่น้อยกว่า 12 เดือน 3) ผู้ดูแลเด็กยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก (Lottery)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดของคนในครอบครัว ระดับการศึกษาของผู้ดูแล และอาชีพของผู้ดูแล ประวัติการแพ้อาหาร

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษา (มาตรานามบัญญัติ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ อายุที่เริ่มมีอาการของโรคหืด ระยะเวลาที่รักษาในคลินิกโรคหืด ความถี่ของการมาพบแพทย์ การมาพบแพทย์ตามนัด ความสม่ำเสมอในการใช้ยา inhaled corticosteroids ความถูกต้องของการใช้ยา inhaled corticosteroids ผ่านกระบอกยาพ่น ประวัติการนอนรักษาที่โรงพยาบาล ประวัติการพ่นยาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม (มาตรานามบัญญัติ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ การเลี้ยงสัตว์เลี้ยง การสูบบุหรี่ของบุคคลในบ้าน การจุดธูปทุกวันพระ การตากผ้าห่ม ผ้า ปูที่นอน การใช้ถ่านเป็นเชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร ของเล่นที่ประกอบด้วยนุ่นหรือสำลี

ตอนที่ 4 การประเมินระดับการควบคุมอาการโรคหืด ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบข้อความที่ตรงกับอาการที่เคยเกิดขึ้น

เกณฑ์การประเมินระดับการควบคุมอาการโรคหืด ใช้เกณฑ์ GINA (Global Initiative for Asthma)

1. ควบคุมอาการได้ (well controlled) ไม่มีอาการใน 4 ข้อ

2. ควบคุมอาการได้บางส่วน (partly controlled) มีอาการ 1-2 ข้อ

3. ควบคุมไม่ได้ (un controlled) มีอาการ 3-4 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาที่ใช้ให้เหมาะสมให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ภาษาและการสื่อสาร จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องในการใช้ภาษา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และเมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง 0.67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามได้เอง ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเอง โดยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาแต่กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้เองผู้วิจัย หลังจากได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม แล้วผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ประสานงานกับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. ผู้วิจัยชี้แจง/อธิบายและขอความยินยอมกับกลุ่มตัวอย่าง

3. ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ถ้าไม่สามารถให้ข้อมูลได้จะทำการถามผู้ดูแลเด็กแทน โดยการถามข้อมูลเด็กและผู้ดูแลพร้อมกันเพื่อความถูกต้องของข้อมูล

4. ข้อมูลทั้งหมดได้รับการบันทึกลงในแบบฟอร์มเก็บตัวอย่าง

5. นำเสนอแบบสอบถามที่ได้มาตรวจความครบถ้วนสมบูรณ์ จากนั้นจะนำไปทำการบันทึกลงในคอมพิวเตอร์เพื่อรอการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์หระว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับระดับการควบคุมอาการโรคหืดโดยใช้การวิเคราะห์โดยสถิติไคสแคว์ (Chi-square test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ 069/66

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 68.05 ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหืด ร้อยละ 9.72 ค่า BMI น้อยกว่า 18.5 ร้อยละ 54.17 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.25 อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.14 มีประวัติการแพ้อาหาร ร้อยละ 6.94 ข้อมูลด้านการรักษาพบว่าอายุที่มีอาการของโรคหืดอยู่ในช่วง 2-5 ปี ร้อยละ 51.39 ระยะเวลาที่รักษาในคลินิกโรคหืดอยู่ในช่วง 1 เดือน ถึง 3 ปี ร้อยละ 57.64 ความถี่ของการมาพบแพทย์ 2-3 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 72.22 มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ร้อยละ 81.94 มีการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดสม่ำเสมอ ร้อยละ 79.17 ความถูกต้องของการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดส่วนใหญ่ใช้ได้ถูกต้อง ร้อยละ 44.44 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมามีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืด ร้อยละ 27.78 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมามีประวัติพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 42.36 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ในครอบครัวมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน ร้อยละ 41.67 มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 43.75 มีการจุดธูปทุกวันพระ ร้อยละ 27.08 มีการตากผ้าห่ม ผ้าปูที่นอนทุกอาทิตย์ ร้อยละ 59.03 มีการใช้ถ่านเป็นเชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร ร้อยละ 69.44 มีของเล่นที่ประกอบด้วยนุ่นหรือสำลี ร้อยละ 11.11

2. ระดับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างควบคุมอาการได้ ร้อยละ 31.25 ควบคุมอาการได้บางส่วน ร้อยละ 25.00 ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 43.75

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด

3.1 ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่าประวัติบุคคลในครัวป่วยด้วยโรคหืดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ส่วนเพศ โรคประจำตัว ค่า BMI ระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาชีพของผู้ดูแล และประวัติการแพ้อาหารไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด (n=144)

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน	ระดับการควบคุมอาการ		χ^2	p-value
			ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้		
เพศ					3.08	.079
	หญิง	98	60	38		
	ชาย	46	21	25		
อายุ					.228	.633
	1-7 ปี	54	29	25		
	8-15 ปี	90	52	38		
ประวัติโรคหืดในครอบครัวสายตรง					.943	.005*
	มี	14	8	6		
	ไม่มี	130	73	57		
ค่า BMI					1.713	.425
	น้อยกว่า 18.5	78	40	38		
	18.5-22.9	40	25	15		
	มากกว่า 22.9	26	16	10		
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล					.237	.626
	ประถมศึกษา	81	47	34		
	มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	63	34	29		
อาชีพของผู้ดูแล					.278	.598
	เกษตรกรรม	65	35	30		
	อื่นๆ	79	46	33		
ประวัติการแพ้อาหาร					.717	.680
	มี	10	5	5		
	ไม่มี	134	76	58		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

3.2 ปัจจัยข้อมูลด้านการรักษา ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดอย่างสม่ำเสมอ การใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดอย่างถูกต้อง ประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืด และประวัติพ่นยาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ อายุที่เริ่มมีอาการของโรคหืด ระยะเวลาที่รักษา ความถี่ของการมาพบแพทย์ และการมาพบแพทย์ตามนัดไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลด้านการรักษากับระดับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด (n=144)

ปัจจัยข้อมูลด้านการรักษา		จำนวน	ระดับการควบคุมอาการโรคหืด		χ^2	p-value
			ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้		
อายุที่เริ่มมีอาการของโรคหืด					1.736	.420
	2-5 ปี	74	38	36		
	6-10 ปี	59	37	22		
	11-15 ปี	11	6	5		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลด้านการรักษากับระดับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด (n=144)

ปัจจัยข้อมูลด้านการรักษา	จำนวน	ระดับการควบคุมอาการโรคหืด		χ^2	p-value
		ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้		
ระยะเวลาที่รักษา				1.777	.411
1-3 ปี	83	50	33		
4-6 ปี	49	26	23		
7 ปีขึ้นไป	12	5	7		
ความถี่ของการมาพบแพทย์				.505	.777
ทุก 1 เดือน	14	8	6		
ทุก 2-3 เดือน	104	60	44		
ทุก 4-6 เดือน	26	13	13		
การมาพบแพทย์ตามนัด				2.506	.113
มาตามนัดทุกครั้ง	118	70	48		
มีประวัติขาดนัด	26	11	15		
การใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดอย่างสม่ำเสมอ				28.362	.000*
ใช้อย่างสม่ำเสมอ	114	77	37		
มีประวัติขาดยา	30	4	26		
ความถูกต้องของการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูด				102.85	.000*
ใช้ได้ถูกต้อง	64	6	58		
ใช้ได้ไม่ถูกต้อง	80	75	5		
ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา				43.077	.000*
มี	40	5	35		
ไม่มี	104	76	28		
ประวัติการพ่นยาขยายหลอดลมที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา				92.643	.000*
มี	61	6	55		
ไม่มี	83	75	8		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

3.3 ปัจจัยข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่า มีสัตว์เลี้ยงในบ้าน สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การจุดธูปทุกวันพระ การตากผ้าห่ม ผ้าปูที่นอนทุกอาทิตย์มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมกับระดับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด (n=144)

ปัจจัยข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ระดับการควบคุมอาการ		χ^2	p-value
		ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้		
มีสัตว์เลี้ยงในบ้าน				89.40	.000*
มี	60	6	54		
ไม่มี	84	75	9		
สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่				57.72	.000*
มี	63	13	50		
ไม่มี	81	68	13		
การจุดธูปในบ้านทุกวันพระ				40.99	.000*
มี	39	5	34		
ไม่มี	105	76	29		
การตากผ้าห่ม ผ้า ปูที่นอน ทุกอาทิตย์				20.29	.000*
มี	85	61	24		
ไม่มี	59	20	39		
การใช้ถ่านเป็นเชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร				.008	.925
มี	100	56	44		
ไม่มี	44	25	19		
มีของเล่นที่ประกอบด้วยนุ่นหรือสำลี				.286	.593
มี	16	10	6		
ไม่มี	128	71	57		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

ระดับการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยเด็กโรคหืด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างควบคุมอาการได้ ร้อยละ 56.25 ควบคุมอาการได้บางส่วน ร้อยละ 25.00 ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 18.75 สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา ตั้งชีววัฒนกุล[9] พบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่สามารถควบคุมอาการได้ดี ไม่มีอาการหอบหืดกำเริบระยะเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 41.7 สามารถควบคุมอาการได้ปานกลาง ไม่มีอาการหอบหืดกำเริบระยะเวลา 6-12 เดือน ร้อยละ 24.5 และควบคุมอาการไม่ได้ เมื่อเปรียบเทียบการควบคุมอาการโรคหืดของผู้ใหญ่พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหืดส่วนใหญ่สามารถควบคุมอาการได้ดีได้ดีกว่า[10-12] เนื่องจากปัจจุบันสถานบริการสาธารณสุขได้สร้างเสริมสมรรถนะผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้สามารถดูแลผู้ป่วยในทุกด้านอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคหืดส่วนใหญ่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ดี ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมอาการโรคหืดของผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่าประวัติบุคคลในครัวป่วยด้วยโรคหืดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการโรคหืดของผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา สีดาดี และชนนิกานต์ วิไลฤทธิ์[11] พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีประวัติโรคหอบหืดในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญ (adjusted OR 2.2 95%CI 1.2, 4.0) นอกจากนี้ยังพบว่า การมีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหืดหรือภูมิแพ้ ส่งผลให้

การควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยเด็กนั้นลดลงและมีความรุนแรงของอาการหอบมากขึ้น โดยพบว่าเด็กที่มีอาการหอบ มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคภูมิแพ้มากกว่าเด็กที่ไม่มีอาการหอบ 2.8 เท่า (95% CI=1.4–5.4)[13] และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเด็กที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหืดจะมีโอกาสเป็นโรคหืดเพิ่มขึ้น 3.10 เท่า (95% CI=1.80-5.36) เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรคหืด[14] ปัจจัยข้อมูลด้านการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมอาการโรคหืดของผู้ป่วยเด็กโรคหืดพบว่าการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดอย่างสม่ำเสมอ การใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดอย่างถูกต้อง ประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืดและประวัติพ่นยาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการโรคหืดของผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 การใช้ยาควบคุมโรคหืดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระดับการควบคุมโรคหืดที่ดี การศึกษาแบบ systematic review ของ Engelkes et al.[15] พบว่าผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหืดที่มีการใช้ยาควบคุมโรคหืดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะมีอาการโรคหืดกำเริบรุนแรงลดลงถึงร้อยละ 21-48 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ โดยปัจจัยที่พบว่าทำให้การใช้ยาควบคุมโรคหืดไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอมักมาจากความซับซ้อนของวิธีการใช้ยาพ่นสูดหลายชนิดพร้อมกัน ความถี่ของการใช้ยาพ่นสูดต่อวันมากเกินไป ราคาของยาที่แพง รสชาติของยาพ่นสูด รวมถึงความกังวลต่อผลข้างเคียงของยาพ่นสูดชนิดสเตียรอยด์ เป็นต้น ซึ่งแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยอาจต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้และปรับรูปแบบของยาพ่นสูดควบคุมโรคหืดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาควบคุมโรคหืดได้ ใช้ง่าย ไม่ซับซ้อนและผลข้างเคียงน้อย นอกจากนี้การพูดคุยกับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคหืด เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ยาควบคุมโรคหืด วิธีการที่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีโอกาสซักถามและเล่าถึงประสบการณ์การใช้ยาพ่นกับผู้ป่วยเด็กโรคหืด พร้อมแนะนำวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้องและการตั้งเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดร่วมกับผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ชัดเจน จะทำให้ผู้ป่วยไม่ลืมและตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดอย่างถูกต้องเป็นอีกปัจจัยที่จะทำให้การควบคุมอาการโรคหืดได้ดี เทคนิคการพ่นยาที่ถูกต้องทำให้เด็กโรคหืดได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสมและยาเข้าถึงตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ได้ดีช่วยลดการอักเสบและความไวของหลอดลมส่งผลให้ประสิทธิภาพของการควบคุมโรคนั้นดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[16] พบว่าเทคนิคการพ่นยาไม่ถูกต้องมีโอกาสควบคุมอาการโรคหืดลดลง 0.53 เท่า (95% CI=0.475-0.585) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีทักษะการใช้เครื่องพ่นและเทคนิคการพ่นที่ถูกต้องเพื่อให้ผลการรักษาประสิทธิภาพสูงสุด ประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืดและประวัติพ่นยาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการควบคุมอาการโรคหืดของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีประวัติพ่นยาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืดแสดงให้เห็นถึงปัญหาการดูแลตนเอง ทั้งด้านการใช้ยาหรือการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ดังนั้นมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับมาพ่นยาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือนอนด้วยโรคหืดซ้ำและมีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มาพ่นยาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือนอนด้วยโรคหืด การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพแวดล้อมที่จะส่งผลต่ออาการกำเริบของโรคหืดและความถูกต้องของการใช้ยาพ่นเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องให้ความสำคัญกับผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อลดการเข้าพ่นยาและนอนโรงพยาบาล ปัจจัยข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมอาการโรคหืดของผู้ป่วยเด็กโรคหืดพบว่าในครอบครัวมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การจุดธูปทุกวันพระ การตากผ้าห่ม ผ้าปูที่นอนทุกอาทิตย์มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการโรคหืดของผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 สัตว์เลี้ยงโดยเฉพาะสัตว์ที่มีขน เช่น แมว สุนัข กระต่ายเป็นต้น ซึ่งสัตว์เลี้ยงเหล่านี้จะมีความคุ้นเคยกับมนุษย์โดยเฉพาะเด็กเล็กที่ชอบเล่นกับสัตว์เลี้ยงทำให้ได้รับ

สัมผัสกับขนของสัตว์เลี้ยง มีโอกาสที่อาการจะรุนแรงขึ้น ในกรณีที่สารก่อภูมิแพ้ที่อยู่ในขนสัตว์เลี้ยงหลุดเข้าไปในหลอดลม สารก่อภูมิแพ้จะไปกระตุ้นแอนติบอดี้บางชนิดบนผิวของเซลล์เม็ดเลือดขาวบางสายพันธุ์ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ไอและหายใจเสียงดัง วี้ดๆ ซึ่งเป็นอาการกำเริบของโรคหืดเฉียบพลัน และเป็นอีกหนึ่งสาเหตุของโรคหอบหืดเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเลี้ยงสัตว์ที่มีขนปุยมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังพบว่าเด็กที่เล่นกับสัตว์เลี้ยงที่มีขนปุยจะมีโอกาสเกิดอาการหอบเพิ่มขึ้น 1.76 เท่า (95% CI= 1.071-2.904)[14] การได้รับควันบุหรี่และควันธูปเป็นอีกปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบ การสัมผัสควันบุหรี่ภายในบ้านเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการของโรคหืดมีอาการหอบและไอ ตอนกลางคืนของเด็กปฐมวัย เนื่องจากบุหรี่มีสารพิษมากกว่า 4,000 ชนิด [17-18] มีผลทำให้เกิดหลอดลมอักเสบเรื้อรังชนิดไม่ใช่เซลล์ eosinophil ทำให้ดื้อต่อการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์หากผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่จะทำให้โรคหืดเกิดการกำเริบเฉียบพลันได้ เด็กที่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ในบ้านมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหืดได้มากกว่าเด็กปกติถึง 2 เท่า เด็กที่เป็นโรคหอบหืดมีโอกาสเกิดการกำเริบของโอกาสหอบได้สูงขึ้นและจำเป็นต้องใช้ยารักษาโรคมากขึ้น[19] ดังนั้นการทำให้บ้านไร้ควันบุหรี่เป็นเรื่องที่ผู้ปกครองเด็กโรคหืดต้องให้ความสำคัญเพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบ ส่วนการสัมผัสควันธูปเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ไม่ได้ทำให้เกิดอาการแพ้แต่กระตุ้นให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจเป็นสาเหตุให้เกิดหลอดลมอักเสบและเกิดอาการหืดกำเริบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา สีดาดี และชนินกานต์ วิไลฤทธิ์[11] พบว่าการสัมผัสควันธูปเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR 2.0 95% CI 1.1, 3.6) การตากผ้าห่ม ผ้าปูที่นอนทุกอาทิตย์ เป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับระดับการควบคุมอาการโรคหืดของผู้ป่วยเด็กโรคหืด เนื่องจากผ้าห่ม ผ้าปูที่นอนจะเป็นที่อยู่อาศัยของไรฝุ่น ไรฝุ่นเป็นสัตว์ประเภทเดียวกับเห็บและแมงมุม มูลของไรฝุ่นเป็นสารก่อภูมิแพ้ ซึ่งมีผลทำให้เป็นโรคภูมิแพ้และโรคหอบหืด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีไรฝุ่นในบ้านทำเด็กมีโอกาสเกิดโรคหืดเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า (95% CI=1.1–1.9)[20]

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มตัวอย่างยังมีรับการควบคุมอาการได้บางส่วนและควบคุมอาการไม่ได้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการให้สุขศึกษาที่เหมาะสมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งการสื่อสารกับเพื่อรับทราบปัญหาและอุปสรรคเพื่อหาทางแก้ปัญหาร่วมกัน

2. ผู้ป่วยรายใหม่ที่มีประวัติบุคคลในครัวป่วยด้วยโรคหืดจะต้องได้รับโปรแกรมการให้สุขศึกษารวมทั้งการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่นเพื่อให้สามารถควบคุมระดับอาการโรคหืดไม่ให้กำเริบ

3. ควรมีการประเมินความถูกต้องของการใช้เครื่องพ่นยาทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถใช้เครื่องพ่นยาได้อย่างถูกต้อง

4. ควรมีการประเมินสภาพแวดล้อมบ้านผู้ป่วยทุกราย เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหืดกำเริบ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อควบคุมการกำเริบของโรคหืดในเด็ก

2. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020; 396(10258):1204-1222.
2. World Health Rankings. Thailand: Asthma [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 3]; Available from: https://www.worldlifeexpectancy.com/thailand-asthma.
3. ศูนย์กลางข้อมูลเปิดภาครัฐ. ชุดข้อมูลอัตราป่วยตาย (Fatality rate) ด้วยโรคหืดทุกกลุ่มอายุ สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ ปี 2560-2563 [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 31 มีนาคม 2566]. เข้าถึงจาก https://data.go.th/dataset/dataset-pp_37_07
4. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุราชธาตุพนม. ผลการดำเนินงานการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2565. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]. (เอกสารอัดสำเนา). 2565.
5. กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560; 28(1): 149-160.
6. วงษ์เดือน จุแดง และศศิธร จตุโภคา. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 0-5 ปีในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2563; 39(3): 488-499.
7. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคหืดสำหรับผู้ใหญ่ในประเทศไทย 2565. กรุงเทพฯ, สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. 2565.
8. นันทวัน ขวัญสุข, และอาภาวรรณ หนูคง. ผลของโปรแกรมการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านต่อพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลเด็กโรคหืด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2554; 29(3): 94-102.
9. ชลธิชา ตั้งชีววัฒนกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561; 32(4): 1269-1282
10. สายสุนี อภิบาลวนา ดวงรัตน์ วัฒนากิจไกรเลิศ คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล และวันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2561; 36(4): 39-51.
11. สุจิตรา สีดาดี และชนนิกานต์ วิไลฤทธิ์ ปัจจัยทีมีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหืดในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557;23(1):30-36.
12. เบญจารัตน์ ทรรทรานนท์ ทวีลาภ ตั้นสวัสดิ์ และวราวุฒิ เกรียงบูรพา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด. รายงานการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564.
13. Demir AU, Celikel S, Karakaya G, Kalyoncu AF.Asthma and Allergic Diseases in School Children from 1992 to 2007 with Incidence Data. Journal of Asthma 2010; 47(10): 1128-1135.
14. Mathew A, Prince TG, Remees R, Saravanapandian N, Ramalingam S, Srikanth K, Mathai J.
Prevalence and Risk Factors of Asthma in School Going Children in South India. Nepal Journal of Epidemiology 2012; 2(1): 171-178.
15. Engelkes M, Janssens HM, de Jongste JC, Sturkenboom MC, Verhamme KM. Medication adherence and the risk of severe asthma exacerbations: a systematic review. European Respiratory Journal 2015; 45(2): 396-407.
16. Hoskins G, Williams B, Jackson C, Norman P, Donnan P. Patient, practice and organisational influences on asthma control: Observational data from a national study on primary care in the United Kingdom. International Journal of Nursing Studies 2012; 49: 596-609.
17.ฉันชาย สิทธิพันธุ์. พิษภัยของการบริโภคยาสูบ. ในสุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา.(บรรณาธิการ). คู่มือการรักษาโรค ติดบุหรี่ เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า11-23). กรุงเทพมหานคร: สินทวีกิจ พริ้นติ้ง. 2553.
18. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. สารพิษในควันบุหรี่และผลกระทบโดยรวมต่อสุขภาพ.ในสุทัศน์ รุ่งเรือง หิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์. (บรรณาธิการ). พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่ (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 111-125). กรุงเทพมหานคร: สินทวีกิจ พริ้นติ้ง. 2552.
19. อรพรรณ โพชนุกูล และสมบูรณ์ จันทร์สกุลพร. (บรรณาธิการ). โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจในเด็ก. พระนครศรีอยุธยา:เทียนวัฒนาพริ้นติ้ง. 2558.
20. Karunasekera KAW, PereraThamara KPJ, Perera T, Abeynarayana J. Genetic and environmental risk for asthma in children aged 5-11 years. Sri Lanka Journal of Child Health 2005; 34(3): 79-83

การทดสอบปนเปื้อนของสารสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

Identification of Steroid in Herbal Medicinal Products in U-thong District, Suphanburi Province

(Received: November 11,2023 ; Revised: November 25,2023 ; Accepted: November 28,2023)

วีรศักดิ์ จรภักดี[1], สยมภู สงวนสิทธิอนันต์[1]
Weerasak Jornpakdee [1], Sayompoo Sanguansittianat [1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบลักษณะทางกายภาพ ข้อมูลผลิตภัณฑ์และการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรในรูปผง แคปซูล เม็ดยา และลูกกลอนที่จำหน่ายในชุมชนอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ช่วงเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม พ.ศ.2566 การศึกษานี้ตรวจหาการปนเปื้อนของสารสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร 4 ชนิด ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร กระชาย ขมิ้นชัน และบอระเพ็ดที่มีจำหน่ายในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งที่มีและไม่มีเลขขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยา โดยใช้การตรวจหาสารสเตียรอยด์ด้วยวิธี Immunochromatography strip test ร่วมกับวิธี Thin-Layer Chromatography (TLC) กับตัวอย่างที่เก็บได้ 40 ตัวอย่าง ผลการศึกษาพบยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจรชนิดลูกกลอนมีการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ชนิด Dexamethasone และ Prednisolone จำนวน 1 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.50)

คำสำคัญ: ฟ้าทะลายโจร กระชาย ขมิ้นชัน บอระเพ็ด ยาสมุนไพร สเตียรอยด์

ABSTRACT

This study is survey research aimed at investigating physical characteristics, product information and steroid contamination in herbal pharmaceutical products in the form of powder, capsule, tablet, and bolus sold in U-thong district community, Suphanburi province during August to October 2023. This study examined steroid contamination in 4 herbal medicinal products, namely *Andrographis paniculate, Boesenbergia rotunda, Curcuma longa, Tinospora crispa*, which were sold in U-thong district, Suphanburi province, with and without a registration number with the Thai FDA. Steroid Immunochromatography strip test and Thin-Layer Chromatography (TLC) were used on 40 samples. The results found one *Andrographis paniculate* bolus contaminated with Dexamethasone and Prednisolone (2.50%).

Keywords: *Andrographis paniculate, Boesenbergia rotunda, Curcuma longa, Tinospora crispa*, Herbal medicine, Steroids.

บทนำ

จากแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560 – 2564[1] และฉบับที่ 2 พ.ศ.2566 - 2570[2] ที่สนับสนุนให้มีการพัฒนาสมุนไพรที่ได้มาตรฐานส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาสมุนไพรไทยให้เป็นที่ยอมรับทำให้ปัจจุบันเกิดการใช้สมุนไพรในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องประกอบกับการขยายตัวของตลาดผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร เช่น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องสำอาง ทำให้มีการนำพืชสมุนไพรมาใช้ประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ เพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากความต้องการสมุนไพรที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับมาตรฐานและคุณภาพของสมุนไพร เช่น การปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์[3] โลหะหนัก[4] และสารสเตียรอยด์[5] การปนเปื้อนของสารสเตียรอยด์มักพบในผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณ ยาลูกกลอน และยาชุด

[1] อาจารย์ ประจำคณะแพทยศาสตร์ สาขาเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดกาญจนบุรี

เนื่องจากผู้จำหน่ายต้องการให้ผู้ใช้เห็นผลการรักษาที่เร็วขึ้น โดยทั่วไปสมุนไพรบางชนิดจะมีสารสเตียรอยด์ที่พืชสร้างขึ้นมาเอง เช่น Beta-sitosterol, Stigmasterol และ Campesterol[6] แต่สารเหล่านั้นมีฤทธิ์ต่างจากตัวยาสเตียรอยด์ที่ใช้รักษาโรคซึ่งได้มาจากสัตว์หรือจากการสังเคราะห์ โดยตัวยาที่มีรายงานการปนเปื้อนที่พบได้บ่อยมี 2 ชนิด คือ Dexamethasone และ Prednisolone[7] ซึ่งเป็นยาควบคุมพิเศษตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และมีประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ฉบับที่ 5 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 กำหนดให้ยาทั้ง 2 ชนิดเป็นยาที่ต้องรายงานต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา[8] เนื่องจากตัวยา Dexamethasone และ Prednisolone สามารถก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่อันตราย[9] มีการศึกษาโดยศูนย์วิทยาศาสตร์ที่ 4 สมุทรสงคราม[5] พบปริมาณสเตียรอยด์ปนเปื้อนในยาสมุนไพรเทียบเท่าตัวยา Dexamethasone ระหว่าง 0.010 -1.119 มิลลิกรัมต่อกรัม เมื่อเทียบเป็นมิลลิกรัมต่อหน่วยบริโภคพบว่าผู้บริโภคยาสมุนไพรแบบผงมีโอกาสที่จะได้รับสเตียรอยด์ในปริมาณที่สูงกว่ายาในรูปแบบลูกกลอนและแบบแคปซูล ถึงแม้ปริมาณการปนเปื้อนต่อหน่วยบริโภคจะไม่สูงมากแต่ผู้บริโภคส่วนใหญ่มักบริโภคยาสมุนไพรเป็นจำนวนมากและต่อเนื่องจึงมีความเสี่ยงที่จะได้รับสารสเตียรอยด์เกินขนาดจนอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ การปนเปื้อนสารสเตียรอยด์มักพบในผลิตภัณฑ์ที่ไม่สามารถระบุแหล่งผลิต ไม่มีเลขผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยาหรือมักใช้เลขทะเบียนตำรับยาปลอม อันตรายของการใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์ในปริมาณมากและได้รับต่อเนื่องเป็นเวลานานจากการบริโภคยาสมุนไพรปนเปื้อนสามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงได้หลายประการ ได้แก่ การติดเชื้อ ภาวะกระดูกพรุน[10] ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ[11] และอัมพฤกษ์อัมพาต[12] เพื่อเฝ้าระวังติดตามการปลอมปนของสเตียรอยด์ในยาสมุนไพรที่จำหน่ายในชุมชนจึงต้องมีการตรวจวิเคราะห์หาการปนเปื้อนให้ทราบข้อมูลเป็นเบื้องต้นและสื่อสารไปยังผู้บริโภครวมถึงหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องให้ทราบถึงสถานการณ์ และร่วมกันแก้ปัญหาการลักลอบผสมยาแผนปัจจุบันในผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้อย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อตรวจสอบลักษณะทางกายภาพข้อมูลผลิตภัณฑ์และการปนเปื้อนของสารสเตียรอยด์ของผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร กระชาย ขมิ้นชัน และบอระเพ็ดที่จัดจำหน่ายในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการศึกษา

1. การรวบรวมตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร กระชาย ขมิ้นชัน และบอระเพ็ด ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ ผง แคปซูล เม็ดยา และลูกกลอน ที่มีจำหน่ายในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 รวมทั้งสิ้น 40 ตัวอย่าง

2. การประเมินลักษณะทางกายภาพของยาสมุนไพร ตรวจสอบลักษณะทางกายภาพ ลักษณะของตัวยา สี การปนเปื้อนของสิ่งแปลกปลอมที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เช่น รา เศษหิน โดยรูปแบบแคปซูลจะทำการแกะเม็ดแคปซูลเพื่อตรวจสอบลักษณะผงภายใน ส่วนยาลูกกลอนและยาเม็ดจะผ่าดูองค์ประกอบภายใน นอกจากนี้จะตรวจสอบหมายเลขรับรองจากองค์การอาหารและยา (อย.) รอบการผลิต (Lot number) วันผลิต วันหมดอายุ ส่วนประกอบที่กำกับมาในผลิตภัณฑ์ และตรวจสอบหมายเลข อย. กับเว็บไซต์สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา https://oryor.com

3. การตรวจหาสารสเตียรอยด์ปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร การตรวจหาสารสเตียรอยด์ที่ปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรจะใช้ชุดทดสอบ DMSc Steroid ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งใช้หลักการ competitive

immunoassay[13] เป็นการตรวจเชิงคุณภาพ สามารถตรวจวัดสเตียรอยด์กลุ่ม Dexamethasone และ Prednisolone การตรวจเป็นการให้ผลเชิงคุณภาพ ชุดทดสอบนี้สามารถตรวจวัด Dexamethasone ได้ในปริมาณต่ำสุดที่ 1 ไมโครกรัม/มิลลิลิตร และสำหรับ Prednisolone เท่ากับ 50 ไมโครกรัม/มิลลิลิตร โดยนำตัวอย่างสมุนไพรผสมตัวทำละลายในหลอดทดลองตั้งทิ้งไว้ประมาณ 3 นาทีเพื่อให้เกิดการแยกชั้น ดูดสารละลายส่วนใสหยดในชุดทดสอบ ผลบวกจะขึ้นแถบที่ control line เพียงขีดเดียว ในขณะที่ผลลบ จะพบแถบขึ้น 2 แถบที่ test line และ control line กรณีไม่พบขีดหรือขึ้นแถบเพียง test line จะไม่สามารถอ่านผลการทดสอบได้ต้องทำการทดสอบซ้ำ นอกจากนี้จะทำการตรวจสเตียรอยด์ในตัวอย่างสมุนไพรด้วยชุดทดสอบ Thin-Layer Chromatography (TLC) ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสามารถตรวจพบ Dexamethasone และ Prednisolone ที่ตรวจพบปริมาณต่ำสุดได้ 2 ไมโครกรัม โดยผสมยาสมุนไพรกับตัวทำละลายตั้งทิ้งไว้ประมาณ 3 นาทีเพื่อให้เกิดการแยกชั้น แล้วนำตัวอย่างไปหยดบนแผ่น TLC คู่กับสารมาตรฐาน Dexamethasone และ Prednisolone เพื่อใช้เป็นตัวควบคุมการพบสเตียรอยด์ จากนั้นนำแผ่น TLC ใส่ในขวดที่บรรจุสารละลายที่เป็น mobile phase เมื่อตัวอย่างเคลื่อนที่ถึงระดับที่กำหนดนำแผ่น TLC ออกจากขวดวางทิ้งให้แห้ง จากนั้นนำแผ่นกระดาษที่ชุบน้ำยาที่ทำปฏิกิริยาเฉพาะกับ Dexamethasone และ Prednisolone วางบนแผ่น TLC หากพบสารสเตียรอยด์ดังกล่าวจะปรากฏจุดสีม่วงบนแผ่น TLC จากนั้นเปรียบเทียบค่า Rf (Rate of flow) กับสารสเตียรอยด์มาตรฐาน โดยคำนวณดังนี้ [14,15]

$$Rf = \frac{\text{ระยะทางที่สารตัวอย่างเคลื่อนที่}}{\text{ระยะทางที่ตัวทำละลายเคลื่อนที่}}$$

ในการทดสอบจะใช้น้ำยาตัวทำละลายยาสมุนไพรของชุดตรวจแต่ละชุดเป็นกลุ่มควบคุมผลลบ และใช้สารมาตรฐาน Dexamethasone และ Prednisolone ที่มากับชุดตรวจ steroid TLC เป็นตัวควบคุมผลบวก

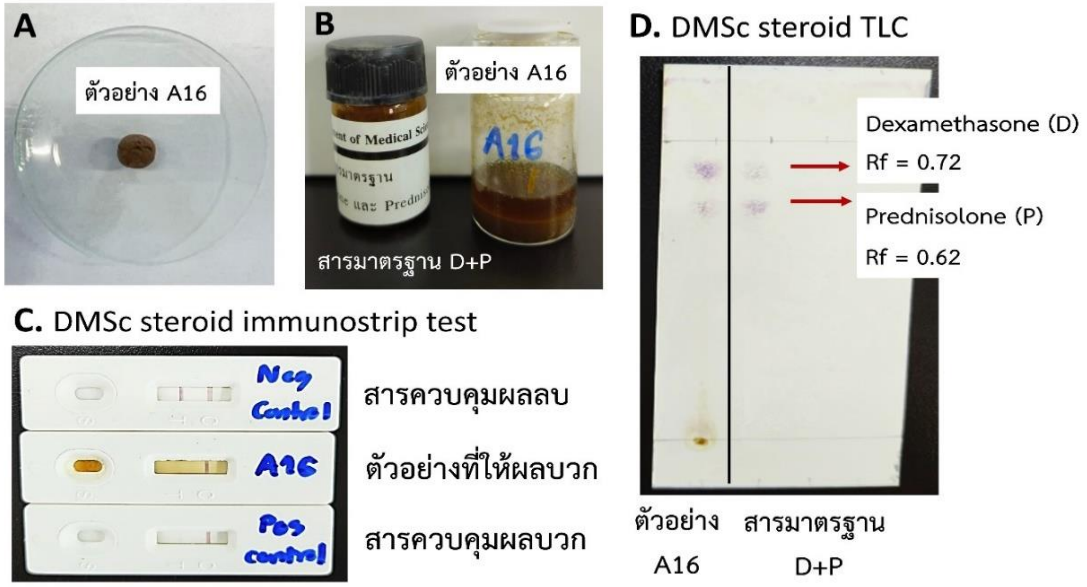
ผลการศึกษา

ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร กระชาย ขมิ้นชัน และ บอระเพ็ด ที่เก็บได้รวม 40 ตัวอย่างมาจากร้านขายยาแผนโบราณ 19 ตัวอย่าง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 13 ตัวอย่าง ร้านแผงลอยในตลาดนัด 6 ตัวอย่าง และร้านขายของชำ 2 ตัวอย่าง ในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี มีลักษณะของผลิตภัณฑ์ในรูปแบบแคปซูล 28 ตัวอย่าง ผง 6 ตัวอย่าง เม็ดยา 3 ตัวอย่าง และลูกกลอน 3 ตัวอย่าง (ตารางที่ 1) โดยพบยาสมุนไพร 26 ตัวอย่าง (ร้อยละ 65) มีหมายเลขรับรองจากองค์การอาหารและยา วันผลิต วันหมดอายุ ส่วนประกอบ และรอบการผลิต ส่วน 14 ตัวอย่าง (ร้อยละ 35) ไม่มีหมายเลขรับรองจากองค์การอาหารและยา ไม่แสดงวันผลิต วันหมดอายุ ส่วนประกอบ และรอบการผลิตโดยทุกตัวอย่างไม่พบสิ่งแปลกปลอมที่มองเห็นด้วยตาเปล่า มีสีปกติสอดคล้องกับสีของสมุนไพรแต่ละชนิด

การตรวจหาสารสเตียรอยด์ปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรทั้ง 40 ตัวอย่างให้ผลบวกตรงกันด้วยชุดทดสอบ DMSc Steroid และ TLC จำนวน 1 ตัวอย่าง (ตัวอย่าง A16) คิดเป็นร้อยละ 2.50 (รูปที่ 1) ตัวอย่างที่ให้ผลบวกเป็นผลิตภัณฑ์ในรูปแบบลูกกลอนสมุนไพรฟ้าทะลายโจรบรรจุในถุงซิปใสบรรจุภัณฑ์ไม่แสดงหมายเลขรับรองจากองค์การอาหารและยา วันผลิต วันหมดอายุ ส่วนประกอบ และรอบการผลิต ผลการทดสอบตัวอย่างที่ให้ผลบวกด้วยชุดทดสอบ TLC ปรากฏจุดสีม่วงของ Dexamethasone และ Prednisolone โดยจุดดังกล่าวมีค่า Rf เท่ากับจุดสีม่วงที่พบในสารมาตรฐาน คือ 0.72 (Dexamethasone) และ 0.62 (Prednisolone)

ตารางที่ 1 ลักษณะผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรที่นำมาทดสอบและผลการทดสอบหาสเตียรอยด์

เลขจดทะเบียน อย.	ชนิดสมุนไพร	ลักษณะผลิตภัณฑ์ (จำนวนตัวอย่าง)				ผลทดสอบสเตียรอยด์			
		แคปซูล	ผง	เม็ดยา	ลูกกลอน*	Immuno strip		TLC	
						พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ
ตรวจสอบพบหมายเลข อย.	ฟ้าทะลายโจร (A)	8	2	1	-	0	11	0	11
	กระชาย (B)	4	-	-	-	0	4	0	4
	ขมิ้นชัน (C)	7	1	1	-	0	9	0	9
	บอระเพ็ด (T)	2	-	-	-	0	2	0	2
ไม่มีหมายเลข อย.	ฟ้าทะลายโจร (A)	4	-	-	2	1*	5	1*	5
	กระชาย (B)	1	-	-	-	0	1	0	1
	ขมิ้นชัน (C)	2	3	-	1	0	6	0	6
	บอระเพ็ด (T)	-	-	1	-	0	1	0	1
	รวม	**28**	**6**	**3**	**3**	**1**	**39**	**1**	**39**



รูปที่ 1 ผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรที่พบการปนเปื้อนของสารสเตียรอยด์ ตัวอย่างที่ให้ผลบวกมีลักษณะเป็นลูกกลอน (A, B) ให้ผลบวกกับชุดทดสอบ DMSc steroid immunostrip test (C) และ TLC (D) โดยเทียบกับสารควบคุมมาตรฐาน Dexamethasone และ Prednisolone (B)

สรุปและอภิปรายผล

จากการสำรวจผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรจำนวน 40 ตัวอย่างในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ส่วนใหญ่เป็นฟ้าทะลายโจร (ร้อยละ 42.5) เนื่องจากมีความนิยมใช้จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และจากผลการศึกษาพบการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ในฟ้าทะลายโจร 1 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.50) ซึ่งมีลักษณะเป็นลูกกลอน ไม่มีหมายเลขรับรองจากองค์การอาหารและยา วันผลิต วันหมดอายุ ส่วนประกอบ และรอบการผลิตบนบรรจุ

ภัณฑ์ โดยซื้อมาจากร้านแผงลอยในตลาดนัด ซึ่งพบว่าเป็นแหล่งที่มีโอกาสพบการปลอมปนของสารสเตียรอยด์ได้สูงสอดคล้องกับการศึกษาในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา[16] ที่ตรวจพบยาสมุนไพรปนเปื้อนสเตียรอยด์จากตัวอย่างที่เก็บได้จากร้านแผงลอยในตลาดสูงถึงร้อยละ 17.65 โดยไม่พบในแหล่งจำหน่ายอื่นๆ ซึ่งใกล้เคียงกับการสำรวจในครั้งนี้ที่พบเฉพาะตัวอย่างจากร้านแผงลอยในตลาดในร้อยละ 16.67 เมื่อพิจารณาชนิดของยาสเตียรอยด์ที่ตรวจเจอพบว่าเป็น Dexamethasone และ Prednisolone สอดคล้องกับการศึกษาการปลอมปนยาแผนปัจจุบันในยาสมุนไพรที่รวบรวมโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในปี พ.ศ. 2551-2552[17] พบการปลอมปนยา Dexamethasone และ/หรือ Prednisolone คิดเป็นร้อยละ 15.28 ซึ่งเป็นยาที่ใช้ปลอมปนกับยาสมุนไพรได้บ่อยที่สุด เนื่องจากมีสรรพคุณช่วยลดการอักเสบ การปวด เพิ่มการเผาผลาญของร่างกาย ทำให้รู้สึกสบายเกิดผลการรักษาที่รวดเร็วจึงเป็นการดึงดูดผู้บริโภคให้ใช้ยาสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง เพราะยาสมุนไพรส่วนใหญ่อาจให้ผลการรักษาที่ไม่เห็นผลเร็วเท่ายาแผนปัจจุบันผู้บริโภคจึงอาจเลิกใช้ไปได้ง่าย นอกจากยากลุ่มสเตียรอยด์มีรายงานพบการปลอมปนยาแผนปัจจุบันอื่นๆหลายประเภท เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs), ยาแก้ปวด Diclofenac, ยารักษาโรคอ้วน Sibutramine, ยารักษาอาการหย่อนสมรรถทางเพศของเพศชาย Sildenafil, ยาแก้แพ้ antihistamine รวมถึงยาออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท Diazepam[7,17] ซึ่งยาเหล่านี้ล้วนมีอันตรายต่อผู้บริโภคหากใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พ.ศ. 2564[3] พบความไม่ปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพรที่ไม่ได้มาตรฐานจากการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพได้ถึงร้อยละ 46.7 โดยพบเป็นแบคทีเรียชนิด *Clostridium perfringens* และ bile-tolerant gram-negative bacteria ซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ายาสมุนไพรที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยามีความเสี่ยงที่จะพบการปลอมปนของยาแผนปัจจุบันกลุ่มสเตียรอยด์ได้มากโดยเฉพาะหากซื้อจากร้านที่ไม่มีที่ตั้ง เช่น ร้านแผงลอย ดังนั้นผู้บริโภคจึงควรเลือกบริโภคยาสมุนไพรที่มีเลขทะเบียนยาที่ถูกต้องมีแหล่งผลิตที่แน่นอน มีความน่าเชื่อถือ นอกจากนี้หน่วยงานทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรให้ข้อมูลอย่างกว้างขวางกับผู้บริโภคถึงอันตรายของยาสมุนไพรที่ปลอมปนยาแผนปัจจุบันรวมถึงมีมาตรการตรวจสอบการผลิตยาสมุนไพรให้ได้มาตรฐานและปลอดภัยต่อผู้บริโภค

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560 – 2564. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.dtam.moph.go.th/images/download/dl0021/MasterPlan-Thaiherb.pdf
2. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ.2566 – 2570. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.dtam.moph.go.th/index.php/th/download/9995-dl0146.html
3. สิรดา ปงเมืองมูล, ชุติมา จิตตประสาทศีล, ปยะดา หวังรุ่งทรัพย์, และ ลัดดา พูลสวัสดิ์. สถานการณการปนเปอนเชื้อจุลินทรียในยาสมุนไพรและยาแผนโบราณของประเทศไทย ปี พ.ศ.2564. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2566;65(2):45-67.
4. พัชราภรณ์ ภู่ไพบูลย์, ศิริวัลย์ สร้อยกล่อม และ พินิจ ไพรสนธิ์. การปนเปื้อนโลหะหนักในยาสมุนไพรไทย. ใน: การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 48; 3-5 ก.พ. 2553; กรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2553. หน้า 355-63.

5. นันทนา กลิ่นสุนทร, ตวงพร เข็มทอง และ ชมพูนุท นุตสถาปนา. การศึกษาปริมาณสารสเตียรอยด์ที่ปลอมปนในยาจากสมุนไพร เขตพื้นที่สาธารณสุข 4, 5. วารสารอาหารและยา 2555;19(2):31-37.
6. Creative Proteomics. Plant sterols: structures, biosynthesis, and functions. [internet]. 2022 [cited 2022 Nov 6]. Available from: https://www.creative-proteomics.com/resource/plant-sterols-structures-biosynthesis-and-functions.htm
7. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. รายงานประจำปี 2558: ผลงานบริการด้านห้องปฏิบัติการ ด้านยา ยา ยาเสพติด และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก: https://cloud.dmsc.moph.go.th/itc/annual_report/pdf/2558/58-dmsc.pdf
8. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. การขายยา Dexamethasone และยา Prednisolone ชนิดรับประทาน [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dmsic.moph.go.th/index/detail/2963
9. ยรรยงค์ อิ่มสุวรรณ. มารู้จักกับยาสเตียรอยด์ (Steroid) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.med-afdc.net/wp-content/uploads/2016/11/มารู้จักกับยา-Steroid.pdf
10. Compston JE. Review article: osteoporosis, corticosteroids and inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol Ther 1995;9(3):237-50.
11. Johannesdottir SA, Horvath-Puho E, Dekkers OM, Cannegieter SC, Jorgensen JO, Ehrenstein V, et al. Use of glucocorticoids and risk of venous thromboembolism: A nationwide population-based case-control study. JAMA Intern Med 2013;173:743–52.
12. Souverein PC, Berard A, Van Staa TP, Cooper C, Egberts AC, Leufkens HG, et al. Use of oral glucocorticoids and risk of cardiovascular and cerebrovascular disease in a population based case-control study. Heart 2004;90:859–65.
13. วลัยลักษณ์ เมธาภัทร และ มาศวลัย ลิขิตธนเศรษฐ์. ชุดทดสอบอิมมูโนโครมาโทกราฟีสำหรับเดกซ์ซาเมธาโซนและเพร็ดนิโซโลนในผลิตภัณฑ์สมุนไพร.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2553;19(1):59-70.
14. สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.ชุดทดสอบสเตียรอยด์ (หลักการ TLC). [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://website.bdn.go.th/th/service/detail/nGI4ZDWewEb3QWewEb3Q/nGy4ANWewEb3QWewEb3Q.
15. อรุณรัตน์ สัณฐิติกวินสกุล มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. การทดลองการวิเคราะห์หาองค์ประกอบและพิสูจน์เอกลักษณ์ของสารผสมโดยวิธีทางโครมาโทกราฟีแบบแผ่นเคลือบ(TLC). [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 23 พ.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก: https://pws.npru.ac.th/arunrat/data/files/การทดลอง%20TLC.pdf.
16. ดวงทิพย์ อรัญดร, สรียา แซ่ลิ่ม, สิรินทิพย์ วิชญวรนันท์, อภิณัฐ คล้ายสถิต และ สุกัญญา เดชอดิศัย. การศึกษาการปนปลอมของสารสเตียรอยด์ เพรดนิโซโลน และเด็กซ่าเมทธาโซนในยาแผนโบราณในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2553;1:20-30.
17. ชมพูนุท นุตสถาปนา. การปลอมปนยาแผนปัจจุบันในยาจากสมุนไพรทั่วประเทศ พ.ศ. 2551-2552. วารสารอาหารและยา. 2555;19(3),71-6.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with sepsis : 2 cases study

(Received: October 30,2023 ; Revised: November 8,2023 ; Accepted: November 15,2023)

นันทิมา ไชยโภชน์[1]
Nanthima Chaiyaphot[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาผู้ป่วยจำนวน 2 ราย โดยกรณีที่1 เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี อาการสำคัญ ปัสสาวะไม่ออกเป็นมา 1 วัน ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้สูงหนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด ปวดขาทั้ง 2 ข้าง ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง 1วันก่อนมารพ.ปัสสาวะไม่ออก ปวดขาทั้ง2ข้าง ปฏิเสธโรคประจำตัว กรณีที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี ให้ประวัติว่า 2 เดือนก่อนมารพ.ผู้ป่วยมีแผลที่ข้อศอกซ้ายและท้องข้างขวารักษาที่คลินิกอาการไม่ดีขึ้น 2 วันก่อนมารพ.มีไข้สูง หายใจเหนื่อยหอบญาติจึงพามารพ. ผู้ป่วยรายที่ 1 รับการรักษานานกว่า เกิดจากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากกว่ามีอวัยวะล้มเหลวรุนแรง รักษาโดยให้ยาฆ่าเชื้อเป็นระยะเวลา 14 วัน ในขณะที่รายที่ 2 พบเชื้อ Numerous Pseudomonas aeruginosa มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis), ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock)

Abstract

This study was comparative study of 2 case studies from the crisis period. Continuous care period and the discharge planning period, collecting data using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health plans. To find patient problems Formulate nursing diagnosis to plan nursing action. Summarize and evaluate nursing results.

Results: case study of 2 patients. Case 1 is a Thai male patient, aged 49 years. The main symptom is the inability to urinate for 1 day. History of current illness 3 days before coming to the hospital, the patient had a high fever and chills. Burning when urinating, pain in both legs, defecating 3 times, 1 day before coming to the hospital, unable to urinate. Pain in both legs Denies any congenital disease. Case 2 is a Thai male patient, age 69 years, giving a history that 2 months before coming to the hospital, the patient had wounds on his left elbow and right stomach. He was treated at the clinic and his symptoms did not improve. 2 days before coming to the hospital, he had a high fever. He was struggling to breathe, so his relatives took him to the hospital. Patient 1 received treatment longer. It is caused by patients with more severe symptoms than severe organ failure. Treated with antibiotics for 14 days, while the second case was found to have Numerous Pseudomonas aeruginosa and had an infection in the respiratory system.

Keywords: Sepsis, septic shock

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (severe sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับ ต้น ๆ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเมื่อได้รับการวินิจฉัยล่าช้าตลอดจนการได้รับยาปฏิชีวนะที่ล่าช้าและไม่เพียงพอจะส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนมักทำให้อวัยวะล้มเหลวหลาย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล

ระบบและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นความรวดเร็วในการวินิจฉัยการแก้ไขสาเหตุของการติดเชื้อ ติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วทันทีภายใน 6 ชั่วโมงแรก จะช่วยลดความรุนแรงจากการล้มเหลว ของอวัยวะได้ จากผลการศึกษาพบว่าช่วยลดความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวลดอัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราตายได้นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการดูแลใน 6 ชั่วโมงแรกส่งผลให้มีการส่งเพาะเชื้อก่อนการให้ยาปฏิชีวนะและการให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอบทบาทของพยาบาลที่สำคัญในรักษาตามแนวปฏิบัติ The Sepsis Six Care bundles (SSC care bundles) คือการจัดการจำแนกเพื่อให้การดูแลในภาวะฉุกเฉินและการกู้ภาวะล้มเหลวของอวัยวะ (Resuscitation and Management bundles) ทำความเข้าใจกับวิธีการดักจับกระบวนการปฏิบัติ และการขอคำแนะนำสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ปลอดภัยโดยมีทีมให้คำปรึกษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความรุนแรงของการล้มเหลวของอวัยวะช่วยลดอัตราการตายจากการติดเชื้อได้[1-3]

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(sepsis) เป็นภาวะวิกฤติ ฉุกเฉินที่มีอัตราตายสูง จากฐานข้อมูล HDC จังหวัดขอนแก่นปีงบประมาณ2565 ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชน (community acquire sepsis,CI) พบว่ามีอัตราตายร้อยละ 31.71 แต่ถ้าเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดในโรงพยาบาล(Hospital acquire sepsis,NI)อัตราการตายจะสูงถึงร้อยละ 41.31 อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าทางการรักษาโรคติดเชื้อคือมียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้นมีความก้าวหน้า ในเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติได้ดีขึ้น แต่อัตราตายยังคงสูง[4-6]

โรงพยาบาลพลเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง ภาวะSepsis,และSeptic shock เป็นปัญหาที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยในจากสถิติปีพ.ศ.2564-2566 พบผู้ป่วยSepsisจำนวน 46,68,59รายตามลำดับ อัตราตาย CI sepsis เท่ากับ ร้อยละ4.35,7.35และ1.69ตามลำดับ (HDCจังหวัดขอนแก่น)ถึงแม้มีอัตราการตายลดลงแต่ยัง พบว่าผู้ป่วยมีภาวะอวัยวะล้มเหลวโดยมีภาวะไตวาย เฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) ร้อยละ 50 ซึ่งพยาบาลเป็น หนึ่งในทีมสุขภาพสำคัญที่ดูแลประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจากห้องฉุกเฉินจนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการค้นหาผู้ป่วยในระยะแรก (Early detection) ได้รวดเร็ว และ ตระหนักถึงความสำคัญแบบมุ่งเป้าใน 6 ชม. เพื่อนำผู้ป่วย เข้าสู่การรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวทางการ รักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการทบทวนงาน วิจัยที่ผ่านมา พบว่า กลยุทธ์สำคัญในการนำผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดเข้าสู่ระบบการรักษาแบบมุ่งเป้า คือการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่มุ่งเน้นการส่งเสริมบทบาทในค้นหา ผู้ป่วยในระยะแรกการได้อย่างรวดเร็ว และมีแนวทางที่ช่วยในการตัดสินในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จากประสบการณ์ปฏิบัติงานพบว่า การประเมินตั้งแต่แรกรับ การวินิจฉัยได้ถูกต้อง การวางแผนการดูแลรักษาจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้[9,11-13]

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) โดยการซักถามผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ และแผนการรักษาของแพทย์ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

รายที่1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 23 กรกฎาคม2566 เวลา 07.52 น. อาการสำคัญ ปัสสาวะไม่ออกเป็นมา 1 วัน ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้สูงหนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัดปวดขาทั้ง 2ข้าง ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้งไปรับการรักษาที่คลินิกได้ยามารับประทาน อาการทั่วไปไม่ดีขึ้น 1วันก่อนมารพ.ปัสสาวะไม่ออกปวดขาทั้ง2ข้าง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ปฏิเสธโรคประจำตัว สัญญาณชีพแรกรับที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเวลา 08.00น อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร64ครั้งต่อนาที หายใจ28ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 88/56mmhg ,ออกซิเจนSat 98 เปอร์เซนต์ ,DTX132mg% NEWS Score เท่ากับ 6 คะแนน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Lactate=3.5mg%,BUN=73mg%, Cr8.2mg%,E'Lyte:k=4.0, Na=131mg%,Cl=97mg%,Co2=19mg%CBC:wbc=15,890cell/cumm,Hb=13.8gm%,Hct=40.2%,Platelet=Decrese,N=80%,L=13%,CHO=88mg/dl,totalprotein=6.2g/dl,Alb=3.0g/dl,SGOT(AST)=38u/l,SGPT(ALT)=53u/l,Alk=131u/l, Tatal bilirubin(TB)=0.6mg/dl,เจาะLepto titer ,Retrained foley's cathไม่มีปัสสาวะออกแพทย์วินิจฉัย Septic shock c AKI c lactic acidosis c Thrombocytopenia ให้การรักษาตาม Sepsis Protocal ให้ 0.9 %NSS 1,000 cc Load 1,500 cc in hr. เจาะ H/C,Cef -3 2gm vien drip OD c stat ,ให้ออกซิเจน mask c bag 10 LPM, On foley's cath no urine รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยใน1 แรกรับที่หอผู้ป่วยใน1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบเหนื่อยเล็กน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียสชีพจร 78 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/70 mmhg ,อัตราการหายใจ 28ครั้งต่อนาที แพทย์สั่งการรักษาให้ High-Flow Nasal Cannula (HFNC)อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียสFio2 0.4 ,วันที่ 23กรกาคม 2566 Intake/0utput เท่ากับ4,182ซีซี / 60 ซีซี ผู้ป่วยมีภาวะAKIร่วมด้วย ให้การรักษาตามSepsis Potocal อาการทั่วไปดีขึ้นวันที่ 25 ก.ค.2566 ผลLepto titer Positive แพทย์ให้ Doxycyclin1tab oral BID pc c stat ผู้ป่วยหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 78 ครั้งต่อนาทีออกซิเจนSat 100 %ขณะ on HFNC แพทย์ off HFNC ให้ออกซิเจนCannular 3 lpm/min keep O2 sat>95% ออกซิเจน sat หลัง off HFNC ให้ออกซิเจนcannular 98-99 % หลังadmitted ได้ 3 วันอาการทั่วไปดีขึ้นปัสสาวะเริ่มออกเวรละ900-1200 ซีซีผู้ป่วยไม่มีไข้ ให้ยาปฏิชีวะนะต่อจนครบ 14 วัน

รายที่2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 26 กรกฎาคม 2566 เวลา 09.55 น.ให้ประวัติว่า 2 วันก่อนมา รพ. มีไข้หายใจเหนื่อยหอบไม่ได้รับการรักษาที่ใดมาก่อนญาติจึงพามารพ. 2 เดือนก่อนมารพ.ผู้ป่วยมีแผลที่ข้อศอกซ้ายและท้องข้างขวารักษาที่คลินิกอาการไม่ดีขึ้น 2 วันก่อนมารพ.มีไข้สูง หายใจเหนื่อยหอบญาติจึงพามารพ. สัญญาณชีพแรกรับที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อุณหภูมิ 39.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิต 126/55mmhg NEWS score 6 คะแนน ออกซิเจน Sat 99%, DTX เท่ากับ110 mg% ,

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Lactate=4mg%,BUN=14mg/dl,Cr=1.8mg/d,E' lyte: Na= 131mmol/l,K=3.6mmol/l,Cl=93m mol/dl,Hco3=29mmol/dl ,LFT :SGPT(ALT) 2 2u/l, SGOT(AST)61u/l, Total protein7.2g/dl, Albumin2.7g/dl, ALP(ALK) 198u/l,Total bilirubinTB) =1mg/dl,CBC:WBC 15,000cell/cumm,Hb=9.8gm%,Hct 39.0%,Pl atelet count=68000 L Cell/cumm,MCV82.5 g/dl,Diff :Neutrophills81% ,Diff :Eosinophill s 1%แพทย์วินิจฉัย infection wound c Sepsis ให้การรักษาตาม Sepsis potocal โดยให้0.9 %NSS 1000 cc vien Load 1500 cc /hr,เจาะ H/C ,ให้ยาปฏิชีวนะ Cef-3 2 gm vien drip in 5% D/W 100 ซีซี OD c stat ,Clindamycin 600 mg vien drip in 5%D/W 100 ซีซี ทุก 8 ชั่วโมง with stat และให้ Paracetamal(500mg) 1 tab prn for fever /pain q 6 hr,Folic acid 1 tab oral OD pc, Retrained Foley' cath ปัสสาวะออก 100 ซีซี รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยใน1 แรกรับที่หอผู้ป่วยสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80mmhg O2 sat 93 % On O2 mask c bag 10 LPM.สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง บันทึก Intake /Out put ทุก 1 ชั่วโมง เจาะDTX ก่อนอาหารและก่อนนอนค่าDTXอยู่ในช่วง 110-120 mg% อาการทั่วไปดีขึ้นผลHemo culture ไม่พบเชื้อ นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 5 วันแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านนัดมาตรวจอีกครั้งในวันที่ 6 สิงหาคม 2566

เปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine พบว่าพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีค่าของ Blood Urea Nitrogen (BUN) และ Creatinine(Cr) สูงกว่าปกติมาก BUN 73mg/dL Creatinine 8.2 mg/dL แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีค่าของ Blood Urea Nitrogen (BUN) ปกติและ Creatinine(Cr)เล็กน้อย BUN 14 mg/dL Creatinine 1.8 mg/dL แสดงว่าไตสูญเสียหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ eGFR ลดลง แสดงว่าการกรองของไตลดลงด้วยเช่นกัน

ผลการตรวจ Electrolyte พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 Sodium สูง 127 mmol/L, Potassium สูง 4 mmol/L, Phosphorus 8.3 mg/dL, Chloride ต่ำ 97 mmol/L, HCO_3 ต่ำ 19 mmol/L มีแต่ผู้ป่วยรายที่2 Sodium ปกติ 131 mmol/L, Potassium สูง 3.6 mmol/L, Chloride ต่ำ 93 mmol/L, HCO_3 ปกติ 29 mmol/L จะเห็นได้ว่ารายที่ 1 มีค่า sodium, Potassiumสูงกว่าปกติ เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถขับ Potassium(K) ออกจากร่างกายได้ และค่า Bicarbonate (HCO_3) ต่ำกว่าปกติมาก เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ ไม่สามารถปรับสมดุลของสภาวะกรดด่างได้ ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดในร่างกาย (Severe Metabolic Acidosis)

ผลการตรวจ Lactate ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่าค่า lactate มีระดับที่สูงมากกว่าค่าปกติ ผู้ป่วยรายที่ 1 Lactate 3.50 mmol/L ผู้ป่วยรายที่ 2 Lactate 4 mmol/L เป็นผลมาจากการติดเชื้อในร่างกายที่รุนแรง เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ เกิดการเผาผลาญโดยไม่ใช้ออกซิเจนเกิดกรดแล็กติกคั่ง

ผลการตรวจ Arterial Blood Gas (ABG) ผู้ป่วยรายที่ 1 pH 7.266, pCO_2 33.6 mmHg, pO_2 29 mmHg, HCO_3 14 mmHg ผู้ป่วยรายที่ 2 pH 7.39, pCO_2 36 mmHg, pO_2 32 mmHg , HCO_3 30 ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะ Metabolic acidosis

ผลการตรวจ CBC ของผู้ป่วย 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีค่า CBC ผิดปกติ โดยผู้ป่วยรายที่ 1 ผล WBC 16,160cell/cumm Neutrophil 80.7 % แสดงว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในร่างกาย ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 WBC12,000 , Neutrophil 80.7 %

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon ได้นำมาเป็นแนวทางในการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคน ทั้งคนที่จะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุล การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มี 3 ระยะคือ ระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤติของผู้ป่วย 2 ราย

ปัญหา	ทฤษฎี	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1	มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด	มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด	มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด
2	เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจาก ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ	เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจาก ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ	เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจาก ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ
3	ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง และภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากไตเสียหน้าที่	ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ และภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากไตเสียหน้าที่	ไม่พบปัญหา
4	มีไข้ เนื่องจากมีการติดเชื้อในกระแสเลือด	มีไข้ เนื่องจากมีการติดเชื้อในกระแสเลือด	มีไข้ เนื่องจากมีการติดเชื้อในกระแสเลือด
5	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต illness)	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
7	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากภาวะติดเชื้อ	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากภาวะติดเชื้อ
8	เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกิน,ของเสียคั่ง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง	เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกิน,ของเสียคั่ง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง	เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกิน,ของเสียคั่ง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง
9	เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดของผู้ป่วยในระยะวิกฤติ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
10	เสี่ยงต่อได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเสียหน้าที่	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
12	เสี่ยงจากการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
13	ไม่สุขสบาย เนื่องจากท้องผูก	ไม่สุขสบาย เนื่องจากท้องผูก	ไม่สุขสบาย เนื่องจากท้องผูก
14	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร เนื่องจากความเครียดจากการเจ็บป่วย	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร เนื่องจากความเครียดจากการเจ็บป่วย	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร เนื่องจากความเครียดจากการเจ็บป่วย
16	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นการเจ็บป่วยในระยะวิกฤติ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน การพยาบาลที่สำคัญในระยะวิกฤติ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis & septic shock) ดังนี้ 1.1 การดักจับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1) พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อแรกรับ โดยใช้ qSOFA score และ NEWS score 2) ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแบบประเมิน KKH Sepsis protocol (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3 วันที่ 8 พฤษภาคม 2561) 3) หากประเมินว่าผู้ป่วยเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ให้รายงานแพทย์ภายใน 15 นาที และเจาะ lab lactate ทันที 4) ติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามระดับคะแนนของ NEWS score ที่ประเมินได้เมื่อแรกรับ 5) หากผู้ป่วยมีค่าคะแนน NEWS score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ให้ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และดำเนินการตามข้อ 2 และ 3 1.2 การส่งเลือดเพาะเชื้อ 1) พยาบาลเตรียมอุปกรณ์เพื่อเก็บเลือดส่งตรวจภายใน 1 ชั่วโมง 2) พยาบาลเจาะเลือด 2 ขวดๆ ละ 5 มิลลิลิตร 3) เจาะเลือดจากหลอดเลือดดำส่วนปลายคนละตำแหน่งในเวลาเดียวกัน 4) ใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อในการเก็บเลือดส่งตรวจ 1.3 การบริหารยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว 1) พยาบาลประสานแพทย์และกระตุ้นให้แพทย์สั่งการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม 2) เร่งจัดการเบิกจ่ายยาปฏิชีวนะจากห้องยาหรือสำรองยาเพื่อสามารถให้ยารวดเร็ว 3) อธิบายความจำเป็น ผลดี ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ประวัติการแพ้ยา ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 4) บริหารยาให้ถูกต้องทั้งขนาด ปริมาณที่ถูกต้องกับแผนการรักษาตามหลัก 6 R 5) กำหนดอัตราการไหลของยาให้ได้ตามแผนการรักษา และให้ยาหลังการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง 6) เฝ้าระวังแทรกซ้อนจากการให้ยาปฏิชีวนะ เช่น การแพ้อย่างรุนแรงเฉียบพลัน (Anaphylactic Shock) 7) เตรียมรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Emergency) เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillator) ในกรณีที่มีการแพ้อย่างรุนแรงเฉียบพลัน 1.4การบริหารจัดการสารน้ำเพื่อป้องกันภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง 1)ให้สารน้ำชนิดคริสตัลลอยด์ทดแทน ในอัตรา 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือ 1,500 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมงแรก 2)วัดสัญญาณชีพหลังให้สารน้ำครบตามแผนการรักษา รายงานแพทย์ 3)หาก MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จะพิจารณาประเมินความเพียงพอของสารน้ำ ดูแลให้สารน้ำต่อเนื่องตามแผนการรักษาหาก MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอทแพทย์จะพิจารณาให้ยา เพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด (Vasopressor) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ประเมินค่า MAP ค่าปกติมากกว่า หรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท หากมีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ 4)ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินและจดบันทึกปัสสาวะในเรื่องของลักษณะ สี จำนวน ของผู้ป่วยทุกชั่วโมง ดูแลให้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง หากมีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5)ประเมินผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำรวดเร็ว เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจ ไตวาย และประเมินการให้สารน้ำเกิน เช่น อาการบวมของใบหน้า มือเท้า เสียงหายใจครืดคราดฟังปอดมีเสียงกรอบแกรบมีเสมหะเป็นฟอง 1.5 การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด 1) กรณีผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอแล้ว ให้วัดประเมินความดันโลหิตหากความดันโลหิตยังต่ำ (MAP น้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท) ต้องมีการบริหารยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดตามแผนการรักษาแล้วปรับเพิ่มขนาดครั้งละ 0.02 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที จนได้ระดับความดันโลหิตตามต้องการ 2) ทำการวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อดูแลให้ MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท 3) หาก MAP มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ให้ทำการลดขนาดยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดโดยพยายามรักษาระดับ MAP ให้อยู่ในช่วง 65-90 มิลลิเมตรปรอท 1.6 การส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างมีประสิทธิภาพ 1) ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากากออกซิเจนความเข้มข้นสูง เปิดอัตราการไหล 8-10 ลิตรต่อนาที ทันทีเมื่อแรกรับ 2) จัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา วัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการ เหนื่อยหอบ เขียวหรือซีดตามปลายมือปลายเท้า ซึมลง สับสน และค่า SpO_2 ทุก 15 นาที 3) ประเมินค่า SpO_2 ทุก 15 นาที จนกระทั่งค่า SpO_2 ของผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 93 จึงประเมินทุก 1 ชั่วโมง 4) หากค่า SpO_2 ของผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 93 เปลี่ยนให้ออกซิเจนทางจมูก (O_2 Canula) 3-5 ลิตรต่อนาที จากนั้นประเมิน SpO_2 ทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 93 1.7 การประเมินเพื่อค้นหาแหล่งติดเชื้อในร่างกาย 1) ซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอวัยวะที่มีการติดเชื้อในร่างกาย 2) หากพบการติดเชื้อในอวัยวะของร่างกายที่ชัดเจน เช่น แผล/ฝีที่ผิวหนัง ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณากำจัดแหล่งติดเชื้อ เช่น ทำแผล การถอดสายสวนหลอดเลือด หรือการเตรียมผ่าตัด 3) แนะนำผู้ป่วยและญาติในการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย 4) ให้การพยาบาลโดยยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ 5) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาการติดเชื้อต่างๆ ตามแผนการรักษา เช่น การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) การตรวจเพาะเชื้อต่างๆ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่2 : เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ	1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ/เท้าเย็น เล็บ ริมฝีปาก ซีดเขียว กระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วตื้น 2.ประเมินความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน หากพบอาการผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที ได้แก่-Mild hypoxia (PaO2 60-80) มีอาการเหงื่อออก กระสับกระส่าย ปลายมือเท้าเย็นซีด ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็วลึก ใช้กล้ามเนื้อในการหายใจมากขึ้น - Moderate hypoxia(PaO2 50–60) มีอาการสับสน หัวใจเต้นผิดจังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตเริ่มลดต่ำลง - Severe hypoxia(PaO2 <50) ปลายมือ/เท้า ริมฝีปากเขียว ผิวหนังลาย หัวใจเต้นช้าลงจนหยุดเต้น หายใจช้าลงจนกระทั่งหยุดหายใจ 3.สังเกตและบันทึกออกซิเจนปลายนิ้ว (O2 saturation) ทุก 1ชั่วโมง Keep O2 saturation > 95% ถ้า O2 saturation ต่ำลงมากกว่า 2% ประเมินอาการผู้ป่วยและรายงานแพทย์ทันที 4.ดูแลให้ได้รับยา antibiotic ตามแผนการรักษา 5.ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจ ได้แก่ ABG, chest X – Rays ตามแผนการรักษา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : ไม่สุขสบาย	1.วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะไข้ 2.ดูแลเช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) ให้ผู้ป่วย เมื่อมีไข้ 38 องศาเซลเซียส และประเมินไข้หลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เนื่องจากมีไข้ จากการติดเชื้อในกระแสเลือด	3.ดูแลการให้ยา Paracetamol 300 mg IM เมื่อผู้ป่วยมีไข้สูง ≥ 38.5 องศาเซลเซียส 4.ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5.ติดตามผล CBC, Blood Hemoculture, tracheal suction culture พบเชื้อ รายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากมีความผิดปกติของปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด	1. สังเกตลักษณะ จำนวนและตำแหน่งของเลือดออกภายนอกร่างกาย (External bleeding) เช่น จุดเลือดออกตามร่างกาย เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น 2. สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกภายในร่างกาย (Internal bleeding) เช่น อาการปวดท้อง กระสับกระส่าย ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ (Melena) ปัสสาวะมีเลือดปน (Hematuria) อาเจียนเป็นเลือด เป็นต้น 4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง การวัดความดันเลือด ไม่ควรใส่ความดันใน Cuff สูงเกินไปเพราะอาจทำให้เส้นเลือดแตกได้ง่าย 5. ป้องกันอุบัติเหตุหรือการกระทบกระแทกที่อาจทำให้เสียเลือดได้ เช่น การตกเตียง การหกล้ม การชนโต๊ะ ถ้าผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงมากที่เลือดจะออกง่ายอาจต้องดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนและทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียง (Absolute bed rest) 6. ดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่น การแปรงฟันควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มหรือใช้วิธีบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ เพื่อลดการระคายเคืองต่อเหงือกและเยื่อบุในปาก 7. ระมัดระวังเรื่องการฉีดยา การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ควรเลือกหัวเข็ม ขนาดเล็ก หลังจากฉีดยาหรือเจาะเลือดแล้วควรกดบริเวณที่ฉีดไว้ประมาน 3-5 นาที และหลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ 8. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย รสไม่จัดโดยเฉพาะรสเผ็ด เพื่อป้องกันการระคายเคือง ต่อทางเดินอาหาร 9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Platelet, PT, PTT เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดในร่างกาย
ข้อวินิจฉัยทางกรพยาบาลที่ 5 : ญาติผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา	1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจในตัวพยาบาลกล้าพูดระบายความรู้สึกมากขึ้น 2.ประเมินความวิตกกังวลโดยสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และแบบประเมินความวิตกกังวลของญาติ 3.แสดงออกถึงความเข้าใจ ห่วงใยในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ 4.เปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึก การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และซักถามสิ่งที่วิตกกังวลเกี่ยวกับกาเจ็บป่วยและรับฟังอย่างตั้งใจเห็นอกเห็นใจ 5.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นจริงในปัจจุบัน การรักษาและอธิบายซ้ำได้ตามความเหมาะสมเมื่อญาติไม่พร้อมที่จะได้รับข้อมูล 6.เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งญาติทุกครั้ง 7.อนุญาตให้ญาติ เพื่อนหรือบุคคลสำคัญเข้าเยี่ยมได้ตามความเหมาะสม 8.ติดต่อให้พบแพทย์เมื่อญาติต้องการพบ

สรุปวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มาด้วยอาการสำคัญคือ ไข้ หายใจหอบ วินิจฉัยปอดอักเสบในรายที่2 และมีภาวะช็อกจาการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) รายที่1 แต่เมื่อตรวจเพาะเชื้อค้นหา source infection พบว่า รายที่ 1 พบผลLepto titer Positive ในขณะที่รายที่ 2 พบการติดเชื้อในทางเดินหายใจ เมื่อประเมิน qSOFA score มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยsepsis กรณีศึกษารายที่ 1 พบ อวัยวะล้มเหลว 3 ระบบคือระบบหายใจ มี Respiratory failure ระบบหัวใจและหลอดเลือด ค่าความดัน

โลหิตต่ำ 88/56 mmHg/ระบบเลือด Platelet 53,000/ul รักษาโดยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว Serum lactate level ≥2 mmol/l (8.50 mmol/l) ถือได้ว่าเข้าเกณฑ์ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดระบบไต Creatinine 8.1 ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 พบอวัยวะล้มเหลว 2ระบบ คือ ระบบหายใจ Respiratory failure ระบบไต Creatinine 1.8 mg/dL รักษาโดยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว Serum lactate level 4 mmol/l ถือได้ว่าเข้าเกณฑ์ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้ ปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยจึงเป็นไปตามอวัยวะที่ล้มเหลว (Organ dysfunction) ผู้ป่วยรายที่ 1 รับการรักษานานกว่า เกิดจากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากกว่ามีอวัยวะล้มเหลวรุนแรง รักษาโดยให้ยาฆ่าเชื้อเป็นระยะเวลา 14 วัน ในขณะที่รายที่ 2 พบเชื้อ Numerous Pseudomonas aeruginosa มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเท่านั้น จากการศึกษาทั้ง 2 ราย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อทุกรายไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อและตามมาด้วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง ประเมินอาการ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การรักษาพยาบาล เฝ้าระวังและติดตามอาการ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งในกระบานการรักษาไม่ได้มุ่งเน้นที่จุดใดจุดหนึ่ง แต่เป็นการทำงานในระบบเครือข่าย การค้นหาให้พบ และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ครอบคลุม มีการส่งต่อข้อมูลที่เพียงพอ เพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย และ ลดอัตราการเสียชีวิต[6,9,10]

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาลักษณ์ นุพอ, กาจบัณฑิต สุรสิทธิ์,วรัตม์สุดา สมุทรทัย “การประเมิน NEWS (Nakornping early warning scores) ณ ห้องฉุกเฉินเพื่อทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ”วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม–มิถุนายน 2563 : 28-44
2. ดุสิต สถาวร และครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์. สมาคมเวชบำบัดวิกฤติแห่งประเทศไทย The Smart ICU. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. หน้า 9.
3. ปรเมษฐ์ อินทร์สุข,เชษฐาฤทธิ์ บริบูรณ์. “Nurses’ Role in Management of Sepsis Following Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021 บทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021” Nursing Journal CMU Volume 49 No.2 April - June 2022 พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีที่ 49 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2565.376-389.
4. ทิฏฐิ ศรีวิสัย และวิมล อ่อนเส็ง. (2560). “ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน” วารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 9(2), 152-162.
5. วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2556). “การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม” กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์, 2556). หน้า 311-344.
6. สมาคมเวชบำบัดวิกฤต. (2557). แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock. Kidney International Supplement (2012) 2,4;doi:10.1038/kisup.2012.7
7. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และสุรัตน์ ทองอยู่. (2558). “ปัจจัยทำนายการเข้าสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะติดเชื้อ” วารสารสภาการพยาบาล (301), 72-85
8. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์,สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์,ชยธิดา ไชยวงษ์.”การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด”วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563;7:319-29
9. นิลปัทม์ พลเยี่ยม,ภูริกา สิงคลีประภา,มยุรา แสนสุข “การใช้ Six bundle sepsis protocol ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลกุมภวาปี” วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๒ ประจำเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๑.189-200

10. พัชรีย์ ไสยนิตย์.(2564). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 6(3). 20-26
11. Gyawali, B., Ramakrishma, K., and Dhamoon, A.S. (2019). Sepsis: The evaluation in definition, pathophysiology, andmanagement. SAGE Open Medicine (71: 1-13).
12. Gul,F., Arslantas, M.K., Cinel, I., andKumar, K. (2017). Changing Difinitions of Sepsis. Turk Anaesthesiol Reanim 45:129-138.
13. Parillo JE. Pathogenic mechanisms of septic shock. N Engl J Med 1993; 328: 1471-1477.

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566

VOL.8 NO.4 October - December 2023

Part III

ISSN : 2773-854X (Print)
ISSN : 2773-8558 (Online)

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023 Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม . 429
ณัฏฐ์คเณศ คงคาเพชร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม 438
สุภาวดี วะสูงเนิน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี 448
กิติยา ภูจำปา ,พรรณี บัญชรหัตถกิจ ,ทัศพร ชูศักดิ์ ,รัฐพล ศิลปรัศมี

ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก 459
นุชจรี ไม้จันทร์ดี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด 467
เกรียงไกร ศรีวิลัย

การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย 475
มัสยา โมธรรม

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 483
ศิริวรรณ ศรีน้อยขาว

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย 491
บัณฑิต ผงสา

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 503
กรรณิกา ช่อรักษ์

ผลการใช้การประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตต่อการยอมรับตนเอง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด 514
อภิญญา ลุนนากัน

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรค: กรณีศึกษา 2 ราย 522
อินถวา วงษ์เวียง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด 528
เพชราภรณ์ ประสารฉ่ำ

การพยาบาลผู้ป่วยทีมีผลการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา: กรณีศึกษา 2 538
นิติยา ศรีมันตะ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 546
วิลาวัลย์ สมบัติศิรีไพบูลย์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ไตเสื่อมระยะที่ 3 : กรณีศึกษา 2 ราย 554
เข็มทอง ต้นกันยา

รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด 560
จารุวรรณ บุญศล

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อม: กรณีศึกษา 569
แก่นใจ ยุทธเกษมสันต์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษา 2 ราย 574
นฤมล ทองแผ่น

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีภาวะหมดสติโดยใช้ระบบทางด่วน : กรณีศึกษา..... 581
จรรยาภรณ์ สิงห์สระน้อย

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023 Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 587
วลีรัตน์ วรเลิศ

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดเนื้องอกในสมองที่มีภาวะอ้วน 593
อุไรรัตน์ ศรีพุ่ม

รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 603
วัณณา แสงฤทธิ์

รูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านในตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 610
รุ่งสุรีย์ ทองจันทร์

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 32 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ตุลาคม – ธันวาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรค การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยทีมีผลการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต การจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อม ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด การพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาต้านไวรัส การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดเนื้องอกในสมอง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้าน ผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาที่มีภาวะจุดภาพชัดบวมและภาวะแทรกซ้อนความดันตาสูง การลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลัง การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดปกติที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิด 1 (Diabetes Mellitus Type I) ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจหอบกำเริบเฉียบพลันจากภาวะปอดอักเสบห้องฉุกเฉิน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป

การพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

Development of a home visit program to promote maternal health and low birth weight infants Kamphaeng Saen Hospital Nakhon Pathom Province

(Received: November 17,2023 ; Revised: November 26,2023 ; Accepted: November 28,2023)

ณัฏฐ์คเณศ คงคาเพชร[1]
Natkhanet Khongkhaphet[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยและพัฒนา(Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย ศึกษาโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย และพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มทดลองในระยะที่ 1 ระยะวิจัยเริ่มต้น จำนวน 33 คน และกลุ่มทดลองระยะที่ 2 ระยะพัฒนา จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน และแบบประเมินความพึงพอใจในพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้าน การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเยี่ยมบ้าน โดยใช้สถิติ Paired sample t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของโปรแกรมในระยะที่ 1 และ 2 หลังการทดลอง พบว่า ด้าน F: Fetal well being สุขภาพทารก, ด้าน S1 : Self-care การดูแลตนเอง, ด้าน S2: Surveys บ้านสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ และด้าน S3: Spiritual health จิตใจและจิตวิญญาณ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05

คำสำคัญ : โปรแกรมเยี่ยมบ้าน, การส่งเสริมสุขภาพ, มารดาและทารก

ABSTACT

The research employed research and development. The objective was to studied the health of mothers and low birth weight infants, studied of home visiting programs to promote the health of mothers and low birth weight infants and develop a home visiting program to promote the health of mothers and low birth weight infants. Kamphaeng Saen Hospital Nakhon Pathom Province. Sample size include: The experimental group in Phase 1, research phase, consisted of 33 people and the experimental group in Phase 2, development phase, consisted of 25 people. Data collection utilized a home visit assessment form and a satisfaction assessment form designed for the development of home visiting programs. Comparative analysis involved the use of Paired sample t-test statistics, with a statistical significance level set at 0.05.

Results of the study: The results of comparing the differences in program means in phases 1 and 2 after the experiment found that F: Fetal well being infant health, S1: Self-care, self-care, S2: Home Surveys. Environment, relationships, and S3: Spiritual health, mind and spirit, when comparing the average difference in scores After the Phase 2 trial, the mean score after the Phase 1 trial was significantly higher than the mean score after the Phase 1 trial at p-value <0.05.

Keyword : Home visiting programs, Health promotion, Mother and child

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

บทนำ

ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight, LBW) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย ซึ่งประเทศไทยกำหนดเป้าหมาย LBW ไม่เกินร้อยละ 7 แต่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ดังจะเห็นได้จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicators Cluster Survey: MICS) ครั้งที่ 4 (UNICEF OFFICE for Thailand,2007) ประเทศไทยปี พ.ศ.2548 -2549 มีการคลอดทารกน้ำหนักน้อยร้อยละ 9.2 และปี พ.ศ. 2555 มีการคลอดทารกน้ำหนักน้อยร้อยละ 7.6 ปี พ.ศ.2558-2559 การคลอดทารกน้ำหนักน้อยร้อยละ 9.4 สอดคล้องกับสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ.2560 พบว่าการคลอดทารกน้ำหนักน้อย (ตั้งแต่ 2,500 กรัมและน้อยกว่า) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 เท่ากับร้อยละ 10.8, 10.4, 10.6, 11.1 และ 11.1 ตามลำดับ[1]

ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 18 คน เป็นมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม และทารกเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย รวมทั้งดูแลบุตรที่บ้านไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์ หลังจำหน่ายทารกจากโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยใช้แนวคิดของเลียวนาร์ด (Leonard's method) สร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามแนวคิดของ Lincoln และ Guba ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่ผ่านการรักษาจากหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย มี 3 ประเด็นหลักได้แก่ 1.เฝ้าระวังภัยให้ลูกน้อย มารดาจะเฝ้าสังเกตและติดตามอาการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น อุณหภูมิกาย อาการผิดปกติทั้งในขณะตื่นหรือนอนหลับ 2.เลี้ยงดูฟูมฟักด้วยความมั่นใจ มารดาจะพัฒนาทักษะในการเลี้ยงดูทารก โดยสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 3.กายและใจที่พร้อมรับทุกสถานการณ์ แม้ยังอยู่ในระหว่างการรักษาตัวหลังคลอด มารดาต้องมาดูแลทารกและพร้อมจะยอมรับเมื่อทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงไป ผลการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้ พยาบาลและทีมสุขภาพเข้าใจประสบการณ์ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมากขึ้น นำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล/แนวปฏิบัติที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยต่อไป[2]

การติดตามเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมบ้านในระยะแรกหลังจากการคลอดทารก ปัญหาสุขภาพสำหรับแม่และทารกมักเกิดขึ้นหรือปรากฏชัดในช่วงไม่กี่สัปดาห์หลังคลอดสำหรับมารดา ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด มีไข้และติดเชื้อ ปวดท้องและหลัง มีสารคัดหลั่งผิดปกติ ลิ่มเลือดอุดตัน และภาวะแทรกซ้อนทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตและจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารดาอาจต้องการการสนับสนุนเพื่อให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ ภาวะขาดอากาศหายใจ และการคลอดก่อนกำหนด การเยี่ยมบ้านโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพหรือผู้สนับสนุนทั่วไปในช่วงหลังคลอดระยะแรกอาจป้องกันปัญหาสุขภาพไม่ให้เกิดขึ้นในระยะยาว โดยมีผลกระทบต่อสตรี ทารก และครอบครัวของพวกเขา การทบทวนนี้พิจารณาจากตารางการเยี่ยมบ้านต่างๆ ในช่วงหลายสัปดาห์หลังคลอด

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

2. เพื่อศึกษาโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

3. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยศึกษามารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือน กันยายน 2566 รวม 24 เดือน โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น และระยะที่ 2 ระยะพัฒนา และใช้รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มทดลอง ระยะที่ 1 จำนวน 33 คน และกลุ่มทดลอง ระยะที่ 2 จำนวน 25 คน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการพัฒนาระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น และระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ประกอบด้วย จำนวน 5 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการจากระยะที่ 1 โดยการวิเคราะห์ความต้องการจาก (ร่าง)กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย ที่ผ่านมาว่ามีกิจกรรมของโปรแกรมที่สมบูรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย

กิจกรรมที่ 2 กำหนดกิจกรรมโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย

กิจกรรมที่ 3 ดำเนินการตามกำหนดกิจกรรมโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย

กิจกรรมที่ 4 ประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย

กิจกรรมที่ 5 สรุป ทบทวน ถอดบทเรียนและปรับปรุงการดำเนินงานตามกิจกรรมโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อยในรอบถัดไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ โปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย

3. ความพึงพอใจในพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

4. แบบประเมินความเข้าใจในพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Content Validity) โดยนำแบบสอบถาม ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้วิธี IOC ผู้ศึกษาได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญซึ่งทุกข้อผ่าน 0.5 และการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีของ Chonbach และนำไป Try out กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ทำการศึกษา อำเภออำเภอนครชัยศรี

จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้ไปปรับปรุงก่อนนำมาใช้จริงแยกออกเป็น ส่วน ดังต่อไปนี้ 1) แบบประเมินการเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย มีค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 2) แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และ 3) และแบบประเมินวัดความเข้าใจต่อกิจกรรมในโปรแกรมเยี่ยมบ้าน มีค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการพรรณนาคุณลักษณะทั่วไป โดยตัวแปรประเภทแจงนับ (Categorical data) นำเสนอเป็นจำนวน และร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แต่หากมีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ (Abnormal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด (Minimum and Maximum)

2. สถิติเชิงอนุมาน ในการการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนผลโปรแกรมก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ใช้สถิติ Paired sample t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น พบว่า กลุ่มทดลอง มีจำนวน 33 คน มีอายุเฉลี่ยอยู่ 26.73 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี สูงสุดอายุ 31 ปี สมรส ร้อยละ 56.7 การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 60.60 น้ำหนักแม่เฉลี่ยอยู่ที่ 67.36 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุด 63 กิโลกรัม และสูงสุด 73 กิโลกรัม และน้ำหนักทารกเฉลี่ยอยู่ที่ 2,160.91 กรัม ต่ำสุดอยู่ที่ 1,900 กรัม และสูงสุดอยู่ที่ 2,400 กรัม ตามลำดับ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ระยะพัฒนา พบว่า กลุ่มทดลอง มีจำนวน 25 คน มีอายุเฉลี่ยอยู่ 26.00 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี สูงสุดอายุ 31 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 72.0 น้ำหนักแม่ก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 61.84 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุด 55 กิโลกรัม และสูงสุด 89 กิโลกรัม น้ำหนักแม่ก่อนคลอดเฉลี่ย 78.20 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุด 68 กิโลกรัม และสูงสุด 88 กิโลกรัม น้ำหนักแม่หลังเยี่ยมเฉลี่ย 67.68 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุด 63 กิโลกรัม และสูงสุด 73 กิโลกรัม และน้ำหนักทารกก่อนเยี่ยมเฉลี่ยอยู่ที่ 2,156.40 กรัม ต่ำสุดอยู่ที่ 1,900 กรัม และสูงสุดอยู่ที่ 2,400 กรัม และน้ำหนักทารกหลังเยี่ยมเฉลี่ยอยู่ที่ 2,819.60 กรัม ต่ำสุดอยู่ที่ 2,100 กรัม และสูงสุดอยู่ที่ 3,300 กรัม ตามลำดับ

ผลการประเมินการเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม ระยะที่ 1

สรุปผลการประเมินการเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อยของกลุ่มทดลองในภาพรวมในระยะที่ 1 ระหว่างก่อนและหลังให้โปรแกรม พบว่า ก่อนทดลองอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 (S.D.= 0.55) เมื่อพิจารณารายข้อมีข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่าอุ้มลูกเข้าหาเต้านมแม่ ให้ผิว ลูก สัมผัสกับแม่ลูก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 (S.D.= 0.71) และหลังทดลองอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 (S.D.= 0.48) เมื่อพิจารณารายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านไปฟังผลตรวจ เช่น ธาลัสซีเมีย กามโรคซิฟิลิส โรคเอดส์ ตับอักเสบบี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 (S.D.= 0.51)

ผลการประเมินการเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม ระยะที่ 2

สรุปผลการประเมินการเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อยของกลุ่มทดลองในภาพรวมในระยะที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังให้โปรแกรม พบว่า ก่อนทดลองอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 (S.D.= 0.55) เมื่อพิจารณารายข้อมีข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านพอใจกับการที่มีคนมาดูแลท่าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 (S.D.= 0.65) และหลังทดลองอยู่ในระดับดีมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 (S.D.= 0.48) เมื่อพิจารณารายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านนับลูกดิ้น ลูกดิ้นมากกว่า 10 ครั้งต่อวันหลังจากรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 (S.D.= 0.33)

ผลของการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนผลโปรแกรมระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 หลังทดลอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของโปรแกรมในระยะที่ 1 และ 2 หลังการทดลอง พบว่า ด้าน F: Fetal well being สุขภาพทารก หลังการทดลองระยะที่ 1 มีคะแนน $\bar{x}$=3.38 ,S.D=0.24 คะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มีคะแนน $\bar{x}$=3.82 ,S.D=0.28 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนนหลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.268 ถึง 0.612) ด้าน A: Alert อาการผิดปกติ หลังการทดลองระยะที่ 1 มีคะแนน $\bar{x}$=3.33 ,S.D=0.20 คะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มีคะแนน $\bar{x}$=3.64 ,S.D=0.20 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนน หลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.223 ถึง 0.397) ด้าน M: Medication ยา หลังการทดลองระยะที่ 1 มีคะแนน $\bar{x}$=3.29 ,S.D=0.34 คะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มีคะแนน $\bar{x}$=3.63 ,S.D=0.31 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนน หลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.211 ถึง 0.469) ด้าน B: Breast นมแม่ หลังการทดลองระยะที่ 1 มีคะแนน $\bar{x}$=3.34 ,S.D=0.37 คะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มีคะแนน $\bar{x}$=3.74 ,S.D=0.25 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนน หลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.270 ถึง 0.530) ด้าน A: Attention การรับบริการสุขภาพตามนัด หลังการทดลองระยะที่ 1 มีคะแนน $\bar{x}$=3.44 ,S.D=0.42 คะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มีคะแนน $\bar{x}$=3.66 ,S.D=0.37 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนน หลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.073 ถึง 0.367) ด้าน N: Nutrition อาหาร หลังการทดลองระยะที่ 1 มีคะแนน $\bar{x}$=3.32 ,S.D=0.31 คะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มีคะแนน $\bar{x}$=3.63 ,S.D=0.26 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนน หลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.190 ถึง 0.436) ด้าน S1 : Self-care การดูแลตนเอง หลังการทดลองระยะที่ 1 มีคะแนน $\bar{x}$=3.42 ,S.D=0.33 คะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มีคะแนน $\bar{x}$=3.67 ,S.D=0.26 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนน หลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.122 ถึง 0.392ด้าน S2: Surveys บ้านสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ หลังการทดลองระยะที่ 1 มีคะแนน $\bar{x}$=3.32 ,S.D=0.29 คะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มีคะแนน $\bar{x}$=3.72 ,S.D=0.27 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนน หลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.067 ถึง 0.213) และ ด้าน S3: Spiritual health จิตใจและจิตวิญญาณ หลังการทดลองระยะที่ 1 มี

คะแนน $\bar{x}$=3.26 ,S.D=0.26 คะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มีคะแนน $\bar{x}$=3.56 ,S.D=0.21 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนนหลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.223 ถึง 0.371) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อยภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบผลโปรแกรมหลังการทดลองระยะที่ 1 และระยะที่ 2		mean	S.D.	mean diff	95% CI		t	p-value
					Lower	Upper		
1. ด้าน F: Fetal well being สุขภาพทารก	หลังระยะที่ 2	3.82	0.28	0.44	0.268	0.612	5.284	<0.001**
	หลังระยะที่ 1	3.38	0.36					
2. ด้าน A: Alert อาการผิดปกติ	หลังระยะที่ 2	3.64	0.20	0.31	0.223	0.397	7.354	<0.001**
	หลังระยะที่ 1	3.33	0.20					
3. ด้าน M: Medication ยา	หลังระยะที่ 2	3.63	0.31	0.34	0.211	0.469	5.421	<0.001**
	หลังระยะที่ 1	3.29	0.34					
4. ด้าน B: Breast นม นมแม่	หลังระยะที่ 2	3.74	0.25	0.40	0.270	0.530	6.358	<0.001**
	หลังระยะที่ 1	3.34	0.37					
5. ด้าน A: Attention การรับบริการ สุขภาพตามนัด	หลังระยะที่ 2	3.66	0.37	0.22	0.073	0.367	3.091	0.005
	หลังระยะที่ 1	3.44	0.42					
6. ด้าน N: Nutrition อาหาร	หลังระยะที่ 2	3.63	0.26	0.31	0.190	0.436	5.260	<0.001**
	หลังระยะที่ 1	3.32	0.31					
7. ด้าน S1 : Self-care การดูแลตนเอง	หลังระยะที่ 2	3.67	0.26	0.26	0.122	0.392	3.928	0.001
	หลังระยะที่ 1	3.42	0.33					
8. ด้าน S2: Surveys บ้านสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์	หลังระยะที่ 2	3.46	0.27	0.14	0.067	0.213	3.934	0.001
	หลังระยะที่ 1	3.32	0.29					
9. ด้าน S3: Spiritual health จิตใจและจิตวิญญาณ	หลังระยะที่ 2	3.56	0.21	0.30	0.223	0.371	8.283	<0.001**
	หลังระยะที่ 1	3.26	0.26					

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยจะอภิปรายผลตามสมมติฐานของการวิจัยและผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยผลของโปรแกรมระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 หลังทดลอง จากผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโปรแกรมในระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 หลังการทดลอง พบว่า ด้าน F: Fetal well being สุขภาพทารก หลังการทดลองระยะที่ 1 มีคะแนน $\bar{x}$=3.38 ,S.D=0.36 คะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มีคะแนน $\bar{x}$=3.82 ,S.D=0.28 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนนหลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.268 ถึง 0.612) สอดคล้องกับ ศิริพร มีหมู่ และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย[3] ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ดังกล่าวข้างต้น จัดว่าเป็นระบบการพยาบาล ที่พยาบาลนำมาใช้ให้ความช่วยเหลือผ่านการสอน ชี้แนะ สนับสนุนและการจัดสิ่งแวดล้อมในการพัฒนาความสามารถโดยจัดให้เป็นระยะ ๆ

ให้กับมารดา ได้เกิดการรับรู้เข้าใจ นำสู่การพินิจพิจารณา ตัดสินใจ ปรับพฤติกรรมการดูแลทารก สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลทารกได้ในระดับที่เพียงพอ เหมาะสม[4-6] และสอดคล้องกับพิมพ์ชนก บุญเฉลิม และทัศนี ประสบกิตติคุณ[7] ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และประสิทธิภาพการดูดนม พบว่า มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มทดลองสามารถดูดนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ด้าน S1 : Self-care การดูแลตนเอง หลังการทดลองระยะที่ 1 มีคะแนน $\overline{x}$=3.42 ,S.D=0.33 คะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มีคะแนน $\overline{x}$=3.67, S.D=0.26 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนน หลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.122 ถึง 0.392) สอดคล้องกับ ศิริพร มีหมู่ และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย[3] ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า การชี้แนะ (guiding another) เป็นวิธีการช่วยเหลือ ผู้วิจัยนำมาใช้ติดตามเยี่ยมพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดา ในวันที่ 3-7 เพื่อประเมินความสามารถของมารดา ผู้วิจัยกับมารดามีการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน เพื่อรับทราบปัญหาและความต้องการของมารดา ให้คำชี้แนะมารดา ในกิจกรรมการปฏิบัติต่าง ๆ ที่มารดายังปฏิบัติการดูแลทารกได้ไม่มั่นใจ หรือที่มารดายังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยให้การชี้แนะมารดา ให้ทำได้ถูกต้อง จนมารดาเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในสิ่งที่มารดากระทำ[8] ด้าน S2: Surveys บ้านสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ หลังการทดลองระยะที่ 1 มีคะแนน $\overline{x}$=3.32 ,S.D=0.29 คะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มีคะแนน $\overline{x}$=3.46 ,S.D=0.27 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนน หลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.067 ถึง 0.213) และด้าน S3: Spiritual health จิตใจและจิตวิญญาณ หลังการทดลองระยะที่ 1 มีคะแนน $\overline{x}$=3.26 ,S.D=0.26 คะแนน หลังการทดลองระยะที่ 2 มีคะแนน $\overline{x}$=3.56 ,S.D=0.21 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลองระยะที่ 2 มากกว่าคะแนนหลังการทดลองระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.223 ถึง 0.371) สอดคล้องกับ ศิริพร มีหมู่ และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย[3] ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าการสนับสนุน (supporting another) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามของมารดาให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารกได้ถึงแม้จะตกอยู่ในภาวะเครียดหรือความทุกข์ทรมานจากเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยม ทบทวนการปฏิบัติการดูแลทารกของมารดา ใช้วิธีการสนับสนุนร่วมกับการชี้แนะมารดาส่งเสริมสนับสนุนให้มารดาสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารกให้ถูกต้องมีประสิทธิภาพ ให้มารดามีส่วนร่วมการดูแลทารกในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ สนับสนุนให้กำลังใจ กล่าวชมเชยเมื่อมารดาปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารกได้ถูกต้องเหมาะสม เป็นการเสริมแรงจูงใจให้มารดาได้ปฏิบัติต่อเนื่องต่อไป สนับสนุนเรื่องข้อมูลข่าวสาร ให้มารดาได้รับรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลทารก ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานให้กับทารกเหมาะสม และสอดคล้องกับ ชนิตา แป๊ะสกุล, คมเนตร โกณานนท์ และนันทนี พิทักษ์วานิชย์[9] ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมและปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรกต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผลการศึกษาพบว่า

การทดสอบที่ละคู่และการทดสอบที่อิสระ ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(15) = 2.71$, $p < .001$, $d = 1.01$) และค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(30)= 2.55$, p-value <0.001, $d=0.90$) สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมและปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมทารกครั้งแรก ช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาได้ ดังนั้นพยาบาลควรร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการเตรียมมารดาก่อนการเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการศึกษาโดยใช้บุคคลในครอบครัวที่อยู่กับมารดาและทารกประจำมาเข้าร่วมกิจกรรมหรือมารับการอบรมในโปรแกรมเยี่ยมบ้านเนื่องจากบางครั้งอาจมีปัญหาในด้านการดูแลสุขภาพได้จากหลายสาเหตุ และนำแนวทางหรือรูปแบบที่ได้จากผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีเพื่อหาแนวทางที่ครอบคลุมชัดเจนในการเฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะที่ไม่พึงประสงค์ จนสามารถช่วยกันดูแลสุขภาพของมารดาและทารกให้มีคุณภาพและได้รับการดูแลหรือได้รับการบริการที่มีมาตรฐานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพทุกท่านกลุ่มมารดาและทารกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จากโรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขพ.ศ. 2560 กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ นนทบุรี.กระทรวงสาธารณสุข 2560, ม.ป.ท.; (น.36)
2. สุจิมา ติลการยทรัพย์, นุชนาถ บุญมาศ และนิศานาถ ถิระชัย. ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย, วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 2565; 9(5): 123-135
3. ศิริพร มีหมู่ และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 2560; 40: 21–30. สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/96054/92993
4. Hanucharurnkul S, editor. Self-care: nursing science and art. 5th ed. Bangkok: VJ Printing; 2001. (in Thai)
5. Piasupan R, Thanattheeraku C. The effects of educative supportive program using VCD and handbook on caregivers' caring behaviors for school age epilepsy. Journal of Nursing Science & Health 2017; 40: 11–21. (in Thai)
6. Siripoon P, Tangvoraphonkcha J. Effects of a supportive educative program on care behavior of beginning to end stage leukemic school age children's dependent. Journal of Nursing Science & Health 2014; 37: 48–56. (in Thai)
7. พิมพ์ชนก บุญเฉลิม ทัศนี. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และประสิทธิภาพการดูดนม, 2012: 30(4): 27-38. สืบค้นจาก https://ns.mahidol.ac.th/english/journal_NS/pdf/vol30/issue4/Pimchanok.pdf

8. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1991.
9. ชนิตา แป๊ะสกุล คมเนตร โกณานนท์ และนันทนี พิทักษ์วานิชย์. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมและปรนัยกอนการเข้าเยี่ยมครั้งแรกต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดกอนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 2564; 27(2): 81-95. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/251749/173885

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

Factors associated with the quality of life of organic rice farmers in Thatphanom district, Nakhonphanom province.

(Received: November 23,2023 ; Revised: December 3,2023 ; Accepted: December 5,2023)

สุภาวดี วะสูงเนิน[1]
Supawadee Wasungnern[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ เกษตรกรที่เป็นสมาชิกวิสาหกิจชุมชนนาแปลงใหญ่การปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 327 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 81.65 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 37.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.03 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.43 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คน ร้อยละ 58.41 มีการออมและมีหนี้สิน ร้อยละ 71.86 เป็นสมาชิกวิสาหกิจชุมชนนาแปลงใหญ่การปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ 4-6 ปี ร้อยละ 41.59 ลักษณะการถือครองที่ดิน มีที่ดินเป็นของตัวเอง ร้อยละ 73.09 แหล่งเงินทุนในการทำการเกษตร โดยใช้ทุนตัวเอง ร้อยละ 50.46 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.50 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรพบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนปีที่เป็นสมาชิกวิสาหกิจชุมชนนาแปลงใหญ่การปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ ลักษณะการถือครองที่ดิน และแหล่งเงินทุนในการทำการเกษตร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมสร้างกับคุณภาพชีวิตกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่า ด้านการดำเนินชีวิตในชุมชน ด้านความมั่นคงปลอดภัยในด้านเศรษฐกิจ ด้านการประกอบอาชีพตามแนวทางนาแปลงใหญ่ ด้านความสมดุลระหว่างระหว่างชีวิตการทำงาน ด้านการใช้เวลาว่าง และปัจจัยรวม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ข้าวเกษตรอินทรีย์ เกษตรกร

ABSTACT

This survey study aimed to study the quality of life and factors associated with the quality of life of organic rice farmers in Thatphanom district, Nakhonphanom province. A stratified random sampling was conducted to obtain 327 of organic rice farmers in Thatphanom district, Nakhonphanom province. Data was collected by the questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, Chi-square test, Pearson Product Moment Correlation Coefficient. The results found that 81.65% of participants were male, 37.00% were between the ages of 50-59 years, and 70.03% of participants were married, 54.43% had received primary school education, 58.41% had the family member 3-4, 71.86% had saving and debt, 41.59% of participant were the member of organic rice collaborative farming. 73.09% had land ownership, 50.46% had own fund. 86.50% of participants had the quality of life was at a moderate level. Family member, member period of organic rice collaborative farming, land ownership, and source of fund related to the quality of life of organic rice farmers with statistical significance at the p-value <0.05. The related between the strengthening factors and the quality of life of organic rice farmers in Thatphanom district, Nakhonphanom province found that the community living, security and safety in the economy, occupation according to organic rice collaborative

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

farming, free time spending and all factors related to the quality of life of organic rice farmers with statistical significance at the p-value <0.05.

Keywords: The quality of life, Organic rice, Farmer

บทนำ

ข้าวเป็นพืชอาหารหลักที่สำคัญของโลก ครึ่งหนึ่งของประชากรทั่วโลกบริโภคข้าวเป็นอาหารหลักเพื่อเป็นแหล่งพลังงานในการดำรงชีวิตในทวีปเอเชียประชากรมากกว่าร้อยละ 80 บริโภคข้าวเป็นอาหารหลัก ประเทศไทยมีพื้นที่ปลูกข้าว 74.134 ล้านไร่ แบ่งเป็น ข้าวนาปี 62.917 ล้านไร่ และข้าวนาปรัง 11.217 ล้านไร่ ในปี 2565[1] ประเทศไทยส่งออกข้าวปริมาณ 7,693,545 ตัน คิดเป็นมูลค่า 138,452 ล้านบาท[2] การปลูกข้าวของเกษตรกรยังประสบปัญหามากมาย เช่นราคาผลผลิตที่ขาดเสถียรภาพ การใช้ปัจจัยการผลิตที่ไม่เหมาะสม ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติ และปัญหาหนี้สินครัวเรือนของเกษตรกรที่อยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์สภาพการเกษตรของประเทศไทยแล้วโดยเฉพาะการปลูกข้าว จะพบว่ามีจุดแข็งในฐานะผู้ส่งออกข้าวลำดับต้นๆ ของโลก มีที่ตั้งเชิงได้เปรียบทางภูมิศาสตร์ สภาพภูมิอากาศที่เหมาะสมกับการปลูกข้าว ในขณะเดียวกันก็ยังมีจุดอ่อน ได้แก่ พื้นที่การเกษตรส่วนใหญ่อยู่นอกเขตชลประทานมากถึงร้อยละ 80 จากสภาพปัญหาดังกล่าวเกษตรกรส่วนใหญ่เป็นรายย่อยมีพื้นที่ไม่มากนัก จึงได้ดำเนินการส่งเสริมให้รวมพื้นที่ของเกษตรกรรายย่อยหลายรายให้เป็นพื้นที่ขนาดใหญ่และดำเนินการบริหารจัดการผลิตในพื้นที่นั้นร่วมกัน โดยเกษตรกรแต่ละรายยังคงมีกรรมสิทธิ์ในพื้นที่ตนเอง ซึ่งต้องมีแผนการผลิต การตลาด การแปรรูป ใช้วิธีการและเทคโนโลยีการผลิตที่เหมือนกันตลอดห่วงโซ่งอุปาทาน ซึ่งจะส่งผลถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตในด้านต่างๆ เพราะวัตถุประสงค์สำคัญของนโยบายเกษตรแปลงใหญ่คือต้องการให้เกษตรกรรวมกลุ่มเพื่อบริหารจัดการร่วมกัน นำไปสู่การพัฒนาเกษตรกรที่มีพลังอำนาจในการต่อรองมากขึ้นและเป็นกลุ่มองค์กรที่มีความเข้มแข็งสามารถพึ่งตนเองได้นำไปสู่การพัฒนาเศรษฐกิจรากฐานของประเทศให้เข้มแข็ง[3] ดังนั้น ระบบส่งเสริมการเกษตรแบบแปลงใหญ่ ถือเป็นหนึ่งบทบาทการพัฒนาเกษตรที่สำคัญ โดยเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาผลผลิตไม่ได้คุณภาพและราคาตกต่ำและปัญหาด้านตลาดการค้า ซึ่งกลยุทธ์สำคัญคือให้เกษตรกรตัวจริงมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการตลอดทุกขั้นตอน[4] เกษตรแปลงใหญ่ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2558 อำเภอธาตุพนม ได้ดำเนินการเกษตรแปลงใหญ่เช่นกัน แหลงใหญ่ที่สำคัญได้แก่แปลงใหญ่ข้าวอินทรีย์ มีจำนวน 14 กลุ่ม มีสมาชิกจำนวน 1,245 ราย อำเภอธาตุพนม นำโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้กำหนดประเด็นในการดำเนินงานคือการลดใช้สารเคมีทางการเกษตร มีการสนับสนุนการดำเนินงานโดยเฉพาะเกษตรแปลงใหญ่ข้าวอินทรีย์ เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ และช่วยเหลือกลุ่มเกษตรแปลงใหญ่ข้าวอินทรีย์ในอำเภอธาตุพนม ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยให้เกิดการรวมกลุ่มกันของเกษตรกร ซึ่งจะได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมในด้านต่างๆ ทั้งความรู้เกี่ยวกับระบบส่งเสริมการเกษตรแบบแปลงใหญ่ และความรู้และเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการผลิตข้าวอินทรีย์ให้มีคุณภาพตรงตามมาตรฐานสินค้าเกษตร ซึ่งจะช่วยให้เกษตรกรสามารถลดต้นทุน เพื่อเพิ่มผลผลิตได้ มีการสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันทำให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี รวมถึงการได้รับการสนับสนุนปัจจัยการผลิตทางการเกษตรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปลูกข้าวและการสนับสนุนด้านการตลาดให้กับเกษตรกรซึ่งเกษตรกรจะสามารถนำความรู้ต่างๆ ที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มแปลงใหญ่ มาช่วยกันคิดวิเคราะห์และวางแผนในการพัฒนาการทำงานและพัฒนาตนเองเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการประกอบอาชีพการเกษตรของตนเอง มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจที่ดีของตนเองและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตเกษตรกรมีความเป็นอยู่ที่ดีได้ตั้งแต่ดำเนินการเกษตรแบบแปลงใหญ่ข้าวอินทรีย์

อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ยังไม่มีการศึกษาประเด็นคุณภาพชีวิตของกลุ่มสมาชิก

ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวอินทรีย์หอมที่เข้าร่วมโครงการระบบส่งเสริมการเกษตรแบบแปลงใหญ่ในอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จึงมีความสำคัญเพื่อให้ทราบและเกิดความเข้าใจในระดับของคุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวอินทรีย์ที่เข้าร่วมโครงการระบบส่งเสริมการเกษตร แบบแปลงใหญ่ในอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม รวมถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระดับของคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ซึ่งปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยปัจจัย 5 ด้านได้แก่ ด้านการดำเนินชีวิตในชุมชน ด้านความมั่นคงปลอดภัยในด้านเศรษฐกิจ ด้านการประกอบอาชีพตามแนวทางนาแปลงใหญ่ ด้านความสมดุลระหว่างระหว่างชีวิตการทำงาน ด้านการใช้เวลาว่าง ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา รวมถึงได้รูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวอินทรีย์ในอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม และในพื้นที่อื่นๆ ให้เกษตรกรมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนายุทธศาสตร์ในระดับจังหวัดและระดับประเทศเพื่อนำไปสู่การพัฒนาเศรษฐกิจได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ เกษตรกรที่เป็นสมาชิกวิสาหกิจชุมชนนาแปลงใหญ่การปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 1,295 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie and Morgan[5] ดังนี้

$$n=\frac{x^2Np(1-p)}{e^2(N-1)+x^2\,p(1-p)}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N = ขนาดของประชากร (1295 คน)

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (x^2 = 3.841)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (กำหนด p = 0.5)[5] แทนค่าในสูตร n= 297 ราย

การคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 297 คน และเพื่อป้องกันการตอบกลับของแบบสอบถาม จึงมีการเพิ่มจำนวนตัวอย่างในอัตราร้อยละ 10 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) หลังจากได้จำนวนตามหมู่บ้านแล้วทำการสุ่มอย่างอย่างด้วยการจับฉลากในแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนตัวอย่างตามที่ต้องการ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นสมาชิกวิสาหกิจชุมชนนาแปลงใหญ่การปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม อย่างน้อย 1 ปี
2. อายุ 20 ปี ขึ้นไป
3. สามารถตอบโต้ สื่อสารได้
4. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีภาวะเจ็บป่วยจนสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การออม/ภาวะหนี้สิน จำนวนปีที่เป็นสมาชิกวิสาหกิจชุมชนนาแปลงใหญ่การปลูกข้าว เกษตรอินทรีย์ ลักษณะการถือครองที่ดิน และแหล่งเงินทุนในการทำการเกษตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิต จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นลักษณะคำตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Likert[6]

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นลักษณะคำตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best[7] ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 -2.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 -5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาที่ใช้ให้เหมาะสมให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม และนำไปตรวจสอบความเข้าใจในด้านการใช้ภาษาและความสะดวกในการตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์หาเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอร์นบาร์ช (Cronbach' Alpha Coefficient) ในส่วนที่ 2-3 ตามลำดับ มีค่าอยู่ที่ 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานขอความร่วมมือจากสำนักงานเกษตรอำเภอธาตุพนม และเกษตรตำบล อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม เพื่อประสานขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละหมู่บ้าน

2. ผู้วิจัยดำเนินการอบรมการใช้เครื่องมือการวิจัยของบุคคลที่เก็บรวมรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นตัวแทนของแต่ตำบลสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการให้บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมนำเครื่องมือการวิจัยไปดำเนินการเก็บรวมรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ด้วยความถี่และร้อยละ การวิเคราะห์สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05-วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้วยสถิติไคสแคว์ (Chi-square test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตกับคุณภาพชีวิตด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

การพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ REC 037/66

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 81.65 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 37.00สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.03 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.43 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คน ร้อยละ 58.41 มีการออมและมีหนี้สิน ร้อยละ 71.86 เป็นสมาชิกวิสาหกิจชุมชนนาแปลงใหญ่การปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ 4-6 ปี ร้อยละ 41.59 ลักษณะการถือครองที่ดิน มีที่ดินเป็นของตัวเอง ร้อยละ 73.09 แหล่งเงินทุนในการทำการเกษตร โดยใช้ทุนตัวเอง ร้อยละ 50.46

2. ระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนมระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าระดับต่ำ ร้อยละ 3.40 ระดับปานกลาง ร้อยละ 86.50 ระดับสูง ร้อยละ 10.10

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรพบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนปีที่เป็นสมาชิก วิสาหกิจชุมชนนาแปลงใหญ่การปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ ลักษณะการถือครองที่ดิน และแหล่งเงินทุนในการทำการเกษตร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร (n=327)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	p-value
		ต่ำ/ปานกลาง	สูง		
เพศ				.001	.979
หญิง	60	54	6		
ชาย	267	240	27		
รวม	327	294	33		
อายุ				2.775	.096
20-59 ปี	226	199	27		
60 ปีขึ้นไป	101	95	6		
รวม	327	294	33		
สถานภาพสมรส				2.713	.100
โสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	98	84	14		
สมรส	229	210	19		
รวม	327	294	33		
ระดับการศึกษา				.119	.730
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	179	160	19		
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./ปริญญาตรี ขึ้นไป	148	134	14		
รวม	327	294	33		
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน				6.410	.011*
1-2 คน	43	34	9		
3 คนขึ้นไป	284	260	24		
รวม	327	294	33		
การออม/ภาวะหนี้สิน				7.734	.005*
มีการออมและไม่มีหนี้สิน/มีการออมและมีหนี้สิน	287	263	24		

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร (n=327)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	p-value
		ต่ำ/ปานกลาง	สูง		
ไม่มีการออมและไม่มีหนี้สิน/ไม่มีการออมและมีหนี้สิน	40	31	9		
รวม	327	294	33		
จำนวนปีที่เป็นสมาชิกวิสาหกิจชุมชน				17.127	.000*
1-6 ปี	215	204	11		
7 ปีขึ้นไป	112	90	22		
รวม	327	294	33		
ลักษณะการถือครองที่ดิน				34.161	.000*
ของตนเอง	239	229	10		
เช่าผู้อื่น/ผู้อื่นให้ทำ/เช่าบางส่วน	88	65	23		
รวม	327	294	33		
แหล่งเงินทุนในการทำการเกษตร				17.987	.000*
ทุนตัวเอง	165	159	6		
ทุนตัวเองและกู้บางส่วน/กู้จากแหล่งเงินต่างๆ	162	135	27		
รวม	327	294	33		

*p<0.05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมสร้างกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมสร้างกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่า ด้านการดำเนินชีวิตในชุมชน ด้านความมั่นคงปลอดภัยในด้านเศรษฐกิจ ด้านการประกอบอาชีพตามแนวทางนาแปลงใหญ่ ด้านความสมดุลระหว่างระหว่างชีวิตการทำงาน ด้านการใช้เวลาว่าง และปัจจัยรวม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมสร้างกับคุณภาพชีวิตกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร (n=327)

ตัวแปร	n	r	p-value
ด้านการดำเนินชีวิตในชุมชน	327	.542	0.00*
ด้านความมั่นคงปลอดภัยในด้านเศรษฐกิจ	327	.115	0.00*
ด้านการประกอบอาชีพตามแนวทางนาแปลงใหญ่	327	.149	0.00*
ด้านความสมดุลระหว่างระหว่างชีวิตการทำงาน	327	.394	0.00*
ด้านการใช้เวลาว่าง	327	.406	0.00*
ปัจจัยรวม	327	.368	0.00*

*P<0.05

สรุปและอภิปรายผล

ระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม อยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ว่าจะมีการรวมกลุ่มในการทำการเกษตรอินทรีย์ รวมทั้งการแปรรูปและจำหน่ายเองมีรายได้มากกว่าในอดีตที่ผ่านมา แต่การปลูกข้าวที่ยัง

พึ่งพาธรรมชาติที่ไม่สามารถควบคุมได้ทำให้ปริมาณผลผลิตในแต่ละปีไม่คงที่ ซึ่งจะมีผลต่อระดับรายได้ตามมา รายได้ที่ได้จากการปลูกข้าวอินทรีย์มีความไม่แน่นอนขึ้นลงตามสถานการณ์ต่างๆ ทำให้รายได้ที่ได้จากการทำปลูกข้าวอินทรีย์มีความไม่แน่นอนอาจจะไม่เพียงพอต่อความต้องการในการประกอบอาชีพและการดำรงชีวิตในด้านอื่นๆ เช่น การออมเงินหรือการบริหารจัดการเงินเพื่อนำไปทำกิจกรรมอย่างอื่นตามความต้องการของเกษตรกรและครอบครัวส่งผลต่อความมั่นคงทางสถานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ทำให้เกษตรกรมีระดับคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ 1) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จากผลการศึกษาจะพบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีสมาชิก 3-4 คน สอดคล้องกับงานวิจัย พัชนี ยมาภัย[8] ที่ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของเกษตรกรในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งตามความเห็นของผู้ทำการศึกษาวิจัยที่พบว่าเกษตรกรที่พักอาศัยแบบครอบครัวเดี่ยว ที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก นั้นจะไม่ค่อยมีปัญหามากนักและเมื่อมีปัญหาก็จะปรึกษาหารือกันง่ายกว่าพักอาศัยแบบครอบครัวขยาย เพราะครอบครัวขยายนั้นมีผู้ร่วมอาศัยค่อนข้างหลายคน อาจจะตกลงเรื่องการรับผิดชอบในส่วนต่างๆ ไม่ค่อยลงตัวเท่าไหร่ จึงทำให้ผลการศึกษาวิจัยพบว่าเกษตรกรที่มีลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน 2) การออม/ภาวะหนี้สิน จากผลการศึกษาจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการออมจะมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการออม การมีหนี้สินจะทำให้เกษตรกรเกิดความกังวลในการชำระหนี้ โดยเฉพาะในช่วงที่ผลผลิตตกต่ำ ทำให้ความสามารถในการชำระหนี้ลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของเกษตรแย่ลง สอดคล้องกับการศึกษาของ พลากร สัตย์ซื่อ และปุรวิชญ์ พิทยาภินันท์[9] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวสวนยางจากปัญหาราคายางพาราตกต่ำในอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง พบว่า หนี้สินของครัวเรือนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวสวนยางจากปัญหาราคายางพาราตกต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) จำนวนปีที่เป็นสมาชิกวิสาหกิจชุมชนนาแปลงใหญ่การปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ จากผลการศึกษาจะพบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่เป็นสมาชิกวิสาหกิจชุมชนนาแปลงใหญ่การปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ 4-6 ปี เกษตรจึงได้เรียนรู้กระบวนการทำนาตั้งแต่การเตรียมแปลง การทำนา การจัดการแปลงหลังการเก็บเกี่ยว การแปรรูปและการจำหน่าย เกษตรกรที่เป็นสมาชิกมาหลายปีจะมีความเข้าใจและชำนาญในการทำนาอินทรีย์ ส่งผลให้ได้ผลผลิตที่มีปริมาณมากและมีคุณภาพจำหน่ายได้ราคามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัยรัตน์ เตี้ยเนตร และเมตตา เร่งขวนขวาย[10] ศึกษาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้ปลูกมะพร้าวน้ำหอมที่เข้าร่วมโครงการระบบส่งเสริมการเกษตรแบบแปลงใหญ่ ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า ระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการระบบส่งเสริมการเกษตรแบบแปลงใหญ่มะพร้าวน้ำหอม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 4) ลักษณะการถือครองที่ดิน จากผลการศึกษาพบว่าเกษตรกรมีที่ดินเป็นของตัวเอง ร้อยละ 75.90 การถือครองที่ดินเป็นปัจจัยสำคัญของการทำการเกษตร การมีที่ดินเป็นของตนเองทำให้เกษตรลดต้นทุนจากการผลิตข้าว มีกำไรมากขึ้นเพราะไม่ต้องเสียค่าเช่าที่นา นอกจากนี้ยังไม่ต้องกังวลกับการถูกยกเลิกสัญญาเช่าในปีต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัยรัตน์ เตี้ยเนตร และเมตตา เร่งขวนขวาย[10] ศึกษาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้ปลูกมะพร้าวน้ำหอมที่เข้าร่วมโครงการระบบส่งเสริมการเกษตรแบบแปลงใหญ่ ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า ลักษณะการถือครองที่ดินในการปลูกมะพร้าวน้ำหอม และรายจ่ายในการปลูกมะพร้าวน้ำหอม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการ

พัฒนาตนเองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 5) แหล่งเงินทุนในการทำการเกษตร จากผลการศึกษาจะพบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่จะใช้ทุนตัวเองในการทำการเกษตร จากการเข้าร่วมเป็นสมาชิกวิสาหกิจชุมชนนาแปลงใหญ่การปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ จะพบว่าเกษตรกรจะมีต้นทุนในการทำการเกษตรลดลง เนื่องจากไม่มีการใช้ปุ๋ยเคมีและสารเคมีทางการเกษตร มีการแปรรูปผลิตภัณฑ์เพื่อจำหน่ายเองโดยกลุ่มเกษตรกรเองไม่ผ่านพ่อค้าคนกลางส่งผลให้เกษตรมีรายได้มากขึ้น การมีรายได้มากขึ้นส่งผลต่อคุณภาพของเกษตรด้วยเช่นกัน ปัจจัยเสริมสร้างกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ 1) ด้านการดำเนินชีวิตในชุมชน เกษตรกรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนมาตลอดมีความรักความผูกพันกับชุมชนบ้านเกิดมีเพื่อนบ้านพูดคุย มีกิจกรรมในชุมชนร่วมกัน รวมทั้งมีแหล่งอาหารตามธรรมชาติที่สามารถหาได้ด้วยตนเอง มีพื้นที่ในการออกกำลังกาย สภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและปลอดภัยเมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานในเมืองใหญ่ หรือในโรงงาน การเข้าถึงบริการสาธารณะต่างในพื้นที่ ส่งต่อระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง 2) ด้านความมั่นคงปลอดภัยในด้านเศรษฐกิจ เกษตรกรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาเป็นหลัก เนื่องจากเป็นอาชีพที่มีการสืบทอดต่อกันมาจากบรรพบุรุษ จึงเป็นอาชีพหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว แต่ก่อนการทำนาไม่มีการรวมกลุ่มโดยทำเอง ขายเอง ไม่มีการแปรรูปผลผลิต มีการใช้ปุ๋ยเคมีและสารเคมีทางการเกษตรทำให้เกษตรมีต้นทุนในการผลิตข้าวจำนวนมากทำให้มีรายได้จากการขายข้าวจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครัวเรือน หลังจากที่เข้าร่วมกลุ่มวิสาหกิจชุมชนนาแปลงใหญ่การปลูกข้าวเกษตรอินทรีย์ทำให้เกษตรได้รับคำแนะนำจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปลูกข้าวตั้งแต่การเตรียมพื้นที่ การคัดเลือกเมล็ดพันธุ์ การใช้ปุ๋ยอินทรีย์สารอินทรีย์ เพื่อลดต้นทุนในการดำเนินงานส่งผลดีต่อสุขภาพของเกษตรและสิ่งแวดล้อมรอบๆ พื้นที่นาข้าวของเกษตรกร สามารถบริโภคสัตว์และผักที่อยู่ในนาอย่างปลอดภัย นอกจากนี้เมื่อมีการรวมกลุ่มแล้วทำให้มีการแปรรูปผลิตภัณฑ์เพื่อส่งขาย โดยกลุ่มเกษตรข้าวอินทรีย์อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม มีการจำหน่ายข้าวอินทรีย์ให้กับโรงพยาบาลนครพนม และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม นอกจากนี้ยังการส่งขายให้กับลูกค้ารายย่อยอื่นๆ อีก โดยการดำเนินการของกลุ่มเกษตรกรเองไม่ผ่านพ่อค้าคนกลางส่งผลให้เกษตรมีรายได้ที่มากขึ้นกว่าในอดีต สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัยรัตน์ เตี้ยเนตร และเมตตา เร่งขวนขวาย[10] ศึกษาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้ปลูกมะพร้าวน้ำหอมที่เข้าร่วมโครงการระบบส่งเสริมการเกษตรแบบแปลงใหญ่ ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจของเกษตรกร พบว่า ลักษณะการถือครองที่ดินในการปลูกมะพร้าวน้ำหอมและรายจ่ายในการปลูกมะพร้าวน้ำหอมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการพัฒนาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 รายได้จากการปลูกมะพร้าวน้ำหอมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และรายจ่ายในการปลูกมะพร้าวน้ำหอมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 3) ด้านการประกอบอาชีพตามแนวทางนาแปลงใหญ่เป็นปัจจัยภายนอกที่มาหนุนเสริมคุณภาพภายในตัวของชาวนา กล่าวคือการได้รวมตัวกันของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพแบบเดียวกันได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ในหลายๆ หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำเกษตรอินทรีย์ การแปรรูปและการจัดจำหน่าย ทำให้ชาวนาสามารถนำความรู้มาเปลี่ยนแปลงการทำนา จากการทำนาเคมีก็หันมาปลูกข้าวอินทรีย์หรือเรียกว่าทำการเกษตรแบบประณีต นำความรู้มาลองผิดลองถูกและทดลองทำจริงจนสำเร็จ นอกจากนี้การได้คืนความรู้นี้กลับสู่สังคมผ่านการถ่ายทอดความรู้ที่มีให้กับคนอื่นๆ ได้แลกเปลี่ยนความรู้กับเครือข่ายกลายเป็นความสุขที่ได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นด้วย การทำงานร่วมกันเป็นการที่ผู้ปฏิบัติงานเห็นว่าตนเองมีคุณค่า สามารถปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จได้ มีการยอมรับและ

ร่วมมือกันทำงานอย่างดี ทำงานที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันมีความเข้าใจซึ่งกันและกันให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันที่ดีในองค์การ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวัลย์ รามรง และสิริกร กาญจนสุนทร[11] ศึกษาความสุขของชาวนา กรณีศึกษาชาวนาสมาชิกเครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก พบว่าปัจจัยด้านสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขของชาวนา 4) ด้านความสมดุลระหว่างระหว่างชีวิตการทำงาน องค์ประกอบคุณภาพชีวิต ผู้ปฏิบัติงานควรจะอยู่ในสภาพแวดล้อมทางด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อมของการทำงานที่มีความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุและไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ มีความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน มีการพัฒนาโอกาสที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จในองค์การหรือในสายงานอาชีพอันเป็นที่ยอมรับของผู้ร่วมงาน ครอบครัวหรือผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เป็นผลให้บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิต การทำงานที่ปลอดภัยไม่มีความเสี่ยงจากสิ่งคุกคามจากการปฏิบัติงาน มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน มีปฏิสัมพันธ์ตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงชุมชนส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร การทำงานที่ไม่สมดุล เช่น ทำงานมากเกินไปจนไม่มีเวลาว่างจะส่งผลให้เกิดความเครียด มีผลต่อสุขภาจิต สุขภาพกายได้ ดังนั้นการที่เกษตรกรทำงานได้อย่างสมดุล มีเวลาให้ครอบครัว ชุมชน ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตได้ 5) ด้านการใช้เวลาว่าง การปลูกข้าวเป็นการทำเกษตรที่ปลูกเป็นช่วง โดยการปลูกเริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงตุลาคม และเก็บเกี่ยวสิ้นสุดไม่เกินกุมภาพันธ์ ทำให้เกษตรกรมีเวลาว่างหลังจากการปฏิบัติงาน ทั้งในช่วงที่มีการเพาะปลูกทำให้มีเวลาว่างในการประกอบอาชีพเสริมอื่นๆ เช่น การปลูกผัก เป็นต้น เมื่อเทียบกับการทำงานโรงงานหรืองานประจำอื่นๆ จะพบว่ากลุ่มเกษตรกรมีเวลาว่างจากกาทำงานมากกว่า การปฏิบัติงานที่ไม่มีความกดดัน มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ทั้งงานประเพณีส่วนตัวและส่วนรวม ช่วยให้เกษตรกรผ่อนคลาย ช่วยลดความเครียดลงได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเกษตรกรได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ

2. ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้ตลอดชีวิตของเกษตรกรในการปลูกข้าวอินทรีย์ ผลกระทบและแนวทางการพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิตการปลูกข้าวอินทรีย์สู่การพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน

3. ควรมีการให้ความรู้ คำแนะนำในการจัดจำหน่ายสินค้าผ่านช่องทางตลาดออนไลน์เพื่อเพิ่มมูลค่าของสินค้า

4. คุณภาพชีวิตของเกษตรกร หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีงบประมาณที่เกี่ยวข้องในการดูแลและขับเคลื่อนคุณภาพชีวิต ควรนำผลการวิจัยด้านสุขภาพและด้านสังคมของเกษตรกรไปขยายผล โดยมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้และจัดกิจกรรมอบรม การสร้างรายได้เสริมให้กับชุมชนเพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมผู้ส่งออกข้าวไทย. ผลพยากรณ์การผลิตข้าว ปี 2560-2565 [ออนไลน์]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2566]. จาก http://www.thairiceexporters.or.th/production.htm.
2. สมาคมผู้ส่งออกข้าวไทย. Rice Export Quantity and Value [ออนไลน์]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2566]. จาก http://www.thairiceexporters.or.th/statistic_2022.html.
3. กรมส่งเสริมการเกษตร. ถอดบทเรียนการส่งเสริมเกษตรแบบแปลงใหญ่ ปี 2559 [ออนไลน์]. 2559. [สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2566]. จาก http://www.bigfarm.doae.go.th/?page_id=41.
4. กมลรัตน์ ถิระพงษ์. นโยบายเกษตรแปลงใหญ่กับบริบทของภาคเกษตรไทยในปัจจุบัน. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ สาขาเศรษฐศาสตร์ ประจำปี 2560 (หน้า 49-64). กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2561.

5. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30: 607-10.
6. Likert, R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology 1932; 140: 1–55.
7. Best, J.W. Research in Education, 4 th ed. New Jersey: Prentice- Hall Inc. 1981.
8. พัชนี ยมาภัย. คุณภาพชีวิตเกษตรกรในจังหวัดนครสวรรค. วิทยานิพนธคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2550.
9. พลากร สัตย์ซื่อ และปุรวิชญ์ พิทยาภินันท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวสวนยางจากปัญหาราคายางพาราตกต่ำในอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2561; 37(3):71-84.
10. ฤทัยรัตน์ เตี้ยเนตร และเมตตา เร่งขวนขวาย. คุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้ปลูกมะพร้าวน้ำหอมที่เข้าร่วมโครงการระบบส่งเสริมการเกษตรแบบแปลงใหญ่ ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2565; 9(2): 423-438
11. ทิพวัลย์ รามรง และสิริกร กาญจนสุนทร. ความสุขของชาวนา กรณีศึกษาชาวนาสมาชิกเครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก พบว่าปัจจัยด้านสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขของชาวนา. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2562; 46(2): 162-185.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี

FACTORS ASSOCIATED WITH HEMOGLOBIN A1C CONTROL AMONG PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES WHO SMOKED, PATHUM THANI PROVINCE.

(Received: October 30,2023 ; Revised: November 8,2023 ; Accepted: November 15,2023)

กิติยา ภูจำปา[1] พรรณี บัญชรหัตถกิจ[2] ทัศพร ชูศักดิ์[3] รัฐพล ศิลปรัศมี[4]
Kitiya Phoojumpa[1] Pannee Banchonhattakit[2] Thassaporn Chusak[3] Ratthapol Sillaparassamee[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบ Case – Control Study เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง 120 คน คือ กลุ่มควบคุมน้ำตาลสะสมไม่ได้ 60 คน และกลุ่มควบคุมน้ำตาลสะสมได้60 คน สุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลักษณะการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย ทัศนคติต่อบุหรี่ อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.17) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 48.33) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระดับไม่ดี (ร้อยละ 50.83) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05 คือ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วม ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ ทัศนคติต่อบุหรี่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ, การควบคุมน้ำตาลสะสม, การสูบบุหรี่, โรคเบาหวาน

Abstract

This study was survey research by Case–Control Study to study the knowledge, attitude, and health literacy about cigarettes among patients with type 2 diabetes who smoke and the factors associated with controlling blood sugar (HbA1c). of type 2 diabetic patients who smoke in Pathum Thani Province The sample group consisted of 120 people, namely 60 people in the control group who could not collect sugar and 60 people in the control group who could collect sugar. Data were collected using multi-stage random sampling. General information questionnaire Blood sugar (HbA1C) recording form, smoking characteristics Attitude towards cigarettes Knowledge about diabetes and health knowledge about cigarettes Data were analyzed using descriptive statistics including number, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistical analysis Chi-square statistics were used. at the statistical significance level 05

Research results: Attitude towards cigarettes At a moderate level (64.17%) knowledge about diabetes Most had a high level (48.33%) and health literacy. Most had poor health literacy (50.83%). Factors related to controlling blood sugar in patients with type 2 diabetes who smoke in Pathum Thani Province. Statistically significant at p-value

Keywords: Controlling accumulated sugar, Smoking, Diabetes

---

[1]นักศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
[2]รองศาสตราจารย์ ดร.มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
[4]อาจารย์ ดร.มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันโรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของระดับโลกและประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน 3.2 ล้านคนต่อปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มีผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยแล้วแต่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 2.7[1] ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในปี 2557 มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 23.7 และลดลงเป็นร้อยละ 23.0 ในปี 2560 ทำให้แนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้นตามมา[2]

เขตสุขภาพที่ 4 ระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2564 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ 617.62, 590.27, 554.94, 535.98 และ 576.68 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเป็นทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ในประเทศไทย ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2564 ร้อยละ 24.60, 27.18, 27.64, 29.38 และ 28.62 ตามลำดับ พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรของจังหวัดปทุมธานีตามปีงบประมาณ ตั้งแต่ พ.ศ. 2560 – 2564 ต่อแสนประชากร 391.68, 405.54,416.06, 410.82 และ 446.81 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าข้อมูลการป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่มีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปีในจังหวัดปทุมธานี ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2564 ของจังหวัดปทุมธานี ร้อยละ 25.11, 31.18, 33.40, 32.22 และ 27.47 ตามลำดับ[3] พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ของจังหวัดปทุมธานี ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ได้ร้อยละ 40 ขึ้นไป

การเสียชีวิตของผู้ป่วยจากโรคเบาหวานประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556-2560 พ.ศ. 2560 เท่ากับ 15, 17.5, 19.4, 22.3 และ 22 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[4] จากข้อมูลจะพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานมีการเพิ่มจำนวนขึ้นในทุกๆปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากระบบ Health Data Center จังหวัดปทุมธานี โดยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 ถึง พ.ศ.2565 มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 846 คน, 968 คน, 1,163 คน, 871 คน และ 1,183 คน ตามลำดับ ตามลำดับ[3]

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การการควบคุมน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น อาจขึ้นออยู่กับปัจจัยทางด้านตัวบุคคล ที่อาจส่งผลให้มีความแตกต่างกัน เช่น ปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p value = 0.002[5] ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูบบุหรี่มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้เป็น 1.47 เท่า ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ [6] ซึ่งในการศึกษาของประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้เป็น 2.88 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 60 ปี[7] ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กก./ม2. หรือมีภาวะอ้วน มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้เป็น 1.75 เท่า ของผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 30 กก./ม2.[8] ผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้เป็น 2.07 เท่าของเพศชาย ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 65 ปี มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้เป็น 1.67 เท่าของผู้ป่วยที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระยะเวลามากกว่า 10 ปี มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้เป็น 2.53 เท่า ของ

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานระยะเวลาน้อยกว่า 10 ปี [9]การมีค่าระดับไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้เป็น 1.57 เท่า ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าระดับไขมันในเลือดปกติ[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ให้อยู่ในระดับเกณฑ์ที่ดีได้ และจะส่งผลไปยังความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดปทุมธานี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อวางแผนนโยบายด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ในจังหวัดปทุมธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม Case – Control Study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลในจังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2565 ที่สูบบุหรี่ จำนวน 4,425 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ข้อมูลวันที่ 9 มกราคม 2566)

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.7 ทดสอบตระกูล two independent proportions กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ .50 ความน่าจะเป็นความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (1-β) เท่ากับ .80[11] และอัตราส่วนการจัดสรรขนาดตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (Allocation Ratio) เท่ากับ 1 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 51 คน df เท่ากับ 102 จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 คน คือ กลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) การสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ทำการดึงข้อมูลจากชุดฐานข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม ส่งออกด้วยโปรแกรมบริการผู้ป่วย JHCIS หรือโปรแกรมบริการผู้ป่วย HosxP และข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ภายใต้การดำเนินงานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน เข้ารับการรักษาโรคเบาหวานที่สถานพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี มีระยะการเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป (ข้อมูลในปีงบประมาณ 2565) 2) มีอายุระหว่าง 35 - 59 ปี 3)ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น สามารถอ่าน สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 4) ยินยอมให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เลิกสูบแล้วเกิน 1 ปี 3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ด้านคุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคร่วมอื่นๆ และประวัติการเป็นโรคเบาหวานของคนในครอบครัว ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ (Checklist) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) โดยเป็นรูปแบบเติมข้อความลงในช่องว่างตามความจริง ประกอบไปด้วย ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) วันเดือนปีที่ตรวจค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

ส่วนที่ 3 ลักษณะการสูบบุหรี่ ประกอบไปด้วย ชนิดของบุหรี่ ยี่ห้อของบุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาที่สูบ ความถี่ในการสูบบุหรี่ จำนวนที่สูบบุหรี่ ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ (Checklist) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 ทัศนคติต่อบุหรี่ จำนวน 13 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และ ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ข้อความมีทั้งทางบวกและทางลบ ทัศนคติต่อบุหรี่ การแปลผลแบ่งระดับทัศนคติ เป็น 3 ระดับ[11] ได้แก่ ระดับสูง (3.68-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.34-3.67 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00-1.33 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (10-11 คะแนน) และระดับต่ำ (ต่ำกว่า 10 คะแนน)

ส่วนที่ 6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ด้านการจัดการตนเอง (Self-management) มีด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) จำนวน 24 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เป็นประจำ (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) ค่อนข้างบ่อย (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) และ ไม่เคย (1 คะแนน) การแปลผลแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 4 ระดับ[13] คือ ระดับดีมาก (คะแนนตั้งแต่ 109 คะแนนขึ้นไป) ระดับดี (คะแนนตั้งแต่ 95 – 108 คะแนน) ระดับพอใช้ (คะแนนตั้งแต่ 82 – 94.99 คะแนน) และระดับไม่ดี (น้อยกว่า 81 คะแนน) แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา (2566)[13] ดังนี้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายคุณลักษณะประชากร ลักษณะการสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดี่ยว (Univariable analysis) ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยทางด้านทัศนคติต่อบุหรี่ ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และความรอบรู้ด้านนสุขภาพ กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ เป็นรายตัวแปรโดยการใช้สถิติไคสแควร์ p-value ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ซึ่งใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลที่ตัวแปรตาม (Dependent variable) เป็นตัวแปรแจงนับ (Categorical variable) ชนิด Dichotomous Outcome คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ที่ควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ (Yes) และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ที่ควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดได้ (No)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2566 / 5 วันที่ให้การรับรอง 8 พฤษภาคม 2566 วันหมดอายุใบรับรอง 7 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไป กลุ่มควบคุมไม่ได้และกลุ่มควบคุมได้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.67 และ ร้อยละ 60 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 52.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอายุเท่ากับ 8.09 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 24 ค่าสูงสุดเท่ากับ 59 กลุ่มควบคุมไม่ได้และกลุ่มควบคุมได้ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-59 ปี ร้อยละ 88.33 และร้อยละ 93.33 ตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มควบคุมไม่ได้และกลุ่มควบคุมได้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 56.67 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษากลุ่มควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่ ไม่ได้เรียนหนังสือจนถึงประถมศึกษา ร้อยละ 50.83 กลุ่มควบคุมได้ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาคือ ชั้นมัธยมศึกษาถึงระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 65 ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมไม่ได้ประกอบอาชีพ ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 36.67 กลุ่มควบคุมได้ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 26.67 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่ป่วยเป็นระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 45 ส่วนกลุ่มควบคุมได้ส่วนใหญ่ป่วยเป็นระยะเวลา 6-10 ปีร้อยละ 51.67 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มควบคุมไม่ได้และกลุ่มควบคุมได้ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ร้อยละ 26.67 และร้อยละ 18.33 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมไม่ได้และกลุ่มควบคุมได้ส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 78.33 ตามลำดับ และข้อมูลประวัติการเป็นโรคเบาหวานในครอบครัว ญาติสายตรง อาทิ พ่อ แม่ พี่น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมไม่ได้ไม่มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 56.67 ส่วนกลุ่มควบคุมได้มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 55

ลักษณะการสูบบุหรี่ กลุ่มควบคุมไม่ได้และกลุ่มควบคุมได้ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ประเภทที่ผลิตโดยเครื่องจักร ร้อยละ 91.67 และร้อยละ 66.67 ตามลำดับ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่กลุ่มควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เป็นระยะเวลา 26 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.67 กลุ่มควบคุมได้ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เป็นระยะเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 53.33 ความถี่ในการสูบบุหรี่พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมไม่ได้และกลุ่มควบคุมได้มีการสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 78.33 และร้อยละ 80 ตามลำดับ และส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมไม่ได้และกลุ่มควบคุมได้ สูบบุหรี่วันละ 5-10 มวน ร้อยละ 41.67 และร้อยละ 58.33 ตามลำดับ

ทัศนคติต่อบุหรี่ กลุ่มควบคุมไม่ได้และกลุ่มควบคุมได้มีทัศนคติต่อบุหรี่ที่แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มควบคุมไม่ได้ มีทัศนคติต่อบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.67 ระดับต่ำ ร้อยละ 33.33 และระดับสูง ร้อยละ 10 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมได้ มีทัศนคติต่อบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.67 และระดับสูง ร้อยละ 28.33 ตามลำดับ

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน กลุ่มควบคุมไม่ได้และกลุ่มควบคุมได้ มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ที่ระดับต่ำ ร้อยละ 56.66 ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.67 และระดับสูง ร้อยละ 10 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมได้ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ที่ระดับสูง ร้อยละ 80 ระดับต่ำ ร้อยละ 13.33 และระดับปานกลาง ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มควบคุมไม่ได้และกลุ่มควบคุมได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่มี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ระดับไม่ดี ร้อยละ 93.33 ระดับพอใช้ ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมได้ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ระดับพอใช้ ร้อยละ 51.67 ระดับดี ร้อยละ 40 และระดับไม่ดี ร้อยละ 8.33 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี พบว่า พบว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วม ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่

ตัวแปร	ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด		χ^2	p-value
	กลุ่มควบคุมไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุมได้ จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
เพศชาย	49 (81.67)	36 (60)	6.817	< 0.01
เพศหญิง	11 (18.33)	24 (40)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือถึง	40 (66.67)	21 (35)	12.037	< 0.001
ประถมศึกษา				
มัธยมศึกษาตอนต้นถึง	20 (33.33)	39 (65)		
ปริญญาตรีขึ้นไป				
ระยะเวลาที่ป่วย				
1 – 5 ปี	27 (45)	23 (38.33)	6.400	< 0.05
6 – 10 ปี	19 (31.67)	31 (51.67)		
11 ปีขึ้นไป	14 (23.33)	6 (10)		
ภาวะไขมันในเลือดสูง				
เป็น	33 (53.33)	18 (30)	6.720	< 0.01
ไม่เป็น	28 (46.67)	42 (70)		
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่				
< 10 ปี	20 (33.33)	36 (60)	8.571	< 0.01
10 ปีขึ้นไป	40 (66.67)	24 (40)		
สูบบุหรี่วันละกี่มวน				
< 10 มวน	38 (63.33)	54 (90)	11.925	< 0.001
10 มวนขึ้นไป	22 (36.67)	6 (10)		

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001, χ^2 = 26.313) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อบุหรี่กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่

ปัจจัย	ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด		χ^2	p-value
	กลุ่มควบคุมไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุมได้ จำนวน (ร้อยละ)		
ทัศนคติต่อบุหรี่				
ระดับสูง	6 (10)	17 (23.33)	26.313	< 0.001
ระดับปานกลาง	34 (56.67)	43 (71.67)		
ระดับต่ำ	20 (33.33)	0		

ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001, χ^2 = 48.192) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเบาหวานกับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่

ปัจจัย	ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด		χ^2	p-value
	กลุ่มควบคุมไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุมได้ จำนวน (ร้อยละ)		
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน				
ระดับสูง	10 (16.67)	48 (80)	48.192	< 0.001
ระดับปานกลาง	16 (26.67)	4 (6.67)		
ระดับต่ำ	34 (56.66)	8 (13.33)		

ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001, χ^2 = 87.468)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่

ปัจจัย	ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด		χ^2	p-value
	กลุ่มควบคุมไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุมได้ จำนวน (ร้อยละ)		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
ระดับดี	0	24 (40)	87.468	< 0.001
ระดับพอใช้	4 (6.67)	31 (51.67)		
ระดับไม่ดี	56 (93.33)	5 (8.33)		

สรุปและอภิรายผล

เพศชาย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อยู่ที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับกานต์ชนก สุทธิผล[14] ที่ศึกษาและ

พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลคือ เพศ อาชีพ การมีญาติสายตรงเป็นเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์ต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือด อีกทั้งยังไม่สอดคล้องกับดวงใจ พันธ์อารีวัฒนา[15] ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือด โดยอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ ที่เป็นเพศชาย มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เนื่องจากเพศชายจะเป็นกลุ่มที่ไม่สนใจต่อคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ เป็นเพศที่มีความคิดว่าผู้ชายต้องแข็งแรงและเมื่อเวลามีอาการผิดปกติต่อร่างกายจะมักทนต่อโรคนั้นๆ และปล่อยให้หายไปเอง และผู้ชายส่วนใหญ่มักจะไม่ให้ความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ จึงอาจจะเป็นได้ว่า เมื่อเพศชายที่สูบบุหรี่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะไม่สนใจคำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพราะรู้สึกได้ว่าร่างกายแข็งแรงดี

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อยู่ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิกา ฟูเฟื่อง[16] พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความสามารถในการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีกว่า อีกทั้งการศึกษาของ Mohammed Badedi[17] ศึกษาไว้ว่า การไม่ได้รับการศึกษาจะส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงขึ้น และการศึกษาของ Rahman ได้ทำการศึกษาและพบว่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงขึ้นนั้นมาความสัมพันธ์มาจากระดับการศึกษา โดยอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาถึงปริญญาตรีขึ้นไป จะมีความสามารถในการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาถึงระดับประถมศึกษา

ระยะเวลาป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อยู่ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับกานต์ชนก สุทธิผล[14] ว่าระยะเวลาการเกิดโรคมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยระยะเวลาการเกิดโรคของกลุ่มที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีระยะเวลาป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การดำเนินโรคนานส่งผลให้การคุมระดับน้ำตาลในเลือดยาก อีกทั้งกุสุมา กังหลี ศึกษาและพบว่าระยะเวลาการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการคุมระดับน้ำตาลในเลือด และชลวิภา สุลักขณานุรักษ์และคณะ ได้ทำการศึกษาและพบว่าการเป็นเบาหวาน ≥10 ปีมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

โดยอธิบายได้ว่า ระยะเวลาป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ เนื่องจากเมื่อรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นระยะเวลานาน ความเสื่อมของระบบร่างกายเริ่มเสื่อมลง ส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด

การมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมกับการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อยู่ที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับกานต์ชนก สุทธิผล[18] พบว่าการมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง แผลเบาหวานเรื้อรัง ชาปลายมือปลายเท้า โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคแทรกซ้อนอื่นๆ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันไม่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือด อีกทั้งอรพิน สีขาว, รัชนี นามจันทรา และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค[8] ได้ทำการศึกษาและพบว่าโรคแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยอธิบายได้ว่าการมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมกับการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุม

น้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาภาวะไขมันในเลือดสูงแล้วได้ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงมาทาน อาจจะชะล่าใจในการควบคุมอาหาร หวาน มัน เนื่องจากคิดว่าได้ยาทานแล้วไม่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกการรับประทานอาหารก็ได้ เลยส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับมนศภรณ์ สมหมาย[19] ได้ทำการศึกษาและพบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมไม่ได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร โดยอธิบายได้ว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สาเหตุจากนิโคตินและสารอื่นๆ ในควันบุหรี่ที่ขัดขวางการออกฤทธิ์ของอินซูลินในร่างกาย ส่งผลให้ glucose intolerance เพิ่มมากขึ้น สารแคดเมียมในบุหรี่ยังเป็นพิษโดยตรงต่อตับอ่อน มีผลต่อการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสุจิรา รัตนพันธ์[20] ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเบาหวานของประชาชน ที่มีภาวะก่อนเบาหวานในอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติระดับสูง มีความสัมพันธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติระดับต่ำและปานกลาง โดยอธิบายได้ว่า ระดับทัศนคติต่อบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ เนื่องจากกลุ่มที่มีระดับทัศนคติต่อบุหรี่อยู่ระดับที่สูงกว่าสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้

ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับนันทวรรณ ศรีสุวรรณ[21] พบว่าเจตคติเรื่องโรคเบาหวานทำนายระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยอธิบายได้ว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูบบุหรี่ โดยกลุ่มที่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานระดับสูงสามารถควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดได้ เนื่องจากมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานแล้วนำมาปฏิบัติตามความรู้ที่ได้รับจึงส่งผลให้มีความสัมพันธ์กัน

ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับกฤศภณ เทพอินทร์และเสน่ห์ ขุนแก้ว[22] ได้ศึกษาและพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยอธิบายได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อยู่ที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

1. สามารถนำผลจากการวิจัยในครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ ที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ ได้ตระหนักถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ที่ส่งผลต่อสุขภาพ

2. สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ และขยายการดำเนินการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติต่อบุหรี่และโรคเบาหวาน ไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนา เพิ่มความตระหนักและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดปทุมธานี และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย และครอบคลุมทุกพื้นที่ ต้องมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยในจังหวัดอื่นๆในเขตกรุงเทพและปริมณฑล และนำมาเปรียบเทียบผลที่ได้จากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่ ซึ่งจะทำให้สามารถนำข้อมูลมาเพื่อแก้ไขปัญหาการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร. (บก.). (2557) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017). ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.
3. Health Data Center. (2565). https://pte.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2560). https://www.hiso.or.th/hiso/contact/contact_2.php
5. ขวัญเรือน ก่ำวิตูและชนิดา มัททวางกูร. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 20(38), 82-95.
6. อารยา หาอุปละ. น้ำเพชร สายบัวทอง. (2561). การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ ต่อเนื่องและเลิกสูบบุหรี่แล้ว. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 15(2), 69-77.
7. กุสุมา กังหลี. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3),256-268.
7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
8. อรพินท์ สีขาว, รัชนี นามจันทรา และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวเฉียว. วารสารพยาบาลทหารบก.2556;14:39-49
9. Haghighatpanah. M., Mozaffari, N.A.S., Haghighatpanah, M., Thunga, G. & Mallayasamy, S. (2018). Factors that Correlate with Poor Glycemic Control in Type 2 Diabetes Mellitus Patients with Complications. Osong Public Health Res Perspect, 9(4),167-174.
mellitus.Journal of Diabetes Research,16(8). doi: 10.1155/2016/2109542
10. Alzaheb, R.A. & Altemani, A.H. (2018). The prevalence and determinants of poor glycemic control among adults with type 2 diabetes mellitus in Saudi Arabia. Retrieved August 28, 2019, from https://www.dovepress.com/diabetes-metabolicsyndrome-and-obesity-targets-and-therapy-jou
11. Best, J. W. (1981). Research in education. New jersey: Prentice-Hall.Eales, R. T. J. (2014). A Knowledge Management Approach to User Support. AUIC ‘04
11. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2010). Multivariate Data Analysis.
12. Bloom,Benjamin S.,et al. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company

13. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. (2566). คู่มือการดำเนินงานมาตรฐานสุขศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. http://www.hed.go.th/linkHed/index/454.
15. ดวงใจ พันธ์อารีวัฒนา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน โรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 37(4), 294-305.
16. วรรณิกา ฟูเฟื่อง. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
17. Badedi, M. (2016). Factors associated with long-term control of type 2 diabetes
18. กานต์ชนก สุทธิผล. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชานุเคราะห์โรงพยาบาลราชบุรี. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร ปีที่ 5 ฉบับที่2 มกราคม – มิถุนายน 2565.
19. มนศภรณ์ สมหมาย. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร การศึกษาแบบจับคู่ย้อนหลัง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
20. สุจิรา รัตนพันธ์. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเบาหวานของประชาชน ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ในอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11,28, 906.
21. นันทวรรณ ศรีสุวรรณ. (2550). พฤติกรรมสุขภาพสำหรับทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสมุทรปราการ.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
22. กฤศภณ เทพอินทร์. เสน่ห์ ขุนแก้ว. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์, 14(1).

ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

Food Consumption Knowledge of the Elderly at Health Promoting Hospital of Health Promotion Center 2 Phitsanulok

(Received: December 10,2023 ; Revised: December 17,2023 ; Accepted: December 18,2023)

นุชจรี ไม้จันทร์ดี[1]
Nutchari Maichandi[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก และ 2) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาและตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก จำนวน 283 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า 1) ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความรอบรู้, การบริโภคอาหาร, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

This research was survey research by cross-sectional study was to 1) study the food consumption knowledge of the elderly at Health Promoting Hospital of Health Promotion Center 2 Phitsanulok and 2) study the factors affecting the food consumption knowledge of the elderly at Health Promoting Hospital of Health Promotion Center 2 Phitsanulok. The samples were 283 elderlys who were treated at the hospital and health check up at Health Promoting Hospital of Health Promotion Center 2 Phitsanulok. Data were collected by questionnaire. The data were statistically analyzed by percentage, mean, standard deviation, and Chi-Square test.

The results of the study revealed that: 1) the overall food consumption knowledge of the elderly was at a moderate level and 2) the factors of age, educational level, monthly income, source of income, underlying disease were affected the food consumption knowledge of the elderly at Health Promoting Hospital of Health Promotion Center 2 Phitsanulok with statistically significant at a level of 0.05.

Keywords: Knowledge, Food Consumption, Elderly

บทนำ

ทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน ในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จะเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 20% ของประชากรทั้งประเทศ และเมื่อถึงปี 2579 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขั้นสุดหรือระดับสุดยอด จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น 30% ของประชากรทั้งประเทศ[1]

ในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคม โดยเฉพาะทางด้านร่างกาย ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ เสื่อมถอยลง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสจะประสบปัญหาทางด้านสุขภาพเกิดโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิด

[1] นายแพทย์ชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

โรคส่วนใหญ่เกิดจากการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องรับประทานอาหารที่ได้สัดส่วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เช่นเดียวกับวัยอื่นๆ เพียงแต่ต้องการในปริมาณที่ลดน้อยลง และต้องครบถ้วน 5 หมู่[2] ปัจจุบันมีสื่อสังคมมากมายที่มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการบริโภคอาหารประเภทต่างๆ ซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง จากการศึกษาของ วันทนีย์ เกรียงสินยศ และคณะ[3] พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีปัญหาด้านภาวะทุพโภชนาการ อันเกิดจากการขาดความรู้ และการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ หากมีปริมาณมากเกินไปจะทำให้น้ำหนักเกิน จนเกิดเป็นโรคอ้วน หรือหากบริโภคอาหารได้น้อยจะมีปัญหาการขาดสารอาหาร

ดังนั้น เพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ว่ามีความรู้อยู่ในระดับใด และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาและตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก จำนวน 283 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การตอบโต้ ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 29 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามหรือค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์(Item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.94 และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก เพื่อขอความร่วมมือโดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ กำหนดเวลาในการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเท่านั้น
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย จำนวน 283 คน
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และ

รายละเอียดขั้นตอนการวิจัย และตอบข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยนำผลการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความเรียบร้อย ความถูกต้องสมบูรณ์ในการลงข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) คือ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิตินุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย 31/2566 ลงวันที่ 27 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.1 และเพศชาย ร้อยละ 27.9 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 79.9 รองลงมาคือ อายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 18.7 ผู้ตอบแบบสอบถามมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 89.1 รองลงมาคือ หม้าย ร้อยละ 4.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 23.0 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 51.9 รองลงมาคือ 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 17.7 ส่วนใหญ่มาจากบำเหน็จ / บำนาญ ร้อยละ 55.8 รองลงมาคือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ / ผู้พิการ ร้อยละ 24.4 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.0 ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 37.1 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.0

2. ข้อมูลความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อจำแนกรายด้านมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ผู้ตอบแบบสอบถามมีการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 54.1 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 23.6 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 22.3 คะแนนการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการเฉลี่ย 14.52 ±3.90 คะแนน (คะแนนเต็ม 20) คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน คะแนนสูงสุด 20 คะแนน โดยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถค้นหาข้อมูลด้านโภชนาการได้จากหลายแหล่ง เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น มากที่สุด และสามารถไปพบแพทย์/ บุคลากรสาธารณสุข/ ผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อขอคำแนะนำด้านโภชนาการได้ทุกครั้งตามที่ต้องการ น้อยที่สุด

2.2 การเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ผู้ตอบแบบสอบถามมีการเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 64.0 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 30.0 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 6.0 คะแนนการเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเฉลี่ย 30.16 ±4.38 คะแนน (คะแนนเต็ม 40) คะแนนต่ำสุด 19คะแนน คะแนนสูงสุด 40 คะแนน) โดยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจว่าการรับประทานผัก ผลไม้ อาหารกลุ่มธัญพืช สามารถช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด และป้องกันภาวะท้องผูกได้ มากที่สุด และเข้าใจว่าอาหารสำเร็จรูป มีสารอาหารครบถ้วน และสะอาด เป็นอาหารที่สามารถกินได้บ่อย น้อยที่สุด

2.3 การตอบโต้ ซักถามและแลกเปลี่ยนเพื่อความรอบรู้การบริโภคอาหาร ผู้ตอบแบบสอบถามมีการตอบโต้ ซักถามและแลกเปลี่ยนเพื่อความรอบรู้การบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 48.7 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 34.3 และน้อยที่สุด คือ ระดับสูง ร้อยละ 17.0 คะแนนการตอบโต้ ซักถามและแลกเปลี่ยนเพื่อความรอบรู้การบริโภคอาหารเฉลี่ย 17.20±4.27 คะแนน (คะแนนเต็ม 25) คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน โดยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจว่า สามารถ

ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ จากนักโภชนาการ ได้ มากที่สุด และผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจว่า สามารถซักถาม

2.4 การตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ผู้ตอบแบบสอบถามมีการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 56.9 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 31.8 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 11.3 คะแนนการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องเฉลี่ย 15.62±2.63 คะแนน (คะแนนเต็ม 20) คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน คะแนนสูงสุด 20 คะแนน โดยพบว่า หลังจากได้ข้อมูล การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามตัดสินใจได้ว่าควรเลือกซื้อหรือปรุงอาหารอย่างไรมากที่สุด และ หลังจากการได้ข้อมูล อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามตัดสินใจได้ว่าควรเลือกใช้อย่างไร น้อยที่สุด

2.6 การบอกต่อ ผู้ตอบแบบสอบถามมีการบอกต่ออยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 52.3 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 25.8 และน้อยที่สุด คือ ระดับสูง ร้อยละ 21.9 คะแนนการบอกต่อเฉลี่ย 10.91±2.55 คะแนน (คะแนนเต็ม 15) คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน โดยพบว่า ผู้ตอบ

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ และโรคประจำตัว ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้น้อยที่สุด

2.5 การเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ตอบแบบสอบถามมีการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 61.1 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 21.6 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 17.3 คะแนนการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉลี่ย 18.23±3.17 คะแนน (คะแนนเต็ม 25) คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน โดยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกรับประทานเนื้อปลาแทนเนื้อสัตว์ชนิดอื่น มากที่สุด และผู้ตอบแบบสอบถามดื่มนมพร่องมันเนยหรือเลือกใช้ผลิตภัณฑ์จากนมพร่องมันเนย น้อยที่สุด

แบบสอบถามเคยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมแก่บุคคลในครอบครัว/ญาติ/ เพื่อน มากที่สุด และผู้ตอบแบบสอบถามสามารถอธิบายและยกตัวอย่างเปรียบเทียบการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ ให้บุคคลอื่นเข้าใจได้อย่างถูกต้อง น้อยที่สุด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ และสถานภาพสมรส ไม่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร			χ^2	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
1. เพศ				4.091	0.129
ชาย	14 (4.9)	56 (19.8)	9 (3.2)		
หญิง	59 (20.8)	129 (45.6)	16 (5.7)		
2. อายุ				12.384	0.015*
60 – 69 ปี	67 (23.7)	140 (49.5)	19 (6.7)		
70 – 79 ปี	4 (1.4)	43 (15.2)	6 (2.1)		

ตารางที่ 1 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร			x^2	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
80 ปีขึ้นไป	2 (0.7)	2 (0.7)	0 (0.0)		
3. สถานภาพสมรส				9.521	0.146
โสด	2 (0.7)	8 (2.8)	0 (0.0)		
สมรส	69 (24.4)	160 (56.5)	23 (8.1)		
หม้าย	2 (0.7)	12 (4.2)	0 (0.0)		
หย่าร้าง / แยกกันอยู่	0 (0.0)	5 (1.8)	2 (0.7)		
4. ระดับการศึกษา				36.477	0.000*
ประถมศึกษา	8 (2.8)	49 (17.3)	8 (2.8)		
มัธยมศึกษา / ปวช.	4 (1.4)	24 (8.5)	6 (2.1)		
อนุปริญญา / ปวส.	0 (0.0)	10 (3.5)	2 (0.7)		
ปริญญาตรี	41 (14.5)	88 (31.1)	7 (2.5)		
อื่น ๆ (ปริญญาโท, ปริญญาเอก)	20 (7.1)	14 (4.9)	2 (0.7)		
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				34.036	0.000*
ต่ำกว่า 1,000 บาท	0 (0.0)	8 (2.8)	4 (1.4)		
1,000 – 5,000 บาท	6 (2.1)	36 (12.7)	8 (2.8)		
5,001 – 10,000 บาท	2 (0.7)	23 (8.1)	2 (0.7)		
10,001 – 20,000 บาท	53 (18.7)	88 (31.1)	6 (2.1)		
มากกว่า 20,000 บาท	12 (4.2)	30 (10.6)	5 (1.8)		
6. แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
ตัวของท่านเอง	14 (24.1)	38 (65.6)	6 (10.3)	0.266	0.875
คู่สมรส	4 (20.0)	16 (80.0)	0 (0.0)	2.886	0.236
บุตร / หลาน / ญาติพี่น้อง	0 (0.0)	35 (89.8)	4 (10.2)	15.882	0.000*
บำเหน็จ / บำนาญ	57 (36.1)	90 (56.9)	11 (7.0)	19.946	0.000*
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ / ผู้พิการ	6 (8.7)	51 (73.9)	12(17.4)	18.925	0.000*
อื่น ๆ (ค้าขาย, ค่าเช่าที่นา, บ้านเช่า)	1 (14.3)	5 (71.4)	1 (14.3)	6.091	0.413
7. โรคประจำตัว				13.589	0.001*
ไม่มี	43 (15.2)	66 (23.3)	7 (2.5)		
มี	30 (10.6)	119 (42.0)	18 (6.4)		

* p-value ≤ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการสื่อสารทำให้ผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลด้านโภชนาการได้จากหลายแหล่ง เช่น จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ จากผู้รู้ เช่น นักโภชนาการ เป็นต้น เพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เช่น การรับประทานผัก ผลไม้ อาหารกลุ่มธัญพืช สามารถช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด และป้องกันภาวะท้องผูกได้ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรม

การบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องแก่บุคคลในครอบครัว/ ญาติ/ เพื่อน ซึ่งจะทำให้วงจรของการพัฒนาความรอบรู้การบริโภคอาหารอันประกอบด้วย 6 ประเด็น คือ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ มีความสมบูรณ์จนทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมได้ในที่สุด ดังนั้น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นโดยเฉพาะผู้สูงวัย ซึ่งต้องมีความเข้าใจเรื่องอาหารและโภชนาการเป็นอย่างดี รวมถึงความต้องการพลังงานและสารอาหารในผู้สูงอายุแต่ละรายที่แตกต่างกันไป ขึ้นกับอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และการใช้พลังงานในแต่ละวัน[4] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังธนา จุลสุคนธ์[5] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวม ด้านโภชนาการขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนขั้นวิจารณญาณของผู้สูงอายุตอนต้น และผู้สูงอายุตอนกลางอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ผู้สูงอายุตอนปลายอยู่ในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติน ชุมแก้ว และชีพ สุมน รังสยาธร[6] ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี และผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งรายละเอียดดังนี้

อายุ ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเรียนรู้ที่ช้าลง ทำให้ความสามารถในการพัฒนาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารไม่เท่ากัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทองใหม่ ทองสุก[7] ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุยุค 4.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ระดับการศึกษา ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร รวมทั้งการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ทำให้การตัดสินใจในการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมบริโภคอาหารมีข้อจำกัดเมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับการศึกษามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังธนา จุลสุคนธ์[5] ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีรายได้สูง สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็วกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรชร เดือนเด่น และกัญญานัฐ บำรุง[8] ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แหล่งที่มาของรายได้ ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีรายได้เป็นของตัวเองจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการบริโภคอาหารมากกว่าผู้ที่มีรายได้จากผู้อื่นมาสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังธนา จุลสุคนธ์[5] ที่พบว่า แหล่งรายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคประจำตัว ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีเวลาและให้ความสนใจค้นหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพข้อมูลจำเพาะเกี่ยวกับอาหาร โภชนาการ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และได้รับแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพช่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการเพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันท์ทิพย์ พลอยสุวรรณและคณะ[9] ที่พบว่า โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จัดทำแผนระยะยาวในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ การเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารการตอบโต้ ซักถามและแลกเปลี่ยนเพื่อความรอบรู้การบริโภคอาหาร การตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการบอกต่อ

2. กำหนดนโยบายส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี เพื่อสร้างการรับรู้ถึงการเลือกทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และเป็นการป้องกันการเกิดโรค รวมถึงเป็นการคัดกรองอาการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น หากพบความผิดปกติก็สามารถรักษาได้ทันท่วงทีและยังเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมาก

3. กำหนดนโยบายและทิศทางการสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ให้เป็นองค์รอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และขับเคลื่อนการดำเนินงานไปสู่หน่วยงาน/องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. จัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยคำนึงถึงการใช้สื่อสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการอ่านและได้ยิน

2. จัดกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ด้วยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ทั้งการให้ความรู้เกี่ยวโรคการแนะนำโภชนาการ บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในการเตรียมอาหาร กระตุ้นเตือน และอื่นๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับพฤติกรรมเปลี่ยนการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

3. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำบางส่วนปลูกพืชผักรับรับประทานเองและหามาจากแหล่งธรรมชาติในท้องถิ่น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการปลูกพืชผักสวนครัวและการเลี้ยงสัตว์ ตลอดจนรณรงค์การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่น เพื่อทำให้มีวัตถุดิบมาบริโภคได้สารอาหารที่ครบถ้วน และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก จึงควรศึกษาในจังหวัดใกล้เคียงหรือภูมิภาคอื่น เพื่อนำผลมาเปรียบเทียบว่ามีความแตกต่างหรือเหมือนกันอย่างไร เพื่อนำข้อมูลมากำหนดกลยุทธ์และออกแบบกระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคต่างๆ เนื่องจากผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว เพื่อนำผลที่ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ภาวะสุขภาพต่อไป

3. ควรทำการศึกษาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารกับประชาชนกลุ่มวัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความรอบรู้มากขึ้นในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารให้กับประชาชนแต่ละช่วงวัย

เอกสารอ้างอิง

1.กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2564). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 มิ.ย. 66]. เข้าถึงจาก: https://www.dop.go.th/th/know/15/926

2.นวนิตย์ จันทร์ชุ่ม. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเขตบางขุนเทียนกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

3.วันทนีย์ เกรียงสินยศ และคณะ.(2560). องค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับทุกช่วงวัย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

4.ประไพศรี ศิริจักรวาล.(2560). ข้อแนะนำการบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย.

5.อังธนา จุลสุคนธ์.(2562). ความรอบรู้ด้านโภชนาการและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสภาการพยาบาล. 34(4): 120-135.

6.กฤติน ชุมแก้ว และชีพสุมน รังสยาธร.(2557). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม) 35:16-29.

7.ทองใหม่ ทองสุก.(2563). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุยุค 4.0. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ 2563; 5(3): 232-244.

8.อรชร เดือนเด่น และกัญญานัฐ บำรุง. ความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. สุโขทัย: โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย; 2562.

9.ฉันท์ทิพย์ พลอยสุวรรณ, สุพร วงศ์ประทุม, ชวิศา รัตนกมลกานต์, พรรณี ปานเทวัญ และ ฐานิตา พึ่งฉิ่ง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2564; 14(2): 52-64.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด
Factors influencing the violent behavior of psychiatric patients in Nong Phok District Roi Et Province.

(Received: December 11,2023 ; Revised: December 20,2023 ; Accepted: December 23,2023)

เกรียงไกร ศรีวิลัย[1]
Kreangkrai Sriwilai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Survey research for predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองพอก กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้องและทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นหลัก จำนวน 96 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปีมากที่สุด สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดาของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นผู้สูงอายุ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ลักษณะโครงการครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ส่วนผลการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ภาพรวมของสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย ภาระเชิงปรนัย และการดูแลผู้ป่วยและญาติ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งสองด้าน สามารถร่วมทำนายการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 36.40
คำสำคัญ : ปัจจัย การแสดงพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวช

Abstract

This study was survey research for predictive relationships aimed to study factors influencing violent behavior among psychiatric patients receiving services at Nong Phok Hospital. Sample group in this research They are the main caregivers who are related to fathers, mothers, husbands, wives, children, grandchildren, or relatives and are responsible for providing primary care to psychiatric patients, totaling 96 people. Data were collected from questionnaires and analyzed by frequency distribution, percentage, mean (Mean), and section. Standard deviation and stepwise multiple regression analysis statistics.

The results of the study found that Most patients are male. Most are in the age range of 30-39 years, single status, completed primary school. The patient is unable to work. Most caregivers are the patients' parents. Most caregivers are female and elderly. Have an average monthly income of less than 5,000 baht. Most family projects are single families. As for the results of the evaluation of the patients' aggressive behavior, it was found that most of the patients did not have aggressive behavior. The overall picture of family relationships is at a moderate level. The results of the multiple regression analysis of factors influencing violent behavior of psychiatric patients found that the variables that can jointly predict violent aggressive behavior among psychiatric patients include objective load. and caring for patients and relatives Both factors are statistically significant at the 0.01 level. Able to predict aggressive behavior of 36.40% of psychiatric patients.
Keywords: Factors, showing violent behavior, psychiatric patient

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) คิดเป็นร้อยละ4.1ของประชากรทั่วไปทั้งหมด ที่มีอายุ18 ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 26 - 49 ปี รองลงมาคืออายุ18 - 25 ปีและพบมากในผู้ป่วยนิติจิตเวชถึง 3 เท่า และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5[1] จากรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่มีโรคจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งในช่วงชีวิตมีความผิดปกติของพฤติกรรมการติดสุราร่วมร้อยละ 22[2] โรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลกการถูกตราหน้า (stigma) และการละเมิดสิทธิยิ่งทำให้ปัญหารุนแรงของโรคกลุ่มนี้มากขึ้น แต่ในเชิงนโยบายปัญหาสุขภาพจิตมักถูกจัดเป็นปัญหาสุขภาพลำดับท้าย ๆ ทำให้มีข้อจำกัดด้านการจัดบริการสุขภาพและทรัพยากรอย่างเหมาะสม ส่งผลเสียต่อการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียปีสุขภาวะ สะท้อนถึงความสำคัญลำดับต้นในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้นโยบายสุขภาพเพื่อลดภาระโรค[3] ในประเทศไทยได้มีการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในคนไทยมาต่อเนื่องทุก 5 ปี มาแล้วสองครั้ง คือ ในปี พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2546 ที่ผ่านมาเคยมีรายงานความชุกของโรคจิตเวชร่วมในผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา จากการสำรวจระดับประเทศเมื่อปี 2551 และรายงานความชุกของโรคจิตเวชรายโรคที่พบในผู้มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย[4]

ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อบุคคลพบว่าส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทโดยก่อให้เกิดภาวะโรคเรื้อรังและความพิการขึ้นมีความพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ประจำวันพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและทักษะการเข้าสังคมส่งต่อครอบครัวที่ต้องแบกภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ปิดกั้นโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ถูกละเมิดสิทธิและสถานภาพของพวกเขาไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมส่วนใหญ่ กลายเป็นคนชายขอบของสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตรวมทั้งการปรับตัวเข้ากับสังคม [5] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อศึกษาการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้เกิดคุณภาพและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว ชุมชนและสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองพอก

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้องและทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นหลัก รวมทั้งเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยมารับบริการตามนัด หรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการคำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่า เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ application n*4*study กำหนดค่า proportion (P)=0.45 , Error (D) = 0.1 และ Alpha ($\propto$) = *0.05* ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 96 ราย และมีการกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยมีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากจากรหัสทะเบียนผู้ป่วยที่อยู่ในทะเบียนรายชื่อที่มารับบริการแบบไม่มีการคืนที่ (Sampling without replacement) ประมาณร้อยละ 50 ของทะเบียนรายชื่อที่มารับบริการในแต่ละวัน และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อที่เหลือจนครบจำนวน 96 ราย

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (Self-report questionnaire) โดยพัฒนามาจากแบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression) กรมสุขภาพจิต(กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2563) แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน: กลยุทธ์ 3C [6] โดยจำแนกแบบสอบถามออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Client) จำนวน 13 ข้อ (2) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย (Carer/ Care giver) จำนวน 10 ข้อ (3) แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 14 ข้อ (4) แบบวัดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 24 ข้อ (5) ปัจจัยระดับชุมชน (Community service) และ (6) แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 8 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยเลือกผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พบค่า I-CVI (ค่าที่ได้จากการพิจารณารายข้อ: Item) มีค่ามากกว่า 0.80 ทุกข้อคำถาม การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบ (Tryout) เพื่อหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองพอก จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มากกว่า 0.7 ทุกข้อคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเมื่อเค้าโครงการวิจัยผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยจึงดำเนินการทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองพอก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยที่แผนกผู้ป่วยนอก คือ วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. ผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติการวิจัยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยคัดเลือกจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาตามนัดร่วมกับเจ้าหน้าที่เวชระเบียน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบส่วนอย่างง่าย ด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองพอก แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้รับทราบและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือจะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ โดยไม่มี

ผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อเพื่อให้ความยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเพื่อความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอย่างละเอียด หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 40-60 นาที ในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วนบริเวณคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองพอก โดยมีผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูลในขณะทำแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในคำถาม ผู้วิจัยจะอธิบายข้อคำถามนั้นๆ และหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ไปวิเคราะห์ทางสถิติเป็นขั้นตอนต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการนำเข้าข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมรุนแรง สัมพันธภาพในครอบครัวระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ลักษณะครอบครัว ระบบบริการแบบตั้งรับในสถานพยาบาล ระบบบริการในชุมชน เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ และการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 84.38 อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.75 (อายุเฉลี่ย 44.13 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 66 ปี) สภาพโสด ร้อยละ 62.50 โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.13 เมื่อพิจารณาการประกอบอาชีพ พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้คิดเป็นร้อยละ 45.83 และยังคงดื่มสุราและใช้สารเสพติดสูงถึงร้อยละ 59.38 และร้อยละ 55.21 ตามลำดับ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยา (รักษาอาการทางจิตเวช) ครบทุกวันตามที่แพทย์สั่ง (สม่ำเสมอ) คิดเป็นร้อยละ 40.63 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ผู้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 88.54 อีกทั้งยังสามารถช่วยเหลืองานบ้านได้ถึงร้อยละ 47.92 เมื่อพิจารณาการเข้าสังคมของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยสนิทสนมเฉพาะกับคนในครอบครัว/ คนใกล้ชิด เช่น เพื่อน ญาติ

ร้อยละ 47.92 แต่สามารถสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ คิดเป็นร้อยละ 59.38 เมื่อพิจารณาการมีโรคประจำตัวของผู้ป่วยพบว่าสัดส่วนของการมีและไม่มีโรคประจำตัวของผู้ป่วยมีสัดส่วนเท่ากัน

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.89 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 40.86 (อายุเฉลี่ย 60.36 ปี อายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 77 ปี) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 64.21 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.79 ซึ่ง

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 66.32 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 74.74 ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 58.95 ซึ่งลักษณะโครงการครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 60.00 เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ย 9.58 ปี ส่วนระยะเวลาสั้นที่สุด คือ 1 ปี และมากที่สุดคือ 35 ปี

3. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย (Overt Aggression Scale: OAS) ผลการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย จำนวน 96 คน ผลการประเมิน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 62.37 ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง รองลงมา คือ กึ่งเร่งด่วน เร่งด่วน และฉุกเฉิน ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในกลุ่มฉุกเฉินสูงที่สุด คือ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน

4. ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

4.1 สัมพันธภาพในครอบครัวและภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ภาพรวมของสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.33) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า สมาชิกในครอบครัวพูดจาต่อกันด้วยดี หรือใช้เหตุผล มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$=3.63) ส่วนภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยจำแนกเป็นภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัย ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมภาระเชิงปรนัยและอัตนัยอยู่ในระดับปานกลาง

4.2 ปัจจัยระดับชุมชน (Community service) จำแนกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ระบบบริการในชุมชน แกนนำดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยและญาติ และการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน โดยระบบบริการในชุมชน พบว่า มีการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ผู้นำชุมชน หรือเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 80.21 แกนนำดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เล่าประสบการณ์ดำเนินงานกับผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 52.08 การดูแลผู้ป่วยและญาติ พบว่า มีการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและฟื้นฟูความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 44.79 และด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน พบว่า มีการเปิดโอกาสให้ครอบครัวและผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับชุมชน คิดเป็นร้อยละ 73.92

4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และปัจจัยระดับชุมชน โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยก่อนวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทดสอบข้อตกลงของการใช้สถิติของข้อมูล พบว่า จากการทดสอบทางสถิติโดยใช้การทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของความคลาดเคลื่อนวิธี Durbin-Watson ได้เท่ากับ 1.83 ซึ่งอยู่ระหว่างช่วง 1.5 – 2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนดังกล่าวเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) และค่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) จากการทดสอบโดยใช้สถิติ ANOVA พบว่า ค่า p-value ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่า ตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ส่วนตัวแปรต้นทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (No multicollinearity) ทดสอบด้วยการพิจารณาค่า Tolerance เข้าใกล้ศูนย์และค่า VIF ไม่เกิน 10 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า Tolerance ของภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 0.81 และค่า VIF (Variance Inflation Factor) เท่ากับ 1.22 ซึ่ง เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพหุคูณ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตาม พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระเชิงปรนัย ภาระเชิงอัตนัย ระบบบริการในชุมชน แกนนำดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ การดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนมีความสัมพันธ์กันในทางบวก อยู่ระหว่าง 0.376 ถึง 0.709 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัยมีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ที่ 0.709 ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวและระบบบริการในชุมชนมีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุดที่ 0.376 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	1.000							
2. สัมพันธภาพในครอบครัว	-.478**	1.000						
3. ภาระเชิงปรนัย	.456**	-.468**	1.000					
4. ภาระเชิงอัตนัย	.532**	-.519**	.709**	1.000				
5. ระบบบริการในชุมชน	-.303**	.376**	.089	-.091	1.000			
6. แกนนำดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	-.355**	.382**	-.057	-.284**	.672**	1.000		
7. การดูแลผู้ป่วยและญาติ	-.504**	.581**	-.228*	-.425**	.688**	.684**	1.000	
8. การดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน	-.073	.074	.245**	.014	.592**	.356**	.359**	1.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย ภาระเชิงปรนัย และการดูแลผู้ป่วยและญาติ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งสองด้านสามารถร่วมทำนายการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 36.40 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช (n=96)

ตัวแปร		B	Std. Error	Beta	t	p-value	Adjusted R Square
Model 1	(Constant)	-.576	.409		-1.408	.163	.275
	ภาระเชิงปรนัย	.745	.123	.532	6.052	.000	
Model 2	(Constant)	.474	.475		.998	.321	.364
	ภาระเชิงปรนัย	.542	.127	.387	4.258	.000	
	การดูแลผู้ป่วยและญาติ	-1.009	.270	-.340	-3.741	.000	

สรุปผลและอภิปรายผล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปีมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต[7] ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม[8] ดื่มสุราและใช้สารเสพติดสูงของผู้ป่วยจิตเวชในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสูงกว่าการศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง[9] แลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน[10]

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ลักษณะโครงการครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา[11] แต่ไม่สอดคล้องในประเด็นเรื่องการประกอบอาชีพ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยประกอบอาชีพเกษตรกรรม แต่ในการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเฉลี่ย 9.58 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความ

พร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี[12] พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 10 ปี

ผลการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน[10] ผลการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ภาพรวมของสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา[13] ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย ภาระเชิงปรนัย และการดูแลผู้ป่วยและญาติ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งสองด้าน สามารถร่วมทำนายการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 36.40 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์[14] ที่พบว่า ปัจจัยทำนายที่สามารถทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด คือ อายุผู้ดูแล และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถร่วมทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้คิดเป็นร้อยละ 12 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท[15] ที่พบว่าการรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 45.50

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาระการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยระดับชุมชน คือ การดูแลผู้ป่วยและญาติมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและฟื้นฟูความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีรายได้สร้างอาชีพ สามารถพึ่งตนเองได้
2. ผลการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ดังนั้น
3. ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรโดยเฉพาะในแผนกจิตเวช เพื่อรับรู้และเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและสามารถเลือกวิธีการให้การพยาบาลหรือออกแบบบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบกรือโปรแกรมการออกแบบบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเพื่อลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป
2. การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาระการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยระดับชุมชน ด้านการดูแลผู้ป่วยและญาติทำนายการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชได้ในระดับต่ำ ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

1. Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS Med, 6(8), e1000120. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120
2. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. Jama, 264(19), 2511-2518.
3. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2). บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด.
4. กัญนิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, & พานิช แก่นกาญจน์. (2565). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 9(16), 1-16. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/253495/173429
5. ขนิษฐา กู้ศรีสกุล, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, ณัฐพัชร์ มรรคา, & กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2557). ภาระโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 26(1). https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/142911
6. จิรศักดิ์ ประจงแก้ว. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มหาวิทยาลัยบูรพา].
7. ชิดชนก โอภาสวัฒนา. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด. http://www.mhso.dmh.go.th/fileupload/202010061612167390.pdf
8. นรวีย์ พุ่มจันทร์. (2548). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ:กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงกลางวันสถาบันจิตเวชศาตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13(3), 146-156.
9. พรทิพย์ ซุ่นอื้อ. (2565). ความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 36(3), 71-80. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/258308/178188
10. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2556). การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556: วิธีการและกระบวนการ
11. Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 24(1). https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/download/63579/52193/
12. พิชามญชุ์ ปุณโณทก. (2562). ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์]. https://buuir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/3906?show=full
13. วาสนา นามเหลา. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลสระแก้วราชนครินทร์ มหาวิทยาลัยบูรพา]. http://110.164.147.155/kmhealth_new/Documment/psychiatry/adult/P1.2.3.pdf
14. วุฒิชัย ชวนชนก, ภัททราภรณ์ ภทรสกุล, & สมบัติ สกุลพรรณ์. (2565). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 36(3), 81-97. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/download/260252/178258
15. ศรินรัตน์ จันทพิมพ์. (2018). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 36(2), 68-76. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/download/139707/103633/370989
16. เสาวณีย์ จันทร์ฉาย. (2565). ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์ เขต 4-5, 41(2), 221-232. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/258501/176232

การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย

The development of a health literacy promotion program for HIV self-prevention in Men Who Have Sex with Men.

(Received: December 10,2023 ; Revised: December 17,2023 ; Accepted: December 18,2023)

มัสยา โมธรรม[1].
Maussaya Motham[1]

บทคัดย่อ

การเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย กลุ่มตัวอย่างเป็นชายรักชาย เป็นกลุ่มชายรักชายที่สมัครใจขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลนาทม ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 - 2565 ได้รับการคัดเลือกแบบสุ่มโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sample sampling) จำนวน 50 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV), ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์, ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Pair t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างชายรักชาย หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$= 31.66, SD=3.640, $\bar{X}$= 37.46, SD=2.215) แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05, ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$= 5.08, SD=1.839, $\bar{X}$= 8.32, SD=.978) แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$= 17.54, SD=2.332, $\bar{X}$= 19.58, SD=2.516) แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, เชื้อเอชไอวี, กลุ่มชายรักชาย

Abstract

This action research objective to develop a program to promote health literacy and self-protection from HIV infection among Men Who Have Sex with Men (MSM). The sample group consisted of MSM. It is a group of gay men who voluntarily register at Nathom Hospital. Since the year 2018 - 2022 were randomly selected by drawing lots without returning (Sample sampling) a total of 50 people who meet the specified criteria. The tools used to collect data include general information questionnaires, HIV prevention practices, knowledge about HIV infection/AIDS, attitudes about AIDS and Assessing your own risks. Data were analyzed using counts, percentages, means, and standard deviations. Compare before-after Participate in the program using Pair t-test statistics.

Findings: Sample group of Men Who Have Sex with Men (MSM). After joining the program Those who practiced HIV prevention had an increased mean score ($\bar{X}$= 31.66, SD=3.640, $\bar{X}$= 37.46, SD=2.215), which was statistically significantly different at the .05 level, Knowledge about HIV infection/AIDS There was an increase in the average score. ($\bar{X}$= 5.08, SD=1.839, $\bar{X}$= 8.32, SD=.978) which was statistically significantly different at the .05 level and attitudes about AIDS and self-assessment of risk. There was an increase in the average score. ($\bar{X}$= 17.54, SD=2.332, $\bar{X}$= 19.58, SD=2.516) which was statistically significantly different at the .05 level

Keywords: Health Literacy, HIV, MSM

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาทม จังหวัดนครพนม

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา โดยปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.5 ล้านรายต่อปี สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ จำนวน 4.9 แสนราย และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปีพ.ศ. 2564 จำนวน 5,825 ราย โดยพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ร้อยละ 7.8 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 7.3 กลุ่มหญิงข้ามเพศ ร้อยละ 4.2 พนักงานบริการชาย ร้อยละ 3.8 ผู้ต้องขัง ร้อยละ 1.6 พนักงานบริการหญิง ร้อยละ 0.7[1]

กลุ่มชายรักชายอำเภอนาทม จังหวัดนครพนม มีการจัดตั้งขึ้นในครั้งแรกในปี พ.ศ. 2561 โดยเริ่มต้นจากการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน เป็นรายบุคคลและกลุ่มเล็กๆ จำนวน 2-3 คน เบื้องต้นสิ่งที่ทางกลุ่มชายรักชายต้องการสนับสนุนด้านสุขภาพคือ ช่องทางพิเศษในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เป็นพื้นที่ส่วนตัว ดังนั้นทีมสุขภาพจึงได้มีการจัดตั้งกลุ่มชายรักชายขึ้น ดำเนินการโดยบุคคลในกลุ่มชายรักชายและมีทีมสุขภาพ คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลนาทมเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข จากการรวบรวมข้อมูลกลุ่มชายรักชายในอำเภอนาทมที่สมัครใจขึ้นทะเบียนในปีพ.ศ. 2565 จำนวนทั้งหมด 100 คน แบ่งตามช่วงอายุได้ดังนี้ 15-20 ปี มากที่สุด จำนวน 42 คน (42%) รองลงมาได้แก่ อายุ 21-30 ปี จำนวน 31 คน (31%), 31-40 ปี จำนวน 17 คน (17%), 40-50 ปี จำนวน 6 คน (6%), 51-60 ปี จำนวน 3 คน (3%) และอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 1 คน (1%) ตามลำดับ เสียชีวิตแล้ว 2 คน

โรงพยาบาลนาทม มีการเฝ้าระวังและดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในหลากหลายรูปแบบกิจกรรม ได้แก่ การตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง อาทิเช่น กลุ่มชายรักชาย หญิงตั้งครรภ์ พนักงานหญิงขายบริการ เป็นต้น แต่ยังไม่มีโปรแกรมหรือรูปแบบเฉพาะในป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น แนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นผู้ศึกษารับผิดชอบงานโรคเอดส์ จึงมีแนวคิดในการพัฒนางานขึ้นโดยการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปขยายผลในผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร กลุ่มชายรักชายที่สมัครใจขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลนาทม เริ่มตั้งแต่ปี 2561 - 2565 จำนวน 100 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบสุ่มโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sample sampling) จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มชายรักชายที่สมัครใจขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลนาทม ตั้งแต่ปี 2561 - 2565 และเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย **เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)** 1) กลุ่มชายรักชายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) กลุ่มชายรักชายที่มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้/ช่วยเหลือตนเองได้ดี 3) กลุ่มชายรักชายที่ยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย **เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)** กลุ่มชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวี และ/หรืออยู่ระหว่างการเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด และไม่พร้อมให้ข้อมูลแก่โครงการได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพปัจจุบัน , รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน, การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, การใช้เวลาทำกิจกรรมใดมากที่สุด และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดจากแหล่งใด, ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการตรวจหาติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ และท่านเคยเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีจากแหล่งใด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) จำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยและตรวจสอบของโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง จำนวน 10 ข้อ คำตอบ “ใช่” เท่ากับ 1 คะแนน “ไม่ใช่” เท่ากับ 0 คะแนน

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) การดำเนินงานประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การศึกษาข้อมูลเชิงลึก 2) การสร้างกรอบแนวคิดโดยเลือกใช้ทฤษฎีเป็นฐาน 3) การออกแบบและวางแผน 4) การดำเนินงาน 5) การประเมินผล ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลเชิงลึก

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตแกนนำกลุ่มชายรักชายในอำเภอนาทม เพื่อนัดหมายและเข้าเก็บข้อมูล แจ้งวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา และขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.2 การนัดหมายเพื่อพบแกนนำและตัวแทนกลุ่มชายรักชายผู้ให้ข้อมูลหลัก (key formant)

1.3 สร้างสัมพันธภาพพูดคุย แบบไม่เป็นทางการเพื่อให้เกิดความผ่อนคลายในการให้ข้อมูล โดยใช้เทคนิคการรวบรวมข้อมูล 2 วิธี ดังนี้

1.3.1 การสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามกลุ่มพนักงานชายในสถานประกอบกิจการการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากนั้นเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก จากนั้นใช้ Snowball Technique สอบถามผู้ให้ข้อมูลหลัก ถึงกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมคล้ายกันหรือมีค่านิยมทางเพศที่น่าสนใจนำไปสู่ผู้ให้ข้อมูลรายอื่นต่อไป โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์เองจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว และนำข้อมูลที่ได้เพื่อประกอบการสนทนากลุ่มต่อไป

1.3.2 การสนทนากลุ่ม (Fogus Group) โดยมีผู้ร่วมสนทนาประกอบด้วยผู้วิจัยหลัก แกนนำและผู้ให้ข้อมูลหลัก (key formant) จำนวน 5 คน

1.4 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาข้อมูลเชิงลึกผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เชิงลึกที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม จากนั้นดูความสอดคล้องของเนื้อหาในแต่ละข้อคำถามเพื่อนำมาออกแบบเป็นเครื่องมือประเมินความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง

2. การสร้างกรอบแนวคิดโดยเลือกใช้ทฤษฎีเป็นฐาน โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) ซึ่งสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและดูความสอดคล้องของเนื้อหาในแต่ละข้อคำถาม เพื่อนำมา

ออกแบบเป็นเครื่องมือประเมิน ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง

3. การออกแบบและวางแผน เลือกกลวิธีและกิจกรรมพัฒนาความสามารถและทักษะเหล่านั้นมีการออกแบบตามหลักการให้ครอบคลุมทั้งด้านความสามารถทักษะของบุคคล และนโยบายสภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลต่อการสร้างความเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารณญาณ ดังนี้

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับฟัง ซักถาม โต้ตอบกับทีมสุขภาพ อาทิเช่น ช่องทางการติดเชื้อเอชไอวี การป้องกันตนเองเบื้องต้นจาการติดเชื้อเอชไอวี การอ่านฉลากเพื่อเลือกขนาดและของถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง ดูวันหมดอายุและการฉีกขาดของซองถุงยางอนามัยได้ เป็นต้น

3.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ได้แก่ ฝึกการค้นหาข้อมูลสื่อสิ่งพิมพ์และบุคลากรด้านสาธารณสุขอาสาสมัคร ยกตัวอย่างแหล่งข้อมูล ข่าวสารในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากสื่อออนไลน์ที่ตนเองเลือกใช้ เชื่อถือได้ เช่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขหรือสถานบริการสาธารณสุข หรือโรงพยาบาลต่างๆ เป็นต้น วิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงของตนเองต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น พฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์และการใช้สารเสพติดชนิดฉีด เป็นต้น

3.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (critical health literacy) โดยการฝึกระบุปัญหาที่ต้องคิดตัดสินใจ ในกรณีที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฝึกกำหนดทางเลือกในประเด็นปัญหาที่ต้องตัดสินใจ จากกิจกรรมกลุ่ม ฝึกประเมินทางเลือก ดยการอภิปรายทางเลือกที่คิดว่าดีที่สุด 2 ทางเลือก อธิบายถึงข้อดีและข้อเสีย ฝึกแสดงจุดยืนในการตัดสินใจการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฝึกการจัดการตนเองโดยระบุการให้รางวัล แนวทางการจัดการเมื่อไม่สามารถปฏิบัติตนตามการตัดสินใจได้

4. การดำเนินงาน การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์ โดยใช้ทักษะที่จำเป็น 5 ด้าน ได้แก่ เข้าถึง (access) การสร้างความเข้าใจ (understand) ไต่ถาม (questioning) ตัดสินใจ (decision making) นำไปใช้ (apply) โดยใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มชายรักชาย อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม ดังนี้

ตารางที่ 1 โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย จำนวน 12 ชั่วโมง

สัปดาห์	กิจกรรม	ชั่วโมง
1	การนัดหมายเพื่อพบแกนนำและตัวแทนกลุ่มชายรักชาย - การสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ - การสนทนากลุ่ม (Fogus Group) - ร่วมกันสร้างข้อตกลงของกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่มและผู้วิจัย สร้างกลุ่มในไลน์ (แบบกลุ่มปิด) - ทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	2
2	กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งเป็น 4 ฐาน ฐานเรียนรู้ที่ 1 “รู้ทัน เข้าใจ ภัยร้ายจากเชื้อเอชเอชไอวี”: โดยใช้เทคนิค การรับฟัง ซักถาม โต้ตอบกับทีมสุขภาพ ฝึกการค้นหาข้อมูลผ่านแหล่งข้อมูลสื่อสิ่งพิมพ์ ฐานเรียนรู้ที่ 2 “ถุงยางอนามัย ป้องกันโรค” การอ่านฉลากเพื่อเลือกขนาดและของถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง ดูวันหมดอายุและการฉีกขาด เป็นต้น	3

ตารางที่ 1 โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย จำนวน 12 ชั่วโมง

สัปดาห์	กิจกรรม	ชั่วโมง
	ฐานเรียนรู้ที่ 3 “เอดส์ รู้ไว้ก่อนเสี่ยง”: ฝึกระบุปัญหาที่ต้องคิดตัดสินใจกรณีที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฐานเรียนรู้ที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรค: การเรียนรู้ คิดถึงข้อดีและข้อเสีย จากการติดเชื้อเอชไอวี แสดงจุดยืนในการตัดสินใจการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และให้รางวัลตนเองเมื่อทำตามเป้าหมายได้	
3-5	แจ้งการนัดหมายพูดคุย ปัญหา อุปสรรคที่เกิดในการใช้ชีวิตประจำวัน ผ่านทางไลด์(กลุ่มปิด) พร้อมให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่มและรายบุคคล	3
6	นัดรวมกลุ่มเพื่อสรุปบทเรียนที่ได้รับ - แจ้งช่องทางในการให้คำปรึกษาหลังสิ้นเสร็จโครงการวิจัย - การพูดคุยเพื่อนัดหมายในการตรวจหาเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 ครั้ง/ปี - สอบถามสิ่งที่ต้องการได้รับสนับสนุนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี - ทำแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	1
12	นัดหมายมาตรวจหาเชื้อเอชไอวี	1

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนทั่วไป โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV), ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอช ไอวี, ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยงตนเอง ใช้ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบ ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ใช้สถิติ Pair t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดครพนม เลขที่ RCE 012/66 ลงวันที่ 17 เมษายน 2566 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างชายรักชาย จำนวน 50 คน อายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี มากที่สุด จำนวน 26 คน ร้อยละ 52 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด จำนวน 26 คน ร้อยละ 52 อาชีพค้าขายมากที่สุด จำนวน 28 คน ร้อยละ 56 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 1,500-3,000 บาท มากที่สุด จำนวน 29 คน ร้อยละ 58 ดื่มพฤติกรรมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ดื่มนานๆ ครั้ง เมื่อมีงานสังสรรค์มากที่สุด จำนวน 19 คน ร้อยละ 38 ใช้เวลาทำกิจกรรมดูภาพยนตร์, โทรทัศน์มากที่สุด จำนวน 20 คน ร้อยละ 40 รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดจากโทรทัศน์ วิทยุ จำนวน 34 คน ร้อยละ 68 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยเข้ารับการตรวจหาติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 49 คน ร้อยละ 98 และเคยเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีจากโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลชุมชน มากที่สุด จำนวน 11 คน ร้อยละ 22

2. การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างชายรักชาย มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) เพิ่มขึ้น ($\bar{X}$= 31.66, SD=3.640, $\bar{X}$= 37.46, SD=2.215) แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV)	$\bar{x}$	SD	95% CI		t	p-value
			Lower	Upper		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	31.66	3.640	-6.819	-4.781	-11.438	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	37.46	2.215				

* แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างชายรักชาย มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}$= 5.08, SD=1.839, $\bar{x}$= 8.32, SD=.978) แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ ดังนี้	$\bar{x}$	SD	95% CI		t	p-value
			Lower	Upper		
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	5.08	1.839	-3.749	-2.731	-12.79	.000*
- หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	8.32	.978				

* แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

4. ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยงของตนเองในกลุ่มชายรักชาย หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างชายรักชายมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}$= 17.54, SD=2.332, $\bar{x}$= 19.58, SD=2.516) แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง	$\bar{x}$	SD	95% CI		t	p-value
			Lower	Upper		
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	17.54	2.332	-2.844	-1.236	-5.101	.000*
- หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	19.58	2.516				

* แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. กระบวนการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ทักษะที่จำเป็น 5 ด้าน ได้แก่ เข้าถึง (access) การสร้างความเข้าใจ (understand) ไต่ถาม (questioning) ตัดสินใจ (decision making) นำไปใช้ (apply) ใช้การออกแบบเชิงกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การศึกษาข้อมูลเชิงลึก 2) การสร้างกรอบแนวคิดโดยเลือกใช้ทฤษฎีเป็นฐาน 3) การออกแบบและวางแผน 4) การดำเนินงาน 5) การประเมินผล[2,3] สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ มากกุญชร และคณะ (2564)[4] ศึกษาการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธี โดยศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวีและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 13 คน รวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถาม และศึกษา

ข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน ได้แก่ ผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 13 คนที่เป็นกลุ่มเดิม และทีมวิทยากรกระบวนการฯ จำนวน 9 คน รวบรวมข้อมูลจากการบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ของผู้มีเชื้อเอชไอวี และสนทนากลุ่มย่อยทีมวิทยากรกระบวนการฯ และสอดคล้องกับการศึกษาของกรีฑา ต่อสุวรรณ, อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ (2564)[5] ศึกษา “ผลของโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมความตั้งใจและการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ในวัยรุ่นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช” โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์กิจกรรมเสริมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และบรรทัดฐานทางสังคมและกิจกรรมเสริมทักษะการรับรู้ประสิทธิภาพในการควบคุมพฤติกรรม โดยใช้เวลา 3 วัน รวม 13 ชั่วโมง

2. การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างชายรักชาย มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) เพิ่มขึ้น ($\bar{X}$= 31.66, SD=3.640, $\bar{X}$= 37.46, SD=2.215) แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี อ่อนจันทร์, ยุวดี ลีลัคนาวีระและพรนภา หอมสินธุ์ (2563)[6] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ของเยาวชนหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรีผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง (M = 8.32, SD = 3.52) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ คือ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (β = -.458) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน (β = -.295) และความรู้เรื่องโรคเอดส์ (β = .256) โดยร่วมกับทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ได้ร้อยละ 78.8 (R2 =.788, F = 326.38, p < .001) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุขสถาพร จันทมาศ, ราณี วงศ์คงเดช, นิรันดร์อินทรัตน์ (2561)[7] ศึกษา “การเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิควิชาชีพแขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว” ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกัน ทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์เชิงบวก และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง (4.86, 1.05 และ 0.19 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

3. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างชายรักชาย มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$= 5.08, SD=1.839, $\bar{X}$= 8.32, SD=.978) แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของกรีฑา ต่อสุวรรณ, อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ (2564)[5] ศึกษา “ผลของโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมความตั้งใจและการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ในวัยรุ่นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช” ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พฤติกรรมความตั้งใจในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ระยะหลังการทดลองวันที่ 4 และระยะติดตามผลวันที่ 15 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ มากกุญชร และคณะ (2564)[4] ศึกษาการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่า หลังการเรียนรู้มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเรียนรู้โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

4. ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยงของตนเองในกลุ่มชายรักชาย หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างชายรักชายมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยง

ของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$= 17.54, SD=2.332, $\bar{X}$= 19.58, SD=2.516) แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของสุขสถาพร จันทมาศ, ราณี วงศ์คงเดช, นิรันดร์อินทรัตน์ (2561)[7] ศึกษา “การเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิควิชาชีพแขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว” ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกัน ทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์เชิงบวก และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง (4.86, 1.05 และ 0.19 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชายที่พัฒนาขึ้น โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมโดยมีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกโดยการตรวจหาเชื้อเอชไอวี อย่างน้อยทุก 6-12 เดือน เพื่อให้เกิดการติดตามผู้รับบริการกลุ่มชายรักชายให้อยู่ในระบบอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ เกิดขึ้นและประสบผลสำเร็จไปด้วยดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างชายรักชายที่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้จึงทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดนครพนม ซึ่งสละเวลาและให้ข้อแนะนำในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2564). ฐานข้อมูลศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (HIV Info Hub) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2564];แหล่งข้อมูล:URL: https://hivhub.ddc.moph.go.th/
2. กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2564/2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์
3. กรมควบคุมโรค. (2563). คู่มือสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV & STIs Literacy). พิมพ์ครั้ง 1. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
4. จุฑามาศ มากกุญชรและคณะ. (2564). การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์, 34(1), 1-19.
5. กรีฑา ต่อสุวรรณ, อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ. (2564). ผลของโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ต่อความรู้ทัศนคติพฤติกรรมความตั้งใจและการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ในวัยรุ่นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 27(2), 77-93.
6. สาวิตรี อ่อนจันทร์, ยุวดี ลีลัคนาวีระและพรนภา หอมสินธุ์ (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ของเยาวชนหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 40 (1) 45-57
7. สุขสถาพร จันทมาศ, ราณี วงศ์คงเดช และนิรันดร์ อินทรัตน์. (2561). การเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิควิชาชีพแขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 7(2), 174-184.

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Model for developing the potential of village health volunteers in promoting behavior to prevent the use of pesticides. Wang Yao Subdistrict Health Promoting Hospital Kosum Phisai District Maha Sarakham Province.

(Received: December 10,2023 ; Revised: December 17,2023 ; Accepted: December 1,2023)

ศิริวรรณ ศรีน้อยขาว[1]
Siriwan Srinoikhao[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กันยายน 2566 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2566 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 160 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า การเปรียบเทียบศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า โดยที่หลังการดำเนินงานมีศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ABSTRACT

This study was action research aimed to study the potential of village health volunteers in promoting behavior to prevent the use of pesticides. and study the model for developing the potential of village health volunteers in promoting behavior to prevent the use of pesticides. Wang Yao Subdistrict Health Promoting Hospital Kosum Phisai District Maha Sarakham Province It is action research. The research period is between September 2023 and November 2023, a total of 3 months. Sample size were 160 village health volunteers to promote behavior to prevent the use of pesticides. Wang Yao Subdistrict Health Promoting Hospital Kosum Phisai District Maha Sarakham Province, data collected from questionnaires. Analyze data by content analysis (Content Analysis), frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that comparing the potential of village health volunteers in promoting behavior to prevent the use of pesticides. Wang Yao Subdistrict Health Promoting Hospital Kosum Phisai District Maha Sarakham Province Before and after the operation, it was found that there was a statistical significant difference at the .05 level (p - value equal to .000 for all values). After the operation, there was potential for village health volunteers to promote behavior in Preventing the use of more pesticides than before processing

Keywords: pesticides, Village health volunteers

---

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ในปัจจุบันภาคการเกษตรได้มีการผลิตในพื้นที่มหาศาล จึงเกิดปัญหาโรคและแมลง ตลอดจนปัญหาการกำจัดวัชพืชตามมา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการใช้สารเคมีเข้ามาใช้เพื่อป้องกันและลดความเสียหายจากแมลงที่เข้ามาทำลายพืชที่ปลูกไว้ เพราะในปัจจุบันผลผลิตทางการเกษตรนั้นไม่ได้ผลิตเพื่อนำมาบริโภคเพียงในครัวเรือนหรือเพื่อบริโภคเพียงแค่ภายในประเทศเท่านั้น แต่ยังกลายเป็นสินค้าที่ส่งออกไปขายยังต่างประเทศด้วย ซึ่งก่อให้เกิดการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ ส่งเสริมอาชีพและรายได้ให้กับคนในประเทศได้อย่างจำนวนมหาศาล[1]

สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (pesticide) คือ สารเคมีสังเคราะห์ที่มีวัตถุประสงค์ในการกำจัด ขับไล่ หรือหยุดยั้งการเจริญเติบโตของศัตรูพืช เช่น แมลง วัชพืช โรคพืช หรือสิ่งที่จะทำลายให้พืชผลเกิดความเสียหาย ปัจจุบันภาคการเกษตรทั่วโลกได้มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกันอย่างแพร่หลาย[2] สำหรับประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งประชากรในประเทศส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 70 มีรายได้หลักจากการประกอบอาชีพทางการเกษตร เช่น การเพาะปลูกข้าว พืชไร่ พืชสวน ผัก ผลไม้ การเลี้ยงสัตว์ และการประมง เนื่องจากความต้องการพื้นฐานเรื่องอาหารมีที่มาจากผลผลิตทางการเกษตรเป็นหลัก ด้วยเหตุนี้ประเทศไทยจึงเป็นประเทศสำคัญในการผลิตอาหารเลี้ยงประชากรโลก สังเกตได้จากในช่วงปี พ.ศ. 2558-2562 ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 9,521,408 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2558 เป็น 10,925,078 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 3.50[3]

สาเหตุที่ทำให้มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในเชิงจำนวน ชนิดและระยะเวลาการใช้ มาจากความต้องการเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร ข้อจำกัดแรงงานมนุษย์และค่าจ้างในการกำจัดวัชพืช รวมทั้งขนาดและปริมาณของแปลงปลูก ชนิดของพืชที่ปลูกซึ่งโดยมากเป็นพืชประเภทประเภทพืชไร่ ที่จะดำเนินการกำจัดวัชพืชหลังฤดูเก็บเกี่ยว นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ถูกวิธีและปลอดภัยของเกษตรกรยังไม่ครอบคลุมในทุกกิจกรรม ไม่ว่าจะระยะเตรียมสารเคมี การใช้ ฉีด พ่น การจัดเก็บและการชำระล้างร่างกายและการกำจัดซากขยะ ภาชนะที่ใส่สารเคมี ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการตกค้างในสิ่งแวดล้อมและการรับสัมผัสอย่างต่อเนื่องของเกษตรกรได้ ทั้งนี้หน่วยงานทางการเกษตรและสาธารณสุขจำเป็นจะต้องมีมาตรการในการสนับสนุน ปรับทัศนคติและแรงจูงในการร่วมกันมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตามมาในระดับชุมชนและท้องถิ่น รวมทั้งการตกค้างของสารเคมีในผลผลิตทางการเกษตรที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา[2] สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของเกษตรต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยพบว่าพฤติกรรมการผสมสารเคมีเพื่อต้องการเพิ่มประสิทธิภาพของการกำจัดศัตรูพืชอาจส่งผลต่ออันตรายของสารเคมีที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา จำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้เกษตรกรมีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่เหมาะสมต่ออันตรายในการกระทำดังกล่าวด้วย ปัจจุบันเกษตรกรมีความต้องการเพิ่มผลผลิตที่มากขึ้น และได้มีจ้างกลุ่มคนงานรับจ้างฉีดพ่นสารเคมีมาทำหน้าที่แทน เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานของเกษตรกรที่ไม่มีเวลาฉีดพ่น จึงทำให้คนงานรับจ้างฉีดพ่นเป็นอีกหนึ่งกลุ่มอาชีพที่ได้รับความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผลการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของคนงานรับจ้างฉีดพ่นพบว่า คนงานรับจ้างฉีดพ่นมีความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.9 และมีพฤติกรรมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)[4]

ตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม สภาพพื้นที่โดยทั่วไป เป็นที่รอนลูกคลื่นไม่มีแม่น้ำไหลผ่าน มีเฉาะลำห้วยและหนองน้ำ และอ่างขนาดเล็ก ลักษณะดินเป็นร่วนทราย เกษตรกรมีพื้นที่เพาะปลูกเป็นจำนวนมาก เช่น การทำนาข้าว การปลูกพืชไร่ส่งผลให้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชประเภทกำจัดวัชพืชมีปริมาณมากขึ้นเช่นกัน จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่พบว่า พบว่าเกษตรกรร้อยละ 50.00 มีพฤติกรรมการปฏิบัติถูกต้อง และปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 30.50 มีพฤติกรรมการปฏิบัติถูกต้องแต่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 19.50 มีพฤติกรรมการปฏิบัติไม่ถูกต้อง[5]

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี[6] ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กันยายน 2566 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2566 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 160 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 160 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประยุกต์มาจากคู่มือสำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

[7] โดยมีกิจกรรมในการเสริมสร้างสักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยการบรรยาย สาธิตและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในเรื่อง การปฏิบัติตนก่อนการฉีดพ่น การปฏิบัติตนขณะทำการฉีดพ่น และการปฏิบัติตนหลังทำการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ [8]

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.929

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2. วิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์มาจากคู่มือสำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [7]

3. ดำเนินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

4. สรุปและประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ มากที่สุด และไม่มีความแตกต่างกัน

2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย การปฏิบัติตนก่อนการฉีดพ่น การปฏิบัติตนขณะทำการฉีดพ่น และการปฏิบัติตนหลังทำการฉีดพ่น

3. การเปรียบเทียบศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคามก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ก่อน	3.01	0.37	4.73	0.25	159	-35.711	.000	-1.81500	-1.62477
ระหว่าง	2.99	0.32	4.74	0.23	159	-41.506	.000	-1.83436	-1.66772
หลัง	3.06	0.44	4.71	0.32	159	-28.164	.000	-1.77373	-1.54127
รวม	3.02	0.25	4.73	0.19	159	-49.317	.000	-1.77794	-1.64102

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า โดยที่หลังการดำเนินงานมีศักยภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่าก่อนดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนการดำเนินงานโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ ปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญาภรณ์ ไทยอู่ และคณะ (2560)[9] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของคนงานรับจ้างฉีดพ่นสารเคมี ตำบลดงประคำ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า คนงานรับจ้างฉีดพ่นสารเคมี กำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.3) และสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต บุญพา และคณะ (2561)[10] ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริก บ้านดอนแดงใหญ่ ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เกษตรกรผู้ปลูกพริกส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.53) อายุเฉลี่ย 48 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 66.23) เกษตรกรบางส่วนเป็นผู้นำในชุมชน (ร้อยละ 75.32) โดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริกจากการศึกษา 30 ประเด็น เกษตรกรมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกครั้ง แต่ยังคงมีหลายประเด็นที่เกษตรกรยังคงมีการปฏิบัติบางครั้งซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับสัมผัสสารเคมีได้มาก คือ การใช้ปากเปิดขวดสารเคมีและใช้ปากเป่าหรือดูดหัวฉีดพ่นสารเคมีเมื่อประสบปัญหาการอุดตันของหัวฉีด ซึ่งเกษตรกรให้เหตุผลว่าเป็นเรื่องที่สุดวิสัย เนื่องจากอยู่กลางสวนเวลาหัวฉีดตันถ้าไปหาช่างระยะทางไกล และกลัวว่าจะฉีดพ่นสารไม่เสร็จ การสร้างความตระหนักด้านผลกระทบและความรุนแรงเกี่ยวกับการใช้สารกำจัดศัตรูพืชให้กับเกษตรกร เน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนรวมถึงการให้ข้อมูลความรู้ในการป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในเกษตรกร ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันหรือ ลดปัญหาจากการได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ดี อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

หลังการดำเนินงานพบว่าศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ มากที่สุด และไม่มีความแตกต่างกัน และศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า โดยที่หลังการดำเนินงานมีศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่าก่อนดำเนินการ ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย การปฏิบัติตนก่อนการฉีดพ่น การปฏิบัติตนขณะทำการฉีดพ่นและการปฏิบัติตนหลังทำการฉีดพ่น ที่ประยุกต์จากคู่มือสำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[7] สอดคล้องกันกับการศึกษาของ เนตรชนก เจริญสุข (2557)[11] ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา ในอำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรีการวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ1) เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ

ของ ชาวนาระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชใน กลุ่มทดลองและ 2) เปรียบเทียบความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติของชาวนาระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง จากการศึกษาพบว่า 1) ชาวนาในกลุ่มทดลองมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับความ ปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 และ 2) ภายหลังจากการทดลอง ชาวนาในกลุ่มทดลองมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าชาวนาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรภร ฤทธิชัย.(2562)[12] ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสำหรับเกษตรกรผู้ปลูกข้าโพด ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาวจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสาหรับเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดที่ได้รับการตรวจคัดกรองระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเทอเรสในเลือดอยู่ในระดับไม่ปลอดภัย จา นวน 82 คน เพื่อใช้เป็นแนวทางการทา งานของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีค่าประสิทธิภาพของโปรแกรมมีค่าประสิทธิภาพ E1/E2 เท่ากับ 76.00/79.75 ซึ่งสูงกว่าที่ตั้งไว้ 75.00/75.00 แสดงว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพสูงกว่าเกณฑ์ที่กาหนด การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสาหรับเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพด พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับมาก และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว พบว่าเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดมีคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่า ก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ควรมีการวิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เหมาะสมกับบริบทและหลักวิชาการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในการส่งเสริมในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. ชุติมา ถนอมสิทธิ์ และ นฤนาท มาลารัมย์. (2560). ผลกระทบของไกลโฟเสทที่มีต่อสัตว์น้ำ. วารสารวิทยาศาสตร์ คชสาส์น, 39(1), 98-109.
2. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (2565). การศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเคมีอันตรายที่ใช้ในภาคเกษตร (ไกลโฟเสต) และค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร. รายงานวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. วันปิติ ธรรมศรี. (2564). ผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการใช้สารเคมีทาง การเกษตรของ เกษตรกรไทย. 39(4), 329-336.
4. มณีรัตน์ สวนม่วง, อัมรินทร์ คงทวีเลิศ, มลินี สมภพเจริญ และดุสิต สุจิรารัตน์. (2562). ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของคนงานรับจ้างฉีดพ่น. วารสารสุขศึกษา, 42(2), 1-11.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาว (2563) สถานการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตำบลวังยาว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2559). คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื่องรัง (NCDs) พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2560, พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
7. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (2563) คู่มือสำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นนทบุรี : กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข
8. John W. Best.(1981). Research in Education, 4 th ed. New Jersey : Prentice – Hall Inc.,
9. ธัญญาภรณ์ ไทยอู่, สรัญญา ถี่ป้อม,สุดาวดี ยะสะกะ และวิโรจน์ จันทร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของคนงานรับจ้างฉีดพ่นสารเคมี ตำบลดงประคำ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารควบคุมโรค ปีที่ 43 ฉบับที่ 3: กรกฎาคม – กันยายน. 2560; 293-235.
10. สมจิต บุญพา และพรพรรณ สกุลคู. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริก บ้านดอนแดงใหญ่ ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 11 ฉบับที่ 1:มกราคม – มีนาคม. 2561; 38–46.
11. เนตรชนก เจริญสุข. (2557). การศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีในชาวนาในอำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร, 24(1), 91-101.
12. ภัทรภร ฤทธิชัย.(2562). ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสำหรับเกษตรกรผู้ปลูกข้าโพด ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาวจังหวัดเชียงใหม. วิทยานิพนธ์. หลกัสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patient Stroke in the acute phase : 2 Case Study

(Received: November 27,2023 ; Revised: December 4,2023 ; Accepted: December 5,2023)

บัณฑิต ผงสา[1]

Bundit phongsa [1]

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในระยะเฉียบพลัน โดยเปรียบเทียบจากกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย เลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันมีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมง โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำมาปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ (Assessment) 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) 5) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation)

ผลการศึกษาพบว่า : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองโดยใช้ B-E-F-A-S-T และการเข้ารับการรักษาในช่องทางด่วน Stroke fast track เป็นผู้ป่วยส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนและมีโรคร่วม กับผู้ป่วยสูงอายุที่มาเองโดยไม่ได้เข้าระบบช่องทางด่วน Stroke fast track ได้รับการจัดการภาวะแทรกซ้อนในภาวะฉุกเฉินที่รวดเร็วปลอดภัย รักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ทั้ง 2 ราย ให้การพยาบาลภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและจำหน่ายกลับบ้าน โดยส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนและนัดติดตามดูอาการต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน, การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง, กระบวนการพยาบาล

Abstract

This case study aims to study nursing care for stroke patients who come to the service in the acute phase. By comparing two case studies, purposively selected from patients diagnosed with stroke in the acute phase, with symptoms occurring within 4.5 hours, using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health plans. To find problems and needs of patients Follow the 5-step nursing process. 1) Assessment of problems and needs (Assessment) 2) Nursing diagnosis (Nursing Diagnosis) 3) Nursing care plan (Nursing care plan) 4) Nursing practice (Nursing Intervention) 5) Evaluation of nursing practice results (Evaluation)

The results were found: This study was a comparative study of acute stroke patients admitted to the Accident and Emergency Unit at Sirindhorn Hospital. Khon Kaen Province Patients were screened using B-E-F-A-S-T and admitted to the Stroke fast track. They were patients referred from a community hospital and had comorbidities. with elderly patients who come by themselves without entering the Stroke fast track system. Receive quick and safe management of emergency complications. Both cases were treated by giving the blood clot-dissolving drug rt-PA. Nursing care was provided for complications before and after receiving the blood clot-dissolving drug. Receive continuous care from a multidisciplinary team. Evaluate nursing results, the patient's symptoms improved and were discharged home. They will be referred to a community hospital and make an appointment to continue monitoring their symptoms.

Keywords: Acute stroke fast track, Nursing care for stroke, Nursing process

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease; CVD) หรือ Stroke เป็นกลุ่มอาการทางในสมองอุดตันหรือตีบจนทำให้เนื้อสมองตาย (Cerebral infarction) และเส้นเลือดในสมองแตกทำให้มีเลือดออกในสมอง (Cerebral hemorrhage) ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอัมพาตครึ่งซีก[5] องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization; WSO,)[15] รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 มีผู้พิการเพิ่มขึ้นทั่วโลกปีละประมาณ 13 ล้านคน ทั้งนี้ 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร การรักษาโรคหลอดเลือดสมองเน้นการรักษาในระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะการสลายลิ่มเลือดที่อุดตัน เพื่อให้เลือดสามารถกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดได้เร็วที่สุด ลดขนาดสมองที่ขาดเลือดให้มีขนาดเล็กที่สุด ไม่ให้สมองตายเพิ่มขึ้น การรักษาผู้ป่วย acute stroke ให้ได้ผลดีคือการรักษาด้วยระบบบริการ stroke fast track ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเข้าถึงระบบบริการดังกล่าวอย่างรวดเร็วที่สุด และเมื่อเข้าถึงระบบบริการ ในโรงพยาบาลจะต้องให้การรักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่กระบวนการวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน เพื่อให้การรักษาที่ได้รับเหมาะสม มีความปลอดภัยและลดอัตราตาย โรคหลอดเลือดสมองเมื่อเกิดขึ้นแล้วผู้ป่วยบางรายมีความพิการถาวรต้องรักษาตัวเป็นเวลานานและต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นภาระต่อครอบครัว ส่งผลกระทบด้านจิตใจ มีความรู้สึกสูญเสียเกิดความเครียดวิตกกังวล ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สูญเสียรายได้ของครอบครัว และเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น[11] จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสิรินธรปี 2563-2566 = 462, 377, 325 และ 471 รายตามลำดับ มีข้อมูลร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมงและได้รับการดูแลในระบบ Stroke fast trackปี 2563-2566= 34.63, 31.80, 28.62 และ 30.54 ตามลำดับ[9]

คลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะความบกพร่องทางระบบประสาท (Neurology deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการอยู่นานมากกว่า 24 ชั่วโมงจากสาเหตุเส้นเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วและทันเวลา ลดความรุนแรงของโรคหรือความพิการได้ จึงได้มีการจัดบริการระบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค การส่งตรวจด้วย CT scan และการส่งต่อการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินถือเป็นบุคลากรที่สำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน จำเป็นต้องมีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมในการคัดกรอง การประเมินอาการอย่างรวดเร็วและถูกต้อง การประเมินอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยต่างๆ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การค้นหาปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและการพยาบาลผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยนำแนวคิดการใช้แบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน (กอร์ดอน:1994) ประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน เป็นการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น นำมาปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจะทำให้การพยาบาลเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐานเหมาะสมกับปัญหาด้านกับปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องการศึกษาของอรนันท์ หาญยุทธ[13] ในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในผู้ป่วยเพื่อวางแผนการทำงานอย่างมีระบบขั้นตอน ตอบสนองความต้องการและปัญหาของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาวะที่ดีตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสิรินธร ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันจำนวน 2 ราย

3. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองจากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆ

4. เก็บรวบรวมข้อมูล อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน โรคประจำตัวและการรักษา ประวัติการแพ้ยา ประวัติการผ่าตัด แบบแผนในการดำเนินชีวิต การประเมินสภาพอาการผู้ป่วยแรกรับ แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจพิเศษต่างๆ

5. ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

6. สรุปผลการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
เพศ	ชาย	หญิง	วิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ อายุ ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นเพศชายและผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเพศหญิง มีช่วงอายุที่มากทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 อายุ 67 ปี ผู้ป่วยรายที่ 2 อายุ 85 ปี ซึ่งผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยจะมีการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เนื่องจากอายุมากขึ้น หลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้นและมีไขมันเกาะหนาตัวทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น เพศชายจะมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง[7] ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมารพ.ด้วยอาการที่เหมือนกันคือแขนขาอ่อนแรง มีอาการภายใน 1 ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 ระดับความรู้สึกตัวดีรู้เรื่องต่างจากผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีอาการซึมระดับความรู้สึกตัวลดลง ผลการตรวจ EKG พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีความผิดปกติของ EKG โดยผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือโรคลิ้นหัวใจ (Valvular Heart Disease) เป็นโรคที่เกิดความผิดปกติขึ้น บริเวณลิ้นหัวใจทั้งอาการลิ้นหัวใจตีบและลิ้น หัวใจรั่ว ซึ่งได้รับการรักษาทำการผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจปี 2561ผู้ป่วยรายที่ 2พบว่าผลการตรวจEKG มีความผิดปกติที่อาจ
อายุ	67 ปี	85 ปี	
ส่วนสูง	160 เซนติเมตร	160 เซนติเมตร	
น้ำหนัก	60 กิโลกรัม	50 กิโลกรัม	
BMI	21.48 มีระดับน้ำหนักเกณฑ์ปกติ	19.53 มีระดับน้ำหนักเกณฑ์ปกติ	
อาการสำคัญที่มารพ.	ปากเบี้ยว แขนขาข้างขวา อ่อนแรง เป็นก่อนมา 1ชั่วโมง	ซึม พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง เป็นก่อนมา 1 ชั่วโมง	
ประวัติการเจ็บป่วยโรคประจำตัว	มีประวัติโรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจมีประวัติได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจรั่วในปี 2561 และโรคความดันโลหิตสูง รับยาที่รพ.ชุมชน	ปฏิเสธโรคประจำตัว รับการตรวจรักษาด้วยอาการปวดขา มีไข้ เคยมีประวัติการนอนในรพ. 5 ครั้งด้วยโรคทั่วๆไป	
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ญาติให้ประวัติว่าเวลา 06.30 น.ได้ยินเสียงล้ม จึงวิ่งมาดูพบว่าผู้ป่วยล้มและมีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างขวาอ่อนแรง เป็นก่อนมารพ. 30 นาที (รพ.ชุมชน)	ญาติให้ประวัติว่าก่อนมีอาการ 2 ชั่วโมง เดินเข้าห้องน้ำแปรงฟัน อาบน้ำ ล้างหน้าได้ เคี้ยวหมากตามปกติ หลังจากนั้นก่อนมารพ. 1 ชั่วโมง มีอาการพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง และซึมไม่พูด ตั้งแต่ 07.00น.	
การประสานงาน /การนำส่ง	ประสานงานผ่าน EMS 1669 รถกู้ชีพนำส่งรพ.ชุมชน และส่งต่อรพ.สิรินธร โดยรถ refer ประสานงานผ่านศูนย์ส่งต่อของรพ.สิรินธร เข้าช่องทางด่วน Stroke fast track	ญาตินำผู้ป่วยมาที่รพ.สิรินธรและถูกส่งตัวเข้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมาเอง	
อาการแรกรับที่ ER	แรกรับที่ ER ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีอาการปากเบี้ยวด้านขวา ถามตอบพูดเป็นคำๆ ออกเสียงไม่ชัดเจน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แขนขาข้างขวามีอาการอ่อนแรง motor power grade 0 แขนขาข้างซ้าย motor	แรกรับที่ ER ผู้ป่วยซึมปลุกตื่นไม่ลืมตา ออกเสียงอืออาในลำคอ แขนขาข้างขวาอ่อนแรงขยับไม่ได้ motor power grade 0 แขนขา	

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	powerกังวลใจ สอบถามอาการเป็นระยะ GCS = E4V3M6 Pupil 2 mm	ข้างซ้าย ขยับตามตำแหน่งที่เจ็บ motor power grade IV GCS = E1V1M5 Pupil 3mm RTL Both Eyes เจาะ DTX ER = 152 mg%	เกิดได้จากช่วงวัยผู้สูงอายุซึ่งเกิดจากการเสื่อมของ
	RTL Both Eyes เจาะ DTX ER = HI On 0.9%NSS 1000 ml vein drip 80 ml/hr	RR = 28-34 ครั้ง/นาที O2 Sat 93-94% (room air) On ET-Tube with ventilator PC-AC PS 13 PEEP 5 RR 16 Fio2 0.4, On 0.9%NSS 1000 ml vein drip 80 ml/hr	เซลล์ทุกชนิดตามอายุรวมเซลล์สร้างกระแสไฟฟ้าควบคุมการเต้นของหัวใจ[10] ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการประเมิน B-E-F-A-S-T1[12] และเข้าบริการช่องทางด่วน Stroke fast track ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนที่ห้องฉุกเฉินต้องได้รับการดูแลด่วนได้แก่ ภาวะ ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยรายที่ 2 มีระดับความรู้สึกตัวลดลง มีภาวะหายใจล้มเหลว การประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS)[14] 12 และ 16 คะแนน หลังให้การดูแลฉุกเฉินที่ ER ผู้ป่วยรายที่ 1 เข้าบริการช่องทางด่วน Stroke fast trackทันที ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ประเมินอาการและ Consult อายุรแพทย์แล้วเข้าสู่บริการช่องทางด่วน Stroke fast track ทันที ผล CT Brain ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีส่วนที่สมองขาดเลือด (ischemic stroke) พบบริเวณหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก (Small vessel disease) สาเหตุมาจากมีแรงดันในหลอดเลือดขนาดเล็กสูงทำให้เกิด hyaline degeneration ได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่ออุดตันจะเกิดเป็นรอยขาดเลือดขนาดเล็กเรียกว่า lacunar infarction[1] ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้ง 2 ราย แต่ระยะเวลาต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอันตรายหากควบคุมไม่ได้ก่อนให้ rt-PA ทำให้เวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้ช้ากว่ารายที่ 2 หลังจากให้ยา rt-PA แล้วอาการผู้ป่วยทั้ง 2รายดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา rt-PA ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด
สัญญาณชีพ	BT = 36.5 องศาเซลเซียส PR = 84 ครั้ง/นาที RR = 20 ครั้ง/นาที BP = 221/107 mmHg O2 Sat 99% (room air)	BT = 36.5 องศาเซลเซียส PR = 100 ครั้ง/นาที RR = 28-34 ครั้ง/นาที BP =160/81 mmHg O2 Sat 93-94% (room air)	
การประเมิน B-E-F-S-S-T	B = Balance การทรงตัวผิดปกติ เดินทรงตัวไม่ได้ มีอาการเวียนศีรษะ : **ไม่มี** E = Eye มีอาการตามองเห็นภาพไม่ชัดหรือเห็นภาพซ้อน : **ไม่มี** F = Face มีอาการหน้าเบี้ยวหรือปากเบี้ยว ชาที่ใบหน้า : **ปากเบี้ยวด้านขวา** A = Arm มีอาการแขนขาอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกทันทีทันใด :**แขนขาข้างขวาอ่อนแรง motor power grade 0** S = Speech มีอาการพูดไม่ชัดสื่อสารไม่เข้าใจ พูดลำบาก พูดจาสับสนทันทีทันใด : **พูดไม่ชัด** T = Time Onset Time ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง : **Onset 1 ชั่วโมง**	B = Balance การทรงตัวผิดปกติ เดินทรงตัวไม่ได้ มีอาการเวียนศีรษะ : **ไม่มี** E = Eye มีอาการตามองเห็นภาพไม่ชัดหรือเห็นภาพซ้อน : **ไม่มี** F = Face มีอาการหน้าเบี้ยวหรือปากเบี้ยว ชาที่ใบหน้า : **ไม่มี** A = Arm มีอาการแขนขาอ่อน แรงหรือชาครึ่งซีกทันทีทันใด : **แขนขาข้างขวาอ่อนแรง motor power grade 0** S = Speech มีอาการพูดไม่ชัด สื่อสารไม่เข้าใจ พูดลำบาก พูดจาสับสนทันทีทันใด : **ไม่พูด ส่งเสียงอืออา** T = Time Onset Time ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง : **Onset 1 ชั่วโมง**	
NIHSS	12 คะแนน	16 คะแนน	
ภาวะแทรกซ้อนที่ห้องฉุกเฉิน	IICP ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง	IICP ระดับความรู้สึกตัวลดลง ภาวะหายใจ ล้มเหลว	
การวินิจฉัย	Acute Stroke fast tract Left MCA infarction	Acute Ischemic stroke due to thrombosis	
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CBC, PT, PTT= ปกติ, Blood sugar = 616 mg% ,BUN = 45 mg/dl ,Creatinine = 5.18 mg/dl ,eGFR = 10.61	CBC, PT, PTT ปกติ, Na 147.5 mmol/L,K 1.65 mmol/L, Chloride = 117.5 mmol/L, Bicarbonate = 17.4 mmol/L, eGFR = 79. 64 Mg = 1.3mg/dl, UA /WBC= 50-100 cell, Urine C/S = E. coli >100000 cfu/ml	
ยาที่ได้รับ	-rt-PA ,Nicardipine, Aspirin,	-rt-PA, Aspirin, Atorvastatin,	

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	Atorvastatin, Manidipine, Regular insulin, Mixtard, Vit B. complex, Ceftriazone, CPM, Augmentin, Omeprazole	Vit B. complex, Potassium injection, Elixer KCL, Ceftriazone,Mgso4 , Thiamine, Omeprazole	ต่อเนื่อง ในขณะนอนในรพ.ผู้ป่วยได้รับการดูแลมีภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะติดเชื้อ ตลอดจนการให้คำแนะนำการปฏิบัติ ได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพในการฟื้นฟูกายภาพบำบัด การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในชุมชน จนอาการผู้ป่วยทั้ง 2 รายดีขึ้น และจำหน่ายออกจากรพ.ได้ ผู้ป่วยรายที่1 นอนรพ. 9 วันและผู้ป่วยรายที่ 2 นอนรพ. 5 วัน
EKG	Abnormal EKG left ventricular hypertrophy with repolarization Abnormality	First degree AV Block	
ผลการตรวจ CT Brain	Well-differentiation of gray-white junction is shown unchanged few small hypodense lesions at left frontal lobe and left caudate; lacunar infarction is suggested	Well-differentiation of gray – white junction is seen	

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพ

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	มีโรคประจำตัวเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ รับยาอย่างต่อเนื่องและติดตามนัดตลอด	เจ็บป่วยมารักษาที่รพ.ใกล้บ้าน ไม่เคยได้ตรวจสุขภาพประจำปี ไม่มีโรคประจำตัว	วิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 รับรู้ภาวะเจ็บป่วยมีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูง ติดตามและรับยาอย่างต่อเนื่องไม่มีประวัติการขาดยา รับประทานอาหารที่ลดความหวาน เค็ม มัน ต่างจากผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการรับประทานอาหารรสเค็มและอาหารหมักดอง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก ผู้ป่วยร้อยละ 70 จะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงด้านในเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและเปราะแตกง่าย ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรค 5 เท่าของคนที่ไม่เป็น เบาหวานทำให้เกิดโรคมากกว่าในคนปกติ 2 – 3 เท่า[3] ผู้ป่วยรายที่ 2 ชอบรับประทานอาหารรสเค็มและอาหาร
2.โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารลดหวานเค็มมัน รับประทานครบ 3 มื้อ	รับประทานอาหารอีสานและรสเค็ม อาหารพวกหมักดอง ขณะเจ็บป่วย On NG tube	
3.การขับถ่าย	ปัสสาวะได้เองวันละ 4-6 ครั้ง ขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง	On foley catheter ปัสสาวะสีเหลืองขุ่น ขับถ่ายอุจาระปกติวันละ 1 ครั้ง	
4.กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรบนเตียง ต้องให้การช่วยเหลือ BI = 20-35 คะแนน mRS = 4 แขนขาข้างขวา motor power grade 0 แขนขาข้างซ้าย motor power grade V	ทำกิจวัตรด้วยตนเองไม่ได้ BI = 10-20 คะแนน mRS = 4 แขนขาข้างขวา motor power grade 0 แขนขาข้างซ้ายmotor power grade IV	
5.การนอนหลับพักผ่อน	ขณะเจ็บป่วยนอนกลางวันบางครั้ง 1- 3 ชม. มีตื่นตอนกลางคืนเป็น บางครั้ง	ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยนอนหลับๆตื่นๆเนื่องจากมีอาการเหนื่อยและหายใจหอบใส่ท่อช่วยหายใจ	
6.สติปัญญาและการรับรู้	รู้สึกตัวดี แต่สื่อสารลำบากพูดไม่ชัด ให้ความร่วมมือดี GCS = E4 V3 M6 Pupil 2 mm RTL Both Eyes	ซึมไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจ GCS = E1V2M5 Pupil 3 mm RTL Both Eyes	
7.การรับรู้ตนเองและอัต	กังวลเรื่องเจ็บป่วยหลายโรค และโรคนี้จะเป็นได้อีกหรือไม่ รักษา	หลังจาก off ET-Tube เริ่มพูดสอบถามว่าเป็นโรคอะไร แล้วจะ	

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพ

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
มโนทัศน์	ต่อเนื่องอย่างไรสอบถามบ่อยๆ ว่าหน้าหายเบี้ยวหรือยัง	หายไหม รับรู้เรื่องอาการที่เป็น มีความกังวลใจเรื่องการรักษาที่ต่อเนื่องและติดตามนัด	หมักดองซึ่งการบริโภคอาหารที่มีรสชาติเค็มจัดมากเกินไป ร่วมกับการขาดออกกำลังกาย ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.1 หรือ 0.5 ล้านคน [2] เมื่อประเมิน B-E-F-A-S-T ทั้ง 2 ราย พบว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมองและมาทันภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง[4] ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จากภาวะแขนขาอ่อนแรง สีหน้ากังวลใจเรื่องความเจ็บป่วยโรคที่เป็นการรักษาและการดูแลต่อเนื่องและกลัวการกลับมาเป็นซ้ำ แต่มีกำลังใจที่ดีจากญาติที่มาเฝ้าผู้ป่วยตลอดเวลา ผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับความรู้สึกตัวลดลงจึงได้รับการดูแลอาหารทางสายยางและใส่สายสวนปัสสาวะสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง
8.บทบาทและสัมพันธภาพ	เป็นที่เคารพรักของครอบครัว ครอบครัวเข้าใจรักใคร่กันดี	เป็นที่เคารพรักของครอบครัว ครอบครัวเข้าใจรักใคร่กันดี	
9.เพศและการเจริญพันธุ์	ความสัมพันธ์กับภรรยาเป็นไปด้วยดี ลักษณะอวัยวะเพศปกติ ไม่มีก้อนหรือผิดปกติใดๆ	ลักษณะอวัยวะเพศปกติ ไม่มีสารคัดหลั่งที่ผิดปกติ ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์	
10.การเผชิญและความทนต่อความเครียด	สีหน้าวิตกกังวลร่างกายจะเป็นปกติไหมและจะเป็นได้อีกหรือไม่ รักษาอย่างไร เมื่อเกิดความเครียดหรือปัญหาปรึกษาบุคคลในครอบครัว	มีสีหน้าวิตกกังวลเรื่องการรักษาต่อเนื่องและกลัวเป็นอีก เมื่อเกิดความเครียดหรือปัญหาปรึกษาบุคคลในครอบครัว	
11.คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ เข้าวัดทำบุญชอบฟังธรรมะเมื่อมีโอกาส	นับถือศาสนาพุทธ เข้าวัดทำบุญและชอบฟังธรรมะเมื่อมีโอกาส	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.เตรียมรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน เข้าสู่ช่องทางด่วน Stroke fast track 2.ติดตามอาการผู้ป่วยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในขณะส่งต่อ 3.นำผู้ป่วยเข้าห้อง Zone resuscitation 4.ประเมินคัดกรองผู้ป่วยตามหลัก B-E-F-A-S-T 5.ประเมินNIHSS, V/S, N//S, Lab 6.รายงานแพทย์ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ให้ยา RI และเจาะ DTX ซ้ำ ความดันโลหิตสูง On Nicardipine (1:5) เริ่มที่ 3 ml/hr. keep BP 185/105 mmHg 7.พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย 8. ส่ง CT Brain NC 9. นำส่งหอผู้ป่วย Stroke unit	1นำผู้ป่วยเข้าห้อง Zone resuscitation 2.ประเมิน V/S,N//S 3.รายงานแพทย์ประเมินอาการได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS E1V1M5 ภาวะหายใจล้มเหลว RR 28-34 ครั้ง//นาที O2sat 93-94% (room air) ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจพร้อมเครื่องช่วยหายใจ 4.ประเมินอาการและคัดกรองผู้ป่วยตามหลัก B-E-F-A-S-T 5. ประเมินNIHSS, V/S,N/S, Lab 6.ปรึกษาอายุรแพทย์เข้าช่องทางด่วนระบบ Stroke fast track 7.พูดคุยให้กำลังใจญาติ 7. ส่ง CT Brain NC 8. นำส่งหอผู้ป่วย ICU	วิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 และผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการประเมินอาการคัดกรองผู้ป่วย B-E-F-A-S-T และได้รับการดูแลเข้าช่องทางด่วน Stroke fast track เหมือนกัน แต่แตกต่างในขั้นตอนการให้ความช่วยเหลือและการ Activate Stroke fast track เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 1 ถูกส่งต่อมาจากรพช.ด้วยอาการและวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มาเองได้รับการดูแลภาวะวิกฤติด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ หลังจากนั้นได้รับการคัดกรองและ Activate Stroke fast track ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ทั้งคู่ แต่แตกต่างกันที่ระยะเวลาในการเข้าถึงยาผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่สามารถให้ยา rt-PA ได้ทันที เนื่องจากต้องได้รับการควบคุมภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงกว่า 185/110 mmHg ต้องเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำก่อน ทำให้เพิ่มระยะเวลา DTN มากขึ้น[10] ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการ Activate Stroke fast track ล่าช้ากว่าแต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หลังจากได้รับการแก้ไขก็สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้ทันที

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะแรกรับอุบัติเหตุและฉุกเฉิน		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากมีพยาธิสภาพในสมอง	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากมีพยาธิสภาพในสมอง	1.จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศา ลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก 2.บันทึก V/S,N/S ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงตามสภาพอาการผู้ป่วย จนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ หากผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ 3.ควบคุม BT 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส ถ้ามีไข้เช็ดตัวลดไข้ถ้า BT > 37.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้ได้รับยาลดไข้เมื่อ BT > 38 องศาเซลเซียส 4.สังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระดับความรู้สึกตัวลดลง (LOC) เช่น กระสับกระส่าย สับสน, GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ,ปวดศีรษะเพิ่มมากขึ้น ,ความบกพร่องทางระบบประสาทเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือเกิดขึ้นใหม่ ,ค่า ICP monitor มากกว่าหรือเท่ากับ 20 mmHg 5.ดูแลไม่ให้เกิดความดันสูงในช่องท้องและช่องอก เช่นหลีกเลี่ยงการไอหรือจาม กรณีท้องผูกห้ามเบ่งถ่ายอุจจาระหรือสวนอุจจาระ ถ้าไม่ถ่ายอุจจาระใน 3 วัน รายงานแพทย์ 6.ดูแลให้ได้รับยาลดสมองบวมและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียง ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์ ลงบันทึกอาการอย่างต่อเนื่อง 7.ประเมินความสมดุลของน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือด		1.ประเมินและบันทึก V/S,N/S อย่างน้อยทุก 10-15 นาทีและเมื่ออาการคงที่ทุก 1 ชั่วโมง 2.สังเกตลักษณะและอัตราของชีพจร การหายใจและพฤติกรรมต่าง ๆของผู้ป่วย 3.บันทึก I/O ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ชม. รายงานแพทย์ทันที 4.ดูแลให้ได้รับยา Nicardipine (1:5) 3 μdpm titrate ทีละ 2 μdpm keep BP < 160/90 mmHg ควบคุมอัตราการหยดของสารน้ำและยาที่ผสมผ่าน Infusion pump 5.ดูแลให้ได้รับยา Amlodipine (5) 1 tab oral stat และติดตามภาวะความดันโลหิต 6.ระวังในการให้ยาลดความดันโลหิต ถ้ามากเกินไปอาจเกิดภาวะช็อค
	การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง	1.ประเมิน V/S ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมงจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วให้อยู่ในระดับ > 95% 2.สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจการขยายตัวของทรวงอกฟังเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้างถ้าหายใจ > 24 ครั้งต่อนาที กระสับกระส่ายเหงื่อออกตัวเย็นริมฝีปากปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำรายงานแพทย์ 3.จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัว 4.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนและดูแลเครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 5.ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ก่อนดูดเสมหะควรให้ออกซิเจน 100 % นาน 30-60 วินาที
ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง		1.สังเกตและประเมินอาการของน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง หมดสติ 2.ประเมินV/S, N/S อย่างน้อยทุก 10-15 นาทีและเมื่ออาการคงที่อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง 3.ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด keep DTX 80-200 mg% ผิดปกติรายงานแพทย์ 4.ดูแลให้ได้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด Regular insulin ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการได้ยาลดระดับน้ำตาล ได้แก่ เหงื่อแตก ใจสั่น ซึม หมดสติ 5.บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าสู่ร่างกายและขับออกทุก 8 ชั่วโมง 6.ดูแลการให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml vein rate 80 ml/hr
	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ	1.ดูแลความสะอาดในช่องปาก จัดท่าศีรษะสูงตะแคงหน้าป้องกันสำลัก 2.ดูดเสมหะด้วยหลักปราศจากเชื้อ, ติดตามผลภาพถ่าย CXR 3 เปลี่ยนสาย proximal tube และ หัว ambubag ทุก 24 ชั่วโมงและเทน้ำใน water trap ทิ้งเสมอก่อนพลิกตัวผู้ป่วยระวังไม่ให้น้ำไหลเข้าทางผู้ป่วย

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะแรกรับอุบัติเหตุและฉุกเฉิน		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
		4.ยึดตรึงท่อหลอดลมคอระวังไม่ให้ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด 5.วัด intracuff pressure ของท่อหลอดลมทุก8 ชั่วโมงและปรับ intracuff pressure ให้มีค่า 20 – 30 เซนติเมตรน้ำ 6 ใช้น้ำปราศจากเชื้อใน humidifier ของเครื่องช่วยหายใจ
ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่	ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่	1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีใช้คำพูดที่สุภาพนุ่มนวล ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติเรื่องโรคที่เป็นอยู่และการดำเนินของโรค รวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการทราบ 2.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การรักษาพยาบาลอย่างคร่าวๆและแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพื่อลดความวิตกกังวล รวมถึงวิธีรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา อาการสงสัยว่าแพ้ยา 3.ให้ญาติได้พูดคุยกับแพทย์ผู้รักษาโดยตรง เพื่อตัดสินใจในการรักษาและการวางดูแลต่อเนื่อง
ระยะต่อเนื่องในหอผู้ป่วย		**กิจกรรมการพยาบาล**
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA)	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA	1.นอนพักบนเตียง 24 ชม.นอนศีรษะสูง 15 – 30 องศา 2.งดน้ำงดอาหารยกเว้นยา ตามแผนการรักษา 3.วัดV/S, N/S ควบคุม BP ไม่ให้สูง SBP < 180 mmHg และ DBP < 105 mmHg ,วัดทุก 15 นาที x 2 ชม. , วัดทุก 30 นาที x 6 ชม., วัดทุก 1 ชม. x 16 ชม.และวัดทุก 4 ชม. เมื่อมีอาการคงที่ 4. ให้ On O2 canula 2 - 4 LPM (keep SpO2 > 94%) ตามแผนการรักษา 5. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา 6. เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาในระหว่างหรือหลังให้ยา rt-PAภายใน 24 ชม. เช่น มีเลือดออกที่สมอง ทางเดินอาหาร เลือดออกตามอวัยวะต่างๆมีจ้ำเลือดที่แทงน้ำเกลือ สีของอาเจียน สีของปัสสาวะหรืออุจาระ 7.งดกิจกรรมในขณะให้ยา งดการให้ยา Anti-platelet /Anti-Coagulant เช่น Heparin, warfarin, Aspirin, clopidogrel การใส่สายยางทางจมูกภายใน 24 ชม.แรกการแทงหลอดเลือดแดงใหญ่ (Central venous access) ภายใน 24 ชม.แรก การใส่ Foley catheter ในช่วงเวลาที่ให้ยาหรือหลังให้ยาหมด 30 นาที 8.ควรให้ยาลดกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร 9.เฝ้าระวังและดูแลกรณีที่สงสัยมีเลือดออกในสมอง อาการที่แสดงออกว่าน่าจะมีเลือดออกในสมองเช่น ปวดศีรษะ ระดับความรู้สึกตัวลดลงอย่างเฉียบพลัน สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน คลื่นไส้อาเจียน เมื่อมีอาการดังกล่าวให้หยุดการให้ยาละลายลิ่มเลือดทันที รายงานแพทย์ทันที, เตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจ CT brain emergency ,เจาะ CBC, Coagulogram, จอง FFP ,เตรียมให้ FFP (10ml/kg) ตามแผนการรักษาของแพทย์ ,ประสานแพทย์ศัลยประสาทรพ.ขอนแก่นเพื่อปรึกษาการส่งต่อ
มีภาวะปอดติดเชื้อ		1.ประเมินV/S ทุก 15-30 นาที จนคงที่แล้วประเมินทุก 1 ชม ประเมินการหายใจ 2.ประเมินและฟังเสียงปอดทุกเวร เพื่อประเมินการติดเชื้อในปอดเพิ่มมากขึ้น 3.ประเมินระดับ O2Sat ถ้า < 94% (room air) On O2 canula 3 LPM 4.ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ 5.ติดตามและประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm vein OD ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7.Record I/O keep Urine Out put มากกว่า 25-30 ml/kg/hr 8.ถ้า BT ≥ 38 องศาเซลเซียส ให้ยา paracetamol (500) 1 tab oral q 4-6 hr และ เช็ดตัวลดไข้ ติดตามและประเมินไข้ 9.สังเกตอาการที่อาจติดเชื้อรุนแรงมีไข้สูง ไอมีเสมหะ ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยหอบ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะแรกรับอุบัติเหตุและฉุกเฉิน		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
	มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	1.สังเกตอาการ potassium ในเลือดต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อร่างกายอ่อนแรง 2.ดูแลติดตาม EKG monitor ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะผิดปกติ 3.ประเมินV/S, N/S อย่างน้อยทุก 10-15 นาทีและเมื่ออาการคงที่อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง 4.ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 100 ml + KCL 20 meq vein drip in 2 hr โดยใช้เครื่องควบคุมสารน้ำ 5.ดูแลให้ได้รับยา E.KCL 30 ml oral 6.ดูแลให้ 50% MgSo4 6 ml+5%D/W 100 ml vein drip in 4 hr x 3 day 7.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์ 8.บันทึกจำนวนสารน้ำเข้า และน้ำออกจากร่างกาย 9.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและยาทางสายยางตามเวลาและแผนการรักษา
	ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	1.ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำเพียงพอกับความต้องการอย่างน้อยวันละ 2000 ซีซี/วัน 3.บันทึก I/O ทุก 8 ชั่วโมง สังเกตลักษณะปริมาณและสีของปัสสาวะ 4.ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 5.ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด ถุงรองรับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ เช็ดทำความสะอาดท่อเทปัสสาวะด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้งก่อนและหลังเทปัสสาวะ 6.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm vein OD 7.ถ้า BT ≥ 38 องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้ paracetamol (500) 1 tab oral q 4-6 hr และเช็ดตัวลดไข้ ติดตามและประเมินไข้
	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องในการกลืนอ่อนแรงและ reflex การกลืนลดลง	1.ประเมินและบันทึกประเมิน V/S, N/S อย่างน้อยทุก 10-15 นาทีและเมื่ออาการคงที่อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมงหรือตามความเหมาะสม 2.ประเมินการรับอาหารทางสายยางของผู้ป่วยว่ามี content เหลือมากกว่า 50 ml หรือไม่ สังเกตขณะ Feed มีอาการขย้อนอาหารออกมาหรือไม่ 3.ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยาง BD (1:1) 250 ml x 4 feed 4.ดูแลให้น้ำตามหลัง feed 30 ml และน้ำระหว่างมื้อ 100 ml 5.ดูแลความสะอาดช่องปากให้สะอาด 6.ดูดเสมหะทุกครั้งก่อนมื้อป้อนอาหาร ทำให้การรับอาหารของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ 7.ดูแลนอนยกหัวสูงอย่างน้อย 45 องศา เพื่อไม่ให้เกิดการสำลักอาหารลงปอด ซึ่งอาจเกิดภาวะปอดอักเสบตามมาได้
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากแขนขาด้านขวาอ่อนแรง	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากแขนขาด้านขวาอ่อนแรง	1.ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินกล้ามเนื้อ 2.จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่สามารถดูแลอย่างใกล้ชิด 3.ยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง 4.ช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง นอนที่นอนลม 5.ดูแลความสะอาดร่างกาย ผิวหนังให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการเกิดแผลกดทับ 6.ดูแลส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดทุกวันตามแผนการรักษา สอนและแนะนำญาติช่วยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ passive exercise อย่างน้อยวันละ 3 ครั้งๆละ 15-20 นาที 7.สอนและให้คำแนะนำญาติเกี่ยวกับวิธีการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง เช่น การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็นหรือเก้าอี้การลุกยืน การเดินรอบๆเตียง การนั่งรถเข็นไปห้องน้ำ 8.จัดสภาพแวดล้อมและวางของใช้ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นหยิบจับได้ง่าย
ระยะจำหน่าย		**กิจกรรมการพยาบาล**
ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยว	ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยว	1 อธิบายเกี่ยวกับอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะแรกรับอุบัติเหตุและฉุกเฉิน		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
กับการปฏิบัติเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้านและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ	กับการปฏิบัติเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้านและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ	2 แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เช่นการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีกากใยอาหาร เช่น ผักสด ผลไม้ งดอาหารรสเค็มหวาน มันมาก งดสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเป็นซ้ำของโรค 3.แนะนำให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องถูกต้องตรงตามเวลา ไม่ควรหยุดยาเอง การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา 4.แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2000-3000 ml แนะนำออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 5.แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมและดัดแปลงของใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย จัดบ้านให้โล่งไม่มีสิ่งกีดขวาง พื้นบ้านไม่ลื่น ห้องนอนจัดให้อยู่ชั้นล่าง เป็นเตียงที่ผู้ป่วยนั่งแล้วเท้าวางพอดีกับพื้นเพื่อความสะดวกในการลุกนั่ง ห้องนอนอยู่ใกล้ห้องน้ำและห้องน้ำควรมีราวจับ 6.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปรับพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เช่น การงดอาหารรสเค็ม รสหวาน อาหารมัน การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที 5 ครั้ง/สัปดาห์ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ พักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง รวมทั้งฤทธิ์ของยาที่อาจจะเกิดขึ้น 7.สอนสาธิตและฝึกทักษะแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยในสิ่งที่จำเป็นก่อนการจำหน่ายกลับบ้านเช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การทำกายภาพบำบัด 8.อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น มีอาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรงหรือสูญเสียความรู้สึกมากขึ้น
การจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	การจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	**ด้านผู้ป่วย** 1.ให้ความรู้เกี่ยวกับ D-M-E-T-H-O-D โรค การดูแลตนเอง สัญญาณอันตรายการเป็นซ้ำ 2 ฝึกทักษะในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน การรับประทานยา และอาการข้างเคียงของยาการฟื้นฟูสภาพ การทำกายภาพบำบัดให้คำปรึกษาสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง **ด้านครอบครัวและผู้ดูแล** 1.ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน สัญญาณอันตราย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาอย่าง
		ทันท่วงที (หมายเลขโทรศัพท์หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ทั่วประเทศ) 2.ให้ความรู้เรื่องอาหาร และการเตรียมอาหาร ตามแผนการรักษา 3.ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา การเก็บรักษายา และ อาการข้างเคียงของยา 4.ให้ความรู้และประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆ เครือข่ายชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในเรื่องต่างๆ และเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องตามกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย 5.ให้คำปรึกษาสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย 6.ประสานการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 7.การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และการปรึกษาทางโทรศัพท์

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน Onset ภายใน 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยรายที่ 1 มาด้วยอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างขวาอ่อนแรง เป็นก่อนมา รพ. 1ชั่วโมง ใช้บริการ EMS นำส่งที่รพ.ชุมชนวินิจฉัย Stroke fast track ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในช่องทางด่วนตั้งแต่รพ.ชุมชน แตกต่างจากผู้ป่วยรายที่ 2 ที่ญาตินำส่งด้วยอาการซึมไม่พูด ลิ้นแข็ง แขนขาอ่อนแรง เป็นก่อนมารพ. 1 ชั่วโมง เมื่อเข้ารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีภาวะหายใจล้มเหลวจากระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง ต้องได้รับการดูแลโดยทันที ก่อนจะประเมินคัดกรองและวินิจฉัย Stroke fast track ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA แต่ระยะเวลาแตกต่างกันเนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคประจำตัวโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึง

ทำให้มีภาวะน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการรักษาและให้การพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด จึงใช้เวลานานมากกว่า 60 นาทีในการเข้าถึงยา ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท สัญญาณชีพ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับออกซิเจนในร่างกาย การให้สารน้ำ การดูแลให้ได้รับอาหารและประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเลคโตรลัยท์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดติดเชื้อ เกิดแผลกดทับ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จนได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพและติดตามนัดดูอาการ ดังนั้นพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงถือเป็นบุคลากรที่สำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน จำเป็นต้องมีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งในการคัดกรองเบื้องต้นและการประเมินอาการอย่างรวดเร็ว การค้นหาปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับตลอดจนการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ก็จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะต่างๆ และผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ สอดคล้องการศึกษาของปรมาภรณ์ คลังพระศรี[6] ที่กล่าวว่าหากพยาบาลมีความรู้ความชำนาญในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม fast track ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความพิการและเสียชีวิต ให้ได้รับบริการที่ทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูง ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินคัดกรองและเฝ้าระวังในการให้การพยาบาลได้ตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย Stroke ด้วย B-E-F-A-S-T เพื่อให้บุคลากรนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินอาการของผู้ป่วยในแนวทางเดียวกัน

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองผู้ป่วย Stroke

3. เพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วย Stroke fast track โดยการประชาสัมพันธ์ในระดับชุมชน หมู่บ้าน การเรียกใช้ 1669 เพื่อมาให้ทันภายใน 4.5 ชม. จะสามารถรับบริการช่องทางด่วน Stroke fast track ได้ทันที

4. พัฒนาระบบช่องทางด่วน Stroke fast track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาภายใน 60 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย

5. พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องมีทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ, นรงฤทธิ์ เกษมทรัพย์และสมศักดิ์ เทียมเก่า. (2561). การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: เวชปฏิบัติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น:คลังนานาวิทยา.
2. จุฑาธิป ลิ้มคุณากูล. (2560). คนไทยบริโภคเกลือสูง เสี่ยงเป็นโรคเรื้อรัง. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 30 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://www.thaihealth.or.th
3. เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.
4. นิตยา พันธุเวทย์ และธิดารัตน์ อภิญญา. (2555). ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 29 ธ.ค. 2565].เข้าถึงได้จาก: http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/KMNCD%20_magazine-Vol.1.pdf
5. นิพนธ์ พวงวรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). 2544 . พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์
6. ปรมาภรณ์ คลังพระศรี. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 17(3),119-130

7. พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. (2558). โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 2 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
8. พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2563). หัวใจขัด (Heart block). [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 29 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://haamor.com/หัวใจขัด
9. ศูนย์ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์งานเวชระเบียนและสถิติ. สรุปสถิติผู้ป่วยปี 2563-2566 : โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
10. สมศักดิ์ เทียมเก่า. การพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ stroke fast track. (2564). [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 20 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://cimjournal.com/confer-update/system-stroke-fast-track/
11. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาเพรสจำกัด
12. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : บริษัท อัลทิเมท พริ้นติ้ง จำกัด
13. อรนันท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. วารสารพยาบาลทหารบก. 15(3),137-143.
14. อาภรณ์ คำก้อน.(2566). การตรวจทางระบบประสาท 1. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 13 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/km_Nervous_system1.html
15. World Stroke Organization [WSO]. About World Stroke Day [Online]. 2019 [cited 07 May 2020]; Available from: https://ncdalliance.org/news-events/news/world strokeday2019

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Care model for substance-induced psychosis with the participation of network partners in Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province.

(Received: November 30,2023 ; Revised: December 10,2023 ; Accepted: December 11,2023)

กรรณิกา ช่อรักษ์[1]
Kannika Choruk[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม 2) เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ระหว่างพฤษภาคม 2566 - พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง ภาคีเครือข่าย 32 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและญาติผู้ดูแล ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และญาติ กลุ่มละ 32 คน รวม 96 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโดยวิธีเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก เก็บข้อมูลจากสัมภาษณ์ กระบวนการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาณด้วย Paired samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ด้วยกระบวนการ chronic care model 6 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายครอบคลุมระดับข้อมูลข่าวสาร ระดับให้ความคิดเห็น ระดับเข้ามามีบทบาท ระดับสร้างความร่วมมือ และระดับเสริมอำนาจ เกิดผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีอาการทางจิตดีขึ้น หลังการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนน ลดลงกว่าก่อนการพัฒนา (Mean = 31.28,SD = 2.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (11.47 ถึง 14.20) p-value <0.0001 และค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา (Mean =68.50, SD =3.45) 95% CI (23.84 ถึง 27.53) p-value <0.0001

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด, ภาคีเครือข่าย

ABSTRACT

This research is centered on research and development (R&D) aimed at achieving two primary objectives: to devise a patient care model tailored for individuals suffering from mental illness induced by substance abuse in collaboration with participating network partners.To compare the outcomes of implementing a patient care model for individuals experiencing psychosis due to substance abuse, in conjunction with participating network partners, within Phayakkhaphum Phisai District, Maha Sarakham Province. The study spans a duration of six months, commencing from May 2023 to November 2023. The sample group consists of network partners, totaling 32 individuals, and two groups of patients with substance-induced psychosis along with their respective relatives and caregivers. Each group comprises 32 individuals, resulting in a total sample size of 96 individuals, selected based on specific inclusion and exclusion criteria. Data collection involves interviews, group discussions, and questionnaire assessments. Data analysis includes content analysis, frequency distribution, percentage calculation, mean and standard deviation calculation, and inferential statistics utilizing a pair-samples t-test.

The study's outcomes revealed the significant involvement of network partners in the model designed to care for individuals experiencing mental health complications due to substance abuse. The implementation of the Chronic Care Model's six processes, combined with active participation from network partners across information

[1]โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

dissemination, feedback incorporation, cooperative engagement, and empowerment initiatives, led to marked enhancements in mental well-being for individuals with substance-induced psychosis.Following the development and integration of a model tailored for patients with substance-related psychosis, supported by network partner participation, a noteworthy reduction in average psychotic symptom scores was observed ($\bar{X}$ = 31.28, SD = 2.49, 95% CI: 11.47 to 14.20, p-value <0.0001). Moreover, the mean participation score among network partners significantly surpassed pre-development levels ($\bar{X}$ = 68.50, SD = 3.45, 95% CI: 23.84 to 27.53, p-value <0.0001).

Keywords: substance-induced psychosis, participation of network partners

บทนำ

ปัญหาสารเสพติดในประเทศไทย มีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์สารเสพติดโลก จากฝิ่น เฮโรอีน มาเป็นยาบ้าที่ระบาดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน สถานการณ์ปัญหาสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและมีความรุนแรงมากขึ้น[1] ปัญหาโรคจิตจากสารเสพติดนั้นเป็นปัญหาสำคัญ ทั้งในเรื่องของสุขภาพ อาชญากรรม สิทธิมนุษยชน ความยากจน ในปัจจุบันไม่ได้มีเพียงการป้องกัน การปราบปราม และการบำบัดรักษาแต่ยังมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ยังมีการใช้ประโยชน์จากยาเสพติดอย่างถูกต้อง จากรายงาน World Drug Report พบว่า ในปี 2560 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก ประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก ยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด คือ กัญชา 188 ล้านคน รองลงมา คือ ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น 53 ล้านคน กลุ่มแอมเฟตามีน 29 ล้านคน ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ในกลุ่มแอมเฟตามีน มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบมากที่สุดใน ทวีปเอเชียตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทวีปอเมริกาเหนือ ตามลำดับ [2]

การใช้สารเสพติดมักจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต มีภาวะหวาดระแวง ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ในระดับประเทศพบว่า ผู้ใช้สารเสพติดภายใน ปี 2564 ปีเดียว มีจำนวน 1.4 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 1.1 ล้านคน และเป็นผู้ติดสารเสพติด จำนวน 3.2 แสนคน ในจำนวนนี้เข้าสู่ระบบการบำบัดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 24,196 คน เป็นผู้ป่วยจิตเวชติดสารเสพติดรุนแรง จำนวน 5,757 คน และเป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 577 คน[1]เมื่อพิจารณาสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างปี งบประมาณ 2559 -2561 พบว่า ผู้ป่วยติดสารเสพติดมารับบริการสูงสุดเป็นอันดับ 1 มีจำนวน พบว่า ผู้ป่วยติดสารเสพติดมารับบริการสูงสุดเป็นอันดับ 1 มีจำนวน 56,887 คน, 359,257 คน และ 606,014 คน ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี[3]จากรายงานของระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด รายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่มีอาการทางจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2563-2564 มีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐประมาณ 4,000 รายต่อปี พบผู้ป่วยปี 2562-2564 จำนวน 3,956 ราย 3984 ราย และ 4,100 ราย ตามลำดับ[4] ขณะที่สถิติการมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดรายใหม่ ณ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2566 มีจำนวน 59 คน 61 คน และ 57 คน ตามลำดับ[5]

ยาเสพติดที่มีผลกระทบต่อระบบสมองและสารเคมีในสมองอาจเป็นสาเหตุของภาวะจิตเสพติด ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง[6] บางครั้งการใช้ยาเสพติดอาจทำให้เกิดอาการวิตกกังวลหรืออารมณ์เสีย ก่อให้เกิดการคิดที่ไม่สมประสงค์หรืออาจทำให้คนมีอารมณ์เสียต่อสังคมและครอบครัว[7] อย่างไรก็ตามโรคจิตจากสารเสพติดนั้นเกิดจากผู้เสพมีการใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง รวมถึงชนิดและความถี่ของการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งแอมเฟตามีน และสารระเหย ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ทำให้เกิด

อาการจิตประสาทหลอนได้ง่าย โดยผู้เสพจะมีอาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งจะเป็นอยู่ครั้งคราวเมื่อมีการใช้สารเสพติดนั้น และหากมีการใช้เป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการทางจิตอย่างถาวรได้ ซึ่งอาการจะคล้ายกับผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีอาการ หวาดระแวง มีหูแว่ว หลงผิด แล้วยังไม่สามารถรับรู้โลกความเป็นจริง [8,9]

การติดยาเสพติด เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เกิดจากปัจจัยทางพฤติกรรม จิตวิทยา สิ่งแวดล้อม และชีวภาพร่วมกัน โรคจิตจากยาเสพติดจึงเป็นโรคเรื้อรังที่โดยส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่ การรักษายาวนานมากขึ้น อาจมีความพิการ โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยโรคจิตมีอาการเสื่อมในด้านต่างๆ ไปเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่ป่วย เช่น เสื่อมด้านบุคลิกภาพ ด้านการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพจิตมิใช่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลไปยังญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคมด้วย[10]

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ มียุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทุกระดับ ผลักดันให้สังคมยอมรับ และให้โอกาส ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดเข้าถึงบริการตั้งแต่เริ่มป่วย จนหายทุเลา สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยระบบการดูแลต้องมีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างสรรค์ เพื่อบูรณาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ทั้งระดับครอบครัว ชุมชนและสถาบันในสังคมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน[11]

ดังนั้นผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าวจึงสนใจทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ขึ้นเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและลดปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนผลกระทบที่จะเกิดกับครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ระหว่างพฤษภาคม 2566-พฤศจิกายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง

ภาคีเครือข่าย 32 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและญาติผู้ดูแล ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และญาติ กลุ่มละ 32 คน รวม 96 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโดยวิธีเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวช 2) มีระดับการควบคุมอาการทางจิตสงบได้ 3) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น 4) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) มีอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรง ทำร้ายตัวเองและผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง มีอาการก้าวร้าวรุนแรงคุ้มคลั่ง 2) มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน 3) มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย

การสัมภาษณ์ และการจัดกระบวนการสนทนากลุ่มในการรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด สรุปปัญหา การประชาคมเพื่อกำหนดแนวทาง กิจกรรมตามกระบวนการ chronic care model 6 องค์ประกอบ กำหนดมาตรการ บทบาทภาคีเครือข่าย ในการแก้ไขการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ถอดบทเรียน สรุปปัญหาอุปสรรคปรับปรุงมาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียนร่วมกับญาติ บุคลากรในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน อปท. เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองตำรวจและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 การทบทวนสถิติการเข้ารับการรักษา ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเลกทรอนิกส์ Hos-xp โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลญาติ ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบคัดกรองโรคจิต (psychotic screening test) ของกรมสุขภาพจิต

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) แปลเป็นภาษาไทย โดยพันธนภา กิตติรัตนไพบูลย์ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.71[12] และแบบประเมินสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดด้วยแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Thai HoNOS) มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.68[13]

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคีเครือข่ายด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด โดยประยุกต์ใช้ตามการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ของกีรติยา อุ่นเจริญ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชไม่น้อยกว่า 10 ปีจำนวน 5 ท่าน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50 - 1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ได้[14]

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย การทบทวนสถิติการเข้ารับการรักษา ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเลกทรอนิกส์ Hos-xp โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย โดยการสัมภาษณ์ และการจัดกระบวนการสนทนากลุ่มในการ รวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ร่วมกับญาติผู้ดูแล บุคลากรในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดมาตรการ กำหนดแนวทาง/กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหารูปแบบการดูแลป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา ประกอบด้วยดำเนินงานตามกระบวนการ chronic care model 6 องค์ประกอบ ดังนี้

4.1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง มีกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มญาติระหว่างรอตรวจ

4.2) การออกแบบระบบบริการ โดยยึดหลักการประเมิน 5 ด้านของกรมสุขภาพจิต (บุคลากร สถานที่ ระบบบริการ ระบบยา และระบบการส่งต่อ)

4.3) decision support โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกันจัดทำแนวทางการดำเนินงาน (CPG)

4.4) Clinical information system มีการร่วมกันพัฒนาระบบฐานข้อมูลทั้งในระบบ HosXp และทะเบียนผู้ป่วย

4.5) Community resource Linkages ชุมชนและภาคีเครือข่าย

4.6) Health system organization โรงพยาบาลมีนโยบายในการดูแลโรคจิตจากสารเสพติดและมีแผนงานโครงการเพื่อแก้ปัญหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ครอบคลุมภายในองค์กรโดยรวมที่เชื่อมประสานอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนที่ 5 ดำเนินการตาม รูปแบบ มาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 6 ปรับปรุงรูปแบบการดูแล มาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน

ขั้นตอนที่ 7 ดำเนินการตาม รูปแบบการดูแล มาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายที่ปรับปรุงติดตามและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ก่อนและหลังพัฒนา โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 และช่วงเชื่อมั่น 95%CI ด้วยสถิติ Paired samples t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ด้านผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 87.5 มีอายุ ระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 43.8 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 46.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.0 และมีรายได้อยู่ระหว่าง 2,000-10,000 บาท ร้อยละ 100

ด้านญาติ ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 68.8 มีอายุ ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 50 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 96.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.3 และมีรายได้อยู่ระหว่าง 3,000-10,000บาท ร้อยละ 78.1

ด้านภาคีเครือข่าย ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 84.4 มีอายุ ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 37.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 96.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 46.9 และมีรายได้อยู่ระหว่าง 6,000-10,000 บาท ร้อยละ 62.5

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) หลังการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนน ($\bar{X}$ = 31.28,SD = 2.49) ลดลงกว่าก่อนการพัฒนาที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ($\bar{X}$ = 44.12, SD = 3.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (11.47 ถึง 14.20) p-value <0.0001 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนประเมินสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (HoNOS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยคะแนน($\bar{X}$ = 14.62,SD = 2.22) ลดลงกว่าก่อนการพัฒนาที่มีคะแนนประเมินสุขภาพผู้ป่วย (HoNOS) ($\bar{X}$ = 26.31,SD = 1.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (11.27 ถึง 12.30) p-value <0.0001

ผลลัพธ์การคัดกรองโรคจิตจากการสัมภาษณ์ญาติ พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการคัดกรองโรคจิตเมื่อเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการพัฒนา

รูปแบบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการคัดกรองโรคจิต ($\bar{x}$ =5.53,SD = 1.19) สูงกว่าหลังการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ($\bar{x}$ =1.65,SD = 1.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (3.24 ถึง 4.50) p-value <0.0001

ผลลัพธ์ด้านภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคจิตจากสารเสพติดก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.1 หลังการพัฒนา พบว่า ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตจากสารเสพติดหลังการพัฒนาฯ (=17.93,SD = 2.03) สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (3.37 ถึง 5.43) p-value <0.0001 และระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.9 หลังการพัฒนาพบว่า ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (=68.50, SD =3.45) สูงกว่าก่อนการพัฒนา (=42.81,SD = 3.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (23.84 ถึง 27.53) p-value <0.0001

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าระดับคะแนนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=32)

ค่าคะแนน	$\bar{x}$	SD	Mean Diff	95% CI	t	p-value
ประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยฯ (BPRS)						
ก่อนพัฒนา	44.12	3.65	12.84	11.47 ถึง 14.20	19.19	<0.0001
หลังพัฒนา	31.28	2.49				
การประเมินสุขภาพฯ(HoNOS)						
ก่อนพัฒนา	26.31	1.87	11.68	11.27 ถึง 12.30	38.61	<0.0001
หลังพัฒนา	14.62	2.22				
คัดกรองโรคจิต(จากการสัมภาษณ์ญาติ)						
ก่อนพัฒนา	5.53	1.19	3.87	3.24 ถึง 4.50	12.62	<0.0001
หลังพัฒนา	1.65	1.12				
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตจากสารเสพติด						
ก่อนพัฒนา	13.53	2.25	4.40	3.37 ถึง 5.43	8.71	<0.0001
หลังพัฒนา	17.94	2.03				
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย						
ก่อนพัฒนา	42.81	3.84	25.68	23.84 ถึง 27.53	28.41	<0.0001
หลังพัฒนา	32	68.5				

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมพบปัญหาและอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ในช่วงพัฒนา ได้แก่ 1) ปัญหาการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) การใช้เครื่องมือและการค้นหาผู้ป่วย ใช้ระบบในการค้นหาที่มาจากระบบสาธารณสุขยังมีความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายอยู่อย่างจำกัด3) ในระยะแรกยังมุ่งเน้นการรักษาผู้ป่วยเพียงเฉพาะโรคและตัวผู้ป่วยเพียงเท่านั้น พบข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับเข้าสู่ชุมชน และผู้ป่วยมีโอกาสในการประกอบอาชีพค่อนข้างน้อย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดยังได้รับความร่วมมือกับชุมชน และภาคีเครือข่ายและชุมชนยังมีส่วนร่วมยังไม่เต็มศักยภาพ ซึ่งต้องดึงศักยภาพของ ภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพจิตปรับให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น ร่วมกับ

ผู้นำชุมชน อสม. และญาติผู้ป่วย สอดคล้องกับ ณฐพร ผลงาม พบว่า ปัญหาในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดระยอง ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยให้หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานทุกขั้นตอน เป็นหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด [15] การพัฒนารูปแบบได้มีการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง ทบทวนปัญหา แก้ไขปัญหาโดยได้มีการปรับรูปแบบการพัฒนา ดังนี้ 1) เพิ่มเติม ให้มีการประชุมนำเสนอในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ โดยมีบทบาทให้ นายอำเภอเป็นประธาน 2) เพิ่มระบบให้คำแนะนำจากรพ.พยัคฆภูมิพิสัย และภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพิ่มระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาลมหาสารคาม รพ.จิตเวชราชนครินทร์ขอนแก่น ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น 3) สร้างความตระหนักและเพิ่มบทบาทให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมมีครอบคลุมในระดับต่างๆรวมถึงการสร้างงานสร้างอาชีพ เช่น กัญชงสมุนไพร ลูกประคบสมุนไพร ตะกร้าสานใจ รพ.สต. ชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. ญาติผู้ดูแล มีหน้าที่ดูแล ติดตาม แจ้งข่าว ค้นหารายใหม่ ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนได้

ผลของการพัฒนารูปแบบได้ปรับปรุงกิจกรรมที่ดีขึ้น ครอบคลุมขึ้น และอยู่ในรูปแบบใหม่ ที่เหมาะสม คือ การปรับปรุงรูปแบบการดูแล มาตรการกิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน 5 กิจกรรม และดำเนินการตาม รูปแบบการดูแล มาตรการกิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายที่ปรับปรุงติดตามและประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ การประเมินผู้ป่วย ติดตามประเมินผลการมีส่วนร่วม ซึ่งประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) คัดกรองโรคจิตจากการสัมภาษณ์ญาติ และประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยการประเมินความรู้และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับณฐพร ผลงาม ที่อธิบายว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจะต้องดำเนินงานร่วมกัน 3 ส่วนคือ การจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management) การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Holistic Rehabilitation) และภาคีเครือข่าย (Network) เพื่อให้เกิดกระบวนการความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติดและลดปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ รวมทั้งทำให้การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดระยองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[15]

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่าย เกิดผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีอาการทางจิตดีขึ้น ระดับความรู้และระดับการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อธิบายได้ว่า จากการพัฒนารูปแบบมีการจัดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้ประโยชน์ ข้อจำกัด และความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนการพัฒนาระบบบริการทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมวางแผน ร่วมออกแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละพื้นที่ ดังเช่น การศึกษาของมยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ หลังพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ที่พัฒนาขึ้นจากการระดมความคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องตามประสบการณ์จริง เกิดการระบุปัญหาและความต้องการ แก้ไขปัญหา ช่วยกันออกแบบการดูแล นำรูปแบบการพัฒนาไปปฏิบัติและมีการติดตามประเมินผล ทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ผลดียิ่งขึ้น[16] และสอดคล้องกับ หทัยกาญจน์ เสียงเพราะที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากผลการศึกษาทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนเอง ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางที่ได้จะทำให้เกิดต้นแบบการมีส่วน

ร่วมของชุมชนในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขส่งผลต่อการพัฒนางานสาธารณสุขในชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป[17]

ผลของการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องจากการทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1.ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินอาการทางจิต พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินอาการทางจิต ดังกล่าวเป็นผลเนื่องมาจาก ดำเนินงานตามกระบวนการ chronic care model 6 ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เน้นความรู้เกี่ยวกับโรคจิตจากสารเสพติด การเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนเรื่องปัญหาที่พบ และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาครอบคลุมด้านบุคลากร สถานที่ ระบบบริการ ระบบยา และระบบการส่งต่อผู้ป่วย มีแนวทางการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดร่วมกันที่ชัดเจน ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยัคฆภูมิพิสัยตลอดจนการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติผ่าน Line Application และ Telemedicine สายด่วนคลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ บูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดครอบคลุมภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่เชื่อมประสานอย่างเป็นระบบภายใต้คลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิณณรัฐ ศรีหารักษา ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร พบว่า อาการทางจิต ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่มีอาการทางจิตบ้าง ร้อยละ 73.53 หลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่มีอาการทางจิตร้อยละ 52.94[12] เช่นเดียวกับการศึกษาของภัครินทร์ ชิดดี และคณะ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ เมื่อประเมินอาการทางจิต พบว่าผลรวมของค่าคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชลดลงทุกคน นั่นหมายถึง มีอาการทางจิตดีขึ้นทุกคน[18] และสอดคล้องกับมยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ พบว่า การพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ส่งผลให้ระดับคะแนนอาการทางจิต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[16]

2.คะแนนการคัดกรองโรคจิตจากการสัมภาษณ์ญาติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการคัดกรองโรคจิตก่อนการพัฒนารูปแบบ สูงกว่าหลังการพัฒนารูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เน้นความรู้เกี่ยวกับโรคจิตจากสารเสพติด การเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนเรื่องปัญหาที่พบ และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาครอบคลุมด้านบุคลากร สถานที่ ระบบบริการ ระบบยา และระบบการส่งต่อผู้ป่วย มีการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติผ่าน Line Application และ Telemedicine สายด่วนคลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ บูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดครอบคลุมภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่เชื่อมประสานอย่างเป็นระบบภายใต้คลินิกใกล้บ้านใกล้ใจและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกระดับเพื่อแก้ไขปัญหารูปแบบการดูแลป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ครอบคลุมระดับข้อมูลข่าวสาร ระดับให้ความคิดเห็น ระดับเข้ามามีบทบาท ระดับสร้างความร่วมมือ และระดับเสริมอำนาจและการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองซึ่งครอบคลุมถึงครอบครัวผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร ยนต์ตระกูล และคณะที่ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับเทคนิคเอไอซีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน กรณีศึกษา:ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีการ

รับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับมาก และหลังเสร็จสิ้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจของตน อยู่ในระดับที่มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยและตระหนักถึงความสำคัญที่จะต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจ ห่วงใย และดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น[19] และสอดคล้องกับการศึกษาของเกศราพร แก้วลาย และคณะผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัด ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกัน โรคจิตจากสารเสพติด ในการฝึกทักษะการบริหารยา รักษาด้วยตนเองและผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเองพร้อมทั้งกระตุ้นให้ ผู้ป่วยฝึกทักษะด้วยตนเองและ เน้นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์เกิดการเรียนรู้ และเข้าใจพฤติกรรมการจัดการตนเองมากขึ้น[20]

3.ด้านภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคจิตจากสารเสพติดก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับสูง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตจากสารเสพติดหลังการพัฒนาฯ สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.9 หลังการพัฒนา ส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ100 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเนื่องมาจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหารูปแบบการดูแลป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ครอบคลุมระดับข้อมูลข่าวสาร เมื่อทราบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในชุมชน ภาคีเครือข่ายสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในการแจ้งข้อมูลข่าวสารให้กับสถานพยาบาล และภาคีเครือข่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ระดับให้ความคิดเห็นโดยร่วมแสดงความคิดเห็นเสนอแนะแนวทาง ในการจัดการปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และบริบทของชุมชนให้แก่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ด้านระดับเข้ามามีบทบาท นอกเหนือจากการมีส่วนร่วมในการแจ้งญาติหรือผู้นำชุมชนเพื่อให้นำผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดไปเข้ารับการรักษาแล้ว ภาคีเครือข่าย ยังมีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมวางแผน ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในการติดตามควบคุมกำกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดตามการเยี่ยมบ้านและสามารถให้ความช่วยเหลือในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยที่อาจจะเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองหรือคนอื่นได้ ในด้านระดับสร้างความร่วมมือชักชวนให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดร่วมทำกิจกรรมต่างๆกับคนในชุมชนเพื่อเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและมีส่วนร่วมในการเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และระดับเสริมอำนาจสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่คนอื่นในชุมชนให้ร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในชุมชนได้แก่การเป็นวิทยากรให้ความรู้การเป็นผู้นำกลุ่ม/เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับ กีรติยา อุ่นเจริญ ที่พบว่าระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[14] และสอดคล้องการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ

ชุมชนในการป้องกันและรักษายาเสพติด ของนิภาวรรณ ตติยนันทพร พบว่า หลังการใช้รูปแบบ การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (±SD=4.23±0.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[21]

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เพื่อให้ทราบความแตกต่างของการดำเนินงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรทำการวิจัยรูปแบบและมาตรการในพื้นที่อื่นว่าได้ผลแตกต่างกันอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1.กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา ยา สารเสพติด โรงพิมพ์ บริษัท พรอสเพอรัส พลัส จำกัด กรุงเทพมหานคร; 2563.

2.Hurst, Terri. "World drug report." The encyclopedia of women and crime (2019): 1-2.

3.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. พรอสเพอรัส พลัส จำกัด กรุงเทพมหานคร; 2563.

4.กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา ยา สารเสพติด โรงพิมพ์ บริษัท ดีน่าดู มีเดีย พลัส จำกัด กรุงเทพมหานคร; 2564.

5.โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย. รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566. มหาสารคาม: โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย, 2566.

6.Ashu-Ngang and Grace Ntoyang. "Substance use disorder and mental health issues." PhD diss., Brandman University, 2020.

7.World Health Organization. Management of Substance Abuse: Dual diagnosis**.** [Internet]. 2018 [cited 2023 June 20]. Available from:https://www.who.int/substance_abuse/terminology/dual_diagnosis/en/

8.สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปราม ปี 2564. กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เลขที่ 5 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพ; 2564.

9.วชิราภรณ์ สอระสัน. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2023 May 1;8(1):346-59

10.จำปา สิงขะระ. กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว [อินเตอร์เน็ต].2565. [สืบค้นเมื่อ 22 มิ.ย. 2566]; เข้าถึงจาก: https://www.sdtc.go.th/upload/forum/paper_2493_0746601f1ea0902045c.pdf

11.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แผนที่ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2565 [อินเตอร์เน็ต].2565. [สืบค้นเมื่อ 22 มิ.ย. 2566]; เข้าถึงจาก: / https://dmh.go.th/intranet/p2565/แผนที่ยุทธ์กรมสุขภาพจิต_2565.pdf

12.พิณณรัฐ ศรีหารักษา. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2023 Mar 31;8(1):436-47.

13.Phuaphanprasert B, Srisurapanont M, SilpakitMD C, Pannarunothai S, Udomratn P, Geater A, et al. Reliability and validityof theThaiVersionof the Healthof the Nation Outcome Scales (HoNOS). J Med Assoc Thai 2007;90(11):2487- 93.

14.กีรติยา อุ่นเจริญ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. [สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต] คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560

15.ณฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตรสาธารณสุขนวตกรรม ปีที่ 1ฉบับที่ 2 พ.ศ.2564 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2564 หน้า 49-7

16.มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, จารุมน ลัคนาวิวัฒน์, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2023 Apr 30;8(1):130-42.

17.หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2021 Aug 28;36(2):413-26.

18. Chitdee P, Tumjan S, Sararath P, Pilathong A, Tipvaree P, Singthong D. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. Journal of Health Science-วารสาร วิชาการสาธารณสุข. 2020 Jun 30;29(3):489-96.

19.Yontrakul S, Prakhamthong A, Ritsri N, Chaikhampha P, Junharn S. Model of Empowerment Integration with AIC Technique for Taking Care of Chronic Psychology Patients. A Case Study: Kok-Kor Sub-district, Muang District, Mahasarakham Province-รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับเทคนิคเอไอซีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน กรณีศึกษา: ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. Journal of Health Science-วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2014:412-20.

20.เกศราพร แก้วลาย, ศุภัคฌา เทเวลา, ศิวพร สุทธิเภท. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2023 Sep 30;8(3):187-97.

21.นิภาวรรณ ตติยนันทพร. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์ อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2022 Jun 29;16(2):581-96.

ผลการใช้การประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ต่อการยอมรับตนเอง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

The Effect of Family Meeting of End Stage Renal Disease Patient who Non Renal Replacement Therapy to Self- acceptance at Kasetwisai Hospital in Roi-Et Province

(Received: December 4,2023 ; Revised: December 10,2023 ; Accepted: December 11,2023)

อภิญญา ลุนนากัน[1]
Apinya Lunnakan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง(One Group Pretest- Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตต่อการยอมรับตนเองก่อนและหลังการประชุมครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตจำนวน 30 ครอบครัว ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 –มีนาคม 2563 โดยใช้การประชุมครอบครัวในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ1)แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 2)แบบประเมินการยอมรับตนเอง นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการยอมรับตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายหลังการประชุมครอบครัวสูงกว่าก่อนการประชุมครอบครัว ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง, การประชุมครอบครัว, การยอมรับตนเอง, โรคไตวายระยะสุดท้าย

ABSTRACT

This study was quasi-experimental research. before-after One-group pretest-posttest design. Sample size were 30 families of patients end-stage renal disease who non renal replacement therapy. The experimental group was designed to examine the outcomes of a family meeting.using family meetings communicate with patients and families at home between october 2019 - march 2020. The research questionnaire consisted of 2 parts: 1) general information questionnaireand 2) self-acceptance assessment. The data were analyzed by using descriptive statistics such as percentage, mean and standard deviation, and inferential statistics such as paired t-test set a significance level of .05

Main findings :The mean self-acceptance score of end-stage kidney failure patients after the family meeting was higher than before the family meeting ($p < 0.05$).

Keywords : palliative care, family meeting, self-acceptance, end-stage renal disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease, NCD) ที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณาสุขของไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในอัตราก้าวหน้าและมีผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยอย่างมากปัจจุบันคนไทยป่วยไตวายเรื้อรังกว่า 11 ล้านคน 17% ของประชากร ต้องล้างไตถึง 1 แสนราย เพิ่มปีละ 1 หมื่นคน ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งไตของผู้ป่วยเองไม่สามารถทำหน้าที่รองรับการขับของเสียและสภาวะต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ในปัจจุบัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้มี 4 ทางเลือก ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องการปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคองซึ่งการบำบัดทดแทนไตทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายสุดท้ายสูงกว่า

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัยจังหวัดร้อยเอ็ด Corresponding author : E-mail : a_pinya2012@hotmail.com

ไม่รับการบำบัดทดแทนไต[1]จากการศึกษาพบว่าเหตุผลของผู้ป่วยที่เลือกไม่ฟอกไตส่วนใหญ่คือไม่มีผู้ดูแล รองลงมาคือตัวผู้ป่วยเองไม่ต้องการฟอกไตเนื่องจากมีความกลัวฟอกไตและอายุมากแล้วพบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเริ่มจากวันที่เลือกไม่ฟอกไต พบว่าอัตราการรอดชีวิต 26.1 เดือน และผู้ป่วยต้องเข้านอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยสาเหตุการเข้านอนโรงพยาบาล ร้อยละ 57เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมหลายโรค[2]ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองจะเกิดภาวะแทรกซ้อนและจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและอาการจะรุนแรงมากขึ้นโดยผู้ป่วยอาการไตวายระยะท้ายจะเสียชีวิตด้วยอาการแสดง 2 ลักษณะอันเกิดจากไตหยุดทำงาน คือ จากไปโดยสงบหรือไม่ทุกข์ทรมานมากจากภาวะยูรีเมียและหรือจากเกลือแร่ผิดปกติ และอีกลักษณะหนึ่งคือ อาการหอบเหนื่อย และภาวะเลือดเป็นกรด หรืออาจเกิดจากภาวะเลือดเป็นพิษได้[3]การดูแลแบบประคับประคองเป็นการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยการมุ่งเน้นที่การรักษาอาการและความไม่สบายใจจากโรค รักษาคุณภาพชีวิต[4]โดยให้การดูแลโดยอยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการและเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคองคือการประชุมครอบครัว เพื่อสื่อสารข้อมูลที่ตรงจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของทีมบุคคลากรทางการแพทย์ ในการให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแต่ละวิธีการข้อดีและข้อเสียของวิธีรักษาต่างๆ อย่างที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและนำไปตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม[5]อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตโรงพยาบาลเกษตรวิสัยพบผู้ป่วยไตวายระยะท้ายในปี 2561 ทั้งหมดจำนวน 200 รายได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้องจำนวน 109 ราย และเลือกการรักษาแบบประคับประคองจำนวน 91 ราย[6]ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลเกษตรวิสัยได้มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่ผู้ป่วยโรคไตวายวายระยะท้ายเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยขาดการยอมรับตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระยะท้าย และไม่ได้รับการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้าเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ยอมรับตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยระยะท้าย ทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ เช่น อาการสับสน หายใจเหนื่อยหอบ ครอบครัวและผู้ดูแลมีความยากลำบากในการตัดสินใจ เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว[7] การให้การพยาบาลที่บ้านร่วมกับการประชุมครอบครัวที่บ้าน เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่สำคัญ[7]ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้การประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตต่อการยอมรับตนเอง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งการประชุมครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการยอมรับตนเอง นำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสมและเกิดพฤติกรรมด้านบวก[8] ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทสามารถบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆได้ และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

วัตถุประสงค์

ศึกษาผลการใช้การประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตต่อการยอมรับตนเอง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง(One Group Pretest- Posttest Design) โดยจะศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่แพทย์วินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะสุดท้าย (End Stage Renal disease) และ ปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต และเลือกแนวทางการรักษาพยาบาลแบบประคับประคอง ในช่วงเดือนตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกประคับประคองโรงพยาบาลเกษตรวิสัย และยินยอมให้ติดตามเยี่ยมบ้าน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(purposive sampling) จำนวน 30 ครอบครัว **เกณฑ์การคัดเข้า** 1) ครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่แพทย์วินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะสุดท้าย (ESRD) และปฏิเสธการรับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต โดยเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคอง 2) สามารถฟัง พูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร 3) มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือ ในการศึกษาโดยลงนามในแบบยินยอม **เกณฑ์การคัดออก** 1) ผู้ป่วยเสียชีวิต 2) ผู้ป่วยและครอบครัวขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย 3) ผู้ป่วยเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือในการในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กรอบแนวคิดเกี่ยวกับโรคไตวายระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ร่วมกับการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวโดยการประชุมครอบครัว (Family Meeting) และทฤษฎีการยอมรับตนเอง แบบประเมินประกอบด้วย2ส่วน ดังนี้

1)แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายได้แก่เพศอายุศาสนาสถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม ผู้ดูแลหลักสิทธิการรักษาพยาบาล อาการและอาการแสดงปัจจุบัน และอัตราการกรองของไต

2)แบบประเมินระดับการยอมรับตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตและครอบครัว มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายระยะสุดท้าย แนวทางการรักษา การดำเนินและการพยากรณ์ของโรค อาการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น และการยอมรับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก แต่ละค่ามีเกณฑ์การให้คะแนนได้แก่ น้อย 1 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน และมาก 3 คะแนน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่สร้างเสร็จ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัดและตรงตามกรอบแนวคิด และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และ .80 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการโดยมีการนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวในการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้การพยาบาลตามขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว หลังจากนั้นจึงชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมก่อนเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการยอมรับตนเองก่อนการประชุมครอบครัว

ขั้นตอนการประชุมครอบครัว

1. ขั้นเตรียมการประชุมครอบครัว ประเมินครอบครัวทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน สมุดคู่มือ โปรแกรม Hos-xp และข้อมูลจากทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคข้อมูลสุขภาพครอบครัว สังคม เศรษฐกิจของครอบครัว ศึกษาแผนภูมิครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและข้อมูลชุมชน

2. ขั้นดำเนินการประชุมประชุมครอบครัว

2.1 ผู้ดำเนินการประชุมกล่าวทบทวนวัตถุประสงค์ของการทำการประชุมครอบครัว พิจารณาผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้ป่วย สมาชิก

ครอบครัวที่เป็นผู้ดูหลัก และสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ และพยาบาลประคับประคอง กติกาของการประชุม แจ้งระยะเวลาของการประชุม ก่อนการเข้าสู่เนื้อหาและให้ตอบแบบสอบถามหลังการประชุมครอบครัว ได้แก่ แบบประเมินการยอมรับตนเอง

2.2 ประเมินครอบครัวเกี่ยวความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การดำเนินโรคไตวายระยะสุดท้าย การพยากรณ์โรค อาการและอาการแสดงที่จะเกิดขึ้นของผู้ป่วยไตวายในระยะสุดท้ายที่ พร้อมทั้งให้ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับโรค ข้อดีข้อเสียของการรักษาแต่ละวิธี และแนวทางการดูแลแบบประคับประคองตามความเป็นจริง สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ยอมรับตนเองตามความเป็นจริงโดยประยุกต์ใช้ตามทฤษฎีการยอมรับตนเอง[9] เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกแต่ละคนได้ซักถามแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอาการและการพยากรณ์โรคและตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและครอบครัว

2.3 ประเมินปัญหาและความต้องการของสมาชิกในครอบครัวแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย นำปัญหามาวิเคราะห์และร่วมกันวางแผนการรักษาพยาบาล โดยพยาบาลให้ข้อมูลที่เป็นจริงและให้การพยาบาลตามปัญหาความต้องการผู้ป่วยและครอบครัว

2.4 พูดคุยถึงการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้าเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข อธิบายถึงข้อดีและข้อเสียของการเลือกแนวทางการดูแลตนเองในแต่ละวิธี และให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนการรักษาตัวเองล่วงหน้าอย่างครอบคลุมทุกด้านตามแนวทางของการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ได้แก่ การเลือกรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การใส่ท่อช่วยหายใจ/การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยางอื่นๆที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย การรับยากระตุ้นชีวิตเช่น ยาเพิ่มความดัน ยากระตุ้นหัวใจ รวมทั้งสถานที่ที่เลือกดูแลตนเองในวาระสุดท้ายและสถานที่เสียชีวิต

3. ขั้นสรุปการประชุม

3.1 สรุปประเด็นทั้งหมดที่ได้จากการประชุมครอบครัวและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการยอมรับตนเองร่วมกัน รวมทั้งแนวทางการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

3.2 สร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและครอบครัวในการให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อำนวยความสะดวก เปิดช่องทางให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรึกษาได้ตลอด นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเปลี่ยนใจแนวทางการรักษาและถอนตัวจากการศึกษาได้โดยไม่มีผลต่อกระบวนการรักษาพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและการติดตามเยี่ยมบ้าน

3.3 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการประชุมครอบครัว ได้แก่ แบบประเมินการยอมรับตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาหาค่าร้อยละ แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการยอมรับตนเองก่อน – หลังการประชุมครอบครัวโดยสถิติที (paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อตรวจสอบและให้คำรับรองในครั้งนี้ หมายเลขข้อเสนอการวิจัย HE 2562-08-05-076 หมายเลขใบรับรอง COE 0762562ให้ไว้เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผลของการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 17 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 56.70 และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอายุที่มากที่สุดคืออายุ 80 – 90 ปีจำนวน 13รายคิดเป็นร้อยละ 43.3ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจบชั้นประถมศึกษามากถึงจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.70ผู้ป่วยประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 43.3 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.70 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังมากกว่า 5 ปี สูงถึงร้อยละ 80 และส่วนใหญ่มีโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีผู้ดูแลมีจำนวน16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.3 ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงถึง 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 53.31 และอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 7 – 15 มิลลิเมตร/นาที/1.73 ตารางเมตร

2. การยอมรับตนเอง หลังการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ผลการยอมรับตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ต่อการประชุมครอบครัวพบว่ามีการยอมรับตนเองรายข้อในระดับที่สูงเกือบทั้งหมด โดยข้อที่ได้คะแนนสูงที่สุดและผู้ป่วยและครอบครัวเลือกมากที่สุดคือการมีส่วนร่วมและตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาด้วยตัวท่านเองสูงถึงร้อยละ 86.7ยกเว้นข้อ “สมาชิกครอบครัวทุกคนรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยครบถ้วนและตรงกัน” และข้อ “ท่านหรือผู้ดูแลสามารถดูแลท่านได้อย่างเหมาะสมเมื่อมีอาการไม่สุขสบายในด้านต่างๆ ที่ได้ระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง”

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการยอมรับตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายก่อนและหลังการประชุมครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยของระดับการยอมรับตนเองก่อนการประชุมครอบครัวเท่ากับ 18.6 และหลังการประชุมครอบครัวเท่ากับ 31.8 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการยอมรับตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายหลังการประชุมครอบครัวสูงกว่าก่อนการประชุมครอบครัว($p < 0.05$) โดยที่หลังการประชุมครอบครัวค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการประชุมครอบครัว (t มีค่าเป็นลบ) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตก่อนและหลังการประชุมครอบครัว

การประชุมครอบครัว	การยอมรับตนเอง		t	p
	n	Mean(SD)		
ก่อนการประชุมครอบครัว	30	18.6(1.97)	-30.72	$p < 0.05$
หลังการประชุมครอบครัว	30	31.8(1.93)		

การประชุมครอบครัวได้พูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธการช่วยฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การใส่ท่อช่วยหายใจ/การใช้เครื่องช่วยหายใจการให้สารอาหารและน้ำทางสายยางอื่นๆที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย และการรับยากระตุ้นชีวิต เช่น ยาเพิ่มความดัน ยากระตุ้นหัวใจ

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.70 และเป็นผู้สูงอายุ กลุ่มอายุที่มากที่สุดคืออายุ 80 – 90 ปี สูงถึง ร้อยละ 43.3 ขึ้นไป, รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนและส่วนใหญ่มีโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 80 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีผู้ดูแลมีจำนวนมากถึงร้อยละ 53.3 รวมทั้งผู้ป่วยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 90 และอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 7 – 15 มิลลิเมตร/นาที/1.73 ตารางเมตรซึ่งเป็นข้อจำกัดของการบำบัดทดแทนไต และเลือกการดูแลแบบประคับประคอง สอดคล้องกับการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ระยะท้ายในผู้ป่วยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้าเกณฑ์ 344 ราย ปฏิเสธการฟอกไตจำนวน 138 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.12 ปัจจัยที่มีผลการปฏิเสธการฟอกไต คือ 1) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิเสธการฟอกไตเพิ่มขึ้น มี 2 ปัจจัย คือ อายุมากกว่า 65ปี และอัตรากรองของไตมากกว่า 6 มล./ นาที/ 1.73 2) ปัจจัยที่ทำให้ปฏิเสธการฟอกไตลดลง มี 1 ปัจจัย คือ การมีผู้ดูแล การให้ปรึกษาการฟอกไตควรสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้ญาติผู้แลเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแนวทางการรักษา จะทำให้ดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการรักษา[10] สอดคล้องกับการศึกษาถึงประสิทธิผลของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรีมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการยอมรับของญาติต่อการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้ายผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับสูงร้อยละ 80 และเรื่องที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีการยอมรับระดับสูงคือการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูงร้อยละ 70.0 ส่วนในระดับต่ำเป็นการที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงกันจากการทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] นอกจากนี้การประชุมครอบครัวยังช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการวางแผนรักษาตนเองล่วงหน้า ไม่เลือกการรักษาที่เป็นเพียงการยื้อชีวิต ที่ก่อในเกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการวางแผนรักษาตนเองล่วงหน้าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติสำหรับตนเองได้[12] และเป็นสิทธิโดยชอบธรรมของผู้ป่วยระยะท้ายเลือกแนวทางการรักษาได้ หรือการเลือกไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เป็นสิทธิโดยชอบธรรมของผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเลือกแนวทางการรักษาได้ รวมไปถึงการเลือกสถานที่ที่ใช้ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2550 มาตรา 12[13] นอกจากนี้การศึกษาแนวทางการประชุมครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน5 ครอบครัว พบว่าทุกครอบครัวไม่ร้องขอให้ทีมสุขภาพรักษาใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยร้อยละ 100 ครอบครัวมีความพึงพอใจในการได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความพึงพอใจในการได้ซักถามพูดคุยและระบายความสงสัยที่มีต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมากสุดร้อยละ 80.0 พยาบาลมีความพึงพอใจในแนวทางการประชุมครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกคนที่ระดับมากที่สุดร้อยละ 70.0[14]และการศึกษาของ Prabhu R. ที่ศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายโดยการจัดประชุมครอบครัว มีการสื่อสารการพยากรณ์โรค การปรึกษาการดูแลด้วยวิธีต่างๆ มีเป้าหมายการดูแลและตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยไตวายในวาระสุดท้าย เพื่อให้สามารถจัดการอาการต่างๆของผู้ป่วยได้เหมาะสม[15]

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไตวายระยะท้ายร่วมกับการใช้กระบวนการประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะท้าย ช่วยให้เข้าใจถึงบริบทของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ทำให้ข้อมูลที่เป็นจริงและสามารถเข้าถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยไตวายระยะท้ายและครอบครัวได้รับการพยาบาลที่บ้านแบบองค์รวม มีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตวายระยะท้าย หรือการพยากรณ์โรค อาการไม่สุขสบายต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ยอมรับตนเองตามความเป็นจริง เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการดูแล และวางแผนการดูแลร่วมกัน สามารถจัดการอาการไม่สุขสบายได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการยอมรับตนเองสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเคหะชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร พบว่าการยอมรับตนเองสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[16]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะท้ายทุกรายให้รับรู้ถึงโรค การพยากรณ์ของโรค และร่วมกันวางเป้าหมายในการรักษา รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้วางแผนการดูแลตัวเองล่วงหน้าร่วมกับครอบครัวและทีมบุคลากรทางการแพทย์

2. ควรมีการประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการดูแลรักษาแบบประคับประคองทุกครั้งของการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) หรือทุกครั้งเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้สมาชิกครอบครัวทุกคนรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยที่ครบถ้วนและตรงกัน

3. ทีมบุคคลากรทางการแพทย์ควรมีการเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจให้สามารถดูแลตนเองแบบประคับประคองที่บ้านให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายในด้านต่างๆ

4. การประชุมครอบครัวควรมีการทำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการวางแผนการดูแลตัวเองล่วงหน้า ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตัดสินใจอย่างรอบคอบ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงในการตัดสินใจได้ตลอดการรักษา

5. ควรมีมาตรฐานและแนวปฏิบัติในการประชุมครอบครัวสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายทุกกลุ่มโรคให้แก่ทีมบุคคลากรเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประชุมครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เจ้าหน้าที่งานโรคไตเรื้อรัง งานดูแลประคับประคอง และกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ที่อำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลในการเก็บข้อมูล และดร.เสฐียรพงษ์ศิวินาที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิด ประคับประคอง พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ:,เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด. 2560.
2. อำนวยพร แดงสีบัว, อัฉราวรรณ โตภาคงาม, สัจจะ ตติยานุพันธ์วงศ์, จุฬาภรณ์ลิมวัฒนานนท์. การติดตามผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 5 ที่เลือกรับการรักษาแบบ ไม่ฟอกไต. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2558;9(2)181-92.
3. ทวี ศิริวงศ์. Renal Palliative Care in Practice. ศรีนครินทร์เวชสาร. [อินเตอร์เน็ต].2559[เข้าถึงเมื่อ20 มีนาคม 2559]; เข้าถึงได้จาก:https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/ Article/view/68117
4. อากาศ พัฒนเรืองไล, อำไพพร ยังวัฒนา, นฤมล เรืองกิจวัฒนากร, อภิสิทธ์ ศรีอิ่นแก้ว, วิชยาภา เอี่ยมสว่าง. List disease of Palliative care and Functional unit. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด. 2559.
5. กิติพล นาควโรจน์. แนวทางการพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย. [อินเตอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2562].เข้าถึงได้จาก http://www.si.mahidol.ac.th/km/site/ default/files/u11/00021.pdf.
6. กระทรวงสาธารณสุข.ฐานข้อมูล Health Data Center : HDC [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก http://www.hdcservice.moph.go.th.
7. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพียสุพรรณ์. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Quality Standards for Palliative Care.พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น. ศูนย์การุณรักษ์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561.
8. Rogers, C. R. and Dymond, R. *Psychotherapy and Personality Change*. Chicago: University of Chicago Press, 1954.
9. พระบุญเติม วัฒนพรหม. การศึกษาและการพัฒนาโปรแกรมการยอมรับตนเองของผู้ต้องขังตามหลักอิทธิบาท4.[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ;2558.
10. อภิรดี อภิวัฒปนากร, ชิดชนก เรือนก้อน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธการฟอกไตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 2561;10(2):29-43.
11. ประนอม โฉมกาย. ประสิทธิภาพของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี;2559. 41(1):17-26.

12. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเลขา. การวางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี. วารสารวิทยาลัยพยาบาล. กรุงเทพฯ; 2560:33(3):138-45.
13. แสวง บุญเฉลิมวิลาศ. กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยประคับ ประคอง. เอกสารประกอบการบรรยายหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รุ่นที่ 4. คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2561.
14. ธีรพันธ์ กากแก้ว. แนวทางการประชุมครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. วารสารกรมการแพทย์. 2561; 41(2):66-75.
15. Prabhu RA, Salins N, Bharathi, Abraham G.End of Life Care in End-Stage Kidney Disease. Indian J Palliative Care.[Internet]. 2021. [Cited 2022 November. 6]; 27(2):37-42.ailable from:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8191743
16. ชลกร ศิรวรรธนะ, ทิพวัลย์ สุรินยา. การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเคหะชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษย์สาสตร์. กรุงเทพฯ; 2556:39(2). 80-94.

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรค: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care of pulmonary tuberculosis patients with hepatitis caused by tuberculosis drugs.

(Received: December 10,2023 ; Revised: December 18,2023 ; Accepted: December 19,2023)

อินถวา เวียงวงษ์[1]
Inthawa Wiangwong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยวัณโรคปอดมีภาวะตับอักเสบจากยา เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรค โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 48 ปี มาด้วยอาเจียน สีดำ รับยาต่อเนื่อง ผิดนัดรับยา 7 เดือน กลับมาเริ่มต้นใหม่ กินยาต่อเนื่องตามนัดทุกครั้ง ล่าสุดมีอาการอาเจียน น้ำหนักลด 10 กิโลกรัม แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคว่าเป็น Rifampicin induced hepatitis ติดตามอาการเป็นระยะตามนัดทุกครั้ง ตาเริ่มมัว มีตาตัวเหลืองจึงต้องมาปรึกษาเปลี่ยนยา กรณีศึกษารายที่ 2 ผลตรวจ AFB Positive 2+ รับยาที่โรงพยาบาลขอนแก่น คนไข้ขาดยา 1 เดือน เนื่องจากกินยาแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เริ่มต้นรับยาใหม่ ลาสุดคนไข้มีอาการ เวียนศรีษะ บ้านหมุน พบว่าเป็น induced hepatitis จากยา Rifampicin

คำสำคัญ: การพยาบาล, วัณโรค, ตับอักเสบจากยาวัณโรค,แบบแผนสุขภาพ

Abstract

This study was case study aimed to study disease progression. nursing diagnosis Plan nursing action and nursing outcomes in patients with pulmonary tuberculosis who have drug-induced hepatitis. Selected specifically in patients with pulmonary tuberculosis who have hepatitis caused by tuberculosis drugs. It collects information from illness history, treatment, medical records, interviews, and assesses health status using Gordon's 11 health assessment concepts. Plan nursing action According to nursing diagnosis Summarize and evaluate results.

Results: Case study number 1 48-year-old Thai man presented with black vomit and received pulmonary tuberculosis I missed a 7-month prescription and came back to start over. Take medicine continuously according to every appointment. Recently, I had symptoms of vomiting and lost 10 kilograms of weight. The doctor diagnosed the disease as Rifampicin induced hepatitis. I am resting and recovering. Subsequently, symptoms were monitored periodically at every appointment. Later, my eyes began to blur. I have jaundice in my eyes, so I need to consult to change my medicine. Case study number 2, AFB Positive 2+ test results, the patient missed medicine for 1 month because after taking medicine he had nausea and vomiting. Started taking new medicine. Most recently, the patient had symptoms of dizziness and vertigo. It was found to be induced hepatitis from the drug Rifampicin.

Keywords: nursing, tuberculosis, hepatitis caused by tuberculosis drugs, health plan

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

โรควัณโรคปอดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยที่เนื่องจากกลายเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในอันดับแรกๆ วัณโรคปอดเป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากการสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปในร่างกายซึ่งปนเปื้อนมากับอากาศโดยเชื้อวัณโรคจะมากับสิ่งขับถ่ายจากปอดของผู้ป่วย ด้วยการ ไอจาม พูด หัวเราะ ร้องเพลง หรือการขากเสมหะออกมา อนุภาคที่มีขนาดใหญ่มากมักจะตกลงสู่พื้นดิน ส่วนอนุภาคขนาดเล็กจะแขวนตัวลอยอยู่ในอากาศ เมื่อมีผู้สูดหายใจเข้าไปอนุภาคขนาดใหญ่จะติดอยู่ในโพรงจมูกทางเดินหายใจส่วนต้น และจะถูกขับออกมาจากร่างกายโดยกลไกการต้านทานและการขับออกของเยื่อบุทางเดินหายใจภายในจมูก[5] ส่วนอนุภาคขนาดเล็กมากระหว่าง 1-5 ไมครอน อาจถูกสูดหายใจเข้าไปสู่หลอดลมฝอยส่วนปลาย หรือถุงลม ซึ่งร่างกายไม่สามารถขับออกมาได้ เชื้อวัณโรคจึงสามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นจนทำ อันตรายต่อร่างกาย[2] วัณโรคเป็นโรคที่พบได้ตามอวัยวะเกือบทุกแห่งของร่างกาย แต่ที่พบมากที่สุดและเป็นปัญหาสำคัญในด้านการควบคุมคือวัณโรคปอด เนื่องจากปอดเป็นอวัยวะที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยออกซิเจน จึงเป็นที่ที่เชื้อวัณโรคจะเจริญเติบโตได้ดี เพราะได้ออกซิเจนจากปอดไปช่วยในการเผาผลาญอาหาร เชื้อวัณโรคที่เจริญอยู่ในร่างกายจะถูกทำลายได้ยากมากเพราะมีผนังเซลล์หนา และประกอบด้วยไขมันถึงร้อยละ 40แต่เชื้อวัณโรคที่อยู่นอกร่างกายจะถูกทำ ลายได้ง่าย ด้วยความร้อน 60 องศาเซลเซียสก็สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคให้ตายได้ภายในเวลา 20 นาที วัณโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยใช้สูตรยามาตรฐานระยะสั้น 2HRZE /4HR ซึ่งมีประสิทธิภาพดีในการรักษา [1] แต่การได้รับยาหลายตัวร่วมกันทำให้โอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการ ใช้ยาสูงขึ้น โดยอุบัติการณ์การเกิดพิษต่อตับจากยาต้านวัณโรคตั้งแต่ ร้อยละ 2 - 28 โดยอาการไม่พึงประสงค์[6] จากยาต้านวัณโรคพบได้ทั้งชนิดที่ไม่รุนแรง และชนิดรุนแรง การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวัณโรคจึงมีความสำคัญมาก ถ้าได้รับการดูแลจัดการที่ล่าช้าและไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยใช้ยาต้านวัณโรคไม่สม่ำเสมอ เป็นผลให้การรักษาวัณโรคไม่สำเร็จเกิดภาวะเชื้อวัณโรคดื้อต่อยาได้[3] หากให้การป้องกันดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างทันท่วงที สามารถช่วยป้องกันภาวะทุพพลภาพและลดโอกาสการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นจากภาวะตับวายได้

จากรายงานทะเบียนวัณโรคปอดโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2564 - 2566 พบผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 296, 341 และ328 รายตามลำดับ วัณโรคปอดเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยใช้สูตรยามาตรฐานระยะสั้น 2HRZE /4HR ซึ่งมีประสิทธิภาพดีในการรักษา แต่การได้รับยาหลายตัวร่วมกันทำให้โอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสูงขึ้น โดยอุบัติการณ์การเกิดพิษต่อตับจากยาต้านวัณโรค ตั้งแต่ ร้อยละ 2 - 28 โดยอาการไม่พึงประสงค์[9] จากยาต้านวัณโรคพบได้ทั้งชนิดที่ไม่รุนแรง และชนิดรุนแรง จะเห็นได้ว่า การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา วัณโรคจึงมีความสำคัญมาก ถ้าได้รับการดูแลจัดการที่ล่าช้าและไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยใช้ยาต้านวัณโรค ไม่สม่ำเสมอ เป็นผลให้การรักษาวัณโรคไม่สำเร็จ เกิดภาวะเชื้อวัณโรคดื้อต่อยาได้ หากให้การป้องกันดูแล รักษาผู้ป่วยอย่างทันท่วงที สามารถช่วยป้องกันภาวะทุพพลภาพและลดโอกาสการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นจากภาวะตับวายได้[10] ดังนั้นจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรค (Pulmonary tuberculosis Patients with Hepatitis) ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบ ในแผนกผู้ป่วยนอกในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบ

2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดตับอักเสบจากยาวัณโรคได้รับการพยาบาลตาม มาตรฐานและมีคุณภาพ

3. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรคให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการ

ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วย พบว่าสถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่มีความแตกต่างกันทั้ง 2
กรณีศึกษาโดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอายุน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 2 กรณีศึกษาที่ 1 จบระดับปริญญาตรี ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่6 ส่วนอาชีพพบว่ากรณีศึกษาที่ 1 อาชีพพนักงานบริษัทเอกชน กรณีศึกษาที่ 2 มีอาชีพรับจ้าง และกรณีศึกษาที่ 1 อาศัยอยู่ใน อ.บ้านแฮด จ.ขอนแก่น กรณีศึกษาที่ 2 อาศัยใน อ.เมือง จ.ขอนแก่น

ตารางที่ 1 การเจ็บป่วย

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล	อาเจียนสีดำก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง	มารับยาตามแพทย์นัด
การเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มีโรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว
ประวัติการแพ้ยา /สารต่างๆ	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธ	บิดาเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง
แผนการรักษาของแพทย์	ได้รับยาวัณโรคปอดสูตร LSE Levlofexidines, Streptomycin Ethambutol	ได้รับยาวัณโรคปอดสูตร IRE Isonlazid, Ripamplain Ethambutol
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติพบค่า	AST 314 ALT 214	AST 314 ALT 214
ค่า Chemistry พบค่า	Cretinin = 0.61 mg/dL Uric acid = 4.0 mg/dL	Cretinin = 0.62 mg/dL Uric acid = 4.1 mg/dL

จากตารางที่ 1 ข้อมูล พบว่าทั้ง 2 กรณีศึกษามีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันโดยกรณีศึกษาที่ 1 มาก่อนแพทย์นัด มาด้วยการอาเจียนสีดำก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มารับยาตามแพทย์นัดประวัติการแพ้ยาและสารอาหารทั้ง2รายปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร และการักษาของแพทย์ที่ได้รับคือกรณีศึกษาที่ 1ได้รับยาวัณโรคปอดสูตร LSE (Levlofexidines, Streptomycin,Ethambutol) กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับยาวัณโรคปอดสูตร IRE (Isoniazid, Ripamplain,Ethambutol) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติพบค่าไม่ต่างกัน

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางกาพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ระยะก่อนตรวจ 1 มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคขณะรอตรวจ **ระยะขณะตรวจรักษา** 1. เกิดอาการข้างเคียงพิษต่อตับและแพ้ยาจากการใช้ยารักษาวัณโรค 2.มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากมีภาวะตับอักเสบเฉียบพลัน 3.ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการคันตามผิวหนัง 4.ได้รับผลกระทบเรื่องสิทธิค่ารักษาพยาบาลไม่สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสังคมได้ 5. ผู้ป่วยมีภาวะเครียดและความวิตกกังวลเรื่องโรค เนื่องจากเป็นโรคที่แพร่กระจายเชื้อได้ง่าย **ระยะหลังการตรวจรักษา** 1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนวัณโรค เนื่องจากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 2. ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	**ระยะก่อนตรวจ** 1 มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะ Active TB ขณะรอตรวจ **ระยะขณะตรวจรักษา** 1. เกิดอาการข้างเคียงพิษต่อตับและแพ้ยาจากการใช้ยารักษาวัณโรค 2.มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากมีอาเจียน วิงเวียนหลังกินยา 3.ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการคันตามผิวหนัง 5. ผู้ป่วยมีภาวะเครียดและความวิตกกังวลเรื่องโรค เนื่องจากเป็นโรคที่แพร่กระจายเชื้อได้ง่าย **ระยะหลังการตรวจรักษา** 1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนวัณโรค เนื่องจากไม่มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 2. ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

สรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นโรคเรื้อรังที่มีที่ความซับซ้อนในการดูแลซึ่งในกรณีศึกษารายที่ 1 ที่ขาดยาเพราะไม่เข้าใจแผนการรักษา ต้องให้ครอบครัวช่วยเป็นพี่เลี้ยง หลังจากได้ยารักษาวัณโรคคนไข้มีภาวะตับอักเสบเฉียบพลันจากการรักษาด้วยยาวัณโรคปอด ต้องได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและชุมชนแหล่งประโยชน์ใกล้บ้านน่าจะเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องช่วยผู้ป่วยรายนี้เพื่อให้มีการรักษาต่อเนื่อง ในรายที่2ความยุงยากซับซ้อนมีเรื่องการให้การรักษาต่อเนื่องจากผู้ป่วยขาดยา 1 เดือนเหมือนรายแรก แต่ได้รับการดูแลต่อโดยครอบครัวเข้ามามีส่วนผลักดันให้ได้รับการรักษาต่อสนับสนุนให้เชื่อมั่นในแผนการรักษาของโรงพยาบาลขอนแก่น ดังนั้นพยาบาลควรมีการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมและดูแลต่อเนื่องสู่การวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มจากการแพ้ยา การเฝ้าระวังและอาการ อาการแสดงที่เกิดจากตับอักเสบได้เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะในการประเมินปัญหา และสามารถวิเคราะห์ได้ รวมถึงวางแผนให้การพยาบาล ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้การดูแลได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติ มีการติดตามดูแลต่อเนื่อง สิ่งสำคัญจะต้องยึดปัญหาของผู้ป่วยและญาติ เพราะเมื่อญาติเข้าใจ ก็จะเกิดความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข นอกจากนี้แหล่งสนับสนุนทางสังคม และครอบครัวของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับครอบครัวที่มีผู้ป่วยวัณโรคอาศัยอยู่ การอยู่ร่วมกันในครอบครัว และการป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม

อภิปรายผล

การใช้ยาต้านวัณโรคมีโอกาสเกิดพิษต่อตับจากยาได้ไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลควรที่จะประเมินปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ร่วมกับติดตามผลการเกิดพิษต่อตับและอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆขณะที่มีการใช้ยาโดยเฉพาะในช่วงเดือนแรกของการรักษา ซึ่งสามารถติดตามได้จากอาการทางคลินิกและผลการตรวจค่าการทำงานของตับเป็นระยะ ควรมีการตรวจวัดค่าการทำงานของตับ[8] ในผู้ป่วยที่มีการสั่งใช้ยาต้านวัณโรคทุกราย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการติดตามปัญหาการเกิดพิษต่อตับและควรมีการตรวจเป็นระยะในช่วง 1-2 เดือนแรกของการใช้ยา ผู้ป่วยบางรายที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดพิษต่อตับ เช่น มีประวัติตับอักเสบ หรือมีการทำงานของตับบกพร่อง อาจต้องมีการตรวจซ้ำทุก 1-2 อาทิตย์

ข้อเสนอแนะ

1. ในหน่วยงานควรมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรคเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลสำหรับบุคลากรพยาบาล

2. ควรมีการฟื้นฟูสมรรถนะของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการใช้แบบประเมินต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทีมการดูแลมีความพร้อมในการให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลหรือครอบครัวผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อป้องกันภาวะเบื่อหน่ายในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรค

4. ควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคปอด

เอกสารอ้างอิง

1. วสันต์ กาติ๊บ. (2558). อาการไม่พึงประสงค์จากยาวัณโรคและการจัดการ. ใน วสันต์ กาติ๊บ (Ed.), Principle of infection diseases เชียงใหม่: โรงพิมพ์ยูเนียนออฟเวท.

2. กรมควบคุมโรค กองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงาน กิจกรรมการรณรงค์วันวัณโรคสากล ประจำปี 2566 https://www.tbthailand.org/statustb.html

3. วรางคณา กีรติชนานนท์, สุริยา กีรติชนานนท์. วิธีป้องกันและรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะพิษต่อตับจากการใช้ยา ต้านวัณโรค. ธรรมศาสตร์เวชสาร.2558: 646 -57 .

4. ประเทือง ธราธรรุ่งเรือง. การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในงานบริการผู้ป่วยนอก: กรณีศึกษา.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.2561:77 -95.

5. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคพิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.

6. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 256 4.

7. วิลาวัณย์ ทองเรือง (2555). ภาวะพิษต่อตับจากยาต้านวัณโรค: อุบัติการณ์ กลไก และการจัดการ.วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 7(4), 107-204.

8.วิศาล สุทธิพัฒนางกูร. (2544). การเกิดพิษต่อตับจากยาต้านวัณโรคในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

9. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล. (2559). แนวทางปฏิบัติในการทำงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา. กรุงเทพฯ: ปรมัตถ์การพิมพ์.

10. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2559). สถานการณ์และการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค. ใน แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ไซน์.

11. สุพพัตธิดา แสงทอง, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, และสุพัตรา บัวที. (2555). อาการและการรับรู้อาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 9(0), 420-421.
12. สุพพัตธิดา แสงทอง, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, และ สุพัตรา บัวที. (2556). ผลของการจัดการอาการร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเรียนรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(4), 105-114.
13. สุรเชษฐ์ อรุโณ ทอง, ชูพงศ แสงสว่าง, ป ณิธี ธัมมวิจยะ, ศรีทรงชัย รัตนเจียมรังษี, แล ะสุดใจ หอธรรมกุล. (2558). ปัจจัยด้านประชากรและคลินิกที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนยารักษาวัณโรคที่มีสาเหตุจากการ แพ้ยาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของเขตภาคเหนือตอนบนและภาคอีสานตอนบน ของประเทศไทย: การศึกษาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบรายงานวัณโรคปกติระดับเขต. เชียงใหม่เวชสาร, 54(3), 109-119.
14. อนงค์ ทองสามัญ. (2558). ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ของยาวัณโรค (พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
15. Abera, W., Cheneke, W., & Abebe, G. (2016). Incidence of antituberculosis-drug-induced hepatotoxicity and associated risk factors among tuberculosis patients in Dawro Zone, South Ethiopia: A cohort study. Journal of mycobacteriology, 5(1), 14-20. doi:10.1016/j.ijmyco.2015.10.002
16. Aithal, G. P., Watkins, P. B., Andrade, R. J., Larrey, D., Molokhia, M., Takikawa, H.Daly, A. K. (2011). Case definition and phenotype standardization in druginduced liver injury. Clinical pharmacology and therapeutics, 89(6), 806-815. doi:10.1038/clpt.2011.58

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด

Development of care model in cancer patients to prevention and relief extravasation of chemotherapy

(Received: December 10,2023 ; Revised: December 19,2023 ; Accepted: December 20,2023)

เพชราภรณ์ ประสารฉ่ำ[1]
Petcharaporn Prasanchum[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด โดยนำแนวคิดการพัฒนารูปแบบการดูแลของพยาบาลโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการจัดการตนเอง) Self-management) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มยา Vesicant ทุกราย ที่เข้ารับการรักษา ในศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน กรกฎาคม-พฤศจิกายน 2566 จำนวน 62 ราย เลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ แบบประเมินพฤติกรรม และแบบประเมินระดับความรุนแรงภาวะ Extravasation จากยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษา: พบว่า รูปแบบการดูแลเดิม พยาบาลยังพร่องการประเมินและสังเกตความผิดปกติของตำแหน่งให้ยา การส่งเสริมผู้ป่วยดูแลตนเองในการเตรียมความพร้อมของหลอดเลือด และการแนะนำผู้ป่วยให้เฝ้าระวังสังเกตความผิดปกติของตำแหน่งให้ยา ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด สำหรับพยาบาล มี 3 ด้าน คือ 1) Extravasation prevention 2) Extravasation assessment และ 3) Extravasation management และได้แนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเมื่อรับยาเคมีบำบัด มี 3 ระยะ คือ ก่อน ขณะ และหลังรับยาเคมีบำบัด

คำสำคัญ: การป้องกันภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด ยาเคมีบำบัด รูปแบบการดูแล

Abstract

This study was action research aimed to develop a care model for cancer patients to prevent and relief extravasation of chemotherapy. Using the concept of developing nursing care models by using empirical evidence. and self-management applied to patient care the sample group was all lymphoma patients who received chemotherapy, the vesicant drug group, who were admitted for treatment. in the radiotherapy and chemotherapy center Khon Kaen Hospital between July-November 2023, 62 cases, selected specifically. Data were collected by interview form. Behavioral assessment form and condition severity assessment form extravasation from chemotherapy drugs

Results of the study: It was found that the original care model also failed to assess and observe abnormalities in the drug administration position. Promoting patients to take care of themselves in preparing their blood vessels. and advising patients to watch out for abnormalities in the drug administration position. The researcher has developed a care model for cancer patients to prevent and relief extravasation of chemotherapy. For nurses, there are 3 areas: 1) Extravasation prevention, 2) Extravasation assessment, and 3) Extravasation management, and have obtained guidelines for care. The self-management of lymphoma patients when receiving chemotherapy has 3 stages: before, during, and after receiving chemotherapy.

Keywords: Preventing extravasation, chemotherapy, care model

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

มะเร็ง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ที่แต่ละประเทศทั่วโลกตระหนักถึงปัญหา สรรหายุทธศาสตร์ และมาตรการต่าง ๆ มาแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ปัจจุบันแนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี ทำให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขทั่วโลกต่างสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาความรู้ วิทยาการใหม่ๆ ทั้งเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การควบคุมและป้องกันประชาชนในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป มากขึ้น จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 18.1 ล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกเกือบ 10 ล้านคน หรือเกือบ 1 ใน 6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งถือเป็นการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 1 ในปี 2565 ด้วยความสำคัญของปัญหานี้ สมาพันธ์ควบคุมโรคมะเร็งสากล หรือ Union for International Cancer Control (UICC) และองค์การอนามัยโลก หรือ World Health Organization (WHO) จึงได้กำหนดให้ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ ของทุกปี เป็นวันมะเร็งโลก (World Cancer day) เพื่อให้คนทั่วโลกตระหนักถึงความสำคัญของโรคมะเร็ง สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย พบข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 1.5 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิต คิดเป็น 7 รายต่อ 1 ชั่วโมง โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศชาย 5 อันดับแรก คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศหญิง 5 อันดับแรก คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ [5]

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีการพัฒนาอย่างมาก ทั้งการผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด ภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy) และการให้ยารักษาแบบพุ่งเป้า (Targeted therapy) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้การรักษาหลายวิธีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เช่น การผ่าตัดร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด หรือการให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี เป็นต้น[3] ยาเคมีบำบัดจึงเป็นการรักษาโรคมะเร็งที่มีบทบาทสำคัญ และใช้อย่างแพร่หลาย ยาเคมีบำบัดมีฤทธิ์ที่เป็นพิษต่อเซลล์ ส่งผลให้เกิดการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ทำให้ลดขนาดของก้อนมะเร็ง และลดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้ นอกจากนั้น ยังมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติด้วย ยาเคมีบำบัดส่งผลข้างเคียงต่อผู้ที่ได้รับ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผมร่วง เยื่อบุช่องปากอักเสบ ซีด ภูมิต้านทานต่ำติดเชื้อง่าย เป็นต้น [3] การบริหารยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะบริหารโดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ จึงมีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดและผิวหนัง เมื่อเกิดการรั่วซึมออกหลอดเลือด (extravasation) ของยาเคมีบำบัดสู่เนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ ที่ให้ยา ซึ่งทำให้มีอาการปวด บวม แดง อักเสบ หรือเกิดเนื้อตายบริเวณผิวหนังที่ยาเคมีบำบัดรั่วซึมได้ [22] การเกิดภาวะรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำ ในระหว่างให้ยาก่อให้เกิดผลเสียหลายประการ ซึ่งความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนนี้ จะมีความรุนแรงระดับมากหรือน้อยขึ้นกับปริมาณและชนิดของยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ในรายที่เกิดความรุนแรงระดับเล็กน้อย จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวด บวม แดง อักเสบ ต้องเปลี่ยนบริเวณที่ให้เคมีบำบัด ทำให้ได้รับเคมีบำบัดได้ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง ส่วนในรายที่เกิดความรุนแรงในระดับมาก จนทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อเอ็น เส้นประสาทบริเวณที่ให้ยาจนเกิดเนื้อตาย (tissue necrosis) จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด[21] หรือปลูกถ่ายเซลล์ผิวหนัง โดยเฉพาะยากลุ่ม vesicant ซึ่งมีความระคายเคืองและมีการทำลายอย่างรุนแรง ส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น [11] ต้องได้รับการดูแลรักษาเพิ่มเติม ต้องได้รับ

ยาปฏิชีวนะ การดูแลแผล เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Length of stay: LOS) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาพลักษณ์ และสภาพจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงอาจส่งผลต่อการรักษาโรคมะเร็งและโอกาสหายของโรคในอนาคตได้ ดังนั้น การบริหารยาเคมีบำบัดจึงต้องใช้ความระมัดระวังอย่างสูง ผู้บริหารยาต้องมีสมรรถนะในการบริหารยาเคมีบำบัด เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัดที่อาจจะเกิดขึ้น การเก็บสถิติข้อมูลการเกิด Extravasation ในประเทศไทยและต่างประเทศ ยังไม่พบสถิติข้อมูลในภาพรวม มีเพียงสถิติระดับหน่วยงาน ซึ่งพบการรายงานในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำส่วนปลายมีอัตราการเกิด Extravasation ร้อยละ 0.01 – 7 [12] และจากการเก็บข้อมูล ในโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2562-2564 พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยมะเร็งเกิด Extravasation จากยาเคมีบำบัด ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป คิดเป็น 0.52, 0.74 และ 0.65 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าอัตราการเกิด Extravasation จะไม่สูงแต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วส่งผลเสียกระทบต่อผู้ป่วยและสถานบริการดังที่กล่าวไว้ข้างต้น นอกจากนี้ยังสะท้อนถึงคุณภาพของการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เนื่องจาก การเกิด Extravasation เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

สำหรับการจัดการตนเอง)Self - management) เป็นแนวคิดที่มุ่งให้เกิดการปฏิบัติ และควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเอง เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากสถานการณ์นั้น ในทางทฤษฎี ถือว่าการจัดการด้วยตนเองมีความสำคัญต่อการพัฒนาสถานะสุขภาพของการเจ็บป่วยเรื้อรัง[8] ซึ่งรูปแบบการจัดการตนเองนี้ เป็นกระบวนการธรรมชาติที่สำคัญ โดยแต่ละบุคคลสามารถได้รับการสอนให้เกิดทักษะ และแนวทางใหม่ ๆ จะเห็นได้ว่า การนำใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิด Extravasation ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย และการใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self - management) มีโอกาสพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำได้ดีเพิ่มขึ้น จากข้อมูลข้างต้น ทำให้พยาบาลตระหนักถึงปัญหาและความรุนแรงที่จะเกิดกับผู้ป่วยมะเร็ง และเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้วยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการนำใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self - management) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดกลุ่มที่มีการทำลายเนื้อเยื่อ (vesicant) โดยการศึกษาครั้งนี้ จะศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก เป็นอันดับ 3 ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการทั้งหมด และได้รับยาเคมีบำบัดสูตร CHOP, COP, R-CHOP, R-COP ซึ่งมียาเคมีบำบัดกลุ่มที่มีการทำลายเนื้อเยื่อ คือ ยา Adriamycin (Doxorubicin) ร่วมด้วย โดยมีการบริหารยาแบบหยดทางหลอดเลือดดำ ในระยะเวลา 15-30 นาที เหมือนกันทุกสูตร จึงได้ทบทวนวรรณกรรม ระดมความคิด ศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเกื้อหนุนต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางการป้องกันและดูแลการเกิด extravasation ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ[17] มีรูปแบบการวิจัย โดยการนำหลักการพัฒนารูปแบบการดูแลของพยาบาลโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งในการบริหารยาเคมีบำบัด และการจัดการตนเองหรือการดูแลตนเอง (Self-management) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ เดือน กรกฎาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ประชากร ในการศึกษามี 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยมะเร็ง และพยาบาลผู้ดูแล ณ ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง แบ่ง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร CHOP, COP, R-CHOP, R-COP และ ABVD regimen ทุก Cycle ทุกราย 2) กลุ่มพยาบาล ผู้ให้การดูแลบริหารยาเคมีบำบัด ที่ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด อย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป ทั้งหมด จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1.1) แบบประเมินพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลและจัดการภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) จากยาเคมีบำบัด 1.2) แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) จากยาเคมีบำบัด 1.3) แบบประเมินระดับความรุนแรงการเกิดภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) จากยาเคมีบำบัด ของหน่วยงาน 1.4) แบบสัมภาษณ์พยาบาลในการดูแลและจัดการภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) จากยาเคมีบำบัด และ 1.5) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) จากยาเคมีบำบัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 2.1) แบบประเมินระดับความรุนแรงของการเกิด ภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) จากยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็ง 2.2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด 2.3) แนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเมื่อรับยาเคมีบำบัด 2.4) ป้ายยา Vesicant 2.5) สื่อแผ่นพับ เรื่อง ยาเคมีบำบัด 2.6) สื่อวิดิทัศน์ เรื่อง การรับยาเคมีบำบัด และ 2.7) แบบบันทึก Nurse note สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มยา Vesicant

ทั้งนี้ ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด โดยศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามกรอบ PICO: P (population or problem) I (intervention or area of interest) C (comparison intervention or status) O (outcome) จากฐานข้อมูล CINAHL, PUBMED, ProQuest Nursing, COCHRANE โดยกำหนดคำสำคัญที่สืบค้น ได้แก่ extravasation, vesicant drugs, nursing guideline for prevention of extravasation ได้งานวิจัย จำนวน 6 เรื่อง แล้วนำประเมินคุณภาพงานวิจัย และนำมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบประเมินพฤติกรรมและแบบสัมภาษณ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า IOC=+1 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability coefficient) ของแบบประเมินพฤติกรรม และแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตร K-R 20 (Kuder-Richardson 20) ให้ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78-0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยยึดหลักข้อมูลที่มีลักษณะสอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย สามารถตอบคำถามของการวิจัยได้ตามที่กำหนดไว้ โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะการเก็บข้อมูลผลลัพธ์การวิจัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และแบบประเมินที่สร้างขึ้นเก็บข้อมูลวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง และพยาบาลผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD) วัดการกระจายตัวของข้อมูล ค่าพิสัย (range) Max Min เป็นรายข้อและรายด้าน และเฉลี่ยรวมทุกด้าน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนเพื่อให้เห็นพฤติกรรมการดูแลโดยพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมถึงระดับความรุนแรงของภาวะ Extravasation จากยาเคมีบำบัด

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการแจกแจงความถี่เป็นอัตราร้อยละ (Percentage) และช่วงค่าความเชื่อมั่น (Confident interval; CI) ที่ร้อยละ 95

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย KEF66017 เริ่มอนุมัติ 28 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การเกิดภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด กลุ่มยา Vesicants ในโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2562-2565 พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยมะเร็งเกิด Extravasation จากยาเคมีบำบัด ความรุนแรง Gr.3 คิดเป็น 0.52, 0.74, 0.65 และ 0.37 ตามลำดับ โดยรูปแบบการดูแลป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัดเดิม พยาบาลยังพร่องการประเมินและสังเกตความผิดปกติของตำแหน่งให้ยา การส่งเสริมผู้ป่วยดูแลตนเองในการเตรียมความพร้อมของหลอดเลือด และการแนะนำผู้ป่วยให้เฝ้าระวังสังเกตความผิดปกติของตำแหน่งให้ยาเคมีบำบัด

2. ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น สำหรับพยาบาล ซึ่งมีกระบวนการหลัก 3 ด้าน คือ (1) การป้องกันการเกิดภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดของยาเคมีบำบัด (Extravasation Prevention) มีกระบวนการย่อย 8 ข้อ ได้แก่ การเลือกใช้เข็มที่เหมาะสมในการเปิดหลอดเลือดดำ การเลือกเส้นเลือดดำที่จะให้ยา ขนาดใหญ่ เส้นตรง มีความยืดหยุ่น ไม่ใช่ข้อมือ/ข้อพับ เลือกเส้นเลือดดำที่ใหม่ไม่ผ่านการเจาะเลือด หลอดเลือดมีการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองดี ไม่ใช้หลอดเลือดบริเวณผิวหนังที่บวมตึงจากการอุดตัน และแนะนำผู้ป่วยหากมีอาการปวด บวม แดง ร้อน ให้แจ้งพยาบาลทันที (2) การประเมินภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดของยาเคมีบำบัด (Extravasation Assessment) มีกระบวนการย่อย 4 ข้อ ได้แก่ การประเมินและสังเกตความผิดปกติตำแหน่งที่ให้ยาเคมีบำบัด ประเมินการไหลย้อนกลับของเลือดในสาย IV fluid ประเมินแรงต้านต่อ Syringe ในระหว่างการบริหารยา และประเมินการไหล Free flow ของยาทาง Infusion และ (3) การจัดการดูแลภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดของยาเคมีบำบัด (Extravasation Management) มีกระบวนการย่อย 13 ข้อ ได้แก่ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการ หยุดยาทันที แต่ไม่ต้องดึงเข็มออกจากตัวผู้ป่วย ใช้ Syringe 5 ซีซี ดูดเลือด หรือยาออกจากเข็มที่คาไว้ให้มากที่สุด ดึงเข็มฉีดยาออกและใช้สำลีกดเบา ๆ รายงาน

แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ ปากกา (สีดำ/น้ำเงิน) เขียนตำแหน่งรอยผิวหนังที่เกิดการรั่วของยา แขน/ขาสูงพักแขนไว้ 48 ชั่วโมง ประคบร้อน/เย็น ตามประเภทของยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดทันที ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พูดคุยให้กำลังใจและให้ข้อมูลเพิ่ม แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและประคบร้อน/เย็นต่อที่บ้าน บันทึกทางการพยาบาล และลงบันทึกรายงานการเกิดอุบัติการณ์ Extravasation และได้แนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเมื่อรับยาเคมีบำบัด ซึ่งมีส่วนประกอบหลัก 3 ระยะ คือ (1) ก่อนรับยาเคมีบำบัด มีกิจกรรมย่อย 2 ข้อ ได้แก่ การดูแลบริหารเส้นเสือดตนเองให้แข็งแรง และการดื่มน้ำสะอาดทุกวัน (2) ขณะรับยาเคมีบำบัด มีกิจกรรมย่อย 5 ข้อ ได้แก่ สังเกตความผิดปกติตำแหน่งที่ให้ยาเคมีบำบัด เฝ้าระวังความผิดปกติตำแหน่งที่ให้ยาเคมีบำบัดเสมอ ๆ จนยาหมด ความรู้เบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ตนได้รับและภาวะแทรกซ้อนของยา แจ้งพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ และหากเกิดภาวะรั่วซึมของยาสามารถดูแลตนเองประคบเย็น/ร้อนตามประเภทของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และ (3) หลังรับยาเคมีบำบัด มีกิจกรรมย่อย 3 ข้อ ได้แก่ กดห้ามเลือดในตำแหน่งที่พยาบาลถอดเข็มออก นาน 3-5 นาที ยกแขน/ขา ตำแหน่งที่ให้ยาสูงกว่าระดับหัวใจ ในขณะกดห้ามเลือด และเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือหรือคำปรึกษา ภายหลังรับยาเคมีบำบัด สามารถติดต่อทีมที่ให้การดูแลรักษาหรือบุคลากรสาธารณสุขใกล้บ้านได้จากสมุดคู่มือผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์/ Line/ Face book ตามช่องทางติดต่อสื่อสารต่าง ๆ ได้

3. ผลลัพธ์ของการนำใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้น พบว่า (1) มีการเกิดภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด ระดับความรุนแรง Gr.1 ร้อยละ 4.84 แต่ไม่พบภาวะ Extravasation ความรุนแรง Gr. 2, 3, 4 (2) พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลและจัดการภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) จากยาเคมีบำบัด พบว่า พยาบาลมีการป้องกันการเกิดภาวะ Extravasation ด้วยการใส่ใจแนะนำผู้ป่วยให้แจ้งพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณให้ยาเคมีบำบัด และเพิ่มคุณภาพของการประเมินภาวะ Extravasation ด้วยการประเมินและสังเกตความผิดปกติตำแหน่งที่ให้ยาเคมีบำบัด ด้วยอาการ ปวด บวม แดง ร้อน หรือพองบริเวณใกล้เคียงในขณะบริหารยา ทุก 1-2 ชั่วโมง อย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการจัดการดูแลภาวะ Extravasation ที่เน้นความร่วมมือของผู้ป่วยด้วยการสื่อสารแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการที่ถูกต้องเมื่อเกิดภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด (3) พฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) จากยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมีความใส่ใจในการเตรียมตัวก่อนรับยาเคมีบำบัดด้วยการบริหารหลอดเสือดโดยการบีบลูกบอลยางหรือบีบมือ ส่วนในขณะรับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมีการเฝ้าระวังอาการของความผิดปกติตำแหน่งที่ให้ยาเคมีบำบัดเสมอ ๆ อย่างต่อเนื่องจนยาหมด และใส่ใจใฝ่หาความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนของยาที่ตนได้รับ เช่น อาการที่ต้องเฝ้าระวังขณะรับยา ความผิดปกติ ปวด บวม แดง ตำแหน่งให้ยาหรือน้ำยาไม่ไหลที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที เป็นต้น

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนใหญ่เพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 79.03 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 41.29 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 59.86 มีอาชีพทำไร่/ทำนา คิดเป็น ร้อยละ 83.43 มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง คิดเป็น ร้อยละ 37.48

ข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน ส่วนใหญ่ วินิจฉัยโรค Non Hodgkin lymphoma (NHL) คิดเป็น ร้อยละ 66.13 ได้รับยาสูตร R-CHOP regimen คิดเป็น ร้อยละ 61.29 มีผู้ดูแล (Care giver) คิดเป็น ร้อยละ 75.41

ข้อมูลด้านยา ตำแหน่งที่เกิด และระดับความรุนแรงของภาวะ Extravasation จากยาเคมีบำบัด พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดเพื่อให้ยาเคมีบำบัดในตำแหน่งของมือ ร้อยละ 58.06 รองลงมาคือที่ตำแหน่งแขน คิดเป็น ร้อยละ 41.94 สำหรับการบริหารยาเคมีบำบัดของพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) จากยาเคมีบำบัด คิดเป็น ร้อยละ 95.16 แต่มีการเกิดภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) จากยาเคมีบำบัด ระดับความรุนแรง Gr.1 คิดเป็น ร้อยละ 4.84 จากยา Adriamycin คิดเป็น ร้อยละ 100 และให้การดูแลโดยประคบเย็นทุกราย ร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด พบว่า รูปแบบการดูแลฯ เดิม พยาบาลยังพร่องการประเมินและสังเกตความผิดปกติของตำแหน่งให้ยา การส่งเสริมผู้ป่วยดูแลตนเองในการเตรียมความพร้อมของหลอดเลือด และการแนะนำผู้ป่วยให้เฝ้าระวังสังเกตความผิดปกติของตำแหน่งให้ยา ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด สำหรับพยาบาล มี 3 ด้าน คือ 1) Extravasation Prevention 2) Extravasation Assessment และ 3) Extravasation Management และได้แนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเมื่อรับยาเคมีบำบัด มี 3 ระยะ คือ ก่อน ขณะ และหลังรับยาเคมีบำบัด ซึ่งการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัด ที่พัฒนาขึ้น สามารถป้องกันและบรรเทาภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งได้ โดยการป้องกันและลดปัจจัยการเกิดภาวะ Extravasation ด้วยการติดตาม เฝ้าระวัง ดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งจากพยาบาลผู้ดูแล และตัวผู้ป่วยมะเร็งในการจัดการดูแลตนเอง ดังนี้

การดูแลจากพยาบาล ด้วย (1) การป้องกันการเกิดภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดของยาเคมีบำบัด (Extravasation Prevention) โดย การเลือกใช้เข็มที่เหมาะสมในการเปิดหลอดเลือดดำที่มีขนาดเล็กกว่าหลอดเลือด (No.22-24) มีความยืดหยุ่น ไม่ใช้เข็มเหล็กเลือกหลอดเลือดดำที่จะให้ยามีขนาดใหญ่ เส้นยาว ตรง มีความยืดหยุ่น ไม่แข็ง ไม่ใช่ข้อมือหรือข้อพับหรือตำแหน่งที่มีความเสี่ยงต่อการหลุด หัก พับ งอ ของเข็มเมื่อบริหารยา หลีกเลี่ยงหลอดเลือดบริเวณข้อพับ ไม่ใช้เข็มชนิด Butterfly ปิดบริเวณที่แทงเข็มด้วย Transparent เพื่อสังเกตการรั่วซึมของเคมีบำบัด ตรวจสอบบริเวณที่ให้เคมีบำบัด และทดสอบความสมบูรณ์ของหลอดเลือด เลือกหลอดเลือดดำที่ใหม่ไม่ผ่านการเจาะเลือด ฉีดยา ให้สารน้ำ/สารอาหาร ภายใน 24 ชั่วโมง เลือกหลอดเลือดที่มีการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองดี หลีกเลี่ยงหลอดเลือดดำที่มีการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองไม่ดีหรืออุดตัน เช่น มีอาการชา เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต แขนข้างที่ผ่าตัด MRM หรือบริเวณที่มะเร็งแพร่กระจายไป หรือมี SVC syndrome ไม่ใช้หลอดเลือดบริเวณผิวหนังที่บวมตึงจากการอุดตัน และแนะนำผู้ป่วยให้เข้าใจและตระหนักถึงความปลอดภัยหากมีอาการปวด บวม แดง ร้อน ตำแหน่งให้ยา ให้แจ้งพยาบาลทันที (2) การประเมินภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดของยาเคมีบำบัด (Extravasation Assessment) โดย การประเมินและสังเกตความผิดปกติ ทุก 1-2 ชั่วโมง จากอาการ ปวด บวม แดง ร้อน หรือพองบริเวณตำแหน่งที่ให้ยาเคมีบำบัด ประเมินการไหลย้อนกลับของเลือดในสาย IV fluid หากมีภาวะ Extravasation จะไม่พบการไหลย้อนกลับของเลือด ประเมินแรงต้านต่อ Syringe ในระหว่างการบริหารยา หากมีภาวะ Extravasation จะเกิดแรงต้าน ต่อ Syringe ในระหว่างการบริหารยา และ

ให้ประเมินการไหล Free flow ของยาทาง Infusion ถ้ามีภาวะ Extravasation จะไม่มี Free flow หรือมีอัตราเร็วในการหยดยาลดลงได้ และ (3) การจัดการดูแลภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดของยาเคมีบำบัด (Extravasation Management) โดย พยาบาลต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเมื่อเกิดอุบัติการณ์ภาวะ Extravasation ขึ้นและแจ้งวิธีการจัดการดูแลให้ผู้ป่วยทราบ เริ่มจากการ หยุดยาทันที แต่ยังไม่ต้องดึงเข็มออกจากตัวผู้ป่วย ใช้ Syringe 5 ซีซี ดูดเลือดหรือยาออกจากเข็มที่คาไว้ให้มากที่สุดและไม่ควรกดบริเวณที่เกิด Extravasation เพื่อลดฤทธิ์ของยาและการทำลายเนื้อเยื่อโดยรอบ[21] ฉีดยา Antidote ตาม Protocol (ถ้ามี) โดยใช้เข็มที่คาอยู่กับผู้ป่วย แล้วค่อยดึงเข็มฉีดยาออกและใช้สำลีกดเบา ๆ รายงานแพทย์รับทราบ ใช้ปากกาสีดำ/น้ำเงินเขียนตำแหน่งรอยผิวหนังที่เกิดการรั่วของยา ยกแขน/ขาสูงพักแขนไว้ 48 ชั่วโมง เพื่อลดอาการบวมของเนื้อเยื่อ[14] ประคบร้อน/เย็นตามประเภทของยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดทันที เพื่อลดการบาดเจ็บและทำลายเนื้อเยื่อ[14 15] จากยาเคมีบำบัด โดยประคบนาน 30 นาที ทุก 2 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้น ครั้งละ 15–30 นาที ทุก 4–6 ชั่วโมง ติดต่อกัน 4-7 วัน พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พูดคุยเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กำลังใจและให้ข้อมูลเพิ่มเติมอย่างเพียงพอจนเกิดความสบายใจและจนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้ พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองและประคบร้อน/เย็นต่อที่บ้านตามระยะเวลาที่ต้องดูแล พร้อมทั้งคู่มือคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้านและให้ช่องทางการติดต่อสื่อสารทีมที่ให้การดูแลหรือบุคลากรสาธารณสุขใกล้บ้านได้ด้วยเบอร์โทรศัพท์/ Line ทำการบันทึกทางการพยาบาล และลงบันทึกรายงานการเกิดอุบัติการณ์ Extravasation ในระบบข้อมูลความเสี่ยง สำหรับการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเมื่อรับยาเคมีบำบัดตามแนวคิด Self-management support ด้วยการประเมินปัญหา การให้คำปรึกษา การตกลงบริการ การช่วยเหลือ และการติดตามผลการดูแลผู้ป่วย มีดังนี้ (1) การเตรียมตัวก่อนรับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยต้องมีการดูแลบริหารหลอดเลือดตนเองให้แข็งแรง ด้วยการบีบกำลูกบอลยาง กำ-แบ เกร็งกล้ามเนื้อมือ/แขน และการดื่มน้ำสะอาด วันละ 2,000-3,000 ml. ทุกวัน (2) ในขณะรับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยต้องสังเกตความผิดปกติตำแหน่งที่ให้ยาเคมีบำบัด และเฝ้าระวังอาการ ปวด บวม แดง ร้อน ในตำแหน่งที่ให้ยาเคมีบำบัดเสมอจนยาหมด ซึ่งผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ตนได้รับรวมถึงภาวะแทรกซ้อนของยาที่อาจจะเกิดขึ้นและต้องตระหนักถึงความปลอดภัยของตนเองขณะรับยาเคมีบำบัด ต้องแจ้งพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ ภายหลังรับยาเคมีบำบัด เมื่อถอดเข็มให้ยาออกแล้ว ผู้ป่วยต้องกดห้ามเลือดในตำแหน่งที่พยาบาลถอดเข็มออก นาน 3-5 นาที ยกแขน/ขาตำแหน่งที่ให้ยาสูงกว่าระดับหัวใจ และเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือหรือคำปรึกษาภายหลังรับยาเคมีบำบัด สามารถติดต่อทีมที่ให้การดูแลรักษาหรือบุคลากรสาธารณสุขใกล้บ้านได้จากสมุดคู่มือผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์/ Line/ Face book หรือตามช่องทางติดต่อสื่อสารต่าง ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามบริบทผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ที่ได้รับยาหรือสารน้ำที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ extravasation

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบถึงการใช้และไม่ใช้ยา Anti-dose ในการป้องกันภาวะ extravasation เพื่อการพัฒนา CPG หรือ Protocol ในการดูแลรักษาภาวะ extravasation จากยาเคมีบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้บริหารโรงพยาบาลทุกท่าน ที่อนุญาตและอำนวยการ

ให้การศึกษาวิจัยได้ดำเนินนไปด้วยความสำเร็จเรียบร้อย ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้อนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย พร้อมให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณอาสาสมัคร และผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัยนี้ทุกท่าน ที่ทำให้สำเร็จด้วยความสมบูรณ์เรียบร้อย

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา ใจดี) .2557), ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการป้องกนัการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็ง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง ,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564), รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ตองการการดูแลแบบระยะยาวและผู้ดูแล ,ห้างหุ้นสวนจำกัด เทพเพ็ญวานิสย์, กรุงเทพมหานคร.
3. ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์) .2559), Thai Journal of Nursing Council, ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะ extravasation, (Vol. 31 No.2 April-June 2016), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
4. ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์ และยุวนุช สัตยสมบูรณ. (2563), วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสารธารณสุขภาคใต้, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. (Vol.7 No. 2 May – August 2020)
5. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ) .2557), แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร.โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ :
6. สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย)Thai oncology nurse society). (2564), ความปลอดภัยการให้ยาเคมีบำบัด: ข้อเสนอแนะและแนวทางปฏิบัติคศ์ จำกัดบริษัท ซิกมา กราฟฟิ ,: นนทบุรี.
7. สุรีพร มะณีรัตน์. (2561), ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิด EXTRAVASATION ต่ออัตราการเกิด EXTRAVASATION ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต.
8. สุชาดา พุฒิเพ็ญ, อำภาพร นามวงศ์พรหม และ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2561), เอกสารการประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต ครั้งที่ ๑๓ ปีการศึกษา ๒๕๖๑ ,ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต.
9. หน่วยมะเร็งวิทยา .(2553), การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเอกสารประกอบการอบรม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณ :ะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
10 อนุชา ไทยวงษ์, วิรัตน์ดา สาระโภค, วัชราภรณ์ ศรีโสภา และ นงลักษณ์ สมภักดี. (2561), วารสารทันตาภิบาล ,การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลในการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด) ,ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม ธันวาคม –2561)
11. Avdal, E.U., & Aydinoglu, N. (2017). Extravasation of vesicant / non- vesicant drugs and evidence – based management. International journal of caring sciences, 5(2), 191-202.
12. Benna, S.A., Boyle, C.O., & Holley, J. (2013). Extravasation injuries in adults. ISRN Dermatology, 1, 1-8.
13. Creer, L.T. (2000). Self-management of chronic illness: Handbook of self-regulation. California: Academic.
14. Doellman D, Hadaway L, Bowe-Geddes LA, et al. Infiltration and extravasation: update on prevention and management. J InfusNurs 2009; 32(4):203-11.
15. Hadaway LC. Preventing and managing peripheral extravasation. Nursing 2009; 39(10):26-7.
INS. Infusion Nursing strandard of practice. J Infus Nurs 2022; s65-72.
16. Kanfer, F. H., and Gaelick, L. (1986). Self-management methods. In F. Kanfer and A. Goldstein (Eds.), Helping People Change: A Textbook of Methods (3rd) (pp. 283-345). New York: Pergamon Press.
17. Kemmis, S., and McTaggart, R., The action research planner, (Geelong: Deakin University Press, 1990), p. 5.

18. McKernan, J., Curriculum action research: A handbook of methods and resources for the reflective practitioner, (London: Kogan Page, 1991), p. 16-17.
19. RCN. Standard for Infusion therapy. London: RCN;2020.
S20. akaida, E., Sekine, I., Iwasawa, S., Kurimoto, R., Uehara, T., Ooka, Y., . . . Takiguchi, Y. (2014). Incidence, risk factors and treatment outcomes of extravasation of cytotoxic agents in an outpatient chemotherapy clinic. Japanese Journal of Clinical Oncology, 44, 168-171.
21. Wengstrom, Y., Foubert, J., Margulies, A., Roe, H., &Bugeia, S. (2017). Extravasation guidelines 2007. European Oncology Nursing Society clinical practice guidelines, 1, 1-42. Retrieved from
22. Wilkinson R. Nurses' concerns about IV therapy and devices. Nurs Standard 1996; 10 (35):35-7.

การพยาบาลผู้ป่วยทีมีผลการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา: กรณีศึกษา 2

Nursing a patient with abnormal cervical cancer screening results undergoes a colposcopy to examine the cervix and a biopsy is taken for pathology examination.

(Received: December 10,2023 ; Revised: December 19,2023 ; Accepted: December 20,2023)

นิติยา ศรีมันตะ[1]
Nitiya Sremontra[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยทีมีผลการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่ได้รับการส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยาให้มีความปลอดภัยเป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วย 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยผลการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่ได้รับการส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา เป็นวัยเจริญพันธ์และผู้สูงอายุ กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 34 ปี กรณีศึกษารายที่2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 58 ปี ผู้ป่วยทั้ง2 รายคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ รายที่ 1 HPV subtypes ที่ 16 และ33 รายที่ 2 HPV subtypes ที่ 16 ส่งต่อมาเพื่อดูแลวินิจฉัยต่อ โรงพยาบาลขอนแก่นนัดส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา ที่ห้องตรวจนรีเวช โรงพยาบาลขอนแก่น จุดเด่นของการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 รายคือ ใช้หลักการพยาบาลโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและเน้นให้มีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง เตรียมพร้อมส่องกล้อง และทราบอาการและภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง มีการเตรียมร่างกายเพื่อการทำหัตถการได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ, ส่องกล้องคอลโปสโคป,ชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา

Abstract

This study is a case study. The objective is to provide nursing guidelines for patients with abnormal cervical cancer screening results who undergo a colposcopy to examine the cervix and have a biopsy sent for pathological examination to be safe. Comparative study of nursing care for 2 patients. Select specific type. By collecting information from illness history Nursing diagnosis is established. Using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health models. To find patient problems Define nursing diagnosis to plan nursing action according to nursing diagnosis. Summarize and evaluate nursing results.

Results: This study compared two case studies of patients diagnosed with abnormal cervical cancer screening results who received a colposcopy to examine their cervix and undergo a biopsy. The meat was sent for pathological examination. Being of reproductive age and the elderly Case study number 1, Thai female patient aged 34 years. Case study number 2 Thai female patient, age 58 years. Both patients had abnormal cervical cancer screening. Case 1 was HPV subtypes 16 and 33. Case 2 was HPV subtype 16. They were referred for further diagnostic care. Khon Kaen Hospital made an appointment for a colposcopy to examine the cervix and to take a biopsy and send it for pathology examination. At the gynecological examination room Khon Kaen Hospital The highlight of nursing for both patients are

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

using nursing principles by empowering patients and families and emphasizing appropriate self-management. to provide continuous treatment Prepare for endoscopy and know the symptoms and complications from endoscopy The body is properly prepared for the procedure.

Keywords: abnormal cervical cancer screening, colposcopy, biopsy for pathology examination

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากอันดับ 2 ของมะเร็งนรีเวชทั่วโลกรองมาจากมะเร็งเต้านม แต่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของสตรีเป็นอันดับ 3 ในการเสียชีวิตจากมะเร็งของสตรีทั่วโลก รองมาจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด สถิติของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 530,000 คนต่อปี ซึ่งประมาณร้อยละ 85 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 275,000 คนต่อปี ซึ่งประมาณร้อยละ 88 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นกัน[1] ในประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับที่ 2 รองมาจากมะเร็งเต้านม จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 15 อันดับแรก พบมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 5 รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งศีรษะและลำคอ มะเร็งตับ และท่อน้ำดี หากจำแนกตามเขตพื้นที่บริการเขต 7 มะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 4 รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งศีรษะและลำคอ[2] สำหรับโรงพยาบาลขอนแก่น มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 2 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2564 และ 2565 คือ 120 ราย และ 137 ราย ตามลำดับ[2] ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการและความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะ ลุกลามแล้ว จากความเปลี่ยนแปลงด้านค่านิยมของสังคมส่งผลให้วัยรุ่นไทยมีทัศนคติเรื่องเพศเปลี่ยนไป ทำให้เสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่อายุยังน้อย มะเร็งปากมดลูกเป็นหนึ่งในโรคร้ายอันดับต้นๆที่ส่งผลกระทบต่อ การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ เพราะนอกจากงบประมาณที่ต้องใช้ในการรักษาผู้ป่วยแล้ว ยังก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสภาพจิตใจทั้งแก่ตัวผู้ป่วย และญาติพี่น้องวิธีที่ดีที่สุด ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย คือการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเสี่ยง การคัดกรองในปัจจุบันการค้นหาคัดกรองโรคมีด้วยกันหลายวิธีแรกการแป๊บสเมียร์ (Conventional Pap Smear) เป็นการเก็บเซลล์ปากมดลูกมาป้ายบนสไลด์ ความแม่นยำในการตรวจขึ้นอยู่กับความชำนาญของผู้อ่านสไลด์ ลิวิดเบส (Liquid Base) เป็นการเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกมาเก็บไว้ในน้ำยาเพื่อรักษาเซลล์ และกำจัดสิ่งปนเปื้อน พวกมูก หรือพวกเม็ดเลือดแดง และการตรวจแบบ HPV DNA Test เป็นเทคนิคทางด้านชีวโมเลกุลที่จะตรวจหาตัวเชื้อ HPV ได้โดยตรงซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลขอนแก่นได้รับการสนับสนุนจาก สปสช ค่าใช้จ่ายในการตรวจทำให้ประชาชนทั่วไปเข้าถึงบริการมากขึ้นทำให้สามารถตรวจหาระยะของโรคก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็งได้แม่นยำ แตกต่างจากในอดีตการเข้าถึงบริการมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงในการตรวจคัดกรองแต่ละรอบ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่หากไม่มีอาการผิดปกติก็จะไม่มาตรวจ เมื่อมาตรวจแล้วก็พบผลการตรวจผิดปกติแล้ว กระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นความสำคัญในการตรวจคัดกรอง มากกว่าการรักษาที่ปลายเหตุ มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งชนิดหนึ่งที่มีโอกาสรักษาให้หายจากโรคได้สูงกว่า เมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่นๆ หากได้รับการรักษาในระยะแรก[5] ในปัจจุบันหากพบความผิดปกติในระยะเริ่มต้นทำให้สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นจึงมีการพัฒนาการตรวจคัดกรองและเมื่อพบความผิดปกติจะตรวจปากมดลูกด้วยวิธีการส่องกล้องขยายดูความผิดปกติที่ปากมดลูกพร้อมกับตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา โดยการตรวจวิธีนี้จะใช้กับผู้รับบริการที่มีผลคัดกรองที่ผิดปกติ ซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยโรคแม่นยำยิ่งขึ้น

โรงพยาบาลขอนแก่นได้รับการสนับสนุนจาก สปสช ค่าใช้จ่ายในการตรวจทำให้ประชาชนทั่วไปเข้าถึงบริการมากขึ้นทำให้สามารถตรวจหาระยะของโรคก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็งได้แม่นยำ[9] แตกต่างจากในอดีตการเข้าถึงบริการมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงในการตรวจคัดกรองแต่ละรอบ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่หากไม่มีอาการผิดปกติจะไม่มาตรวจ กระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นความสำคัญในการตรวจคัดกรอง มากกว่าการรักษาที่ปลายเหตุ มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งชนิดหนึ่งที่มีโอกาสรักษาให้หายจากโรคได้สูงกว่า เมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่นๆ หากได้รับการรักษาในระยะแรก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยทีมีผลการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่ได้รับการส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา: กรณีศึกษา 2 ราย ที่ห้องตรวจนรีเวช โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีดำเนินการ

ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยทีมีผลการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่ได้รับการส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยาที่ห้องตรวจนรีเวช กลุ่มงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น และนัดทำการส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กรณีศึกษาโดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอายุน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 1 กรณีศึกษาที่ 2 ส่วนกรณีศึกษาที่ 2จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่6 ส่วนอาชีพพบว่าทั้ง 2 ราย เป็นแม่บ้าน กรณีศึกษาที่ 1 อาศัยอยู่ต่างจังหวัด กรณีศึกษาที่ 2 อาศัยในอำเภอเมือง จ.ขอนแก่น

ตารางที่ 1 การเจ็บป่วย

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล	Refer จาก รพ ยางตลาด จากการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ตรวจพบ HPV subtypes ที่ 16 และ33	Refer จาก รพ สต ชำจาน อำเภอเมืองขอนแก่น จากการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ตรวจพบ HPV subtypes ที่ 16
การเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มีโรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว
ประวัติการแพ้ยา /สารต่างๆ	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ผลการคัดกรองพบ	HPV subtypes ที่ 16 และ33	HPV subtypes ที่ 16
หัตถการ	Loop electrosurgical excision procedure (LEEP)	Loop electrosurgical excision procedure (LEEP)
ผลตรวจทางพยาธิวิทยา	cervix cancer stage 1A1 squamous cell carcinoma	cervix cancer stage 1B

จากตารางที่ 1 ข้อมูล พบว่าทั้ง 2 กรณีศึกษามีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มาด้วยอาการ Refer จาก รพ ยางตลาด จากการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ตรวจพบ HPV subtypes ที่ 16 และ33 ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 Refer จาก รพ สต ชำจาน อำเภอเมืองขอนแก่น จากการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ตรวจพบผล HPV subtypes ที่ 16 ประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร

ทั้ง 2 รายปฏิเสธ การเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธ Risk factor กรณีศึกษารายที่ 1 HPV subtypes ที่ 16 และ 33 กรณีศึกษารายที่ 2 ผล HPV subtypes ที่ 16 หัตถการทั้ง 2 ราย Loop electrosurgical excision procedure (LEEP) ผลตรวจทางพยาธิวิทยากรณีศึกษารายที่ 1 cervix cancer stage 1A1 squamous cell carcinoma กรณีศึกษารายที่ 2 cervix cancer stage 1B

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ 2 สรุปปัญหาสุขภาพตามการประเมินตามแบบแผนสุขภาพที่ 11ของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
แบบแผนสุขภาพที่ 1 : การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 2 : โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 3 : การขับถ่ายของเสีย	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 4 :การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 5 : การพักผ่อนและการนอนหลับ	พบปัญหา	พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 6 : การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 7 :การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 8 :บทบาทและความสัมพันธภาพในครอบครัว	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 9 : เพศและการเจริญพันธุ์	พบปัญหา	พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 10 : การเผชิญความเครียดและความทนต่อ ความเครียด	พบปัญหา	พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 11 : คุณค่าและความเชื่อ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแบบแผนสุขภาพแบบแผนที่ไม่พบปัญหามี 8 แบบแผน และมีปัญหาเกิดขึ้น พบจำนวน 3 แบบแผน ได้แก่ แบบแผนสุขภาพที่ 5 : การพักผ่อนและการนอนหลับ แบบแผนสุขภาพที่ 9 : เพศและการเจริญพันธุ์ แบบแผนสุขภาพที่ 11 : คุณค่าและความเชื่อ จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย นำมาวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม

ตาราง 3 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	1. การซักประวัติ การตรวจสภาพร่างกาย 2. สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุย ซักถามด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม ใช้ วาจาสุภาพ สังเกตพฤติกรรมของผู้รับบริการที่แสดงออก 3. จัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เข้ากลุ่มการเรียนรู้ ปัญหา อุปสรรค และตวามวิตกกังวลโดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นที่ปรึกษา เปิดโอกาสซักถาม	1. การซักประวัติ การตรวจสภาพร่างกาย 2. สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุย ซักถามด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม ใช้ วาจาสุภาพ สังเกตพฤติกรรมของผู้รับบริการที่แสดงออก 3. จัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เข้ากลุ่มการเรียนรู้ ปัญหา อุปสรรค และตวามวิตกกังวลโดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นที่ปรึกษา เปิดโอกาสซักถาม
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล	**การพยาบาลระยะก่อนตรวจรักษา** 1. ได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการได้อย่างครอบคลุม	**การพยาบาลระยะก่อนตรวจรักษา**

ตาราง 3 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	2. ได้รับการส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยาได้รับการจัดลำดับความรุนแรงปัญหาและความเร่งด่วนของการเข้ารับการตรวจส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยาอย่างปลอดภัย 3. ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการส่องกล้องคอลโปสโคป **การพยาบาลระยะขณะส่องกล้อง** 1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ปากมดลูกขณะเข้ารับการตรวจส่องกล้องคอลโปสโคป 2. มีโอกาสเกิดอันตรายจากการเข้ารับการตรวจส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อ 3. เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากมีเลือดออกเพิ่มในผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติจากการทำหัตถการส่องกล้อง 4. มีโอกาสเกิดความกลัววิตกกังวลขณะส่องกล้องคอลโปสโคป **การพยาบาลระยะหลังส่องกล้อง** 1. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องกล้องคอลโปสโคป มีโอกาสเกิดความกลัววิตกกังวลหลังส่องกล้องคอลโปสโคป	1. ได้รับการส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยาได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วย 2. ได้รับการส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยาได้รับการจัดลำดับความรุนแรงปัญหาและความเร่งด่วนของการเข้ารับการตรวจส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยาอย่างปลอดภัย 3. ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการส่องกล้องคอลโปสโคป **การพยาบาลระยะขณะส่องกล้อง** 1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ปากมดลูกขณะเข้ารับการตรวจส่องกล้องคอลโปสโคป 2. มีโอกาสเกิดอันตรายจากการเข้ารับการตรวจส่องกล้องคอลโปสโคป 3. เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากมีเลือดออกเพิ่มในผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติจากการทำหัตถการส่องกล้อง **การพยาบาลระยะหลังส่องกล้อง** 1. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องกล้องคอลโปสโคป มีโอกาสเกิดความกลัววิตกกังวลหลังส่องกล้องคอลโปสโคป 2. มีภาวะเลือดออกหลังการส่องกล้องคอลโปสโคป
3. การวางแผนการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาลมี 3 ระยะ **ระยะก่อนตรวจรักษา** กำหนดวัตุประสงค์การพยาบาล เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลจากอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกและการเข้ารับการตรวจโดยการส่องกล้องคอลโปสโคป **การพยาบาลระยะขณะส่องกล้อง** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการส่องกล้องกล้องคอลโปสโคป 2. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องให้ความร่วมมือขณะส่องกล้อง คอลโปสโคป 3. เพื่อลดความวิตกกังวลในขณะส่องกล้องคอลโปสโคป **การพยาบาลระยะหลังส่องกล้อง** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวหลังส่องกล้องคอลโปสโคป ได้ 2. เพื่อให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องคอลโปสโคป	การวางแผนการพยาบาลมี 3 ระยะ **ระยะก่อนตรวจรักษา** กำหนดวัตุประสงค์การพยาบาล เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลจากอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกและการเข้ารับการตรวจโดยการส่องกล้องคอลโปสโคป **การพยาบาลระยะขณะส่องกล้อง** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการส่องกล้องกล้องคอลโปสโคป 2. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องให้ความร่วมมือขณะส่องกล้อง คอลโปสโคป 3. เพื่อลดความวิตกกังวลในขณะส่องกล้องคอลโปสโคป **การพยาบาลระยะหลังส่องกล้อง** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวหลังส่องกล้องคอลโปสโคป ได้ 2. เพื่อให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องคอลโปสโคป

ตาราง 3 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. การปฏิบัติการพยาบาล	1. ใช้หลักการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ 2. ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป 3. ตรวจสอบเวชระเบียนให้ตรงกับผู้ป่วยจนมั่นใจว่าใช่ถูกต้องหรือไม่ 4. ซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 5. ประเมินภาวะซึมเศร้าประเมินความวิตกกังวลโดยสังเกต สีหน้า ท่าทาง 6. แนะนำสถานที่ และการใช้สถานที่แก่ผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม เช่น ที่นั่งรอ ห้องน้ำ 7. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติที่มาให้สังเกตอาการผิดปกติขณะรอส่องกล้อง ได้แก่ เลือดออกช่องคลอด หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ จะเป็นลม 8. แนะนำเรื่องโรค ขั้นตอนการส่องกล้อง 9. ให้ผู้ป่วยและญาติเซนยินยอมการทำหัตถการ 10. เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือยาต่างๆ ให้พร้อม 11. เฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะส่องกล้อง เช่น การประเมินภาวะช็อค ประเมินสัญญาณชีพ 12. ประเมินผู้ป่วยหลังส่องกล้อง 13. คำแนะนำหลังปฏิบัติตัวหลังส่องกล้อง งดเพศสัมพันธ์ 1 เดือน สังเกตสารคัดหลั่งจากช่องคลอด สี กลิ่น อาการปวดท้องน้อย อาการที่ต้องมาก่อนนัด เช่น เลือดออก ปวดท้องน้อย ไข้ ตกขาวสีผิดปกติ 14. ประเมินความต้องการ การดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง	1. ใช้หลักการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ 2. ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป 3. ตรวจสอบเวชระเบียนให้ตรงกับผู้ป่วยจนมั่นใจว่าใช่ถูกต้องหรือไม่ 4. ซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 5. ประเมินภาวะซึมเศร้าประเมินความวิตกกังวลโดยสังเกต สีหน้า ท่าทาง 6. แนะนำสถานที่ และการใช้สถานที่แก่ผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม เช่น ที่นั่งรอ ห้องน้ำ 7. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติที่มาให้สังเกตอาการผิดปกติขณะรอ ส่องกล้อง ได้แก่ เลือดออกช่องคลอด หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ จะเป็นลม 8. แนะนำเรื่องโรค ขั้นตอนการส่องกล้อง 9. ให้ผู้ป่วยและญาติเซนยินยอมการทำหัตถการ 10. เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือยาต่าง ๆให้พร้อม 11. เฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะส่องกล้อง เช่นการประเมินภาวะช็อค ประเมินสัญญาณชีพ 12. ประเมินผู้ป่วยหลังส่องกล้อง 13.คำแนะนำหลังปฏิบัติตัวหลัง ส่องกล้อง งดเพศสัมพันธ์ 1 เดือน สังเกตสารคัดหลั่งจากช่องคลอด สี กลิ่น อาการปวด ท้องน้อย อาการที่ต้องมาก่อนนัด เช่น เลือดออก ปวดท้องน้อย ไข้ ตกขาวสีผิดปกติ
5. การประเมินผลการพยาบาล	1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการได้อย่างครอบคลุม 2. ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะส่องกล้องไม่มีอาการแพ้ยาชาหรือเลือดออกรุนแรง 3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและวางแผนจำหน่ายตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการได้อย่างครอบคลุม 2. ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะส่องกล้องไม่มีอาการแพ้ยาชาหรือเลือดออกรุนแรง 3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

อภิปรายผล

จากผลลัพธ์การพยาบาล จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีลักษณะอาการทางคลินิกคล้ายคลึงกัน ใช้กลวิธีหลากหลายในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว จุดเด่นของการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 รายคือ ใช้หลักการพยาบาลโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและเน้นให้คนไข้มีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ตามแนวคิดของกกอร์ดอน 11 ขั้นตอน[5] เพื่อเข้ารับการตรวจอย่างต่อเนื่องได้การเตรียมพร้อมเมื่อจะมาส่องกล้อง และทราบอาการและภาวะแทรกซ้อนอันอาจจะเกิดได้จากการส่องกล้อง มีการเตรียมร่างกายเพื่อการทำหัตถการได้ ตามแนวคิด

การตรวจคัดกรองและเมื่อพบความผิดปกติจะตรวจปากมดลูกด้วยวิธีการส่องกล้องขยายดูความผิดปกติที่ปากมดลูกพร้อมกับตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา โดยการตรวจวิธีนี้จะใช้กับผู้รับบริการที่มีผลคัดกรองที่ผิดปกติ ซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยโรคแม่นยำยิ่งขึ้น[10] พยาบาลเป็นผู้ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระยะของความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกการปฏิบัติตัวก่อนตรวจต้องได้รับการเข้ากลุ่มและวิธีการทำการส่องกล้องคอลโปสโคปเพื่อตรวจปากมดลูกและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยาโดยซักถามข้อสงสัยและความวิตกกังวลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าตรวจ ระยะขณะตรวจต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเพื่อดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน[11]

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลต้องมีสมรรถนะเฉพาะทางด้านความรู้โรคมะเร็ง การรักษา การประเมินสภาพผู้ป่วยการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น มีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องดังนี้

1. พยาบาลห้องตรวจนรีเวชควรมีความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับได้รับการส่องกล้องคอลโปสโคปประเมินภาวะเสี่ยงขณะส่องกล้องคอลโปสโคป การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่องกล้องซึ่งควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการประเมิน และการช่วยเหลือ การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน ได้แก่ การช่วยเหลือก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะ Anaphylactic shock หรือเมื่อเกิดภาวะ Anaphylactic shock การช่วยฟื้นคืนชีพผู้ใหญ่เป็นประจำทุกปี

2. ผู้บริหารควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับบุคลากรเพื่อเป็นการเผยแพร่ผลงานให้กับหน่วยงานอื่นๆนำไปพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

1. จตุพล ศรีสมบูรณ์. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก..[ออนไลน์].เข้าถึงได้จาก www.rtcog.or.th . [มี.ค.2023])
2.ทะเบียนผู้ป่วยหอผู้ป่วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด ชั้น 2 โรงพยาบาลขอนแก่น. (2559).
3.ปราณี ทูไพเราะ. (2550). คู่มือยา. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่ N P Press Limited Partnership.
4. ฉลาด แสงอาทิตย์. (2546) ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่.
5. ยุพิน เพียรมงคล. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6.งานจัดการสารสนเทศ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น: (เข้าถึงเมื่อ12 สิงหาคม 2566)
7. วิชัย เติมรุ่งเรืองเลิศ. (2554). HPV-Related Diseases and HPV Vaccines: พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ รักลูกกรุ๊ป.
8. วีราภรณ์ วงศ์สวัสดิ์, นภพร มีนากุล, ธัชชัย ปัญญา. (2566) การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีและเคมีบำบัดในโรงพยาบาลชลบุรี.วารสารการพยาบาลและสุขศาสตร์, 42(1), 45-58
9. นภชาญ เอื้อประเสริฐ. Chulalongkorn hematology handbook. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2555. 82 – 87.
10.สมศักดิ์เทียมเก่า. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีมสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7 . พิมพ์ครั้งที่ 1 :ขอนแก่น :หจก คลังนานาวิทยา. หน้า 3-16
11. สุชาวดี รุ่งแจ้ง, และรัชนี นามจันทรา. (2559). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 27(2), 43-57.
12. สุริยา ชานวนิตย์, วิรัชน์ กิจเพ็ชร, นันทวัล จันทนะ (2565) การรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีและเคมีบำบัด: ผลการรักษาและปัจจัยที่มีผล. วารสารกายภาพบำบัดและสุขศึกษา, 28(2), 97-108

13.Lamb, M.A. (2000). Invasive cancer of the cervix. In G.J. Moor- Higgs, L.A. Almadsones, L.M. Gossfeld, J.H. Erikson & amp; B.C. Huff (Eds.), Siciety of gynecologic nurse oncologists? Womenand cancer: A gynecologic oncology nursing perspective (2 ed.)(pp. 82-96). Boston: Jones and Barllett.

14. Srinagarind Hospital, KhonKaen University. (2014). Hospital-Based Tumor Registry Statistical Report. Cancer Unit, Faculty of Medicine. KhonKaen University.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care for Cervical Cancer Patients Receiving High Dose Rate Brachytherapy: Comparative Study of Two Cases.

(Received: December 11,2023 ; Revised: December 19,2023 ; Accepted: December 20,2023)

วิลาวัลย์ สมบัติคีรีไพบูลย์[1]
Wilawan Sombutkeereepaiboon [1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

วิธีการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงรายกรณี ในผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาในช่วงพฤษภาคม2565 ถึง สิงหาคม 2566 จำนวน 2 รายโดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน เก็บรวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และการพยาบาลจากเวชระเบียน นำมาสู่กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ มาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงทั้ง 2 ราย ประเมินภาวะสุขภาพแนวคิดการประเมินตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกันทั้งหมด 12 ข้อ ระยะก่อนการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง จำนวน 2 ข้อ ระยะขณะการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง จำนวน 3 ข้อ ระยะหลังการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง จำนวน 7 ข้อ ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนครอบคลุมและเป็นองค์รวม และแนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน (Gibson) มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ทำให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพยาบาลมะเร็งปากมดลูก ,รังสีรักษาระยะใกล้ ใส่แร่สารกัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

Abstract

Objective: To obtain the nursing practice guidelines for cervical cancer patients receiving high dose rate brachytherapy

Methodology: This was the case study of two cervical cancer patients receiving high dose rate brachytherapy at the Outpatient Radiation Department, Khon Kaen Hospital from May 2022 to August 2023. Gordon's 11 functional health patterns were used for assessing the patients' health status. Data, including history of illness, treatment and nursing care were collected from the medical records, leading to the nursing practice process to achieve outcomes, analyze and determine nursing diagnosis, nursing care plan and nursing practice, evaluation and summary.

Results: The health status of the two cervical cancer patients receiving high dose rate brachytherapy were assessed using Gordon's 11 functional health patterns. It was found that they had 12 identical nursing diagnoses: 2 nursing diagnoses before receiving high dose rate brachytherapy, 3 nursing diagnoses while receiving high dose rate brachytherapy and 7 nursing diagnoses after receiving high dose rate brachytherapy. As a result, complete, comprehensive and holistic information and the concept of Gibson's empowerment were obtained as the guidelines for nursing care planning, resulting in effective nursing care planning.

Keywords: Nursing care, cervical cancer, high dose rate brachytherapy

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรี รองมาจากมะเร็งเต้านม1 สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกประมาณ 527,600 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 85 พบในประเทศกำลังพัฒนาในปี ค.ศ. 2012 ประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ประมาณ 6,500 รายต่อปี ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จะลดลง แต่อัตราการตายในประเทศไทย ยังคงเป็นอันดับ3 รองจากมะเร็งตับและมะเร็งเต้านม2โดยในปี 2560 พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก 2,251 ราย3 ซึ่งการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีรักษาให้ผลการที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องใช้รังสีรักษา 2 ประเภท คือ การรักษาด้วยรังสีจากภายนอก หรือการฉายรังสี (external beam radiation (EBRT) และรังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง (high dose rate brachytherapy :HDR) เป็นวิธีการรักษาที่ใช้สารกัมมันตรังสีเป็นต้นกำเนิดรังสี (radioactive sources) โดยการใส่อุปกรณ์หรือเครื่องมือ (applicators) ที่มีลักษณะเป็นท่อกลวงเข้าไปอยู่ในตำแหน่งที่ชิดติดหรืออยู่ภายในก้อนมะเร็ง และให้สารกัมมันตรังสี เคลื่อนที่ผ่านท่อกลวงของอุปกรณ์หรือเครื่องมือไปยังบริเวณที่ต้องการรักษาโดยตรง ส่งผลให้ก้อนมะเร็งได้รับปริมาณรังสีสูง เป็นเทคนิคการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง[4,5.6,7]

งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลขอนแก่น ได้ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มาตั้งแต่ ปี 2557 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมารับบริการการรักษาด้วยรังสีระยะใกล้หรือการสอดใส่แร่กัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง (brachytherapy) จำนวนมากขึ้นทุกปี จากสถิติปี 2564 , 2565, และ 2566 มีผู้ป่วยจำนวน 344 ,212 และ358 คน ตามลำดับ มีจำนวนครั้งการมาใส่แร่ 686,598 และ 702 ครั้ง ตามลำดับ รังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ให้ผลการที่มีประสิทธิภาพ แต่กระบวนการรักษามีความซับซ้อน มีการใช้เครื่องมือที่ทันสมัยและเทคโนโลยีสูง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อน ขณะ และภายหลังการรักษา พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการประเมินความเสี่ยง การจัดการอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการจัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้อย่างมีประสิทธิภาพ[8]

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลโดยศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินโรค ปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ในผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาในช่วง พฤษภาคม 2565 ถึง สิงหาคม 2566 จำนวน 2 รายโดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน เก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และการพยาบาลจากเวชระเบียน นำมาสู่กระบวนการพยาบาลในการ

ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ มาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล

ผลการศึกษา

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ มาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล ดังนี้

1. การประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 การประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลทั่วไป		
-อายุ	38 ปี	60 ปี
-อาชีพ	รับจ้างเย็บผ้าในโรงงาน	แม่บ้าน
-การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 3	ประถมศึกษาที่ 6
-รายได้ครอบครัว	บาท/เดือน15,000	รับจากบุตรเดือนละ3,000 บาท
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ไม่เคยคัดกรองมา 7 ปี	ไม่เคยคัดกรองมา 30 ปี
การวินิจฉัย	CA Cervix IB3 non keratinizing squamous cell carcinoma c Pregnancy GA 6-7 weeks	CA Cervix IIIA non keratinizing squamous cell carcinoma
อาการสำคัญ	แพทย์นัดมา ใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง	แพทย์นัดมา ใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	4 เดือนก่อน มีเลือดออกทางช่องคลอดหลังมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ตกขาวมีกลิ่นเหม็น ไม่ได้ไปตรวจรักษาที่ไหน 5 วันก่อนมา มีประจำเดือนออกมาก เหนื่อย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ไปตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จึงส่งมาโรงพยาบาลขอนแก่น	3 เดือนก่อน มีน้ำใสๆ ทางช่องคลอดไม่มีกลิ่นเหม็น เดือนก่อนมีกลิ 2นเหม็น เบื่ออาหาร น้ำหนักลดจาก 60 กิโลกรัม เป็น 56 กิโลกรัม ไปตรวจรักษาที่คลินิกใกล้บ้านแพทย์สงสัยเป็นเนื้องอกในมดลูก จากนั้นส่งต่อไปที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ได้ทำการตรวจรักษา เอกซ์เรย์ คอมพิวเตอร์ และตรวจชิ้นเนื้อ และส่งมาโรงพยาบาลขอนแก่น
ประวัติครอบครัว	-ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง –สามีสูบบุหรี่วันละ 5-7 มวน มา20 ปี สามีคนที่1อยู่ด้วยกัน 3 ปีอาชีพรับจ้างทั่วไป สามีคนที่ 2 ปัจจุบันอยู่ด้วยกันมา 11 ปี อาชีพรับจ้าง	-มารดามีประวัติมะเร็งเต้านม -สามีสูบบุหรี่วันละ3-4 มวน สูบมานาน **50 ปี**
ประวัติการมีระดู	มีระดูครั้งแรกอายุ 13 ปี สม่ำเสมอ	มีระดูครั้งแรกอายุ 14ปี สม่ำเสมอ หมดประเดือนเมื่ออายุ 50 ปี
ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	-เมื่ออายุ 19 ปี มีสามีคนที่1 มีเพศสัมพันธ์ประมาณสัปดาห์ละ5-6ครั้ง ไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัย ขณะร่วมเพศ มีลูก1คน อายุ 19 ปี -อายุ 27 ปี มีสามี คนที่ 2 มีลูก 1 คนอายุ 7 ปี สามีผ่านการมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงหลายคน ไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัย	-เมื่ออายุ 20 ปี แต่งงาน มีลูก 2 คน อายุ30 ปี และ 35 ปี ขณะร่วมเพศไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัย
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	1.ผู้ป่วยมีเศรษฐานะค่อนข้างต่ำ 2.การศึกษาน้อย(มัธยมศึกษาปีที่3) 3.เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย (19 ปี)	1.ผู้ป่วยมีเศรษฐานะค่อนข้างต่ำ 2. การศึกษาน้อย(ประถมศึกษาที่6) 3. อายุมาก 60 ปี 5.สามีสูบบุหรี่วันละ 3-4 มวน สูบมานาน 50 ปี

ตารางที่ 1 การประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่ 2
	4.สามีมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงหลายคน มีความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ค่อนข้างมาก 4.ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด มา 7 ปี 5.ตั้งครรภ์ทำให้มีภูมิต้านต่ำ 6.สามีสูบบุหรี่วันละ 5-7 มวนมา 20 ปี	6.มารดาเป็นมะเร็งเต้านม
ผลการตรวจปฏิบัติการ	**อัลตราซาวน์:**10/05/2565 Enlarge Uterus mass 4 cm, infiltrative mass c Contract Bleeding c yolk sac Pregnancy GA 6-7 weeks **ตรวจชิ้นเนื้อ:** 10/05/2565 non keratinizing squamous cell carcinoma **CT scan of Whole Abdomen :** 20/05/2565 - Uterine cervical mass is noted, CA cervix is suspected - An intrauterine gestational sac is presented. cm cystic lesion in hepatic segment 6 is noted, liver cyst is suspected. Follow up study is recon - A small lymph node at left pelvic side wall is shown	**CT scan of Whole Abdomen :** 15/03/2566 **:** -Limitation to evaluate cervical mass in the CT study. A 2.4-cm exophytic enhancing hypodense mass at anterior wall of the uterus, about 2.4 cm,possibly myoma uteri - Possibly arterioportal shunt at hepatic segment 2, about 1.6x1.3 cmNo defnite liver, lymph nodes, adrenal or bone Metastasis cortical renal scars at upper and lower poles of left kidney - Partially seen, fibrotic change at lingular segment of LUL, RML and anterior associated traction bronchiectasis basal segment of RLL with associated traction bronchiectasis **ตรวจชิ้นเนื้อ:** non keratinizing squamous cell carcinoma
การรักษา	Plan: Concurrent chemoradiation (CCRT) 50 Gy/25 Fraction. + 4 High dose rate (HDR) brachytherapy technique นัด CT sim contrast 25/5/65 High dose rate ครั้งที่ 1 วันที่ 19 สิงหาคม 2565 ครั้งที่2 วันที่ 27 สิงหาคม 2565 ครั้งที่ 3 วันที่ 4 กันยายน 2565 ครั้งที่ 4 วันที่ 11 กันยายน 2565	Plan: Concurrent chemoradiation (CCRT) 50 Gy/25 Fraction. + 4 High dose rate (HDR) brachytherapy technique นัด CT sim non contrast 23/3/66 High dose rate ครั้งที่ 1 วันที่ 27 พฤษภาคม 2566 ครั้งที่2 วันที่ 9 มิถุนายน 2566 ครั้งที่ 3 วันที่ 16 มิถุนายน 2566 ครั้งที่ 4 วันที่ 23 มิถุนายน 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนด้านสุขภาพ11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อน ระยะขณะ และระยะหลัง การใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ดังต่อไปนี้

การพยาบาล การพยาบาลที่ได้รับ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อน ระยะขณะ และระยะหลังการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ประกอบด้วย วินิจฉัยทางการพยาบาล เป้าหมาย การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้เรื่องการใส่แร่ เป้าหมายของการพยาบาล คือ ลดความวิตกกังวล ยอมรับและมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมั่นใจในแผนการรักษา	การปฏิบัติการพยาบาล คือ การสร้างสัมพันธภาพและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง รังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ช่วยทำให้ทำลายเนื้อร้ายให้ยุบลง มีการใส่เครื่องมือเข้าไปในช่องคลอด เข้าห้องโหลดแร่ ประมาณ 20-30 นาที อยู่ในห้องคนเดียว หลังโหลดแร่ครบ เอาอุปกรณ์ออกจากร่างกายอย่างระมัดระวัง ไม่มีสารกัมมันตรังสีตกค้างในร่างกาย[9] ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลดลง ยอมรับและมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมั่นใจในแผนการรักษามากขึ้น มาตามนัดใส่แร่ทุกครั้ง
2) เสี่ยงต่อความไม่พร้อมของการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง เป้าหมายของการพยาบาล คือ ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ยินยอมใส่แร่ตามแผนการรักษา	การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วย ติดตามผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยCT/MRI pelvic หรือ CXR, EKG CBC, BUN, creatinine, electrolyte, Liver Function Test, coagulation ประเมินความเสี่ยงข้อจำกัดของการนอนทำหัตถการท่าขึ้นขาหยั่ง การกลัวที่แคบ การอยู่คนเดียวในห้องโหลดแร่[5]ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ได้รับการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงตามแผนการรักษา
3) มีอาการปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับความกระทบกระเทือนระหว่างทำหัตถการใส่แร่ เป้าหมายของการพยาบาล คือ กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ไม่ขยับสะโพก ไม่หนีบขาขณะใส่เครื่องมือนำแร่ คะแนนปวด น้อยกว่า3	การปฏิบัติการพยาบาล คือ แนะนำเทคนิคการปฏิบัติตัว ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือนำแร่ โดยหย่อนก้น ไม่ขยับสะโพก ห้ามหนีบหรือเกร็งขาทั้ง 2 ข้าง หายใจบรรเทาปวด โดยการหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ ทางปากเพื่อผ่อนคลาย ดูแลให้ได้รับยา Morphine 3 mg. ทางหลอดเลือดดำช้าๆ paracetamol 500 mg 1 tab oral ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการผิดปกติ[10] และประเมินอาการปวด ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ไม่ขยับสะโพกขณะใส่เครื่องมือ คะแนนปวด น้อยกว่า 3 ไม่มีอาการผิดปกติจากการได้รับยาลดปวด
4) เสี่ยงต่อการมีเลือดออกมากจากการได้รับการทำหัตการใส่แร่ จากการสอดใส่/และ/หรือการถอดอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป้าหมายของการพยาบาล คือ เครื่องมือไม่มีการเคลื่อนผิดตำแหน่ง ไม่มีเลือดออกผิดปกติ	การปฏิบัติการพยาบาล การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การจัดท่าผู้ป่วยนอนหงายชันเข่าขึ้นบนขาหยั่ง ใส่ Foley's urine catheter ฉีด radiopaque solution ช่วยแพทย์ใส่ชุดอุปกรณ์ Applicator ยึดตรึงเครื่องมือให้เหมาะสม ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทำ CT และส่งเข้าห้องรักษาโหลดสารกัมมันตรังสี .เมื่อครบกำหนดการรักษา นำเครื่องมือใส่แร่และวาสลีนก๊อซออกจากช่องคลอดผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง สังเกตอาการ 2ชั่วโมง ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีเลือดออกผิดปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 มีเลือดออกมาก จำนวน 50 มิลลิลิตร เหนื่อยอ่อนเพลีย ให้การพยาบาล โดยให้ออกซิเจน ประเมินความรู้สึกตัว ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ส่งนอนโรงพยาบาล 2 วันเพื่อแก้ไขภาวะเลือดออกหลังใส่แร่ และก่อนการใส่แร่ทุกครั้ง ผู้ป่วยได้รับยา ferrous sulfate ,Folic และรับเลือดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน
5) เสี่ยงต่อการติดเชื้อช่องเชิงกรานเนื่องจากมีการสอดใส่อุปกรณ์ในช่องคลอด เป้าหมายของการพยาบาล คือ ปลอดภัยจากการติดเชื้อช่องเชิงกราน ไม่ปวดท้องน้อย ช่องคลอดไม่บวมแดง	การปฏิบัติการพยาบาล เตรียมเครื่องมือ Applicator ให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์ ตรวจสอบความปราศจากเชื้อ การสอดใส่เครื่องมือใช้เทคนิคเพื่อป้องการการแพร่กระจายเชื้อ และระมัดระวังการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อในช่องเชิงกราน การยึดตรึงเครื่องมือให้อยู่กับที่ตลอดการโหลดแร่[3] การประเมินผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปลอดภัยจากการติดเชื้อช่องเชิงกราน ไม่ปวดท้องน้อย ช่องคลอดไม่บวมแดง
6) เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่เครื่องมือและการได้รับรังสี	การปฏิบัติการพยาบาล ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะด้วยหลัก Aseptic technique ถอดสายสวนปัสสาวะด้วยความระมัดระวังด้วยความนุ่มนวล ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ให้สะอาดและซับให้แห้งทุกครั้ง แนะนำให้ดื่มมากๆวันละมิลลิลิตร 3000-2000 ล้างอวัยวะสืบพันธุ์งดการมีเพศ

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เป้าหมายของการพยาบาล คือ ปลอดภัยจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่มีไข้ ปัสสาวะเหลืองใส ไม่แสบขัด	สัมพันธ์ระหว่างการได้รับการใส่แร่ จนถึงหลังการรักษาครบ เดือน 3 ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ สังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ[11] การประเมินผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปลอดภัยจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่มีไข้ ปัสสาวะเหลืองใส ไม่แสบขัด
7) เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากลำไส้ใหญ่อักเสบจากการได้รับรังสี เป้าหมายของการพยาบาล คือ ไม่ปวดท้อง แน่นท้อง ถ่ายอุจจาระปกติ	การปฏิบัติการพยาบาล ทานอาหารอ่อนย่อยง่าย มีกากน้อย รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ปรุงสุก สะอาด หลีกเลี่ยงอาหารรสเผ็ด รสจัด อาหารหรือเครื่องปรุงที่ออกฤทธิ์ร้อน อาหารหมักดอง เครื่องดื่มคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ แบ่งมื้ออาหารเพิ่มขึ้น มื้อต่อวัน 6-5 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนักซับให้แห้งทุกครั้งหลังการถ่ายอุจจาระ[11] การประเมินผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังการใส่แร่ครั้งที่1 ผู้ป่วยมีอาการ ถ่ายอุจจาระเหลว วันละ3-4 ครั้ง หลังจากให้การพยาบาล หลังการใส่แร่ครั้งที่ 2-4 ไม่มีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ถ่ายอุจจาระปกติ ไม่มีไข้
8) มีโอกาสติดเชื้อผิวหนังบริเวณช่องท้อง อุ้งเชิงกราน ก้นกบ และรอบทวารหนักเนื่องจากการได้รับรังสี เป้าหมายของการพยาบาล ปลอดภัยจากติดเชื้อผิวหนังบริเวณช่องท้อง ผิวหนังไม่บวมแดง ไม่มีแผล	การปฏิบัติการพยาบาล แนะนำการอาบน้ำที่มีอุณหภูมิปกติ ซับเบา ๆ ให้แห้ง ดูแลไม่ให้อับชื้น ห้ามสวนล้างช่องคลอดเอง ควรใส่เสื้อผ้าหลวม กางเกงชั้นในไม่รัดแน่น หลีกเลี่ยงการใช้มีดโกนขน ห้ามแกะเกาผิวหนัง ถ้าผิวแห้งและคัน ให้ทาโลชั่นที่ไม่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์[3] การประเมินผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผิวหนังหลุดลอก มีแผลบริเวณรอบทวารหนักและขาหนีบระดับ 2 และหายเป็นปกติเมื่อมาใส่แร่ครั้งที่ 2
9) วิตกกังวลเนื่องจากการทำหน้าที่ทางเพศและการสูญเสียภาพลักษณ์ เป้าหมายของการพยาบาล คือ วิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศและการสูญเสียภาพลักษณ์ลดลง	การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย ผลกระทบของความสูญเสียหน้าที่ทางเพศอวัยวะเพศเปลี่ยนแปลงขณะใส่แร่ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศกับสามี เป็นผู้รับฟัง ให้คำแนะนำ และเป็นที่ปรึกษาที่ดีแก่ผู้ป่วยและสามี เพื่อช่วยให้สามารถปรับตัวได้[3] ประเมินผล กรณีศึกษารายที่1 อายุ38 ปี ยังมีความกังวลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปลดลง กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีความวิตกกังวล
10) เสี่ยงต่อช่องคลอดตีบแคบเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหลังการใส่แร่ เป้าหมายของการพยาบาล คือ ช่องคลอดไม่ตีบแคบ ตรวจภายในใส่เครื่องได้ปกติ มีเพศสัมพันธุ์ได้ปกติ	การปฏิบัติการพยาบาล หลังการรักษา4- 6 สัปดาห์ สอนสาธิตกับหุ่นจำลอง การถ่างขยายช่องคลอดด้วยสารหล่อลื่น ทำการถ่างขยายช่องคลอด 3 ครั้ง/สัปดาห์ (วันเว้นวัน) หรือมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง[3] ประเมินผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ช่องคลอดไม่ตีบแคบ ตรวจภายในใส่เครื่องได้ปกติ มีเพศสัมพันธุ์ได้ปกติ
11) เสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันของทางเดินน้ำเหลือง ผังผืดบริเวณหน้าท้องและเชิงกราน เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนการหลังการใส่แร่ เป้าหมายของการพยาบาล คือ ไม่มีการเกิดการอุดตันของทางเดินน้ำเหลือง ไม่มีผังผืดบริเวณท้องน้อยและเชิงกราน	การปฏิบัติการพยาบาล อธิบายสาเหตุและกลไกการเกิดผังผืดบริเวณท้องน้อยและเชิงกราน แนะนำวิธีการนวดบริเวณท้องน้อยและเชิงกราน วันละ1 ครั้ง ๆ15-20 นาที แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อเชิงกราน หรือการขมิบช่องคลอดและทวารหนัก วันละ100-200 ครั้ง[3] ประเมินผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีการเกิดการอุดตันของทางเดินน้ำเหลือง ไม่มีขาบวม ไม่มีผังผืดบริเวณท้องน้อยและเชิงกราน
12) มีโอกาสเกิดการเป็นซ้ำของมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังจบการรักษา เป้าหมายของการพยาบาล คือ มาติดตามการรักษาต่อเนื่อง ไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง	การปฏิบัติการพยาบาล ให้คำแนะนำ ความรู้การดำเนินของโรค เน้นความสำคัญของการมาติดตามการรักษา พร้อมใบนัดหมาย โดย นัดหลังใส่แร่ครบ 1 เดือน 1 ครั้ง หลังจากนั้น ในปีที่ 1 นัดตรวจทุก 3 เดือน ในปีที่ 2 นัดตรวจทุก 3-6 เดือน ในปีที่ 3 นัดตรวจทุก 6 -12 เดือน หลังจากปีที่ 5 นัดตรวจทุก 1 ป สามารถตรวจติดตามการรักษาได้โดยสูตินรีแพทยโรงพยาบาลใกล้บ้าน[3] ประเมินผล กรณีศึกษารายที่ 1 มาติดตามการรักษา 5 ครั้ง วันที่ 27 มิถุนายน 2566 ติดตามการรักษาด้วยการตรวจด้วยเอกซ์เรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกและช่องท้อง พบ cystic lesion at right side of cervix และติดตามผู้ป่วยมารักษาต่อเนื่อง ด้วยยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมารักษาตามนัด กรณีศึกษารายที่ 2 มาติดตามการรักษาตามนัดทุกครั้ง และไม่มีอาการผิดปกติ

สรุปผลลัพธ์

การพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 38 ปี มาด้วยอาการมีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ การวินิจฉัย CA cervix IB3 non keratinizing squamous cell carcinoma c Pregnancy GA 6-7 weeks รักษาด้วย high dose rate (HDR) brachytherapy technique ผู้ป่วยมารับการรักษาครบทั้ง 4 ครั้ง จากการให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยระยะก่อน ระยะขณะ และระยะหลังการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย แต่ยังมีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง คือ วิตกกังวลเนื่องจากการทำหน้าที่ทางเพศและการสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากผู้ป่วยและสามีอายุน้อย ความต้องการทางเพศยังมีสูง ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการของสามีเป็นเวลานาน 6-12 เดือนการรักษาที่ใช้เวลานานมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว[3] และผู้ป่วยมีการกลับซ้ำของโรค ทำให้ต้องมารับการรักษาอีกครั้ง

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยอายุ 60 ปี มาด้วยอาการมีน้ำใสๆ ทางช่องคลอด มีกลิ่นเหม็น การวินิจฉัย CA cervix IIIA non keratinizing squamous cell carcinoma การรักษา high dose rate (HDR) brachytherapy technique technique ผู้ป่วยมารับการรักษาครบทั้ง 4 ครั้ง จากการให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยระยะก่อน ระยะขณะ และระยะหลังการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย การรักษาด้วยรังสีระยะใกล้หรือการสอดใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง high dose rate brachytherapy กระบวนการรักษามีความซับซ้อน มีการใช้เครื่องมือที่ทันสมัยและเทคโนโลยีสูง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อน ขณะ และภายหลังการรักษา มีความสำคัญทุกขั้นตอน[3] ตั้งแต่ระยะแรกรับจนสิ้นสุดการรักษา และการมาติดตามการรักษาต่อเนื่อง พยาบาลควรมีความรู้ ใช้กระบวนการพยาบาล วางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง[8]

เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามมาตรฐาน และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยส่วนใหญ่มีความใกล้เคียงกัน สามารถนำไปพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะใกล้โดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง เพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1.ศรีชัย ครุสันธ์.(2558).การรักษามะเร็งด้วยวิธีฝังแร่และใส่แร่.(พิมพ์ครั้งที่1). โรงพิมพ์อุบลกิจ ออฟเซท การ พิมพ์.
2.อิ่มสำราญ ว.โรคมะเร็งปากมดลูก. หนังสือการแพทย์ไทย 2558-2561 (Thailand Medical Services profile :TMSP 20).2.

3.ศิริอร สินธุ.(2565).การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา.(พิมพ์ครั้งที่1). วัฒนาการพิมพ์.

4.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2546). เอกสารการสอนเรื่อง รังสรักษาในมะเร็งปากมดลูก. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินท

5. Wollschlaeger, K., Connell, P.C., Waggoner,S., Rotmensch, J., & Mundt, A. J. (2000). Acute during low-dose-rate intracavitary brachytherapy for cervical carcinoma. Joumal of Gynecologic Oncology, 76, 67-72.

6. Novetsky, A. P., Einstein, M. E., Goldberg. G. R., Hailpem, S. M., Landau, E, Fields, A A,et al. (2007). ENicacy and toxicity of concomitant cisplatin with exiemal beam pelvic radiotherapy and two high dose rale brachytherapy insertions for the treatment of locally advanced cervical cancer. Joumal of Gynecologic Oncology. 105, 635-640.

7.Patel, F. D. Rai, B. Mallick, L, & Sharma, S. C. (2005). Iigh-dosc-rate brachytherapy in uterine cervrical carcinoma. Intemational Joumal of Radiation Oncology Blology Phyaia, 62. 125-130.

8. กานตรัชน์ โรจนพันธ์ ,อังกาบ แสนยันต์. 2560.การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับรังสีรักษาระยะใกล้ด้วยสารกัมมันตรังสีอัตราปริมาณรังสีสูง.วารสารรังสีวิทยาศิริราช, *4*(1),24-38.

9.นันทนา ธนาโนวรรณ.(2553).ตำราการพยาบาลนรีเวช(ฉบับองค์รวม). (พิมพ์ครั้งที่1).วี.พริ้นท์.

10.ประจวบ หนูอุไร.2553.ความปวด การจัดการความปวด และกวามต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวด ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดถูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสี ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)

11.ยุพิน เพียรมงคล.(2553). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.(พิมพ์ครั้งที่1). บริษัท นันทพันธ์พริ้นติ้ง จำกัด.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ไตเสื่อมระยะที่ 3 : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Type 2 Diabetic Patients with Stage 3 Chronic Kidney Disease: Two Case Studies

(Received: December 11,2023 ; Revised: December 19,2023 ; Accepted: December 20,2023)

เข็มทอง ต้นกันยา[1]
Khemthong Tonkanya[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ไตเสื่อมระยะที่ 3 กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ไตเสื่อมระยะที่ 3 โดยกรณีศึกษาทั้งสองราย เป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาตามนัด ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน มีโรคร่วมเหมือนกัน คือ โรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 กรณีศึกษาทั้งสองรายมีความแตกต่างกันโดยผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นเพศหญิง และรายที่ 2 เป็นเพศชาย เป็นผู้สูงอายุทั้งสองราย มีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรค มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เรื่องรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเพศชาย มีพฤติกรรมดื่มสุรา และมีภาวะอ้วนเกินเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ ได้ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจำนวน 4 ครั้ง และผู้ป่วยรายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 11 ข้อ ได้ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม ข้าวเหนียว และปรุงรสอาหารโดยน้ำปลา ปลาร้า และผงชูรส และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูง และทำให้มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ไตเสื่อมระยะที่ 3 และอาจส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นด้วย

คำสำคัญ : การพยาบาล,โรคเบาหวานชนิดที่ 2,ภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3

Abstract

The objective of this case study was to provide the nursing care guidelines for type 2 diabetic patients with stage 3 chronic kidney disease. The two case studies were selected by a purposive sampling method. Data were collected from the medical records of the diabetic patients receiving treatment at the diabetes clinic. Nursing diagnosis was determined according to Gordon's 11 functional health patterns to investigate the patients' problems and set the nursing diagnosis to plan nursing practice, summarize and evaluate nursing outcomes.

Results: Two type 2 diabetic patients with stage 3 chronic kidney disease were compared. Both case studies received treatment according to appointments and were screened for diabetes. They had the same comorbidities: high blood pressure and stage 3 chronic kidney disease. However, these two case studies were different in the following aspects. The first patient was female while the second patient was male. They were both elderly people with the factors promoting the disease, namely incorrect self-care behavior about eating and exercise. The second patient had a habit of alcohol drinking and overweight. He had 10 nursing diagnoses and was followed up for 4 times. The second patient had 11 nursing diagnoses and was followed up for 3 times. It was found that both patients still had the habit of eating sweet, fatty, salty food, sticky rice, and seasoning food with fish sauce, fermented fish, and MSG and lacked proper exercise, resulting in being unable to control high blood sugar levels and stage 3 chronic

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

kidney disease, which may lead to faster kidney deterioration. Nurses play an important role in caring for type 2 diabetic patients with stage 3 chronic kidney disease,

Keywords: Nursing care, type 2 diabetes mellitus, stage 3 chronic kidney disease

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวาน เป็นโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปี 2565 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น เป็น 643 ล้านคนและโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานรวมกันแล้วกว่า 5 ล้านคน จากรายงานข้อมูลสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ โรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน โดยมีสาเหตุจากปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factor) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (environmental factor) การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ซึ่งมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 แสนคนต่อปี อยู่ในระบบทะเบียนในปี 2565 จำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 1.5 แสนคน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปี 2563 จำนวน 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี(ข้อมูลจาก : กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค 13 พฤศจิกายน 2565) และยังพบมีโรคร่วมที่สำคัญคือ โรคความดันโลหิตสูง จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2565 จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน ซึ่งในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หากไม่เข้มงวดในเรื่องการรักษาอย่างต่อเนื่องและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้

จากการศึกษาข้อมูลสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ในปี 2564 , 2565 และ2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 5,342 , 5,658 , 5,711 ราย และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน6,569 , 5,744 , 7,800ราย และพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไต/มีภาวะไตเสื่อมจำนวน1,714 , 1,814 ,2,110 ราย ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (ฐานข้อมูลHDC สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น , 1 กุมภาพันธ์ 2566) และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมีภาวะไตเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ไตเสื่อมระยะที่ 3 : กรณีศึกษา 2 ราย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดเวลา (A1C < 7.0%) และสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และนำผลการศึกษา มาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ไตเสื่อมระยะที่ 3 : กรณีศึกษา 2 ราย ซึ่งมารับบริการ ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน โดยการคัดกรองภาวะสุขภาพเพื่อจำแนกประเภทความเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรค ให้การพยาบาลครอบคลุมระยะก่อนการตรวจรักษา ขณะตรวจ หลังการตรวจรักษา ติดตามดูแล

ต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 12 กันยายน 2566 และศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ระหว่างวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 11 กันยายน 2566

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 2 ราย โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวและรักษาความลับของผู้ป่วย

ผลการศึกษา จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	67	68
สภานภาพสมรส	คู่	คู่
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	จบชั้นประถมปีที่4	จบชั้นประถมปีที่4
อาชีพ/รายได้	เกษตรกรรม	เกษตรกรรม
สิทธิการรักษา	สิทธิบัตรทองผู้สูงอายุ	สิทธิบัตรทองผู้สูงอายุ
ที่อยู่ปัจจุบัน	80 บ้านคำตานา ม.6 ต.หัวนาคำ อ.กระนวน จ.ขอนแก่น	487 บ้านหนองโก ม.6 ต.หนองโก อ.กระนวน จ.ขอนแก่น
วันเดือนปี ที่เข้ารับการรักษา	7 กุมภาพันธ์ 2566	13 กุมภาพันธ์ 2566
วันเดือนปี ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	12 กันยายน 2566	11 กันยายน 2566
จำนวนครั้งในการติดตามดูแล	4 ครั้ง	3 ครั้ง
HN / AN	0028009/-	0618321/-
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มาตรวจติดตามอาการตามนัด ไม่บวม ปัสสาวะออกดี	มาตรวจติดตามอาการตามนัด ไม่บวม ปัสสาวะออกดี
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 มาตรวจตามนัด ไม่บวม ปัสสาวะออกดี อาการทั่วไป ปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 88 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 146/75 mmHg ค่า BMI 19.74 kg/m^2 ปกติ FBS 99 mg%, Triglyceride 126 mg/dl, LDL 67 mg/dl	วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 มาตรวจตามนัด อาการทั่วไปปกติ ความดันโลหิต 139/72 mmHg ค่าBMI 22.77 kg/m^2 ปกติ FBS 157 mg% ค่า Triglyceride 87 mg/dl , LDL 82 mg/dl
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ประวัติการได้รับการผ่าตัด/การได้รับอุบัติเหตุ	-มีประวัติปวดขาเป็นประจำ ได้รับยาแก้ปวดและยานวด ไปรับตรวจรักษาที่คลินิกประมาณ 3 เดือนต่อครั้ง เคยได้รับการผ่าตัดทำหมัน เมื่อ 30 ปี ก่อน - เคยผ่าตัดต้อกระจกและต้อเนื้อปี 2565 - ไม่เคยแพ้ยา ไม่เคยแพ้อาหารใดๆ	- ผู้ป่วยไม่เคยมีโรคประจำตัว สุขภาพร่างกายแข็งแรงตลอด นอกเหนือจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ไม่เคยเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุอื่นใดมาก่อน - ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใด ๆ - ไม่เคยแพ้ยา ไม่เคยแพ้อาหารใดๆ
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	บิดามารดาของผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดี มาตลอดไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยมีพี่น้องด้วยกัน 7 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 5 มีพี่	บิดามารดาของผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดีมาตลอด โรคประจำตัว ผู้ป่วยมีพี่น้อง 7 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรค มีพี่ชาย 3 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีน้อง 3 คน ผู้

ตารางที่1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	4 คน และมีน้อง 3 คน พี่ชายคนโตป่วยเป็นโรคเบาห ส่วนพี่น้องคนอื่นๆสุขภาพ แข็งแรงดี ไม่เคยป่วยด้วยโรคติดต่อ	และผู้หญิง 2 สุขภาพแข็งแรงทุกคนไม่เคยป่วยด้วย โรคติดต่อ
ประวัติการเจ็บป่วยใน ครอบครัว	บิดามารดาของผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดี มาตลอดไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยมีพี่น้อง ด้วยกัน 7 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 5 มีพี่ 4 คน และมีน้อง 3 คน พี่ชายคนโตป่วยเป็นโรคเบาห ส่วนพี่น้องคนอื่นๆสุขภาพ แข็งแรงดี ไม่เคยป่วยด้วยโรคติดต่อ	บิดามารดาของผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดีมาตลอด ไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยมีพี่น้อง 7 คน ผู้ป่วยเป็น บุตรคนที่ 4 มีพี่ชาย 3 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีน้อง 3 คน ผู้ชาย 1 และผู้หญิง 2 สุขภาพ แข็งแรงทุกคนไม่เคยป่วยด้วยโรคติดต่อ
ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในหมู่บ้านเป็นบ้านปูนชั้นเดียว ภายใ พื้นที่มีบ้าน 3 หลัง สร้างต่อเนื่องกัน เป็นแนวยาว หลังแรกเป็นบ้านของลูกสาว อยู่ด้วยกัน 4 คน หลังที่ 2 เป็นบ้านของหลานสาวและ ครอบครัว หลังที่3 เป็นของผู้ป่วยและ สามี มีหลานอยู่ด้วย1 คน บริเวณรอบๆบ้าน เป็นพื้นดินหน้าบ้านเป็นพื้นปูน อยู่ใกล้ทุ่งนา มีต้นไม้ร่มรื่น อากาศถ่ายเทสะดวก มีพี่น้อง อยู่ใกล้ไปมาหาสู่กันเป็นประจำ	ผู้ป่วยมีอาชีพเป็นเกษตรกร อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ลักษณะเป็นบ้านไม้สองชั้น เนื่องจากผู้ป่วยและ ภรรยาอายุมากขึ้นสูงอายุ จึงได้กั้นห้องด้านล่าง ของบ้านเป็นห้องนอน และให้บุตรชายอีกหนึ่งห้อง เพื่อไม่ต้องขึ้นลงบันไดบ่อย มีต้นไม้ร่มรื่น อากาศ ถ่ายเทดี ซึ่งในหมู่บ้านเดียวกันมีพี่น้องอยู่ใกล้ๆ กัน มีเพื่อนบ้านไปมาหาสู่กันเป็นประจำ

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนการตรวจรักษา	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนการตรวจรักษา**
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำกว่าปกติ เนื่องจากมีพฤติกรรมการรับประทาน อาหารและการออกกำลังกายไม่เหมาะสม **วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 :** เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มง่าย เนื่องจาก สูงอายุ มีปัญหาเรื่องสายตา เคลื่อนไหวร่างกายช้า ภาวะเจ็บป่วย	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 :** เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำกว่าปกติ เนื่องจากมีพฤติกรรมการรับประทาน อาหารและการออกกำลังกายไม่เหมาะสม **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 :** เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มง่าย เนื่องจากสูงอายุ และภาวะการเจ็บป่วย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะตรวจรักษา -ไม่พบปัญหาขณะรอตรวจ	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะตรวจรักษา** -ไม่พบปัญหาขณะรอตรวจ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลหลังการตรวจรักษา **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 :** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ เนื่องจากการควบคุมอาหารไม่เหมาะสม **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 :** เสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมมากขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหา เหมาะสม **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 :** มีภาวะซีด เนื่องจากภาวะไตเสื่อม **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 :** เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะไม่สมดุลของ สารอิเล็คโตรไลต์ในร่างกาย จากภาวะไตเสื่อม **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 :**	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลหลังการตรวจรักษา** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 :** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ เนื่องจากการควบคุมอาหารไม่เหมาะสม **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 :** เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะไม่สมดุลของ สารอิเล็คโตรไลต์ในร่างกาย จากภาวะไตเสื่อม **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 :** เสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมมากขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอา เหมาะสม **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 :** มีภาวะซีด เนื่องจากภาวะไตเสื่อม **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 :**

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะแทรกทางเท้าหรือบาดแผลที่เท้าได้ง่าย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 :** เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง จากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 :** เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มง่าย เนื่องสูงอายุมีปัญหาเรื่องสายตา เคลื่อนไหวช้าลง	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้แก่ ภาวะแทรกซ้อ ตาทางเท้าหรือบาดแผลที่เท้าได้ง่าย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 :** เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง จากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 :**เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตก หกล้มง่าย เนื่องจากสูงอายุ และภาวะการเจ็บป่วย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 : ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และภาวะแทรกซ้อน จากความเจ็บป่วยเรื้อรัง	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 :** ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และภาวะแทรกซ้อน จากความเจ็บป่วยเรื้อรัง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 :** เสี่ยงต่อโรคอ้วนและคลอเรสเตอรอลในเลือดสูง

การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามเครื่องมือ/แนวทางที่กำหนดทันทีที่รับไว้ในความดูแล ติดตามเฝ้าระวัง และประเมินปัญหาความต้องการอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้มีข้อมูลครบถ้วน เพียงพอต่อการวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

2. ดูแลความปลอดภัยโดยจัดการให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอ และพร้อมใช้ โดยปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยก่อนตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา หลังการตรวจรักษา และการดูแลต่อเนื่อง(กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1-7 และกรณีศึกษารายที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1-7 , 9)

3. ดูแลความปลอดภัยโดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอ และพร้อมใช้ โดยปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยก่อนตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา หลังการตรวจรักษา และการดูแลต่อเนื่อง (ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2)

4. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา ได้แก่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติเนื่องจากการควบคุมอาหารไม่เหมาะสม และเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะไม่สมดุลของสารอิเล็คโตรไลต์ในร่างกาย จากภาวะไตเสื่อม(ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1, 4)

5. ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำกว่าปกติ จากระดับน้ำตาลในเลือดที่ยังควบคุมไม่ได้ และภาวะสารอิเล็คโตรไลต์ผิดปกติจากภาวะไตเสื่อม(ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ข้อ1, 3)

6. ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องโดยการให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร ลดอาหารหวาน มัน เค็ม และไม่ปรุงรสอาหารด้วยปล้าร้า และผงชูรส เน้นการออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง (กรณีศึกษารายที่1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1,2,3,4,5,6 และกรณีศึกษารายที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1,2,3,4,5,6 และ 9)

7. สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ด้วยการช่วยเหลือเอาใจใส่ ให้ข้อมูลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสม (กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อวินิจฉัยการ

พยาบาลข้อที่ 1 ข้อ 1-10 และกรณีศึกษารายข้อที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ข้อ 1-11)

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1-10 บรรลุผลลัพธ์การพยาบาล 9 ข้อ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย1 ข้อ คือปัญหาเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และกรณีศึกษารายที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1-11 บรรลุผลลัพธ์การพยาบาล 10 ข้อ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย 1 ข้อ คือปัญหาเรื่องโรคอ้วนระดับที่ 1 ให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการควบคุมอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม และเน้นการออกกำลังกายให้มากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยมีความเข้าใจและมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องและติดตามน้ำหนัก และค่า BMI ซึ่งจะทำให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อนี้บรรลุผลการพยาบาลได้และผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ สนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ไตเสื่อมระยะที่ 3 และการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นประโยชน์ ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลบรรลุตามวัตถุประสงค์การพยาบาลและวางแผนการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยการให้ความรู้สร้างความตระหนักและสร้างทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย[4,5] เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ส่งผลให้การทำงานของไตเสื่อมน้อยลง[3] เป็นการช่วยชะลอไตเสื่อม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตในทุกสาเหตุและเพิ่มคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรมีการนำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานมาบูรณาการทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมตามสภาวะสุขภาพและปัญหาที่แท้จริง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ในการสื่อสารความรู้ความเข้าใจอาจจะต้องมีญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมรับฟังและสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอาจจะต้องเพิ่มในเรื่องของสื่อการสอน แผ่นพับการให้ความรู้ การจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้คำแนะนำ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม รวมทั้งการสื่อสาร โดยใช้เทคนิค motivational interviewing เพื่อสร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง (empowerment) ให้แก่ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้จริง

เอกสารอ้างอิง

1.วิชัย เอกพลากร.(2564)การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6.กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ .
2.ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.(2566) แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับดรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
3.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2565) คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
4.อรนันต์ หาญยุทธ (2565) กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ กรุงเทพมหานคร : ธนอรุณการพิมพ์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
5.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2562) แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป กรุงเทพมหานคร : ทริคธิงค์ สำนักพิมพ์.
6.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2560) รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. นนทบุรี : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Model of Self Management Support for Diabetic Patients in Progression of Diabetic Nephropathy Stage 3 Chronic kidney Disease Clinic Kasetwisai Hospital.

(Received: December 4,2023 ; Revised: December 10,2023 ; Accepted: December 11,2023)

จารุวรรณ บุญศล[1]
Jaruwan Boonson[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาวิจัย เดือน ธันวาคม 2563 – ตุลาคม 2564 เก็บข้อมูลจาก แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม แบบสอบถามความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคไตวายเรื้อรังจาก วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การประเมินเพื่อค้นหาปัญหา ในสัปดาห์ที่ 1 โดยการประเมิน ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังจากเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเอง การวางแผนปฏิบัติตัวและการเตรียมความพร้อมรายบุคคล กิจกรรมที่ 2 แก้ไขปัญหาและสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองและติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 4-11 และกิจกรรมที่ 3 ติดตามและประเมินผลการจัดการสุขภาพตนเอง โดยนัดประเมินผลทางคลินิกในสัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับสูงร้อยละ 100 คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ของกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมโครงการ มีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การสนับสนุนการจัดการตนเอง,เบาหวาน,ภาวะไตเสื่อม

abstract

This research was action research aimed to develop and evaluate a self-management support model for Diabetic Patients in Progression of Diabetic Nephropathy Stage 3 Chronic kidney Disease Clinic Kasetwisai Hospital Roi Et Province.The research period, December 2020 - October 2021. Data were collected by Knowledge questionnaire and self-care behavior assessment form Chronic kidney disease from diabetes. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics including number, percentage, mean, and standard deviation and inferential statistics such as Paired t test. Qualitative data used content analysis method.

Results of the study: The Model of Self Management Support for Diabetic Patients in Progression of Diabetic Nephropathy Stage 3 Chronic kidney Disease Clinic Kasetwisai Hospital that was developed consisted of Activity 1: Assessment to find problems in week 1 by evaluating Knowledge about diabetic kidney disease and self-management behaviors Action planning and individual preparation. Activity 2: Solve problems and support self-health management and follow up with home visits in weeks 4-11, and Activity 3: Follow up and evaluate self-health management. By making an appointment for a clinical evaluation at week 12, the evaluation found that After joining the project The

[1] โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

group of diabetic patients with stage 3 kidney impairment had a statistically significant increase in the mean knowledge score after the education. 100% had a high level of self-management behavior. The mean score of self-management behavior increased significantly. The results of comparing the mean clinical outcomes, namely the glomerular filtration rate in diabetic patients with stage 3 renal impairment of the experimental group. After joining the project There was a statistically significant increase in the glomerular filtration rate.

Keyword : Self Management Support,Diabetic Patients,Nephropathy kidney

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับในประเทศไทยโดย ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2557 โรคเบาหวานเป็น 1 ใน 5 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงสุด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 58,973 ราย และเสียชีวิตจำนวน 11,389 รายมีค่าเฉลี่ยการเสียชีวิตวันละ 32 คน โดยภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบสูงสุดในผู้ป่วยเบาหวานคือ ภาวะแทรกซ้อนทางไตหรือไตเสื่อมจากเบาหวาน (diabetic nephropathy) โดยพบว่า ร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะโรคไตเรื้อรังได้ โรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะ ระยะที่ 3 เป็นภาวะที่มีการทำลายของไตและมีอัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง กลุ่มนี้ถ้าดูแลตนเองไม่ดี ภายใน 4–7 ปี จะเข้าสู่ระยะ 4 และ 5 และเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตที่ค่าใช้จ่ายสูงเฉลี่ย 20,000–30,000 บาทต่อคนต่อเดือน หรือเฉลี่ย 240,000 บาทต่อคนต่อปี โดยประชาชนเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 4.6–17.5 ความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปร้อยละ 2.9-13 สาเหตุจากโรคเบาหวานมากที่สุดร้อยละ 36.3 รองลงมา ได้แก่ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.3 [1]

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยปี 2561-2563 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังปี ร้อยละ 34.90,32.27,36.42 ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3-5 มากกว่าร้อยละ 70 ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 4 ซีซีต่อนาทีต่อตารางเมตรต่อปีประมาณร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 83.87,71.69,53.84 อัตราการเปลี่ยนแปลงจากไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไปเป็นไตวายระยะ 4,5 ร้อยละ 25.62,30.16,28.76 จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการตนเองโดยไม่สามารถจัดการปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสม หยุดยาเมื่อพบผลข้างเคียงจากยาหรือ ทั้งนี้แนวทางการชะลอไตเสื่อมให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้ช้าที่สุดประกอบด้วยการจัดการพฤติกรรมบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ยาและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมส่งเสริมให้ไตเสื่อม ซึ่งได้แก่ การงดบุหรี่ การไม่กลั้นปัสสาวะ การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสม พฤติกรรมบริโภคมีความซับซ้อนมากที่สุด เพราะต้องรักษาสมดุลของดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะและระดับเกลือแร่ในร่างกาย การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยจึงต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการค้นหาปัจจัยสาเหตุและมีทักษะในการจัดการตนเอง งานวิจัย ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ฮีโมโกลบินเอวันซี ระดับครีเอตินินและอัตราการกรองของไตหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[2,3]

ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self–management Support) ของ Glasgow (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข256 ,4) ซึ่งเป็นการสนับสนุนและสร้างเสริมความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แบบองค์รวมให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองด้วยการเสริมทักษะการจัดการตนเองมุ่งสู่เป้าหมายที่กำหนดด้วยการปรับแนวคิดอารมณ์ พฤติกรรมและความตั้งใจการใช้กลไกและมีทักษะ เพื่อการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นกลยุทธ์สำคัญเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วย กลยุทธ์ 5A's (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) ของ Glasgow [2] ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจัดการตนเองโดยมีทีมบุคลากรทางสุขภาพคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกันส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถชะลอไตเสื่อมได้ จึงนำสู่การวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ **3** คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ **3** โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) [4,5,6] ภายใต้กรอบแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง (Self–management) ระยะเวลาวิจัย เดือน ธันวาคม 2563 – ตุลาคม 2564 การเลือกพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จ.ร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบ การสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย ได้แก่ 1) บุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกชะลอไตเสื่อม กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ตัวแทนพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 1 ปี รวม 20 คน 2) บุคลากรทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ประธานทีมนำดูแลผู้ป่วย (PCT) 1 คน แพทย์ประธาน Service Plan สาขาโรคไต 1 คนแพทย์ที่ให้บริการคลินิก 3 คน เภสัชกร 2 คน นักโภชนาการ 2 คน รวม 9 คน รวมทั้งสิ้น 29 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานระหว่างการวิจัย

2. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีอัตราการกรองของไตระยะที่ 3 ที่มารับบริการ คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จ.ร้อยเอ็ด โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี มีไตเรื้อรัง ที่มีค่า Serum Creatinine ≥ 2mg/dl และคำนวณอัตราการกรองของไตเรื้อรังอยู่ในระยะที่ 3 ระยะเวลาตรวจพบ 1 ปีขึ้นไป 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในช่วงเวลาที่ทำการ 3) มีญาติที่สามารถ

เข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้งจนสิ้นสุดการวิจัย จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 61 คน

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาและสถานการณ์ประเด็นการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาอุปสรรคในการสนับสนุนการจัดการตนเองในทุกระยะที่ผ่านมา โดยจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 คลินิกชะลอไตเสื่อม สัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับประเด็นการสนับสนุนการจัดการตนเอง ทบทวนเวชระเบียน แฟ้มครอบครัวและรายงานการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลดูแลตนเอง นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองที่สอดคล้องกับความต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาในขั้นตอนที่ 1 และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของ Glasgow ประกอบด้วย 5A's (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) ร่วมกับแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง ของ Creer ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายร่วมกันการรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินผลข้อมูล การตัดสินใจการลงมือปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ ตนเองของผู้ป่วย ทำการคืนข้อมูลและประชุมระดมสมองร่วมกับผู้ร่วมวิจัย จึงทำให้เกิดโครงการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในการสนับสนุนการจัดการตนเองเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Supportive Nursing Process) และการจัดทำคู่มือการจัดการตนเอง หลังจากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปฝึกทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วย 10 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการประเมินความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเอง แผนสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และแผนการจัดการสุขภาพตนเองของ Creer โดยมีการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเอง การสนับสนุนการจัดการตนเองของทีมสหวิชาชีพและปัญหาอุปสรรค รวมถึงแบบประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมินกิจกรรมทุกครั้ง

2.2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังจากเบาหวาน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคไตเสื่อม และผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ตอบถูก ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของBloom (1971)[8] มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้ระดับสูง ได้

คะแนน 8– 10 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนน 6-7 คะแนน ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนน 0 - 5 คะแนน

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง แบบสอบถามลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะการวัดปริมาณความถี่ เช่น การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย การมาพบแพทย์ การสูบบุหรี่การดื่มสุราที่เสี่ยงต่อการทำให้เป็นโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ ซึ่งคะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน การแปลผล คะแนน 10-17 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่ำ คะแนน 17-23 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมปานกลาง คะแนน 24-30 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเครื่องมือ (validity) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปตรวจสอบคุณภาพความตรงของเครื่องมือในด้านความตรงของเนื้อหา (content validity) ก่อนนำไปใช้จริง ได้แก่ คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเอง แผนสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังจากเบาหวาน แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความ และภาษาที่ใช้ แล้วนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังจากเบาหวาน แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Conefficientของ Cronbach เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการ จัดการตนเองและค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ระดับอัตราการกรองของไต ก่อนพัฒนาและหลังการนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เลขที่ HE 2563-11-016 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2563

ผลการศึกษา

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การประเมินเพื่อค้นหาปัญหา โดยสัปดาห์ที่ 1 ทำการประเมิน ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังจากเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเอง การวางแผนปฏิบัติตัวและการเตรียมความพร้อมรายบุคคล หลังการประเมินข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังจากเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเองแล้ว เตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมมีสื่อประกอบการสอนเป็นการใช้การ์ดเตือนใจห่างไกลภาวะแทรกซ้อน รู้ค่าไต ไขมัน และน้ำตาลสะสม โดยเนื้อหาการสอนขึ้นอยู่กับระดับความรู้เกี่ยวกับไตเสื่อมจากเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีปัญหาของผู้ป่วย ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองและวางแผนการ

ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย กิจกรรมที่ 2 แก้ไขปัญหาและสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง นัดหมายที่คลินิกในสัปดาห์ที่ 4 โดยทบทวนความรู้ ทักษะการจัดการสุขภาพตนเองและให้คำปรึกษา ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล ติดตามความก้าวหน้าของการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล เสริมทักษะและแรงจูงใจเพิ่มเติมโดยร่วมกับประเมินผล ปรับแผนสนับสนุนและแผนการจัดการสุขภาพตนเองตามความเหมาะสม สัปดาห์ที่ 5 ถึงสัปดาห์ที่ 7 ผู้ป่วยติดตามตนเอง เป็นกระบวน การที่ผู้ป่วยพิจารณา ติดตามผลของการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยได้กำหนด โดยผู้ป่วยต้องกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการควบคุมอาหารและการใช้ยา โดยใช้การสังเกตผู้ป่วยและพยาบาลจะตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน (agree) สัปดาห์ที่ 8 ติดตามเยี่ยมที่บ้าน โดยเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการติดตามกำกับตนเอง กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าสามารถปฏิบัติได้ตามเปาหมายที่ตั้งไว้ได้สำเร็จหรือไม่ หากปฏิบัติได้สำเร็จก็จะนำไปสู่การเสริมแรงให้ปฏิบัติต่อไป แต่หากไม่สามารถปฏิบัติได้ก็จะมีการเสริมแรงเพื่อเป้าหมายอีกครั้งเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความตั้งใจของผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ป่วยอาจย้อนมองไปที่ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่บรรลุผล พยาบาลช่วยในการช่วยหาทางออกให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายโดยอาจจะลดเป้าหมายลงมาให้น้อยลงกว่าเดิมเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวและจัดการตนเองต่อ ในสัปดาห์ที่ 9-11 กิจกรรมที่ 3 ติดตามและประเมินผลการจัดการสุขภาพตนเอง โดยนัดประเมินผลทางคลินิกในสัปดาห์ที่ 12 ที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดโดยประมินจากความรู้ พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตเสื่อมระยะที่ 3 จำนวน 61 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.3 มีอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 47.54 รองลงมาอายุ 60 – 70 ปี ร้อยละ 28.45 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 67.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 95.08 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.8

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังและค่าคะแนนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ เมื่อพิจารณาระดับความรู้ ก่อนและหลังให้ความรู้โรคไตวายเรื้อรัง พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.10 และระดับสูง ร้อยละ 95.10 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการให้ความรู้เท่ากับ 7.14 และหลังการให้ความรู้เท่ากับ 9.14 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Mean Difference	95%CL	t	p
ก่อนการให้ความรู้	7.14	1.32	-2.00	-2.41, -1.59	-9.64	<0.001
หลังการให้ความรู้	9.14	.945				

การเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่า **ภายหลังเข้าร่วมโครงการ**กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับสูงร้อยละ 100 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Mean Difference	95%CI	t	p
ก่อนการเข้าร่วมโครงการ	26.47	2.29	0.16	-0.49, 0.81	0.49	0.624
หลังการเข้าร่วมโครงการ	26.63	1.11				

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่า หลังการเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 มีค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเท่ากับ 42.83 และหลังการเข้าร่วมโครงการเท่ากับ 50.09 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ อัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ

อัตราการกรองของไต	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Mean Difference	95%CL	t	p
ก่อนการให้ความรู้	42.83	7.60	7.26	3.98, 10.54	4.38	<0.001
หลังการให้ความรู้	50.09	10.49				

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุเพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ทำให้ได้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การประเมินเพื่อค้นหาปัญหา โดยสัปดาห์ที่ 1 ทำการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังจากเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเอง การวางแผนปฏิบัติตัวและการเตรียมความพร้อมรายบุคคล หลังการประเมินข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังจากเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเองแล้ว เตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมมีสื่อประกอบการสอนเป็นการใช้การ์ดเตือนใจห่างไกลภาวะแทรกซ้อน รู้ค่าไต ไขมัน และน้ำตาลสะสม โดยเนื้อหาการสอนขึ้นอยู่กับระดับความรู้เกี่ยวกับไตเสื่อมจากเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มี

ปัญหาของผู้ป่วย ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย กิจกรรมที่ 2 แก้ไขปัญหาและสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง นัดหมายที่คลินิกในสัปดาห์ที่ 4 โดยทบทวนความรู้ ทักษะการจัดการสุขภาพตนเองและให้คำปรึกษา ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล ติดตามความก้าวหน้าของการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล เสริมทักษะและแรงจูงใจเพิ่มเติมโดยร่วมกับประเมินผลปรับแผนสนับสนุนและแผนการจัดการสุขภาพตนเองตามความเหมาะสม สัปดาห์ที่ 5 ถึงสัปดาห์ที่ 7 ผู้ป่วยติดตามตนเอง เป็นกระบวน การที่ผู้ป่วยพิจารณาติดตามผลของการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยได้กำหนด โดยผู้ป่วยต้องกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการควบคุมอาหารและการใช้ยา โดยใช้การสังเกตผู้ป่วยและพยาบาลจะตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน (agree) สัปดาห์ที่ 8 ติดตามเยี่ยมที่บ้าน โดยเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการติดตามกำกับตนเอง กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าสามารถปฏิบัติได้ตามเปาหมายที่ตั้งไว้ได้สำเร็จหรือไม่ หากปฏิบัติได้สำเร็จก็จะนำไปสู่การเสริมแรงให้ปฏิบัติต่อไป แต่หากไม่สามารถปฏิบัติได้ก็จะมีการเสริมแรงเพื่อเป้าหมายอีกครั้งเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความตั้งใจของผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ป่วยอาจย้อนมองไปที่ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่บรรลุผล พยาบาลช่วยในการช่วยหาทางออกให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายโดยอาจจะลดเป้าหมายลงมาให้น้อยลงกว่าเดิมเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวและจัดการตรนเองต่อในสัปดาห์ที่ 9-11 กิจกรรมที่ 3 ติดตามและประเมินผลการจัดการสุขภาพตนเอง โดยนัดประเมินผลทางคลินิกในสัปดาห์ที่ 12 ที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดโดยประมินจากความรู้ พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ประเมินผล พบว่าจากการดูแลผู้ป่วย จำนวน 61 คน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน หลังการเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกภายหลังการเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิพงษ์ พรมแสง.(2564)[9] ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม. พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดย หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของนุสรา วิโรจนกูฎ (2560)[10] ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า 1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตและความรู้เรื่องไตเสื่อมจากเบาหวาน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01และมีอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและ

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอัมพร จันทชาติ,มาลี มีแป้น,และเพ็ญศรี จาบประไพ(2560)[2] ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่3 โดยการใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่3 สูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่3 โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง, ระดับ HbA1C, ระดับครีเอทินินและอัตราการกรองของไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าความดันโลหิตซิสโตลิค ไดแอสโตลิค และค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ในระดับมาก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรังCKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์
2. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเทพเพ็ญวานิสย์.
3. อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้นและเพ็ญศรี จาบประไพ. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 7(3), 280-291.
4. กิตติยา วงษ์ขันธ์. (2561). รูปแบบการวิจัยและพัฒนา(R&D)และรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) [อินเตอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2564.จากเว็ป ไซต์:http://www.ubu.ac.th /web /files_up /08f2018072012262188.pdf
5. รัตนะ บัวสนธ์. (2552). การวิจัยและพัฒนาในประมวลสาระชุดวิชาระเบียบวิธีวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์. หน่วยที่ 6. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช53.
6. สุพักตร์ พิบูลย์ และคณะ.(2556). การวิจัยและพัฒนางานวิชาการ(R&D). [อินเตอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2564./ จากเว็ปไซต์: https://nakhonsawanresearch . blogspot.com
7. วีนัส สาระจรัสและ แอนนา สุมะโน(2561)ผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี วารสารสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพสืบค้นจากThai Journal of Public Health and Health Sciences https://www.srth.moph.go.th/region11_journal/document/Y31N1/4_nussara.pdf
8. Bloom,Benjamin S.,et al. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student. Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
9. สิทธิพงษ์ พรมแสง.(2564). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 6(3). 63-71
10. นุสรา วิโรจนกูฎ.(2560), ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 31(1):41-8.

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อม: กรณีศึกษา

Nursing care of diabetic patients with complications of macular degeneration.

(Received: December 11,2023 ; Revised: December 18,2023 ; Accepted: December 20,2023)

แก่นใจ ยุทธเกษมสันต์[1]
Kaenjai Yutkasemsan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อม จำนวน 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก แบบประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และการพยาบาลนำกรอบแนวคิดการจัดการตนเองด้วยการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหาและวางแผนจัดการตนเองให้เหมาะสม

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษารายที่1เป็นชายไทย คู่ อายุ 56 ปี โรคประจำตัวหลักคือเป็นโรคเบาหวาน เคยมีภาวะความดันร่วม แต่ไม่ได้กินยารักษาและรับยาเบาหวานที่ โรงพยาบาลขอนแก่นมา 20 ปี มาด้วยอาการปวดตาเวลาจ้อง ตามัวข้างขวา กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นชายไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 54 ปี โรคประจำตัวหลักคือ เป็นโรคเบาหวาน เคยมีประวัติภาวะความดันร่วมและ Acute Stroke แขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย รับยาเบาหวานที่ โรงพยาบาลขอนแก่นมา 10 ปี มาด้วยอาการปวดตามัวทั้ง 2 ข้าง

คำสำคัญ: การพยาบาล, ภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อม, เบาหวาน

Abstract

This study was case study aimed to study patients with complications of macular degeneration, selected specifically. Data were collected from outpatient medical records. Assessment of nursing problems and needs using Gordon's 11 health model framework. And nursing uses the concept of self-management by building problem-solving skills and planning appropriate self-management.

results: The results of the study found that the first case study was a Thai male couple, aged 56 years, with the main comorbidity being diabetes. I used to have high blood pressure but didn't take medicine and received diabetes medication. Khon Kaen Hospital for 20 years, came with eye pain when staring, blurred vision on the right side. The second case study is a Thai man, married status, age 54 years, main comorbidity is Have diabetes Had a history of joint pressure and Acute Stork, left arm weakness. Get diabetes medicine at Khon Kaen Hospital for 10 years, came with pain in both eyes.

Keywords: nursing, macular degeneration complications, diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและวิทยาการต่างๆ มากมายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แต่ยังพบอุบัติการณ์การการเกิดโรคเพิ่มขึ้น จากข้อมูลการวิจัยสถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูงของทุกภาคในประเทศไทย ปี พ.ศ.2543[3] พบว่า มีอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 9.6 หรือคิดเป็นจำนวน 2.4 ล้านคน โรคเบาหวาน เป็นภาวะที่ร่างกายขาดอินซูลินหรือนำอินซูลินไปใช้ไม่ได้ มีผลทำให้เกิดภาวะผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งก่อให้เกิดการ

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

เปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกายคือเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะกรดจากสารคีโตนคั่งในเลือดและเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น ภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง ความดันโลหิตสูง จอประสาทตาเสื่อม ไตวาย เป็นแผลเรื้อรังและติดเชื้อง่าย เป็นต้น ฉะนั้นถ้าเราสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ด้วยการดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมและการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม สามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้[4] ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) เป็นภาวะแทรกซ้อน ของโรคเบาหวานที่พบได้บ่อย[3] และมีความสำคัญ กลไกการเกิดเบาหวานขึ้นตาเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นเวลานาน ส่งผลให้เส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงจอ ประสาทตาตาอุดตันเกิดจอประสาทตาขาดเลือด กระตุ้นทาให้เกิดการสร้างหลอดเลือด ใหม่ (Neovascularization) ซึ่งหลอดเลือด ใหม่เหล่านี้มีลักษณะเปราะและแตกง่ายทา ให้เลือดหรือสารน้ำอื่นๆ รั่วไหลเข้าจอ ประสาทตาทำให้เกิดเลือดออกในจอประสาทตาและเกิดพังผืดดึงรั้งจอประสาท ตาหลุดลอกได้[7] นอกจากนี้ ระดับนำตาลที่สูงยังสามารถทาให้เกิดเลนส์ตาบวม ส่งผลให้ การมองเห็นไม่ชัดเจนคล้ายคนสายตาสั้น หากระดับน้ำตาลขึ้นๆ ลงๆ ไม่คงที่ก็จะเป็นสาเหตุให้คนที่เป็นเบาหวานนั้นบางวันมองชัด บางวันมองไม่ชัดและมัวทำให้เกิดการเสื่อมของจอประสาทตาได้ ผู้ป่วยที่เป็น โรคเบาหวานยิ่งเป็นนานก็ยิ่งมีความเสี่ยงสูง [5]

จากสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ปี พ.ศ.2564, 2565, 2566 จำนวน 11378, 12,146 และ 13,010 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ.2564, 2565, 2566 จำนวน 2,705, 3,125. และ 2,560 ตามลำดับ จากสถิติ บริการมีเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ พยาบาลจึงมีบทบาท สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุขและมีการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อมได้ จึงใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อมาใช้ในโปรแกรม แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว เป็นแนวคิดที่มีจุดเน้นที่ให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถจัดการตนเองได้ และมองว่าครอบครัวผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลเป็นหน่วยเดียวกันและต่างคนต่างมีอิทธิพลต่อกัน ในการเกื้อหนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม[8] เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพและเพิ่มเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่อไป[9]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล และผลของการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี(Case study) คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้ให้การดูแล 2 ราย เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี โดยเลือกกรณี ศึกษาแบบเจาะจงในผู้ป่วยที่รักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการพยาบาลผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อม เดือน ตุลาคม 2565 -เมษายน 2566 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและการสอบถามการปฏิบัติ

กรณีศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การประเมินผลตามแบบแผนสุขภาพ เปรียบเทียบความต้องการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่า สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ทีอยู่ ใกล้เคียงกัน อาศัยใน อำเภอเมือง จ.ขอนแก่นทั้ง 2 ราย

2. การเจ็บป่วย พบว่าทั้ง 2 กรณีศึกษามีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลมาตามแพทย์นัดเพื่อรับยาเบาหวานประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร ทั้ง2รายไม่มีประวัติการแพ้ และการักษาของแพทย์ที่ได้รับคือให้ยาเบาหวานตามแผนการรักษา และตรวจจอประสาทตาด้วย OCT ตรวจลานสายตาส่งต่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุ[9]

จากข้อมูลดังกล่าวนำมาวางแผนการพยาบาลได้นำกรอบแนวคิดการจัดการตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหาและวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติอย่างเหมาะสม และประเมินผลการปฏิบัติ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ[5] ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความต้องการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหาและวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง

ความต้องการดูแลตนเอง	การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อม	
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1) การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting)	มีการตั้งเป้าหมายชัดเจน บอกว่าอยากอยู่กับครอบครัว มีแรงจูงใจในในการจัดการตนเอง เมื่อพยาบาลสะท้อนความคิด พบว่าผู้ป่วย จะปฏิบัติตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และออกกำลังกาย การทานอาหารได้ อยากวิ่ง เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี	ตั้งเป้าหมายว่าจะมีการจัดการที่เหมาะสม และจะปฏิบัติตัวตามที่พยาบาลแนะนำ คนไข้รับรู้ความสามารถของตนเองได้ ว่าทำได้แค่ไหน บอกว่าต้องให้ครอบครัวเข้ามาช่วย เรื่องการทำอาหาร ถึงจะสำเร็จ
2) การติดตามตนเอง (Self-Management)	มีการจดบันทึก พฤติกรรมการกิน และการออกกำลังกายตามคู่มือที่แจกไป และสามารถมีการเช็คติดตามอาการผิดปกติ ที่เกิดกับตนเองได้ เช่น พบว่าตามัวมากขึ้น	มีการจดบันทึก พฤติกรรมการกิน และการออกกำลังกายตามคู่มือที่แจกไป และสามารถ ทราบขีดความสามารถที่ตนปฏิบัติได้มีการเช็คติดตามอาการผิดปกติ ที่เกิดกับตนเองได้ เช่นพบว่าตาข้างซ้าย มัวมากขึ้น
3) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation)	ผู้ป่วยมีการประเมินตนเองตามคู่มือที่ได้จากห้องตรวจ ว่าตนจะกินอะไรได้ หรือการกินยาตามเวลาหรือไม่ มีจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นเรื่อย ๆ	มีการติดตามและประเมินตนเองได้ ว่าการควบคุมน้ำตามที่เกิดกับตนนั้นเกิดจากอะไร การกินอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำตาลไม่ให้สูง
4) การเสริมแรงตนเอง(Self-Reinforcement)	พบว่ามีพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดความรูสึกภาคภูมิใจ มีการเพิ่มความถี่ในการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม	พบว่ามีพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดความรูสึกภาคภูมิใจ มีการเพิ่มความถี่ในการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

จากตารางที่ 1 กรอบแนวคิดการจัดการตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหาและวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ[5] ที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และทำให้ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง ส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อม จากการรวมรวมข้อมูลนำมาสู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ดังนี้[10]

ตาราง 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางกาพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
วินิจฉัยทางกาพยาบาลข้อที่ 1	การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง **บทบาทพยาบาล** แนะนำส่งเสริมให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มาตรวจตามนัด กินยาตามแผนการรักษา	การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง **บทบาทพยาบาล** แนะนำส่งเสริมให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินยาตามแผนการรักษามาตรวจตามนัด
วินิจฉัยทางกาพยาบาลข้อที่ 2	การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ **บทบาทพยาบาล** ประเมินอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ แนะนำการรับประทานยาเบาหวาน การกินอาหาร	การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ **บทบาทพยาบาล** ประเมินอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ แนะนำการรับประทานยาเบาหวาน การกินอาหาร
วินิจฉัยทางกาพยาบาลข้อที่ 3	การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอันตรายจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา **บทบาทพยาบาล**แนะนำส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและได้รับการตรวจจอประสาทตา	การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอันตรายจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา **บทบาทพยาบาล**แนะนำส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและได้รับการตรวจจอประสาทตา
วินิจฉัยทางกาพยาบาลข้อที่ 4	การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรงถึงขั้นอาจได้รับการยิงเลเซอร์ **บทบาทพยาบาล**เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนรับการเข้าตรวจ นัดหมายให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดกับจักษุแพทย์ทุกครั้ง และแนะนำอาการสำคัญที่ต้องมา	การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรงถึงขั้นอาจได้รับการฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตา **บทบาทพยาบาล**เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนรับการเข้าฉีดยา นัดหมายให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดกับจักษุแพทย์ทุกครั้ง และแนะนำอาการสำคัญที่ต้องมา
วินิจฉัยทางกาพยาบาลข้อที่ 5	การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลไม่เข้าใจในแผนการรักษาของผู้ป่วยและญาติ **บทบาทพยาบาล**อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษา ขั้นตอนการรักษาและการเตรียมตัวก่อนทำหัตถการ	การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลไม่เข้าใจในแผนการรักษาของผู้ป่วยและญาติ **บทบาทพยาบาล**อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษา ขั้นตอนการรักษาและการเตรียมตัวก่อนทำหัตถการ
วินิจฉัยทางกาพยาบาลข้อที่ 6	การวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน **บทบาทพยาบาล**มีการเตรียมครอบครัวและผู้ป่วยเตรียมผู้ดูแลหลักเพื่อมารับคำแนะนำการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	การวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน **บทบาทพยาบาล**มีการเตรียมครอบครัวและผู้ป่วยเตรียมผู้ดูแลหลักเพื่อมารับคำแนะนำการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รา พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แต่หัตถการต่างกันจึง และจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า วิธีการที่จะรู้ว่าน้ำตาลขึ้นจอประสาทตาหรือไม่นั้นต้องได้รับการคัดกรองจอประสาทตาปีล่ะ 1 ครั้ง และในบทบาทพยาบาลสามารถคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงได้เมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาและรับยาต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรงถึงขั้นอาจได้รับการฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาบทบาทพยาบาลเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนรับการเข้าฉีดยา นัดหมายให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดกับจักษุแพทย์ทุกครั้ง และแนะนำอาการสำคัญที่ต้องมา[2]

ข้อเสนอแนะ

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเอง และปฏิบัติตัวให้เหมาะสมนั้น เป็นเรื่องยากลำบากมากเพราะพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวในการดำรงชีวิตแต่ละท้องถิ่นและครอบครัวที่แตกต่างกันนั้น ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมเป็นบางครั้ง เช่นยัง กินน้ำหวานเมื่อมีอาการเหนื่อย

มากๆ บอกว่า นานๆครั้ง ไม่ได้ทานตลอด ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการสนับสนุน ให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเอง และเข้าใจอาการและการดำเนินของโรคที่ชัดเจน ดังนั้นพยาบาลต้องสร้างความตระหนักถึงโรคที่จะเกิดตามมา

เอกสารอ้างอิง

1. การประเมินความคุ้มค่าของการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ที่ฉีดอินซูลินในบริบทประเทศไทย 2557. HITAP
2. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
3. กรมควบคุมโรค. (2546). คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องอาหารระรู้ทัน เบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 7. ระทรวงสาธารณสุข. กรมวิชาการ. (2541). การศึกษาทางเลือก: วิวัฒน์หรือวิบัติในยุคโดกไร้พรมแดน กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
4.กัญญา บุตรศรนรินทร์. (2540). ปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลบ้านลาดจังหวัดเพชรบุรี.วิทยานิพนธ์ ส.ม.. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
5. กาญจนา ประสารปราน. (2525). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม.มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
6. คณะกรรมการโภชนาการชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, โภชนบำบัดโรคเบาหวานใน: โครงการให้ความรู้โรคเบาหวาน 21-24 กุมภาพันธ์ 2543 ชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน.
7.จุฑารัตน์ ลมอ่อน. (2548). ผลการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเพ็ญอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ ส.ม.. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
8. ชูศรี เมฆหมอก, จันทร์ฉาย ตระกูลดี และสายฝน ม่วงคุ้ม. (2543). ผลการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลบ้านโป่งจังหวัดราชบุรี.วารสารสภาการพยาบาล, 15(3), 78-87.
9. เทพ หิมะทองคำ. (2547). บทนำในรัชตะรัชตะนาวินและธิดานิงสานนท์. (บรรณาธิการ), ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์, (พิมพ์ครั้งที่ 3) ปรับปรุงใหม่, หน้า 19-22) กรุงเทพฯ:
10. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. แผนภูมิขั้นตอนการรักษาเบาหวานชนิดที่ 1, การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษาเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น, องค์ประกอบการรักษาเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น. ใน แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2557. อรุณการพิมพ์ กทม. หน้า 43, 89-102, 161-4. 12.
11. สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. เอกสารประกอบการดำเนินงาน. Siriraj Pediatric Diabetes Care Team ปรังปรุง 2559.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Patients with colon cancer receiving Chemotherapy, KhonKaen Hospital.

(Received: November 11,2023 ; Revised: December 18,2023 ; Accepted: December 20,2023)

นฤมล ทองแผ่น[1]
naruemol thongphaen[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา **มีวัตถุประสงค์**เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยสถานภาพสมรสอายุ 57 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป ผู้ดูแลคือภรรยาและบุตร ไม่แพ้ยา อาการสำคัญมานอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยาเคมีบำบัด ผลตรวจพบว่า CA rectum ได้รับการรักษาโดยยาเคมีบำบัด Cape-OX 1 cycle ส่งฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด เมื่อยาเคมีบำบัดครบ นัดทำ Colonoscopy วันที่ 25 สิงหาคม 2566 ผลออกมาพบว่ายังต้องได้รับการรักษาต่อโดยการผ่าตัดต่อ แพทย์ให้ติดตามอาการทุกเดือนรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย สถานภาพสมรสอายุ 62 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป ดูแลคือมารดา ไม่แพ้ยา อาการสำคัญถ่ายลำบาก 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค CA rectum s/p Loop sigmoid colostomy ได้ยาเคมีบำบัด ท้องอืด มีปวดทวารมีมูกปนเลือดออกบ่อยครั้ง ทานได้ ถ่ายทางหน้าท้องไม่ออกทุกวัน ทานยาระบายทุกครั้ง ให้การรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัด Capecitabine 8 Cycle ครบDose ติดตามอาการต่อเนื่องตามแผนการรักษา ให้ยาเคมีบำบัดต่อ ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้รับการแก้ไขภาวะต่างๆอย่างรวดเร็ว มีการเตรียมความพร้อมทั้งก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงเสียชีวิต

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคมะเร็งลำไส้, ยาเคมีบำบัด

Abstract

This study was case study aimed to study and compare nursing care for colon cancer patients receiving chemotherapy: a case study receiving chemotherapy. Khon Kaen Hospital. Comparative study of colon cancer patients, selecting specific subjects in colon cancer patients. By collecting information from illness history, determining nursing diagnoses using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health models. Plan nursing action according to nursing diagnosis. Summarize and evaluate results.

Results: Case study number 1, Thai male, marital status, age 57 years, general contractor occupation. The caretakers are his wife and child, not allergic to the drug, with significant symptoms, came to the hospital to receive chemotherapy. The results showed that CA rectum was treated with Cape-OX 1 cycle of chemotherapy, sent to radiation along with chemotherapy. When the chemotherapy was complete, an appointment was made for Colonoscopy on August 25, 2023. The results showed that further treatment by surgery was still required. The doctor has me monitor my symptoms every month and take medicine continuously. Case study number 2: Thai man, marital status, age 62 years, general worker, caretaker is mother, major symptom was difficulty passing feces 1 month before coming to the hospital. Diagnosis of CA rectum s/p Loop sigmoid colostomy, received

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

chemotherapy, bloating, rectal pain, frequent mucus mixed with blood, can eat, can't empty the stomach every day. Take laxatives every time. Provide treatment by giving the chemotherapy drug Capecitabine 8 Cycle, complete dose, continuously following up according to the treatment plan. Continue with chemotherapy Patients receive continuous care. along with getting various conditions resolved quickly There is preparation before, during and after giving chemotherapy.

Keywords: nursing, colon cancer, chemotherapy

บทนำ

ในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากกลายเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในอันดับแรกๆ จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในปี พ.ศ.2565 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากในผู้ชายเป็นอันดับหนึ่ง และพบในผู้หญิงเป็นอันดับสาม [3] กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายพัฒนาการจัดระดับสถานบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลและลดอัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิตของประชาชน ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้มีความก้าวหน้าและมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะการเป็นโรค การกระจายของโรค และสภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสรอดชีวิตนานกว่า 5 ปีมีจำนวนมากขึ้น[2] การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยใช้ยาเคมีบำบัดก็ถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษามาตรฐาน และในผู้ป่วยบางรายก็อาจถือเป็นทางเลือกเดียวในการรักษาเมื่อทางเลือกอื่นถูกใช้หมดแล้ว การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องมารับยาเคมีบำบัดทุกเดือนๆ ละประมาณ 6-7 วัน จำนวน 6-12 ครั้ง แล้วแต่ระยะของโรคผลกระทบจากยาเคมีบำบัด[6] จะทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ท้องเสีย ผมร่วง ผิวหนังคล้ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ นอกจากจะทำให้เกิดปัญหาทางกายแล้วยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจด้วย เช่น กังวลว่าโรคจะรักษาไม่หาย เครียด หงุดหงิด การเดินทางมารับการรักษาทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น อาการที่เกิดขึ้นบ่อย ได้แก่ ปวดแน่นท้อง ท้องผูกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คันตามตัว คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีกำลังใจ อย่างไรก็ตามด้วยวิธีการรักษาดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่นอกจากจะเป็นผลกระทบของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องเท่าที่พบคือ การสูญเสียภาพลักษณ์และการใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ความกังวลในเรื่องกลิ่น อุจจาระ การแต่งกาย การเดินทาง ภาวะท้องผูก ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ความเหนื่อย ล้า วิตกกังวลเกี่ยวกับเสียงผายลมและภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด มีไข้ ปวดแน่นบริเวณท้องหรือปวดเมื่อยตามตัว

จากรายงานทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2564 - 2566 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ จำนวน 112 , 87 และ 104 ราย ตามลำดับ[8] สาเหตุการเกิดโรคยังไม่แน่ชัด แต่พบมีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ พันธุกรรม สารเคมี สารรังสี บุหรี่ และยาเคมีบำบัด การรักษาที่สำคัญคือการให้ยาเคมีบำบัด เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง และการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบที่รุนแรงทั้งจากโรคและผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจได้แก่หายใจหอบเหนื่อย มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอ่อนเพลีย ซีด ปากเป็นแผล เลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือกต่ำมีการติด

เชื้อเนื่องจากมีภูมิต้านทานโรคต่ำ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญนำไปสู่การเสียชีวิตได้[7] ฉะนั้นการควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อจะได้นำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการ

ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่1) ข้อมูลทั่วไปการเจ็บป่วย 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและ3)ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วย พบว่า สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กรณีศึกษาโดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอายุน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 2 กรณีศึกษาที่ 1 จบระดับปริญญาตรี ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่6 ส่วนอาชีพพบว่ากรณีศึกษาที่ 1 อาชีพทำไร่อ้อย กรณีศึกษาที่ 2 มีอาชีพรับจ้าง และกรณีศึกษาที่ 1 อาศัยอยู่ใน อ.ชนบท จ.ขอนแก่น กรณีศึกษาที่ 2 อาศัยใน อ.พล จ.ขอนแก่น

2. การเจ็บป่วย พบว่าทั้ง 2 กรณีศึกษามีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันโดยกรณีศึกษาที่ 1 มาตามแพทย์นัดเพื่อให้ยาเคมีบำบัด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ถ่ายทางทวารหน้าท้องลำบาก 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการแพ้ยาและสารอาหารทั้ง2รายปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร และการักษาของแพทย์ที่ได้รับคือให้ยาเคมีบำบัด CAPOX (ยาเม็ด Capecitabine และยาฉีด Capecitabine)ทั้ง 2 ราย แต่กรณีศึกษารายที่ 1 มีการฉายแสงร่วมด้วย

ตาราง 1 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางกาพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.ระยะก่อนได้รับยาเคมีบำบัด	1. มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภูมิต้านทานของร่างกายต่ำ 2. ผู้ป่วยมีภาวะซีดและเหนื่อย อ่อนเพลีย เนื่องจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าค่าปกติ 3. มีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหาไม่เพียงพอ เนื่องจากมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย 4. .ผู้ป่วยและญาติ มีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง กลัวรักษาไม่หาย	1. มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภูมิต้านทานของร่างกายต่ำ 2. ผู้ป่วยมีภาวะซีด เหนื่อย อ่อนเพลีย เนื่องจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าค่าปกติ 3. มีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร 4.ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง กลัวรักษาไม่หาย

ตาราง 1 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางกาพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	4. ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดและยาพุ่งเป้า	5. ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดและยาพุ่งเป้า
2.ระยะให้ยาเคมีบำบัด	1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia)จากยาเคมีบำบัด 2. มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ 3. มีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ และเบื่ออาหาร จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด 4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสลายตัวของเซลล์มะเร็ง(Tumor Lysis syndrome) และไตวายเฉียบพลัน 5. มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำและผิวหนังบริเวณได้รับยาอักเสบเนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจรั่วซึมออกนอกเส้นเลือด 6. มีโอกาสเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด 7.มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด	1. มีภาวะซีดเหนื่อยอ่อนเพลียเวียนศีรษะเนื่องจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำ 2.มีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอและเกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในเลือด เนื่องจากมีอาการท้องร่วง คลื่นไส้ และเบื่ออาหาร 3.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดหน่วงเวลาขับถ่ายทางหน้าท้อง 4.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสลายตัวของเซลล์มะเร็ง (TumorLysissyndrome) และไตวายเฉียบพลันเฉียบพลัน 5. โอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องและมี Hypokalemia (K = 2.9)เนื่องจากมีคลื่นไส้ อาเจียน จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ร่วมกับมีอาการถ่ายเหลว 6. มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำและผิวหนังบริเวณได้รับยาอักเสบเนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจรั่วซึมออกนอกเส้นเลือด
3.ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัดและจำหน่าย	1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด 2. วิตกกังวลต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปเนื่องจากมีผมร่วง 3. มีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด 2. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปเนื่องจากมีผมร่วงและการขับถ่ายทางหน้าท้อง 3. มีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1.**ระยะก่อนได้รับยาเคมีบำบัด**การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง การให้ยาเคมีบำบัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้[11] ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้าน	1.1 ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 1.2ดูแลและแนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย โปรตีนสูง มีสารอาหารครบ 5 หมู่ รับประทานครั้งละ น้อยๆ บ่อยๆ ครั้ง เน้นการรับประทานอาหารที่มีเชื้อแบคทีเรียต่ำ (Low- bacterial diet) ได้แก่ อาหารที่ถูกสุข อนามัยปรุงสุก ไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ผักดิบเป็นต้น

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ร่างกายและจิตใจจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จึงควรปฏิบัติดังนี้	1.3ดูแลและแนะนำการป้องกันการติดเชื้อ โดยการทำความสะอาดของร่างกาย ช่องปาก และล้างมือบ่อยๆ มี การแยกผู้ป่วยจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อ 1.4ผู้ป่วยมีภาวะซีด อ่อนเพลีย ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง ระมัดระวังป้องกันการพลัดตก หกล้ม 1.5ผู้ป่วยได้รับการดูแลสภาพร่างกายให้เหมาะสมพร้อมรับยาเคมีบำบัด และป้องกันการตกตะกอนของกรด ยูริกในไต ป้องกันเกิดภาวะไตวาย พร้อมทั้งมีการประเมินโดยการตวงปริมาณน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย (Intake - Output) ทุก 8 ชั่วโมง 1.6การประเมินการทำงานของหัวใจ โดยการทำ EKGเนื่องจากได้รับยาเคมีบำบัด (Doxorubicin)ที่มีผลต่อหัวใจ1.7 ประเมินการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญ โดยติดตามค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่าผลการ ตรวจอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ เช่น ตรวจ CBC พบ ANC >1500 cell/cu mm3 สมรรถนะของไต พบ Cretinin 1.5 mg /dLเป็นต้น เนื่องจากยาเคมีบำบัดถูกขับออกจากร่างกายทางตับและไต เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากยาเคมีบำบัด 1.8การประเมินภาวะไข้ และอาการเปลี่ยนแปลงเช่น หายใจเร็ว หอบ ซึมลง เป็นต้น หากพบต้องรีบรายงาน แพทย์และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาทันที 1.9ผู้ป่วยและญาติ มีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง กลัวรักษาไม่หาย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ในการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ มีการให้ข้อมูลที่เพียงพอ เกี่ยวกับภาวะของโรค แนวทางการรักษา ระยะเวลาการรักษา ผลดีและผลเสียของการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้รับรู้ถึงสิ่งที่จะต้องประสบล่วงหน้า เพื่อลดกลัวและความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตนี้ไปได้ 1.10 ผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด มีการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล รายกลุ่มและการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พร้อมทั้งให้สมุดประจำตัว มีการเสริมพลังอำนาจให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ส่งผลทำให้มีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเหมาะสม กับบริบทของผู้ป่วย
2. ระยะให้ยาเคมีบำบัด การบริหารยาต้องทำอย่างระมัดระวัง อีกทั้งต้องมีการเฝ้าระวัง ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วพร้อมให้การบำบัดแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน ควรปฏิบัติดังนี้ 2.1การบริหารยาเคมีบำบัดตามขั้นตอนโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ ผ่านเครื่องกำหนดจำนวนหยด (Infusion pump) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตรงตามแผนการรักษา	2.1ดูแลให้ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างปลอดภัย โดยตรวจก่อนให้ยาว่าบริเวณที่แทงเข็มว่ามีอาการบวม แดงร้อนหรือไม่ ถ้าพบต้องแทงเข็มใหม่ ไม่ควรเลือกเส้นเลือดที่เคยให้สารน้ำมาก่อน ขณะให้ยาไม่ควรขยับแขนหรือยกแขนบ่อยๆเพื่อป้องกันเข็มทะลุออกนอกเส้นเลือด เพราะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกมานอกเส้นเลือด จะทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นอย่างรุนแรง อาจเกิดเป็นแผลเรื้อรังและมีเนื้อตายได้ มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 30 นาทีขณะให้ยาเคมีบำบัด เพื่อสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ และประเมินบริเวณที่ให้ยาว่ามีการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือดหรือไม่ 2.2 ผู้ป่วยอาจเกิดมีไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ(Febrile Neutropenia)ได้ ประกอบกับการวินิจฉัยการติด

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เชื้อทำได้ยาก เนื่องจากอาการบ่งชี้ไม่ชัดเจน ทำให้มีการดำเนินโรค เข้าสู่ภาวะช็อคและเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ดัง นั้นผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ การป้องกันการติดเชื้อจึงมีความสำคัญมาก ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีเชื้อ แบคทีเรียต่ำ (low-bacterial diet) ดูแลทำความสะอาดของช่องปาก เน้นให้ล้างมือบ่อยๆ มีการแยกผู้ป่วยจากผู้ป่วยติดเชื้อ ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด ร่วมกับมีการประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงในกรณีวัดอุณหภูมิทางรักแร้ได้เท่ากับ 38 องศาเซลเซียสจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 ชั่วโมง หรืออุณหภูมิ มากกว่า 38.5องศาเซลเซียส ร่วมกับมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ควรรายงานแพทย์ทันที และรีบให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock)เช่น ตัวเย็น ซึมลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น 2.3การป้องกันการเกิดเยื่อบุปากอักเสบ โดยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย จิบน้ำเย็นบ่อยๆ บ้วนปากทุก ครั้งหลังรับประทานอาหาร สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก ได้แก่ อาการปวดแสบปวดร้อน ริมฝีปากแห้ง หากเกิดเยื่อบุปากอักเสบ ควรงดการแปรงฟัน บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากผสมยาชา (xylocaine) เพื่อลดความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้และทำความสะอาดปากได้ดีขึ้น 2.4การดูแลป้องกันอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร ดูแลให้ใช้น้ำเกลือบ้วน ปากบ่อยๆ ทุก 2 - 4 ชั่วโมง รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง และดูแลให้ยาแก้อาเจียน (Ondansetron) ก่อนให้ยาเคมีบำบัด 30 นาทีและให้ยาต่อเนื่องทุก 8 ชั่วโมงเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการ 2.5 จัดเตรียมชุด Spill kit สำหรับกำจัดขยะจากเคมีบำบัดที่อาจหกหรือขวดยาแตก ขณะบริหารยาเพื่อป้องกัน การฟุ้งกระจายของสารเคมีและการสัมผัสยาโดยตรง
3.ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัดและจำหน่ายควรปฏิบัติดังนี้	3.1 ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงวันกลับบ้าน โดยพยาบาลได้ทบทวน ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ให้ข้อมูลให้คำแนะนำการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการรักษา การเสริมพลังอำนาจ รวมถึงการเข้ากลุ่มเครือข่ายผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความสามารถ สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม มีความเข้าใจแนวทางการรักษาและมีกำลังใจพร้อมที่จะมารับการรักษาต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา 3.2 ประเมินด้านจิตใจ จิตสังคม พร้อมให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ 3.3 แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ คลื่นไส้อาเจียนมาก ท้องผูก ท้องเสีย ปาก เป็นแผล เจ็บคอ เป็นต้น

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดเหมือนกันแต่กรณีศึกษารายที่ 1 มีการฉายแสงร่วมด้วย แต่มีความแตกต่างด้านสภาพของโรคและร่างกาย เพราะในกรณีศึกษารายที่ 2 รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมด้วย ความสำเร็จของการรักษาโรคนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรค การรักษาโรคมะเร็งและการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการประเมิน รวบรวมข้อมูลวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ[1] ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญมีการประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็วมีความรู้เรื่องโรค และแผนการรักษา[4] มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ อาจจะเกิดขึ้นรวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหา ภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที มีการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้านมีการติดตามเยี่ยมและการส่งต่อข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างดีเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มารับการรักษาต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาพร ประสังสิต และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง:ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.จำกัด. 2558.
2. ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์. ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม. ในจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง. คู่มือการดูแลบาดแผลและทวารเทียม. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2551.
3. บุศรา ชัยทัศน์. การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผลออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2559.
4. ประทิน ไชยศรี. คู่มือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่ (colostomy). พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ดาราวรรณการพิมพ์. 2554.
5. ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์. ความรู้ทั่วไปมะเร็งลำไส้. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร. 2555.
6. วิภาวดี ว่องวรานนท์. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงและทวารหนักที่ [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566].เข้าถึงได้จาก: https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12975/1/
7. นภชาญ เอื้อประเสริฐ. Chulalongkornhematologyhandbook.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย ; 2555. 82 – 87.
8. งานจัดการสารสนเทศ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น: (เข้าถึงเมื่อ12 สิงหาคม 2566)
9. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ [อินเทอร์เน็ต].มปท; c2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566]. เข้าถึ งได้จาก: https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG220319202153784
10. American Cancer Society. Colorectal cancerriskfactors[Internet].Atlanta,GA:ACS;2018[cited2020Jan27]. Availablefrom: https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีภาวะหมดสติโดยใช้ระบบทางด่วน : กรณีศึกษา

Nursing care of ischemic stroke patients who are unconscious using the expressway system : a case study

(Received: December 11,2023 ; Revised: December 18,2023 ; Accepted: December 20,2023)

จรรยาภรณ์ สิงห์สระน้อย[1]
Janyaporn Singsanoi[1]

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีภาวะหมดสติและเข้ารับการรักษาในระบบทางด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา โดยศึกษาจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเอกสารเวชระเบียนของผู้ป่วย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง 1ราย จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มาโรงพยาบาลนอกเวลาราชการมาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงเรียกเมื่อวันที่ 24ตุลาคม 2566 เวลา 20.31น. ผู้ป่วยเพศชายอายุ 54 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการชักเกร็งตากระตุกตาค้างน้ำลายฟูมปาก อาเจียน และมีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง เริ่มมีอาการเวลา 20.00 น. ภรรยาโทรแจ้ง 1669 และรถฉุกเฉินโรงพยาบาลปากช่องนานาออกรับได้ให้การรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล มีการประเมินอาการเบื้องต้นและประสานกลับมาห้องฉุกเฉินว่าเข้าเกณฑ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เมื่อถึงโรงพยาบาลแพทย์ตรวจประเมินคะแนนโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้18คะแนน ประเมินทางระบบประสาทผู้ป่วยไม่ลืมตา ไม่พูด แขนขาขวาอ่อนแรงไม่มีการเคลื่อนไหว แขนขาซ้ายยกได้ต้านแรงได้เล็กน้อยและมีภาวะตัวเขียว แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตรวจวินิจฉัยด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่ามีเนื้อสมองตายเฉียบพลัน และปรึกษาอายุรแพทย์ระบบประสาททางโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้มีการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องฉุกเฉิน ปัญหาทางการพยาบาลในระยะวิกฤต1). เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่พอจากการไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง 2) เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3).ญาติวิตกกังวลจากโรคที่เจ็บป่วย หลังจากให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียก ไม่ทำตามคำบอก แขนขาขวาเคลื่อนไหวได้ระดับ5 แขนขาซ้ายยกต้านแรงได้ การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีภาวะตัวเขียว ไม่มีภาวะเลือดออกตามร่างกาย และให้การพยาบาลขณะเคลื่อนย้ายเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุกรรมโรงพยาบาลปากช่องนานา

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ภาวะหมดสติ ยาละลายลิ่มเลือด ระบบทางด่วน

Abstract

This case study aims to study nursing care for ischemic stroke patients who are unconscious and admitted to the expressway system so that the patients can receive blood clot-dissolving drugs in time. The study was based on retrospective data collection from patients' medical records. Select 1 specific case from a patient diagnosed with a stroke who came to the hospital outside of business hours for no more than 4.5 hours, called on October 24, 2023 at 8:31 p.m. A 54-year-old male patient was admitted with convulsions, eye twitching, blurred vision, foaming at the mouth, vomiting, and weakness in his right limb. Symptoms began at 8:00 p.m. The wife called 1669 and the emergency vehicle at Pak Chong Nana Hospital came out to receive medical treatment before reaching the hospital. There was an initial evaluation and he was brought back to the emergency room to determine that he met the criteria for acute stroke. Upon arrival at the hospital, the doctor assessed the acute stroke score as 18 points. Neurological evaluation: The patient does not open his eyes, does not speak, his right limb is weak and has no movement. The left limb can be lifted with little resistance and is cyanotic. The doctor considered intubating the patient and sent for a computerized tomography (CT) diagnosis. It was found that there was acute brain death. and consulted a neurologist at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Treatment was given with blood clot-dissolving drugs at the emergency room. Nursing problems in the crisis period1). Brain tissue does not receive enough oxygen due to reduced blood flow in the brain.2). Risk of easy bleeding due to receiving blood clot-dissolving drugs.3). Relatives are worried about illness. After providing nursing care according to the nursing plan that was laid out the patient opens his eyes when called. Not following

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลปากช่องนานา

orders, the right limb can move at level 5. The left limb can be raised against force. Breathing is related to the ventilator. No cyanosis No bleeding from the body and provide nursing care while being transferred for treatment at the Intensive Care Unit at Pak Chong Nana Hospital

Keywords: ischemic stroke, unconsciousness, blood thinners, expressway system

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง(Cerebrovascular disease)เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบครัวเศรษฐกิจ สังคม ประเทศชาติและของโลก จากรายงานสถิติของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยในปี2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126ราย เสียชีวิต 36,214 ราย ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ในเพศชายและอันดับ 2ในเพศหญิง ขณะเดียวกันพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราป่วยทั้งประเทศ 479,534,588 และ 645 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2560,2561,2562 และปีพ.ศ.2563 ตามลำดับ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด(ischemic stroke)พบได้มากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็กในสมองจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ สาเหตุเกิดจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้หลอดเลือดตีบแข็ง โดยพบว่าหากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงต่ำกว่า 10 ซีซีต่อ 100 กรัมต่อนาทีเซลล์สมองจะตาย (Cerebral infarction) การรักษาขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรงและระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการโดยเฉพาะถ้ามีอาการแล้วมารักษาเร็วพบว่าความพิการและอัตราการตายจะลดลงมาก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงนับแต่มีอาการ (onset)จึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุดและทำให้อาการอ่อนแรงของแขนขาดีขึ้น

พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วย STROKE ให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา โดยที่พยาบาลต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการคัดกรองผู้ป่วยแล้วรายงานแพทย์ทันทีเพื่อตรวจประเมินซ้ำโดยสอบถาม onset ถ้าอยู่ในเวลา 3.5 ชั่วโมงให้นับเป็น STROKE Fast Track ที่มีเป้าหมายต้องได้รับการวินิจฉัยด้วยการทำ CT Brain แล้วได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมงและพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤตและการพยาบาลผู้ป่วยขณะส่งต่อ การให้ความรู้ผู้ป่วยหรือญาติตั้งแต่เมื่อเริ่มมีอาการที่ควรมารักษาทันที การใช้ระบบทางด่วนทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลาเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ลดอัตราตาย ลดภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การจัดระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันเน้นบริการเชิงรุกให้ครอบคลุมทุกด้าน ด้านสร้างเสริมสุขภาพ การรักษา การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อลดอัตราตาย ลดภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการ โดยการใช้ระบบทางด่วนเข้ามารักษาเพื่อให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศชายอายุ 54 ปีสัญชาติไทยนับถือศาสนา พุทธ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สถานะภาพสมรส คู่ อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนาจังหวัดนครราชสีมา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานาวันที่ 24 ตุลาคม 2566 เวลา 20.31 น.สิทธิการรักษา ประกันสังคมโรงพยาบาลปากช่องนานาจังหวัดนครราชสีมา แหล่งข้อมูลญาติและแฟ้มประวัติ (HN 6306465 AN 660017425)

ข้อมูลการเจ็บป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ชักเกร็ง ซึม เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ญาติให้ประวัติว่าเวลา 20.00 น.ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยนั่งอยู่แล้วมีอาการชักเกร็งกระตุก ตาค้างน้ำลายฟูมปาก(ครั้งละประมาณ 1 นาที) อาเจียน5-6 ครั้ง มีแขนขาขวาอ่อน

แรง ญาติโทรแจ้ง 1669 EMS โรงพยาบาลปากช่องนานาออกรับ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารหรือสารเคมีและปฏิเสธการใช้สารเสพติด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บิดาและมารดาถึงแก่กรรมด้วยโรคชรา มีพี่น้อง 3 คนผู้ป่วยเป็นลูกคนโต ยังมีชีวิตเหลืออยู่ทั้งหมด 2 คนโดย ทั้ง 2 คน ปฏิเสธโรคประจำตัว

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก โรคหลอดเลือดในสมองตีบแบบเฉียบพลัน

การวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน. โรคหลอดเลือดในสมองตีบแบบเฉียบพลัน

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 24 ตุลาคม 2566

วันที่รับไว้ดูแล วันที่ 24 ตุลาคม 2566 โรงพยาบลปากช่องนานาออกรับแรกรับมาด้วยรถนอนวัดสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาทีสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 26ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/76 มิลลิเมตรปรอท ค่า O_2 Sat 80 %

การตรวจร่างกายตามระบบ

น้ำหนัก 53.5 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI)= 19.6/ศีรษะ ขนาดปกติรูปร่างศีรษะกลม หนังศีรษะสะอาด ไม่มีรังแค ไม่มีบาดแผล ผมสีดอกเลา/คอ ไม่มี Neck vein engorge/ตา ไม่มีตาเหลือง เยื่อบุตาไม่ซีด หนังตาไม่บวม ไม่สวมแว่น รูม่านตาทั้ง 2 ข้างมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน ตาขวารูม่านตาขนาด 4 มิลลิเมตร ตาซ้ายรูม่านตาขนาด 4 มิลลิเมตร/ฟัน เหงือกปกติ ไม่ได้ใส่ฟันปลอม มีคราบหินปูนเล็กน้อย/ช่องปาก ต่อมทอนซิลไม่อักเสบไม่มีอาการบวมแดง/ทรวงอก รูปร่างทรวงอกปกติ ไม่มีอกไก่ อกบุ๋มหรืออกถังเบียร์/ปอด ฟังเสียงปอดพบ Normal Breath sound/หัวใจ หัวใจเต้น 78 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นสม่ำเสมอดีไม่ได้ยินเสียงฟู่ (Murmur)ไม่มีความผิดปกติของหลอดเลือด Capillary refill 4-5 วินาที/ท้อง หน้าท้องนุ่ม (soft) คลำไม่มีก้อน ตับม้ามไม่โต ไม่มีแผลเป็นไม่มีประวัติการผ่าตัด/แขนขาข้างซ้าย Motor Power grade 5 แขนขาข้างขวาอ่อนแรง Motor Power grade 1 ไม่มีบาดแผล/ผิวหนัง ไม่มีผื่นคัน ไม่มีบาดแผลตามร่างกาย/ระบบประสาท ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่ลืมตา ไม่ทำตามคำบอก GLASGOW COMA SCORE 7 คะแนน (E1 V1 M5) รูม่านตาทั้ง 2 ข้างมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันดี ตาขวารูม่านตาขนาด 4 มิลลิเมตร ตาซ้ายรูม่านตาขนาด 4 มิลลิเมตร

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ >>>พบค่า WBC - มีค่าสูง เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผล EKG 12 leads พบว่า Normal Sinus rhythm non specific ST-T segment change

การเอกซเรย์ปอด ผล CXR พบว่า No New infiltrate

การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ผล CT >>> ACUTE LARGE TERRITORY INFARCTION WITH BRAIN ATROPHY DIFFUSE ISCHEMIC WHITE MATTER CHANGE WITH INFARCTION

ข้อวินิจฉัยโรคของแพทย์ Stroke Fast track NIHSS 18

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะวิกฤตระยะส่งต่อ(ห้องฉุกเฉิน)

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะวิกฤตระยะส่งต่อ(ห้องฉุกเฉิน)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	อาการและอาการแสดง	การพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
		เมื่อรับประสานจาก1669 การพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre- Hospital) -เตรียมตัวความพร้อมในการออกรับผู้ป่วย	

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะวิกฤตระยะส่งต่อ(ห้องฉุกเฉิน)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	อาการและอาการแสดง	การพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
1). เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่พอจากการไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง	S : ญาติแจ้งว่า ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งหลังชักแขนขาขวาอ่อนแรงและไม่รู้สึกตัว O : GLASGOW COMA SCORE 7 คะแนน E1 V1 M5 Pupil 4 mm RTL BE : แขนขาข้างซ้าย Motor Power grade 5 แขนขาข้างขวาอ่อนแรง Motor Power grade 1 : O_2 sat 80% Room air	-โทรศัพท์ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนรถฉุกเฉินโรงพยาบาลปากช่องนานาออกรับ(จัดท่านอนแนะนำการคลำชีพจร) -คัดกรองด้วยความรวดเร็วและเชี่ยวชาญ -ประเมินสภาพผู้ป่วย -On O_2 Mask c bag 10 LPM -Suction clear airway -On 0.9%NSS 1000 cc v 80 cc/hr (เปิดอีก 1 เส้นสำหรับให้ยา) -เจาะDTX 144 mg% -Monitor EKG Record N/Sและ V/S q15 min*4 q 30 min *2 then q 1 hr until stable -ประสานกลับมาห้องฉุกเฉินว่าเข้าเกณฑ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เพื่อเปิดประวัติ เช็คสิทธิ์ ประสานเวรเปลเตรียมเตียง ประสานห้อง CT -เคลื่อนย้ายนำผู้ป่วยส่งรพ.ปากช่องนานา **การพยาบาล ณ โรงพยาบาล (In-Hospital care)** -การจัดระบบช่องทางด่วน ในการเข้าตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินทันที -ประเมิน GCS /ประเมินN/S ซ้ำ และรายงานแพทย์ทันที -ให้การพยาบาลช่วยแพทย์ทำหัตถการ On ETT No.7.5 ลึก22 -Record V/S / ทำEKG 12 Lead/ Monnitor EKG การส่งตรวจเลือด -การประสานงานและให้การพยาบาลขณะนำส่ง CT brain NC -ให้การพยาบาลขณะย้ายเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุกรรมโรงพยาบาลปากช่องนานา	-ผู้ป่วย E1 V1 M5 Pupil 4 mm RTL BE GCS=7 คะแนน - O_2 sat 99% c O_2 Mask c bag 10 LPM -ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Cyyanosis
2). เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด	S : หลังชักแขนขาขวาอ่อนแรงและไม่รู้สึกตัว O : GLASGOW COMA SCORE 7 คะแนน E1 V1 M5 Pupil 4 mm RTL BE : แขนขาข้างซ้าย Motor Power grade 5 แขนขาข้างขวาอ่อนแรง Motor Power grade 1 : ผล CT >>> ACUTE LARGE TERRITORY INFARCTION WITH BRAIN ATROPHY DIFFUSE ISCHEMIC WHITE MATTER CHANGE WITH INFARCTION	-ประเมินอาการผู้ป่วยหลังกลับจากCT -ดูแลให้นอนศีรษะสูง 15-30องศา -งดอาหารและน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ -วัดสัญญาณชีพและ GLASGOW COMA SCORE ทุก 15นาที x 2 ชม. ,วัดทุก 30 นาที เมื่ออาการคงที่แล้ว - ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด(rt-PA) ตามแผนการรักษาของแพทย์ -ห้ามถูหรือคลึงบริเวณที่ฉีดยาเพราะจะทำให้เกิดรอยช้ำ หรือ Bleeding -อธิบายการใช้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ญาติรับทราบพร้อมเซ็นต์ใบยินยอมการให้ยาละลายลิ่มเลือด	-หลังได้รับยาไม่มีภาวะเลือดออก - E3VTM5 Pupil 4 mm RTL BE แขนขาขวา motor power จาก gr I เป็น gr V เวลา 21.50น. แขนขาซ้าย motor power จาก gr V

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะวิกฤตระยะส่งต่อ(ห้องฉุกเฉิน)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	อาการและอาการแสดง	การพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
	: ให้ยาละลายลิ่มเลือด(rt-PA) 4.8 mg v Bolus dose เวลา 21.44 น Then 43.2 mg v drip in 1hr เวลา 21.45 น.	- สังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้ยาเช่นภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ภายใน 24 ชั่วโมงนับแต่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	
3). ญาติวิตกกังวลจากโรคที่เจ็บป่วย	S : จากการซักถามของญาติเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและระยะเวลาการหายของโรคอย่างต่อเนื่อง ด้วยคำถามว่า จะหายไหมหมอ จะหายเมื่อไร จะทำงานได้เหมือนเดิมไหม ทำยังไงจะหาย O : ประเมิน NIHSS SCORE = 18 คะแนน : สังเกตญาติมีสีหน้าวิตกกังวลเป็นบางเวลา	-สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติรวมทั้งกระตือรือร้นในการช่วยเหลือต่างๆ -เปิดโอกาสให้ญาติซักถามปัญหาและมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา -ญาติเกี่ยวกับโรค อาการและการดูแลผู้ป่วยเพื่อเสริมพลังในการดูแลผู้ป่วย -พูดคุยกับญาติรับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ ให้กำลังใจเมื่อญาติรู้สึกท้อใจ -อธิบายญาติทราบก่อนทำกิจกรรมทุกครั้งและกระตุ้นให้มีส่วนร่วมเสมอ	ผู้ป่วยญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่จะได้รับรวมทั้งการปฏิบัติตัวระหว่างในขั้นตอนต่างๆในขณะอยู่โรงพยาบาลและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 54 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานาวันที่ 24 ตุลาคม 2566 เวลา 20.31น.ภรรยาให้ประวัติ ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา เวลา 20.00น.หลังจากผู้ป่วยอาบน้ำเสร็จมีอาการชักเกร็งตาค้างน้ำลายฟูมปากชักเกร็ง อาเจียน มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง โทรแจ้ง 166 รถEMSโรงพยาบาลปากช่องนานาออกรับ GLASGOW COMA SCORE 7 คะแนน E1 V1 M5 Pupil 4 mm RTL BE แขนขาข้างซ้าย Motor Power grade 5 แขนขาข้างขวาอ่อนแรง Motor Power grade 1 O_2 sat 80% Room air ดูแลให้On O_2 Mask c bag 10 LPM Suction clear airway On 0.9%NSS 1000 cc v 80 cc/hr เจาะDTX=144mg% ประสานกลับมาห้องฉุกเฉินว่าเข้าเกณฑ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เพื่อเปิดประวัติ เช็คสิทธิ์ เตรียมเปล ประสานห้องCT เมื่อถึงห้องฉุกเฉินแพทย์ตรวจทันทีตรวจประเมินพบ NIHSS =18 คะแนน Onset เวลา20.00น. ถึง รพ. 20.31แรกรับE1V1M4 O2 sat 99% c On O_2 Mask c bag 10 LPM แพทย์พิจารณา On ETT No 7.5 ลึก 22 ส่งCT Brain non contrast ส่งตรวจเลือด ,CXR , EKG ปรึกษาอายุรแพทย์ระบบประสาททางโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา/ ปรึกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลปากช่องนานาวินิจฉัยโรค Acute Large territory infarction with Brain atrophy Diffuse ischemic white matter change with infarction ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด(rt-PA) 4.8 mg v Bolus dose เวลา 21.44 น then 43.2 mg v drip in 1hr เวลา 21.45 น. ปัญหาทางการพยาบาลได้แก่ 1) เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่พอจากการไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง 2). เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3). ญาติวิตกกังวลจากโรคที่เจ็บป่วย หลังผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด(rt-PA) ไม่มีภาวะเลือดออก GLASGOW COMA SCORE 9T คะแนน E3VTM5 แขนขาขวา motor power จาก gr I เป็น gr V เวลา 21.50น.ดูแลผู้ป่วยขณะย้ายเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุกรรมโรงพยาบาลปากช่องนานาอย่างปลอดภัย

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยยาละลายลิ่มเลือดถือเป็นมาตรฐานและเป็นนโยบายอย่างหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่จะเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเพิ่มโอกาสการได้รับยา

มากขึ้นเร็วขึ้นทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย พิการหรือเสียชีวิตลดลงโดยการให้ความรู้แก่ประชาชนให้ตระหนักต่อการเจ็บป่วยจากโรคนี้ ด้วยการมาโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการ ดังนั้นการมีระบบการใช้ช่องทางด่วนและการมี CT Scan ในโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเพื่อให้สามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันหรือโรคอื่นที่จำเป็นต้องวินิจฉัยโรคด้วยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ควรมีแพทย์เฉพาะทางด้านสมองและเส้นประสาท(ของโรงพยาบาลปากช่องนานาตลอด 24 ชม)เพื่อความรวดเร็วในการรักษา มีการรจัดตั้ง Stroke Unit สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันโดยเฉพาะเพื่อให้ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลห้องฉุกเฉินจึงต้องมีความรู้ความสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ทั้งระยะวิกฤติและ ระยะส่งต่อ การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ(1669)และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ การดูแลเมื่อออกรับที่บ้านและสามารถเข้ารักษาตามระบบช่องทางด่วนโดยการเข้าไปทำความรู้จักประเมินสภาพผู้ป่วย ซักประวัติเพิ่มเติมและให้คำแนะนำที่จำเป็นต่อการให้ยา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยา การเตรียมพร้อมอุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับการช่วยชีวิตในภาวะฉุกเฉิน การเยี่ยมผู้ป่วยในระยะวิกฤตจะมีผลดีในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย การนำข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากการเยี่ยมมาวางแผนการรักษาพยาบาลและปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.กำพล ศรีวัฒนกุล.คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์.พิมพ์ครั้งที่ 6.ปทุมธานี:สกายบุ๊กส์;2551.
2.กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงาธารณสุข.รายงานตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2556,นนทบุรี,2556.
3.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทย์ศาสตร์ ภาควิชาเภสัชวิทยา. เภสัชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555 .
4.ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร.โครงการร้อยแก่นสารสิทธุ์. ศูนย์ประสานงานรับ ส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.คู่มือการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.
5.ตวงทิพย์ บินไทยสงค์.การนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล.วารสารพยาบาลตำรวจ๒๕๕๗; ๒:๒๒๖-๒๘๑
6.ทฤษฎีต่างๆทางการพยาบาล-it256_5620810009-Google Sites[อินเตอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ/20 พฤศจิกายน 2560].เข้าได้จาก:citedhttps://sites.google.com>site>thvsdi-tan...
7.ธิดารัตน์ พันธุเวทย์และหทัยชนก ไชยวรรณ.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.๒๕๕๘ประเด็นรณรงค์วันหัวใจโลกปีพ.ศ.๒๕๕๘. เอกสารอัดสำเนา.
8.นลินี พสุคันธภัค,สายสมร บริสุทธิ์และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,บรรณาธิการ.สถาบันประสาทวิทยา.แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล (ฉบับสมบูรณ์ 2558) กรุงเทพมหานคร:ธนาเพรส,2559
9.แบบประเมินคะแนนโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (อังกฤษ: National Institutes of Health Stroke Scale, NIH Stroke Scale, NIHSS)
10.ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. ๒๕๕๙.กรุงเทพมหานคร:เอ-พลัส พริ้น
11.พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล.โรคหลอดเลือดสมอง.[แหล่งสืบค้น] file:///C:/Users/user/Downloads/stroke.pdf[10 ตุลาคม 2560]
12.ศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอด, บรรณาธิการ.การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมผู้จัดการรายกรณีประเทศไทย,2557.
13.ศูนย์สมองและระบบประสาทโรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่น,โรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าวัยใดก็เป็นได้:2565.
14.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน,สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน(ระดับโลกและประเทศไทย).กรุงเทพฯ,2565
15.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.(2558).แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป.
16.สมศักดิ์ เทียมเก่า และคณะ,บรรณาธิการ. คู่มือการจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบ ครบวงจร. (ม.ป.ท.) 2555
17.สุรพันธ์ สิทธิสุข.สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์,2555 .แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation(AF)ในประเทศไทย.กรุงเทพมหานคร:ศรีเมืองการพิมพ์

รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

Models of Infection Prevention in CAPD Patients, Dong Luang Hospital Mukdahan Province, Year 2023.

(Received: December 11,2023 ; Revised: December 18,2023 ; Accepted: December 20,2023)

วลีรัตน์ วรเลิศ[1]
Walirat Woraloet[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนหลังแบบกลุ่มเดียว (Quasi Experiment by one group pre – post design) มีวัตถุประสงค์เพื่อสถานการณ์ผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 และรูปแบบในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง เดือนเมษายน 2566 ถึง เดือนกันยายน 2566 รวม 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 จำนวน 19 ราย เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test และ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการดำเนินงานพบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ : การป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วย CAPD

ABSTRACT

This study was quasi-experimental research with one group pre-post design (Quasi Experiment by one group pre-post design) aimed at the situation of CAPD patients at Dong Luang Hospital. Mukdahan Province 2023 and models for preventing infection in CAPD patients, Dong Luang Hospital. Mukdahan Province, year 2023, has a study period between April 2023 to September 2023, totaling 6 months. Sample size were 19 CAPD patients at Dong Luang Hospital. Mukdahan Province, year 2023, data collected from questionnaires and medical records. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Dependent t - test and content analysis.

The results of the study found that after the operation, it was found that Infection prevention behavior of CAPD patients at Dong Luang Hospital Mukdahan Province, year 2023, before and after operations There was a statistical significant difference at the .05 level, with CAPD patients having better behavior in preventing infection after the operation than before the operation.

Keywords: infection prevention, CAPD patients

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง chronic kidney disease เป็นปัญหาที่สำคัญของโลก และของประเทศไทย เพราะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการศึกษาจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีความชุกของโรคจาก 12.3% ของประชากรในปีพ.ศ.2531-2537 เพิ่มขึ้นเป็น 14% ของประชากรในปีพ.ศ.2548-2553 (U.S. Renal Data System, 2013) ในทวีปเอเชีย จากการศึกษาในประเทศไต้หวัน ปี2549 (Hsu CC and other, 2006) พบความชุกโรคไตเรื้อรัง (ระยะ3-5) 6.9% จากการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ ปี2552 (Kim S and other, 2009)

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะไตสูญเสียหน้าที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานหรือมากกว่า 3 เดือน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดงหลวง

จากไตมีความผิดปกติทางโครงสร้างและหน้าที่ โดยที่ GFR ไม่ลดลงแต่มีความผิดปกติทางพยาธิสภาพ มีความผิดปกติของเลือดปัสสาวะจากการตรวจทางรังสี และมี GFR ลดน้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาที ต่อพื้นที่ร่างกาย 1.73 เมื่อไตเสียหน้าที่ในการขจัดของเสียออกจากร่างกาย ทำให้เกิดการคั่งของยูเรีย เสียการควบคุมสมดุลน้ำกรดด่างในร่างกายและการสร้างฮอร์โมนที่จำเป็นต่อร่างกาย ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มักจะมาด้วยอาการหอบเหนื่อย บวมทั้งตัว ปัสสาวะออกน้อยสับสน ซึม กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจโตร่วมกับความดันโลหิตสูง การเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ซีดผิวหนังแห้ง และคันตามร่างกาย[1,2]

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็นวิธีการรักษาที่ง่ายผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนน้ำยาได้เองที่บ้าน มีค่าใช้จ่ายรวมต่ำกว่าการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือด3 ไม่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือราคาแพงมากและสามารถดำเนินการรักษานอกโรงพยาบาลได้ แต่การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนสายต่อท่อล้างไต (transfer set) หรือขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา จากเทคนิคที่ไม่ถูกต้องหรืออุปกรณ์ในการเปลี่ยนถ่ายชำรุด การไม่รักษาความสะอาดในขณะปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย และเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ7-105 ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและมีผลทำให้ประสิทธิภาพการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องลดลงจำเป็นต้องกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทำให้ต้องมีการเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น [3-6]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 เพื่อเป็นแนวทางในการ ป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566
2. เพื่อศึกษารูปแบบในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง การศึกษาเรื่อง รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนหลังแบบกลุ่มเดียว (Quasi Experiment by one group pre – post design) มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง เดือนเมษายน 2566 ถึง เดือนกันยายน 2566 รวม 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 จำนวน 19 ราย

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 มีกิจกรรมหรือขั้นตอนของรูปแบบในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ดังนี้

1.1 เลือกผู้ป่วยเพื่อรับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

1.1.1 แนะนำผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบอายุรแพทย์โรคไต

1.1.2 ผู้ที่มีการทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง มีการเพิ่มของระดับ CKD stage หรือมีการลดลงของค่า eGFR น้อยกว่า < 4 ml 1.73 mz/yr ร่วมกับ ข้อบ่งชี้อื่นๆ หรือมี ความดันสูงที่ควบคุมไม่ได้ ด้วยการกำจัดเกลือโซเดียมและการให้ยาลดความดันโลหิตสูง

1.2 เตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนรับการรักษาผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย – จิตใจ สภาพแวดล้อมที่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง การเตรียมตัวเพื่อรับการใส่สายล้างช่องท้อง

1.3 คัดกรองผู้ป่วย CAPD มี CAPD Clinic ให้คำปรึกษาจากแพทย์-พยาบาลไต

1.4 Flu เข้า CAPD Clinic ทุกวันศุกร์ เจาะเลือด+ รับยา

1.5 ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตัวเอง , ภาวะโภชนาการเรื่องอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคไต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.5 ขึ้นไป หลังจากนั้นทำการปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method)

2.2 แบบบันทึกสภาวะสุขภาพผู้ป่วย CAPD งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย CKD งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 มีกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย CKD งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาวะสุขภาพผู้ป่วย CKD งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

2. กำหนดแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย CKD งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

3. การประเมินและเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการดำเนินงานตามแนวทางการพยาบาล

ผู้ป่วย CKD งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

4. การดำเนินงานตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย CKD งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

5. การสรุปถอดบทเรียนในการทบทวนแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย CKD งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

6. การปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย CKD งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

7. การดำเนินงานตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย CKD งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว

8. สรุปถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ Dependent t – test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วย CAPD ย้อนหลัง เฉลี่ย ปีละ 18.75 ราย

2. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. รูปแบบในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ประกอบด้วย แนวทางการดูแลคนไข้ CAPD การประสานงานดูแลต่อเนื่อง แนวทางดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและต้องการรักษาล้างไตทางช่องท้อง ขั้นตอนการรับบริการคลินิก CAPD การรักษาการติดเชื้อบริเวณช่องทางออกของสาย Tenckhoff การรักษาการติดเชื้อในช่องท้องหลังทราบผลเพาะเชื้อชั้นแบคทีเรียแกรมบวก การรักษาการติดเชื้อในช่องท้องหลังทราบผลเพาะเชื้อชั้นแบคทีเรียแกรมลบและการรักษาการติดเชื้อในช่องท้องหลังทราบผลเพาะเชื้อว่าไม่ดีขึ้น

4. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การดูแลช่องท้องและสายยาง	3.03	0.23	4.78	0.16	18	-19.740	.000	-1.92946	-1.55826
พฤติกรรมสุขภาพ	3.00	0.31	4.79	0.22	18	-15.327	.000	-2.04075	-1.54872
รวม	3.02	0.24	4.79	0.18	18	-18.880	.000	-1.96618	-1.57241

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วย CAPD ย้อนหลังเฉลี่ย ปีละ 18.75 ราย และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของวาสนา สวนพุฒ (2564)[8] ได้ศึกษาผลของการโคชต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอำเภอสอง จังหวัด ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.57 อายุเฉลี่ย 53.86 ปี มีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.57 ระยะเวลาล้างไตทางหน้าท้องเฉลี่ย 3.18 ปี คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมก่อนการโคช 7.25 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมหลังการโคช 11.92 คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนการโคชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=13.122, p=0.000) และคะแนนการจัดสถานที่ล้างไตยังต่ำอยู่ ดังนั้น จึงได้จัดทำรูปแบบในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ประกอบด้วย แนวทางการดูแลคนไข้ CAPD การประสานงานดูแลต่อเนื่อง แนวทางดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและต้องการรักษาล้างไตทางช่องท้อง ขั้นตอนการรับบริการคลินิก CAPD การรักษาการติดเชื้อบริเวณช่องทางออกของสาย Tenckhoff การรักษาการติดเชื้อในช่องท้องหลังทราบผลเพาะเชื้อชั้นแบคทีเรียแกรมบวก การรักษาการติดเชื้อในช่องท้องหลังทราบผลเพาะเชื้อชั้นแบคทีเรียแกรมลบและการรักษาการติดเชื้อในช่องท้องหลังทราบผลเพาะเชื้อว่าไม่ดีขึ้น ตามแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง[9-12] ส่งผลให้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของมีด๊ะ เหมมาน และคณะ (2560)[13] ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิม โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักมุสลิมผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง รับรู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 9 ราย พบว่า การดูแลผู้ป่วยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การดูแลระยะท้ายและการดูแลระยะใกล้ตาย การดูแลระยะท้ายสะท้อนการดูแล 7 ลักษณะดังนี้ 1) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาและมาตรวจตามแพทย์นัด 2) แสวงหาการรักษาเพื่อการฟื้นหายของไต 3) ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย 4) ดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสม 5) ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วย 6) บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และ 7) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา ส่วนการดูแลระยะใกล้ตาย สะท้อนการดูแล 5 ลักษณะดังนี้ 1) ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย 2) จัดอาหารตามความต้องการของผู้ป่วยและไม่จำกัด 3) บรรเทาอาการทุกข์ทรมานเพื่อความสุขสบาย 4) ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตที่บ้าน และ 5) ส่งเสริมการอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ในการจัดทำรูปแบบในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD ควรประกอบด้วย แนวทางการดูแลคนไข้ CAPD การประสานงานดูแลต่อเนื่อง แนวทางดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและต้องการรักษา

ล้างไตทางช่องท้อง ขั้นตอนการรับบริการคลินิก CAPD การรักษาการติดเชื้อบริเวณช่องทางออกของสาย Tenckhoff การรักษาการติดเชื้อในช่องท้องหลังทราบผลเพาะเชื้อชั้นแบคทีเรียแกรมบวก การรักษาการติดเชื้อในช่องท้องหลังทราบผลเพาะเชื้อชั้นแบคทีเรียแกรมลบและการรักษาการติดเชื้อในช่องท้องหลังทราบผลเพาะเชื้อว่าไม่ดีขึ้น

2. ในการศึกษาเรื่อง รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD ที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อรวมน ศรียุกตศุทธ.(2554). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.ใน ปราณี ทู้ไพเราะและคณะ บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. กรุงเทพฯ: อันพีเพรส,
2. Nationa Kidney Disease: K/DOOI.(2002). Clinical practices guideline for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. Kindney/Dialysis Outcome Quality Initiation. American Journal Kidney Disease, 39(2supply1) : S1-S266; 2002.
2. ศศิธร ชิดนายี.(2550). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.พิมพ์ครั้งที่2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมชนก.
เยาวลักษณ์ พวงจิตร.(2563). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 17(3) 148 - 65
3. ชิดชนก เรือนก้อน ขจรศักดิ์ นพคุณ เศรษฐพล ปัญญาทอง พงศ์ศักดิ์ ด่านเดชา สุรพล โนชัยวงศ์ เกียรติเกรียงไกร โกยรัตโกศล ชยุตพงศ์ ใจใส สมจริง รุ่งแจ้ง เฉลิมพงษ์ แสนจุ้ม ศศิธร ศิริลุน ประภาส ภูเวียง ศิรยุทธ พัฒนโสภณ.(2560). การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง: การรักษา การเฝ้าระวัง และการป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการล้างไตทางช่องท้องโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
4. นฤมล แก่นสาร.(2558). การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 12(2) 81-91
5. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ.(2544). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยซี เอ พี ดี. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
6. กิตติมา จันทร์โอ, สุธิดา โตพันธานนท์.(2551). การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องปกติที่มีภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบ. ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, เกรียง ตั้งสง่า, ดุสิต ล้ำเลิศกุล, อนุตตร จิตตินันทน์, ประเสริฐ ธนกิจจารุ, บรรณาธิการ. Textbook of Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่นจำกัด
7. John W. Best.(1981). Research in Education, 4 th ed. New Jersey : Prentice – Hall Inc.
8. วาสนา สวนพุฒ.(2564). ผลของการโคชต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอำเภอสอง จังหวัดแพร่. Journal of the Phrae Hospital Volume 29 No.1 January–June 2021 91-100
9. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ.(2544). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยซี เอ พี ดี. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
10. กิตติมา จันทร์โอ, สุธิดา โตพันธานนท์.(2551). การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องปกติที่มีภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบ. ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, เกรียง ตั้งสง่า, ดุสิต ล้ำเลิศกุล, อนุตตร จิตตินันทน์, ประเสริฐ ธนกิจจารุ, บรรณาธิการ. Textbook of Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่นจำกัด
11. อรวมน ศรียุกตศุทธ.(2554). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.ใน ปราณี ทู้ไพเราะและคณะ บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. กรุงเทพฯ: อันพีเพรส,
12.สิทธิพงษ์ พรมแสง.(2564). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 6(3). 63-71
13. มีด๊ะ เหมมาน, กิตติกร นิลมานัต และ เยาวรัตน์ มัชฌิม.(2560). การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิม. วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 9: 50-9.

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อผ่าตัดเนื้องอกในสมองที่มีภาวะอ้วน

Case study: Nursing care of a patient undergoing general anesthesia for brain tumor surgery with an obese patient.

(Received: December 11,2023 ; Revised: December 20,2023 ; Accepted: December 23,2023)

อุไรรัตน์ ศรีพุ่ม[1]
Urairat Sripum[1]

บทคัดย่อ

การผ่าตัดเนื้องอกสมอง อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อสมองโดยตรงได้ การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยหลับ จำไม่ได้ ไม่ขยับระหว่างการผ่าตัด และการรักษาอาการปวดหลังผ่าตัดแล้ว ต้องเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการผ่าตัดหรือเกิดความแทรกซ้อนจากการผ่าตัดน้อยที่สุด ดังนั้นวิสัญญีผู้ให้การระงับความรู้สึกจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องสรีรวิทยาของสมองและพยาธิสรีรวิทยาของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นอย่างดี เพื่อให้คงระดับปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองให้เพียงพอระหว่างผ่าตัด ลดการบาดเจ็บของระบบประสาท นอกจากนี้วิสัญญียังมีบทบาทในการจัดท่า การให้สารน้ำ การเฝ้าระวังเรื่องการไหลเวียนเลือดระหว่างผ่าตัด และการดูแลระยะหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาสำหรับกรณีศึกษา พบว่าจากการประเมินพบปัญหาก่อนการระงับความรู้สึกได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะอ้วน (BMI 37.59) มีเนื้องอกที่สมองก้อนขนาดใหญ่ (4.8x5.8x4.4 ซม.) ตรง Right sphenoid meningioma ระหว่างระงับความรู้สึกมีปัญหาเรื่องเกิดสมองบวม ผ่าตัดนาน และเสียเลือดระหว่างผ่าตัดมาก 2400 มล. หลังระงับความรู้สึกผู้ป่วยต้องคาท่อหายใจดูแลต่อยังหอผู้ป่วยหนัก ภายหลังผ่าตัด 1 วันผู้ป่วยอาการดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จึงได้รับการถอดท่อหายใจและย้ายไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 7 หลังผ่าตัด รวมวันนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 9 วัน ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดสมอง และปรับใช้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มารับบริการระงับความรู้สึกได้

คำสำคัญ; การพยาบาลด้านวิสัญญี, การผ่าตัดเนื้องอกสมอง, การระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยอ้วน

Abstract

Anesthesia for brain surgery May cause direct injury to the brain. Anesthesia in brain surgery patients in addition to making the patient sleep, cannot remember or move during surgery. And treatment of post-operative pain You must monitor for injuries from surgery or complications from surgery as little as possible. Therefore, the anesthetist who provides anesthesia needs to have a good understanding of brain physiology and the pathophysiology of intracranial hypertension. Maintains adequate blood flow to the brain during surgery. To reduce injury to the nervous system anesthesia also plays a role in positioning, administering fluids, and monitoring blood flow during surgery. and post-operative care in a case study of a patient undergoing brain tumor surgery who was also obese.

Results for the case study It was found that from the evaluation, problems before anesthesia were found, including the patient was obese (BMI 37.59) and had a large brain tumor (4.8x5.8x4.4 cm.) in the right sphenoid meningioma. During anesthesia, there were problems with brain swelling, long surgery, and blood loss during surgery, 2400 ml. After anesthesia, the patient had to be placed on a breathing tube for further care in the intensive care unit. After 1 day of surgery, the patient felt good. There were no serious complications. The breathing tube was removed and transferred to the general ward. was allowed to go home on the 7th day after surgery, totaling 9 days of hospital stay. The results of the study can be used for patients who come to receive anesthesia services for brain

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

surgery. and can be adapted for use with groups of patients other than brain tumor patients who come to receive anesthesia services.

Keywords; Anesthesia nursing, brain tumor surgery, anesthesia for obese patients

บทนำ

เนื้องอกสมอง (Brain tumor) หมายถึง เนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจเกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติ ของเซลล์ประสาทในสมอง เยื่อหุ้มสมอง ต่อมใต้สมอง โพรงสมอง ตลอดจนความผิดปกติที่มีต้นกำเนิดจากเซลล์ ภายในระบบประสาทเอง หรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งจากอวัยวะอื่น ๆ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม เป็นต้น[2] เนื้องอกเป็นโรคที่พบได้ทุกเพศทุกวัย มีความรุนแรงเนื่องจากก่อให้เกิดการทำหน้าที่ของสมองผิดปกติ อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ มีคุณภาพชีวิตลดลง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต[5] อุบัติการณ์พบโดยประมาณ 18.71 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี โดยจำแนกเป็นเนื้องอกที่โตช้า (benign brain neoplasm) พบได้ 11.52 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และสำหรับเนื้องอกที่โตเร็ว (malignant brain tumor) พบได้ 7.19 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี[2] การรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาเพื่อรักษาสมดุลการทำหน้าที่ของสมอง เพื่อรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะที่สูง จากภาวะน้ำในสมองอุดตันฉับพลัน (acute hydrocephalus) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตใกล้เคียงกับก่อนมารักษามากที่สุด

ผู้ป่วยโรคอ้วน (obese) เป็นกลุ่มผู้ป่วย ที่มีไขมันสะสมในร่างกายมากกว่าปกติ ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหลายระบบ และเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด[4] ปัจจุบันความชุกของโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สูงถึงร้อยละ 20-30 ของประชากรในประเทศแถบยุโรป และร้อยละ 30-40 ในสหรัฐอเมริกา สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ 8.5 สูงเป็นอับดับ 2 ในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[11] พยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีผลต่อการระงับความรู้สึก ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบไขมันที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ ส่งผลต่อระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา ค่าครึ่งชีวิตของยา ระยะเวลาออกฤทธิ์ของยา ความเข้มข้น และความแรงของยาที่บริเวณเนื้อเยื่อเป้าหมาย การพิจารณาปรับขนาดยา โดยเฉพาะการกระจายของยามีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ระดับยาในเลือดและเนื้อเยื่อโดยคำนวณน้ำหนักตัว หลักการ คือต้องเลือกยาที่ละลายในไขมันได้ดี หลังจากยาเข้าไปสะสมในไขมันจะทำให้ค่าครึ่งชีวิต และระยะเวลาออกฤทธิ์ของยานานขึ้น[11]

การระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองที่มีภาวะอ้วนร่วม เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยสามารถฟื้นจากยาสลบได้อย่างรวดเร็ว ทางเลือกของการระงับความรู้สึก (choice of anesthesia) สำหรับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยทั่วไปมีหลายวิธี ได้แก่ วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว, การระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ, และการระงับความรู้สึกแบบตื่น แต่ละวิธีต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นหลัก และแต่ละวิธีต้องเหมาะกับบริบทของแต่ละที่ซึ่งบางสถานที่จะมีข้อจำกัดในเรื่องวัสดุอุปกรณ์ การเฝ้าระวัง และทีมของวิสัญญีที่จะตัดสินใจเลือกวิธีระงับความรู้สึก โดยจะมีการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ต้องมีการประเมินโรคประจำตัวและพยาธิสรีรวิทยาที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ประเมินระบบหายใจ การนอนกรนเพื่อคัดกรองภาวะ OSA ประเมินหัวใจและหลอดเลือด ความสามารถในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อประเมินภาวะใส่ท่อหายใจยาก และภาวะช่วยหายใจด้วยหน้ากากยาก การเตรียมความพร้อมด้านผลการปฏิบัติการ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ค่าการทำงานของตับ ค่า

การแข็งตัวของเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และผลการตรวจทางด้านสมอง เช่น ผล CT-brain

การดูแลระหว่างการระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 1) การเฝ้าระวังประกอบด้วยการเฝ้าระวังขั้นพื้นฐาน ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความดันเลือด ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อุณหภูมิกาย และค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก และการเฝ้าระวังอื่นๆ ได้แก่ การวัดความดันเลือดโดยตรง การติดตามการออกฤทธิ์ของยาหย่อนกล้ามเนื้อโดยใช้ peripheral nerve stimulation ในรูปแบบ train-of-four(TOF) 2) การให้ยาระหว่างผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การเลือกวิธีระงับความรู้สึก เทคนิคการระงับความรู้สึก การเลือกใช้ยาความพิจารณายาที่ออกฤทธิ์เร็ว หมดฤทธิ์เร็ว ชนิดและขนาดของยาระงับความรู้สึกให้พอเหมาะ 3)การดูแลหลังผ่าตัด การพิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถถอดท่อหายใจภายหลังผ่าตัดได้หรือไม่ ควรมีการประเมินร่วมกันทั้งทีมแพทย์ผู้ผ่าตัด และทีมวิสัญญีเพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด

จากสถิติการให้บริการ 3 ปีย้อนหลังของกลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าในปี 2564 ร้อยละ 7.81 (10 ราย), ปี 2565 ร้อยละ 4.31 (5 ราย) และปี 2566 ร้อยละ 20 (29 ราย) พบแนวโน้มว่าจะมีผู้มารับบริการมากขึ้น จากสำรวจปัญหาของการระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดสมอง พบว่ายังไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ยังขาดผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสำหรับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดสมอง ซึ่งปัจจุบันมีผู้ผ่านการอบรมเพียง 1 ท่าน บทบาทของวิสัญญีพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วย สภาการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญี เริ่มต้นตั้งแต่การออกเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วย เพื่อประเมินสภาพและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกและเฝ้าระวังผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด และการรักษาอาการเจ็บปวด รวมถึงติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ปัญหาที่พบบ่อย ๆได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวดแผลหลังผ่าตัด ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ เป็นต้น และเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยหรือหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อติดตามดูภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการระงับความรู้สึก เช่น เจ็บคอหรือเสียงแหบจากการใส่ท่อหายใจ, ภาวะการรู้สึกตัวระหว่างดมยาสลบ (awareness), postural puncture headache เป็นต้น

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเนื้องอกสมอง ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเนื้องอกสมองที่มีภาวะอ้วนร่วม โดยแบ่งระยะการดูแลออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะก่อนระงับความรู้สึก (Pre-anesthesia) เป้าหมายเพื่อเป็นการพยาบาลสำหรับการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึก โดยจะมีการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย ระยะที่ 2 ระยะให้การระงับความรู้สึก (Intra-anesthesia) เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างระงับความรู้สึก ได้แก่ ไม่มีภาวะสมองบวม, ไม่มีภาวะเสียเลือด, ไม่มีภาวะ hypoxemia, ไม่มีภาวะ Electrolyte imbalance และรายะที่ 3 ระยะหลังระงับความรู้สึก เป้าหมายเพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนและการติดตามเยี่ยมหลังระงับความรู้สึก การวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยรายนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[6] มาใช้เป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพ และให้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม[7]

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาและให้การพยาบาลด้านวิสัญญีสำหรับผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเนื้องอกสมองที่มีภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเนื้องอกสมอง
3. เพื่อวางแผนและเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนที่มาระงับความรู้สึก
4. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเมื่อมารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเนื้องอกสมอง

5. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ ที่มารับบริการการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเนื้องอกสมองเกิดความพึงพอใจ

ขอบเขตการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองและได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ที่โรงพยายาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ในช่วงปีงบประมาณ 2566

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมอง และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ที่ โรงพยายาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ในช่วงปีงบประมาณ 2566 จำนวน 1 ราย

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประเมินความรู้ความเข้าใจ แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้ง ประเมินสภาพผู้ป่วยและตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

3. ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ เพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ในการวางแผนการพยาบาล และการให้การระงับ ความรู้สึกสำหรับการการผ่าตัดเนื้องอกสมองและการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม ประเมินโดยใช้แบบแผนภาวะสุขภาพ (Functional Heath Pattern) 11 แบบ แผนของมาร์จอรีย์ กอร์ดอน6 เป็นกรอบแนวคิดในการประมินภาวะสุขภาพของบุคคล และวางแผนให้การดูแล การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม

5. ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้

6. สรุปผลการพยาบาล และสรุปปัญหาอุปสรรค ในการพยาบาล

7. รวบรวมจัดทำเป็นรูปเล่ม

8. ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาลเชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ผลการศึกษา	กรณีศึกษา
1.1 ข้อมูลผู้ป่วย	ประวัติ: ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างอ้วน (BMI 37.59) มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะมากร่วมกับมีอาเจียน ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 1 ปีก่อน มีอาการปวดศีรษะเป็นๆ หายๆ 1 เดือน 3 วันก่อนมาปวดศีรษะมาก อาเจียนจึงมาตรวจที่โรงพยาบาล ทำ MRI brain พบว่ามีเนื้องอกที่ Right sphenoid meningioma ขนาด 4.8x5.8x4.4 ซม. โรคประจำตัว: ความดันโลหิตสูง ยารักษาที่ได้รับ Inderal ประวัติการผ่าตัด: Appendectomy การแพ้ยา: Enarail, Amlodipine V/S: T 36.8 c, P 88 ครั้ง/min, R 20 ครั้ง/min, 155/93 mmHg Set OR for Right craniectomy with tumor removal การระงับความรู้สึก: ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว General anesthesia with ET-tube อุปกรณ์เฝ้าระวัง ได้แก่ การวัดความดันเลือดแบบไม่ลุกล้ำ(NIBP), การใส่สายเพื่อวัดความดันจากหลอดเลือดแดงโดยตรง (A-line), การวัดความเข้มข้นของออกซิเจนจากปลายนิ้ว(SPO_2), คลื่นไฟฟ้าหัวใจ(EKG), อุณหภูมิร่างกาย, การเฝ้าระวังก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกสุด($ETCO_2$) และมีการทำ C-line เพื่อให้สารน้ำและยา นำสลบด้วย fentanyl 50 มคก. propofol 200 มก. Cis-atracurium 10 มก. เพื่อเป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อสำหรับใส่ท่อหายใจขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางภายใน 7.5 ลึกที่มุมปาก 20 ซม. คงระดับการระงับความรู้สึกด้วยออกซิเจนผสมกับอากาศ (air-oxygen mixture) และSevoflurane 0.5-1 MAC หลังจากนั้นพบว่ามีสมองบวมระหว่างผ่าตัดจึงได้หยุดให้ยาดมสลบเปลี่ยนเป็นการให้ยาสลบทางหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่อง (TIVA) โดยให้เป็น propofol ทางหลอดเลือด

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ผลการศึกษา	กรณีศึกษา
	ดำขนาด 3-5 มก./กก./ชม. และให้ Cis-atracurium หยดทางหลอดเลือดดำขนาด 0.4 มก./กก./ชม. ควบคุมปริมาตรการหายใจด้วย(volume control mode) ตั้งปริมาตรการหายใจ(tidal volume) 450 มล. อัตราการหายใจ 12 ครั้ง/นาที ใช้เวลาการผ่าตัดทั้งหมด 13 ชม. 15 นาที ได้รับยา Propofol ทั้งหมด 3800 มก. ยา Cis-atracurium ทั้งหมด 120 มก. และ Fentanyl ทั้งหมด 450 มคก. เสียเลือดทั้งหมด 2400 มล. ระหว่างผ่าตัดได้สารน้ำเป็น 0.9NSS ทั้งหมด 5300 มล. ได้เลือดและส่วนประกอบของเลือด PRC ทั้งหมด 877 มล. ได้รับ FFP ทั้งหมด 990 มล. ภายหลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยได้รับ on ET-tube ย้ายไปดูแลต่อยังตึก ICU การดูแลหลังผ่าตัด: ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถถอดท่อหายใจออกได้ 1 วันหลังผ่าตัด ตื่นดี GCS $E_4V_5M_6$ ขยับแขนขาได้ดี มีปวดศีรษะเล็กน้อย ไม่มีไข้ แผลแห้งดี ย้ายออกจากตึก ICU ได้วันต่อมา และผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 7 หลังผ่าตัด รวมวันนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 9 วัน
1.2 การวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ	เนื้องอกสมอง หรือที่เรียกว่าเป็นพยาธิสภาพที่สมองกรณีที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บเนื่องอกหรือก้อนจะทำให้มีการเพิ่มปริมาตรของส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ และของเนื้อสมอง ระบบไหลเวียนเลือด น้ำหล่อสมอง และไขสันหลัง (CSF) จนเกินขีดความสามารถในการรักษาความสมดุลภายในสมองมีผลทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น[8] จากพยาธิสภาพดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกที่สมองมีอาการ ปวดศีรษะ อาเจียน การทำงานของกล้ามเนื้อไม่สัมพันธ์กัน เดินเซ การรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้องอกสมอง โดยการเปิดกะโหลกศีรษะเป็นแผ่น (craniotomy) เพื่อการรักษารอยโรคที่เป็นเนื้องอกสมองออกตำแหน่งของการเปิดกะโหลก ศีรษะเพื่อเลือกช่องทางเข้าหาพยาธิสภาพในกะโหลก ขึ้นอยู่กับความชำนาญและประสบการณ์ ของศัลยแพทย์ โดยจะเลือกผ่านทางที่ใช้ระยะเวลาที่สั้นที่สุด มีการดึง รั้งสมองหรือทำลายเนื้อสมองน้อยที่สุด จากกรณีศึกษาตำแหน่งที่เปิดกะโหลกศีรษะ จะเป็นตำแหน่ง Right anterior parital การระงับความรู้สึกสมอง ผู้ที่จะทำการระงับความรู้สึกควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยาต่อสมอง ยาระงับความรู้สึกที่ให้ในผู้ป่วยรายนี้ที่ส่งผลต่อสมอง ได้แก่ - ยาดมสลบ(volatile) ที่ใช้คือ Sevoflurane เป็นยาสลบสูดดมชนิดไอระเหย กลุ่ม fluorinated methyl isopropyl ether ที่ไม่ติดไฟและไม่ระเบิด มีกลิ่นแต่ไม่ฉุนมากมี blood/gas solubility เท่ากับ 0.65 ไม่มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อทางเดินหายใจสามารถนำสลบได้เร็ว(ในผู้ใหญ่ 1 MAC ประมาณเท่ากับความเข้มข้นของยาในช่วงหายใจออกสุดที่ 2 เปอร์เซ็นต์) ผลต่อสมองทำให้มีการเพิ่มของ cerebral blood flow เป็น dose-dependent (>2 MAC) - ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ ที่ใช้คือ Propofol เป็นยาที่ออกฤทธิ์เลวและหมดฤทธิ์เร็ว ผลของยาต่อระบบประสาทออกฤทธิ์ที่ GABA receptor ออกฤทธิ์เร็ว หมดฤทธิ์เร็ว ลดความดันในกะโหลกศีรษะลด cerebral blood flow ลดการใช้ออกซิเจนของสมอง ลดความดันในลูกตา และมีฤทธิ์ในการระงับชัก ข้อควรระวังสำหรับผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากช่วง maintenance ได้รับยาแบบหยดต่อเนื่องต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะ propofol infusion Syndrome ซึ่งจะในรายที่มีการให้ยาเป็นเวลานาน ดังนั้นไม่ควรให้ยาเกินกว่า 48 ชั่วโมงกรณีที่มีการให้ยาอย่างต่อเนื่อง[8] - ยากลุ่ม opioid ที่เลือกใช้ในเคสนี้คือ Fentanyl ผลของยาต่อสมอง ออกฤทธิ์ดีมากต่อ mu receptor ในระบบประสาทกลางช่วยเพิ่มระดับ pain threshold ของผู้ป่วยในขณะที่เปลี่ยนแปลงการรับรู้ในความเจ็บปวดที่เกิด และยับยั้ง ascending pain pathway มีฤทธิ์แรงกว่ายา morphine 100 เท่า ออกฤทธิ์เร็วแต่ระยะสั้น ควรระมัดระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บทางสมอง มีเนื้องอกในสมองผู้ป่วยที่มีความดันในสมองสูง เพราะเกิดอันตรายจากความดันในสมองสูง - ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาหย่อนกล้ามเนื้อทุกตัวมีผลต่อสมองน้อยมากสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย เคสนี้ใช้ cis-atracurium

2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการผ่าตัด	**วัตถุประสงค์**: เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเข้าใจ แผนการรักษาโดยการผ่าตัดและให้ความร่วมมือใน การรับการรักษา **เกณฑ์การประเมินผล**: ผู้ป่วยมีสีหน้า ท่าทางดีขึ้น พูดคุยและพร้อมเข้ารับการผ่าตัด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการผ่าตัด และขั้นตอนต่าง ๆ ในการผ่าตัด รวมทั้งให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับทีมบุคลากรสุขภาพ ที่จะคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งก่อน และหลังผ่าตัด 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกต่าง ๆ และซักถามข้อสงสัย โดยพยาบาลเป็นผู้ฟังที่ดี 3. แนะนำให้ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่น ที่ได้รับการผ่าตัดไปแล้ว และประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดเนื้องอกสมอง 4. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย 5. เมื่อผู้ป่วยพร้อมสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด **การประเมินผล**: ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางดีขึ้นบอกว่าพร้อม ที่จะได้รับการผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่2 เสี่ยงต่อ การเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาด ออกซิเจนเนื่องจากการใส่ท่อยาก เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอ้วน (BMI 37.59)	**วัตถุประสงค์:** เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่เกิด ภาวะ Hypoxia **เกณฑ์การประเมินผล**: ไม่เกิดภาวะ Hypoxia โดย Oxygen saturation ไม่ต่ำ กว่า 95% ใช้เวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจไม่นานเกิน 4 นาที **กิจกรรมการพยาบาล:** 1. เตรียมอุปกรณ์ยา และเวชภัณฑ์ให้พร้อมในการใช้งาน เตรียมท่อหายใจขนาด เบอร์ต่างๆไว้ 3 เบอร์ (เบอร์ 6.5, 7.0 และ7.5) และใส่แกนนำร่องไว้เพื่อให้ช่วยใส่ ท่อหายใจได้ง่ายขึ้น ใช้Video laryngoscope 2. จัดท่าRamp position นอนหงาย ใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่และลำตัว ส่วนบนให้ติ่งหูผู้ป่วยอยู่ในแนวเดียวกับกระดูก sternum และขนานกับพื้นราบ 3. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจนสูงก่อนให้ยานำสลบ 3-5 นาที 4. ตรวจสอบตำแหน่งที่ถูกต้องทันทีหลังใส่ท่อหายใจได้ **การประเมินผล**: สามารถใส่ท่อหายใจได้ภายในครั้งเดียว ไม่เกิดภาวะ Hypoxia ตรวจสอบตำแหน่งจากการฟังปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือดแดง 98-100 เปอร์เซ็นต์และผู้ป่วยไม่มีอาการบาดเจ็บที่ปากและฟันจาก การใส่ท่อหายใจลำบาก
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการได้รับการทำหัตถการผิดคน ผิดตำแหน่ง	**วัตถุประสงค์**: เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง และถูกประเภทการผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล**: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง และถูกประเภทการผ่าตัด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. การรับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยต้องมีการตรวจสอบยืนยันตัวผู้ป่วย ให้ตรงกับป้ายข้อมือผู้ป่วย หัตถการข้าง ตำแหน่งที่จะผ่าตัดให้ถูกต้องตามมาตรฐานของ WHO Surgical Safety Checklist และตรวจสอบใบยินยอมผ่าตัด ให้มีการลงนามอธิบายให้ครบถ้วน ชัดเจน 2. ก่อนระงับความรู้สึกต้องมีการ Sign in ร่วมกับทีมผ่าตัด ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด ร่วมกันดำเนินการ ดังต่อไปนี้ - ยืนยันความถูกต้อง ชื่อ นามสกุลตำแหน่งผ่าตัด ใบยินยอมโดยการยืนยันกับผู้ป่วย, ตรวจสอบ mark site หากไม่มีให้ทำ mark site โดย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกัน, ตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์ และยาที่จะใช้ระงับความรู้สึก, ตรวจสอบว่ามี pulse oximeter ติดกับผู้ป่วยและใช้การได้, ตรวจสอบประวัติการใส่ท่อหายใจลำบากหรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการสำลักขณะใส่ท่อหายใจ และตรวจสอบว่ามีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ 3. ก่อนลงมีด Time out ศัลยแพทย์เป็นผู้ขานให้ทีมผ่าตัด ร่วมกันดำเนินการดังต่อ ไปนี้ -สมาชิกทีมแนะนำชื่อละบทบาทของตนเองเพื่อยืนยันความถูกต้อง และกล่าวยืนยัน ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตำแหน่งที่จะผ่าตัด, ถ้ามียาปฏิชีวนะควรให้ก่อนลงมีด 30-60 นาที, ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญหรือขั้นตอนที่อาจเกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ การคาดคะเนระยะเวลาผ่าตัด และการสูญเสียเลือด, ทีมวิสัญญีทบทวนปัญหาที่ต้องระมัดระวังในผู้ป่วยเฉพาะราย และพยาบาลห้องผ่าตัดตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือปราศจากเชื้อมีความถูกต้องครบถ้วน

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล
	4. ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด sign out ด้วยวาจาโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ยืนยันในเรื่องดังต่อไปนี้ ชนิดการผ่าตัดแบบบันทึกการผ่าตัด อุปกรณ์หรือสิ่งที่ใส่ให้ผู้ป่วย การตรวจนับอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บครบถ้วน เขียนป้ายสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้อง ตรงกับเอกสาร ทีมผ่าตัดมีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด และต้องแจ้งให้ทีมห้องพักฟื้นเพื่อการดูแลต่อเนื่อง **การประเมินผล:** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง และถูกประเภทการผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการจัดท่าผ่าตัด	**วัตถุประสงค์**: เพื่อป้องกันอันตรายจากการจัดท่าในการผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล**: ไม่มีอาการบาดเจ็บของเส้นประสาท หรือท่อหายใจเลื่อนหลุดระหว่างผ่าตัด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ควรตรวจสอบตำแหน่งของท่อหายใจ เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลานานยากต่อการเข้าไปตรวจสอบ รวมถึงสายสวนหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ให้ปลอดภัยก่อนเริ่มผ่าตัด 2. ดูแลระวังการกดทับของผู้ป่วยโดยใช้แผ่นรอง (Pad) ที่เหมาะสม หรือระวังไม่ให้มีการเหยียดตรึงแขนขาที่อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลายได้ 3. ระวังการบิดหน้ามากเกินไป จนกดทับหลอดเลือด jugular ควรจัดศีรษะให้สูงเล็กน้อย และมีหมอนรองบริเวณใต้เข่าเพื่อลดการเยียดตึงของขาทั้งสองข้าง **การประเมินผล**: ผู้ป่วยไม่ได้รับอันรายจากการจัดท่าผ่าตัด ไม่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเสียสมดุลของสารน้ำในร่างกายเนื่องจากสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด	**วัตถุประสงค์**: เพื่อป้องกันอันตรายจากการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล**: ชดเชยเลือดที่เสียไปได้ทันเวลา สัญญาณชีพปกติ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. เฝ้าระวังประเมินการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด โดยใช้สูตรคำนวณ ***ABL*** = total blood volume x (Hctตั้งต้น – Hct 30) / Hct ตั้งต้น; โดยTBV= BW x 65(female) แทนค่า ABL=(79x65)x(40.8-30/40.8)= 1,355.64 มล. 2. ดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามมาตรฐานการให้เลือด และเฝ้าระวังอาการแพ้เลือดภายหลังได้รับเลือด 3. เฝ้าระวังสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ **การประเมินผล**: เสียเลือดขณะผ่าตัด 2400 มล. สามารถชดเชยเลือดได้ทัน (ได้ PRC 2 ยูนิต) ผู้ป่วยปลอดภัย และสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก	**วัตถุประสงค์**: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างระงับความรู้สึก ทำให้การผ่าตัดได้อย่างราบรื่น **เกณฑ์การประเมินผล**: ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด ได้แก่ ไม่มีภาวะสมองบวม, ไม่มีภาวะเสียเลือด, ไม่มีภาวะ hypoxemia, ไม่มีภาวะ Electrolyte imbalance **กิจกรรมการพยาบาล** 1. การบริหารยาระงับความรู้สึกเทคนิคที่ใช้คือ Balance technique (N2O-Narcotic-Muscls relaxant) โดย - ควบคุมความดันเลือดให้เหมาะสม Keep MAP 70-120 mmHg, keep Entidal-CO2 ในลมหายใจ 30-35 mmHg, ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในช่วงปกติ >36 - 37 องศาเซลเซียส, Keep Hematocrit >30 vol% และดูแลระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ 120-200 mg/dl 2. ดูแลจัดท่าผู้ป่วยในท่าศีรษะสูงเล็กน้อยร่วมกับศีรษะอยู่ในแนวตรงไม่บิดหรือก้มมากเกินไป เพื่อให้เลือดดำจากสมองไหลกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น **การประเมินผล**: - ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมระหว่างผ่าตัดได้รับการแก้ไขโดยได้รับยาลดบวมสมองระหว่างผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดราบรื่น - เสียเลือดจากการผ่าตัด 2400 มล. ได้รับสารน้ำและเลือดชดเชยอย่างทันท่วงที สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ไม่สามารถสื่อสารได้ปกติ เนื่องจากใส่ท่อหายใจหลังผ่าตัด	**วัตถุประสงค์**: เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ **เกณฑ์การประเมินผล**: เพื่อให้การสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น **กิจกรรมการพยาบาล:** ประเมินความสามารถของผู้ป่วยที่จะใช้ในการสื่อสารแทนการพูด อธิบายให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร และกระตุ้นให้ญาติและผู้ป่วยพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจ **การประเมินผล**: สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษากาย และการเขียน และผู้ป่วยได้ถอดท่อหายใจออกใน 1 วันหลังผ่าตัดทำให้ปัญหานี้หมดไป
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	**วัตถุประสงค์**: ลดอาการปวดจากการการผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล**: สีหน้าท่าทางดีขึ้น ไม่บ่นปวดแผล คะแนน Pain Score ลดลงจากเหลือ 3-5 คะแนน **กิจกรรมการพยาบาล:** ประเมินอาการปวดศีรษะโดยใช้ Pain scale และสังเกตสีหน้าท่าทาง ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา พร้อมทั้งประเมินหลังให้ยา **การประเมินผล**: ค่าคะแนนปวดอยู่ในช่วง 3-5 คะแนน ไม่บ่นปวดแผล พักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	**วัตถุประสงค์**: ป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล**: ไม่เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด **กิจกรรมการพยาบาล:** ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ สังเกตแผลผ่าตัด ดูแลให้ท่อระบายอยู่ในระบบปิด ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย **การประเมินผล**: อุณหภูมิกายปกติ แผลผ่าตัดปกติ ไม่มีสัญญาณของการติดเชื้อ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักหลังผ่าตัดเนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด	**วัตถุประสงค์**: ป้องกันภาวะชักกหลังผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล**: ไม่มีการชักหลังผ่าตัด **กิจกรรมการพยาบาล:** 1. เฝ้าระวังสังเกต สัญญาณของการชัก สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ประเมิน neuro sign 2. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้กรณีเกิดการชัก และยกไม้กั้นเตียงขึ้นกันตกเตียงเพื่อความปลอดภัย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อลดการกระตุ้นให้เกิดการชัก 3. ดูแลให้ได้รับยากันชักตามแผนการรักษา **การประเมินผล**: ผู้ป่วยไม่มีอาการชักหลังผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 วิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์และการกลับไปใช้ชีวิตหลังผ่าตัด	**วัตถุประสงค์**: ลดความวิตกกังกลเกี่ยวกับดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านบ้าน **เกณฑ์การประเมินผล**: เพื่อคลายความกังวลเมื่อต้องกลับไปดูแลตัวเองอยู่บ้าน **กิจกรรมการพยาบาล:** พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค การผ่าตัด และการดูแลตัวเองเมื่ออยู่บ้าน เปิดโอกาสให้ระบาย ซักถามข้อสงสัย ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา สร้างความมั่นใจในการดูแลตัวเองที่บ้าน แนะนำแหล่งประโยชน์หรือสถานพยาบาลที่สามารถดูแลต่อเนื่องได้ในชุมชน และแนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์กรณีเร่งด่วน และกรณีไม่เร่งด่วน **การประเมินผล**: ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายกังวล เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตัวเองที่บ้านมากขึ้น

อภิปรายผล

การระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเนื้องอกสมอง ในบทบาทของวิสัญญีพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจพยาธิสภาพของโรคสมอง ระดับการรู้สึกตัวของผู้ป่วยก่อนมาผ่าตัดถ้าค่าระดับความรู้สึกตัวไม่ดีหรือค่าคะแนน GCS < 12 อาจไม่ได้รับการพิจารณาถอดท่อหายใจภายหลังผ่าตัด ตำแหน่งที่จะผ่าตัด ขนาดของก้อนซึ่งถ้าเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 30 มม. เสี่ยงต่อการเสียเลือดและสมองได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด[9] ระยะเวลาที่ใช้ผ่าตัดกรณีศึกษานี้ใช้ระยะเวลาผ่าตัดทั้งหมด 13 ชม. 15 นาที และการได้รับสารน้ำระหว่างระงับความรู้สึก

ชนิด crystalloids ที่มากเกินความจำเป็นจะทำให้เกิดการบวมของสมองขณะที่ผ่าตัดได้[10] จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมขณะผ่าตัดและได้รับการแก้ไขได้รับยาลดสมองบวมระหว่าผ่าตัดทำให้การผ่าตัดราบรื่น[11] ในเรื่องของภาวะอ้วน ผู้ป่วยรายนี้มีการวางแผนการดูแลและเตรียมความพร้อมประเมินความเสี่ยง เช่นการมีโรคร่วม และการใส่ท่อหายใจลำบาก แบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ 1) ระยะก่อนระงับความรู้สึก มีการวางแผนเยี่ยมผู้ป่วยก่อนระงับความรู้สึกเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตรวจเช็คประเมินผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด การเตรียม ICU unit 2) ระยะระงับความรู้สึก ผู้ป่วยรายนี้การใช้เทคนิค TIVA ได้มีนำเครื่อง Target control infusion มาให้ยานำสลบ เช่น propofol เพื่อรักษาระดับความลึกของการให้ยาระงับความรู้สึกในระหว่างผ่าตัดแทนการใช้ Volatile agent เนื่องจากสามารถคำนวณได้จาก เพศ น้ำหนัก อายุ ทำให้สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมและถูกต้องกับ ผู้ป่วยแต่ละราย ช่วยป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงระหว่างผ่าตัด การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนการ monitor อาจต้องใช้การติดตามการหย่อนกล้ามเนื้อโดยใช้ TOF ร่วม เพื่อประเมินระดับการหย่อนของกล้ามเนื้อเพื่อให้เพียงพอต่อการผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดราบรื่น ไม่รู้สึกตัวหรือขยับร่างกาย เพราะจะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดการบาดเจ็บของสมองเพิ่มขึ้นได้ 3) ระยะหลังระงับความรู้สึก เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดผู้ป่วยคาท่อหายใจย้ายไปสังเกตอาการต่อที่ ICU unit เนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน เสียเลือดขณะผ่าตัดมาก ช่วงระหว่างผ่าตัดมีสมองบวม และมีภาวะอ้วนร่วมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นการเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตันหลังระงับความรู้สึก สำหรับการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 24 ชม.หลังระงับความรู้สึกผู้ป่วยยังคาท่อหายใจ ประเมินคะแนน GCS $E_4V_TM_6$ รู้สึกตัวดี พบว่าผู้ป่วยอาการดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงได้ถอดท่อหายใจวันที่ 2 หลังผ่าตัด และย้ายกลับหอผู้ป่วยปกติได้

สรุปได้ว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดเนื้องอกสมอง จากการวางแผนการของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ทีมแพทย์ผ่าตัด ทีมวิสัญญี ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยเฉพาะทีมวิสัญญีจะมีการวางแผนตั้งแต่การเริ่มประเมินผู้ป่วย การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อสังเกตภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งพบว่าระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยมีสมองบวม และเสียเลือดมาก ทีมวิสัญญีก็สามารถแก้ไขได้อย่างทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกได้

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินการเสียเลือดขณะผ่าตัดสำหรับการผ่าตัดสมองประเมินได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากจะมี การใช้ถุงรองที่ใต้ศีรษะผู้ป่วยด้วย อาจทำให้การประเมินคลาดเคลื่อน ควรมีการหาแนวทางการประเมินที่ ชัดเจนร่วมกันในทีมผ่าตัด

2. กรณีที่การผ่าตัดใช้เวลานาน กรณีศึกษานี้ใช้เวลา 13 ชม. 15 นาที ถือว่านานมากอาจเกิดความเมื่อยล้าในทีมผ่าตัด โดยเฉพาะแพทย์ผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดที่อาจเกิดจากความล้าของทีม ควร มีการจัดการที่ดีสำหรับกรณีที่มีการผ่าตัดยาวนาน

เอกสารอ้างอิง

1.Flexman, Alana M.; Wang, Tianlong; Meng, Lingzhong (2019). Neuroanesthesia and outcomes. Current Opinion in Anaesthesiology, 32(5), 539–545. doi:10.1097/aco.0000000000000747

2.สถาบันประสาทวิทยา. (2557). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. บริษัท ธนาเพรส จำกัด. กรุงเทพฯ.

3.โตญาติมาก ภ., อุทริยะประสิทธ์ เ., ฉันท์เรืองวณิชย์ ว., & สิทธินามสุวรรณ บ. (2019). Factors Predicting Cognitive Impairment in Postoperative Brain Tumor Patients. The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 34(4), 64–79. Retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/182776

4.มานี รักษาเกียรติศักดิ์ และวรรณฉัตร กระต่ายจันทร์. (2560). การระงับความรู้สึกศัลยกรรมระบบประสาท. ตำราวิสัญญีพื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่1. พี เอ ลีฟวิ่ง. กรุงเทพฯ.

5.Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics. (2018). CA Cancer J Clin 2018; 68(1): 7-30.

6.Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill.

7.Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. Saint Louis: Mosby; 2001.

8.ณัฐกานต์ หุ่นธานี. ระบบประสาทวิทยาพื้นฐานและการระงับความรู้สึก. ใน: ศิริวรรณ จิรสิริธรรม, บรรณาธิการ.ตำราวิทยาศาสตร์พื้นฐานวิสัญญีวิทยา.กรุงเทพ: โครงการตำรารามาธิบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล; 2559. หน้า 69-82.

9.Echeverría, M., Fiorda-Diaz, J., Stoicea, N., & Bergese, S. D. (2017). Emergence From Anesthesia. Essentials of Neuroanesthesia, 247–254. doi:10.1016/b978-0-12-805299-0.00013-0

10.มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน. (2562). การระงับความรู้สึกผู้ป่วยโรคอ้วน. ก้าวไกลวิสัญญี 4.0 เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่1. ราชวิยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. ธนาเพรส จำกัด. กรุงเทพฯ.

11. ศศิธร วัดศรี.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ที่ต้องดูแลเป็นพิเศษที่บ้าน: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(1) 185-97

รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Model of caring for psychiatric patients who use injection drugs with community participation. Kuchinarai Crown Prince Hospital.

(Received: December 12,2023 ; Revised: December 20,2023 ; Accepted: December 23,2023)

วัณณา แสงฤทธิ์[1]
Wanna Saengrit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรในชุมชนตำบลบัวขาว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 132 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และDependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความแตกต่างและความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มากกว่าก่อนการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการประเมินติดตามเยี่ยมตามเกณฑ์ร้อยละ 100 และอุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในชุมชน เท่ากับ 0

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเวช ใช้ยาฉีด การมีส่วนร่วมของชุมชน

ABSTRACT

This study was Participatory Action Research (PAR) with the objective of studying knowledge and understanding of caring for psychiatric patients who use injection drugs with community participation. and study the model for caring for psychiatric patients who use injection drugs with community participation Kuchinarai Crown Prince Hospital. The research period is between October - December 2023, a total of 3 months. Sample size were 132 personnel in Buakhao Subdistrict communities at Kuchinarai Crown Prince Hospital. Data were collected from questionnaires. and medical records Data analyzed by Content analysis (Content Analysis) frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

The results of the study found that Level of knowledge and understanding in caring for psychiatric patients who use injection drugs through community participation. Before proceeding Overall and each aspect is at a moderate level After overall operations and each aspect is at the highest level and has knowledge and understanding in caring for psychiatric patients who use injection drugs through community participation between patient caregivers, community leaders, and village health volunteer representatives There is no difference.
and knowledge and understanding of caring for psychiatric patients who use injection drugs through community participation. Before and after the operation, there was a significant difference at the .05 level. After the operation,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

there was an average score of knowledge and understanding in caring for psychiatric patients who use injection drugs with community participation. than before operation. It was also found that Psychiatric patients in the Buakhao Subdistrict community Kuchinarai District Kalasin Province Received a follow-up evaluation according to the criteria of 100% and the incidence of psychiatric emergencies in the community was equal to 0.

Keywords: psychiatric patients, injection drug use, community participation

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสุขภาพประเทศไทย โดยประมาณการว่าประชากร 1 ใน 5 มีปัญหาสุขภาพจิต จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คน ในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิต มีเพียงร้อยละ 61 และ 64.87 ยิ่งไปกว่านั้นการเข้าถึงบริการจิตเวชเพื่อรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการให้บริการสุขภาพจิตมากขึ้น มียาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและบุคคลในสังคม โดยเฉพาะโรคจิตเภทก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน สูญเสียความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม[1]

การรักษาทางจิตเวชแบ่งกว้างๆ ได้ 2 ด้าน คือ การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial therapy) และการรักษาด้านร่างกาย (Physical therapy) สำหรับการรักษาด้วยยานับเป็นการรักษาทางด้านร่างกายชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาเพราะได้ผลดีและรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตที่อยู่ในระยะรุนแรง เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอาการคลุ้มคลั่งหรือซึมเศร้ารุนแรง ช่วยให้ผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรงมีอาการสงบลง ช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้ และเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วก็ใช้การบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การทำจิตบำบัด และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นต้น พยาบาลในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีโอกาสรับรู้ผลของยา ฤทธิ์ต่างๆ ของยาต่อผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาต่างๆ ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีความรู้ในเรื่องของยา วิธีการให้ยา การให้ความรู้เรื่องยากับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ[2]

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจำนวนมากซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยแนวทางการรักษาโรคทางจิตเวชในปัจจุบันนั้นนอกจากการให้การรักษาทางจิตสังคมแล้ว การให้การรักษาด้วยยาทางจิตเวชก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ต้องปฏิบัติควบคู่กันไป เพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น[3] จากการศึกษาสภาพปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่าปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา เนื่องจาก ปัญหาเรื่องการรับรู้ข้อมูลการรักษา ประสิทธิภาพของยา อาการไม่พึงประสงค์จากยาและอิทธิพลจากสังคม ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชได้ครบถ้วนและต่อเนื่องนั้น มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาหลายประการ ซึ่งอาจสรุปได้ 2 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย ความตระหนักต่อการเจ็บป่วยทางจิต (illness awareness) การยอมรับการเจ็บป่วย (insight into illness) ทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความเชื่อ ทัศนคติที่

มีต่อยาและอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นและเห็นประโยชน์ของยาว่าจะช่วยให้อาการดีขึ้นจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และจิตพยาธิสภาพ (Psychopathology) อาการของโรคที่ไม่สงบ มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น ภาวะหวาดระแวง อาการหลงผิด อาการเศร้ามากขึ้น ไม่อยากทำอะไร ผู้ป่วยที่อาการของโรคสงบจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยอาการกำเริบ และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่สามารถสนับสนุน ให้กำลังใจ และช่วยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของชุมชน และสังคมในการให้การยอมรับและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยา[4-9]

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีระยะเวลาการดำเนินงานวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ บุคลากรในชุมชนตำบลบัวขาว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรในชุมชนตำบลบัวขาว จำนวน 16 ชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 40 คน ผู้นำชุมชน ชุมชนละ 3 คน รวมเป็น 48 คน และ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนละ 3 คน รวมเป็น 48 คน รวมทั้งสิ้น 132 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยมีกิจกรรมรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์อาการและพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดตำบลบัวขาว การวินิจฉัย วางแผน กำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดตำบลบัวขาว การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์การดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงและเร่งด่วนของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การช่วยเหลือและแก้ไขภาวะที่เป็นอันตรายทันทีที่ตรวจพบปัญหาการดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล การบำบัดรักษาตามอาการ การให้ข้อมูลแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน การบันทึกการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดรักษารวมถึงกรณี ส่งต่อหรือจำหน่าย และการสรุปผลการดำเนินงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มี มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ [10]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .846

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การวิเคราะห์อาการและพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดตำบลบัวขาว

2. วินิจฉัยวางแผน กำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดตำบลบัวขาว

3. เกณฑ์การประเมินผลลัพธ์การดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงและเร่งด่วนของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

4. ให้การช่วยเหลือและแก้ไขภาวะที่เป็นอันตรายทันทีที่ตรวจพบปัญหา

5. ให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล

6. ให้การบำบัดรักษาตามอาการ

7. รายงาน/ ให้ข้อมูลแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน

8. บันทึกการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

9. การทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดรักษารวมถึงกรณี ส่งต่อหรือจำหน่าย

10. สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผลการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการศึกษา

1. ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความแตกต่าง หลังการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก

ที่สุดและความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความแตกต่าง

2. รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย การกำหนดขั้นตอนในการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ในการดูแล แนวทางการดูแลและการประเมินอาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมรุนแรง

3. ผลของรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

3.1 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ติดตามการฉีดยาให้ที่บ้าน 30คน แบ่งเป็น ฉีดทุก 2 สัปดาห์ 4 คน ทุก 1 เดือน 25 คน ทุก 45 วัน 1 คน ทุกคนได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ส่วนมากควบคุมอาการได้ไม่กำเริบ ลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัว ญาติพึงพอใจ ผู้ป่วยบางคนสามารถหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้ มีจำนวน 2 ราย ที่สามารถพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยมาฉีดยาเองที่โรงพยาบาลตามนัดได้ แต่มีจำนวน 5 รายที่ถึงแม้นว่าไม่ขาดยาแต่มีอาการหงุดหงิด ไม่ให้ความร่วมมือในการฉีดยา สาเหตุมาจากมีการใช้สารกระตุ้น คือ สุรา ยาบ้า และกัญชา จะต้องมีการขอความร่วมมือจากตำรวจ เพื่อร่วมทีมออกให้บริการฉีดยาต่อเนื่องที่บ้าน

3.2 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความรู้ความเข้าใจ	2.97	0.33	4.73	0.21	131	-38.730	.000	-1.85313	-1.67302

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มากกว่าก่อนการดำเนินงาน

3.3 ผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

3.3.1 เชิงปริมาณ 1) ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการประเมินติดตามเยี่ยมตามเกณฑ์ร้อยละ 100 2) ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ไม่มาตามระบบนัดได้รับการติดตามเข้าสู่ระบบการรักษาร้อยละ 100 3) ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หรือผู้ดูแล หรือคนในชุมชน มีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 4) ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เข้าเกณฑ์ผู้พิการได้รับสิทธิ์บัตรผู้พิการร้อยละ 100

3.3.2 เชิงคุณภาพ 1) ผู้ป่วยผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการติดตามประเมิน เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา ร้อยละ 100 2) อุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในชุมชน เท่ากับ 0

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ความเข้าใจใน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความแตกต่าง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วินัย รอบคอบและคณะ (2562)[11] ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในประชาชนของจังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย Application รู้เท่าทันโรคซึมเศร้า คู่มือการให้ความรู้โรคซึมเศร้า และ แนวทางการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) 2) รูปแบบฯ มีคุณภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี และคุณภาพรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดีถึงดีมาก 3) ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า หลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีการรู้เท่าทันโรคซึมเศร้าสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้นจึงได้จัดทำรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย การกำหนดขั้นตอนในการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ในการดูแล แนวทางการดูแลและการประเมินอาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท[11] (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ส่งผลให้ มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ติดตามการฉีดยาให้ที่บ้าน 30คน แบ่งเป็น ฉีดทุก 2 สัปดาห์ 4 คน ทุก 1 เดือน 25 คน ทุก 45 วัน 1 คน ทุกคนได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ส่วนมากควบคุมอาการได้ไม่กำเริบ ลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัว ญาติพึงพอใจ ผู้ป่วยบางคนสามารถหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้ มีจำนวน 2 ราย ที่สามารถพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยมาฉีดยาเองที่โรงพยาบาลตามนัดได้ แต่มีจำนวน 5 รายที่ถึงแม้นว่าไม่ขาดยาแต่มีอาการหงุดหงิด ไม่ให้ความร่วมมือในการฉีดยา สาเหตุมาจากมีการใช้สารกระตุ้น คือ สุรา ยาบ้า และกัญชา จะต้องมีการขอความร่วมมือจากตำรวจ เพื่อร่วมทีมออกให้บริการฉีดยาต่อเนื่องที่บ้าน หลังการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความแตกต่าง ก่อนและหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มากกว่าก่อนการดำเนินงาน ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการประเมินติดตามเยี่ยมตามเกณฑ์ร้อยละ 100 และอุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในชุมชน เท่ากับ 0 สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกศรี จาดเงินและ เกศิรินทร์ เชื่อภักดี (2562)[12] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลบางปะกงพบว่า ภายหลังการนำแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลบางปะกงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้หลังการอบรมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนทักษะการประเมินผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกคน และอัตราลดลงของอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเวชมีเพิ่มสูงขึ้นคิดเป็นร้อยละ 94.33 และสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ที่ร้อยละ 80 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนัฏชา สองเมือง.(2565)[4] ได้ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท หลังถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการติดตามความปลอดภัยในการใช้ยา และผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนการปรึกษาแพทย์/พยาบาล เพื่อเลี่ยงการสั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน เพื่อให้

ผู้ป่วยได้รับการสั่งใช้ยาที่ควรได้รับ เพื่อปรับยาในขนาดต่ำกว่าที่เหมาะสมในการรักษา และเพื่อเลือกยาที่เหมาะสมในขณะนั้น เภสัชกรมีส่วนร่วมกับทีมมากขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ผลการให้ข้อมูลเพื่อปรึกษาแพทย์ พยาบาลประจำคลินิก และการให้คำแนะนำผู้ป่วยโดยเภสัชกรได้รับการยอมรับ ร้อยละ 96.6 อุบัติการณ์การกำเริบของภาวะจิตเภท โดยมาที่ห้องฉุกเฉิน และนอนโรง-พยาบาลลดลงจาก 22 เหลือ 1 เหตุการณ์ และ 11 เหลือ 4 เหตุการณ์ ตามลำดับ ($p<0.05$) การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการจัดกล่องยารักษาโรคจิตเวชออกหน่วย รพ.สต. เพื่อให้บริการผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่องใกล้บ้านช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และลดอุบัติการณ์การกำเริบของภาวะจิตเภทจนนำมาสู่การรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงควรคงรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยในลักษณะนี้ต่อไป และพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบเวชระเบียนออนไลน์ระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. ลูกข่าย เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรดำเนินการตามรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดขั้นตอนในการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ในการดูแล แนวทางการดูแลและการประเมินอาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมรุนแรง

2. ควรศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในระยะยาวเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีด ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2560) คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ(ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด
2. จิราพร รักการ.(2565). การรักษาด้วยยาทางจิตเวช ใน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
3. ภควัต วิวัฒนวรเศรษฐ์.(2565) เอกสารประกอบการสอน เรื่องการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผล http://medinfo2.psu.ac.th/psychiatry/elearning/document/undergrade/doc5/doc%20rational%20drug%20use.pdf
4.ธนัฎชา สองเมือง.(2565). ความร่วมมือในการใช้ยาและการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท หลังถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 2565
5.มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
6. มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2550.
7. Winston WS. A history of antipsychotic drug development. Comprehensive Psychiatry 1999; 40: 407-414.
8. Stahl SM. Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications. New York: Cambridge University Press; 2013.
9. มาโนช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. การใช้ยาจิตเวชในทางคลินิก. กรุงเทพฯ:ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
10. John W. Best.(1981). Research in Education, 4 th ed. New Jersey : Prentice – Hall Inc.
11. วินัย รอบคอบ, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ และ วรภรณ์ ทินวัง. รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทัน สุขภาพจิต เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในประชาชนของจังหวัดลำปาง. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(3); 11-22
12. กนกศรี จาดเงินและ เกศรินทร์ เชื่อภักดี (2562) การพัฒนาแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 5(2). 76-85

รูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านในตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Model for developing guidelines for NCD patients care through to home medicine delivery system in Buakhao Subdistrict, Kuchinarai District. Kalasin Province.

(Received: December 12,2023 ; Revised: December 20,2023 ; Accepted: December 23,2023)

รุ่งสุรีย์ ทองจันทร์[1]
Rungsuree Thongchan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยระบบส่งยาที่บ้าน และรูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 983 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังดำเนินการ Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 37.03 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 40.48 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Fasting blood sugar (FBS) น้อยกว่า 180 mg% (n = 886) Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 41.08 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 44.92 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านในตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมและการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระบบส่งยาที่บ้าน

Abstract

This study was action research. The objective is to study the situation of patients with chronic diseases using home drug delivery systems. and a model for developing guidelines for caring for chronically ill patients through a home medicine delivery system in Buakhao Subdistrict, Kuchinarai District. Kalasin Province It is an action research (Action Research) with a research period. Between October - December 2023, total 3 months. Sample size were 983 patients with type 2 diabetes who received services according to the guidelines for providing home medicine delivery services for patients with type 2 diabetes at Somdet Phra Yupparat Kuchinarai Hospital. Kalasin Province. Data collected from questionnaires and medical records. Data analyzed by Content analysis (Content Analysis) frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

The results of the study found that after Fasting blood sugar (FBS) was normal at 37.03 percent and HemoglobinA1C (HbA1c) was 40.48 percent. In addition, it was found that Diabetic patients with Fasting blood sugar (FBS) less than 180 mg% (n = 886) Fasting blood sugar (FBS) normal 41.08% and HemoglobinA1C (HbA1c) 44.92% Health behavior of patients with chronic disease through home drug delivery system in Buakhao Subdistrict, Kuchinarai District Kalasin Province Overall and each aspect Is at an appropriate level and compares the health behavior of patients with chronic diseases through the home drug delivery system in Buakhao Subdistrict, Kuchinarai District Kalasin Province Overall and each aspect Before and after operation There was a statistical significant difference at the .05

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

level. After the operation, there was an average score of health behavior for chronic disease patients through the home medicine delivery system in Buakhao Subdistrict, Kuchinarai District. Kalasin Province Better than before operation.

Keywords: Caring for patients with chronic diseases, Home medicine delivery system

บทนำ

โรคเรื้อรัง หรือ non-communicable diseases (NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ ค่อยๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะเกิดการเรื้อรังของโรคด้วย สาเหตุหลักสำคัญของกลุ่มโรค NCDs คือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด อาหารที่มีไขมันสูง อาหารปิ้งย่าง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การนอนดึก การมีความเครียดสูง การรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เป็นต้น ดังนั้นคนที่มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเช่นนี้จึงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรค NCDs ได้มากกว่าคนอื่นๆ [1]

แม้โรคเรื้อรัง (NCDs) จะไม่ใช่โรคติดต่อ แต่จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร”มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางโดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง[2]

สำหรับประเทศไทย โรคเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรค และอัตราการเสียชีวิต ตลอดช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมากลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย โดยมีคนไทยป่วยด้วยโรค NCDs ถึง 14 ล้านคน เสียชีวิตกว่า 300,000 คนต่อปี และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี ซึ่งส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี (ศูนย์จัดการความรู้ผู้ป่วย โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2564) ในจานวนนี้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่ง หรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่เป็น สาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจานวน 4 โรคสำคัญคือ โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้องรัง ระหว่าง พ.ศ.2555 กับ พ.ศ. 2558 จากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิต ของสานักบริหารทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ที่ได้รับการให้สาเหตุการเสียชีวิตตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้ว พบว่า อัตราตายในช่วงอายุ30 - 69 ปีของทั้ง 4 โรคมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น โดย โรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุด จาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรค หัวใจขาดเลือด จาก 22.4 ต่อ แสนประชากร เป็น 27.8 ต่อแสนประชากร, โรคเบาหวาน จาก 13.2 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 17.8 ต่อแสน ประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังจาก 3.8 ต่อแสนประชากร เป็น 4.5 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตรายโรคระหว่างเพศพบว่าโรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด และ โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบในเพศชายพบสูงกว่าเพศหญิง

2 - 3 เท่า ขณะที่โรคเบาหวาน พบการเสียชีวิต ในกลุ่มอายุ30-69 ปีเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย[3]

จากปัญหาโรคเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มตัวเลขผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั่วโลก ส่งผลให้ตัวเลขค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น ซึ่งในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง ไม่สามารถทำได้ด้วยการทุ่มทรัพยากรเข้าไปในระบบเดิม จำเป็นต้องสังเคราะห์ระบบใหม่ที่เอื้อต่อการดูแลโรคเรื้อรัง ระบบบริการเดิมที่เน้นแก้ผู้ป่วยปัญหาเฉพาะหน้าและการตัดสินใจทุกอย่างขึ้นกับแพทย์ อาจใช้ได้ดีกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่เมื่อนำมาใช้กับกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีมิติทั้งด้านกาย ใจ สังคม รวมทั้งระยะเวลาที่ต้องดูแลยาวนาน ทำให้บุคลากรการแพทย์ต้องแบกรับภาระหนักขึ้น ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดมาตรการและนโยบายในด้านต่างๆ เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ โดยหนึ่งในนโยบายที่มีความสำคัญ คือ นโยบายลดความแออัดในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิดเรื่องการส่งยากระจายยาถึงบ้านผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นการปรับเปลี่ยนระบบบริการเป็นเชิงรุกในชุมชนให้มากขึ้น เพื่อทำให้คนไข้ไม่ต้องมาแออัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรงพยาบาลอาจต้องไป Home visit มากขึ้น ให้ผู้ป่วยรับยาที่บ้านเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล” โดยให้ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางจิตเวช และหอบหืดหรือโรคเรื้อรังที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล สามารถรับยาที่บ้านเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการโดยที่ไม่ต้องแออัดเพื่อสนับสนุนมาตรการ social distancing ในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 [4,5]

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ ปี 2566
2. ศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. ศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 รวม 12 เดือน จำนวน 983 คน โดยเกณฑ์การรับเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต (ภาวะไตวายไม่เกินระยะ 3) และเท้า
2. ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือรักษาแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย
3. ได้รับการตรวจหาระดับ FBS และ HbA1c ในช่วงระยะเวลาของการศึกษา

4. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ไม่เกิน 180 mg%

5. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางระบบหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ และโรคหลอดเลือดสมอง

2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอ กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 การวิเคราะห์ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 การกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 การดำเนินการตามกิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4 การสรุปผลและถอดบทเรียนกิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[6]

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) และนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การวิเคราะห์ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลและถอดบทเรียนกิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ พบว่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 26.85 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 25.81 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Fasting blood sugar (FBS) น้อยกว่า 180 mg% (n = 550) Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 42.18 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 40.55 หลังดำเนินการ พบว่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 37.03 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 40.48 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Fasting blood sugar (FBS) น้อยกว่า 180 mg% (n = 886) Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 41.08 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 44.92

2. พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสม

3. รูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การวิเคราะห์กิจกรรม โดยสหวิชาชีพ ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 การจัดทำแนวทางการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน แนวทางปฏิบัติในการให้การบริการ home ward และการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การรับประทานอาหาร	2.95	0.44	4.12	0.57	863	-41.104	.000	-1.26749	-1.15196
การใช้ยาอย่างเหมาะสม	2.94	0.39	4.13	0.53	863	-46.304	.000	-1.27222	-1.16875
การออกกำลังกาย	2.96	0.39	4.13	0.52	863	-46.821	.000	-1.25507	-1.15408
ความเครียด	2.97	0.41	4.13	0.55	863	-43.886	.000	-1.25004	-1.14302
การสูบบุหรี่และสุรา	2.92	0.48	4.15	0.58	863	-42.115	.000	-1.31754	-1.20021
รวม	2.95	0.19	4.13	0.42	863	-68.730	.000	-1.25282	-1.18325

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 26.85 และ HemoglobinA1 C (HbA1 c) ร้อยละ 25.81 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Fasting blood sugar (FBS) น้อยกว่า 180 mg% (n = 550) Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 42.18 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 40.55 และ. พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกันกับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคะยาง จังหวัดสุโขทัย[7] ดังนั้นจึงได้จัดทำรูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การวิเคราะห์กิจกรรม โดยสหวิชาชีพ ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 การจัดทำแนวทางการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน แนวทางปฏิบัติในการให้การบริการ home ward และการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)[9,10] ส่งผลให้ หลังดำเนินการ พบว่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 37.03 และ HemoglobinA1 C (HbA1 c) ร้อยละ 40.48 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Fasting blood sugar (FBS) น้อยกว่า 180 mg% (n = 886) Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 41.08 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 44.92 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสม และทำให้พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้านใน ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษา

ของ รุ่งทิวา หมื่นปา.(2564)[4] ได้ศึกษาผลกระทบของการกระจายยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองลำปางในสถานการณ์โรคโควิด-19 ปี 2564 ผลการศึกษา: ผู้ป่วย 230 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.9) มีอายุเฉลี่ย 62.6±8.7 ปี ใช้สิทธิ์การรักษาหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 72.6) โดยมีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง ได้รับยาตั้งแต่ 1 ขนานถึง 10 ขนาน มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3 (2-4) ขนาน ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยได้ 177 คน พบว่าค่าความดันโลหิตในเดือนพฤษภาคม 2564 และวันที่ติดตามการรักษา ไม่แตกต่างกัน ทั้ง systolic blood pressure [128.9±12.1 vs. 128.8±14.4, p=0.917] และ diastolic blood pressure [74.6±8.4 vs. 74.1±8.2, p=0.442] ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการได้รับยาทางไปรษณีย์ และ อสม. มาส่งถึงบ้านสูงสุด และสอดคล้องกับการศึกษาของคเชนทร์ ชนะชัย (2565)[8] ได้ศึกษารูปแบบการจ่ายยาแนวใหม่ที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลตำบลบึงบูรพ์ อำเภอบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ ช่วงการระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยระบบการจ่ายยาแนวใหม่คือ คีย์ยา จัดยา เช็คยา เตรียมลงพื้นที่ เภสัชกรจ่ายยา เก็บปัญหาจากการใช้ยาโดยใช้แบบบันทึกมาตรฐานและแบบสัมภาษณ์ เจ้าพนักงานเภสัชกรรมตรวจสอบยาเดิม ทอนยา พยาบาลซักประวัติ สอบถามอาการ พนักงานบริการประสาน ขับรถนำทาง เภสัชกรส่งต่อข้อมูลปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยให้แพทย์ได้รับทราบ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 435 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.06 อายุเฉลี่ย 68 ปี สิทธิในการรักษาเบิกจ่ายตรงมากที่สุด ร้อยละ 40.22 มีโรคประจำตัวรวม 3 โรคมากที่สุด ร้อยละ 45.06 มีมูลค่ายาเหลือ 13,600 บาท รายการยาคงเหลือ 3 อันดับแรก ได้แก่ Simvastatin tab 20mg, Amlodipine tab 5mg และ Metformin tab 500mg ตามลำดับ ยาที่เหลือทั้งหมดจะทำการทดยาและนำยาใหม่คืนมาใช้ พบปัญหาจากการใช้ยา 178 ราย มากที่สุด คือ ปัญหายาเหลือในผู้ป่วย ร้อยละ 64.04 ลืมรับประทานยา ร้อยละ 12.92 ตั้งใจปรับยาเอง ร้อยละ 5.62 เกิดผลข้างเคียงจากยาหรือเข้าใจวิธีการรับประทานยาคลาดเคลื่อน ร้อยละ 3.37 ผลการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยที่ได้รับบริการ ร้อยละ 76.09 ต้องการให้มีการจ่ายยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกร ร้อยละ 23.91 ไม่แน่ใจและยังอยากไปรับยาที่โรงพยาบาล ระบบบริการรับยาลดความแออัด รูปแบบบริการใหม่ จ่ายยาที่บ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร ทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาครบถ้วน เข้าใจวิธีการใช้ยา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้รับการแก้ไข ลดมูลค่าการใช้ได้ยาอย่างชัดเจน และควรส่งต่อข้อมูลให้บุคคลากรทางการแพทย์ท่านอื่นได้รับทราบเพื่อการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของจารุมน ลัคนาวิวัฒน์ และคณะ (2566)[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า หลังพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ ทำให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพรูปแบบใหม่ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 4 ด้านหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา และมีค่า HbA1c หลังพัฒนาลดลงจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ในการดำเนินการ รูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้าน ควรประกอบด้วย การวิเคราะห์กิจกรรม โดยสหวิชาชีพ ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 การจัดทำแนวทางการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน แนวทาง

ปฏิบัติในการให้การบริการ home ward และการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. ควรมีการศึกษา รูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านระบบส่งยาที่บ้าน ในระยะยาว เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Online https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25650805113031AM_homeward.pdf
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี(พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ: บริษัท อิโมชั่น อาร์ตจำกัด.
4. สุรศักดิ์ สุนทร ศรีสุดา งามขำ กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง บุญเตือน วัฒนกุล ศุทธินี วัฒนกูล. (2565). การประเมินผลระบบบริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย. รายงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
5. รุ่งทิวา หมื่นปา.(2564). ผลกระทบของการกระจายยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองลำปางในสถานการณ์โรคโควิด-19 ปี 2564. เภสัชกรรมคลินิก ปีที่ 27 ฉบับที่ 3 ก.ย. - ธ.ค. 2564 113-23
6. John W. Best.(1981). Research in Education, 4 th ed. New Jersey : Prentice – Hall Inc.
7. ณิชารีย์ ใจคำวง.(2558). พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคะยาง จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 3(2). 173-184
8. คเชนทร์ ชนะชัย.(2565). รูปแบบการจ่ายยาแนวใหม่ที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลตำบลบึงบูรพ์ อำเภอบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ ช่วงการระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ONLINE) ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (2022) 100 – 12
9. จารุมน ลัคนาวิวัฒน์ มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์ ธีระยุทธ์ แซ่ฮ่อ.(2566). การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(1). 56-66
10. ศูนย์จัดการความรู้ผู้ป่วย โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์.(2564). NCDs โรคที่เกิดจากพฤติกรรม online https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/may-2016/ncds-non-communicable-diseases-symptoms-prevention

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566

VOL.8 NO.4 October - December 2023

Part IV

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023 Part 4

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อที่มีภาวะปอดอักเสบในงานบริการผู้ป่วยนอก : กรณีศึกษา 618
ลดารัตน์ วับสันเทียะ

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ 624
สุมาลี วิชัยโย ,ศิวบูลย์ ชัยสงคราม ,อรรถวิทย์ เนินชัด

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาที่มีภาวะจุดภาพชัดบวมและภาวะแทรกซ้อนความดันตาสูง : กรณีศึกษา 630
ศุภรา สินธวาชีวะ

รูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 638
ฐิติวรดา ไชยฤทธิ์

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลังในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ : กรณีศึกษา 645
เสาวภา ปิ่นทอง

การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดปกติที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ :กรณีศึกษา 2 ราย 653
ปรีญา ศรีสุข

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt -PA : กรณีศึกษา 2 ราย . 660
นฤมล นามวงษ์

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิด 1 (Diabetes Mellitus Type I): กรณีศึกษา 669
เพ็ญนภา ศรวิเศษ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจหอบกำเริบเฉียบพลันจากภาวะปอดอักเสบห้องฉุกเฉิน: กรณีศึกษา 674
พิศมัย บุตตะมี

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก : กรณีศึกษา 2 ราย 679
เสาวลักษณ์ กิณเรศ

การพยาบาลระยะกลางในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกระโหลกศรีษะ: กรณีศึกษา 684
นิตยา ศรีสุทธิกมล

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร 692
สุนิสา ทูโมสิก ,อัมพิกา ปิ่นสุวรรณ ,วิษณุ อนิลบล ,มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 702
รตนกมล ลาดซ้าย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเท้าปุกแต่กำเนิดแบบไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic clubfoot) : กรณีศึกษา 2 ราย 709
อารีย์ วังหล้า

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังระดับคอ : กรณีศึกษา 2 ราย 716
เปรมมิกา เสาวิชิต

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 722
ปุญญิศา หล้าคำภา

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษา 731
เพียรศรี บั้งทอง

ผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 738
อุไรรัตน์ วิเชียรสาร

อัตราการปนเปื้อนจากการเพาะเชื้อจากเลือดในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 747
สุวรรณี จิตรเอื้อกุล ,จินตนา พาวงค์ ,สยมภู สงวนสิทธิอนันต์ ,รุ่งกาญจน์ สังฆรักษ์ ,ถิรวัฒน์ วรรณตุง

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023 Part 4

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย ของจังหวัดสระบุรี 755
วัชรพล ในอรุณ ,ยอดชาย สุวรรณวงษ์ ,สุรัสดา นะสีดา

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง :กรณีศึกษา 2 ราย 766
อรพิน ต้นมงคล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดในสมองแตก: กรณีศึกษา 774
โสมพรรณ ไวติดต่อ

กระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ 781
เบญจมาภรณ์ ศิริโสม

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 32 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ตุลาคม – ธันวาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกระโหลกศรีษะ การดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาที่มีภาวะจุดภาพชัดบวมและภาวะแทรกซ้อนความดันตาสูง ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี ผู้ป่วยโรคเท้าปุกแต่กำเนิดแบบไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic clubfoot) ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังระดับคอ ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวาน การปนเปื้อนจากการเพาะเชื้อจากเลือด การบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดในสมองแตก จัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) การให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวาน การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา การบริหารจัดการการเงินการคลัง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) การดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อที่มีภาวะปอดอักเสบ ในงานบริการผู้ป่วยนอก : กรณีศึกษา

NURSEING CARE FOR PULMONARY TUBERCULOSIS WITH PNEUMONIA IN OUTPATIENT SERVICE: CASE STUDY

(Received: December 12,2023 ; Revised: December 20,2023 ; Accepted: December 23,2023)

ลดารัตน์ วับสันเทียะ[1]
Ladarat Wapsantia[1]

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อที่มีภาวะปอดอักเสบขาดการรักษาต่อเนื่อง ที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขามทะเลสอ ในช่วงวันที่ 27 มิถุนายน -26 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี เป็นวัณโรคปอดรับประทานยาครบ 1 เดือน แล้วขาดยา 6 เดือน กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการ ไข้ ไอมีเสมหะ เหนื่อยหอบ น้ำหนักลด มา 15 วัน การวินิจฉัย วัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อ ร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ ภาวะโซเดียมในร่างกายต่ำ รับไว้นอนโรงพยาบาลในห้องแยกโรค ได้รับการรักษา ให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะ เริ่มยาวัณโรคปอด สูตร 2IRZE 4IR ปัญหาทางการพยาบาล 1)เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB 2)การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากติดเชื้อวัณโรคปอดและปอดอักเสบ 3)มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 4)มีความบกพร่องในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน 5) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ มีความพร้อมในการกลับไปดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน นอนโรงพยาบาล 4 วัน และไปให้ยาปฏิชีวนะต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจนครบ 7 วัน นัดติดตามอาการ รับประทานยาต่อเนื่อง ทำงานได้ และต้องย้ายไปต่างจังหวัด ติดตามต่อเนื่องโดย Tele-Medicine และส่งยาไปรษณีย์

คำสำคัญ : วัณโรคปอด , การแพร่กระจายเชื้อ , บริการผู้ป่วยนอก

Abstract

This case study aimed to study nursing care for pulmonary tuberculosis patient with pneumonia and lacking continuous treatment at the Respiratory Clinic, Nursing Section Outpatient, Kham Thale So Hospital, during 27 June - 26 October 2023. Thai male patient, age 49 years, had pulmonary tuberculosis. The patient took medicine for 1 month but had not taken medicine for 6 months and returned for repeated treatment with symptoms of fever, cough with phlegm, fatigue, and weight loss for 15 days. The doctor diagnosed that the patient had spreading pulmonary tuberculosis with pneumonia, low sodium in the body and was then admitted to the hospital in the isolation room with receiving fluid Therapy and antibiotics and start pulmonary tuberculosis medication, 2IRZE 4IR formula. Nursing problems are including of 1) Risk of spreading tuberculosis during Active TB 2 2) Inefficient breathing due to infection with pulmonary tuberculosis and pneumonia 3) Imbalance of water and mineral salts in the body 4) Impairment in self-care after returning home 5) The patient and relatives are worried about illness. After nursing care, patient is safe, no complications, able to do daily activities and ready to return to take care of themselves after returning home, total of admission in the hospital for 4 days. The patient received antibiotics at the sub-district health promoting hospital for 7 days. The nurse made an appointment to follow up on symptoms. The patient takes medication continuously and can work. Because the patient moved to another province, thus the nurse continues to follow up by Tele-Medicine and send medicine by post.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลขามทะเลสอ

Keywords: pulmonary tuberculosis, infection spread, outpatient services

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่ปัญหาด้านสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก เป็นโรคติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ทางอากาศ จากการหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อเข้าไป ด้วยการไอ จาม พูด หรือร้องเพลง การไอหรือจามหนึ่งครั้งสามารถสร้างละอองฝอยได้ถึงล้านละอองฝอย [1] ในปี 2564 WHO ประกาศให้ประเทศไทยพ้นจาก 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรง แต่ยังคงอยู่ใน 30 ประเทศที่มีอัตราป่วยสูงสุด โดยมีอัตราป่วย 156 ต่อแสนประชากร คาดว่าผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำกว่า 108,000 ราย/ปี และเสียชีวิตกว่า 10,000 ราย/ปี ในประเทศไทยอัตราป่วย 143 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 72,000 ราย ไม่ได้รายงาน/ไม่ได้วินิจฉัย 31,000 ราย ตายจากวัณโรค 11,400 ราย ความครอบคลุมขึ้นทะเบียนรักษา 70% อัตราผลสำเร็จของการรักษา 83% โรงพยาบาลขามทะเลสอเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพประชาชนในเขตขามทะเลสอและใกล้เคียง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ให้บริการทั้งคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ คลินิกวัณโรค และจุดบริการแยกโรค ในอาคารเดียวกัน จำนวนผู้รับบริการ ในปี 2564, 2565, 2566 เท่ากับ 3,272, 9,754 และ 3,482 ตามลำดับ โดยเป็นกลุ่มโรควัณโรค จำนวน 12, 19, 21 ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แม้จะมีจำนวนน้อยแต่มีผลกระทบรุนแรง มีอันตรายถึงชีวิต รวมถึงแพร่กระจายเชื้อได้รวดเร็ว ทั้งในสถานบริการและชุมชน มีอัตราผลสำเร็จของการรักษา 85.71%, 80% , 75% อัตราตาย 3.7%, 5.2%, 9.0% ตามลำดับ การรักษาไม่ต่อเนื่องทำให้กลับเป็นซ้ำ ต้องรักษานานและสูญเสียค่ารักษามากขึ้น พยาบาลผู้ให้การดูแลจึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้ มีสมรรถนะ สามารถประเมิน วางแผน แก้ไขปัญหาร่วมกับทีมสุขภาพได้เหมาะสมวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อ ศึกษาเกี่ยวกับวัณโรคเพื่อจัดการดูแลอย่างเป็นระบบ ทั้ง 4 มิติ ให้ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และผู้ให้บริการปลอดภัย และเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคจากโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงเครือข่ายและชุมชน เพิ่มศักยภาพในการจัดบริการคลินิก และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีมาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัว ชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ[1-6]

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพ รับจ้างทำงานก่อสร้าง สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ที่อยู่ อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา ไปทำงานที่แคมป์จังหวัดราชบุรีเป็นช่วงครั้งละ 3-4 เดือน วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 27 มิถุนายน 2566 - 1 กรกฎาคม 2566

อาการสำคัญ มีไข้ ไอเสมหะ เหนื่อยเพลีย 15 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

7 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจพบและรักษาวัณโรคปอดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รับประทานยาครบ 1 เดือน แล้วย้ายไปรับยาที่โรงพยาบาลราชบุรี แต่ไม่ย้ายสิทธิ์ประกันสังคม ยาไม่เหมือนเดิมรับประทานยา 3 วัน แล้วอาเจียนบ่อย จึงหยุดยาเอง ขาดยา 6 เดือน มีอาการไอมีเสมหะ เหนื่อยเพลีย รับประทานได้น้อย มีไข้เป็นๆหายๆ น้ำหนักลด 6 กิโลกรัม ใน 6 เดือน ยังคงสูบบุหรี่และดื่ม alcohol ประจำทุกวัน

15 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอมีเสมหะสีขาวปนเหลือง เหนื่อยเพลีย รับประทานได้น้อย ทำงานไม่ไหว ทำกิจวัตรประจำวันแล้วเหนื่อยหอบ จึงหยุดสูบบุหรี่และหยุดดื่มสุรากลับมาพักฟื้นที่

บ้านซื้อยาลดไข้และแก้ไอรับประทานเองไม่ทุเลา 1 วัน ญาติเห็นไม่ดีขึ้นจึงพามาโรงพยาบาล

การตรวจร่างกาย

สภาพร่างกายทั่วไป รูปร่างผอม สูง แต่งกายเหมาะสม ผมยาวประคอ รู้สึกตัวดี การรับรู้ปกติ ตอบสนองได้ดี ไม่มีตัวตาเหลือง Look weak GCS =15 E4V5M6 pupil 3 mm RTL BE, Motor power grade 5 all not pale, no Jaundice, Heart normal Lung clear , Abdomen soft not tender normal bowel sound Extremities no edema no swelling no deformity ,Neuro intact

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม

ใช้ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่า ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยด้วยวัณโรค แต่มีข้อจำกัดเรื่องการหารายได้ ต้องทำงานก่อสร้าง อาศัยอยู่แคมป์คนงาน นอนร่วมกับเพื่อน 3-4 คน มีการดูแลตนเองไม่ดี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่อยากให้เพื่อนร่วมงานรู้ว่าเป็นโรคติดต่อกลัวคนอื่นรังเกียจ กลัวนายจ้างไม่ให้ทำงาน มีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม ดื่มสุราทุกวันให้นอนหลับจะได้ไม่คิดมาก ผู้ป่วยกังวลเรื่องการเป็นวัณโรคแต่พร้อมจะเริ่มการรักษา

ผลเอกซเรย์/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CXR patchy infiltration at RUL, Sputum AFB 3+, DTX 140 mg%, Sodium(Na) ต่ำ 124 mmol/L Chloride(Cl) ต่ำ 94 mmol/L ,Direct Billirubin (สูง) 0.3 mg/dl ,SGOT(AST) สูง 110 U/L, SGPT(ALT)สูง 96 U/L , HBsAg positive การวินิจฉัย Pulmonary Tuberculosis loss F/U with Pneumonia with Hyponatremia with Hepatitis หลังแพทย์ตรวจมีแผนการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนตรวจ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีอาการ ไอ เหนื่อย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ไอมีเสมหะ สีขาวเหลือง เป็นมา 15 วัน เหนื่อยเพลียเจ็บหน้าอกเวลาไอ 2. หายใจ 24 ครั้ง/นาที O2 sat 96% Room Air	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. จัดให้นอนท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ช่วยลดอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย 3. เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนโดยติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการ หายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการ 4. ดูแลให้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เช่น ฮีโมโกลบิน ความเข้มข้น ของเลือดและการเอกซเรย์ปอดครบถ้วน ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนการรักษาพยาบาล **การประเมินผล** ขณะพักทุเลาเหนื่อย ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีการหายใจเร็ว แรง ลึก O2 sat 96-97% Room Air
2. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ไอบ่อย มีเสมหะ 2. ประวัติติดเชื้อ TB Sputum AFB Positive 3+ รับประทานยาไม่ครบ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมิน คัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางงานบริการการพยาบาลผู้ป่วยนอก และแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ซักประวัติ ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย 2. ให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย (Face Mask) ปิดปากปิดจมูกที่ถูกต้อง 3. แยกโซนสังเกตอาการ ดูแลให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ 4. บ่งชี้สื่อสารการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อแก่ทีมสุขภาพ“โรคระบบทางเดินหายใจ”ที่ใบตรวจสอบสิทธิ์และใบคิวของกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. ดูแลให้พักรอในโซนแยก อธิบายเหตุผลที่พยาบาลผู้ซักประวัติต้องป้องกันการรับเชื้อโดยสวมหน้ากากอนามัยชนิด N95 ระหว่างให้การดูแล 6. ให้ข้อมูลกรณีศึกษาเพื่อตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray) เตรียมเปลี่ยนเสื้อผ้าถอดเครื่องประดับ/โลหะ 7. ดูแลเตรียมความพร้อมให้ได้รับการตรวจจากแพทย์และไม่มีการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลและสิ่งแวดล้อม **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่มีรายงานเจ้าหน้าที่ บุคคลในครอบครัวติดเชื้อเพิ่มเติม
ระยะขณะตรวจ **3. มีภาวะไม่สมดุลของสารอาหาร สารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มีอาการเหนื่อยเพลีย รับประทานน้อย 2. ผลการตรวจเลือด (Sodium (Na) ต่ำ 124 mmol/L Chloride(Cl) ต่ำ 94 mmol/L),	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประสานกับพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1000 ml iv 80 ml/hr 2. เฝ้าระวังประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ เช่น ซึมลง สับสน 3. แนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารที่มีโซเดียมสูง ดูแลให้รับประทานอาหาร ประเมินการรับประทานอาหารและให้บ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร 4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ **การประเมินผล** รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน ได้รับสารน้ำครบตามแผนการรักษา จากการติดตามผลตรวจเลือด Sodium 134 mmol/L
4. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้จากการติดเชื้อในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. CXR patchy infiltration at RUL 2. อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. เช็ดตัวลดไข้ช่วยพาความร้อนออกจากร่างกายทางผิวหนัง 2. สอนและแนะนำญาติในการเช็ดตัวลดไข้ 3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเปลนอน ยกไม้กั้นเตียง 4. ควบคุมการให้สารน้ำตามแผนการรักษา 0.9%NSS 1000 ml iv 80 ml/hr 5. ติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นข้อมูลกับแพทย์ในการให้ยา **การประเมินผล** ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ไข้ลดลง 37.5 องศาเซลเซียส
5. ญาติและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นรายได้หลักครอบครัว 2. ญาติมีสีหน้าเคร่งเครียดหวั่นวิตก	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษาพร้อมลงชื่อในเอกสาร 2. ให้ข้อมูลแก่ญาติและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ 3. แจ้งอาการผู้ป่วยให้ญาติและครอบครัวทราบ 4. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆที่แสดงออกของญาติและครอบครัวต่อความเจ็บป่วยและการต้องอยู่โรงพยาบาล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น 5. ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย **การประเมินผล** ผู้ป่วยและครอบครัวรับฟังอย่างตั้งใจ สีหน้าคลายความวิตกกังวล
ระยะหลังตรวจ **6. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเองขณะป่วยเป็นวัณโรค** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาวัณโรคเอง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย และ/หรือญาติ ต่อภาวะสุขภาพ 2. อธิบายโรค สาเหตุ การดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง ให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจโดยอธิบาย ง่ายๆ ไม่ซับซ้อน ไม่ให้เกิดความวิตกกังวล 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร ที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การพักผ่อน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ไม่ไปรับยาตามนัด	4. รับฟังปัญหาและการระบายอารมณ์ของผู้ป่วย ให้กำลังใจและชี้แนะการปฏิบัติตัว 5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการที่ยังมีการหายใจเหนื่อย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อได้รับการรักษาอาการเหนื่อยดังกล่าวจะดีขึ้นการเหนื่อยจะลดลง 6. อธิบายแผนการรักษา การให้ยา อาการข้างเคียงที่ต้องสังเกต 7. สอนให้ผู้ป่วยและญาติสังเกต อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น 8. แนะนำและเน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง การร่วมมือในการรักษา การมาตามนัด **การประเมินผล** ตอบคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนได้ถูกต้อง ยินยอมเข้ารับการรักษา ติดตามเยี่ยม 2 ครั้ง ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับการเจ็บป่วย รับประทานยาต่อเนื่อง ไอช่วงเช้า รับประทานอาหารได้ น้ำหนักเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัม ครบ 2 เดือน Sputum AFB negative ต้องกลับไปทำงานจึงมารับยาตามนัดไม่ได้ ใช้ Tele-medicine ในการติดตามและจ่ายยาส่งยาทางไปรษณีย์ไปให้ที่จังหวัดราชบุรี

อภิปรายผล

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่กระจายเชื้อ (Active) ที่มีโรคร่วม ในผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี ได้รับการวินิจฉัย Pulmonary Tuberculosis loss F/U with Pneumonia with Hyponatremia with Hepatitis เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วย รวบรวมจากเวชระเบียน และวิเคราะห์ตามกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทำให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมองค์รวม สามารถระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาล[2] รวมถึงการวางแผนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน[5] จากกรณีศึกษาพบว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคระยะ Active ตรงตามทฤษฎีเกี่ยวกับวัณโรคปอด ซึ่งเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ อัตราการรักษาหายขาดของวัณโรคให้สำเร็จสูงสุดโดยการรักษาแบบมีผู้กำกับดูแล (Directly observed therapy) แต่กรณีศึกษาต้องรับประทานยาด้วยตนเอง จึงใช้ระบบการกำกับติดตามทาง line โดยเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคและยารักษาวัณโรคจะมีผลข้างเคียงทั้งทางระบบทางเดินอาหาร รับประทานได้น้อย อาเจียน ตับอักเสบ neuropathy โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มสุราประจำ เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย หลังจากปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[7] ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการไข้ ไอ เหนื่อยลดลง ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 4 วัน มีการวางแผนการช่วยเหลือติดตามตามโปรแกรม DOT ต่อเนื่อง และผู้ป่วยกลับไปทำงานที่จังหวัดราชบุรีเป็นระยะ ไม่สามารถมารับยาเองได้จึงใช้ระบบ Tele-medicine และส่งยาทางไปรษณีย์ทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดยา[5,8]

ข้อเสนอแนะ

1. งานบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขามทะเลสอ ให้บริการแบบไม่พักค้างคืน รับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและติดเชื้อ HIV ต่อจากงานสุขาภิบาลและป้องกันโรค ในปี 2565 จึงควรจัดระบบการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้มีอาการสงสัยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยบูรณาการเข้ากับโปรแกรมปฐมนิเทศและการฟื้นฟูวิชาการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

2. พัฒนาวางระบบบริการผู้ป่วยนอก เรื่องการคัดกรอง คัดแยก ผู้ป่วยวัณโรคบูรณาการกับการคัดกรองผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ร่วมกับการจำแนกกลุ่มโรคติดเชื้อที่ให้บริการ จุดแยกโรค และสื่อสารความเข้าใจร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้กับบุคลากรทุกระดับ

3. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้บริการ Clinic TB เป็น One stop service

4. พัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคระยะ Active เชื่อมโยงเครือข่ายการดูแล เพื่อการส่งต่อข้อมูลเป็นระบบ และวางแผนการดูแล ติดตาม หามาตรการ นวัตกรรม เพื่อลดการขาดยา ขาดนัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและลดการแพร่กระจายเชื้อ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการควบคุมวัณโรคในไทย พ.ศ.2564. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซด์.
2. เพลินตา คำหลาย. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 17(2): 162-173.
3. ภณิตา วามะลุน. (2562). การศึกษารายกรณีผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับยา ในงานบริการผู้ป่วยนอก. http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files.../1c18.pdf.
4. วีรเดช สุวรรณลักษณ์. (2563). วัณโรค. htpp://www.haamor.com
5. วิทยา มานะวาณิชเจริญ. (2566). ตลาดการแพทย์ทางไกล. htpp://www.haamor.com
6. ศศิประภา ตันสุวัฒน์. (2557). การพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป.วารสารพยาบาลสาร; 41(4): 1-8.
7. Gordon M. (1994). Nursing diagnosis: Process and application. New York: McGraw- Hill.
8. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K.M. (2001). *Nursing: Concept of practies* (6th ed.) St.Louis: Mosby,47-49.

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในสถานการณ์หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Health Promotion Model for Monks in situation outbreak of Corona virus disease 2019 in Muang District, Kalasin Province

(Received: December 6,2023 ; Revised: December 14,2023 ; Accepted: December 16,2023)

สุมาลี วิชัยโย[1] ศิวบูลย์ ชัยสงคราม[1] อรรถวิทย์ เนินชัด[2]
Sumalee Wichaiyo[1] Siwabool Chaisongkram[1] Auttawit Noenchat[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ ผลการทดลองใช้รูปแบบ วิธีการศึกษา ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่าง 356 คน และนำรูปแบบการพัฒนาใช้จริงในพื้นที่รวม 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.21 และเพศชาย ร้อยละ 20.79 อาชีพพระสงฆ์ ร้อยละ 24.16 รองลงมาเป็นผู้มาทำบุญที่วัด ร้อยละ 20.79 และ อสม. ร้อยละ 16.29 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 36-40 ปี ร้อยละ 15.73 รองลงมา 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.45 และ 31-35 ปี ร้อยละ 13.48 ตามลำดับ (Mean ± SD=54.72 ± 22.46) สถานภาพสมรส ส่วนมากโสด ร้อยละ 58.99 รองลงมาหม้าย ร้อยละ 27.53 และ แต่งงาน ร้อยละ 13.48 การศึกษาส่วนมาก เป็นวุฒิทางธรรม ร้อยละ 24.16 รองลงมาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 20.50 และ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 16.29 ตามลำดับ ปัญหาที่พบคือ พระภิกษุสงฆ์เคยอาพาธด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 34.26 ภิกษุสูงอายุ ร้อยละ 24.72 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.54 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.25 พลัดตกหกล้ม ร้อยละ 22.42 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกินร้อยละ 22.65 รอบเอวเกิน 36 นิ้ว ร้อยละ 25.62 สายตาสั้น ร้อยละ 14.03 และสายตายาว ร้อยละ 5.42 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในพระสงฆ์ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรการ ดังนี้ 1) อบรมให้ความรู้เรื่องโคโรนาไวรัส 2019 และมาตรการในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อแด่พระภิกษุสงฆ์และประชาชนทั่วไปที่มาทำบุญที่วัด 2) จัดทำแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังและป้องกันโคโรนาไวรัส 2019 ตามมาตรการ DMHTTA และการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด การทำความสะอาดอุปกรณ์ และบริเวณที่ประกอบศาสนกิจด้วยน้ำยาทำความสะอาดทุกวัน 3). การกำหนดพื้นที่ในการกักตัวภายในวัดให้เหมาะสมตามบริบท 4.)ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มาทำบุญที่วัด 5) จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์เรื่อง 3อ.และ การพักผ่อนที่เพียงพอ 6) ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย หอกระจายข่าว แจกแผ่นพับ เผยแพร่คลิปวิดีโอ และเพจประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล เรื่องอาหารสุขภาพแด่พระภิกษุสงฆ์หลีกเลี่ยงการถวายอาหารรสหวาน มัน เค็ม 7) จัดทำบอร์ดโปสเตอร์เรื่องอาหารสุขภาพและโรคเรื้อรังภายในวัด 8) จัดอบรมเมนูสุขภาพสำหรับเมนูชูสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ห่างไกลโรคเรื้อรัง9) จัดทีมออกเชิงรุกตรวจสุขภาพ พระภิกษุ สงฆ์ โดยทีมสหวิชาชีพแบบบูรณาการ 10.)การให้บริการ Telemedicine โดย Video call ซักถามอาการกับพระภิกษุสงฆ์ และบริการจัดส่งยาโดยทีมเจ้าหน้าที่และอสม. ผลการพัฒนาไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) สรุปและอภิปรายผล รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมานี้สามารถนำไปใช้ได้ในอำเภอที่มีบริบทใกล้เคียงกัน สามารถเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพจิต คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ และ ให้ความพึงพอใจที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลจังหวัด อาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายหน่วยงานรัฐ วัด และชุมชน จึงประสบความสำเร็จได้ดี

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์, สร้างเสริมสุขภาพในสถานการณ์หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This research and development study were aim to study the situation pattern development pattern trial and improving development model for Health Promotion Model for Monks in situation outbreak of Corona virus

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
[2] โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

disease 2019 in Muang District, Kalasin Province. The sample was random sample of 356 people and the development model was used in the area for a total of 18 months. The result found that: Most of sample were female 79.21% and male 20.79%, Occupation ware most in monks 24.16% followed by people make merit in temple 20.79% and volunteers 16.29% respectively. Group age were most in 36-40 years old were 15.73 % followed by over 60 years old 15.45% and 31-35 years old 13.48% (Mean ± SD=54.72 ± 22.46). Education level ware Most in moral qualifications studies 24.16% followed by bachelor degrees 20.50% and secondary school education 16.29% respectively. The problem was found monks had been paralyzed by the corona virus infection 2019 ware 34.26%. Elderly monks 24.72% hypertension disease 16.54% diabetes disease 13.25% has falls 22.42% body mass index (BMI) over 22.65 % waist over 36 inches, 25.62% short-sighted 14.03 % and long-sighted5.42 %.

Development model process for health promotion in monks at situation of Coronavirus Disease 2019 has 9 measures: 1) Training to educate in monks and man merit in temple about Coronavirus 2019. 2) Screening people at risk of infectious disease. 3) Set up prevention system of coronavirus 2019 according measures DMHTTA and manage environment in temple according to COVID Free setting standard and set a quarantine point in temple. 4) Training for change behavior in monks according to measures on food, mood and exercise and public advertise fan page of Kalasin hospital to healthy food for monks. 6) Health check for monks every 3 months. 7) make a poster board about healthy food and chronic diseases in temple. 9) Cooperation from temple volunteer to health education for people in temple to avoid and don't give food sweet or fatty.10) Telemedicine

The results of Model were increased in terms of health literacy, mental health, quality of life and satisfaction with statistical significance (p-value <0.05). Conclusion and discussion this model can applied in similar districts for increase health literacy mental health care quality of life of monks and giving great satisfaction in health promotion Under the work of the provincial hospital and apply cooperation of network partners, government agencies, temples and communities to achieve good success.

Keywords: Development of a health care model for monks, health promotion in situation of COVID-19

บทนำ

ประเทศไทยมีวัดที่มีพระสงฆ์จำนวน 41,142 วัด แบ่งเป็นวัดมหานิกาย จำนวน 37,308 วัด ธรรมยุต 3,798 วัด อนัมนิกาย 21 วัด จีนนิกาย 15 วัด นอกจากนี้ สามารถจำแนกเป็น วัดพระอารามหลวง 310 วัด วัดราษฎร จำนวน 40,832 วัด และวัดร้าง 6,080 วัด พระภิกษุ จำนวน 282,571 รูป สามเณร จำนวน 47,736 รูป [1] จากรายงานของ สสส. พบว่า มีข้อแนะนำอาหารใส่บาตรสำหรับพระภิกษุสงฆ์ ได้แก่ การเสริมข้าวกล้องหรือผสมข้าวกล้องกับข้าวขาวอย่างละครึ่ง เน้นอาหารที่มีผักหรือเสริมผลไม้ หลีกเลี่ยงกะทิ และขนมหวาน ลดความเค็มในการปรุงอาหาร ลดอาหารที่มันจัด ลดความหวาน และเครื่องดื่มพระภิกษุสงฆ์มีข้อปฏิบัติไม่สามารถเลือกฉันท์อาหารทางสุขภาพเองได้ อาหารต่างๆ ขึ้นอยู่กับประชาชนนำมาถวาย มีความเสี่ยงจากการบริโภคอาหาร หวาน เค็ม มัน กะทิ ขนมหวาน เป็นประจำ [2]

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัดทั้งสิ้น 900 วัด แบ่งเป็นพระอารามหลวง 1 วัด วัดในมหานิกาย จำนวน 717 วัด วัดธรรมยุต จำนวน 182 วัด เมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่า อำเภอเมืองมีทั้งสิ้น 111 วัด รองลงมาคือ อำเภอยางตลาด จำนวน 110 วัด และ อำเภอกมลาไสย จำนวน 83 วัด ตามลำดับ พระสงฆ์ในจังหวัดมีจำนวน 4,294 รูป แบ่งเป็นพระมหานิกาย จำนวน 3,025 รูป ธรรมยุต จำนวน 1,269 รูป และมีสามเณรในจังหวัดจำนวน 764 รูป แบ่งเป็น มหานิกาย 522 รูป ธรรมยุต จำนวน 242 รูป[3]จากรายงานของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า พระภิกษุสงฆ์ มีน้ำหนักเกิน BMI ร้อยละ 48.25 ของจำนวนพระภิกษุสงฆ์ทั้งหมด และพบว่าพระภิกษุป่วย ป่วยด้วยโรคทางเดินอาหาร ร้อยละ 42.76 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.86 และเบาหวาน 31.26 ตามลำดับ และยังมีโรคประจำตัวเรื้อรัง อาทิ ไขมันในเลือด โรคทางไต โรคปอดอุดกั้น ข้อเข่าเสื่อม ต้อกระจก และต่อมลูกหมากโต[4] อำเภอเมือง มีพระสงฆ์ จำนวน 886 รูป มีจำนวนพระสงฆ์มากที่สุดในจังหวัดกาฬสินธุ์ รองลงมาเป็นพระในอำเภอยางตลาด 473 รูป และ อำเภอกุฉินารายณ์ จำนวน 345 รูป จากรายงานของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์[4] ภายในพื้นที่อำเภอเมืองมีแนวโน้มพระภิกษุป่วยด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และไตมีอัตราสูงขึ้นทุกปี พระสงฆ์มีภาวะโรคอ้วน ร้อยละ 62.44 รองลงมามีภาวะคอเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 46.23 ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.33 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.23 โดยส่วนมากพระสงฆ์ มีปัญหาไขมันสูง ร้อยละ 60.23 น้ำตาลสูงมากกว่าร้อยละ 50.25

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในพระภิกษุสงฆ์ ในสถานการณ์หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นปัญหาเร่งด่วน การแก้ไขปัญหา การดูแลสุขภาวะพระสงฆ์ โดยคำนึงถึงข้อปฏิบัติ การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับประชาชนเรื่องอาหารที่นำมาถวาย ไม่ให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพพระสงฆ์ ให้พระสงฆ์มีสุขภาพดี เป็นที่พึ่งทางใจให้แก่ประชาชน และสามารถปฏิบัติตนได้ตามวัตรปฏิบัติต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในสถานการณ์หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในสถานการณ์หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในสถานการณ์หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ระหว่างเดือนกันยายน 2565 – มีนาคม 2567 รวมระยะเวลา 18 เดือน

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ พระสงฆ์ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 886 รูป เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลเอกชน และ รพ.สต. รวม 26 คน อสม.ในพื้นที่อำเภอเมือง 2,488 คน ไวยาวัจกร ที่ดูแลวัด จำนวน 111 คน แม่ครัววัด จำนวน 186 คน ผู้มาทำบุญที่วัดเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน จำนวน 2,026 คน กรรมการวัด จำนวน 628 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณเมื่อทราบ จำนวนประชากร จำนวน 356 คน ดังนี้ พระสงฆ์ จำนวน 86 รูป เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลเอกชน และ รพ.สต. รวม 26 คน อสม.ในพื้นที่อำเภอเมือง 58 คน ไวยาวัจกร จำนวน 46 คน แม่ครัววัด จำนวน 38 คน ผู้มาทำบุญที่วัดเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน จำนวน 74 คน กรรมการวัด จำนวน 28 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม โดยมีแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง กระบวนการกลุ่มในการกำหนดมาตรการ การประชาคม กระบวนการกลุ่มในการวิเคราะห์สถานการณ์ กระบวนการกลุ่มในการปรับปรุงมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูลมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม R-studio คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05โดยใช้ T-Test เปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนารูปแบบ เชิงคุณภาพมีการใช้การสังเกต การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง จากนั้นจึงมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคำนึงถึงจริยธรรมทางการวิจัยในการศึกษาตลอดเวลาและให้ความสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ด้านการรักษาความลับ (confidentiality) และด้านการยินยอมพร้อมใจ (informed consent)

ผลการศึกษา

ลักษณะทางประชากร จากกลุ่มตัวอย่าง 356 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 282 คน ร้อยละ 79.21 และเพศชาย จำนวน 74 คน ร้อยละ 20.79 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นพระสงฆ์ 86 คน ร้อยละ 24.16 รองลงมาเป็นผู้มาทำบุญที่วัด จำนวน 74 คน ร้อยละ 20.79 และ อสม. จำนวน 58 คน ร้อยละ 16.29 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 36-40 ปี จำนวน 56 คน ร้อยละ 15.73 รองลงมา 60 ปีขึ้นไป จำนวน 55 คน ร้อยละ 15.45 และ 31-35 ปี จำนวน 48 คน ร้อยละ 13.48 ตามลำดับ (Mean ± SD=54.72 ± 22.46) สถานภาพสมรส ส่วนมากโสด จำนวน 210 คน ร้อยละ 58.99 รองลงมา หม้าย จำนวน 98 คน ร้อยละ 27.53 และแต่งงาน 48 คน ร้อยละ 13.48 การศึกษาส่วนมาก เป็นวุฒิทางธรรม จำนวน 86 คน ร้อยละ 24.16 รองลงมาอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 73 คน ร้อยละ 20.50 และ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 58 คน ร้อยละ 16.29 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	74	20.79
หญิง	282	79.21
กลุ่มตัวอย่าง		
พระสงฆ์	86	24.16
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	26	7.30
อสม.	58	16.29
ไวยาวัจกร	46	12.92
แม่ครัว	38	10.67
ผู้มาทำบุญที่วัด	74	20.79
กรรมการวัด	28	7.87
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 20 ปี	6	1.69
21-25 ปี	37	10.39
26-30 ปี	45	12.64
31-35 ปี	48	13.48
36-40 ปี	56	15.73
41-45 ปี	43	12.08
46-50 ปี	38	10.67
51-60 ปี	28	7.87
60 ปีขึ้นไป	55	15.45
สถานภาพสมรส		
โสด	210	58.99
แต่งงาน	48	13.48
หม้าย	98	27.53
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	36	10.11
ประถมศึกษา	57	16.01
มัธยมศึกษาตอนต้น	58	16.29
ตัวแปร	**จำนวน**	**ร้อยละ**
มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.	44	12.36
ปริญญาตรี	73	20.50
วุฒิทางธรรม	86	24.16

สถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคในพระสงฆ์ พบว่า พระภิกษุสงฆ์อาพาตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ34.26 ได้รับการรักษานอนพักในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 28.72 ไม่พบเสียชีวิตและพิการ เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 24.72 พระภิกษุสงฆ์มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.54 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.25 ใน 1 ปีมีประวัติพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 22.42 มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน ร้อยละ 22.65 รอบเอวเกิน 36 นิ้ว ร้อยละ 25.62 ค่าความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป ร้อยละ 13.64 ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (FBS) มากกว่า 126 มก./ดล. ร้อยละ 3.65 สายตาสั้นร้อยละ 14.03 สายตายาว ร้อยละ 5.42

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในสถานการณ์หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 1) อบรมให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แด่พระภิกษุสงฆ์และผู้มาทำบุญที่วัด 2) ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มาทำบุญที่

วัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3) จัดทำระบบป้องกันโคโรนาไวรัส 2019 ตามมาตรการ DMHTTA และจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัดตามมาตรฐาน COVID Free setting และกำหนดจุดกักกันโรคภายในวัด 4) อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพระภิกษุสงฆ์เรื่อง อาหาร อารมณ์ และออกกำลังกาย ตามมาตรการ 3 อ.2ส. 5) รณรงค์เสียงตามสายหอกระจายข่าว แจกแผ่นพับทุกวันพระในเรื่องอาหารสุขภาพแด่พระภิกษุสงฆ์ 6) ออกเชิงรุกตรวจสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ทุก 3 เดือน 7) ทำบอร์ดโปสเตอร์เรื่องอาหารสุขภาพและโรคเรื้อรังภายในวัด 8) จัดอบรมเมนูสุขภาพสำหรับแม่ครัววัด 9) ขอความร่วมมือให้ไวยาวัจกรช่วยประชาสัมพันธ์ญาติโยมให้หลีกเลี่ยงการถวายอาหาร หวาน มัน เค็ม 10)การให้บริการ Tele-medicine และนำส่งยาโดยทีมหมอครอบครัว

ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในสถานการณ์หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบตามกระบวนการทบทวนปัญหา ทบทวนวรรณกรรม และประชุมหาทางออกร่วมกัน โดยร่วมผลักดันกิจกรรม นำไปทดลองใช้ และการประเมินผลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในสถานการณ์หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไข แล้วไปทดลองใช้จริง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ดังนี้ ความรอบรู้ทางสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05, t =5.42) ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการส่งเสริมอาหาร อารมณ์ และ ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05, t =6.27) ระดับสุขภาพจิตในพระภิกษุสงฆ์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05, t = 3.57) ระดับคุณภาพชีวิตในพระภิกษุสงฆ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05, t = 3.62) ระดับความพึงพอใจการส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05, t = 2.43) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตาราง 2 แสดงผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	35.42	22.77	52.72	28.45	5.42	< 0.05*
2. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการส่งเสริม อาหาร อารมณ์ และ ออกกำลังกาย	32.44	14.76	53.44	13.26	6.27	< 0.05*
3. ระดับสุขภาพจิตในพระภิกษุสงฆ์	152.23	88.34	180.32	92.84	3.57	< 0.05*
4. ระดับคุณภาพชีวิตในพระภิกษุสงฆ์	90.22	52.44	125.26	56.32	3.62	< 0.05*
5. ความพึงพอใจการส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์	15.22	8.32	18.78	8.35	2.43	< 0.05*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคในพระสงฆ์พบว่า เคยอาพาธด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจุบันภายหลังการระบาดยังพบมีพระสงฆ์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ ต้องเดินทางไปตามกิจนิมนต์ หรือ ติดจากญาติโยม หรือ พระร่วมวัด โรคประจำตัวที่พบส่วนมากของพระสงฆ์ คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะความเสี่ยงจากดัชนีมวลกายเกิน รอบเอวเกิน เคยพลัดตกหกล้ม เนื่องมาจากการถวายภัตราหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพของญาติโยม การปฏิบัติตามข้อระเบียบของพระภิกษุสงฆ์ที่เลิกฉันท์ไม่ได้ การขาดความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องอาหารของญาติโยม สอดคล้องกับ ศรีเมือง พลังฤทธิ์ ที่ทำการศึกษาเรื่อง สถานะสุขภาพและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี[5]

รูปแบบการพัฒนาได้มาตรการ 10 กิจกรรมดังนี้ 1) อบรมให้ความรู้เรื่องโคโรนาไวรัส 2019 และมาตรการในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อแด่พระภิกษุสงฆ์และประชาชนทั่วไปที่มาทำบุญที่วัด 2) จัดทำแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังและป้องกันโคโรนาไวรัส 2019 ตามมาตรการ DMHTTA และการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด การทำความสะอาดอุปกรณ์ และบริเวณที่ประกอบ

ศาสนกิจด้วยน้ำยาทำความสะอาดทุกวัน 3). การกำหนดพื้นที่ในการกักตัวภายในวัดให้เหมาะสมตามบริบท 4.) ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มาทำบุญที่วัด 5) จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์เรื่อง 3อ.และ การพักผ่อนที่เพียงพอ 6) ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย หอกระจายข่าว แจกแผ่นพับ เผยแพร่คลิปวิดีโอ และเพจประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล เรื่องอาหารสุขภาพแด่พระภิกษุสงฆ์หลีกเลี่ยงการถวายอาหารรสหวาน มัน เค็ม 7) จัดทำบอร์ดโปสเตอร์เรื่องอาหารสุขภาพและโรคเรื้อรังภายในวัด 8) จัดอบรมเมนูสุขภาพสำหรับเมนูชูสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ห่างไกลโรคเรื้อรัง9) จัดทีมออกเชิงรุกตรวจสุขภาพพระภิกษุ สงฆ์ โดยทีมสหวิชาชีพแบบบูรณาการ 10.)การให้บริการ Telemedicine โดย Video call ซักถามอาการกับพระภิกษุสงฆ์ และบริการจัดส่งยาโดยทีมเจ้าหน้าที่และอสม. เนื่องจากทุกกระบวนการต้องใช้ภาคีเครือข่าย เช่น พระสงฆ์ พระคิลานุปัฏฐาก (อสว.) กำนันผู้ใหญ่บ้าน อสม. แม่ครัววัด ไวยาวัจกร และญาติโยมผู้มาวัดเป็นประจำ การบูรณาการ และความร่วมมือกันจึงประสบความสำเร็จได้ สอดคล้องกับ พระสมุห์ธงชัย สุนฺทราจาโร และ คณะ ที่ทำการศึกษาเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะพระสงฆ์ในสถานการณ์โควิด-19 ในจังหวัดนครราชสีมา[6]

ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในสถานการณ์หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการนำไปทดลองใช้ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) ความรอบรู้ทางสุขภาพในการส่งเสริม อาหาร อารมณ์ และ ออกกำลังกาย 3) ระดับสุขภาพจิตในพระภิกษุสงฆ์ 4) ระดับคุณภาพชีวิตในพระภิกษุสงฆ์ 5) ความพึงพอใจการส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ ทั้ง 5 ด้านเพิ่มขึ้น เนื่องจากการดำเนินงานขับเคลื่อนโดยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ชุมชน สสจ.กาฬสินธุ์ ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากความสับสน จนกลายเป็นความร่วมมืออย่างเหนียวแน่นทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างองค์กรในภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน สอดคล้องกับ มัฏฐวรรณ ลี้ยุทธานนท์ และคณะ ที่ทำการศึกษา เรื่องการพัฒนารูปแบบถวายความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์[7]

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก นพ.วิทยา วัฒนเรืองโกวิท นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พระคิลานุปัฏฐาก กำนันผู้ใหญ่บ้าน อสม. แม่ครัววัด ไวยาวัจกร และประชาชน ญาติโยมผู้มาวัด เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ภาคีเครือข่ายที่เอื้อเฟื้อให้เก็บข้อมูลในวัด และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม ให้ข้อมูลซึ่งมีความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพระพุทธศาสนา. รายงานจำนวนวัดในประเทศไทย. สืบค้นจาก https://www.onab.go.th /th/content/category/index/id/805/, เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2564.
2. สำนักงานพระพุทธศาสนา. รายงานข้อมูลทางพระพุทธศาสนา ปี 2561-2563. สืบค้นจาก https://www.onab.go.th /cms/s1/ข้อมูลทางพระพุทธศาสนา.pdf, เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2564.
3. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. รายงานประจำปี. กาฬสินธุ์:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2564.
4. ศรีเมือง พลังฤทธิ์. สถานะสุขภาพและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562 ; 37(2): 133-142.
5. พระสมุห์ธงชัย สุนฺทราจาโร และ คณะ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะพระสงฆ์ในสถานการณ์โควิด-19 ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2565 ; 9(2): 241-253.
6. มัฏฐวรรณ ลี้ยุทธานนท์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบถวายความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2561 ; 25(2): 104-117.

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาที่มีภาวะจุดภาพชัดบวมและภาวะแทรกซ้อนความดันตาสูง : กรณีศึกษา

Nursing care of diabetic retinopathy patients with macular swelling and complications of high eye pressure: Case study

(Received: December 14,2023 ; Revised: December 22,2023 ; Accepted: December 23,2023)

ศุภรา สินธวาชีวะ[1]
Supphara Sinthawashiwa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาที่มีภาวะจุดภาพชัดบวมและภาวะแทรกซ้อนความดันตาสูง โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 4 สิงหาคม 2565 ด้วยอาการสำคัญ ตาซ้ายมัวลง มองเห็นจุดดำลอยไปมาประมาณ 6 เดือน เป็นโรคเบาหวานมา 14 ปี ความดันโลหิตสูง 5 ปี อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 91 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/69 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ครั้งล่าสุด 135 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ผลการศึกษา: พบมีภาวะเบาหวานขึ้นจอตาและมีภาวะจุดภาพชัดบวม ลานสายตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์วินิจฉัยเบาหวานขึ้นจอตาระยะรุนแรงมีจุดภาพชัดบวมและภาวะความดันตาสูง 2 ข้าง (Severe NPDR c DME BE, LE >RE c OHT BE) ให้การรักษา Laser PRP BE, IVT avastin LE ระยะก่อนตรวจ มีภาวะความดันตาสูง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ระยะขณะตรวจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยเลเซอร์ ระยะหลังตรวจ ไม่สุขสบายมีอาการปวดตา เสี่ยงต่อเลือดออกในจอตา เสี่ยงต่อการติดเชื้อในลูกตา ให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้หลังยิงเลเซอร์พบว่าความดันตายังสูงจึงทำ Anterior chamber tapping ข้างซ้าย เพื่อลดความดันตาก่อนฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตา และวางแผนการรักษา นัดยิงเลเซอร์และฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาซ้ำทุก 4-6 สัปดาห์ ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดทุกครั้ง และได้รับการตรวจติดตามพยาธิสภาพจอตา ความดันตา จน 6 มีนาคม 2566 พบว่า พยาธิสภาพของจอตาดีขึ้น ไม่มีการลุกลามของภาวะเบาหวานขึ้นจอตาและจุดภาพชัดยุบบวมลง

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, เบาหวานขึ้นจอตา, ความดันตา

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for diabetic retinopathy patients with macular swelling and complications of high eye pressure. A 63-years-old Thai female patient came to the hospital on 4 August 2022 with important symptoms: blurry vision in left eye, saw black spots floating around for about 6 months, diabetes for 14 years, high blood pressure for 5 years, and body temperature of 36.8 ℃, pulse of 91 beats/minute, breathing of 20 times/minute, blood pressure of 123/69 mmHg, blood sugar level (FBS) of 135 mg/dL

Results: diabetic retinopathy and macular swelling, diabetic retinopathy and macular swelling. The visual field is normal. The doctor diagnosed that the patient had a severe diabetic retinopathy with swollen macula and elevated eye pressure in both eyes (Severe NPDR c DME BE, LE >RE c OHT BE) and the patient was treated with Laser PRP BE, IVT avastin LE. Before the examination, the patient had high eye pressure. Have anxiety about the disease. During the examination period, patients are at risk for accidents and complications from laser treatment. After the examination, the patient was not well and had eye pain. Risk of bleeding in the retina Risk of infection in the eyeball. The nurse provided nursing care as planned. After the laser was applied, it was found that the patient's eye pressure was still high. The patient received anterior chamber tapping on the left side to reduce eye pressure before intravitreal injection. A treatment plan is established. The patient received an appointment for laser treatment and intravitreal injections every 4-6 weeks. Patients received examinations according to every

[1] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอ่างทอง

appointment and the follow-up examinations for retinal pathology and eye pressure until 6 March 2023. It was found that the retinal pathology had improved. There was no progression of diabetic retinopathy and the macula was reduced and swollen.

Keywords: diabetes, diabetic retinopathy, eye pressure

บทนำ

ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา (diabetic retinopathy: DR) เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบได้บ่อย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรในโลกประมาณแปดแสนคนตาบอด และประมานสามล้านเจ็ดแสนคนเกิดการมองเห็นบกพร่อง จำนวนคนที่เป็นโรคเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงยี่สิบปีที่ผ่านมาในปีค.ศ.2000 มีคนเป็นเบาหวานทั่วโลกราว 170 ล้านคน และคาดว่าคนเป็นเบาหวานจะเพิ่มจำนวนของการตาบอดร้อยละ 4.8[10] ประเทศไทยความชุกของภาวะขึ้นเป็นสองเท่าภายในปี ค.ศ.2030[6] อุบัติการณ์เบาหวานขึ้นจอตา ทั่วโลกร้อยละ 34.6 เป็นสาเหตุเบาหวานขึ้นจอตา ร้อยละ ๒๑.๖ เป็นสาเหตุของการตาบอดร้อยละ ๕.๑๗ [2] ดังนั้นการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับระยะและพยาธิสภาพของโรคจึงมีความสำคัญในการป้องกันภาวะบกพร่องทางการมองเห็นและตาบอดได้

จากการศึกษา รวบรวม สถิติผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาที่มารับการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลอ่างทอง ปี 2563-2565 พบว่ามีจำนวนทั้งหมด 3,486 ราย ได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ เพื่อหยุดการเจริญเติบโตของหลอดเลือดงอกใหม่ (neovascularization) และลดการบวมของจุดภาพชัด (diabetic macular edema) 835 ราย และฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาลดการบวมของจุดภาพชัดเพื่อช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น 639 ราย โดยส่วนใหญ่แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งก่อนตามความจำเป็นเร่งด่วน แล้วจึงนัดผู้ป่วยมารับการรักษาโดยวิธีที่สองในลำดับถัดมา ในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตาอื่นๆร่วมด้วย แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาหลายวิธีในคราวเดียวกันเพื่อป้องกันยับยั้งความรุนแรงของโรคและคงสภาพการมองเห็นที่ดีที่สุดไว้ ซึ่งพบผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ไม่บ่อยนัก เช่น ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาที่มีภาวะจุดภาพชัดบวมและภาวะแทรกซ้อนความดันตาสูง (ปี 2563-2565 จำนวน 2 ราย) แพทย์วางแผนให้การรักษาด้วยเลเซอร์และฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาร่วมกับเจาะระบายน้ำในช่องหน้าม่านตาเพื่อลดความดันตา รวม 3 แผนการรักษา ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความจำเป็นเร่งด่วนดังกล่าว ตั้งแต่การให้คำแนะนำเรื่องความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรค การปฏิบัติตัว แผนการรักษาและผลการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อคงสภาพการมองเห็นที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขและมีชีวิตยืนยาว ซึ่งพยาบาลต้องใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เข้าใจพยาธิสภาพของโรค สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนติดตามอาการให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีรวมทั้งให้ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาที่มีภาวะจุดภาพชัดบวมและภาวะแทรกซ้อน ความดันตาสูงที่ได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์และฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาร่วมกับเจาะระบายน้ำในช่องหน้าม่านตา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป โดยได้ติดตามดูแลให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย พร้อมทั้งให้การพยาบาล ประเมินผลในการนัดตรวจติดตามการรักษาในแต่ละครั้ง

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี มาโรงพยาบาลด้วย อาการสำคัญ ตาซ้ายมัวลง มองเห็นจุดดำลอยไปมาประมาณ 6 เดือน ตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนและถูกส่งตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทอง ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบันเป็นเบาหวาน 14 ปี ความดันโลหิตสูง 5 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน การควบคุมเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง

การควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ดี ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่ดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่ ประวัติครอบครัวมารดาเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเสียชีวิตแล้วบิดา เป็นโรคความดันโลหิตสูง บุตรสาว 1 คน เป็นเบาหวาน ตาบอดจากเบาหวานขึ้นจอตาและต้อหิน เสียชีวิตแล้วด้วยโรคไตวาย บุตรชาย 1 คน ไม่มีโรคประจำตัว

แรกรับและการตรวจร่างกายทั่วไป ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้แต่เคลื่อนไหวช้าและค่อนข้างระมัดระวังในการเคลื่อนไหว สีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 91 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/69 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ครั้งล่าสุด 17 ก.ค. 65 135 มิลลิกรัม/เดซิลิตร วัดสายตา (Visual Acuity) ตาขวา 20/40 c ph not improved, ตาซ้าย 20/20 c ph not improved ความดันตา (IOP) ตาขวา 28 มิลลิเมตรปรอท ตาซ้าย 26 มิลลิเมตรปรอท ตรวจร่างกายระบบอื่นๆปกติ ตรวจวัดความดันตาซ้ำพบยังสูงกว่าปกติ ตรวจมุมม่านตาและขั้วประสาทตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์สั่งให้ยาหยอดตา 0.5% Timolol ed to BE stat เพื่อลดความดันตา ตรวจเพิ่มเติมโดยการขยายม่านตาถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus photography) สแกนภาคตัดขวางจอประสาทตา (Optical coherence tomography: OCT) และตรวจลานสายตา (Computerized tomography visual field:CTVF)

ผลการตรวจ Fundus Photography, OCT,CTVF พบมีภาวะเบาหวานขึ้นจอตาและมีภาวะจุดภาพชัดบวม ลานสายตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์วินิจฉัย เบาหวานขึ้นจอตาระยะรุนแรงมีจุดภาพชัดบวมและภาวะความดันตาสูง 2 ข้าง (Severe NPDR c DME BE, LE >RE c OHT BE) ให้การรักษา Laser PRP BE, IVT avastin LE, หลังยิงเลเซอร์พบว่าความดันตายังสูงจึงทำ Anterior chamber tapping ข้างซ้าย เพื่อลดความดันตาก่อนฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตา และวางแผนการรักษา นัดยิงเลเซอร์และฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาซ้ำทุก 4-6 สัปดาห์ร่วมกับให้ยาหยอดตาเพื่อลดและควบคุมความดันตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จนกว่าอาการของโรคจะสงบ จุดภาพชัดยุบบวม

ประเมินแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน พบว่า การรับรู้และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย (Health Perception- Health) รับรู้การเจ็บป่วยว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น และภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะหลังบุตรสาวเสียชีวิตจากเบาหวานและโรคแทรกซ้อน การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-Perception-Self-Concept Pattern) ขณะเข้ารับการรักษาการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นกลัวตาบอดเป็นภาระของสามี การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด (Coping - stress tolerance) ค่อนข้างวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นการรักษา ผลการรักษากลัวตาบอดเนื่องจากประสบการณ์บุตรสาวเป็นโรคเดียวกัน ตาบอดจากเบาหวานและเสียชีวิตแล้ว

ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีปัญหาที่นำมาใช้กระบวนการพยาบาลโดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 ระยะดังนี้

ตารางที่ 1 ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนตรวจ **ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1.** เสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินเนื่องจากมีภาวะความดันตาสูง	**กิจกรรมการพยาบาล** ดูแลจัดลำดับความเร่งด่วนในการเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์ทันที ดูแลให้ยา 0.5% Timolol ed. to BE stat หลังจากให้ยา 30 นาทีประเมินความดันตาซ้ำ หากยังไม่ลดลงแจ้งแพทย์ทราบเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป **ประเมินผล** ความดันตา 21 มิลลิเมตรปรอททั้งสองข้าง ลดลงแต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ รายงานแพทย์รับทราบ วางแผนเจาะระบายน้ำในช่องหน้าม่านตาซ้าย (Anterior chamber tapping) ก่อนฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตา และหยอดยาควบคุมความดันตาต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาทางการพยาบาลที่ 2. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัว	**กิจกรรมการพยาบาล** แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ร่วมมือในการรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ทำความเข้าใจ เพื่อวางแผนการพยาบาล ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ เกิดจากโรคเบาหวานที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะอื่นๆของร่างกายได้ เช่น ตา ไต เท้า ดังนั้นในการรักษาโรคทางตาจำเป็นจะต้องควบคุมโรคหลักคือเบาหวาน ความดันให้อยู่ในเกณฑ์ดี จะช่วยป้องกันการดำเนินของโรคทางตาได้ดีด้วยเช่นกัน อธิบายให้ทราบถึงกระบวนการ การรักษาด้วยเลเซอร์ การฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตา การเจาะน้ำในช่องหน้าม่านตาและใช้ยาหยอดตาเพื่อลดความดันตา เพื่อยับยั้งการลุกลามและรักษาในส่วนที่มีพยาธิสภาพของโรคให้ดีขึ้น ป้องกันการสูญเสียสายตา และโรคแทรกซ้อนทางตาอื่นๆเช่นต้อหิน ในการรักษาผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือกับแพทย์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดระหว่างรักษาหรือหลังการรักษาได้ ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวขณะเลเซอร์ หลังจากผู้ป่วยได้รับการหยอดยาขยายม่านตาแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการหยอดยาชาก่อนยิงเลเซอร์ ภายในห้องจะค่อนข้างมืดและเงียบ นั่งหน้ากล้องตรวจตา (slit lamp) โดยให้คางวางหน้าผากชิดรับการรัดศีรษะด้วยสายรัดศีรษะ มือ 2 ข้างจับเฉพาะที่มือจับ แพทย์จะวางเลนส์สำหรับเลเซอร์ในตาจะรู้สึกแน่นๆที่ตาห้ามบีบตาขณะยิงเลเซอร์จะได้ยินเสียงดังจากเครื่องและมีแสงวูบวาบที่ตาห้ามเอาหน้าออกจากเครื่อง หากทนไม่ไหวหรือเจ็บให้บอกจักษุแพทย์เพื่อทำการหยุดยิงชั่วคราว อย่ากลั้นหายใจเพราะอาจเป็นลมได้ เมื่อยิงเสร็จอาจจะรู้สึกตามัวๆจากการกระตุ้นด้วยแสงเลเซอร์และเจลที่ฉาบอยู่หน้ากระจกตาพยาบาลจะเช็ดตาและหยอดยาปฏิชีวนะและดูแลให้นั่งพักสังเกตอาการสำหรับการเจาะน้ำในช่องหน้าม่านตา จะทำที่เตียงหัตถการพยาบาลจะหยอดยาชาและยาปฏิชีวนะให้ แพทย์จะทายาฆ่าเชื้อบริเวณใบหน้าและตาซ้ายจะมีผ้าคลุมหน้าเปิดช่องตา แพทย์จะใส่เครื่องมือเปิดตา อาจจะรู้สึกตึงตา ผู้ป่วยต้องร่วมมือกลอกตานิ่งไปในทิศทางที่แพทย์บอก ใช้เวลาในการทำประมาณ 5 วินาที หลังจากนั้นหยอดยาปฏิชีวนะ ปิดผ้าปิดตา นั่งพักเพื่อสังเกตอาการผิดปกติ หากไม่มีก็สามารถกลับบ้านได้ ถ้ามีอาการปวดพยาบาลจะให้ยาแก้ปวด และสามารถรับประทานซ้ำได้ทุก 4-6 ชั่วโมง และนัดติดตามอาการ ระหว่างนี้พยาบาลจะโทรสอบถามอาการ หากผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนนัด **ประเมินผล** ผู้ป่วยสดชื่นแจ่มใสกว่าเดิม พูดคุยร่วมมือในการรักษาพยาบาล บอกวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการหยอดยาขยายม่านตา ขนาดรูม่านตา เส้นผ่าศูนย์กลาง 0.9 มิลลิเมตร ตามัวการมองเห็นลดลง ภายในห้องเลเซอร์เป็นห้องมืดและเงียบ ขณะยิงเลเซอร์ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหน้ากล้องคางวางหน้าผากชิดกับเครื่องมือ แพทย์จะวางเลนส์สัมผัสที่กระจกตาผู้ป่วย เวลายิงจะรู้สึกมีแสงวูบวาบผ่านในตาจากพลังงานของเลเซอร์ที่ปล่อยออกมาและรู้สึกปวดเสียวได้ มากน้อยขึ้นอยู่กับความต้านทานของแต่ละบุคคล ใช้เวลาในการยิงประมาณ ๑๐-1๕ นาที หลังหยอดยาชา ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกถึงการสัมผัสบริเวณกระจกตา เนื่องจากยาออกฤทธิ์ต่อเส้นประสาทบริเวณกระจกตา ความดันโลหิต 130/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 85 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
ระยะขณะตรวจ **ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1.** เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากแพทย์ให้การรักษาด้วยเลเซอร์	**กิจกรรมการพยาบาล** แนะนำอาคารสถานที่ รวมทั้งดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สะดวก และปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกีดขวาง เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสามารถในการมองเห็นลดลง ก่อนทำกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยต้องแจ้งผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง จัดเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่พาเข้าห้องเลเซอร์ จัดท่านั่งในการเลเซอร์ที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายไม่รู้สึกเมื่อยล้า หยอดยาชา 0.5% Tetracaine ในตาทั้ง 2 ข้างเพื่อลดอาการเจ็บปวด จัดเจ้าหน้าที่ช่วยแพทย์ในการเฝ้าระวังอันตรายและสังเกตอาการผิดปกติและให้การดูแลช่วยเหลือ หากผู้ป่วยรู้สึกมีความผิดปกติ เจ็บปวด หรือทนไม่ไหวให้แจ้งแพทย์ผู้ยิงทราบไม่เอาหน้าออกในทันทีเพื่อป้องกันอันตราย สอบถามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะ **ประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนขณะยิงเลเซอร์ หลังยิงเลเซอร์มีอาการปวดตา pain score 6 คะแนนให้นั่งพักเช็ดตาหยอดยาปฏิชีวนะ วัดความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ให้ Paracetamol 500 mg 1 tab รับประทาน หลังพัก 30 นาทีประเมินซ้ำทุเลาปวดตาแต่ยังตึงตาเล็กน้อยลืมตาสู้แสงไม่ค่อยได้ วัดความดันตาข้างขวา 21 มิลลิเมตรปรอท ข้างซ้าย 23 มิลลิเมตรปรอท ตาแดงน้ำตาคลอเล็กน้อย ไม่มีขี้ตา ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20ครั้ง/นาที pain score 3 คะแนน รายงานแพทย์ทราบดูแลเตรียมผู้ป่วยเพื่อเจาะน้ำช่องหน้าม่านตาและฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาข้างซ้าย

ตารางที่ 1 ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาทางการพยาบาลที่ 2. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บในส่วนอื่นของลูกตาเนื่องจากแพทย์ให้การรักษาด้วยการฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาและเจาะระบายน้ำในช่องหน้าม่านตา	**กิจกรรมการพยาบาล** อธิบายขั้นตอนการเจาะน้ำจากช่องหน้าม่านตาและการฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาให้ผู้ป่วยทราบ โดย แพทย์จะใช้ Syringe ต่อกับเข็มขนาดเล็กที่สุด (เบอร์ 30) ให้ผู้ป่วยจ้องนิ่งในจุดที่กำหนด (Fixation) ตำแหน่งที่เจาะคือขอบกระจกตา (Limbus) ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บเนื่องจากยาชาที่หยอดจะมีฤทธิ์ต่อเส้นประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณกระจกตา อาจจะรู้สึกตึงตาเนื่องจากแพทย์จะใส่ เครื่องมือเปิดตา (eye speculum) ไว้ตลอด หลังจากนั้นแพทย์จะใช้ไม้พันสำลีปราศจากเชื้อกดเบาๆ เพื่อให้น้ำเลี้ยงตาระบายออกมาเข้าทาง Syringe สำหรับการฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาการปฏิบัติตัวคล้ายกัน แตกต่างกันคือผู้ป่วยต้องกลอกตานิ่งในทางตรงกันข้ามกับตำแหน่งที่จะฉีด ใช้เวลาฉีดประมาณ 5 วินาที โดยขณะที่ฉีด ผู้ป่วยต้องไม่บีบตาเพราะจะทำให้เจ็บหรือเข็มทิ่มตำส่วนอื่นๆของตาได้ จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน ดูแลทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงช่วยแนะนำส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาลุล่วงปลอดภัย ดูแลช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเตียง **การประเมินผล** ผู้ป่วยให้ความร่วมมือปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่เกิดการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำส่วนอื่นของลูกตา หลังฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาข้างซ้ายผู้ป่วยเจ็บตึงตาพอทนได้ pain score ๔ คะแนน ปวดเวียนศีรษะเล็กน้อย ดูแลให้นอนพักสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง วัดความดันโลหิต 150/92 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที หลังพัก 30 นาทีวัดความดันโลหิตซ้ำ 140/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที ไม่ปวดศีรษะหรือคลื่นไส้อาเจียน ตายังมัวปวดตึงตาเล็กน้อย เปิดตา ตาแดงเล็กน้อย ซ้ายมากกว่าขวา ไม่มีจุดเลือดออกในตำแหน่งฉีดยา วัดความดันตาข้างขวา 21 มิลลิเมตรปรอท ข้างซ้าย 22 มิลลิเมตรปรอท
ระยะหลังตรวจ **ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1**. ไม่สุขสบายมีอาการปวดตาเนื่องจากแพทย์รักษาด้วยเลเซอร์และฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาร่วมกับเจาะน้ำในช่องหน้าม่านตา	**กิจกรรมการพยาบาล** อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะไม่สุขสบายที่อาจเกิดได้ จากการทำหัตถการ ประกอบกับเป็นการรักษาร่วมกันหลายอย่างต่อเนื่องในวันเดียวกัน เนื่องจากความจำเป็นเร่งด่วนในการรักษา เพื่อป้องกันและยับยั้งการลุกลามของโรคที่จะนำมาสู่สภาวะการสูญเสียสายตาอย่างถาวร ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือ Numerical rating scale ที่มีค่าคะแนนความเจ็บปวดตั้งแต่ 0 ถึง 10 และถ้า pain score มากกว่า 5 คะแนน ต้องได้รับยาแก้ปวดดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการปวดตาจากค่าความดันลูกตา (IOP) หากพบค่า IOP สูงเกินปกติจากเดิม รายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสม แนะนำการใช้ยา 0.5% Timolol ed to BE bid ตามแพทย์สั่ง เพื่อลดและควบคุมความดันตา หลีกเลี่ยงการดื่ม ชา กาแฟหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ความดันตาสูงควรพักผ่อนให้เพียงพอ ลดการใช้สายตาต่อเนื่องกันในระยะเวลานาน ดูแลสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดด้วยความเป็นมิตรให้กำลังใจและสร้างความไว้วางใจเพื่อให้ร่วมมือในการรักษาพยาบาล **ประเมินผล** ผู้ป่วยไม่บ่นปวดตา แต่ยังรู้สึกตึงตาเล็กน้อย สีหน้าแจ่มใส ประเมินความเจ็บปวด Pain Score = 3 คะแนน ประเมินค่า IOP ยังสูงกว่าปกติรายงานแพทย์รับทราบ ไม่มีคำสั่งรักษาเพิ่มเติมปัญหาทางการพยาบาลที่
ปัญหาทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังแพทย์รักษาด้วยเลเซอร์และฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาร่วมกับเจาะน้ำช่องหน้าม่านตา เช่น หลอดเลือดในสมองแตก เลือดออกในจอตา	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินอาการอาการแสดงและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังอาการทางสมองจากหลอดเลือดแตกจากภาวะความดันโลหิตสูง สอบถามอาการผิดปกติ ทางตาเช่นการมองภาพผิดปกติ บิดเบี้ยวมีสีแดงดำน้ำตาลมาบัง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานยาโรคประจำตัวอย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา พักผ่อนนอนศีรษะสูง 45 องศา งดทำงานหนักหรือยกของหนัก 1 สัปดาห์เพื่อป้องกันเลือดออกในน้ำวุ้นตา รับประทานอาหารให้เหมาะกับโรคลดอาหารจำพวกเกลือ แป้งและน้ำตาล โดยเน้นผักใบเขียว โปรตีนจากปลา ถั่วเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การสังเกตอาการผิดปกติจากหลอดเลือดในสมองและในจอตาแตก เช่น ปวดศีรษะรุนแรงร่วมกับคลื่นไส้อาเจียน การมองเห็นแย่ลงกว่าเดิมมากและมีเงาเลือดบัง เป็นต้นการควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางตา หากพบอาการผิดปกติให้มาพบจักษุแพทย์ก่อนนัด โทรศัพท์ติดตามอาการระหว่างรอวันนัด **การประเมินผล** ไม่มีอาการผิดปกติ ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยเข้าใจรับจะปฏิบัติตามคำแนะนำ
ปัญหาทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในลูกตาเนื่องจากแพทย์รักษาด้วยเลเซอร์และฉีดยา	**กิจกรรมการพยาบาล** พยาบาลและทีมที่ช่วยแพทย์ในการฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตา ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ให้การพยาบาลโดยใช้หลักAseptic technique ในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติการในบริเวณที่แยกจากผู้ป่วยทั่วไป เครื่องมือและวัสดุการแพทย์ต้องมี Indicator

ตารางที่ 1 ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เข้าน้ำวุ้นตาร่วมกับเจาะระบายน้ำในช่องหน้าม่านตา	ที่แสดงว่าผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ตรวจสอบสภาพความถูกต้อง ก่อนนำมาใช้พร้อมกับตรวจสอบ Sterigate ว่าอยู่ในระดับ Accept ตรวจสอบวันหมดอายุของเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ก่อนหยิบจับหรือเปิดเครื่องมือต้องล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้งทุกครั้ง ดูแลทำความสะอาดผิวหนังก่อนฉีดยาตามแนวทางปฏิบัติ หยอดยาชา และยาฆ่าเชื้อคือ 5% Providine solution ในตาข้างที่จะฉีดยา โดยยาที่ใช้แยกต่างหากจากผู้ป่วยอื่น หลังฉีดยาหยอดยาปฏิชีวนะ Vigamox ed ในตาข้างที่ฉีดยา ทำความสะอาดเปลือกตาข้างที่ฉีดยา และปิดผ้าปิดตา (eye pad) ไว้ 3 ชั่วโมง หลังจากนั้นเปิดตาได้ ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว หลีกเลี่ยงการขยี้ตาและห้ามน้ำเข้าตา 5 วันหลังฉีดยา การหยอดยาปฏิชีวนะ Poly-oph ed to LE qid ตามแพทย์สั่งเพื่อลดความเสี่ยงต่อการอักเสบติดเชื้อในลูกตา นัดติดตามอาการ อาการผิดปกติที่ต้องมาพบจักษุแพทย์ก่อนวันนัดหมาย เช่นอาการปวดตามากตามัวลงมีขี้ตาตาแฉะตาแดง **การประเมินผล** ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะอักเสบติดเชื้อในลูกตา ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง แม้จะเป็นการรักษาที่ไม่ได้เตรียมความพร้อมมาก่อน หลังจากให้คำแนะนำผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อควบคุมโรคทั้งโรคหลักและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การพยาบาลในการทำหัตถการต่างๆผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจแม้จะมีความไม่สุขสบายจากอาการปวดตารบกวนบ้างแต่ก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จนการรักษาสำเร็จลุล่วง ด้วยความปลอดภัย หลังการรักษาไม่พบอาการผิดปกติ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ แพทย์นัดติดตามอาการทุก 4-6 สัปดาห์วางแผนการรักษาด้วยการให้ยาหยอดตา ใช้หยอดต่อเนื่องเพื่อลดและควบคุมความดันตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยิงเลเซอร์และฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาจนกว่าอาการของโรคจะสงบและจุดภาพชัดยุบบวม โดยขยายม่านตา และสแกนจอตา (OCT macular) ทุกครั้งเพื่อติดตามพยาธิสภาพและผลการรักษา นัดติดตาม 8 กันยายน 2565 การมองเห็นยังไม่ดีขึ้น ความดันตาปกติ VA ตาขวา 20/40 ตาซ้าย 20/200 IOP ตาขวา 14 มิลิเมตรปรอท ตาซ้าย 10 มิลลิเมตรปรอท ขยายม่านตา ตรวจ OCT ยังมีจุดภาพชัดบวมมากข้างซ้าย แพทย์ให้การรักษา ด้วยเลเซอร์ตา 2 ข้าง ฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาข้างซ้าย ใช้ยาหยอดควบคุมความดันตาต่อเนื่อง ดูแลให้ การพยาบาลตามขั้นตอน และนัดติดตามอาการ นัดครั้งที่ 3 (17 พ.ย. 65) ยังพบความดันตาสูง แพทย์ปรับเปลี่ยนยาหยอดตาเพื่อลดความดันตาคือ Latanoprost ed to BE hs,0.2%Brimonidine to BE bid, Dorzolamide+Timolol ed to BE bid ดูแลให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา อาการข้างเคียง นัดติดตามอาการทุก 4-6 สัปดาห์ ในระหว่างนี้พยาบาลได้โทรศัพท์สอบถามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อกระตุ้นติดตามให้ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องและสอบถามการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ดี 120-135 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ดี ยังไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดทุกครั้ง และได้รับการตรวจติดตามพยาธิสภาพจอตา ความดันตา จน 6 มีนาคม 2566 พบว่า พยาธิสภาพของจอตาดีขึ้น ไม่มีการลุกลามของภาวะเบาหวานขึ้นจอตาและจุดภาพชัดยุบบวมลง การมองเห็นดีขึ้นโดยเฉพาะตาข้างซ้ายส่วนในตาข้างขวาการมองเห็นคงที่ความดันตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ VA ข้างขวา 20/40 ข้างซ้าย 20/70 ความดันตา (IOP) ข้างขวา 14 มิลลิเมตรปรอท ข้างซ้าย 18 มิลลิเมตรปรอท แพทย์นัดติดตามอาการผู้ป่วยทุก 3-4 เดือนโดยใช้ยาหยอดตาเพื่อควบคุมความดันตาต่อเนื่อง ได้ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆจากเบาหวานและอาการผิดปกติทางตาที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

อภิปรายผล

การพยาบาลผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยเลเซอร์ร่วมกับการฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาและเจาะระบายน้ำในช่องหน้าม่านตา เป็นปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางจักษุ[3] ที่ต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลรักษาโรคทางจอตา เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดี ผู้ป่วยปลอดภัย โดยเฉพาะการฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาในแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ ต้องให้การระมัดระวังเป็นพิเศษในเรื่องของการป้องกันการติดเชื้อทั้งนี้เนื่องจากเป็นหัตถการที่ใช้อุปกรณ์และยาสอดใส่เข้าในชั้นของน้ำวุ้นตา และ ยังเป็นการรักษาที่ต่อเนื่องจากการยิงเลเซอร์ หากเกิดการติดเชื้อในลูกตาอาจ

นำมาซึ่งการใช้ทรัพยากรในการรักษาที่มากขึ้น หรือผู้ป่วยอาจเกิดการสูญเสียการมองเห็นที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางการรักษาได้ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ต้องเป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว โดยบริบทของงานผู้ป่วยนอก จะมีผู้รับบริการที่มีปัญหาทางตาหลากหลายและมีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวต่างๆกัน ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลใช้หลัก Precaution ทุกขั้นตอนของการพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อมีการทำหัตถการทางตาที่มีความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วนในการรักษา การวางแผนการรักษาพยาบาลจึงต้องนำหลักมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดมาใช้ประกอบกัน ทั้งด้านการจัดเตรียมสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากรในการให้การรักษาตลอดจนการปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด ประกอบกับผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาโดยมิได้มีการเตรียมตัวมารับการทำหัตถการ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจในเวลาสั้นๆเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม พยาบาลต้องใช้ทักษะในการดูแลเพื่อเป็นการเสริมแรงและจูงใจให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา[5]

ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคผลการรักษา เนื่องจากประสบการณ์ตรงจากคนในครอบครัวคือบุตรสาวที่ป่วยเป็นเบาหวาน และมีโรคแทรกซ้อนทางตาลักษณะเดียวกันกับผู้ป่วยแต่เป็นระยะที่รุนแรงกว่า และได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ ภายหลังตาบอดและเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนไตวาย ได้ทำการประเมินผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับการรักษา เสริมแรงปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมั่นใจในแผนการรักษา รวมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถป้องกันการเกิดซ้ำหรือลุกลามรุนแรงได้ แจ้งผลการรักษาและพยาธิสภาพของโรคให้ผู้ป่วยรับทราบและให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบผลการรักษาก่อนและหลังด้วยตนเอง เพื่อมั่นใจและร่วมมือในการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. การทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ ผ่านทางเครือข่ายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตา (Service Plan) จังหวัดอ่างทอง

2. จัดการอบรมฟื้นฟูให้กับบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัด ที่รับผิดชอบการคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ให้มีทักษะในการคัดกรอง โดยการใช้กล้องถ่ายภาพจอประสาทตาและแปลผล เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีความผิดปกติตามความรุนแรงของโรค ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561).รายงานสถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานในประเทศไทย ประจำปี 2561. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
2. นิภาพร พวงมี, กรรณิการ์ คำเตียม, สุภเลิศ ประคุณหังสิต. (2560).ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขึ้นจอตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลศิริราช. ธรรมศาสตร์เวชสาร; 17(3): 336-45.
3. ปราณีต ใจใหญ่. (2563).การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์ :กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 17(1): 105-112
4. ศรีสุดา พรหมเอียด และ ฮายาตี ฮารี. (2562). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 4(3), 36-40.

5. อัจฉรา แก้วน้ำเชื้อ. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา; 6(4): 177-180.
6. World Health Organization. (2017). World Health Statistics 2017. http//www.who.int/ gho/ publications/world_health_statistics/.2017.

รูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Model of reducing postpartum complications for mothers and infants Kuchinarai Crown Prince Hospital.

(Received: December 14,2023 ; Revised: December 22,2023 ; Accepted: December 23,2023)

ฐิติวรดา ไชยฤทธิ์[1]
Thitiworada Chaiyarit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทการให้บริการของงานการพยาบาลผู้คลอด และรูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีระยะเวลาในการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรงานการพยาบาลผู้คลอดที่เกี่ยวข้องกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 14 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ ปานกลาง ในส่วนหลังดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดและความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มากกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ : การลดภาวะแทรกซ้อน มารดาและทารกหลังคลอด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Abstract

This study was participatory action research. (Participatory Action Research: PAR) aims to study the service context of delivery room work. and a model for reducing postpartum complications for mothers and infants Kuchinarai Crown Prince Hospital. The research period is between October 2022 and September 2023, a total of 12 months. Sample size were 13 personnel working in the delivery room at Kuchinarai Crown Prince Hospital and is related to reducing complications for mothers and infants after birth. Kuchinarai Crown Prince Hospital. Data were collected from questionnaires. and medical records Data analyzed by Content analysis: frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Dependent t - test.

The results of the study found that the comprehensive of personnel in reducing complications for mothers and infants after giving birth in the delivery room at Kuchinarai Crown Prince Hospital. Before the operation Overall and each aspect is at a moderate level after operation Overall and each aspect at the highest level. And comprehensive of personnel in reducing postpartum complications for mothers and infants in the delivery room at Kuchinarai Crown Prince Hospital. Before and after operation Overall and each aspect are different. Statistically significant at the .05 level, after the operation, there was an average score of comprehensive of personnel in reducing complications for mothers and infants after childbirth in the delivery room at Kuchinarai Crown Prince Hospital than before the operation

Keywords: Reducing complications Mother and baby after birth

---

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

บทนำ

ระยะหลังคลอด (puerperium period) หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่หลังคลอดรกจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด (แต่ช่วงเวลานี้ไม่ได้ถูกกำหนดตายตัว ส่วนใหญ่ถือเอาที่ 4 – 6 สัปดาห์หลังคลอด) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ กลับเข้าสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะบางอย่างอาจกลับเข้าสู่ภาวะปกติเร็วหรือช้ากว่านี้ แต่โดยทั่วไปสูติแพทย์มักแนะนำให้สตรีหลังคลอดมารับการตรวจหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ และถือว่าเป็นจุดสิ้นสุดของระยะหลังคลอด โดยทั่วไปการคลอดปกติทางช่องคลอดจะเสียเลือดประมาณ 500 ซีซี หากเป็นการคลอดโดยใช้หัตถการช่วยคลอดเช่น การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ การใช้คีมช่วยคลอด หรือการคลอดทารกแฝดอาจเสียเลือดมากกว่านี้ หากเป็นการผ่าตัดคลอดจะเสียเลือดประมาณ 1000 ซีซี ซึ่งโดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องตรวจความเข้มข้นของเลือดหรือเติมเลือดหากไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด อย่างไรก็ตามในการตรวจหลังคลอดทุกครั้งควรประเมินภาวะซีดของมารดาโดยการดู conjunctiva หากมารดามีภาวะซีดอาจต้องหาสาเหตุที่ทำให้เสียเลือดมากกว่าปกติ เช่น การตกเลือดหลังคลอด หรือการมีเลือดออกในช่องท้องในกรณีผ่าตัดคลอด และควรตรวจความเข้มข้นของเลือด ให้ยาบำรุงเลือดหรือให้เลือดทดแทนตามความเหมาะสม[1]

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดเป็นภาวะและอาการต่างๆ ที่พบร่วมกับการตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลเสียทั้งทางร่างกายหรือจิตใจของมารดาหรือทารกตั้งแต่ภาวะที่ไม่มีอันตรายไปจนถึงภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอาจทำให้มารดาหรือทารกเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลา หญิงตั้งครรภ์แต่ละรายย่อมมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย พันธุกรรม ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะตกเลือด ภาวะซีดเลือด ภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด ภาวะที่ถุงน้ำคร่ำรั่ว หรือแตกเองก่อนเจ็บครรภ์คลอด ภาวะเครียดของทารก [1-5]

งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดและมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ บริการทำคลอดปกติ ช่วยคลอดผิดปกติทางช่องคลอด ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดูแลมารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง และดูแลทารกแรกเกิด 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ เป็นประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์ อำเภอห้วยผึ้ง อำเภอเขาวง อำเภอนาคู และอำเภอใกล้เคียงของจังหวัดมุกดาหาร มีเตียงรับใหม่ 1 เตียง เตียงรอคลอดและหลังคลอด 10 เตียง เตียงคลอด 2 เตียง มีทีมสำหรับการดูแลรักษา ประกอบด้วย สูติแพทย์ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 3 คน เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญในการให้บริการ ได้แก่ Electronic Fetal Monitoring จำนวน 6 เครื่อง Drop tone จำนวน 2 เครื่อง Radiant Warmer จำนวน 3 เครื่อง เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด (V/E) จำนวน 2 เครื่อง โคมไฟส่องเย็บแผล จำนวน 2 ตัว เครื่อง Infusion pump จำนวน 5 เครื่อง และTransport Incubator จำนวน 2 เครื่อง เครื่องวัดปริมาณออกซิเจน 1 เครื่อง syringe pump 1 เครื่อง Patient monitor 3 เครื่อง โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง การป้องกันภาวะชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ไม่ให้เกิดจากความพิการแต่กำเนิดของทารก

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เพื่อการดูแลมารดาและทารกที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการให้บริการของงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

2. เพื่อศึกษารูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรงานพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ที่เกี่ยวข้องกับการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 14 คน ประกอบด้วย สูติแพทย์ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 3 คน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนในการดำเนินการตามรูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยเน้นให้บุคลากรงานการพยาบาลผู้คลอด ได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็น ในการเสริมสร้างความเข้าและทักษะในการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด ประกอบด้วย การตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด การป้องกันภาวะชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงสูง และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เวชระเบียนและรายงานสรุป

2.2 แบบประเมินความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[6]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 – 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว

นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .935

ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์บริบทการให้บริการของงานพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

2. เก็บข้อมูลความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนดำเนินการ

3. การกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

4. การดำเนินการตามกิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

5. การสรุปผลและถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

ผลการวิจัย

1. บริบทการให้บริการของงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่ การให้บริการของงานการพยาบาลผู้คลอด การกำหนดกระบวนการสำคัญ และการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ

2. ความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. รูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่ กระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์, แนวทางปฏิบัติในการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี, การป้องกันและลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด การป้องกันภาวะชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4. ความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี	2.85	0.27	4.79	0.16	12	-17.308	.000	-2.19114	-1.70117
การเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด	2.95	0.31	4.71	0.23	12	-12.000	.000	-2.07229	-1.43540
การป้องกันภาวะชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง	2.90	0.42	4.79	0.22	12	-11.418	.000	-2.25950	-1.53538
การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	2.59	0.45	4.92	0.15	12	-15.962	.000	-2.65182	-2.01484
รวม	2.82	0.23	4.80	0.10	12	-22.804	.000	-2.17213	-1.79326

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มากกว่าก่อนดำเนินการ

5. การลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี, การเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด, การป้องกันภาวะชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงได้มีการศึกษาบริบทการให้บริการของงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่ การให้บริการของงานการพยาบาลผู้คลอด การกำหนดกระบวนการสำคัญ และการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ และกำหนดรูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่ กระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี การป้องกันและลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด การป้องกันภาวะชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามแนวทางการดูแลมารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยงหลังคลอด[2,7-9] ยุทธพงศ์ วีรวัฒนตระกูล, 2559; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ส่งผลให้ความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกหลังคลอด งาน

การพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ก่อนและหลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้าใจของบุคลากรในการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอดงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มากกว่าก่อนดำเนินการสอดคล้องกันกับการศึกษาของ ปราณีต คุณเครือ.(2564)[10] ได้ศึกษาความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด โรงพยาบาลหัวหิน ผลการวิจัย พบว่า 1. ความต้องการการพยาบาลของมารดาและการพยาบาลที่ได้รับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.92, SD=0.44; M=3.03, SD=0.44) 2. ความต้องการการพยาบาลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดด้านการดูแลบุตรและด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับการพยาบาลที่ได้รับ (r=.970, r=.962, p< .01 ตามลำดับ) ในขณะที่ด้านจิตใจและอารมณ์และด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการพยาบาลที่ได้รับ (r =.895, r =.854, p< .01 ตามลำดับ) ดังนั้นการปรับปรุงกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยหลังคลอดให้มีคุณภาพจึงควรส่งเสริมกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองทั้งความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่มารดาหลังคลอดได้รับ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ และทำให้ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่ กระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี การป้องกันและลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด การป้องกันภาวะชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ (2564)[9] การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ได้แนวปฏิบัติแบ่งออกเป็น 4 แนวปฏิบัติย่อย ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดฯ 2) แนวปฏิบัติการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอดฯ 3) แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดฯ 4) แนวปฏิบัติการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดฯ ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติพบอาการแสดงนำก่อนตกเลือดร้อยละ 93.7 ในเวลาเฉลี่ย 1.72 ชั่วโมง โดยพบมารดาตกเลือดร้อยละ 12.5 และมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 12.5 พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติมากเฉลี่ย 4.04 ซึ่งพบว่าเห็นด้วยมากที่สุดคือ เนื้อหามีความครอบคลุม และมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนเฉลี่ย 4.25 เท่ากัน

ข้อเสนอแนะ

2. การลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด ควรมีการศึกษาบริบทการให้บริการของงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่ การให้บริการของงานการพยาบาลผู้คลอด การกำหนดกระบวนการสำคัญ และการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ และกำหนดรูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่ กระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์, แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี, การป้องกันและลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด, การป้องกันภาวะชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1. การศึกษารูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอดควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาว เพื่อให้ระบบมีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. เฟื่องลดา ทองประเสริฐ.(2554). การดูแลสตรีระยะหลังคลอด (puerperium care) ใน สูติศาสตร์ล้านนา https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/medical-student-5/1684/

10. ปราณีต คุณเครือ.(2564). ความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด โรงพยาบาลหัวหิน. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 1(1) 49-57

2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). ICD-10 บทที่ 15: การตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด. ICD-10-TM Online บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย

3.คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย 2558; 19(1): 113-134.

4.Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse, DJ, Spong CY. The puerperium. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill, 2010: 646-660.

5. ชัยรัตน์ คุณาวิกติกุล.(2541). ระยะหลังคลอด. ใน: ธีระ ทองสง, ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอเรน บุ๊คส เซนเตอร์, 2541: 169-178.

6. Best, J.W. (1981). Research in Education.New Jersey : Prentice - Hall.

7. เอกชัย โควาวิสารัช สุธิต คุณประดิษฐ์ สุรศักดิ์ เก้าเอี้ยน บุญศรี จันทร์รัชชกูล ณัฐฐิณี ศรีสันติโรจน์ สมศรี พิทักษ์กิจรณกร.(2557). เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (Maternal and Fetal Medicine) http://training.dms.moph.go.th/rtdc/storage/app/uploads/public/59b/9e7/9b5/59b9e79b5acf1206850166.pdf

8. ยุทธพงศ์ วีรวัฒนตระกูล.(2559). สูติศาสตร์ฉุกเฉิน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.

9. ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ.(2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 22 วันที่ 25 มีนาคม 2564 ณ มหาวิทยาลัยขอนแกน 135-147

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลังในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ : กรณีศึกษา

Nursing care of elderly patients receiving general anesthesia along with epidural anesthesia for total bladder surgery and urinary drainage of the small intestine.

(Received: December 14,2023 ; Revised: December 22,2023 ; Accepted: December 24,2023)

เสาวภา ปิ่นทอง[1]
Saowapa Pintong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลังในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 4 มกราคม 2566ปัสสาวะแสบขัด มีเลือดปน ปวดท้องน้อย 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จึงนัดมาทำผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ ระยะก่อนระงับความรู้สึก ให้การพยาบาลลดความวิตกกังวล ให้ความรู้การปฏิบัติตัว ระยะระงับความรู้สึก ป้องกันเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิกายต่ำ มีภาวะเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 3300 ซีซี ระยะหลังระงับความรู้สึก ป้องกันภาวะ Hypoventilation และพิษจากยาชา หลังให้ยาระงับความรู้สึกย้ายไปรักษาต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก ติดตามเยี่ยมไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 21 วัน จำหน่าย 7 กุมภาพันธ์ 2566

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป, การให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลัง, มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care for elderly patients receiving general anesthesia along with epidural anesthesia for total bladder surgery and urinary drainage of the small intestine.

Results: Thai male patient, age 66 years old, admitted to the hospital on 4 January 2023, with pain in urination and blood in the lower abdomen before coming to the hospital for 1 month. Doctors diagnosed the patient with bladder cancer and made an appointment to do surgery to remove the entire bladder, take the small intestine and make a way to drain the urine. Before anesthesia, nurse gave the nursing care to reduce anxiety of patient and provided knowledge on how to behave while receiving anesthesia. The patient was prevented from tissue oxygen depletion from intubation and being monitored for hypothermia. It was found that the patient had intraoperative blood loss of 3300 cc. After anesthesia, patient was protected from hypoventilation and anesthetic poisoning after giving anesthesia medication, and was transferred to the intensive care unit for further treatment. After following up patient visits, complications were not found from the anesthesia administration. Total hospital admission of 21 days. The patient was discharges on 7 February 2023.

Keywords: elderly, general anesthesia, epidural anesthesia, bladder cancer

[1] กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder cancer) มะเร็งชนิดนี้มักพบในผู้ป่วยสูงอายุเป็นในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 95% เป็นเซลล์มะเร็งชนิด Transitional cell carcinomaผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมาพบแพทย์ด้วยเรื่องปัสสาวะเป็นเลือด แพทย์จึงควรสอบถามประวัติและช่วงเวลา ของการปัสสาวะแต่ละครั้งเช่น มีเลือดปนช่วงต้นสาย ปลายสายหรือตลอดสายของปัสสาวะ ซึ่งแต่ละช่วง สามารถบอกตำแหน่งของโรคได้ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการปวดร่วมด้วย บางรายมีปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขัดร่วมด้วย การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดทำในกรณีที่มะเร็งมีการลุกลามเข้าไปในกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก seminal vesicle และเนื้อเยื่อรอบๆ กระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานออก ในเพศหญิงต้องตัดมดลูก รังไข่ ด้านหน้าของช่องคลอดและท่อปัสสาวะออกไปด้วยจากนั้นต้องทำทางให้ปัสสาวะออกใหม่เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย วิสัญญีพยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเอากระเพาะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถฟื้นฟูกลับบ้านได้ การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัดเพื่อผ่าตัดเอากระเพาะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่ใหญ่ และใช้เวลานาน ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท หัวใจหลอดเลือด ระบบหายใจ ภาวะพร่องน้ำพร่องเลือดจากการเสียเลือดขณะทำผ่าตัด ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ จึงต้องระมัดระวังในทุกระยะของการผ่าตัดเพราะเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างดี เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและสนับสนุนการทำงานของศัลยแพทย์ให้สามารถดำเนินการผ่าตัดไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

สถิติการให้ยาระงับความรู้สึกเกี่ยวกับให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัดเพื่อผ่าตัดเอากระเพาะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2564 - พ.ศ.2566 จำนวน 2 , 4 , 5 ราย ตามลำดับ (สถิติฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พ.ศ.2566) จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วย ให้การดูแลก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูได้รวดเร็ว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลังในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี รับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2566 เวลา 09.35 น. ปัสสาวะแสบขัด มีเลือดปน ปวดท้องน้อย 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 4 ปีก่อนมีปัสสาวะเป็นเลือดมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตลอดระยะเวลา 4 ปี 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปัสสาวะแสบขัด มีเลือดปน ปวดบริเวณท้องน้อย แพทย์ตรวจพบก้อนที่กระเพาะปัสสาวะส่ง CT bladder พบ tumor size 7.8 x 7.0 x 4.0 cm แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น CA bladder จึงนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 123/74 มม.ปรอท ชีพจร74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร น้ำหนัก 36 กก. ส่วนสูง 160 ซม. Mouth opening > 3 FB ,

Mallapati class 2 , Thyromental distance > 6 ซม. ASA class 3 (old age , anemia , EKG abnormal , smoker) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb = 9.9 gm/dl Hct = 31.7 % WBC = 6, 1 7 0 cells Platelet count = 284,000cells , PT = 11.1 sec , PTT = 24.0 sec , INR = 0.94 , BUN 19 mg/dl , Cr.= 0.87 mg/dl , Na = 140 mmol/L , K = 3.66 mmol/L , Cl = 104 mmol/L , CO2 = 26.1 mmol/L , Anti HIV = Negative , ผลเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) ปกติ, ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography) พบ A-V dissociation rate 70 bpm งดน้ำงดอาหารเวลา 24.00 น.วันที่ 4 มกราคม 2566 ศัลยแพทย์ Set OR for Open radical cystectomy with ileal conduit with bilateral pelvic lymp node dissection วันที่ 5 มกราคม 2566 วางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปโดยใช้เทคนิคการใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลัง (Combine = General Anesthesia with Endotracheal tube with Balance technique with Epidural Anesthesia)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก วันที่ 4 มกราคม 2566 เวลา 13.00 น. ไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ทักทายตรวจสอบเอกสารซักประวัติปัญหาที่พบ **1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวไม่ฟื้นจากการดมยาสลบเนื่องจากการไม่เคยได้รับความรู้สึกมาก่อน** **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามวิธีการดมยาสลบ	**กิจกรรมการพยาบาล** อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นรวมทั้งขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกตั้งแต่ระยะแรกจนสิ้นสุด การผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย พูดคุยให้กำลังใจด้วยท่าทีเป็นมิตรผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวลเข้าใจ ยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัดภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึก **การประเมินผล** ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อทำผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** ไม่เคยได้รับการระงับความรู้สึกมาก่อน	**กิจกรรมการพยาบาล** ตรวจสอบความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ การงดน้ำงดอาหารของผู้ป่วย อธิบายการวิธีการ ขั้นตอน แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึก สอนการฝึกหายใจ (Breathing exercise) การไออย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งแนะนำการงดสูบบุหรี่ บอกข้อมูลและระยะเวลาการผ่าตัดจะต้องใช้เวลานาน และหลังผ่าตัดจะต้องพักฟื้นที่หอผู้ป่วยหนักและอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไว้โดยมีแพทย์และพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด รายงานวิสัญญีแพทย์เกี่ยวกับโรคประจำตัวของผู้ป่วย ประสานงานกับธนาคารเลือดเพื่อเตรียมเลือดไว้ให้ผู้ป่วยขดเชยขณะผ่าตัด **การประเมินผล** ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
การพยาบาลระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก	**กิจกรรมการพยาบาล** ระยะนำสลบก่อนใส่ท่อช่วยหายใจให้ออกซิเจน 100% ผ่านทางหน้ากาก 6 ลิตร/นาที นาน 5 นาที บริหารยา fentanyl 50 มคก. IV etomidate 8 มก. IV ผู้ป่วยหมดสติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 127/64 มม.ปรอท ชีพจร 62 ครั้ง/นาที SpO_2 100% ปัญหาที่ต้องเฝ้าระวัง **1. ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. Mouth opening > 3 FB , Mallapati class 2 , Thyromental distance > 6 ซม 2. เป็นผู้สูงอายุ	ตรวจไม่พบ eyelash และ eyelid reflex บริหารยา succinylcholine 75 มก. IV เมื่อยา succinylcholine ออกฤทธิ์เต็มที่มองเห็นมี fasciculation จนถึงปลายเท้า ทำการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างรวดเร็วและนิ่มนวลโดยใช้ laryngoscope blade เบอร์ 3 ใช้ท่อช่วยหายใจชนิดมี cuff ขนาด ID 8.0 ลึก 22 ซม.laryngoscope view grade 1 ฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้างได้ยินสียงเท่ากัน $ETCO_2$ 30 มม.ปรอท blow cuff ติดพลาสเตอร์ยึดท่อช่วยหายใจและข้อต่อต่างๆไว้ไม่ให้เลื่อนหลุดตำแหน่ง ดูแลข้อต่อต่างๆไม่ให้หักพับงอจากการคลุมผ้าผ่าตัด บริหารยา cisatracurium 10 มก.และ maintain ด้วย O_2 : Air 0.6 : 0.6 60% O_2 : desflurane 5 % สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 138/88 มม.ปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที SpO_2 100 % เปลี่ยนช่วยหายใจด้วยเครื่อง ใช้ Volume control mode 500 ลิตร อัตราการหายใจ 12 ครั้ง/นาที maintain ด้วย O_2 : Air 0.6 : 0.6 60 % O_2 : desflurane 3 - 6 % ติดตามความดันโลหิตอยู่ในช่วง120 – 140 / 70 - 80 มม.ปรอท ชีพจร 60 - 80 ครั้ง/นาที $SpO_2$100 % $ETCO_2$ 29 – 33 มม.ปรอท **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน
2. ผู้ป่วยอาจเอาท่อช่วยหายใจออกไม่ได้เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและการผ่าตัดใช้ระยะเวลานาน	**กิจกรรมการพยาบาล** รายงานวิสัญญีแพทย์วางแผนระงับปวดขณะและหลังผ่าตัดด้วยการทำ epidural block ดูแลช่วยวิสัญญีแพทย์ทำ Epidural block at level T12 – L1 epidural catheter No.18 in space 5 cm. skin mark 10 cm. ด้วยยา 0.125% Marcaine + Morphine 0.02 mg/ml rate 5 ml/hrเพื่อให้ยาระงับปวดทางช่องเหนือไขสันหลัง test dose ด้วย 2% xylocaine with adrenaline 1 : 200,000 = 4 ml ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาทีตลอดระยะเวลาการทำผ่าตัด สังเกตภาวะแทรกซ้อนผลข้างเคียงจากยา ดูแลไม่ให้สาย Epidural catheter เคลื่อนจากตำแหน่งเดิมและไม่ให้หักพับงอ โดยติดพลาสเตอร์ใสยึดตามแนวกระดูกสันหลัง **การประเมินผล** เมื่อเสร็จผ่าตัดผู้ป่วยสามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ ไม่บ่นปวดแผล pain scale 0 คะแนน
3. ผู้ป่วยอาจเกิดเส้นประสาทบาดเจ็บจากการจัดท่าขณะผ่าตัดเนื่องจากผ่าตัดเวลานานและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป **ข้อมูลสนับสนุน** ขณะผ่าตัดผู้ป่วยนอนหงายศีรษะต่ำ (Trendelenburg)	**กิจกรรมการพยาบาล** ดูแลจัดท่านอนให้แนวกระดูกสันหลัง คอ อก เอว อยู่ในแนวเดียวกัน หนุนท้ายทอยด้วยหมอนในระดับเดียวกัน กางแขนบนที่รองแขนไม่เกิน 90 องศา เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาทแบรเคียลและหงายมือเพื่อป้องกันการกดทับเส้นประสาทอัลนาร์พร้อมใช้สายรัดแขน สองข้างไว้ไม่ให้ตกจากที่รองแขน ขาทั้งสองข้างวางแยกจากกันเล็กน้อย และใช้สายรัดขาเพื่อป้องกันการตกเตียง ปรับให้ศีรษะต่ำเล็กน้อยประมาณ 10 – 15 องศา ให้เข่างอประมาณ 30 องศาเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยไหลมาทางศีรษะ **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทจากการจัดท่าขณะผ่าตัด
4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothremia) **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยทำผ่าตัดในห้องผ่าตัดซึ่งมีอุณหภูมิ เย็น 20 – 21 องศาเซลเซียส การผ่าตัดใช้ระยะเวลานาน และมีการใช้น้ำล้างบริเวณที่ทำผ่าตัดอยู่ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำได้ส่งผลให้อาจ	**กิจกรรมการพยาบาล** เฝ้าระวังและ Monitor อุณหภูมิกายของผู้อย่างต่อเนื่อง วัดอุณหภูมิทาง Central core tempurature โดยใช้ Nasal probe การใส่ probe บริเวณนี้เป็นการประเมินอุณหภูมิของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ให้ระมัดระวังการ trauma สอดใส่ด้วยความนุ่มนวล ใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อน (blanket warmer) ร่วมกับใช้ผ้าคลุม เพื่อไม่ให้ลมร้อนเป่าปะทะตัวผู้ป่วยโดยตรง อุ่นสารน้ำที่ให้กับผู้ป่วย โดยใช้เครื่องอุ่นสาย IV fluid ผ่านก่อนที่สารน้ำจะเข้าไปถึงผู้ป่วย ประสานงานและขอความร่วมมือกับบุคลากรในทีมผ่าตัด ในการเพิ่มอุณหภูมิห้องผ่าตัดเป็น 25 องศาเซลเซียส โดยให้ความรู้แก่บุคลากรให้ทราบถึงอุณหภูมิที่เหมาะสม และภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำเนื่องจากภาวะนี้จะมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ตรวจสอบ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกิดการฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปช้า	ความร้อนที่ได้รับจากเครื่องใช้ความร้อนเป็นระยะๆ สังเกตและเฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจว่ามีการเต้นผิดจังหวะหรือไม่ **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ อุณหภูมิ 35.7 – 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 - 80 ครั้ง/นาที
5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องน้ำและเลือดเนื่องจากอยู่ในระยะงดน้ำงดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง และมีการเสียเลือดขณะทำการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. งดน้ำงดอาหารนาน 9 ชั่วโมง 2. มีการเสียเลือดขณะทำการผ่าตัด 1,300 ml	**กิจกรรมการพยาบาล** สังเกตอาการร่วมกับประเมินปริมาณการเสียเลือดที่ยอมรับได้ในผู้ป่วยรายนี้คือ 200 มล. เปิด IV line เพิ่มด้วยเข็มเบอร์ 18 ดูแลช่วยวิสัญญีแพทย์ทำ Invassive monitoring A – line No.20 at Rt.Radial artery เพื่อทำการวัดความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงโดยตรง และ C - line No.7 Fr. ลึก 12 ซม. at Rt. Subclavain vein เพื่อประเมินให้สารน้ำ ติดตามสัญญาณชีพและบันทึกทุก 5 นาที เจาะหาค่าความเข้มข้นของเลือดเพื่อประเมินภาวะซีดจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด ประสานกับธนาคารเลือดจัดเตรียมเลือดไว้พร้อมใช้ได้ทันที บันทึกการได้รับสารน้ำและเลือดทดแทนขณะผ่าตัดโดยดูจากผ้าก๊อซซับเลือดและขวดรองรับเลือด เมื่อมีอาการผิดปกติรีบแก้ไขและปรึกษาวิสัญญีแพทย์ ระหว่างผ่าตัดได้รับ 0.9% NSS 700 มล. , Acetar 2,600 มล., FFP 972 มล., PRC 648 มล.เสียเลือดขณะผ่าตัด 1,300 มล. ปัสสาวะ 350 มล. **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องน้ำและเลือด
6. ผู้ป่วยอาจเกิดแพ้เลือดและส่วนประกอบของเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับเลือดขณะผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** รายงานวิสัญญีแพทย์รับทราบ ให้ PRC 3 unit และ FFP 4 unit โทรประสานธนาคารเลือดเตรียม PRC และ FFP ให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษา เมื่อได้รับเลือดจากธนาคารเลือดตรวจสอบความถูกต้อง ชื่อ นามสกุล HN และกรุ๊ปเลือดให้ตรงกันเพื่อป้องกันการเกิดการให้เลือดผิดกรุ๊ปผิดคน ดูแลให้ PRC และ FFP ให้เหมาะสมตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย สังเกตุอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด วัดสัญาณชีพตลอดการให้เลือด เตรียมยาแก้แพ้พร้อมใช้ ติดตามปริมาณสารน้ำที่เข้าออกร่างกายของผู้ป่วยขณะได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด ลงบันทึกการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดในแบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดการแพ้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตลอดการทำผ่าตัด
7. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเนื่องจากให้ยาระงับความรู้สึกเป็นเวลานาน **ข้อมูลสนับสนุน** ระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก 8 ชั่วโมง 15 นาที	**กิจกรรมการพยาบาล** เมื่อศัลยแพทย์ทำผ่าตัดเสร็จปิด Desflurane เปิดออกซิเจน 100 % 6 ลิตร/นาที เมื่อผู้ป่วยเริ่มกลับมาหายใจ บริหารยา reverse muscle relaxant ด้วย neostigmine 2.5 มก.IV บริหารยา anticholinergic ด้วย atropine 1.2 มก.IV โดยให้ atropine ก่อนเพื่อป้องกันภาวะหัวใจเต้นช้าจากยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจจนโล่ง ผู้ป่วยหายใจแรงดี ลืมตา และทำตามคำสั่งได้ จึงถอดท่อช่วยหายใจออกให้ผู้ป่วยดมออกซิเจน 100 % 6 ลิตร/นาที ต่ออีก 5 นาที ย้ายผู้ป่วยส่งห้องพักฟื้น **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ
การพยาบาลระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ย้ายผู้ป่วยส่งห้องพักฟื้นเวลา17.00น. **1. ผู้ป่วยอาจมีภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะ Hypoventilation หลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเป็นเวลานาน**	**กิจกรรมการพยาบาล** ดูแลจัดท่าผู้ป่วยให้นอนตะแคงใบหน้าเพราะท่านี้ลิ้นจะไม่ตกลงไปอุดทางเดินหายใจ ให้ออกซิเจน100% 10 ลิตรต่อนาที ทางหน้ากากออกซิเจนแบบละอองฝอย วัดสัญญาณชีพประเมินผู้ป่วยตาม Modified Aldrete Score ได้ 9 คะแนนสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 150 – 130 / 70 – 90 มม.ปรอท ชีพจร 80 - 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 – 20 ครั้ง/นาที SpO_2 100 %

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน ระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก 8 ชั่วโมง 15 นาที	**การประเมินผล** ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดประเมิน pain scale 7 คะแนน สัญญาณชีพ 159/ 87 มม.ปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที SpO_2 100 %	**กิจกรรมการพยาบาล** จัดท่าให้ผู้ป่วยสุขสบาย พูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจ รายงานวิสัญญีแพทย์รับทราบปรับเพิ่ม rate 0.125% Marcaine + Morphine 0.02 mg/ml ทาง Epidural catheter เป็น 6 ml/hr และให้ morphine 2 mg ทาง Epidural catheter เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนของยา **การประเมินผล** อาการปวดทุเลาลง pain score 0 คะแนน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120 – 130 / 70 – 80 มม.ปรอท ชีพจร 70 - 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 – 20 ครั้ง/นาที SpO_2 100%
3. ผู้อาจเกิดภาวะยาชาเป็นพิษ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการทำ Epidural block at level T12 – L1 เพื่อให้ยาแก้ปวดเป็น 0.125% Marcaine + Morphine 0.02 mg/ml ทาง Epidural catheter เป็น 6 ml/hr	**กิจกรรมการพยาบาล** บริหารยาด้วยเครื่องควบคุมปริมาณสารน้ำเพื่อไม่ให้ได้ยาเกินขนาด เฝ้าระวังสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ได้แก่ ชารอบปาก ลิ้นชา เห็นภาพซ้อน มีเสียงในหู เวียนศีรษะ เตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้ ดูแลสาย Epidural catheter ไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุดและหักพับงอ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะยาชาเป็นพิษ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120 – 130 / 70 – 80 มม.ปรอท ชีพจร 70 - 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 – 20 ครั้ง/นาที SpO_2 100 % **การประเมินผล** ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น 1 ชม.ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึกวันที่ 1-2 ตื่นรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียงได้บนเตียง on O_2 canular 5 LPM supportไว้ หายใจสม่ำเสมอดี ไม่มีเหนื่อยหอบ แผลผ่าตัดไม่มี discharge ซึม on jackson’s drain ไว้ไม่ active bleed ไม่บ่นปวดแผล pain score 0 คะแนน จากการทำ Epidural block ไม่ปวดแผลเพิ่มวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี ไม่บ่นปวดแผลผ่าตัด ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ผู้ป่วยมีภาวะ thrombocytopenia Plt.Count 64,000 cells , hct 27.1% ปรึกษาอายุแพทย์รับทราบให้เกล็ดเลือด 9 unit , PRC 1 unit repeat Lab CBC hct = 33 % Plt.Count 144,000 cells ยาทาง epidural catheter หมดไม่ปวดแผลเพิ่ม แผลทาง jackson’s drain มี discharge ซึม ศัลยแพทย์ suture ให้เพิ่ม 2 stich วันที่ 4 หลังผ่าตัดหยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เริ่มรับประทานเป็นอาหารเป็นอาหารอ่อนสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120 – 130 / 60 - 70 มม.ปรอท ชีพจร 60 - 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36 - 37 องศาเซลเซียส วันที่ 5 – 12 แผลผ่าตัดแห้งดี jackson’s drain ไม่ active bleed content ออกเป็นสีแดงจางๆ ย้ายผู้ป่วยไปตึกศัลยกรรมชาย วันที่ 13 – 15 แผลแห้งดี jackson’s drain ไม่มี content ออกเพิ่ม ศัลยแพทย์พิจารณาให้ off ได้ ผู้ป่วยลุกช่วยเหลือตัวเองได้ สอน urostomy care แพทย์จำหน่ายให้กลับบ้านได้นัดมาตรวจหลังผ่าตัดวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 21 วัน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวันที่มาตรวจตามนัดพบว่าแผลผ่าตัดหลังตัดไหมแล้วแห้งดี พูดคุยให้กำลังใจพบว่าผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส ยอมรับการสูญเสียภาพลักษณ์ได้ สามารถดูแล urostomy ได้ด้วยตนเอง

อภิปรายผล

การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลังเป็นกรณีที่พบได้น้อยและเป็นหัตถการที่ต้องมีเทคนิคการดูแลที่พิเศษ[1] ทั้งในเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึก การเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายไม่ปวดแผลหลังผ่าตัด และสนับสนุนให้ศัลยแพทย์ทำผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะเป็นหัตถการที่ใช้เวลานาน มีการสวนล้างน้ำอยู่ตลอดระยะเวลาของการทำผ่าตัด และเป็นการผ่าตัดอวัยวะสำคัญของร่างกาย สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา ทั้งขณะและหลังผ่าตัด เช่น การบาดเจ็บของเส้นประสาทขณะจัดท่าผ่าตัด การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ดังนั้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจึงต้องมีการเฝ้าระวังตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด

การบำบัดอาการปวดด้วยการทำ Epidural block[6] จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดได้อย่างเพียงพอ แต่ต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะยาชาเป็นพิษ สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากให้ยา จึงต้องมีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ได้แก่ ชารอบปาก ลิ้นชา เห็นภาพซ้อน มีเสียงในหู เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำจากการเกิด high block เตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้ ดูแลสาย Epidural catheter ไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุดและหักพับงอ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับมาตรฐานของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะเป็นหัตถการที่ยุ่งยากซับซ้อนและใช้ระยะเวลานาน ผู้ให้ยาระงับความรู้สึกต้องเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเลือกเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม[2] วิสัญญีพยาบาลจึงต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกในการทำผ่าตัดนี้ เพื่อให้มีความปลอดภัยและเพื่อช่วยให้ศัลยแพทย์ทำผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต จึงต้องมีการประสานงานกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการสูญเสีย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึก พร้อมทั้งดูแลสภาพจิตใจให้ผู้ป่วยยอมรับการสูญเสียภาพลักษณ์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ วางแผนการดูแลร่วมกันกับครอบครัวผู้ป่วยเป็นระยะๆ ทำให้ครอบครัวเข้าใจยอมรับ เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง และให้ความร่วมมือในแผนการรักษา

2. วิสัญญีพยาบาลควรมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะและฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มทักษะและประสบการณ์ของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการจัดอบรมดูงานแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ

3. รวบรวมข้อมูลสถิติการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก พัฒนาระบบการจัดการกับภาวะคุกคามต่อชีวิต ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยตามหลักการช่วยฟื้นคืนชีพ เพิ่มประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการบริการด้านวิสัญญี

เอกสารอ้างอิง

1.จิรนันท์ ทิพยดาราพาณิชย์. (2563). การให้ยาระงับความรู้สึกและการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ร่วมกับการให้ยาชาช่องเหนือไขสันหลังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีภาวะซีดที่มารับการผ่าตัดมะเร็งล้าไส้ใหญ่ และนิ่วถุงน้ำดี. https://www.file:///C:/Users/Asus/ Downloads/pj-2565-01.pdf.

2.ชมรมระงับความรูสึกเฉพาะสวนแหงประเทศไทย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทยแหงประเทศไทย (2560). แนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่เข่ารับการระงับความรูสึกเฉพาะสวน. บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด กรุงเทพฯ.

3.ดนัย มโนรมณ์, สมชาย ธนะสิทธิชัย และ วีรวุฒิ อิ่มสำราญ. (2563). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

4.ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ. (2560). ฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. ครั้งที่ 36. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศ ไทย.

5.ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทยแหงประเทศไทย (2562). แนวทางเวชปฏิบัติในการทำ Spinal Anasthesia. https://www.rcat.org.

6.วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์. 2562. การระงับปวดเฉียบพลัน Acute pain management. ภาควิชา วิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดปกติที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ :กรณีศึกษา 2 ราย (Nursing of Postpartum Hemorrhage Normal Delivery with High-risk Pregnancy: 2 Case Studies)

(Received: December 14,2023 ; Revised: December 22,2023 ; Accepted: December 24,2023)

ปรีญา ศรีสุข[1]
Priya Srisuk[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอด ประวัติการเจ็บป่วย โรค พยาธิสภาพ การรักษา แบบแผนสุขภาพ สภาพปัญหาของผู้คลอด และการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ทบทวน ค้นคว้าเอกสาร ตำราวิชาการในงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูลตาม11แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดให้ปลอดภัย จัดทำเอกสารวิชาการและเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา: รายที่ 1 มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี จากกะเพาะปัสสาวะเต็มหลังสวนปัสสาวะและได้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก อาการดีขึ้น รายที่ 2 เกิดจากฉีกขาดของปากมดลูก และมีภาวะช็อคร่วมด้วย ทั้ง 2ราย มีสาเหตุการตกเลือดที่แตกต่างกัน การวางแผนการพยาบาลจึงแตกต่างกัน

คำสำคัญ ภาวะตกเลือดหลังคลอด,Hypovolemic shock,4T

Abstract

This study was case study aimed to conduct a comparative study of giving birth. History of illness, disease, pathology, treatment, health patterns, problems of the birth mother and nursing mothers with postpartum hemorrhage who have complications during pregnancy. Data were collected from inpatient medical records. Interview patients and relatives, review and research documents. Academic textbooks in related works analyze data according to Gordon's 11 health patterns. Using the nursing process to safely care for mothers with postpartum hemorrhage. Prepare academic documents and publish results

Results: Case 1 had postpartum hemorrhage due to poor uterine contractions. After having a full bladder after using a urinary catheter and taking medication to stimulate uterine contractions, symptoms improved. The second case was caused by a tear in the cervix. and also had shock. Both cases had different causes of bleeding. Nursing care planning is therefore different.

Keywords: postpartum hemorrhage, hypovolemic shock, 4T

บทนำ

การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดขึ้น เพื่อขับเอาทารก น้ำคร่ำและรกออกจากโพรงมดลูกสู่ภายนอก ถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤติในช่วงชีวิตหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นตามวุฒิภาวะและสถานการณ์ การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุหลักของการตายของมารดาในประเทศที่กำลังพัฒนาและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มประเทศที่ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของทะเลทรายซะฮาร่าในทวีปแอฟริกามีอัตราการตายของมารดาสูงที่สุด และหนึ่งในสามของการตายเกิดจากการตกเลือดหลังคอด ของการเสียชีวิตทั้งหมดและในประเทศไทย พบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศ พ.ศ. 2566 เท่ากับ 16.82 , 13.08 และ11.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย จาก

[1] งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลห้วยผึ้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

สาเหตุความดันโลหิตสูง ไม่ทททราบสาเหตุ และตกเลือดหลังคลอด ตามลำดับ โดยสาเหตุการตายของมารดาปีงบประมาณ 2566 พบว่ามารดาเสียชีวิตสาเหตุทางตรง ร้อยละ53 สาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 39 และไม่สามารถระบุสาเหตุการตาย ร้อยละ 15[1-4]

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การตกเลือดหลังคลอดทารกมีจำนวนปริมาณเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรเมื่อคลอดทางช่องคลอด หรือปริมาณเลือดจำนวนมากกว่า 1000 มิลลิลิตรเมื่อคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา รวมถึงการที่ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกขึ้นจะทำให้เสียเลือดเกิดภาวะช็อกในบางรายต้องผ่าตัดมดลูกออกเป็นการสูญเสียอวัยวะที่สำคัญทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีก และส่งผลต่อภาพลักษณ์สตรีและในรายที่รุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลทางด้านจิตใจ โดยมีรายงานพบว่ามารดาหลังคลอดบุตรอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้จากภาวะซีด และส่งผลต่อการปรับตัวในบทบาทของมารดาเกิดความกลัวและวิตกกังวลนอกจากนี้ยังส่งผลต่อระยะเวลานอนในโรงพยาบาลขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มตามม[4, 5]

โดยส่วนใหญ่การตกเลือดหลังคลอดมักจะเกิดขึ้นภายหลังการคลอดทันทีหรือหนึ่งถึง 2 Nurse ชั่วโมงแรกหลังคลอด เนื่องจากจะมีเลือดออกจากบริเวณที่รกเคยเกาะตามกลไกธรรมชาติมดลูกจะหดรัดตัวและคลายตัวเป็นระยะสลับกัน เพื่อบีบรัดหลอดเลือดเป็นการป้องกันการไหลของเลือดออกจากโพรงมดลูก ดังนั้นการหดรัดตัวไม่ดีของมดลูก จึงเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด การดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบันคือการจัดการ ในระยะที่สามของการคลอดอย่างรวดเร็วเรียกว่า Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) โดยให้ Oxytocin 10 Unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อขณะคลอดไหล่หน้าทารกหรือฉีดเพิ่มในสารน้ำทางหลอดเลือดดำภายหลังทารกคลอดทันทีเพื่อให้มดลูกหดรัดตัวดีทำคอดรคได้โดยเร็วและป้องกันการตกเลือดในระยะแรก[6-10]

จากสถิติห้องคลอดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง ปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2566 มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร้อยละ 1.4,10,0,3.4 และ 6.1 ตามลำดับ สาเหตุหลักเกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ช่องคลอดฉีกขาดรกค้างและอื่นๆ แม้ว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดที่เกิดในห้องคลอดจะไม่มีมารดาเสียชีวิต แต่มารดาตกเลือดหลังคลอดบางราย มีอาการรุนแรงต้องได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดต้องตัดมดลูก และต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น อุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นปัญหาสำคัญที่หน่วยงานต้องแก้ไขตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพมาตรฐานของการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเนื่องจากรกค้างหรือมดลูกหดรัดตัวไม่ดี พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่สามารถป้องกันได้ขณะเจ็บครรภ์คลอด โดยให้การดูแลมารดาอย่างใกล้ชิด และวินิจฉัยภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ทันท่วงทีจะช่วยลดภาวะแททรกซ้อนและการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คัดเลือดผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบ

ประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ทั้งผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง แผนการรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ การพยาบาลใน 5 ระยะ ได้แก่ ระยะฝากครรภ์ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและระยะการเตรียมจำหน่าย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายมีความแตกต่างกันที่อายุ รายที่ 1 เป็นการตั้งครรภ์ที่อายุมาก(Elderly Pregnancy) ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง มีประสบการณ์ในการคลอดบุตรแล้ว 2 ครั้ง ครั้งนี้จะเป็นการคลอดบุตรครั้งที่ 3 ผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลามจึงวางแผนครอบครัวด้วยการรับบประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ภาคใต้ มีการย้ายถิ่นฐานมาเช่าบ้านเพื่อค้าขาย ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นการตั้งครรภ์ช่วงวัยเจริญพันธุ์ มีอายุที่เหมาะสมอยู่ในช่วงการตั้งครรภ์ ยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอด มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอห้วยผึ้ง หลังคลอดผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลก่อนไปเบิกกับประกันสังคม

2. วิเคราะห์และเปรียบกรณีศึกษา พบความแตกต่างของประวัติการฝากครรภ์ มารดารายที่ 1 มาฝากครรภ์เร็ว อายุครรภ์ 9 wk.ฝากครรภ์ครบคุณภาพ ขณะฝากครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลตามแนวทางการฝากครรภ์ที่กำหนด ระยะการเจ็บครรภ์คลอดเป็นการคลอดเร็ว เมื่อมาถึงโรงพยาบาลปากมดลูกเปิดหมด หลังคลอด blood loss 500 ml. มดลูกหดรัดตัวไม่ดี มี full bladder ได้รับการสวนทิ้งได้ urine 500 ml.ภายหลังการดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างและคลึงมดลูก ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก มดลูดหดรัดตัวดี ไม่มีภาวะ hypovoluminous shock ค่า Hct อยู่ในเกณฑ์ปกติ ภายหลังคลอดดูแลกระตุ้นเอาบุตรดูดนมได้ วางแผนคุมกำเนินด้วยการกินยาเม็ดคุมกำเนิด เนื่องจากนับถือศาสนาอิสลาม ส่วนมารดารายที่ 2 ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ มาฝากครรภ์ช้า อายุครรภ์ 24 wk. ขณะฝากครรภ์มีภาวะซีด ได้รับการรักษาด้วยการกินยาบำรุงเลือด วันที่คลอดยังมีภาวะซีด Hct = 32 vol.% ได้รับการวินิจฉัยให้นอนโรงพยาบาลด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร ไม่ได้เตรียมตัวมาคลอดแต่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดหลังรับไว้นอนโรงพยาบาลหลังคลอดตกเลือดหลังคลอดจากการฉีกขาดของ cervix ร่วมด้วย ผู้ป่วยมีความเข้มข้นของเลือดลดลงมาก จึงส่งตัวเพื่อไปรับเลือดโรงพยาบาลแม่ข่าย

3. วิเคราะห์และเปรียบเทียบกรณีศึกษาแบบแผนสุขภาพกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยมาฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ขณะตั้งครรภ์ชอบรับประทานน้ำหวานเป็นประจำทุกวันทำให้น้ำหนักเพิ่มขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ที่กำหนด ไม่ได้ออกกำลังกายก่อนระหว่างการตั้งครรภ์นอนหลับพักผ่อนได้ดีไม่มีภาวะเครียด ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐฐานะ รายที่ 2 ผู้ป่วยมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ขณะตั้งครรภ์ชอบรับประทานอาหารรสจัด ทำให้ต้องมานอนโรงพยายบาลด้วยอาการท้องเสีย ไม่ได้ออกกำลังกายก่อนระหว่างการตั้งครรภ์ นอนหลับพักผ่อนได้ดี มีภาวะเครียดเรื่องต้องแยกกันทำงานกับสามี ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐฐานะ

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะตกเลือดหลังคลอดผู้ป่วยกรณีศึกษา จากกรณีศึกรายที่ 1 ประเมินสาเหตุ การตกเลือดเกิดมดลูกหดรัดตัวไม่ดีร่วมกับกระเพาะปัสสาวะเต็ม ดูแลคลึงมดลูก สวนทิ้งปัสสาวะ ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกสัญญาณชีพปกติ รายที่ 2 ประเมินสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดพบว่าเกิดจากการฉีกขาดของปากมดลูก สัญญาณชีพชีพจรเร็วหายใจช้ามากหน้าซีด ดูแลให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกและเปิดหลอดเลือดเพิ่มให้ NSS loading หลังให้ vital signs stable.

5. จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกันถึงแม้ ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดจะมีความแตกต่างด้านอายุ ความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ และสาเหตุการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ต่างกัน จากข้อ วินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายกันจึงสามารถนำมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็น 4 ระยะดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะที่ 1 ระยะฝากครรภ์	1.ประเมินผู้ป่วยการซักประวัติการตรวจร่างกายประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ 2.วัดสัญญาณชีพทุกครั้งที่มารับบริการ 3.อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะตั้งครรภ์อายุมากภาวะโลหิตจาง 4.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเรื่องการตั้งครรภ์อายุมากภาวะโลหิตจาง 5.ประเมินสภาพทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ แนะนำมารดาให้สังเกตและบันทึกการดินของทารกในครรภ์ฟังเสียงหัวใจทารก 6.กินยาบำรุงเลือดตามที่แพทย์แนะนำทุกวันไม่กินพร้อมยาแคลเซี่ยม 7.กินอาหารบำรุงเลือดได้แก่ไข่ตับหมูตับไก่ปลาหมูไก่กุ้งผักตำลึงผักบุ้งคะน้ากะหล่ำปลีถั่วฝักยาวเข้ากล้อง 8.กินผลไม้หลังอาหารได้แก่กล้วยน้ำว้ากล้วยไข่มะละกอส้มสับปะรดพุทราจะช่วยดูดซึมธาตุเหล็กได้ดีและลดอาการท้องผูก 9.หลีกเลี่ยงกินยาบำรุงเลือดพร้อมอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็กได้แก่นมเนยน้ำชากาแฟควรกินห่างกันสองถึง 4 ชั่วโมง 10.แนะนำมารดาให้พักผ่อนอย่างเต็มที่โดยนอนอย่างน้อย 10 ชั่วโมงในตอนกลางคืนและนอนพักครึ่งชั่วโมงหลังอาหารและแนะนำให้นอนตะแคงเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปยังรพได้ดียิ่งขึ้น 11.แนะนำการรักษาความสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
ระยะที่ ระยะรอคลอด	1.ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีและตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมง 2.ประเมินเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที และทำ EFM ประเมินเสียงหัวใจทารกความสม่ำเสมอ และการหดรัดตัวของมดลูกถ้าเร็วและแรงผิดปกติ 3.อธิบายหรือทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดรวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาลเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกิดความมั่นใจและเกิดความปลอดภัยในการคลอด 4.ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยกระตุ้นปัสสาวะทุกสองถึง 3 ชั่วโมง 5.ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเช่นการหายใจดูแลให้ทำอย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มดลูกหดรัดตัวการผ่อนคลายเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้เป็นผลดีวิธี slow chest Breathing ใช้เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 3 cm. ดังนี้หายใจล้างปอดหนึ่งครั้งหายใจเข้าลึกลึกทางจมูกช้าๆแล้วผ่อนลมออกทางปากช้าๆทำจนกว่ามดลูกจะเริ่มคลายตัวหายใจล้างปอด กระตุ้นผิวหนังโดยการนวดการรูปการณ์คลึงเบา ๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด คือ บริเวณกลางกระดูกก้นหลังต้นขา และหน้าท้อง ซึ่งการกระตุ้นผิวหนังเป็นวิธีทำได้ง่ายโดยผู้คลอดทำเองให้สามีหรือญาติผู้ดูแลในห้อง 6.คลอดช่วยทำให้ ซึ่งกระตุ้นผิวหนังเป็นวิธีทำได้ง่าย ใช้อุ้งมือทั้งสองรูปหน้าท้องโดยเริ่มจากหัวเหน่าขึ้นไปทางยอดมดลูกขณะหายใจเข้า และลูบจากยอดมดลูกผ่านตรงลงมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ในขณะหายใจออก 7.แนะนำให้ผู้คลอดสังเกตการณ์ดินของทารกถ้าลดลงให้แจ้งเจ้าหน้าที่ 8.สังเกตปริมาณสีกลิ่นของน้ำคล่ำเพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนหากพบ meconium ปนออกมากับน้ำคร่ำให้รีบรายงานแพทย์ให้ทราบ 9.ป้องกันภาวะ fetal distress โดยจัดให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายหากเสียงหัวใจทารกเต้นน้อยกว่า 120 ครั้งหรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาทีหรือพบ meconium ปนออกมากับน้ำคร่ำดูแลให้ oxygen 5-10 ลิตร/นาที 10.ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไปดูแลความสะอาดของร่างกาย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย เช็ดหน้าเช็ดตัว บ้วนปาก ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ดูแลให้ได้รับอาหารเหลวและน้ำ 11.จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ อุณหภูมิพอเหมาะและมีการถ่ายเทอากาศที่ดี

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	12.ประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยน เปิดโอกาสให้ซักถามพูดคุยให้กำลังใจ อยู่ใกล้ชิดและให้กำลังใจแก่ผู้คลอด แสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ 13.สนับสนุนบุคคลในครอบครัวให้แสดงท่าทีที่เหมาะสมกับผู้คลอด เช่น ไม่ควรแสดงความห่วงใยและวิตกกังวลมากเกินไป หรือในทางตรงกันข้ามไม่ควรแสดงความเมินเฉยไม่สนใจ เพราะท่าทีของบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดของผู้คลอดมาก ท่าทีที่ไม่เหมาะสมจะเร้าอารมณ์ให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น
ระยะที่ 3 ระยะคลอด	1.ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ×4 ครั้งทุก 30 นาที x 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะ stable 2.ประเมินค้นหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดตามหลัก 4 T โดยประเมินการหดรัดตัวของมดลูก การฉีกขาดของช่องทางคลอด ตรวจสอบการค้างของรก และการแข็งตัวของเลือด 3.สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืดใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็นชืด 4.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแนวทางที่กำหนด 5.ประเมินลักษณะเลือดที่ออกจากช่องคลอดหรือแผลฝีเย็บ โดยดูลักษณะสี ปริมาณของเลือด 6.ใส่สายสวนปัสสาวะ และติดตามปริมาณ ปัสสาวะซึ่งควรมีปัสสาวะออกอย่างน้อย 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 7.รายงานแพทย์ทันที 8.เปิดหลอดเลือดเพิ่ม อีกหนึ่งเส้นเพื่อให้น้ำเกลือโดยแทงด้วยเข็มเบอร์ใหญ่เช่นเข็มเบอร์ 18 เป็นอย่างน้อย 9.ให้น้ำเกลือชนิด crystal oil (LRS หรือ 0.0%NSS) ในอัตรา 3:1 ของปริมาณการเสียเลือด 10.อธิบายแนวทางการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดให้ผู้คลอดและญาติทราบ 11.ตรวจติดตามปริมาณความเข้มข้นของเลือด ระยะที่ 3 ระยะหลังคลอด 1.คลำและครึ่งมดลูกให้หดรัดตัวแข็งอยู่เสมอ 2.ตรวจกระเพาะปัสสาวะให้ว่างอยู่เสมอ 3.สังเกตบันทึกอาการสำคัญ สัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง 4.ให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปากไว้ก่อน 5.สังเกตลักษณะและบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากช่องคลอด โดยใส่ผ้าอนามัยไว้ 6.สังเกต และประเมินแผลฝีเย็บทุกวันโดยดูอาการบวมแดงของแผล ดูแลอบฝีเย็บเช้า-เย็น ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ ไม่ทิ้งให้หมักแลกให้มารดาได้รับความสบายมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ 7.ตรวจดูระดับยอดของมดลูกเพื่อดูว่าระดับยอดมดลูกอยู่ในระดับปกติหรือไม่ 8.ตรวจสภาพการหดรัดตัวของมดลูกทุก 1- 2 ชั่วโมง เพื่อสังเกตว่ารัดตัวดีหรือไม่ 9.ดูแลให้ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายอย่างเพียงพอตามความรัก 10.ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 11.แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด 12.แนะนำส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน 13.งดของหมักดองและสิ่งเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ กาแฟ 14.การคุมกำเนิดก่อนมีเพศสัมพันธ์ 15.การมาตรวจตามนัด

สรุป

กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี ขณะคลอดมีปัสสาวะเต็มกระเพาะปัสสาวะ หลังจากดูแลสวนทิ้งปัสสาวะและครึ่งมดลูก ดูแลให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา ผู้ป่วย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคเล็กน้อย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลบุตรได้ดี เนื่องจาก ผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว 2 ครั้ง หลังได้รับการการทบทวนจากพยาบาล ไม่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ตรวจความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการฉีกขาดของปากมดลูก มารดาหลัง

คอดมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ภาวะซีดขณะตั้งครรภ์และขณะรอคลอดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อุจจาระร่วง ทำให้เหนื่อยอ่อนเพลียเพิ่มมากขึ้น ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพิ่มเป็น 2 เส้น ดูแลเย็บซ่อมแซมช่องทางคลอดและให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกสัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ มารดาตั้งครรภ์จึงขาดประสบการณ์ในการดูแลบุตรร่วมกับอาการเหนื่อยอ่อนเพลียจากการตกเลือดหลังคลอด ตรวจความเข้มข้นของเลือดพบมีความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติต้องส่งตัวไปรักษาต่อเพื่อรับเลือดที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการที่นำมาโรงพยาบาลที่ต่างกัน แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการเจ็บครรภ์คลอด คลอดปกติทางช่องคลอดและมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้รับการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะHypovolemic shock ด้วยการดูแลรักษาพยาบาลโดยยึดมาตรฐาน[4,5] กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการดีขึ้นตามลำดับเนื่องจากไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะตกเลือดหลังคลอด มีภาวะช็อกร่วมกับขณะตั้งครรภ์มีภาวะซีด หลังได้รับการดูแลรักษามีความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ทำให้ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมโดยต้องส่งไปรับเลือดที่โรงพยาบาลแม่ข่าย จะเห็นว่าผู้ศึกษาและทีมพยาบาลตลอดจนทีมสหวิชาชีพ ได้ร่วมกันดูแลรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงจำเป็นต้องมีการรวบรวมข้อมูลและประเมินอาการผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะมารดาที่มีความเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ วินิจฉัยการพยาบาลให้ครอบคลุมวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง[10] ตลอดจนปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญ มีความรู้เรื่องโรคตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงมีความสามารถในการแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างท่วงทีสามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับสาขาวิชาชีพในการควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงการติดต่อประสานงานที่ดีในการดูแลผู้ป่วย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้[10-11]

ข้อเสนอแนะ

การคลอดบุตรถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตในช่วงชีวิตหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นตามวุฒิภาวะและสถานการณ์การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุหลักการตายของมารดาในประเทศที่กำลังพัฒนา พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดดูแลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอดจึงจำเป็นที่พยาบาลต้องมีความรู้ความชำนาญในการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ โดยมีการพัฒนาความรู้และเทคนิคการพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา อย่างไรก็ตามผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้ทุกหน่วยงานมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะตกเลือดหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. Adams, S. S., Eberhard - Gran, M., & Eskild A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 119, 1238-1246.
2. Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. Acta Obstetricia & Gynecologica Scandinavica, 80, 315-320
3. Anusornteerakul, S., & Kittiprisada, P. (2013). The effect of health education program and relative assistant on pain, fear, anxiety in primiparous during the first stage of labor. Journal of Nursing Science & Health, 36(1), 23-31. [In Thai]

4. กองงานวิทยาพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.(2541) การพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
5. เทียมศร ทองสวัสดิ์. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.
6. พิริยา ศุภศรี. การพยาบาลในระยะคลอด. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2545.
7. รัชนีวรรณ ชูสถาน. การพยาบาลสตรีในระยะหลังคลอดปกติ. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
8. วราวุธ สมาวงศ์. คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพมหานคร :คณะแพทย์ศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
9. อรพินทร์ เจริญผล. เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารกและการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4 โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช : กรุงเทพมหานคร, 2544.
10. อรวรรณ อุทยาสน และจุฬาภรณ์ สมรูป. เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารก และการพยาบาลจิตเวช. หน่วยที่ 1 พิมพ์ครั้งที่ 8. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช :
11. นิลวรรณ อุ่นคำ.(2565). การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด และภาวะช๊อคโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 7(2). 196-205

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt -PA : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Patients with Acute Ischemic Stroke Receiving rt-PA: Two Case Studies

(Received: December 14,2023 ; Revised: December 22,2023 ; Accepted: December 24,2023)

นฤมล นามวงษ์[1]
Nurumon Namwong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt -PA เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ11แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด rt -PA กรณีศึกษา 2 ราย เป็นผู้ป่วยในเขต อำเภอเมือง นำส่งโดยรถกู้ชีพ เข้าระบบทางด่วน Stroke fast track เป็นผู้ป่วยระยะวิกฤต ทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันชนิดตีบ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิต ผู้ป่วยรายที่2 เป็นผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ผู้ป่วยรายที่ 2 นอนอยู่รักษาจำนวนวันนอนนานกว่ารายที่ 1

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ,การพยาบาล, ยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt -PA

Abstract

This study was case study aimed to provide nursing care guidelines for patients with acute ischemic stroke receiving rt -PA. This was a comparative study of two cases, starting from the critical period, the rehabilitation period, the continuing care period to the discharge planning period. Data were collected by using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 Functional Health Patterns to investigate the patients' problems, formulate nursing diagnosis for planning nursing practice and summarize and evaluate nursing outcomes.

Results: The case studies in this study were two patients with acute ischemic stroke receiving intravenous rt -PA who were living in Mueang District and referred by the emergency ambulance to the Stroke Fast Track. Both of them were critically ill patients and admitted for treatment in the Stroke Unit at Khon Kaen Hospital. Both of them had thrombotic stroke. The first patient had diabetes and high blood pressure. The second patient was an elderly person with the habits of smoking and drinking alcohol. The hospital stay of the second patient was longer than the first patient.

Keywords: Acute ischemic stroke, nursing care, rt -PA

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความบกพร่องของระบบไหลเวียนเลือดในสมอง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง จนเกิดการทำลายหรือตายของเนื้อสมอง เป็นผลให้สมองทำงานผิดปกติ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการทำลายเนื้อสมอง ได้แก่ มีอาการปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรืออาจมีอาการรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว โดยอาการเหล่านี้จะอยู่นานมากกว่า 24 ชั่วโมง โรค

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

หลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 17 ล้านคน อีกทั้งยังพบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาน 795,000 คนต่อปี และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2030 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 77 ล้านคนโดยในจำนวนนี้จะเป็นผู้ป่วยรายใหม่กว่า 23 ล้านโรคหลอดเลือดสมองยังมีความรุนแรง แม้อัตราตายจะมีแนวโน้มลดลง และชะลอตัวในบางปี แต่ก็กลับมามีอัตราที่สูงขึ้นอีก แต่ในขณะที่อัตราตายชะลอตัวอยู่นั้นอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะสะท้อนให้เห็นว่าการรอดชีวิต ด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้น การตายจึงลดลง แต่การเกิดโรคและการป่วยไม่ได้ลดลง[3] ดังนั้นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันเป็นสิ่งสำคัญมาก เป้าหมายการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลัน คือ การพยายามทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่เรียกว่า Ischemic Penumbra ให้ได้เร็วที่สุด เนื่องจากหลังการเกิดเส้นเลือดสมองอุดตันแล้วพบว่าบริเวณของเนื้อสมองส่วนหนึ่งที่ยังไม่ตายนั้นถึงแม้ว่าจะสูญเสียความสามารถในการทำงานไปแล้วก็ตาม และเนื้อสมองส่วนนี้สามารถกลับมาทำงานได้อีกตามปกติ ถ้าสามารถช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นได้เร็วพอ ซึ่งเนื้อสมองส่วนนี้เรียกว่า Ischemic Penumbra เพราะสามารถเปลี่ยนการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ยา Recombinant Tissue - Plasminogen Activator (rt-PA) เป็นยาละลายลิ่มเลือดที่มีข้อมูลทางการแพทย์ ในการใช้เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลันมากที่สุดในปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตนั้น จะยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่มากก็น้อยขึ้นอยู่กับเนื้อสมองที่ถูกทำลายไป และต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบมิใช่ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ดูแล แต่ยังส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติอีกด้วย และเป็นสาเหตุการสูญเสียสุขภาวะ นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายจาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดก่อให้เกิดความสูญเสียตามมา

จากรายงานสถิติของเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขต 7 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยพบว่าในช่วงปีงบประมาณ 2561-2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 3,307 คนต่อประชากร 1 แสนคน เป็น 7,071 คนต่อประชากร 1 แสนคน นโยบาย Sevice plan, Service excellence ของกระทรวงสาธารณสุขเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับ การคัดกรอง การพยาบาลดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ได้รับการจัดกลุ่มโรคที่มีภาวะฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการรักษาเร็วที่สุด ระบบบริการ Stroke Fast Track เป็นการจัดระบบบริการช่องทางด่วนเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) [4] ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ภายในเวลา 4.5 ต้องเฝ้าระวังสังเกตและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ต้องรับผู้ป่วยเข้ารักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Unit) เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต ได้แก่ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และภาวะสมองบวม โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางให้การพยาบาลเฝ้าระวังและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่นปี 2563 -2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากถึง 2,989 ราย, 2,993 ราย และ 2,998 รายต่อปี ตามลำดับ และมีอัตราตายร้อยละ 8.33, 8.27 และ 6.64 ต่อปี ตามลำดับ[9] ส่วน

ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว สูงถึงร้อยละ 80 มีการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2553 โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงหลัง และจัดตั้งหอผู้ป่วย Stroke unit และมีโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแบบครบวงจรโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการตนเองได้ ทำให้ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่เพิ่มมากขึ้น และการกลับมาเป็นซ้ำผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) จากประสบการณ์ปฏิบัติงานพบว่า การประเมินตั้งแต่แรกรับ การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลรักษา ในบทบาทการศึกษาผู้ป่วย เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt -PA เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด rt -PA

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) โดยการซักถามผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ และแผนการรักษาของแพทย์ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ11แบบแผนของกอร์ดอน[5] เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล

กรณีศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 23 เมษายน 2566 ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 13 เมษายน 2566 ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke Fast Track) ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในเวลา 4.5 ชั่วโมง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke Unit) โรงพยาบาลขอนแก่น

1. ประวัติและการประเมินสภาพร่างกายและอาการแรกรับเวลา

ตารางที่ **1** เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย **2** ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	**ผู้ป่วยรายที่ 1**	**ผู้ป่วยรายที่ 2**
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	55 ปี	61 ปี
ส่วนสูง	153 ซม.	168ซม.
น้ำหนัก	69 กก.	50 กก.
BMI	29.47(เริ่มอ้วน)	19.28 (ปกติ)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	**ผู้ป่วยรายที่ 1**	**ผู้ป่วยรายที่ 2**
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
การศึกษา	จบประถมศึกษาปีที่ 6	จบประถมศึกษาปีที่ 4
อาชีพ	ค้าขาย	รับจ้างทั่วไป
การมีผู้ดูแล	ภรรยา และบุตร 2 คน	บุตรสาว 1 คน และบุตรสะใภ้
ที่อยู่	อ.เมือง จ.ขอนแก่น	อ.เมือง จ.ขอนแก่น
สิทธิบัตร	บัตรทองยกเว้นค่าธรรมเนียม	บัตรทองยกเว้นค่าธรรมเนียม
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	อ่อนแรง ชีกขวา พูดไม่ชัด มา 1.30 ชั่วโมง	ซึมไม่พูด แขนขาด้านขวา อ่อนแรงมา 1 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ขณะกำลังลงรถไปให้อาหารไก่ มีอ่อนแรงขาขวา มีขาชา ล้ม ศรีษะไม่กระแทก ญาติให้นอนดูอาการ อาการไม่ดีขึ้นจึงมาโทรเรียกรถกู้ชีพ มารับไป โรงพยาบาลขอนแก่น (Last seen normal เวลา 08.40 น.)	ขณะ ทำบุญที่วัด มีอาการสับสน แขนขาอ่อนแรง ไม่พูด ญาติ โทรเรียกรถกู้ชีพ มารับไป โรงพยาบาลขอนแก่น (On set เวลา 07.00 น.)
โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นมา 10 ปี มีประวัติรักษาไม่ต่อเนื่อง และขาดยา	ไม่มีโรคประจำตัว
ประวัติการแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยาใดๆ	ไม่มีประวัติแพ้ยาใดๆ
สิ่งเสพติด	ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรานานๆครั้ง	สูบบุหรี่ ดื่มสุรา
Risk factor	ผู้ป่วย มีโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ
การวินิจฉัยโรค	Acute Ischemic Stroke	Acute Ischemic Stroke
CT Brain แรกรับ	- No evidence of large territory cerebral or intracranial hemorrhage	- No evidence of large territory cerebral infarction or in intracranial hemorrhage
CT Brain หลังให้ยา 24 ชั่วโมง	- no intracranial hemorrhage	- No evidence of intracranial hemorrhage - Lt MCA Infarction
สภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	Stroke Fast Track ผู้ป่วย รู้สึกตัว หายใจ On O_2 cannular3 L PM ประเมินอาการผู้ป่วย E4V5M 6 อ่อนแรงชีกขวา V/S : BT 36.6 องศาเซลเซียส, PR 44 ครั้งต่อนาที, RR 20 ครั้งต่อนาที BP189/83 mmHg, PS =0 O sat 94 % - HEENT: not pale no jaundice - Heart :normal S1S2 no murmur - Lung : Clear Abd : soft, not pale Ext : no edema Neuro = E4V5M6 V | V I V | V PP 2 mm RTEBE เจาะ Lab CBC, BUN, Elyte, PT, INR, LFT, Ca PO 4 MG - DTX 240 mg% NPH 4 unit SC - NSS 1000 ml vein 120 ml/L - CXR-clear - EKG- Bradycardia, noS1S2	Stroke Fast Track ซึม หายใจ room air ประเมินอาการผู้ป่วย E3V1M5 V/S : BT 37 องศาเซลเซียส, PR 78 ครั้งต่อนาที, RR 18 ครั้งต่อนาที, BP126/76 mmHg, PS =NA O sat 99 % - HEENT: not pale , pink conjunctiva - Heart :normal S1S2 no murmur - Lung : Clear Abd : soft, not pale Ext : no edema Neuro = E3V1M5 V | V I V | V PP 2 mm RTEBE เจาะ Lab CBC, BUN, Elyte, PT, INR, LFT, Ca PO 4 MG - DTX 99 mg% - NSS 1000 ml 80 ml/L vein 80 ml/hr - CXR EKG-NST

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	- CT Brain Non Contrast Emergency no ICH Consult Neuro medให้ rt-PA at ER และadmit หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจ ประเมินอาการ GCS ผู้ป่วย E4V5M 6 อ่อนแรงซีกขวา NPO มี-EKG มี Sinus bradycardia มีภาวะ hypo -Hyperglycemia ได้รับ Insulin เป็นระยะ ทดสอบการกลืนไม่สำลัก ส่ง Consult Speech V/S อาการเริ่มคงที่ ไม่มีไข้ พูดชัดขึ้น 2 วันต่อมาและจำหน่ายกลับบ้าน	- CT Brain Non Contrast Emergency no ICH Consult Neuro med ให้ rt-PA at ER และadmit หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ซึม หายใจ room air ประเมินอาการ GCS ผู้ป่วย E4V1M5 NPO , Void ไม่ออก Retained Foley Catheter ต่อมาเริ่มตื่น E4V5M 6 ประเมินการกลืน ส่ง Consult Speechและกายภาพบำบัด มีไข้ ได้รับยาปฏิชีวนะเป็น Ceftriazone 2 gm V OD ต่อมา ผู้ป่วย V/S อาการเริ่มคงที่ ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถหย่าท่อช่วยหายใจได้ใน 5 วันต่อมาและจำหน่ายกลับบ้าน
NIHSS Score แรกรับ	4	14
ระดับความรุนแรงของโรค (Modify Rangkin Scale)	4 (มีความผิดปกติมาก สามารถเดินได้ แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มคนช่วยได้)	4 (มีความผิดปกติมาก สามารถเดินได้ แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มคนช่วยได้)
Barthel ADL index แรกรับ	45	20
Barthel ADL indexวันจำหน่าย	100	100
การรักษา	น้ำหนักตัว 69 กิโลกรัม ได้รับยา rt-PA จำนวน62.1 มิลลิกรัม (0.9 mg/kg)	น้ำหนักตัว 50 กิโลกรัม ได้รับยา rt-PA จำนวน 45 มิลลิกรัม (0.9 mg/kg)
รวมระยะวันนอน	3วัน	5 วัน
ค่ารักษา	49,325	49,800
การวินิจฉัย	Acute cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries	Acute Cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน ของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพกาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแบ่งเป็น 3 ระยะ

2. การเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแบบแผนสุขภาพเปลี่ยนแปลงและมีปัญหาเกิดขึ้น พบจำนวน 7 แบบแผน โดยแบบแผนที่ไม่พบปัญหามี 3 แบบแผน ได้แก่ แบบแผนสุขภาพที่ 6 : การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือแบบแผนสุขภาพที่ 8 : บทบาทและความสัมพันธภาพในครอบครัวแบบ แบบแผนที่ 9: เพศและการเจริญพันธุ์ เพศและการเจริญพันธุ์ แบบแผนสุขภาพที่ 11 : คุณค่าและความเชื่อ

คือ ระยะวิกฤตเฉียบพลัน ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูและระยะวางแผนจำหน่าย[10] โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย นำมาวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยได้รับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา มีความไว้วางใจร่วมมือให้การรักษาตามแผนการรักษา สามารถเขียนตามกระบวนการพยาบาล เพื่อสังเคราะห์บทเรียนนำไปสู่การหาแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาลระยะวิกฤตเฉียบพลัน	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ
	2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) เนื่องจากการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองลดลง	2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) เนื่องจากการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองลดลง
	3.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ	3.มีไข้
	4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำ สารอาหารเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย 5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากรับการรักษาด้วยอินซูลิน	4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำ สารอาหารเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย
ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย	6.ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง	5.ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง
	7.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการเคลื่อนไหว ร่างกายบกพร่อง	6.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการเคลื่อนไหว ร่างกายบกพร่อง
	8.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย	7.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย
	9.ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	8.ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

ผลลัพธ์การพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี วินิจฉัยโรคเป็น Acute Ischemic Stroke เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลขอนแก่น มาโดยรถกู้ชีพ นำส่ง (23 เมษายน 2566) มาด้วย แขนขาซีกขวาอ่อนแรง พูดไม่ชัดมา 1.30 ชั่วโมง ประเมิน GCS E4V5M6 pupil 3 mm RTLBE ผู้ป่วยหายใจได้รับออกซิเจน 3 L /min มีประวัติ HT,DM การรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่มาตามนัดได้รับการวินิจฉัย เข้า Stroke Fast Track ประเมิน NIHSS ได้ 4 คะแนน CT Scan Brain พบมี No evidence of large territory cerebral infarction or in intracranial hemorrhage ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt -PA)ในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit ผู้ป่วยปลอดภัยและพ้นภาวะวิกฤต ส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการฝึกพูดการกลืน มีการวางพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู และวางแผนจำหน่าย ค่า Barthel ADL Index จาก 45 คะแนน เพิ่มเป็น100 คะแนน ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์อนุญาต นัดติดตามการรักษา 2 สัปดาห์ รวมระยะวันนอน 3 วัน ค่ารักษาพยาบาล 49,352 บาท

ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทย

เป็นผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 61 ปี เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลขอนแก่น มาโดยรถกู้ชีพ นำส่ง (13 เมษายน 2566) มาด้วย ซึมไม่พูด แขนขาซีกขวาอ่อนแรง มา 1.30 ชั่วโมง วินิจฉัยโรคเป็น Acute Ischemic Stroke ประเมิน GCS E4V5M6 มี Global aphasia—pupil 3 mm RTLBE เข้า Stroke Fast Track ประเมิน NIHSS ได้ 14 คะแนน CT Scan Brain พบมี No evidence of large territory cerebral infarction or in intracranial hemorrhage ,ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

ทางหลอดเลือดดำ (rt -PA)ในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit ผู้ป่วยปลอดภัยและพ้นภาวะวิกฤตไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเช่นภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะสมองบวมCT Scan Brain 24ชั่วโมง พบ Lt MCA Infarction ปัญหาการสื่อสาร และการกลืน และมีแขนขา อ่อนแรง ผู้ป่วยมีไข้ขึ้น ส่งตรวจเลือดและปัสสาวะตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ วินิจฉัยเบื้องต้น AFI ได้รับการรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะ เป็น Ceftriazone 2 gm V OD มีการวางพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู กายภาพบำบัด การฝึกพูด การกลืน และวางแผนจำหน่าย ค่า Barthel ADL Index จาก 20 คะแนน และเป็น 100 คะแนน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดย แพทย์อนุญาต นัดติดตามการรักษา 4 สัปดาห์ รวมระยะวันนอน 5 วัน ค่ารักษาพยาบาล 49,800 บาท

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ชนิดตีบ ไม่มีโรค ซึ่งเป็นข้อแตกต่างกันโดยมีความต่างกันในเรื่องอายุ ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วย มีโรคร่วมมีโรคความดันโลหิตสูง และมีเบาหวาน รายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ในรายที่ 1 ขาดยารักษาไม่ต่อเนื่อง อยู่ในเขตอำเภอเมือง นำส่งโดยรถกู้ชีพ มีญาติคอยดูแล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ในช่วงแรกมีข้อบกพร่องไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เข้าระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke Fast Track ทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt -PA)ทางหลอดเลือดดำในเวลา 4.5 ชั่วโมง การประเมิน NIHSS 5-20 คะแนน ซึ่งเป็นกลุ่ม moderate to severe stroke คะแนนที่สูง ยิ่งมีความรุนแรงทางระบบประสาท ผู้ป่วยรายที่ 1 ประเมิน NIHSS ได้ 4 และผู้ป่วยรายที่ 2 ประเมิน NIHSS 14 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ได้รับการแก้ไขภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน CT Brain หลังให้ยา 24 ชั่วโมง no intracranial hemorrhage , และรายที่ 2 มี Lt MCA Infarction การวางแผนการพยาบาลครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ โรงพยาบาลขอนแก่น การพยาบาลได้ใช้แบบแผนการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon ช่วยค้นหาปัญหา ร่วมกับใช้กระบวนการพยาบาลมีการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ในรายที่ 1 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถปรับตัวได้เร็ว สามารถจำหน่ายให้ส่งกลับบ้านได้โดยมีการนัดติดตามการรักษาต่อเนื่อง ส่วนรายที่ 2 ยังต้องรับการรักษาต่อมีโรคร่วม สูงอายุมากกว่า การรักษา ได้ช้ากว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะสุขภาพจากความเสื่อมสภาพตามวัยและเป็นอัมพฤตอัมพาต ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การฟื้นฟูสภาพร่างกายช้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและไม่เกิดภาวะ Progressive stroke 1 และการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยส่งผลให้มีค่าคะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt -PA เข้าสู่ระบบ Stroke Fast Trackและ ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ได้รับการแก้ไขภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและปลอดภัย ผ่านพ้นระยะวิกฤติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย การฟื้นหายขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[6] ในผู้สูงอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ตามการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญมาก เพื่อลดความพิการซ้ำซ้อน

เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การนำผลการศึกษาไปใช้

การประเมินเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องปฏิบัติอย่างครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยการกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรค การใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตามกระบวนการพยาบาล (Nursing processes) ทุกระยะ บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt -PA และหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และต่อเนื่องด้วยการพยาบาลในระยะ 72 ชั่วโมงแรก เพื่อเป้าหมายผู้ป่วยปลอดภัย ลดความรุนแรงของโรค [7] ลดภาวะแทรกซ้อน ภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตลงได้

เอกสารอ้างอิง

1.จิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์, 2556). หน้า 311-344.

2.ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง. คู่มือระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น . พิมพ์ ครั้งที่ 1:ขอนแก่น : หจก คลังนานาวิทยา ; 2562.

3.วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์, 2556). หน้า 311-344.

4.Johnson, W., Onuma, O., Owolabi, M., & Sachdev, S. (2016). Stroke: a global response is needed. Bulletin of the World Health Organization, 94(9), 634–634A.https://doi.org/10.2471/BLT.16.181636

5. Wright F, Wu S, Chun H-YY, Mead G. Factors Associated with Poststroke Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. Stroke Res Treat. 2017;2017:2124743.

6.สมศักดิ์ เทียมเก่า. แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีมสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7 . พิมพ์ ครั้งที่ 1 :ขอนแก่น : หจก คลังนานาวิทยา ; 2562. หน้า 3-16

7.ศิริอร สินธุ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Nursing care for stroke patients). พิมพ์ ครั้งที่ 1 :สภาการพยาบาล:ยิ้มการพิมพ์; 2565.

8.สมศักดิ์ เทียมเก่า และคณะ, (2567). การบริบาลผู้ป่วยและระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 7 พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ คลังนานาวิทยา จังหวัดขอนแก่น

9.โรงพยาบาลขอนแก่น. (2561). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.

10. มรดก หมอกไชย (2567) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ : รายกรณีศึกษา วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กค-กย 2567

11.สลิลทิพย์ คุณาดิศร (2019) การศึกษาคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระบบบริการ Stroke Fast Track แต่ไม่เข้าเกณฑ์การรับยาละลายลิ่มเลือด ณ โรงพยาบาลขอนแก่น . Journal Thai Soc Volume 18 (2):15-28.

12.สมจิต หนุเจริญกุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน (Cerebrovascular Accident หรือStroke). ใน : สมจิต หนุเจริญกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลทางอายุรศาตร์ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่10 กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พริ้นติ้ง; 2552. หน้า 39-65

13.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ; 2550.

14.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ; 2550.

15. วรรณา ปัดทพัด (2564). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นูสภาพ : กรณีศึกษา วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 กค-ธค 2564.

16.อดุลย์ วิริยเวชกุล. Acute Stroke Management. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, บรรณาธิการ. โรคหลอดเลือดสมอง, กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2534. หน้า 451

17.อรุณี เองยศมาก และวิจิตร กุสุมภ์. ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบประสาท (Nervous System Alteration).ใน : วิจิตร กุสุมภ์, บรรณาธิการ. Critical Care Nursing: A Holistic Approch. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์; 2551. หน้า283-312

18.รัชนี เบญจธนัง และพิพพ์จิตร์ กาญจนสินธุ์. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ .พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ บริษัท ลีฟ วิ่ง เอ พี. หน้า 93 – 119.

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิด 1 (Diabetes Mellitus Type I): กรณีศึกษา

Nursing care of patients with diabetes mellitus type 1 (Diabetes Mellitus Type I)

(Received: December 14,2023 ; Revised: December 22,2023 ; Accepted: December 24,2023)

เพ็ญนภา ศรวิเศษ[1]
Pennapa Sornwiset[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษาพยาบาลและผลของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิด 1 โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวาน ชนิด 1 จำนวน 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก แบบประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่ารายที่1เป็นหญิงไทยอายุ 27 ปี ประวัติโรคประจำตัวคือเบาหวาน เป็นเบาหวานตั้งแต่อายุ 16 ปี กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นชายไทยอายุ 15 ปี ประวัติโรคประจำตัวคือเบาหวาน เป็นเบาหวานตั้งแต่อายุ 4 ปี และผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยใช้ อินซูลินทุกวันเพื่อปรับระดับน้ำตาลในร่างกายกรณีศึกษาที่ 1 เกิดเรื้อรังนานๆ ทำให้เกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และในกรณีศึกษารายที่ 2 เกิดขึ้นตั้งแต่เด็กทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังตามมาคือ เกิดภาวะ Diabetic ketoacidosis เบาหวานลงไต

คำสำคัญ: การพยาบาล, เบาหวานชนิดที่ 1, อินซูลิน

Abstract

This study was case study aimed to study the progression of the disease. Medical treatment and results of medical treatment for patients with type 1 diabetes, insulin-dependent diabetes. Comparative study of 2 patients with type 1 diabetes, selected specifically. Data were collected from outpatient medical records. Assessment of nursing problems and needs using Gordon's 11 health model framework. Use the nursing process as a tool for nursing practice.

results: that the first case was a Thai woman aged 27 years with a history of diabetes. He has had diabetes since he was 16 years old. The second case study is a 15-year-old Thai male with a history of diabetes. Had diabetes since the age of 4 years and both patients were patients with type 2 diabetes. 1 which must be treated using Insulin every day to adjust the sugar level in the body. Case study 1 occurred chronically for a long time. Causes diabetic retinopathy. And in the second case study, it happened since childhood, causing high blood sugar for a long time. Chronic complications follow, namely diabetic ketoacidosis. Diabetes affects the kidneys.

Keywords: nursing, type 1 diabetes, insulin

บทนำ

โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเกิดเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดที่ได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ เป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งสารอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน[3] ส่งผลให้ระดับน้ำตาลค้างอยู่ในเลือดมากผิดปกติ ไตจะขับน้ำตาลออกมาในปัสสาวะทำให้ปัสสาวะมีรสหวานเป็นที่มาของชื่อเบาหวาน โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นโรคที่เกิดจากความ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

ผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน[4] หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสอง อย่างร่วมกัน ทำให้การเกิดภาวะน้ำตาล ในเลือดสูงกว่าปกติหากเกิดเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทำให้มีการเสื่อมสภาพและการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่ สำคัญได้

เบาหวานชนิดที่ 1 เป็นปัญหารุนแรงทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 4.7 ของประชากรในปี พ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 8.5 ใน ปี พ.ศ.2557 องค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ว่า ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 422 ล้านคนในปี 2557 และมีเด็กและวัยรุ่นอายุ 14-19 ปี เป็นเบาหวานปะเภทที่ 1 สูงกว่า 1.1 ล้านคน เบาหวานชนิดที่ 1 (Diabetes Mellitus Type I)[2] เกิดจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลายจากปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกัน ทำให้ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างสมบูรณ์ ต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลินตลอดชีวิต พบได้ตลอดทุกช่วงอายุ แต่พบมากในเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้นร้อยละ 58 ของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี เบาหวานชนิดที่ 1 จำเป็นต้องให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน จึงส่งผลกระทบทั้งด้านชีววิทยา และจิตสังคมต่อผู้ป่วยครอบครัว

จากสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ปี พ.ศ.2564, 2565, 2566 จำนวน 11378, 12,146 และ 13,010 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ.2564, 2565, 2566 จำนวน 2,705, 3,125. และ 2,560 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ปี พ.ศ.2564, 2565, 2566 จำนวน 78, 116 และ 126 ตามลำดับ จากสถิติ บริการมีเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ พบว่าในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีค่าใช้จ่ายจำนวนมากต่อปี[5] นอกจากนั้นยังเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน จากการใช้อินซูลินที่ไม่เหมาะสมหรือเข้าไม่ถึงยา ทำให้มีความรุนแรงต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิต รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ได้แก่ diabetic retinopathy และ diabetic nephropathy นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการทำงานของผู้ป่วย[10] จำเป็นต้องได้รับการ ดูแลอย่างครอบคลุมอย่างเป็นระบบเพื่อทำให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีภาวะแทรกซ้อนให้น้อยที่สุด

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล และผลของการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี(Case study) การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 Diabetes Mellitus Type I คัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 2 ราย กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม-สิงหาคม 2566

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การประเมินผลตามแบบแผนสุขภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและ3)ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่า สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กรณีศึกษาโดยกรณีศึกษาที่ 2 มีอายุน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 1 กรณีศึกษาที่ 1 ส่วนการวินิจฉัยพบว่ากรณีศึกษาที่ 1และ2 เป็น เบาหวานชนิดที่ 1 (Diabetes Mellitus Type I) ประวัติการเจ็บป่วย กรณีศึกษาที่ 1 ปฏิเสธโรคประจำตัว/ปฏิเสธแพ้ยาเป็นเบาหวานตั้งแต่อายุ 16 ปี เป็นเรื้อรังมานาน เกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ตาซ้ายเริ่มมีปัญหา กรณีศึกษาที่ 2 ปฏิเสธโรคประจำตัว /ปฏิเสธแพ้ยา เป็นเบาหวานตั้งแต่อายุ 4 ปีเป็นเรื้อรังมานาน ดภาวะ Diabetic ketoacidosis [10]

2. การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่ากรณีศึกษารายที่1 พบแบบแผนที่มีปัญหาทั้งหมด 5 แบบแผน มีดังนี้ แบบแผนสุขภาพที่ 1 : การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนสุขภาพที่ 2 : โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร แบบแผนสุขภาพที่ 4 :การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม แบบแผนสุขภาพที่ 7 :การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนสุขภาพที่ 10 : การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด กรณีศึกษารายที่1 อยู่ในช่วงวัยรุ่น พบแบบแผนที่มีปัญหาทั้งหมด 3 แบบแผน แบบแผนสุขภาพที่ 1 : การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ แบบแผนสุขภาพที่ 2 : โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร แบบแผนสุขภาพที่ 7 :การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย นำมาวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	1. การซักประวัติ การตรวจสภาพร่างกาย การประเมินสภาวะสุขภาพ การประเมินอาการและอาการแสดง การประเมินความต้องการ การดูแล	1. การซักประวัติ การตรวจสภาพร่างกาย การประเมินสภาวะสุขภาพ การประเมินอาการและอาการแสดง การประเมินความต้องการ การดูแล
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล	1. ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการและการจัดลำดับความเร่งด่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง 2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม[9] 4. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการปวดเข่าเพราะน้ำหนักเยอะและการฉีดยา ปัญหา เศรษฐกิจ 5. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่อง จากการมองเห็นไม่ชัดเจน	1. ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการและการจัดลำดับความเร่งด่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง 2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม[9] 4. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการอาการเจ็บป่วยจากการฉีดยา ปัญหา เรื่องการเรียนต่อเนื่อง 5. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่อง จากภาวะ Diabetic ketoacidosis
3. การวางแผนการพยาบาล	1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย และการใช้ยาที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน	. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย และการใช้ยาที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน
4. การปฏิบัติการพยาบาล	1. มีพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน1 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมปัจจัยเสี่ยง ของภาวะแทรกซ้อนที่ได้ 2. ให้ความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรคเบาหวาน และจัดโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1. มีพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน1 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมปัจจัยเสี่ยง ของภาวะแทรกซ้อนได้ 2. ให้ความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรคเบาหวาน และจัดโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	3. เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ใหม่ โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การรักษาที่เหมาะสม กับความเสี่ยงรายบุคคลโดยใช้แนวคิดประเมินความเสี่ยง 4. แนะนำอาหารที่มีสัดส่วนเหมาะสม รับประทานอาหาร เป็นเวลา งดดื่ม 5. สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ 6. แนะนาการออกกาลังกาย 7. แนะนำการใช้ยาตามแผนการรักษา 8.ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาชุดแก้ปวดยาลดการอักเสบ 9. แนะนาผู้ป่วยงด/ลดดื่มเหล้าขาวดองยา เพราะอาจมีสารสเตียรอยด์ ทำให้ไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้น 10. แนะนาการสังเกตอาการของภาวะน้าตาลในเลือดสูงและการมาพบแพทย์/พยาบาลตามนัด	3. เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ใหม่ โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การรักษาที่เหมาะสม กับความเสี่ยงรายบุคคลโดยใช้แนวคิดประเมินความเสี่ยง 4. แนะนำอาหารที่มีสัดส่วนเหมาะสม รับประทานอาหาร เป็นเวลา งดดื่มน้ำหวาน อาหารรสหวาน มันเค็ม 5. สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ 6. แนะนาการออกกาลังกาย 7. แนะนำการใช้ยาตามแผนการรักษา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 8.ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาชุดแก้ปวดยาลดการอักเสบ 9. แนะนาการสังเกตอาการของภาวะน้าตาลในเลือดสูงและการมาพบแพทย์/พยาบาลตามนัด
5. การประเมินผลการพยาบาล	**นำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่แรกรับจนถึงหลังให้การพยาบาลและนำมาประเมินผลดังนี้** 1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย 2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร การออก กาลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน - ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ตามเป้าหมาย[8] ได้แก่ Triglyceride (158 mg/dl), Cholesterol (189mg/dl), LDL (125 mg/dl), BP (130/80 mmHg) ไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่ออกกำลังกาย ตามคาแนะนำ - DTX อยู่ในเกณฑ์ปกติ	**นำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่แรกรับจนถึงหลังให้การพยาบาลและนำมาประเมินผลดังนี้** 1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย 2.ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกาลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน - ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ตามเป้าหมาย[8] ได้แก่ Triglyceride (158 mg/dl), Cholesterol (189mg/dl), LDL (125 mg/dl), BP (130/80 mmHg) ไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่ออกกาลังกาย ตามคาแนะนำ - DTX อยู่ในเกณฑ์ปกติ

อภิปรายผล

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำเป็นต้องให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน พยาบาลต้องมีสมรรถนะเฉพาะทางด้านความรู้ เบาหวานชนิดที่ 1 การรักษา การประเมินสภาพผู้ป่วยการเฝ้าระวังภาวะ แทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น มีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องและที่สำคัญทักษะการให้ข้อมูลและการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และพัฒนาในการดูแลตนเอง[7, 9] และจัดการตนเองกับโรคเบาหวานผู้บริหารควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับบุคลากรเพื่อเป็นการเผยแพร่ผลงานให้กับหน่วยงานอื่นๆนำไปพัฒนางานของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. การประเมินความคุ้มค่าของการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ที่ฉีดอินซูลินในบริบทประเทศไทย 2557. HITAP
2. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
3. กรมควบคุมโรค. (2546). คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องอาหารระรู้ทัน เบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 7. กระทรวงสาธารณสุข. กรมวิชาการ. (2541). การศึกษาทางเลือก: วิวัฒน์หรือวิบัติในยุคโลกไร้พรมแดน กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
4. กัญญา บุตรศรนรินทร์. (2540). ปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วเบาหวานที่มารับการรักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลบ้านลาดจังหวัดเพชรบุรี.วิทยานิพนธ์ ส.ม.. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
5. กาญจนา ประสารปราน. (2525). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม.มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
6. กุลลภา ศรีสวัสดิ์, สุทิน ศรีอัษฎาพร. (2548; 583-608) การดูแรักษาและป้องกันแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. อ้างอิงใน: สุทิน ศรีอัษฎาพร, วรรณีนิธิยานันท์, บรรณาธิการ.
7. ขนิษฐา นาคะ. (2542). วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
8. คณะกรรมการโภชนาการชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, โภชนบำบัดโรคเบาหวานใน: โครงการให้ความรู้ โรคเบาหวาน 21-24 กุมภาพันธ์ 2543 ชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน.
9. จิราพร พรายมณี. (2550). การวัดและประเมินผลด้านพุทธพิศัช (ตามลำดับขั้นของบลูม). วิชาการวัดและประเมินการศึกษาคณะครุศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ.
10.จุฑารัตน์ ลมอ่อน. (2548). ผลการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเพ็ญ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ ส.ม.. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
11. ชูศรี เมฆหมอก, จันทร์ฉาย ตระกูลดี และสายฝน ม่วงคุ้ม.(2543).ผลการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกัน.
12. เทพ หิมะทองคำ. (2547). บทนำในรัชตะรัชตะนาวินและธิดานิงสานนท์. (บรรณาธิการ), ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์, (พิมพ์ครั้งที่ 3) ปรับปรุงใหม่, หน้า 19-22) กรุงเทพฯ: Young LH, Chyun DA. Heart disease in patients with diabetes. In: Porter D, Baron A, Sherwin R, eds. Ellenberg and Rifkin's Diabetes Mellitus: Theory and Practice. 6th ed. New York, NY: McGraw-Hill

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจหอบกำเริบเฉียบพลันจากภาวะปอดอักเสบห้องฉุกเฉิน: กรณีศึกษา

Nursing care of pneumonia patients with acute asthma attacks in the emergency room

(Received: December 14,2023 ; Revised: December 22,2023 ; Accepted: December 24,2023)

พิศมัย บุตตะมี[1]
Pissamai Buttamee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case study) เพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอแก่นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย ข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกตและสอบถามญาติผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันห้องฉุกเฉินนำสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นชายสูงอายุมีประวัติโรคปอดอักเสบซึ่งจากประวัติที่เกี่ยวข้องทำให้มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะหายใจหอบเฉียบพลัน ต้องได้รับการเข้ารักษาที่ห้องฉุกเฉินเป็นการด่วน และต้องได้รับการประเมินในภาวะวิกฤติอย่างรวดเร็วและให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยลดความรุนแรงและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ และการวางแผนการช่วยเหลือตั้งแต่เข้ารับบริการจนย้ายจากห้องฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพที่ดีได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, ปอดอักเสบ , อาการหายใจหอบกำเริบเฉียบพลัน

Abstract

This study was a case study to compare pneumonia patients with acute asthma attacks in the emergency room. Kho Kaen Hospital tools used to collect data include Gather information from patient medical records Assessment of nursing problems and needs using Gordon's 11 health model framework. To know the problems and needs of patients, use the information to plan nursing care for pneumonia patients with acute asthma attacks in the emergency room, leading to nursing.

results: From the case study, the two cases were elderly men with a history of pneumonia, which from their related history had a high chance of developing acute wheezing. Must be admitted to the emergency room urgently. and must be quickly assessed in critical situations and provided with effective nursing care to help reduce severity and reduce the death rate of patients. and planning assistance from service entry until transfer from the emergency room to the ward. To keep patients safe and have good quality.

Keywords: nursing, pneumonia, acute asthma attack

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณหลอดลมฝอยส่วนปลาย (terminal และ respiratory bronchiole) ถุงลม (alveoli) และในผนังถุง ลมหรือเนื้อเยื่อรอบถุงลม (interstitial) การอักเสบที่เกิดขึ้น อาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอด (lobar pneumonia) [2] หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส ถ้าอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงที การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

แลกเปลี่ยนก๊าซผู้ป่วย จะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรงแม้จะได้รับออกซิเจน อยู่ก็ตามซึ่งเรียกอาการนี้ว่า ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทางานล้มเหลวไปด้วย นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด[3] การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการสูดละอองเชื้อโรคเข้าปอด รองลงมาเป็นการสูดสำลักควันหรือสารเคมี อุบัติการณ์การเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจ และระบบภูมิคุ้มกัน โดยพบว่าโรคปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดนอกโรงพยาบาล (community- acquired pneumonia; CAP)และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น โรคระบบทางเดิน หายใจ (asthma, COPD) ภาวะหายใจล้มเหลวเลือดคั่ง (congestive heart failure; CHF) โรคหัวใจอื่นๆ น้าหนักตัว หรือสมรรถนะร่างกายที่แย่ลง เป็นต้น โดยประมาณร้อยละ 20-30[4] จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และประมาณ ร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชนิดรุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40 ดังนั้นจึงถือว่าโรคปอดอักเสบมีอัตราการเสียชีวิตสูง ที่สุดเมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นๆ

จากสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวนโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ปี พ.ศ. 2564, 2565, 2566 จำนวน 7,469, 7064 และ 7520 ตามลำดับ จำนวนจำนวนโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) [1] จากสถิติ บริการมีเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ จากสถิติตัวชี้วัดพบว่าอัตราตายผู้ป่วย Pneumonia ใน ปี 2563-2565 8.14, 10.15, 13.10 และอัตราตายผู้ป่วยPneumonia with respiratory failure ในปี 2563 - 2565 18.13, 18.19, 9.23.30 ตามลำดับ จากข้อมูลตัวชี้วัดดังกล่าว จะเห็นได้ว่าตัวชี้วัดมีแนวโน้มไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้น อัตราตายของผู้ป่วย Pneumonia มีอัตราตายสูงกว่าค่าเป้าหมายและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Pneumonia with respiratory failure ใน 3 ปีแรกยังพบว่าสูงกว่าค่าเป้าหมายมากอย่างเห็นได้ชัด

จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยปอดอักเสบที่มาด้วยอาการอาการหายใจหอบกำเริบเฉียบพลัน 80%เป็น Fast Track จากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายบริการโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งภาวะหายใจหอบกำเริบเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย[6] พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยประเมินอาการอย่างรวดเร็วและวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่คัดกรอง ประเมิน วินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอแก่น เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป[7]

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันจากภาวะปอดอักเสบห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอแก่น กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี(Case study) คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้ให้การดูแล 2 ราย เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี โดยเลือกกรณี ศึกษาแบบเจาะจงในผู้ป่วยที่รักษาห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น เดือน เมษายน - ตุลาคม 2566 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและการสอบถามผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่ 1ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สถานภาพ/อายุ	ชายไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 63 ปี	ชายไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 71 ปี
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาที่ 3	มัธยมศึกษาที่ 6
อาชีพ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ
ที่อยู่	อำเภอมัญจาคีรี จ.ขอนแก่น	อำเภอบ้านฝาง จ.ขอนแก่น
อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล	มีไข้ หายใจหอบ 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล	มีไข้ หายใจหอบ 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	4 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้หนาวสั่น ไอมีเสมหะสีเหลืองเหนียวซื้อยามากินเองอาการไม่ดีขึ้น 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อยญาตินำส่งโรงพยาบาลมัญจาคีรี	3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้หนาวสั่น ไอมีเสมหะสีเหลืองเหนียวมาหาหมอที่บ้านฝางเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบมี สำลักอาหาร 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อยใช้แรงในการหายใจมากอกบุ๋ม ญาตินำส่งโรงพยาบาลบ้านฝาง
การเจ็บป่วยในอดีต	โรคเบาหวาน เคยมีภาวะความดันร่วม	เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ แขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย
ประวัติการแพ้ยา /สารต่างๆ	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา หรือสารอาหาร	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา หรือสารอาหาร
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
เหตุส่งเสริมทำให้เกิด	เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นประวัติสูบบุหรี่วันล่ะ 1 ซองมานานมากว่า 30 ปี ขณะนี้หยุดสูบแล้วมีเสมหะเหนียวข้น ไอขับออกยาก จึงส่งผลให้เกิดโรคปอดอักเสบได้ง่าย	ประวัติผู้สูงอายุ มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีสำลักอาหาร ส่งผลให้เกิดโรคปอดอักเสบ
การรักษา	อัตราการเต้นของหัวใจ 116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 144/76 มิลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 84% ฟังปอดทั้งสองข้างพบเสียง Crepitation แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค Pneumonia with Acute respiratory failure ได้รับการรักษาส่งต่อมาจากโรงพยาบาลมัญจาคีรีโดย ได้รับ High-flow nasal cannula ค่า FiO2 เท่ากับ 0.4 ค่า Total flow 40 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มออกซิเจนใน ร่างกายป้องกันภาวะหายใจล้มเหลวและยาฆ่าเชื้อ ก่อนนำส่งมาที่	อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 44 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/87 มิลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 75% แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค Pneumonia with Acute respiratory failure ได้รับการรักษาส่งต่อมาจากโรงพยาบาลบ้านฝางโดย ได้รับการใส่ท่อ ช่วยหายใจ เพื่อเพิ่มออกซิเจนใน ร่างกายป้องกันภาวะหายใจล้มเหลวและยาฆ่าเชื้อ ก่อนนำส่งมาที่ มาถึงห้องฉุกเฉินประเมินเมินท่อช่วยหายใจออก

พบว่าสถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่ ใกล้เคียงกัน อาศัยใน ต่างอำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น ทั้ง 2 ราย มีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลมีไข้ หายใจหอบเนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 เป็นผู้สูงอายุเหตุส่งเสริมทำให้เกิด กรณีศึกษาที่ 1เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นประวัติสูบบุหรี่วันล่ะ 1 ซองมานานมากว่า 30 ปี ขณะนี้หยุดสูบแล้วมีเสมหะเหนียวข้น ไอขับออกยาก จึงส่งผลให้เกิดโรคปอดอักเสบได้ง่าย[5] กรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีสำลักอาหาร ส่งผลให้เกิดโรคปอดอักเสบ จากข้อมูลดังกล่าวนำมาเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษาได้ดังตารางที่ 2

2. การประเมินผลตามแบบแผนสุขภาพ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่าตนป่วยเป็นโรคปอดอักเสบและคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้กระทบต่อชีวิตอย่างรุนแรง ทราบสาเหตุเกิดจากเสมหะเหนียวข้น ไอขับออกยากสูบบุหรี่เป็นเวลานาน จึงส่งผลให้เกิดโรคปอดอักเสบได้ง่าย	รับรู้ว่าตนป่วยเป็นโรคปอดอักเสบมีผลต่อชีวิตอย่างรุนแรง ทราบสาเหตุเกิดจากตนเองสำลัก จึงส่งผลให้เกิดโรคปอดอักเสบได้ง่าย
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รูปร่างผอมดำ น้ำหนัก 65 สูง167 เซนติเมตร	รูปร่างผอมยาว น้ำหนัก 71 สูง175เซนติเมตร
3. การขับถ่าย	ไม่มีปัญหาเรื่องการขับถ่าย	ไม่มีปัญหาเรื่องการขับถ่าย
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	แบบแผนเปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย	แบบแผนเปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย
5. การพักผ่อน นอนหลับ	แบบแผนเปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยนอนหลับได้เป็นช่วงๆ เนื่องจากไอบ่อยครั้ง	แบบแผนเปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยพักผ่อนได้น้อย นอนหลับได้เป็นช่วงๆ เนื่องจากไอบ่อยครั้ง
6. สติปัญญาและการรับรู้	แบบแผนเปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย	แบบแผนเปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศ	ให้ความร่วมมือในการรักษา รับรู้ว่าตนเองโรคปอดอักเสบรุนแรงและคาดหวังว่าจะหายป่วยได้กลับบ้าน	รับรู้ว่าตอนดูดเสมหะทางปากจะเจ็บแต่ให้ความ ร่วมมือในการรักษา เพราะจะทำให้หายใจสะดวก มากขึ้น คาดหวังว่าจะหายป่วยได้กลับบ้าน
8. บทบาทและความสำคัญในครอบครัว	มีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัว การเจ็บป่วยครั้ง นี้ทำให้บุตรสาวหยุดงานมาเยี่ยม	มีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัว การเจ็บป่วยครั้ง นี้ทำให้คนในครอบครัวมาเฝ้า
9. เพศและการเจริญพันธุ์	สถานภาพสมรส มีภรรยาและบุตรด้วยกัน 2 ราย ผู้ป่วยแสดงบทบาททางเพศอย่างเหมาะสม	สถานภาพสมรสหม้าย ภรรยาเสียหลายปีและบุตรด้วยกัน 3 ราย ผู้ป่วยแสดงบทบาททางเพศอย่างเหมาะสม
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	มีภาวะเครียดเกี่ยวกับการรักษา แสดงออกทางสีหน้า	มีภาวะเครียดเกี่ยวกับการรักษา
11. ค่านิยมและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ก่อนการเจ็บป่วยไปร่วมงาน ทำบุญวันสำคัญทางศาสนา และไหว้พระ สวดมนต์ ในวันพระ	นับถือศาสนาพุทธ ตั้งแต่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือด สมองตีบ ทำบุญตักบาตรเป็นบางครั้ง

ตาราง 3 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการติดเชื้อของปอด 2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวไม่ สามารถไอออกได้เอง 3. ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการเนื่องจากความอยากอาหารลดลง 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง 5. ความสามารถการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการจำกัดกิจกรรม 6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับ การปฏิบัติตัว	1. การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการติดเชื้อของปอด 2. เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารและสารน้ำไม่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกายเนื่องจากเปลี่ยนแบบแผนรับประทานอาหาร และน้ำเปลี่ยนแปลงไป 3. ความรู้สึกคุณค่าตัวเองลดลงเนื่องจากการสื่อสารบกพร่องและความสามารถการทำกิจกรรมลดลงจากแขนขาข้างขวาอ่อนแรง 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง 5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับ การปฏิบัติตัว

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แต่หัตถการที่ดีรับต่างกันเนื่องจาก ปัจจัยที่ส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคต่างกันกรณีศึกษาที่ 1 เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นประวัติสูบบุหรี่วันล่ะ 1 ซองมานานมากว่า 30 ปี ขณะนี้หยุด

สูบแล้วมีเสมหะเหนียวข้น ไอขับออกยาก จึงส่งผลให้เกิดโรคปอดอักเสบได้ง่าย[5] กรณีศึกษาที่ 2 ประวัติผู้สูงอายุ มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีสำลักอาหาร ส่งผลให้เกิดโรคปอดอักเสบ[8]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ พยาบาลสามารถนำแนวทางการดแลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจหอบกำเริบเฉียบพลันจากภาวะปอดอักเสบได้รับการดูแลที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลขอแก่น มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการใสท่อช่วยหายใจรายใหม่หรือป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำาหลังถอดท่อช่วยหายใจ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทศาสตรและแผนงาน สำนักงานปลดั กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2565. [Internet]. ปทุมธานี: [เข้าถึงเมื่ออ วันที่ 10 มิถุนายน 2565]. เข้า ถึงได้จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/ sites/default/files/statistic62.pdf
2. พรรณิภา บุญเทียร. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ. ใน วันดี โตสุขศรี และคณะ, บรรณาธิการ. การ พยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559: 38-56.
3. สิริรัตน์ คำแมน, มงคล สริเมือง, และศรสีดุา อัศวพลังกูล. ผลของการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ Non-invasive ventilator ชนิด high flow nasal cannula ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ โรงพยาบาลแม่สอด.
4. ปราณี ทู้ไพเราะ คู่มือยา (พิมครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด; 2554.
5.เพชรรุ่ง อิฐรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มี ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562; 16(2): 72-82
6.วิภา รีชัยพิชิตกุล. Management of Pneumonia. KKU Journal of Medicine 2015; 4:17–29.
7. จิราพร รักษายศ, ศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ์. ผลของ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน คลินิกคนรักษ์ปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2556;22(6):973- 978.
8. วิภา รีชัยพิชิตกุล. HAP, VAP and HCAP Guidelines: from Guidelines to Clinical Practice. Srinagarind Med J 2010:25(Suppl).
9. ประทุม สร้อยวงศ์. (2564). การพยาบาลอายุรศาสตร์: เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
10. บุญสว่าง พิลาโสภา. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา; 8(1): 232-243.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with Globe rupture, KhonKaen Hospital : Case study

(Received: December 14,2023 ; Revised: December 22,2023 ; Accepted: December 24,2023)

เสาวลักษณ์ กิณเรศ[1]
Saowalak Kinnares[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วยผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก เป็นเพศชายทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทยอายุ 51 ปี ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทยอายุ 66 ปี ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการทำงานที่ตาซ้าย ซึ่งผู้ป่วยรายแรก สามารถรักษาได้หาย ไม่มีความพิการ แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้ถูกควักลูกตาซ้าย ทำให้สูญเสียอวัยวะ ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียลูกตาและภาพลักษณ์ มีการร่วมวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล การดูแลได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และวางแผนกับครอบครัว พยาบาลมีบทบาทความสำคัญต่อผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก การบูรณาการพยาบาลแบบองค์รวมและเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัว ร่วมกับผู้นำชุมชน ตลอดจนการติดตามเยี่ยม ผลลัพธ์การดูแล ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม สามารถกลับไปทำงานได้

คำสำคัญ: การพยาบาล,การบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก, ตาบอด, การเอาอวัยวะภายในออก, การบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกแบบเปิด, การถูกตัดขาด, การทะลุ, การเย็บซ่อมกระจกตา

Abstract

The purpose of this case study is to offer recommendations for nursing treatment of individuals who have suffered injuries to their Globe rupture. It contrasts the nursing treatment given to two patients who were especially chosen for the study and had ruptured eyeball injuries. In order to detect patient problems and organize nursing care based on these diagnoses, information was gathered from the patients' medical histories. Gordon's 11 Functional Health Patterns were then used to make nursing diagnoses. The study wraps up and assesses the nursing results.

Results: In this study, the researcher compared case studies of two patients who were diagnosed with Two male Thai patients with Globe rupture are compared in this study. The first patient, a guy of 51 years old, totally recovered and was not left disabled. The second, a 66-year-old guy, lost organs as a result of having his left eye removed. This patient was worried about how he looked and about losing his eye.

Keywords: nursing, : Globe rupture, blindness, evisceration, open globe injuries, laceration penetrating, repair cornea

บทนำ

การบาดเจ็บที่ดวงตาเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยและอาจเกิดขึ้นเป็นการบาดเจ็บเฉพาะหรือเป็นส่วนหนึ่งของการบาดเจ็บที่ศีรษะหรือใบหน้า การแตกของลูกตาเป็นรูปแบบการบาดเจ็บจากแรงกระแทกที่รุนแรงที่สุด เนื่องจากความผิดปกติของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นในขณะที่

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

ได้รับบาดเจ็บ ตามข้อมูลของ WHO มีผู้คน 1.6 ล้านคนที่ตาบอดทั้งสองข้าง ในขณะที่ 2.3 ล้านคนมีการมองเห็นต่ำในทั้งสองข้าง และเกือบ 19 ล้านคนมีความบอดหรือการมองเห็นต่ำทางด้านเดียวจากการบาดเจ็บที่ดวงตาด้วยการเลือกอาชีพและกิจกรรมนันทนาการ ความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่ดวงตามีมากกว่าสี่เท่าในผู้ชายเมื่อเทียบกับผู้หญิง โดยมีเปอร์เซ็นต์ที่สูงในเด็กชายวัยรุ่น ผู้ชายมีแนวโน้มที่จะประสบกับการบาดเจ็บทะลุ ในขณะที่ผู้หญิงมีความน่าจะเป็นมากขึ้นกับการแตกของลูกตาจากแรงกระแทก

การแตกของลูกตาในผู้ใหญ่อาจเกิดขึ้นหลังจากการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงระหว่างอุบัติเหตุรถยนต์ กิจกรรมกีฬา การทำร้ายร่างกาย ในขณะที่การเจาะหรือการทะลุของลูกตาอาจเกิดขึ้นจากการยิงปืนและบาดแผลที่ได้รับจากการทำงาน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการตาบอดที่สามารถป้องกันได้ทั่วโลก เนื่องจากความเสี่ยงของการเลือดออกในชอรอยด์ที่ระเบิดออก การผ่าตัดฉุกเฉินมักจำเป็น การผ่าตัดเพื่อนำดวงตาที่เจ็บปวดออกเป็นวิธีการผ่าตัดที่ต้องการสำหรับการบาดเจ็บที่รุนแรง การผ่าตัดมักจะรวมถึงการวางอุปกรณ์เสริม/เทียมในช่องที่นำดวงตาออกเพื่อรักษาปริมาณของโพรงตาให้เหมาะสมและเพื่อความสวยงาม การศึกษาและส่งเสริมสุขภาพดวงตาโดยผู้ปฏิบัติงานให้ใช้แว่นและอุปกรณ์ป้องกันเพื่อลดการแตกของลูกตาอย่างรุนแรง

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลที่มีการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก : กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีดำเนินการ

ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก ในจังหวัดขอนแก่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และประเมินภาวะสุขภาพวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และการติดตามหลังจำหน่าย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วย

ตารางที่ 1ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สถานภาพ/อายุ	ชายไทย อายุ 51 ปี	ชายไทย อายุ 66 ปี
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	มัธยมศึกษาปีที่ 6
ส่วนสูง	166 เซนติเมตร	176 เซนติเมตร
น้ำหนัก	54 กิโลกรัม	59 กิโลกรัม
ดัชนีมวลกาย(BMI)	19.59 kg/m2	19.05 kg/m2
สถานภาพสมรส ศาสนา	คู่ พุธ	คู่ พุธ
อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	รับจ้างทั่วไป
สิทธิบัตร	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)
ที่อยู่	อ.เมือง จ.ขอนแก่น	อ.กระนวน จ.ขอนแก่น

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วพื้นฐานทั่วไป (demographic questionnaire) ได้แก่ สถานภาพ อายุ การศึกษา อาชีพ การนับถือศาสนา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอายุแตกต่างกัน คือ 51 ปี และ 66 ปี ระดับการศึกษาระดับเดียวกันคือ ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ทั้ง 2 ราย นับถือศาสนาพุทธ ทั้ง 2 ราย ในส่วนของน้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย (BMI) รายที่ 1 ส่วนสูง 166 เซนติเมตร น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย(BMI) 19.59 kg/m2 อยู่ในเกณฑ์ปกติ รายที่ 2 ส่วนสูง 176 เซนติเมตร น้ำหนัก 59 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย(BMI) 19.05 kg/m2 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระยะที่ศึกษาคือ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 - พฤศจิกายน 2566

ตารางที่ 2 การเจ็บป่วย

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล	ปวดตาซ้าย มีเลือดซึม ก่อนมา 1 ชั่วโมง	เหล็กทิ่มตา ปวดตาซ้าย ก่อนมา รพ. 4 ชั่วโมง
การเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 ชั่วโมง ก่อนมา ไม้ดีดตาซ้าย ปวดตาซ้าย มีเลือดออกจากตาซ้าย	4 ชั่วโมง ก่อนมา รพ. เศษเหล็กทองเหลืองกระเด็นทิ่มตาซ้าย ปวดตาซ้าย มีเลือดออก มองไม่เห็น ไม่มีบาดเจ็บบริเวณอื่น ไปโรงพยาบาลชุมชน นึกถึง Rupture globe จึงส่งตัวมา รพ.ขอนแก่น
การเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการแพ้ยา /สารต่างๆ	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
Risk factor	การทำงานโดยไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันดวงตา	การทำงานโดยไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันดวงตา
การวินิจฉัยโรค	Full thickness corneal laceration left eye	Intraoccular foreign body left eye Blindness left eye
การผ่าตัด	1.Repair cornea left eye 2.Intracomeral Antibiotic injection left eye	1. Repair cornea + 2. Intracameral antibiotic injection left eye 3.Evisceration left eye

จากตารางที่ 2 ข้อมูล พบว่าทั้ง 2 กรณีศึกษามีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการที่คล้ายคลึงกัน คือ อาการปวดตา มีเลือดออกจากตา สาเหตุจากมีวัสดุทิ่มเข้าไปในตา ซึ่งรายแรกวัสดุเป็นไม้ และรายที่ 2 วัสดุเป็นทองเหลือง และเกิดเหตุการณ์ขณะทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บที่ดวงตา แต่ไม่ได้ใส่แว่นตาหรืออุปกรณ์ป้องกัน ได้รับการผ่าตัดใกล้เคียงกัน คือ Repair cornea left eye และ Intracameral antibiotic injection left eye แต่ที่แตกต่างคือ รายที่ 2 ได้รับการผ่าตัด Evisceration left eye

ได้ทบทวนแนวทางการผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก ได้เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังแสดงในตารางที่ 3

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ตารางที่ 3 สรุปปัญหาสุขภาพตามการประเมินตามแบบแผนสุขภาพที่ 11ของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
แบบแผนสุขภาพที่ 1 : การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 2 : โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 3 : การขับถ่ายของเสีย	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 4 :การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 5 : การพักผ่อนและการนอนหลับ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 6 : การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 7 :การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ไม่พบปัญหา	พบปัญหา-รู้สึกกังวลเรื่องที่ต้องสูญเสียดวงตา กลัวกลับมาทำงานไม่ได้เหมือนเดิม
แบบแผนสุขภาพที่ 8 :บทบาทและความสัมพันธภาพในครอบครัว	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 9 : เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 10 : การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	พบปัญหา -กลัวว่าหลังผ่าตัดจะมองไม่เห็น	พบปัญหา -ช่วงแรกๆ หลังผ่าตัดนอนไม่ค่อยหลับ ตอนนี้ปรับตัวได้แล้ว
แบบแผนสุขภาพที่ 11 : คุณค่าและความเชื่อ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา

จากตารางที่ 3 จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย นำมาวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยได้รับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา มีความไว้วางใจร่วมมือให้การรักษาตามแผนการรักษา สามารถเขียนตามกระบวนการพยาบาล เพื่อสังเคราะห์บทเรียนนำไปสู่การหาแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.เสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาปฏิชีวนะฉีดลูกตาขณะทำผ่าตัด 3.ปวดบริเวณแผลผ่าตัด 4.ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด 5.วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและผลการรักษา 6.ส่งเสริมการฟื้นฟูร่ายกายผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดตามแผนการรักษา	1. เสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ได้รับยาปฏิชีวนะฉีดลูกตาขณะทำผ่าตัด 3. ปวดบริเวณแผลผ่าตัด 4. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด 5. วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและผลการรักษา 6. สูญเสียภาพลักษณ์หลังจากถูกนำลูกตาออก 7. ส่งเสริมการฟื้นฟูร่ายกายผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดตามแผนการรักษา

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคล้ายคลึงกัน แต่ผู้ป่วยที่ถูกนำลูกตาออกจะมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ การดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ดวงตา สิ่งสำคัญคือความรวดเร็วในการรักษา รวมทั้งการผ่าตัดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การได้รับการวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก[1] และเกิดจากอุบัติเหตุจากการทำงานเหมือนกัน กรณีศึกษารายที่ 1 สามารถรักษาและกลับสู่สภาวะปกติได้ แต่กรณีศึกษารายที่ 2 ต้องสูญเสียลูกตาซ้าย ซึ่งทำให้สูญเสียภาพลักษณ์[7] ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการประเมินการรับรู้ มีการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ[3,4] ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้าน การติดตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างดีเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มารับการรักษาต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. ภาวะลูกตาแตกในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ปีงบประมาณ 2547-2550 = Rupture G...: Discovery Service for Khon Kaen Univ. [Internet]. [cited 2023 Oct 14]. Available from: https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=22fb5c1f-4996-4924-8a11-d582e0cec971%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=kkuj.j00199345&db=cat07491a
2. Skarbek-Borowska SE, Taggart Campbell K. Globe Rupture and Nonaccidental Trauma: Two Case Reports. Pediatric emergency care. 2011 Jan 1;27(6):544–6.
3. Hughes E, Fahy G. A 24-month review of globe rupture in a tertiary referral hospital. Irish Journal of Medical Science (1971 -). 2020 May 1;189(2):723–6.
4. Franca Chinyere Awurum. Management of Traumatic Globe Rupture: Case Report. Journal of the Nigerian Optometric Association. 2022 Aug 2;
5. Finn AP, Choi CJ, Eliott D. Case 42: Open Globe Rupture and Retinal Detachment with Retinal Incarceration from Baseball Injury. Cham: Springer International Publishing; 2018. 487 p. (Management of Open Globe Injuries).
6. Elder MJ, Stack RR. Globe Rupture Following Penetrating Keratoplasty: How Often, Why, and What Can We Do to Prevent It? CORNEA -NEW YORK-. 2004 Jan 1;23(8):776–80.
7. อุบัติเหตุลูกตาแตกและท่อน้ำตาขาด ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ: Discovery Service for Khon Kaen Univ. [Internet]. [cited 2023 Oct 14]. Available from: https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=8&sid=22fb5c1f-4996-4924-8a11-d582e0cec971%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=kkuj.j00181932&db=cat07491a
8. อุบัติการณ์ของภาวะลูกตาแตกในโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช: Discovery Service for Khon Kaen Univ. [Internet]. [cited 2023 Oct 14]. Available from: https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=22fb5c1f-4996-4924-8a11-d582e0cec971%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=kkuj.j00231845&db=cat07491a
9. การใช้ยาปฏิชีวนะเฉพาะที่และยารับประทานในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยลูกตา...: Discovery Service for Khon Kaen Univ. [Internet]. [cited 2023 Oct 14]. Available from: https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=6&sid=22fb5c1f-4996-4924-8a11-d582e0cec971%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=kkuj.j00170510&db=cat07491a
19. วงศ์ณรัตน์ อ. อุบัติการณ์การบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2019;16(3):168–75.

การพยาบาลระยะกลางในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกระโหลกศรีษะ: กรณีศึกษา

Nursing care for Intermediate care in Severe Traumatic Brain Injury Patients Undergoing Craniectomy: Case Study

(Received: December 15,2023 ; Revised: December 22,2023 ; Accepted: December 24,2023)

นิตยา ศรีสุทธิกมล[1]
Nittiya Srisutthikamol

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล และผลของการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ตอน ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุการบาดเจ็บสมองมาจากอุบัติเหตุจราจรปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุ คือการดื่มสุราและขับขี่รถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ หลังผ่าตัดมีภาวะติดเชื้อปอดอักเสบเนื่องจากใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน และได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมจนอาการดีขึ้น ได้รับการดูแลระยะกลางและการวางแผนจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพ ส่งกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่โรงพยาบาลชุมชน รวมวันอยู่รักษาเท่ากับ 11 วัน และ 17 วันตามลำดับ เมื่อประเมินผลลัพธ์ก่อนจำหน่ายตาม Glasgow outcome scale (GOS) พบว่าผู้ป่วยรายแรก มีพิการหลงเหลือระดับปานกลาง (moderate recovery) ส่วนอีกรายอยู่ในระดับ พิการหลงเหลือระดับรุนแรง (severe disability)

คำสำคัญ: การพยาบาล บาดเจ็บสมองรุนแรง แนวคิดการดูแลระยะกลาง ผ่าตัดเปิดกระโหลกศรีษะ

Abstract

This study was case study aimed to study the pathophysiology, cause of disease, nursing interventions, and outcomes of nursing care for patients with severe traumatic brain injury. A comparative study of two purposive patients in the surgical trauma ward at Khon Kaen Hospital. Data were collected from patient records, assessment using 11 Gordon's Functional Health Pattern framework and having nursing process to evaluate nursing practice.

Results: Both patients had traumatic brain injury from motorcycle vehicle accidents. Contributing factors to the accidents were alcohol consumption and not wearing a helmet when riding a motorcycle. They received surgical decompression to reduce intracranial pressure. Patient 1 underwent a tracheostomy and was weaned off the ventilator on day 9th. Patient 2 was weaned off the ventilator on day 12th without tracheostomy. Both patients received intermediate care and had discharge planning by the interdisciplinary team and were referred back for rehabilitation in the community hospital. Length of stay of them was 11 and 17 days, respectively. Patient 2 had associated facial and orbital fractures. On assessment using the Glasgow Outcome Scale (GOS), patient 1 had moderate recovery, while patient 2 had severe disability

Keywords: Nursing care, Severe traumatic brain injury, Intermediate care, Craniectomy

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

การบาดเจ็บที่สมองรุนแรง (severe traumatic injury) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือพบมีพยาธิสภาพในสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นใด โดยมีสาเหตุจากแรงภายนอก ประเมินระดับความรุนแรงจากผลรวมของคะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ที่ 3 ถึง 8 [1] การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงส่วนใหญ่สาเหตุมาจากอุบัติเหตุการจราจร ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มากที่สุดในโลก เฉลี่ยปีละ 5,000 ราย[2] ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้บาดเจ็บจากปัญหาการจราจรทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี และอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากปัญหาการจราจรทางถนน ปี 2563-2565 บาดเจ็บจำนวน 77,256 883,337 และ 926,869 ราย เสียชีวิต 10,121 13,622 และ 15,012 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราการตาย 30.47 ต่อประชากรแสนคน เกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่อัตรา 16 ต่อประชากรแสนคน (3) [3] การบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุตายที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท การบาดเจ็บที่สมองรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองและมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ36 [4] ซึ่งจะเห็นว่าเป็นจำนวนที่สูงมากและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แม้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงจะยังคงเป็นภาระทางการแพทย์และเศรษฐกิจในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพ

สถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในจังหวัดขอนแก่นพบว่าการบาดเจ็บสมองเป็นปัญหาสำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ จากข้อมูลโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มารับการ รักษาทั้งหมด พ.ศ. 2563-2565[5] พบจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 3,025 3,403 และ 3,796 ราย เสียชีวิต, 207,241 และ 220 ราย ได้รับการผ่าตัด 223, 257 และ251 ราย ตามลำดับ แยกเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง 432, 455 และ 336 รายและเสียชีวิต 164, 171 และ 123 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง มีอัตราการเสียชีวิต สูงถึงร้อยละ 36.4 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงจะมีอาการบาดเจ็บสมองรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤต จะต้องได้รับการประเมินปัญหาการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้รอดชีวิตหรือเกิดความพิการน้อยที่สุด ผลกระทบจากการประสบอุบัติเหตุผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการบาดเจ็บทางร่างกายและภาวะบาดเจ็บที่สมอง ความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นกับแรงที่มากระทำและสมองส่วนที่ได้รับผลกระทบเช่น Glasgow Coma Score ประมาณ 3 มักมีโอกาสเสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ 90[6] ร้อยละ 10 จะเป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองรุนแรง ซึ่งส่วนหนึ่งเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ[7] ผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองรุนแรงจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) คือมีก้อนเลือดที่สะสมอยู่ระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรากับเนื้อสมอง พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง การรักษาภาวะนี้มีทั้งการผ่าตัดเอาก้อนเลือดที่กดทับเนื้อสมองออก และรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตสวนใหญ่จะมีความทุพพลภาพทางด้านกายและจิตใจหลงเหลือ สงผลให้ขาดความสามารถในดำรงชีวิต ประจำวันในสังคมได้ตามลำพัง ต้องได้รับการดูแลฟนฟูสภาพการดูแลระยะกลาง วางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนอยู่ และ

มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ประเมิน Barthel Indexได้ค่า<15คะแนนหรือ≥15 คะแนน ร่วมกับmultiple impairments ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ เริ่มตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะทางร่างกายจิตใจ ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ[8] และเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวสำหรับการดูแลแบบระยะยาว (Long term care) ต่อไป พยาบาลเป็นบุคลากรหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติเฉียบพลัน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และการดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางมุ่งเน้นมิติฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล และผลของการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี(Case study)การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงและได้รับการดูแลระยะกลาง คัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือน มีนาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินปัญหา ความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ตอน เวชระเบียนผู้ป่วยใน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA โดยใช้ กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล อาการ ประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษา

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 34 ปี ส่วนสูง 167cm น้ำหนัก80kg สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับจ้าง การศึกษา จบมัธยมศึกษาปีที่ 3 ผู้ดูแลหลัก ภรรยา	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 18 ปี ส่วนสูง 162 cm น้ำหนัก50kg สถานภาพสมรส โสด อาชีพนักศึกษา กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปี1 ผู้ดูแลหลัก มารดา
อาการสำคัญ	ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ด้วยอาการขี่รถจักรยานยนต์ล้มเอง ศรีษะกระแทกพื้น ไม่รู้สึกตัว สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ไหล่ขวาบวม 9 ชั่วโมงก่อนมา	ส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ 3 ชั่วโมงก่อนมา ขับรถจักรยานยนต์ล้มเอง สลบ ไม่รู้สึกตัว ไม่สวมหมวกนิรภัย
การวินิจฉัย	Traumatic Subdural hemorrhage Traumatic Epidural hemorrhage Fracture RT clavicle	Acute Subdural Hematoma left frontal parietal , Fracture right orbit Fracture base of Skull, Fracture right zygomatic
การผ่าตัด/หัตถการ	ครั้งที่ 1 Rt Craniectomy with remove clot (13 พ.ย. 65) หลัง Admit 3 ชั่วโมง	Lt Craniectomy with remove clot (27 ก.พ. 66) หลัง Admit 5 ชั่วโมง

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ครั้งที่ 2 Tracheostomy (22 พ.ย 65)	
ประวัติการเจ็บป่วย	ปฏิเสธโรคประจำตัว/ปฏิเสธแพ้ยา ดื่มสุรา3-4วัน/สัปดาห์ ครั้งละ2-3แก้ว สูบบุหรี่2-3มวน/วัน	ปฏิเสธโรคประจำตัว /ปฏิเสธแพ้ยา ดื่มสุราบางครั้ง /ไม่สูบบุหรี่
สรุปอาการการรักษา พยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย	แรกรับที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วย GCS E2V4-5 M5-6 pupil 4 min both eyes (RTL BE) แขนขายกขยับได้ grade 5 ความดันโลหิต 110/71 mmHg HR 76 ครั้ง/นาที NPO ให้ Acetar 1000cc IV drip 100 cc/hr DTX=108 mg% ตรวจ ATK = neg on RT arm sling ก่อนส่งผู้ป่วยซึมลง จึง On ET tube No 7.5 ก่อนส่งตัว แรกรับโรงพยาบาลขอนแก่น GCS E1VTM5 pupil 2 min RTL BE สัญญาณชีพ BT=36.8 , HR=102 ครั้ง/นาที BP=131/73 mmHg O2 sat 99 % CT brain= Acute right subdural frontoparietotemporal hemorrhage With Fracture at right temporal bone ตรวจ FAST negative admit ศัลยกรรมอุบัติเหตุ แรกรับ GCS E1VTM5 pupil 2 min RTL BE on ventilator, Retain NG tube, Retain Foley's catheter ผล Lab ผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ จองเลือด PRC 2 U FFP 2U set OR Emergency for craniectomy ผ่าตัดเสียเลือด 300 ml ตามเลือด 1 unit หลังผ่าตัด 3วัน ผู้ป่วยดีขึ้น GCS E2-3VTM6 pupil3min RTLBE ไม่มีภาวะชีด มีปัญหา hyponatremia ค่า Na = 129 เปลี่ยน ให้ IV 0.9 % Nacl 1000 ml Iv drip rate 60 ml/hr มีไข้สูงตลอด BT=38-39 ^{0}**C** และผลตรวจรังสีทรวงอก แพทย์วินิจฉัยปอดอักเสบให้ vancomycin 1 gm q 12 hr หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่ได้ เจาะคอ Tracheostomy (22 พ.ย 65) หลังไข้ลด try wean On 02 Collar mask 10 LPM 02sat 96-98% Fracture Rt clavicle consult Ortho On finger of right/on arm sling วันที่ 10 วางแผนการดูแลระยะกลาง ambulation Training และ Home program พยาบาลสอนญาติผู้ป่วยและสาธิตการ ดูแลแผลท่อหลอดลมคอ การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลความสะอาดร่างกาย และฝึกกายภาพบำบัด วันที่ 12 แพทย์จำหน่าย refer back โรงพยาบาลชุมชน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย GCS E4V5M6 Pupil 3 mm RTL BE แขนขาด้านข้ายอ่อนแรง เล็กน้อย ใส่ท่อหลอดลมคอหายใจ ได้เอง BP 120/78 มม.ปรอท ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที RR 20 /min Glasgow outcome scale เท่ากับ 4 (moderate disability) ผู้ป่วยสามารถ	แรกรับที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วย GCS E1V1M5 pupil 5 min fix dilate BE On ET tube No 7.5 ก่อนส่งต่อ ที่โรงพยาบาลขอนแก่น GCS E1VTM5 pupil RT 3 mm fix LT 3 mm fix ความดันโลหิต 126/94 mmHg HR 58 ครั้ง/นาที O2 sat =100% วินิจฉัยแรกรับ Severe traumatic brain injury with open wound of scalp ส่ง CT Brainพบ Subdural hemorrhage at Lt front parietal thickness 1.2 cm midline shift to right FAST ผล negative admit หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ set OR Emergency for Lt craniotomy HCT= 22 V% PRC 2 U หลังผ่าตัด on ventilator GCS =E1VTM4 pupil 4 min RTL BE HCT=30V% เจาะ DTX ทุก 4 ชั่วโมง ค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ MO 3 mg prn q 4 hr pain score 4-5 คะแนน หลังผ่าตัด 2 วัน CT brain ซ้ำ (28/2/66) พบ SDH 6 mm Frontoparietal ICH lt temporalplan conservative treatment consult แพทย์ Maxillofacial เรื่อง Fracture Rt Zygoma plan conservative treatment นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ 3 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วย GCS E1VTM5 ventilator PSV mode FIO2 0.4 เริ่ม try wean MO 4 mg IV q 6hr pain score 3-4 คะแนน มีไข้ 38.5 0c septic work up และ ให้ ATB Tazocin 4.5 gm q 6 hr try wean Spontaneous mode 10 วัน (2-11/3/66) วันที่ 12/3/66 off ETT on o2 mask with bag 10 LPM O2 sat = 96-98 % 12/3/66 ส่ง consult speech ฝึกพูด consult อาชีวเวชกรรม ฝึกกลืน Swelling & Eating Therapy and Oral เริ่มวางแผนฟื้นฟูการดูแลระยะกลางร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ambulation Training และ Home program พยาบาลสอนญาติผู้ป่วยและสาธิต การดูแลความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง และฝึกกายภาพบำบัด วันที่ 16/3/66 แพทย์จำหน่าย refer back โรงพยาบาลชุมชน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย GCS E4V1M6 Pupil 2 mm RTL BE motor power 4 all สัญญาณชีพ T36.8 P78 R20 BP114/70 Glasgow outcome scale 3 (severe disability) ผู้ป่วยยังต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจวัตร

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ช่วยเหลือตัวเอง เกี่ยวกับกิจวัตรประจวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นแต่ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่เช่นเดียวกับก่อนได้รับการบาดเจ็บ Barthel index Score แรกรับ 0 คะแนนก่อนจำหน่าย 90 คะแนน นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	ประจำวันเป็นบางอย่าง Barthel index Score แรกรับ 0 คะแนนก่อนจำหน่าย 30 คะแนน นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์
จำนวนวันนอน	(13 พฤศจิกายน - 1ธันวาคม 65)	17 วัน (27 กุมภาพันธ์ -16 มีนาคม 66)

จากตารางที่ 1 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าสาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจราจรและไม่สวมหมวกนิรภัย ได้รับบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเหมือนกันรักษา และได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ในระยะแรกพบว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว หายใจใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการกิจวัตรประจำวันได้ แต่ความแตกต่างกันจากพยาธิสภาพของการบาดเจ็บร่วมและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการอยู่รักษา โดยกรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะบาดเจ็บกระดูกไหปลาร้าร่วม ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีการบาดเจ็บของกระดูกหน้าร่วมด้วย จากการกลืนลำบากและการพูด ทั้ง2 รายหลังผ่าตัดมีภาวะปอดติดเชื้อหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่ได้ กรณีศึกษารายที่1 จึงได้รับการเจาะคอ ส่วนกรณีศึกษารายที2 ไม่ได้เจาะคอเนื่องจากถอดเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 12 มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลระยะกลางการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องทั้งสองราย

ประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน นำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย แบ่งตามระยะการเจ็บป่วยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะแรกรับและก่อนผ่าตัด	1. การกำซาบเลือดของเนื้อสมองลดลงเนื่องจากความดันในสมองสูงเพราะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง	1. การกำซาบเลือดของเนื้อสมองลดลงเนื่องจากความดันในสมองสูงเพราะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง
	2. รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง	2 รูปแบบการไม่มีประสิทธิภาพ เนื่อง จากระดับความรู้สึกตัวลดลง
	3.ญาติมีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมก่อนผ่าตัดและสิทธิ์การรักษา	3.ญาติมีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมก่อนผ่าตัดและสิทธิ์การรักษา
ระยะหลังผ่าตัด	4.เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจาก สมองบวม เลือดออกซ้ำ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง	4เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจาก สมองบวม เลือดออกซ้ำ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง
	5. มีโอกาสเกิดภาวะชักภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากเซลล์สมองได้รับการบาดเจ็บ	5. มีโอกาสเกิดภาวะชักภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากเซลล์สมองได้รับการบาดเจ็บ
	6.เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด Craniectomy และแผลเจาะคอ	6เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด Craniectomy
	7.ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ	

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	8.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดศรีษะ	7 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดศรีษะ
การดูแลระยะกลางและการดูแลต่อเนื่อง	9.พร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	8พร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
	10 มีการติดเชื้อที่ปอด	9 มีการติดเชื้อที่ปอด
	11 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย หลังจำหน่าย	10ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย หลังจำหน่าย

การพยาบาลแบ่งตามระยะการเจ็บป่วยดังนี้

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล

ระยะ	กิจกรรมการพยาบาล
1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และแพทย์พิจารณาผ่าตัดโดยเร่งด่วน การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดคือ การประเมินอาการ สัญญาณชีพ สัญญาณประสาท ทุก 1/2-1 ชั่วโมง ดูแลจัดผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา การสังเกตอาการ อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่นชักเกร็ง การดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนรักษา นอกจากนี้เป็นการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัด เช่นการเตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจพิเศษ การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อคลายความวิตกกังวล
2 การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด	เป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งการกำซาบของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง บรรเทาอาการปวด การดำรงภาวะสมดุล ของน้ำและเกลือแร่ ป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด โดยการประเมินอาการ สัญญาณชีพ สัญญาณประสาทต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมองระดับรุนแรง ดูแลให้ได้รับออกซิเจนและใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามแผนการรักษาการ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง สังเกตลักษณะการหายใจ เพื่อประเมินระบบการไหลเวียนเลือด การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่นชักเกร็ง ดูแลให้ยากันชัก (Dilantin) ตามแผนรักษา ดูแลจัดผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา และไม่ให้นอนทับศีรษะข้างขวาจะทำให้มีแรงกดต่อเนื้อสมองโดยตรง ทำให้เลือดมาเลี้ยงไม่สะดวก ดูแลให้ได้รับยารับการบรรเทาอาการปวดแผลคือ MO 4 mg iv ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น ปวด บวม แดงร้อน มีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ แนะนำผู้ป่วยและญาติไม่ให้แกะเกาแผลและไม่ให้แผลเปียกน้ำ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ คือ Cefazolin ตามแผนรักษา ตลอดจนสังเกตอาการแพ้ยา
3. การดูแลระยะกลางและการดูแลต่อเนื่อง	เป้าหมายเพื่อเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลักD-METHOD และได้รับการฟื้นฟูสภาพกับนักกายภาพบำบัด โดย การActive-Passive exercise วันละ2ครั้งเช้าและเย็น เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อแข็งเกร็งและลีบ ดูแลด้านโภชนาการ ให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและแคลอรี่สูง ดูแลแนะนำการจัดท่าขณะรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก สังเกตการกลืนและการสำลัก ดูแลความสะอาดของร่างกายและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน ดูแลความสะอาด ของร่างกายและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อนดูแล ด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณการดูแลกิจวัตรประจำวัน ความสะอาดร่างกายและการสื่อสาร ซึ่งในกรณีศึกษารายที่ 2 จะมีปัญหาเพิ่มเติมในเรื่องการกลืนและการพูดนักกายภาพบำบัดและนักฝึกพูดได้สอน Home program ฝึกผู้ป่วยและญาติเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรงร่วมกับมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ไม่สวมหมวกนิรภัยและดื่มสุราทำให้เกิดการบาดเจ็บและมีเลือดออกในสมอง เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อสมอง และได้รับการผ่าตัด ผ่าตัดเอาก้อนเลือดที่กดทับเนื้อสมองออกโดยเร่งด่วน หลังผ่าตัดมีภาวะ hypovolemic ต้องเฝ้าระวังและ

แก้ไขสู่ภาวะปกติ ไม่เกิดภาวะ Re- bleeding หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ทั้ง 2 รายมีภาวะปอดอักเสบจากการใส่ท่อหายใจนาน กรณีศึกษารายที่ 1 หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่ได้จึงเจาะคอ (Tracheostomy)การดูแลระยะกลางร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่ฝึกหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยฝึกผู้ดูแลในการให้อาหารทางสาย การดูแลเสมหะ การทำความสะอาดท่อทางเดินหายใจ และการกายภาพบำบัด และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ antibiotic ให้ครบ 14 วัน รวมระยะเวลา 12 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 ถอดเครื่องช่วยหายใจ ได้ในวันที่ 12 แต่ยังมีปัญหาเรื่องการกลืนและการพูด ได้ฝึกHome Program ในการฝึกพูดฝึกกลืนและกายภาพบำบัด โดยนักกายภาพบำบัดและนักฝึกพูดเป็นเวลา 3 วัน และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อ

พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจถึงผลกระทบทางสรีรวิทยาของ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยให้ความสำคัญในเรื่องของการสังเกตอาการที่สำคัญและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงทีผู้ป่วยทั้งสองรายมีเลือดออกในใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (subdural Hemorrhage) เหมือนกันแสดงถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพของการบาดเจ็บซึ่งมีผลต่อการหาย ไม่แตกต่างกันแขนและขาด้านตรงข้ามกับเลือดออกจะอ่อนกำลังลง การหายใจไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้เกิดเนื่องจากเลือดออกมีการขยายขึ้นแล้วไม่รู้สึกตัวถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างรีบด่วน ผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรมได้ จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ได้รับการรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกเหมือนกัน พยาธิสภาพไม่แตกต่างกัน ระยะเวลารอเข้าผ่าตัดประมาณ 3 และ 5 ชั่วโมงตามลำดับการพยากรณ์โรคไปในทางที่ดีและได้รับการปฏิบัติทางการพยาบาลครบตามกระบวนการพยาบาล ทุกระยะของการเจ็บป่วยที่ได้ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และเข้าสู่การดูแลระยะกลางที่เริ่มพร้อมกับผู้ป่วยเริ่มฝึกหย่าเครื่องช่วยหายใจ แต่ผู้ป่วยทั้ง2รายมีการติดเชื้อที่ปอดทำให้ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น การที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจะส่งผลทำให้การบำบัดฟื้นฟูล่าช้าไปด้วย[11] ในกรณีศึกษานี้พยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่เริ่มฟื้นฟูระยะกลางวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง เตรียม ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน ความสะอาดร่างกาย การดูแลบาดแผล โภชนาการ ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงตั้งแต่ระยะวิกฤตแรกรับ ระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด การดูแลระยะกลางและการดูแลต่อเนื่องและส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านและชุมชนอย่างมีคุณภาพพยาบาลต้องมีความรู้สมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง เพื่อจะได้ดูแลและประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนควรเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคนร่วมกันและควรจัดทำเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนในระบบการศึกษา พร้อมทั้งควรส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาความรู้ทางวิชาการทั้งด้านคลินิกและการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและการดูแลระยะกลางให้เชื่อมโยงทุกระยะในหน่วยงานและเครือข่าย นำใช้เทคโนโลยีดิจิตัลทางการแพทย์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและประสิทธิภาพการดูแล เช่น การฟื้นฟูทางไกลผ่านระบบ Telemedicine หรือ การใช้แอปพิเคชั่นเป็นสื่อการเรียนรู้

เอกสารอ้างอิง

1. นครชัย เผื่อนปฐม, ธีรเดช ศรีกิจวีไลกุล. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical practice guidelines for traumatic brain injury). กรุงเทพฯ: พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2562.
2. Countries with The Most Car Accidents [Internet]. 2023. Available from: https://www.worldatlas.com/articles/the-countries-with-the-most-car-accidents.html.
3.ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ThaiRSC. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยบนท้องถนน 2564-2565[cited 1Nov2023]. Available from: http://www.thairsc.com/.
4. อัญชลี โสภณ, ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, ไพรวัลย์ พรมที, สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, อรไท โพธิ์ไชยแสน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2561; 29(3), 126-138.
5. เวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่น.สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ปีพ.ศ.2563-2565. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น;2566
6. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจรส านักแผนความปลอดภัย. รายงานการวิเคราะห์ สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2562. [อินเตอร์เนท].กรุงเทพฯ: 2563. [เข้าถึงเมื่อ 1พ.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.otp.go.th/ uploads/ tiny_uploads/PDF/2563-06/25630601-RoadAccidentAna2565_Final.pdf
7. ไสว นรสาร. การพยาบาลผู้บาดเจ็บ: Trauma Nursing. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: ไอเดียอินสแตนพริ้นติ่ง;2564
8. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan). สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด ; 2562
9. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นทบุรี: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด ; 2562
10. นงณภัทร รุ่งเนย. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ วิชาการสถาบันพระบรมราชชนก ;2560
11 สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care). [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2566]; แหล่งข้อมูล: URL: https://hrdo.org/wp-content/uploads/2019/10/รายงานฉบับสมบูรณ์-การประเมินระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง.pdf ;2562

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล ละแม จังหวัดชุมพร

Self-care behavior among patients with type 2 diabetes mellitus at lamae hospital, chumphon province.

(Received: December 15,2023 ; Revised: December 22,2023 ; Accepted: December 24,2023)

สุนิสา ทูโมสิก[1] อัมพิกา ปิ่นสุวรรณ[1] วิษณุ อนิลบล[2] มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์[3]
Sunisa Toomosic[1] Ampika Pinsuwan[1] Witsanu Aninlabon[2] Monthipa Taptaemtut[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง วัตถุประสงค์คือศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการตรวจรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร จำนวน 105 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามที่ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การประเมินความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 89.53 มีการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.33 โดยพฤติกรรมด้านการใช้ยาอยู่ในระดับสูงที่สุดคือร้อยละ 80.00 ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการใช้ยามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ (r=0.339) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการใช้ยา และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ (r=0.247 และ 0.207 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง

Abstract

This research was an analytical cross-sectional study, which aimed to study self-care behavior and the relationship between perception of diabetes-related factors and self-care behavior among type 2 diabetes mellitus (DM) patients with poor glycemic control. A total of 105 type 2 DM patients from outpatient department at Lamae Hospital, Chumphon Province were included. The research instruments consisted of a questionnaire of personal characteristics, recognition of factors related, knowledge assessment, perception of risk and severity of diabetes, factors leading to action, perceived benefits and barriers of taking care of their own health, and information on their own health care behaviors.

This study showed that most of the patients were aware of factors related to diabetes at a good level (89.53%), whereas self-care behavior was found at a moderate level (53.33%) and diabetes medication use was at the highest level (80.00%). A low level of relationship (r=0.339) with statistical significance (p=0.01) was found between knowledge about diabetes and anti-diabetes drug use. Between regarding awareness of factors related to diabetes and anti-diabetes drug use, and between knowledge about diabetes and dietary self-care behavior showed a low correlation (r=0.247 and 0.207, respectively) with statistical significance (p=0.05).

Keywords: type 2 diabetes mellitus, self-care behavior.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลละแม
[2] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลละแม
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละแม

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยและมีความสำคัญมาก จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases หรือ NCDs) ที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศและของโลก และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง[1] ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 422 ล้านคน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ผู้เสียชีวิต 1.5 ล้านคนที่มีสาเหตุโดยตรงจากโรคเบาหวาน ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยและความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี มีอัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[3]

องค์การอนามัยโลกให้ข้อมูลว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเผาผลาญโดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หรือน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ที่พบบ่อยที่สุดคือโรคเบาหวานประเภท 2 มักเกิดในผู้ใหญ่ ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อร่างกายต้านทานต่ออินซูลินหรือผลิตอินซูลินไม่เพียงพอ นำไปสู่ความเสียหายร้ายแรงต่อหัวใจ หลอดเลือด ดวงตา ไต และเส้นประสาทเมื่อเวลาผ่านไป บางรายอาจจำเป็นต้องตัดขา[3] ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะแทรกซ้อน[4] ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็กและใหญ่ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางระบบตา (retinopathy) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบไต (nephropathy) ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral arterial disease) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด (coronary vascular disease)[5] นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง[3] และมีผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาทิเช่น การรับประทานอาหาร โดยรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก รับประทานอาหารรสเค็ม รสหวาน และรสจัด การดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การลืมรับประทานยาหลังอาหารมื้อเย็น ความเครียด การไม่มาตรวจตามนัดเนื่องจากการลืมและไม่อยากมาตรวจ[6] การป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จึงต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี พบแพทย์สม่ำเสมอ ใช้ยาตามแพทย์สั่ง หากมีอาการผิดปกติให้แจ้งแพทย์ที่รักษา การห้ามปรับยาเอง การออกกำลังกายสม่ำเสมอ หมั่นตรวจเท้าด้วยตัวเอง หากเป็นแผลควรรีบไปพบแพทย์ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนควรปฏิบัติตัวโดยการเลือกรับประทานอาหารให้หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ และธัญพืชต่างๆ ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[3] จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเข้าถึงการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มเป็นโรค จะช่วยให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้[1]

สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ได้กำหนดประเด็นวันเบาหวานโลก คือ Education to protect tomorrow มุ่งเน้นให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ไม่ใช่แค่เฉพาะแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ แต่รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลด้วย เพื่อการรักษาเบาหวานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด[3] การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีการรับรู้ด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรง จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการสุขภาพพึงตระหนักและให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง[7,8] กรมควบคุมโรคผลักดันและสนับสนุนให้เกิดโรงเรียนเบาหวานเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในการจัดการตนเอง

ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และมุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงความรู้ และการดูแลทางด้านจิตใจผู้ป่วยให้เข้าถึงโปรแกรมความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคเบาหวานทั้งบุคคล ครัวเรือน และชุมชน การติดตามผลการดูแลด้วยตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันสมุดสุขภาพประชาชน (H4U by MOPH) เพื่อดูแลและจัดการตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอย่างดีและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข[3]

โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการโดยเฉลี่ยประมาณ 310 คนต่อวัน ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการมากที่สุด คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และ โรคไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2564-2566 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลละแม จำนวน 1,364 1,415 และ 1,460 คน ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพียงร้อยละ 45.97 22.26 และ 26.64 ตามลำดับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง cross-sectional analytical study ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแพทย์ ที่เข้ามารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร ที่จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มสีแดง[9] คือ มีระดับน้ำตาลครั้งใดครั้งหนึ่งในปีงบประมาณ 2566 สูงมากกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (มก./ดล.) หรือ มีค่าน้ำตาลสะสม HbA1c มากกว่า 10 มก./ดล. ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยตารางการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ เครจซีย์และมอร์แกน[10,11] ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ไม่เกิน 5% สัดส่วนที่สนใจในประชากร 0.511 คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 105 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากฐานข้อมูลการตรวจรักษา โดยทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลละแม ตามกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นเครื่องมือแบบสอบถามที่ขออนุญาตใช้เครื่องมือจากผู้ที่พัฒนา[12] แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนก อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน การเจ็บป่วยของญาติสายตรง ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาในการป่วย การควบคุมระดับน้ำตาลวิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติ ความถี่การตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด สถานที่ตรวจระดับน้ำตาลครั้งหลังสุด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเอง คำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (rating scale) สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale)[13] ประเมินคำตอบโดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดให้แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือกดังต่อไปนี้

- ตอบ เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ
- ตอบ ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่แน่ใจในข้อความนั้น
- ตอบ ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ

ประเมินระดับคะแนนรวมเฉลี่ยและแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ระดับไม่ดี
- การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ระดับปานกลาง
- การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ระดับดี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง คำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scale) สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale)[13] ประเมินคำตอบโดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดให้แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก ดังต่อไปนี้

- ตอบ เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ
- ตอบ ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่แน่ใจในข้อความนั้น
- ตอบ ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ

ประเมินระดับคะแนนรวมเฉลี่ยและแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับไม่ดี
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ขออนุญาตใช้มาดำเนินการ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผ่านการพัฒนาขึ้นมาให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัย และตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยการหาค่าความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณได้ค่าความตรงของเครื่องมือ ค่า Index of item-Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.91 หาความเที่ยงของเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach's alpha ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการขอหนังสือการรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ 048/2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา เพื่ออธิบายความชุกของเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของญาติสายตรง ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ระยะเวลาการป่วยโรคเบาหวาน การควบคุมน้ำตาลในเลือด วิธีการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเกิดอาการผิดปกติ รวมทั้งการประเมินการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis statistics) การวิเคราะห์ข้อมูล หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation)

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลละแม เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.10 เพศชายร้อยละ 21.90 มีอายุระหว่าง 50-59 ปีร้อยละ 31.43 รองลงมาคืออายุระหว่าง 60–69 ปีร้อยละ 22.86 อายุเฉลี่ย 62.12 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 63.81 จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 55.24 ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำสวน ทำไร่ร้อยละ 28.57 รายได้พอมีพอใช้ร้อยละ 67.62 ส่วนใหญ่ร้อยละ 36.19 ไม่มีการเจ็บป่วยของญาติสายตรง รองลงมาคือการมีพ่อแม่เจ็บป่วยร้อยละ 32.38

ระยะเวลาการป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่คือร้อยละ 58.10 ป่วยมานานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป รองลงมาคือร้อยละ 17.14 ป่วยนาน 1–3 ปี ร้อยละ 82.86 ได้รับการรักษาแบบกินยาเม็ด ส่วนการรักษาโดยการกินยาเม็ดร่วมกับใช้ยาฉีดและใช้ยาฉีดอย่างเดียวมีร้อยละ 15.24 และ 1.90 ตามลำดับ ส่วนใหญ่คือร้อยละ 53.33 ไม่ได้ใช้วิธีการควบคุมโรคด้วยวิธีอื่น และร้อยละ 47.62 ให้ผลการตรวจระดับน้ำตาลครั้งหลังสุดอยู่ในช่วง 111–150 มก./ดล. โดยร้อยละ 95.24 ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลละแม นอกจากนี้ร้อยละ 81.90 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่พบว่ามีอาการผิดปกติร้อยละ 79.05 ซึ่งอาการที่พบ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อยร้อยละ 45.71 อ่อนเพลียร้อยละ 42.86 และตาพร่ามัวร้อยละ 41.90

2. ผลการวิเคราะห์การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเบาหวานมากที่สุดคือร้อยละ 89.53 อยู่ในระดับดี ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.89 คะแนน รองลงมาคือสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 86.67 อยู่ในระดับดี ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.86 คะแนน มีความรู้โรคเบาหวานร้อยละ 84.76 อยู่ในระดับดี ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.84 คะแนน ส่วนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวานมีร้อยละ 66.67 อยู่ในระดับดี และร้อยละ 32.38 อยู่ในระดับปานกลาง ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.66 คะแนน

ตารางที่ 1 การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 105)

การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน	คะแนนเฉลี่ย (mean ± SD)	จำนวนของระดับ (ร้อยละ)		
		ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	2.84 ± 0.395	89 (84.76)	15 (14.29)	1 (0.95)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน	2.66 ± 0.497	70 (66.67)	34 (32.38)	1 (0.95)
สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเอง	2.86 ± 0.378	91 (86.67)	13 (12.38)	1 (0.95)
การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเบาหวาน	2.89 ± 0.348	94 (89.53)	10 (9.52)	1 (0.95)

2.2 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการรับประทานยามากที่สุดคือร้อยละ 80.00 อยู่ในระดับดี มีระดับคะแนนเฉลี่ย 2.80 คะแนน ส่วนพฤติกรรมโดยรวม ด้านการบริโภคและด้านการออกกำลังกายพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคือร้อยละ 53.33, 55.24 และ 57.14 ตามลำดับ รองลงมาคือระดับดีร้อยละ 46.67, 41.90 และ 36.19ตามลำดับ และมีคะแนนเฉลี่ย 2.47, 2.39 และ 2.30 คะแนน ตามลำดับ

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 105)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง	คะแนนเฉลี่ย (mean ± SD)	จำนวนของระดับ (ร้อยละ)		
		ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
ด้านการบริโภค	2.39 ± 0.546	44 (41.90)	58 (55.24)	3 (2.86)
ด้านการออกกำลังกาย	2.30 ± 0.587	38 (36.19)	60 (57.14)	7 (6.67)
ด้านการใช้ยา	2.80 ± 0.402	84 (80.00)	21 (20.00)	0 (0)
พฤติกรรมโดยรวม	2.47 ± 0.501	49 (46.67)	56 (53.33)	0 (0)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (ตารางที่ 3) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านการใช้ยา มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ 0.339 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ส่วนการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเบาหวาน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ 0.247 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ 0.207 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม ด้านการบริโภคอาหารและด้านการออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวมและด้านการออกกำลังกาย ส่วนสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวมและทุกด้าน

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 105)

ความสัมพันธ์	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเบาหวาน กับ			
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม	0.033	0.738	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านการบริโภคอาหาร	-0.016	0.872	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านการออกกำลังกาย	-0.021	0.828	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านการใช้ยา	0.247*	0.011	ความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กับ			
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม	0.094	0.341	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านการบริโภคอาหาร	0.207*	0.034	ความสัมพันธ์ระดับต่ำไม่
- ด้านการออกกำลังกาย	0.084	0.396	มีความสัมพันธ์
- ด้านการใช้ยา	0.339**	0.000	ความสัมพันธ์ระดับต่ำ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน กับ			
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม	-0.008	0.938	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านการบริโภค	0.002	0.984	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านการออกกำลังกาย	0.021	0.834	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านการใช้ยา	-0.058	0.558	ไม่มีความสัมพันธ์

สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเอง กับ			
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม	0.101	0.303	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านการบริโภค	0.040	0.686	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านการออกกำลังกาย	-0.025	0.802	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านการใช้ยา	0.190	0.052	ไม่มีความสัมพันธ์

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลละแม พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 50-59 ปี สถานภาพคู่ จบชั้นประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกร ทำสวน ทำไร่ มีระยะเวลาการป่วยโรคเบาหวาน นานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป โดยรับการรักษาแบบกินยาเม็ด มีผลการตรวจระดับน้ำตาลครั้งหลังสุดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 111–150 มก./ดล. พบว่ามีอาการผิดปกติ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว ซึ่งเป็นอาการแสดงส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อความเสียหายของอวัยวะในร่างกายหัวใจ หลอดเลือด ดวงตา ไต และเส้นประสาท[3]

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเบาหวาน สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเอง และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.53, 86.67 และ 66.67 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยมานานระยะหนึ่ง ส่วนใหญ่รับการรักษาระยะเวลานานมากกว่า 5 ปี และมีประวัติการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามนัด และกระบวนการตรวจรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลละแม ที่นอกจากจะเน้นด้านการรักษาพยาบาลแล้ว ยังมุ่งเน้นการสอนสุขศึกษาและสร้างความรอบรู้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ[9] สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่กลับพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเช่นกัน[7] กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 84.76 มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับดี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่าความรู้โรคเบาหวานส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง[14] ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากผู้เชี่ยวชาญ และการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และอธิบายว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานจะสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่า[5]

ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 53.33 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองรวม ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ทั้งนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยเกี่ยวข้อง ส่วนหนึ่งคือผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมาก ระหว่าง 50–69 ปี และการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจและพร่องในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งระยะการเจ็บป่วยที่เป็น

ระยะเวลานาน อาจส่งผลกระทบต่อภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มขึ้น ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จะมีผลดีมากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมกิจกรรม การได้รับความรู้ คู่มือการปฏิบัติตัวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น[4] สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง[7,14] พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชุมชนหนองทราย ตำบลคลองแห อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง[15] และการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในสถานีอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง[16] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง[17] กล่าวคือเมื่ออายุมากขึ้นจะส่งผลให้โอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลทำได้ยากขึ้น เนื่องจากการหลั่งอินซูลินมากขึ้น และหากระยะเวลาการเป็นโรคที่นานขึ้นจะส่งให้เบต้าเซลล์ในตับอ่อนมีความเสื่อม การสร้างอินซูลินที่มีประสิทธิภาพก็จะลดลง เป็นเหตุให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีโอกาสสูงได้มาก เนื่องจากอินซูลินไม่สามารถส่งสัญญาณให้เซลล์ต่างๆ นำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์เพื่อเป็นแหล่งพลังงานได้[7,18]

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมแต่ละด้านพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านการรับประทานยา ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.00 อยู่ในระดับดี โดยที่ความรู้และการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเบาหวาน กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านการใช้ยา มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยเห็นว่าการใช้ยาเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลต่อการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ แต่สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านการใช้ยา เป็นไปได้ว่าการปฏิบัติตัว ดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ค่อนข้างมีอายุ ซึ่งอาจมีความจำเป็นที่จะต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล มีการศึกษาที่สอดคล้องกันที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีพฤติกรรมในระดับดีมากในด้านการใช้ยาเบาหวานร้อยละ 76.44[7] และการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในสถานีอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางด้านการใช้ยา[16]

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 57.14 อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง[5] การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไต อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางด้านการออกกำลังกาย[19] การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในสถานีอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง[16] โดยการออกกำลังกายจะช่วยส่งเสริมกระบวนการใช้น้ำตาลความไวในการใช้อินซูลินของกล้ามเนื้อ[20] แต่ผลการศึกษาขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่าการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดัน

โลหิตสูงด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย การขาดความกระตือรือร้นและเคร่งครัดในการออกกำลังกาย[17] และการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เพียงพอ ซึ่งอธิบายว่าการออกกำลังกายหรือการเพิ่มกิจกรรมทางกายเป็นการควบคุมโรคเบาหวานเพราะทำให้มีการเผาผลาญน้ำตาลให้เกิดพลังงาน และช่วยลดค่าน้ำตาลสะสมในเลือด เมื่อผู้ป่วยออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้[6]

ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านการบริโภค ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.24 อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านการบริโภคไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเบาหวาน และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง[16] การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตในอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง[19] และการศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง[5] โดยด้านการควบคุมอาหารจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[20] พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนหนึ่งที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารรสหวาน ขนมหวาน ผลไม้รสหวาน รวมทั้งน้ำอัดลม[15]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

สถานบริการควรมีการประเมินผู้ป่วยในด้านศักยภาพในการดูแลตนเองและมีการร่วมกันตั้งเป้าหมายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

การวิจัยในอนาคต

ควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยเน้นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยและครอบครัว

แนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์

บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลผลการวิจัยครั้งนี้ไปปรับใช้ในการจัดการการดูแลและการปรับพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. กรุงเทพ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด. 2566.
2. World Health Organization. Diabetes fact sheet. [Internet]. 2023. [cited 14 November 2022] Available from https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1.
3. กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. โรคเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/.
4. อุมากร ใจยั่งยืน, สุภาภรณ์ วรอรุณ, สาวิตรี ศิริผลวุฒิชัย. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564; 35(2): 94-108.
5. ลักษณา พงษ์ภุมมา, ศุภรา หิมานันโต. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสาร มฉก. วิชาการ. 2560; 20(40): 67-76.

6. สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวีย์ อภิจันทรเมธากุล, นิลุบล นันตา, จุฑามาศ สุขเกษม. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 2560; 28(2): 93-103.
7. สุพรรษา สุวรรณสิรินนท์, สุพรรษา สุวรรณสิรินนท์, รัฐพล ไกรกลาง. การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566; 9(3): 135–146.
8. เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.gotoknow.org/posts/115420.
9. โรงพยาบาลละแม. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานระบบเครือข่ายอำเภอละแม. เอกสารประกอบงานคุณภาพโรงพยาบาล. 2565.
10. Krejcie RV, Morgan DW. Sample Size Determination Using Krejcie and Morgan Table. [Internet]. 2023. [cited 14 June 2023] Available from https://www.kenpro.org/sample-size-determination-using-krejcie-and-morgan-table/.
11. เขตสุขภาพที่ 11. คำนวณขนาดตัวอย่าง (Krejcie & Morgan). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://hpc11.go.th/me-working-age/krejcie-morgan/view?N=144&e=0.05&X2=3.841&p=0.5&s=104.93340922026.
12. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.nkp- hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180316191617.pdf.
13. สุบิน ยุระรัช. ทำไมต้องลิเคิร์ต ?. วารสารนวัตกรรมและการจัดการ. 2565; 7(1): 152–165.
14. อดิศักดิ์ หวานใจ, ภาสินี แซ่ฮ้อง, อลงกต หนูนาค, ธัญชนก สวัสดี, สุนันทา ตุกังหัน. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชุมชนหนองทราย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 12. มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. 2564; 1683–1694.
15. สุปรียา เสียงดัง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(1): 191-204.
16. ตวงพร กตัญญุตานนท์, รัชนีย์ จันทร์ปัญญา, สุธีธิดา ปาเป้า, เสาวณี เบ้าจังหาร, ธนพร น้อยเปรม, สาวิกา พาลี, จันทร์เพ็ญ แสงขันธ์. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสถานีอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560; 6(2): 53-62.
17. อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, อติญาณ์ ศรเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, วารุณี เกตุอินทร์, ณัฐพร อุทัยธรรม, สุปราณี หมู่คุ่ยและคณะ. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบริบทคลินิกหมอครอบครัว: กรณีศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564; 15(2): 155-173.
18. ชลธิดาวรรณ เด่นไชยรัตน์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. 2563.
19. เนตรนภา สาสังข์, ทัศพร ชูศักดิ์, เมธี สุทธศิลป์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไต อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2560; 10(36): 46-52.
20. สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน, นิรชร ชูติพัฒนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559; 3(1): 110-128.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

A case study: Nursing care in patients underwent Endoscopic cholangiopancreatography with stent: A comparative 2 case study

(Received: December 15,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 26,2023)

รตนกมล ลาดซ้าย[1]
Ratanakamon Ladsai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี โดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง 2 ราย ที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนในโรงพยาบาลขอนแก่นระหว่างเดือน สิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล

ผลการศึกษา : เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Intraductal cholangiocarcinoma ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดีชนิดโลหะ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Advance cholangiocarcinoma ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดีชนิดโลหะ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถระบายน้ำดีผ่านกล้องจากตับมาที่ลำไส้เล็กส่วนต้นได้ ทำให้ผู้ป่วยลดอาการจุกแน่นท้อง เบื่ออาหาร บรรเทาอาการเหลืองลดลงได้ ก่อนทำหัตถการผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อน ขณะและหลังทำหัตถการ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : ท่อระบายน้ำดี, มะเร็งท่อทางเดินน้ำดี,การส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ABSTRACT

This study was case study aimed to develop a nursing care process for patients underwent ERCP with stent. The study was purposive sampling from Cholangiocarcinoma patients underwent ERCP with stent between June to September 2023. The study tools were composed are Medical record form, In – depth interview guideline, observation guideline collected data and analyzed for nursing diagnosis, implementation and evaluation.

Result: There were 2 patients in this study. The first case is Intraductal cholangiocarcinoma underwent ERCP with metallic stent. The second patient is Advance cholangiocarcinoma underwent underwent ERCP with metallic stent. Bile can pass from common bile duct to duodenum. There were 2 patients release pain and jaundice. Before endoscopic both patients preparation and control underlying, post endoscopic no complication.

Keyword : Nursing care, Stent, Cholangiocarcinoma, Endoscopiccholangiopancretography

บทนำ

มะเร็งท่อน้ำดีเป็นมะเร็งของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีในตับและนอกตับ กระบวนการเกิดโรคใช้ระยะเวลานานในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยมักไม่มีอาการ ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการตาตัวเหลือง จุกแน่นท้อง และพบว่าตับโตซึ่งเป็นระยะท้ายของโรคทำให้มีข้อจำกัดในการรักษา การใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านกล้องเป็นการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อแก้ไขการอุดตันท่อน้ำดีซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ถ้าหากปล่อยทิ้งไว้นานทำให้เกิดการทำลายของตับ จนเกิดเป็นภาวะตับแข็งแบบทุติยภูมิได้[1,3] ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่การทำหัตถการส่องกล้องทางเดินน้ำดีใส่ท่อระบายน้ำดีมีข้อจำกัดต้องอาศัยเครื่องมือที่

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ซับซ้อน และอุปกรณ์จำนวนมาก ซึ่งมีราคาแพง และแพทย์พยาบาลที่สามารถทำหัตถการนี้ได้ต้องผ่านการฝึกฝนทักษะจนชำนาญเป็นพิเศษ จึงจะสามารถทำหัตถการได้บรรลุเป้าหมายการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ

การให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ทำหัตถการส่องกล้องเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดีเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งต้องบูรณาการความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาค สรีรวิทยาของระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อนพยาธิสภาพของโรค การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจก่อนทำหัตถการ การให้การพยาบาลระหว่างทำหัตถการ[4,5,6,7] การช่วยหัตถการและเข้าใจเทคนิคการหัตถการ การเตรียมเครื่องมือ การเลือกใช้เครื่องมือพิเศษหรือท่อระบายน้ำดีแต่ละชนิดการติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังทำหัตถการ[2,8] ตลอดจนการให้ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและต่อเนื่องขณะอยู่บ้าน การมาตรวจตามนัดหรืออาการผิดปกติที่ผู้ป่วยต้องมาก่อนนัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตได้นานขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษาโดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง 2 ราย ที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดีแบบส่องกล้องในโรงพยาบาลขอนแก่นระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการดูแล มีการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การเก็บรวบรวมข้อมูล มาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผลเพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี

ขอบเขตการศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2566 ถึง 24 สิงหาคม 2566 รวมระยะเวลา 4 วัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 ถึง 12 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลา 4 วัน

ผลการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี โดยใช้กระบวนการพยาบาล เสนอผลการศึกษา ดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ดังนี้

1. ผลการประเมินภาวะสุขภาพ : เปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 พบว่าเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ค่า SGOT, SGPT, สูงกว่าปกติ แสดงว่าเกิดการอักเสบเรื้อรัง โรคตับอักเสบ หรือตับแข็ง ค่า Total bilirubin สูงพบว่าประสิทธิภาพการกำจัดของเสียของตับลดลง ค่า Amylase serum สูง อาจมีการตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันร่วมด้วย และมีภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติ อาจทำให้มีเลือดออกง่ายได้ ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบ Albumin ในเลือดต่ำ แสดงว่าเกิดจากเซลล์ตับถูกทำลายจึงไม่สามารถสร้าง Albumin ออกมาได้ ค่า SGOT, SGPT, สูงกว่าปกติ แสดงว่าเกิดการอักเสบเรื้อรัง โรคตับอักเสบ หรือตับแข็ง และผู้ป่วยมีค่า Globulin, Alkaline phosphate สูง แสดงว่ามีการอักเสบเรื้อรังและมีภาวะอุดตันของท่อน้ำดีและบ่งบอกถึงโรคมะเร็งตับหรือท่อทางเดินน้ำดีในระยะต้น ค่า Total bilirubin สูงพบว่าประสิทธิภาพการกำจัดของเสียของตับลดลง

2. การวินิจฉัยการพยาบาล จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มาวางแผนให้การพยาบาลได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนส่องกล้อง ระยะส่องกล้องและระยะหลังส่องกล้อง ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับเกี่ยวกับการส่องกล้องและอาการของโรคเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับเกี่ยวกับการส่องกล้องและอาการของโรคเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ
2. ผู้ป่วยเกิดการคั่งของบิลิรูบินในร่างกาย	2. ผู้ป่วยเกิดการคั่งของบิลิรูบินในร่างกาย
3. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากมีความผิดปกติของปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด	3. ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนจากการทำหัตถการ	4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนจากการทำหัตถการ
5. เสี่ยงต่อการเลือดออกและลำไส้ทะลุจากการทำหัตถการ	5. เสี่ยงต่อการเลือดออกและลำไส้ทะลุจากการทำหัตถการ
6. ไม่สุขสบายท้องอืดและปวดแน่นท้องจากการใส่ลมในท้องระหว่างการตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน	6. ไม่สุขสบายท้องอืดและปวดแน่นท้องจากการใส่ลมในท้องระหว่างการตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน
7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการรักษาและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคอง การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการรักษาและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคอง การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วิเคราะห์ เปรียบเทียบกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดกอร์ดอน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบแบบแผนสุขภาพที่มีปัญหา 5 แบบแผน ได้แก่ แบบแผนด้านการรับรู้และการดูแลสุขภาพ แบบแผนด้านการโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนด้านการปรับตัวและการเผชิญความเครียด ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขตามกระบวนการพยาบาล ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับบ้านได้

3. การพยาบาล จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มาวางแผนให้การพยาบาลได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนส่องกล้อง ระยะส่องกล้อง และระยะหลังส่องกล้อง ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ระยะก่อนส่องกล้อง 1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับเกี่ยวกับการส่องกล้องและอาการของโรคเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับเกี่ยวกับการส่องกล้องและอาการของโรคเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ	1. ซักถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีและการรักษา เพื่อประเมินความรู้และความเข้าใจเรื่องโรค 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาและอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาโดยใช้ภาษาและวิธีการที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ตลอด ถึงการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ 3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้อง เช่น การงดน้ำงดอาหารก่อนส่องกล้องอย่างน้อย 6 ชั่วโมง การเตรียมความสะอาดร่างกายทั่วไปเช่นการอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ล้างเล็บ ถอด-ฟันปลอมออกพร้อมของมีค่านำให้ญาติผู้ป่วยเก็บไว้เปลี่ยนเสื้อผ้า ใหม่ในเช้าวันทำหัตถการ พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการส่องกล้องให้ผู้ป่วยทราบเพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล **ประเมินผลการพยาบาล** มีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวได้

ตารางที่ 2 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
2. ผู้ป่วยเกิดการคั่งของบิลิรูบินในร่างกาย	2. ผู้ป่วยเกิดการคั่งของบิลิรูบินในร่างกาย	1. ซักถามและการสังเกตอาการคันของผู้ป่วย 2. ให้ข้อมูลเรื่องสาเหตุการคันและแก้ไขดังนี้ แนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำโดยใช้สบู่อ่อนและถ้าผิวหนังแห้งมากให้งดใช้สบู่วันละหลายๆครั้ง ให้ผู้ป่วยตัดเล็บให้สั้น ไม่คม ไม่เกาเมื่อมีอาการคัน หากคันมากให้ใช้มือลูบหรือใช้ข้อนิ้วแทน ดูแลให้อุณหภูมิห้องไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไปตลอดจนสวมเสื้อผ้าที่อ่อนนุ่มใส่สบาย ดูแลให้ยาระงับอาการคันตามแผนการรักษา ประเมินอาการคันของผู้ป่วยหลังได้ยาและให้การพยาบาล **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีอาการคันเล็กน้อย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่ต้องใช้ยาบรรเทาอาการคัน
3. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากมีความผิดปกติของปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด		1. เจาะและติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ (PT, PTT,INR) ตามแผนการรักษาของแพทย์และรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อค่า PT, PTT, INR ผิดปกติ 2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและแนะนำให้ผู้ป่วยระมัด ระวังอุบัติเหตุหรือสิ่งที่กระทบต่อร่างกายที่จะก่อให้เกิดเลือด ออกหรือจ้ำเลือด 3. ให้ส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์โดยตรวจสอบความถูกต้องของหมู่เลือดผู้ให้และผู้รับให้สารประกอบของเลือดโดยใช้เทคนิคที่สะอาดปราศจากเชื้อ ตรวจสอบอากาศคั่งค้างในสายยางในเลือดก่อนให้เลือด ป้องกันภาวะ air emboli สังเกตอาการจากการเกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ เช่นเหนื่อยหอบ หายใจลำบากต้องจัดท่านอนศีรษะสูงและหยุดให้เลือดพร้อมรายงานแพทย์ 4. เจาะและติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ หลังการให้ FFP ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อประเมินการแข็งตัวของเลือด **ประเมินผลการพยาบาล** ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังการให้ FFP อยู่ในเกณฑ์รับได้สำหรับทำการส่องกล้อง PT = 14.3 PTT = 32.0 INR 1.20
	3. ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ	1. ซักประวัติการรับประทานอาหาร การเบื่ออาหาร ท้องอืด อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรงเพื่อหาสาเหตุของการโปแตสเซียมในเลือดต่ำ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา Potassium Chloride 30 ml. ทุก 3 hr. x 3dose 3. แนะนำให้ญาตินำอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น กล้วย นม ส้ม มะเขือเทศ มาให้ผู้ป่วยรับประทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง 4. เจาะ Serum Potassium หลังให้ยาหมด 3 ชั่วโมง ถ้าผล Serum Potassium <3.5 mmol/L รายงานให้แพทย์ทราบ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีหัวใจเต้นผิดปกติ หลังแก้ Potassium = 4.42 mmol/L
ระยะส่องกล้อง 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนจากการส่องกล้อง	4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนจากการส่องกล้อง	1. เตรียมกล้องส่องตรวจทางเดินน้ำดีและตับอ่อนผ่านการฆ่าเชื้อตามขั้นตอนและวิธีการการฆ่าเชื้อโรค เครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่ใช้ในการทำหัตถการจะต้องปราศจากเชื้อและอยู่ในระยะ เวลาการใช้งาน เช่น ถ้าอบ Ethylene oxide มีอายุการใช้งาน 1 ปี ตรวจสอบหีบห่อไม่หลุดลุ่ย เปียกชื้น หรือฉีกขาด และ Indicator ในและนอกหีบห่อว่าได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว 2. ขณะทำหัตถการ บุคลากรปฏิบัติตามหลักใช้อุปกรณ์ปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด ขณะทำการส่องตรวจดูแลไม่ให้มีการปนเปื้อนของสายอุปกรณ์ต่างๆ ช่วยแพทย์สอดใส่สาย Guide wire เข้ากระเปาะท่อน้ำดีด้วยความนิ่มนวลและการช่วยทำหัตถการโดยใช้ Sterile Technique เพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อไม่ทำให้เยื่อบุบวมและการนำพาเชื้อโรคเข้าไปในท่อน้ำดี เมื่อแพทย์ให้ฉีดสารทึบแสงเพื่อดูพยาธิสภาพของรอยโรค ให้ฉีดด้วยความนิ่มนวลและปริมาตรไม่มากจนเกิน ไป เพื่อลดการพาเอาเชื้อโรคเข้าในท่อน้ำดีและตับอ่อนโดยไม่ตั้งใจ 3. ขณะฉีดสารทึบรังสีควรดู Fluoroscope ถ้าเข้าPancreatic duct ควรหยุดฉีดสารทึบแสงและดูดออกทันที เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อ 4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาคือ Ceftriaxone 2 gm iv OD

ตารางที่ 2 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
		ประเมินผลการพยาบาล จากการทำหัตถการของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีการละเมิดเทคนิคปราศจากเชื้อขณะทำหัตถการ ไม่พบการติดเชื้อหลังทำหัตถการ
5. เสี่ยงต่อการเลือดออกและลำไส้ทะลุจากการทำหัตถการ	5. เสี่ยงต่อการเลือดออกและลำไส้ทะลุจากการทำหัตถการ	1. ตรวจสอบสายไฟ ติดแผ่นสื่อไฟฟ้าบริเวณขาส่วนล่างโดยให้แผ่นสื่อไฟฟ้าสัมผัสผิวหนังมากที่สุดหลีกเลี่ยงบริเวณปุ่มกระดูก รวมถึงเครื่องจี้ไฟฟ้าใช้ Mode Endocut พลังงานของเครื่องจี้ Mode cutting< 50 watts Mode coagulation < 60 watts ตลอดจนการตรวจสอบความพร้อมใช้งาน เตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการให้พร้อมใช้งาน รวมถึงอุปกรณ์ที่อาจต้องใช้ ในการเปลี่ยนแปลงการทำหัตถการ 2. สังเกตแนวการตัดของกระเปราะน้ำดี (มุมประมาณ 11 นาฬิกา) ตลอดถึงการช่วยทำหัตถการโดยการใช้อุปกรณ์ตัดให้สอดสัมพันธ์และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ 3. การช่วยสอดสาย Guide wire ด้วย ความนุ่มนวล ถ้าแยงแล้วรู้สึกติดหรือต้องใช้แรงมากกว่าปกติควรรายงานให้แพทย์ทราบ เพราะอาจทำให้เกิดการทะลุได้ 4. เตรียมอุปกรณ์ในการห้ามเลือดให้พร้อม เช่น จี้ไฟฟ้า Balloon temponard สายฉีด Adrenaline จี้ห้ามเลือดผ่านกล้อง เป็นต้น 5. สังเกตขณะทำหัตถการ ว่ามีรอยรั่วออกนอกทางเดินน้ำดีหรือลำไส้ได้จากการ X-ray หากมีการรั่วอาจพบ Free air บริเวณ Retroperitoneum, Pneumoperitoneum และ Subcutaneus emphysema ได้ ให้รายงานแพทย์ทันที **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรายที่ 1 มีเลือดออกขณะตัดหูรูดทางเดินน้ำดี แต่สามารถหยุดได้เอง ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มีเลือดออกและไม่พบการทะลุในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย
6. ไม่สุขสบายท้องอืดและปวดแน่นท้องจากการใส่ลมในท้องระหว่างการตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน	6. ไม่สุขสบายท้องอืดและปวดแน่นท้องจากการใส่ลมในท้องระหว่างการตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน	1. สังเกตและประเมินลักษณะอาการปวดแน่นท้อง ท้องอืด ตำแหน่งหรือการฟังเสียง Bowel sound 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของอาการปวดแน่นท้องหลังทำหัตถการ จากการใส่ลมในท้องระหว่างการตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน และอาการจะดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยเรอและผายลม แนะนำให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวบ่อยๆหลังส่องกล้อง เพื่อกระตุ้น การทำงานของลำไส้และไล่ลมออก ถ้าผู้ป่วยแน่นท้อง ท้องตึงมาก จัดเตียงให้ผู้ป่วยนอนท่า Fowler's position เพื่อลดการตึงแน่นท้อง **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยทั้ง 2 รายปวดจุกแน่นท้องลดลง สามารถพักผ่อนได้
7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการรักษาและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคอง การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการรักษาและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคอง การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	1. ประเมินและรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับการรับรู้และความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลต่อบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามพูดหรือระบายเรื่องที่วิตกกังวล ข้อข้องใจต่างๆ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาลที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีเป้าหมายร่วมกัน 2. ให้ข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องและชัดเจนแก่ผู้ป่วยและญาติ ในประเด็นเกี่ยวกับ การรักษาดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขั้นตอนและการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ ความต้องการของผู้ป่วย การเลือกและเตรียมญาติ ที่มีความพร้อมในการดูแล ในเรื่อง การเข้าใจอาการของโรคและแผนการรักษา ยาที่ผู้ป่วยใช้ อาการที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัด การรับประทานอาหารไขมันต่ำ โปรตีนสูงเช่น ไข่ขาว หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารสุกๆ ดิบๆ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลโดยมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้หรือเมื่อมีเหตุฉุกเฉินสามารถขอความช่วยเหลือได้ 3. ให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง แนะนำให้ญาติคอยให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำด้วยตนเองได้ เพื่อสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

วิเคราะห์ จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบท่อทางเดินน้ำดีอุดตัน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคอง โดยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบาย ซึ่งเป็นหัตถการที่มี

ความเสี่ยงสูงทั้งการเลือดออกจากการตัดหูรูดทางเดินน้ำดี ลำไส้ทะลุ และการติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องตามกระบวนการ Nursing process แก้ไขความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้พร้อมสำหรับการส่องกล้อง และขณะส่องกล้องมีการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น รวมไปถึงการติดตามเยี่ยมให้ข้อมูลหลังส่องกล้องเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้อง จนผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อาการดีขึ้น อาการคันลดลง และสามารถกลับบ้านได้

4. ผลลัพธ์การพยาบาล

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนส่องกล้อง ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้อง ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และแก้ไขความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดก่อนการส่องกล้อง ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน คลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ และมีความพร้อมในการส่องกล้องเป็นอย่างดี เตรียมการส่องกล้องได้ถูกคน ถูกประเภทของการส่องกล้อง	**ระยะก่อนผ่าตัด** ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้อง ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำก่อนการส่องกล้อง ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน คลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ และมีความพร้อมในการส่องกล้องเป็นอย่างดี เตรียมการส่องกล้องได้ถูกคน ถูกประเภทของการส่องกล้อง
ระยะส่องกล้อง ดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยตลอดระยะการส่องกล้อง ผู้ป่วยได้รับการทำ ERCP with EST with dilate ampulla with metallic stent เวลาทำส่องกล้อง 12.40 – 13.40 น. รวม 60 นาที เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นขณะส่องกล้อง เมื่อสิ้นสุดการส่องกล้องไม่พบภาวะแทรกซ้อน สังเกตอาการที่ Recover room 1 ชั่วโมงก่อนส่งผู้ป่วยกลับตึก	**ระยะส่องกล้อง** ผู้ป่วยได้รับการทำ ERCP with EST with metallic stent เวลาทำส่องกล้อง 11.10 – 11.55 น. รวม 45 นาที ผู้ป่วยปลอดภัยเมื่อสิ้นสุดการส่องกล้องไม่พบภาวะแทรกซ้อน สังเกตอาการที่ Recover room 1 ชั่วโมงก่อนส่งผู้ป่วยกลับตึก
ระยะหลังส่องกล้อง หลังส่องกล้องผู้ป่วยตื่นดี ไม่มีไข้ ปวดท้องเท่าเดิม ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีท้องเสียหรือถ่ายเหลว Pain score 1-2/10 หลังส่องกล้องผู้ป่วยมีผลน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ แพทย์ดูแลให้ Mixtard 22 unit subcutaneous ก่อนอาหารเช้า และ Mixtard 12 unit subcutaneous ก่อนอาหารเย็น หลังส่องกล้องวันที่ 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ไม่พบภาวะ Cholangitis, Pancreatitis หลังส่องกล้อง ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ผู้ป่วยปวดจุกแน่นท้องเท่าเดิม ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาจนอาการทุเลาลง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดมาติดตามผลการักษาอีก 2 สัปดาห์ ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยสดชื่นดี ไม่ปวดท้อง ทานอาหารได้ปกติ สามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ดี และสามารถเลิกดื่มสุราได้	**ระยะหลังส่องกล้อง** หลังส่องกล้องผู้ป่วยตื่นดี ไม่มีไข้ ไม่มีปวดจุกแน่นท้อง ไม่มีเหนื่อยหอบ ไม่มีเหนื่อยอ่อนเพลีย กระตุ้น Early ambulation ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ไม่พบภาวะ Cholangitis, Pancreatitis สามารถรับประทานอาหารได้ดี ไม่มีแน่นท้องไม่มีปวดจุกแน่นท้อง อาการคันตามตัวลดลงเล็กน้อย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดมาติดตามผลการักษาอีก 2 สัปดาห์ ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ยังมีอาการตัวตาเหลือง เท้าบวมสองข้าง แพทย์ส่งปรึกษาการรักษาแบบประคับประคอง และให้ยากลับไปรับประทานที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

วิเคราะห์ จากตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยมีทั้งความเหมือนและแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยได้รับการดูแลพยาบาลทั้งระยะก่อนส่องกล้อง ขณะส่องกล้อง และหลังส่องกล้อง รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะหลังจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตาม นัด ภายใต้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าจากพยาธิสภาพ อายุและอาการ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ตัดสินใจเลือกการรักษาแบบประคับประคอง โดยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี[1] เพื่อแก้ไขการอุดตันของท่อน้ำดีช่วยบรรเทาอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วย โรคประจำตัวของผู้ป่วย

อายุ ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีการแก้ไขภาวะผิดปกติที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงในขณะทำส่องกล้องและควบคุมโรคเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนการส่องกล้อง และพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนความผิดปกติหลังส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน และในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลท์ในร่างกายต่ำกว่าปกติ[2] ซึ่งใช้ได้รับการแก้ไขให้อยู่ในภาวะปกติก่อนการส่องกล้อง[4] และพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนความผิดปกติหลังส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน หลังส่องกล้องผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการดีขึ้นตามลำดับ และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยทั้ง 2 รายกลับบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษากรณีศึกษาทำให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี การเตรียมด้านสภาพจิตใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังทำส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน[8] พยาบาลต้องให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอพร้อมกับประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆ เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานและต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. จัดอบรมในหน่วยงาน (On the job trainning) และส่งพยาบาลไปศึกษาดูงานเฉพาะทางด้านการส่องกล้อง ตลอดจนมีการพัฒนาคุณภาพบริการพัฒนางานและพัฒนาบุคคลากรในทีมงานอยู่เสมอ

2. จัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนที่มีความครอบคลุมการแก้ปัญหาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อน ขณะและหลังส่องกล้อง รวมทั้งการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อให้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. ทวี รัตนชูเอก. (2553). หัตถการการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนเชิงปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพ เวชสาร.
2. จิราภรณ์เตชะอุดมเดช. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์. กรุงเทพฯ : สิ่งพิมพ์และบรรจุภัณฑ์สมาร์ทโค๊ทติงแอนด์เซอร์วิสจำกัด.
3. ธวัช อิงศิโรรัตน์. ผลการรักษาประคับประคองโดยการใส่ท่อระบายน้ำดีในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ในKhon Kaen Medical Journal : หน้า 24 – 31
4. ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์. (2549). คู่มือการเตรียมและประเมินผู้ป่วยก่อนทำ Endoscopic Procedures และการพยาบาล. โรงพยาบาลราชวิถี.
5. ระวิศักดิ์ จันทร์วาสน์, สุพัตรา รักเอียด และคณะ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. สืบค้น 12 ธันวาคม 2565, จากhttps://www.nci.go.th/th/cpg.
6. สมปอง พะมุลิลา, บ้าเพ็ญจิต แสงชาติ. ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้าดี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ; 40 : 84 – 85
7. อภัย สุขเจริญ. (2560). การพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดิน อาหารส่วนต้น. มหาวิทยาลัยคริสเตียน
8. อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. (2559). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน. โรงพยาบาลศิริราช.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเท้าปุกแต่กำเนิดแบบไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic clubfoot) : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients with idiopathic congenital clubfoot: a case study

(Received: December 15,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

อารีย์ วังหล้า[1]
Aree Wangla[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case study) เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลเท้าปุกแต่กำเนิดแบบไม่ทราบสาเหตุ ติดตามอาการต่อเนื่องที่ Club foot clinic ห้องตรวจกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย แบบบันทึกเวชระเบียน การสังเกตและสอบถามญาติผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อนำสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นโรคเท้าปุกแต่กำเนิด โดยได้รับการรักษาตั้งแต่กำเนิด และรักษาต่อเนื่องนาน 1ปี และ3 ปี โดยได้รับการรักษาด้วยการ ใส่เฝือกเพื่อดัดเท้า การผ่าตัดเพื่อสะกิดเอ็น ยืดเอ็นร้อยหวายที่เท้าและการใส่อุปกรณ์ดัดเท้า Dennis brown bar (DBB) โดยข้อแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยคือการใช้ดัดเท้าพบว่ากรณีศึกษาที่1 ใส่อุปกรณ์ดัดเท้าไม่ต่อเนื่องซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการกลับซ้ำของโรคเท้าปุก และทำให้ได้รับการผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง กรณีศึกษาที่2 การรักษาหลังการผ่าตัดปฏิบัติตัวด้วยการใส่อุปกรณ์ดัดเท้าอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์

คำสำคัญ: การพยาบาล, พลังอำนาจในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง, โรคเท้าปุกแต่กำเนิดแบบไม่ทราบสาเหตุ

Abstract

The purpose of this study was case study to compare nursing care for congenital clubfoot with idiopathic causes. Continuously follow up on symptoms at the Clubfoot clinic, orthopedic and joint examination room. Khon Kaen Hospital The tools used to collect data include medical record form Observing and asking relatives of patients Analyze data Assess problems and nursing needs Using Gordon's 11 health model framework. Plan and define nursing diagnoses to lead to nursing outcomes.

Results: Both case studies had congenital clubfoot. It has been treated since birth. and continued treatment for 1 year and 3 years by receiving treatment with Wear a splint to correct your foot. Surgery to pop the tendon Stretching the Achilles tendon in the foot and wearing a Dennis brown bar (DBB) foot bending device. The difference in patient care is the use of foot bending. It was found that case study 1 The foot brace is not worn continuously, which may cause clubfoot to recur. and had to undergo surgery again. Case study 2 Treatment after surgery involves wearing a foot brace continuously according to the doctor's treatment plan.

Keywords: nursing, power to develop one's potential, idiopathic congenital clubfoot

บทนำ

เท้าปุก (Clubfoot) ความผิดรูปของเท้าแต่กำเนิดชนิดหนึ่ง อาจเกิดกับเท้าข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง เกิดได้ในผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติอื่น ๆแต่มีเท้าผิดรูป ต้องได้รับการรักษาเร็วที่สุดและถูกวิธีตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่เช่นนั้นผู้ป่วยจะมีความพิการ ทำให้

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

ต้องเดินด้วยหลังเท้าหรือปลายเท้า ใส่รองเท้าไม่ได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะพัฒนาจนทำให้มีอาการเจ็บปวดเมื่อโต เพราะเกิดการสึกหรอของกระดูกและข้อต่อที่บิดเบี้ยว หรือผิวหนังเท้าที่หนาตัวขึ้นเพื่อรับน้ำหนักเกิดเป็นแผลเรื้อรัง ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพและเป็นปมด้อยได้เมื่อเติบโตขึ้น สถิติของทั่วโลกพบอุบัติการณ์ของโรคเท้าปุกในทารกแต่กำเนิด ประมาณ 1:1,000 ถึง 1:1,500 คน ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคนี้หรือมีลูกที่เป็นโรคนี้โอกาสที่จะมีลูกคนแรกหรือคนต่อไปเป็นโรคนี้จะสูงกว่านี้เล็กน้อย[11] ซึ่งการรักษาประกอบด้วย การดัดเท้า เข้าเฝือก หรือการผ่าตัด เมื่อหายดีแล้ว โรคเท้าปุกอาจกลับคืนซ้ำเท้าผิดรูปได้อีกครั้ง ฉะนั้นหลังการรักษาด้วยวิธีที่กล่าวมาแล้ว เพื่อป้องกันการกลับซ้ำจะต้องใส่กายอุปกรณ์เท้า (Abduction foot orthosis) ทั้งวัน ทั้งคืน 2-3 เดือน และใส่เฉพาะกลางคืนหรือเวลานอนอีก 4 ปี ก็จะหายเป็นปกติหรือเกือบปกติ สามารถดำเนินชีวิตและเล่นกีฬาได้เหมือนเด็กหรือผู้ใหญ่ทั่วไป

สถิติของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ.2564, 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี เข้ารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 99, 84 และ 103 ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคเท้าปุกแต่กำเนิดที่รับการตรวจ Clinic clubfoot ห้องตรวจกระดูกและข้อ จำนวน 11, 44 และ 23 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11.11, 42.72 และ 22.33 ของ จำนวนผู้ป่วยเด็กทั้งหมดที่เข้ารับการตรวจแผนกผู้ป่วยนอก[4] ทั้งนี้ยังพบสถิติในการกลับซ้ำด้วยโรคเดิม (Readmission) ในปี 2564 2565 และ 2566 จำนวน 8, 2 และ 0 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีการผิดรูปของเท้าสามารถเกิดได้ในระยะเวลา 2-3 ปีแรก ต้องแก้ไข รักษาด้วยการดัดเท้าใส่เฝือกอีกครั้ง และบางรายอาจต้องผ่าตัดด้วยการย้ายเส้นเอ็น[9]

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเท้าปุกแต่กำเนิดมีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี อีกทั้งยังพบการกลับซ้ำเป็นโรคเดิม (Readmission) ปีละ 1-2 ราย ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด และบางรายต้องเข้ารับการผ่าตัดหลายๆครั้ง กลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นภาระครอบครัว โดยเฉพาะมารดาที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นความท้าทายของพยาบาลประจำ Clinic clubfoot ห้องตรวจกระดูกและข้อ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากลักษณะงานพยาบาลใกล้ชิดกับผู้รับบริการโดยตรง[2] โดยมีบทบาทที่สำคัญได้แก่ 1)การสอนเรื่องโรค การดูแลผู้ป่วยขณะใส่เฝือกและเมื่อกลับบ้าน การดูแลก่อนผ่าตัด การใส่กายอุปกรณ์เท้าอย่างต่อเนื่องและการดูแลเมื่อกลับบ้าน 2) บทบาทเป็นผู้ประเมินอาการ 3)บทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษา 4)บทบาทในการสร้างเสริมพลังอำนาจการดูแลผู้ป่วยโรคเท้าปุกแต่กำเนิด เพื่อให้มารดาครอบครัว หรือกลุ่มมารดาผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลหลังการใส่เฝือก และการใส่กายอุปกรณ์เท้าที่ถูกต้อง ฟื้นฟูสภาพกระดูกกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวมารดามาใช้ และเพิ่มความสามารถของมารดาแต่ละคนในการตัดสินใจ ควบคุมชีวิตของผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยหายจากโรคเท้าปุก มีอิสระในการตัดสินใจในการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ เพื่อดำเนินกิจกรรมในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลการพยาบาลเท้าปุกแต่กำเนิดแบบไม่ทราบสาเหตุ Clubfoot clinic ห้องตรวจกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี(Case study) คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้ให้การดูแล 2 ราย เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี โดยเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงในผู้ป่วยที่รักษา Clubfoot clinic ห้องตรวจกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนจากแฟ้มประวัติ การซักประวัติผู้ป่วยและ

ครอบครัวตรวจร่างกายผู้ป่วย ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง และทบทวนข้อมูลจากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้

กรณีศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การประเมินผลตามแบบแผนสุขภาพ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่ 1ข้อมูลทั่วไป อาการ อาการแสดง ประวัติสุขภาพ กรณีศึกษา 2 ราย

กลุ่มข้อมูล	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**
1. เพศ	ชาย	ชาย
2. อายุ	2 ปี 2 เดือน	2 ปี 11 เดือน
3. การตรวจตามนัด	33 ครั้ง	27 ครั้ง
4. ระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาล	ครั้งที่ 1 1 วัน (30-31 มีนาคม 65) ครั้งที่ 2 1 วัน (15-16 มิถุนายน 65) ครั้งที่ 3 1 วัน (11-12 มกราคม 66)	ครั้งที่ 1 2 วัน (17-19 กุมภาพันธ์ 64)
5. อาการสำคัญ	ข้อเท้าปุกทั้ง 2 ข้าง เป็นแต่กำเนิด	ข้อเท้าปุกทั้ง 2 ข้างแต่กำเนิด นัดผ่าตัด
6. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 เดือนก่อนมา ข้อเท้าปุกทั้ง 2 ข้างเป็นมาแต่กำเนิด รักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่น	เท้าปุกแต่กำเนิดทั้ง 2 ข้าง หลังใส่ Dennis brown bar และ On LLC ที่ขา 2 ข้าง ครั้งนี้นัดผ่าตัด
7. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี	ไม่มี
8.ประวัติการคลอด	ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 1 มารดาอายุ 28 ปี สถานภาพคู่ อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 2,130 กรัม คลอดปกติ สุขภาพแรกคลอดปกติ	ผู้ป่วยเป็นบุตร มารดาอายุ 29 ปี สถานภาพคู่ อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 2,320 กรัม คลอดปกติ สุขภาพแรกคลอดปกติ
9. พัฒนาการ	สมวัย	สมวัย
10. ประวัติการได้รับวัคซีน	ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์	ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์
11.ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธ	มีญาติเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน
12. ประวัติแพ้ยา/อาหาร	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลพื้นฐานทั่วไปแสดงให้เห็นว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นโรคเท้าปุกแต่กำเนิดแบบไม่ทราบสาเหตุโดยได้รับการรักษาตั้งแต่กำเนิด และรักษาต่อเนื่องนาน 1ปี และ3 ปี โดยได้รับการรักษาด้วยการ ใส่เฝือกเพื่อดัดเท้าการผ่าตัดเพื่อสะกิดเอ็น ยืดเอ็นร้อยหวายที่เท้า และการใส่อุปกรณ์ดัดเท้า Dennis brown bar (DBB) โดยข้อแตกต่างในการดูแลผู้ป่วย คือการใช้ DBB พบว่ากรณีศึกษาที่1 ใส่อุปกรณ์ DBB ไม่ต่อเนื่องซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการกลับซ้ำของโรคเท้าปุกและทำให้ได้รับการผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง ระยะเวลาการดูแลรักษาก็นานตามมาด้วย ระยะที่ศึกษาคือ ระหว่างเดือนเมษายน 2565-เมษายน 2566

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วยเปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วย 2 ราย

กลุ่มข้อมูล	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**
การวินิจฉัยแรกรับ	Bilateral congenital club foot	Other congenital deformities of feet
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	เท้าทั้ง 2 ข้างผิดรูป -ใส่เฝือกเท้าทั้ง 2 ข้าง เปลี่ยนเฝือก 1 ครั้ง -ผ่าตัด ครั้งที่1 งดผ่าตัด ผู้ป่วยติดโควิด ครั้งที่2 16 มิ.ย.65 TAL both feet with LLC ครั้งที่3 12 ม.ค.66 TAL both feet with LLC -กายอุปกรณ์ดัดเท้า หรือ Dennis brown bar (DBB) -ให้ใส่รองเท้าหุ้มส้น 1 คู่	Bilat true clubfeet **-วันที่ 30 ตุลาคม 2563** อายุ 21 วัน เท้าทั้ง 2 ข้างผิดรูปแต่กำเนิด **-วันที่ 13 พฤศจิกายน 2563** อายุ 1 เดือน 4 วัน มาตามนัด ใส่เฝือกไว้ที่เท้าทั้ง 2 ข้าง **-วันที่ 27 พฤศจิกายน 2563** อายุ 1 เดือน 18 วัน มาตามนัด ใส่เฝือกไว้ที่เท้าทั้ง 2 ข้าง **-วันที่ 9 ธันวาคม 2563** อายุ 2 เดือน 0 วัน BW: 5 ก.ก. T: 36.6 องศา Pulse: 128 ครั้ง/นาที RR: 32 ครั้ง/นาที มาตามนัด ใส่เฝือกไว้ที่เท้าทั้ง 2 ข้าง
ประวัติการแพ้ยา /สารต่างๆ	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา หรือสารอาหาร	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา หรือสารอาหาร
การผ่าตัด	ครั้งที่1 16 มิ.ย.65 TAL (Tendo achilles lengthening) both feet with LLC (Long leg cast) คือ การผ่าตัดยืดเอ็นกล้ามเนื้อน่องเท้าทั้ง 2 ข้าง พร้อมใส่เฝือก ตั้งแต่โคนนิ้วเท้าถึงส่วนบนของโคนขาหรือขาหนีบ ให้ข้อเท้าตั้งฉากปลายเท้าไม่บิด ครั้งที่ 2 12 ม.ค.66 Serial casting with TAL :Serial casting คือ การรักษาด้วยการใส่เฝือกใต้หัวเข่า เป็นเวลา 8-12 สัปดาห์ โดยการเพิ่มการกระดกข้อเท้าขึ้น (equinus, semi-equinus, and neutral flexion) (รุ้งพราย ชำนาญนิติ์, 2561) TAL (Tendo achilles lengthening) คือ การผ่าตัดยืดเอ็นกล้ามเนื้อน่องเท้าทั้ง 2 ข้าง พร้อมใส่เฝือก ตั้งแต่โคนนิ้วเท้าถึงส่วนบนของโคนขาหรือขาหนีบ ให้ข้อเท้าตั้งฉากปลายเท้าไม่บิด	ผ่าตัด TAL (Tendo achilles lengthening) both feet คือการผ่าตัดยืดเอ็นกล้ามเนื้อน่องเท้าทั้ง 2 ข้าง

จากตารางที่ 2 ข้อมูลพบว่าทั้งจากข้อมูลดังกล่าวนำมาเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษาได้ดังตารางที่ 3

แบบแผนสุขภาพ	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**
1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	-รับรู้ว่าบุตรเท้าขวาผิดรูปตั้งแต่กำเนิด -กังวลเกี่ยวกับ โรคที่กลับมาเป็นซ้ำ การรักษาผ่าตัด	- รับรู้ว่าบุตรเท้าขวาผิดรูปตั้งแต่กำเนิด -วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเท้าปุก กลัวบุตรเดินไม่ได้ปกติ

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	-รับประทานนมผสม และอาหารได้	-รับประทานนมมารดา และอาหารได้
3. การขับถ่าย	-ขับถ่ายอุจจาระ 1-2 ครั้ง/วัน ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง/วัน	-ขับถ่ายอุจจาระ 1-2 ครั้ง/วัน ปัสสาวะวันละ 3-6 ครั้ง/วัน
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	-ดูแลกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน เดินได้โดยใช้รองเท้าที่ตัดจาก กายอุปกรณ์ ต้องระวังเกิดอุบัติเหตุ	-ดูแลกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน เกาะเดินได้โดยใช้รองเท้าที่ตัดจาก กายอุปกรณ์ต้องระวังเกิดอุบัติเหตุ
5. การพักผ่อน นอนหลับ	-กลางคืนนอน 8-10 ชั่วโมง -กลางวันนอนวันละ 1-2 ชั่วโมง	-กลางคืนนอน 8-10 ชั่วโมง -กลางวันนอนวันละ 1-2 ชั่วโมง
6. สติปัญญาและการรับรู้	- ผู้ป่วยโรคเท้าปุก ตื่นตัวดี หยอกพูดคุยด้วยจะมองตามเสียง	- ผู้ป่วยโรคเท้าปุก ตื่นตัวดี หยอกพูดคุยด้วยจะมองตามเสียง
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศ	-ผู้ป่วยโรคเท้าปุก รู้ว่าต้องมารักษาเท้าให้เดินได้	-ผู้ป่วยโรคเท้าปุกรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองและอยากเดินได้ปกติ
8. บทบาทและความสำคัญในครอบครัว	-สัมพันธภาพในครอบครัวดี สมาชิกครองครัว 5 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 มารดาผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน สถานะภาพหย่าร้าง ได้รายได้จาก บิดามารดา	สัมพันธภาพในครอบครัวดี สมาชิกครอบครัว 5 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนแรกมารดาผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน ได้รายได้จากคู่สมรส
9. เพศและการเจริญพันธุ์	-ไม่มีความผิดปกติใดๆ ของอวัยวะเพศ	-ไม่มีความผิดปกติใดๆ ของอวัยวะเพศ
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	-มารดาผู้ป่วยโรคเท้าปุกมีความกังวล เนื่องจากบุตรมีภาวะโรคเท้าปุกกลับเป็นซ้ำ ต้องใช้ระยะการดูแลที่นาน	-มารดาผู้ป่วยโรคเท้าปุกมีความกังวล จากการขาดความรู้ในการดูแลฟื้นฟูหลังผ่าตัด และกลัวบุตรจะกลับเป็นเท้าปุกซ้ำ
11. ค่านิยมและความเชื่อ	-นับถือศาสนาพุทธ	-นับถือศาสนาพุทธ

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาสุขภาพในด้าน 1) การรับรู้และการดูแลสุขภาพ 2) กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย และ 3) การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ไม่พบปัญหาทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 การวินิจฉัยทางการพยาบาลตั้งแต่แรกตรวจที่ห้องตรวจกระดูกและข้อถึงปัจจุบันในแบบแผนสุขภาพที่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลพบปัญหา

แบบแผนสุขภาพที่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	1) มารดาผู้ป่วยโรคเท้าปุกขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเท้าปุกแต่กำเนิด และการรักษาด้วยการผ่าตัด 2) มารดาผู้ป่วยโรคเท้าปุกขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเฝือก 3) มารดาผู้ป่วยโรคเท้าปุกขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ และอุปกรณ์ดัดเท้า (Dennis brown bar: DDB)	1) มารดาผู้ป่วยโรคเท้าปุกขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเท้าปุกแต่กำเนิด และการรักษาด้วยการผ่าตัด 2) มารดาผู้ป่วยโรคเท้าปุกขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเฝือก 3) มารดาผู้ป่วยโรคเท้าปุกขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ และอุปกรณ์ดัดเท้า (Dennis brown bar: DDB)

ตาราง 4 การวินิจฉัยทางการพยาบาลตั้งแต่แรกตรวจที่ห้องตรวจกระดูกและข้อถึงปัจจุบันในแบบแผนสุขภาพที่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลพบปัญหา

แบบแผนสุขภาพที่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
กิจกรรมการออกกำลังกาย	ผู้ป่วยมีความพร่องต่อการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการใส่อุปกรณ์ดัดเท้า	ผู้ป่วยมีความพร่องต่อการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการใส่อุปกรณ์ดัดเท้า
การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด	มารดาผู้ป่วยโรคเท้าปุกมีความวิตกกังวลเนื่องจากการดูแลบุตรป่วยระยะเวลานาน	มารดาผู้ป่วยโรคเท้าปุกมีความวิตกกังวลเนื่องจากการดูแลบุตรป่วยระยะเวลานาน

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย พบว่า มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน จำนวน 3 ข้อ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จะมีความคล้ายกันเกือบทุกข้อ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเท้าปุกแต่กำเนิดแบบไม่ทราบสาเหตุ เหมือนกัน และการรักษาคล้ายกันจะต่างกันที่ กรณีศึกษาที่1จะมีภาวะแทรกซ้อนและเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด 2 ครั้ง

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่า จะพบความแตกต่างกัน คือ มารดาผู้ป่วยเท้าปุกกรณีศึกษาที่ 1 จะทบทวนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพได้มากกว่า เนื่องมารดาผู้ดูแลจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาที่พบในการดูแลและการแก้ไขปัญหา ขณะที่พบว่าผู้ป่วยโรคเท้าปุกกรณีศึกษาที่2 ตอบสนองได้ดีต่อการรักษาหลังการผ่าตัดเนื่องจากการปฏิบัติตัวด้วยการใส่อุปกรณ์ดัดเท้าอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์[12] พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเท้าปุกแบบไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่เฝือกดัดเท้า การผ่าตัดยืดเส้นเอ็น และการฟื้นฟูสภาพด้วยการใส่กายอุปกรณ์ดัดเท้า DBB รวมถึงการพยาบาลที่มีความเฉพาะ มีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนการกลับซ้ำของโรคเท้าปุกที่ป้องกันได้ กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเท้าปุกแต่กำเนิดแบบไม่ทราบสาเหตุ[3]ที่ต้องรักษาด้วยการใส่เฝือก การผ่าตัดยืดเอ็น และการใช้กายอุปกรณ์ดัดเท้าที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และหายจากความพิการ

เอกสารอ้างอิง

1. มลทิพย์ สกลุกัรบัณฑิต, และ พิมลนาฏ ซื่อสัตย์. (2562). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคเตตโลจี ออฟ ฟาโลต์ ที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไข ความผิดปกติทั้งหมดในระยะผ่าตัด. www2.si.mahidol.ac.th › division › nursing, หน้า 5.
2. กุนนที พุ่มสงวน. (2557). การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 88-89.
3. คชเสนีย์ ปวิน, และ มีนานนท์ นนท์. (17 ธันวาคม 2564). โรคเท้าปุก (clubfoot). เข้าถึงได้จาก สมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย: https://toa.or.th/knowledge/clubfoot
4. งานข้อมูลสถิติและสถิติ สารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น. (2566). สถิติผู้ป่วยนอก. -: -.

5. จงรักษ์ อุตรารัชต์กิต. (2543). กระบวนการสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ต้องดูแลบุตรป่วยเรื้อรัง: กรณีศึกษา. Rama Nurs J., 321.
6. พุ่มสงวน กุนนที. (2557). สุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 10-14.
7. ไพรัช ประสงค์จีน. (-). Pediatric Orthopaedic I. http://ortho2.md.chula.ac.th/phocadownload/data-sheet/Pediatric-Orthopaedic-I-PairatchMD.pdf.
8. รุ้งพราย ชำนาญนิติ์. (22 พฤษภาคม 2561). โรคเท้าและข้อเท้า. เข้าถึงได้จาก Blogger: https://chamnanni.blogspot.com/2018/05/managementof-acute-achilles-tendon.html
9. วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม. (2539). ตำราออร์โธปิดิกส์1. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.
10. อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (ม.ป.ป.). การเสริมพลังอำนาจ.
11. อำนวย จิระสิริกุล. (12 เมษายน 2556). โรคของเท้าปุก (clubfoot). เข้าถึงได้จาก หาหมอแนะนำทุกโรค แนะนำทุกหมอ: https://haamor.com/
12. อิกนาซิโอ วี พอนเซติ. (ตุลาคม 2556). เท้าปุกแต่กำเนิดหลักการรักษา. ไอโอว่าซิตี้, ไอโอว่า, สหรัฐอเมริกา: เผยแพร่ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ทางเวปไซต์ในรูปแบบ e-book ครั้งที่ 1.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังระดับคอ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients with cervical spinal cord injuries: case studies

(Received: December 15,2023 ; Revised: December 23,2023 ; Accepted: December 26,2023)

เปรมมิกา เสาวิชิต[1]
Premmika Saowichit[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case study) เพื่อเปรียบเทียบพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อนำสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการแสดงของโรคบาดเจ็บของกระดูกไขสันหลังกรณีศึกษารายที่1เป็นชายอายุ 66 ปี เป็นผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน ผู้ดูแลคือภรรยา มีประวัติการสูบบุหรี่ดื่มเหล้าตามโอกาส ปัญหาที่เหลืออยู่คือ ร่างกายท่อนล่างเป็นอัมพาต ไม่สามารถขยับขาได้ แต่แขนซ้ายขวาขยับได้ ควบคุมการขับถ่ายได้กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นชายอายุ 59 ปี ผู้ดูแลคือบุตรสาว ปัญหาความที่เหลืออยู่คือ มีปัญหาอัมพาตท่อนล่าง ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ เป้าหมายหลักเพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่มีการรักษาที่จะทำให้ไขสันหลังที่ถูกทำลายไปแล้วกลับคืนสู่สภาพเดิมได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, พลังอำนาจในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง, บาดเจ็บของกระดูกไขสันหลัง

Abstract

The purpose of this study was a case study to compare nurses with patients with cervical spine injuries. Analyze data Assess problems and nursing needs Using Gordon's 11 health model framework. Plan and define nursing diagnoses to lead to nursing outcomes.

Results: Both case studies presented with symptoms of spinal cord injury. Case 1 was a 66-year-old man, an elderly person who was not working. The caregiver is the wife. Has a history of smoking and drinking on occasion The remaining problem is The lower body is paralyzed unable to move legs but the left and right arms can move. The bowel movement was controlled. The second case study was a 59-year-old man. His caretaker was his daughter. The remaining problem is Having problems with lower extremity paralysis Unable to control bowel movements The urinary catheter is left in place. The main goal is to support the patient's comfort. There is no treatment that can return damaged spinal cord to its original state.

Keywords: nursing, power to develop one's potential, spinal cord injury

บทนำ

การบาดเจ็บกระดูกสันไขหลังขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงที่กระทำต่อกระดูกสันหลัง สาเหตุได้หลายอย่าง เช่น อุบัติเหตุตามท้องถนน การตกจากที่สูง อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา การถูกยิงหรือถูกฟันหรือแทงด้วยอาวุธที่กระดูกสันหลัง เป็นต้น ส่วนใหญ่สาเหตุหลักเกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน รองลงมาคือจากที่สูงและพบว่า มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บของกระดูไขสันหลังและรากประสาทที่ระดับ C3-7 ได้ถึงร้อยละ70 อาจกล่าวได้ว่า อุบัติเหตุท้องถนนเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บไขสันหลัง การที่มีแรงมากระทำต่อกระดูกสันหลังอย่างรุนแรงอาจทำให้กระดูกสันหลังแตกหรือหัก (Fracture) หรือมีการเคลื่อนออกจากกัน (Dislocation) ไขสันหลังที่บาดเจ็บอาจเป็นผลจากแรง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

โดยตรงหรือเกิดจากกระดูกสันหลังที่แตกหักหรือเคลื่อนมากดเบียดไขสันหลัง หรือกดเบียดหลอดเลือดที่มาเลี้ยงไขสันหลัง ขนาดและทิศทางของแรงที่มากระทำ จะมีผลต่อชนิดและความรุนแรงของการบาดเจ็บ การเปลี่ยนแปลงในไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บคือเลือดออกเริ่มจากเนื้อเทา (Gray matter) แผ่กระจายไปยังเนื้อขาว (White matter) เลือดไปเลี้ยงไขสันหลังบริเวณนั้นน้อยลงทำให้เกิดสภาวะขาดเลือดและขาดออกซิเจน มีการบวมการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ การเลื่อมสลาย นอกจากไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บแล้วเนื้อเยื่อที่อยู่บริเวณข้างเคียงก็ได้รับบาดเจ็บเช่นกัน เช่น มีเลือดออกในน้ำไขสันหลัง การฉีกขาดของเยื่อหุ้มไขสันหลัง การกดหลอดเลือดและรากประสาท ซึ่งระยะเวลาของการเกิดขั้นตอนเหล่านี้เกิดขึ้นภายใน 4 ชั่วโมง หรืออาจกินเวลานาน 3-6 วันหลังได้รับบาดเจ็บ การรักษาในปัจจุบัน ไม่มีการรักษาที่จะทำให้ไขสันหลังที่ถูกทำลายไปแล้วกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ แผนการรักษาส่วนใหญ่จึงมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการแทรกซ้อนต่าง ๆที่อาจจะเกิดขึ้น และป้องกันมิให้มีการทำลายของไขสันหลังเพิ่มขึ้น การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังมีความลำบากมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังระดับคอ ทำให้ผู้ป่วยมีความเป็นอยู่อย่างยากลำบากและทุกข์ทรมาน ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง ซึ่งผลที่ตามมาคือการสูญเสียการทำหน้าที่ของไขสันหลังทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางแขนขา และหน้าที่อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีผลกระทบคือ ผู้ป่วยขาดความสามารถในการรับประทานอาหารหรือการกลืน การทำความสะอาดร่างกาย การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนไหว รวมไปถึงการรับประทานอาหาร การควบคุมการขับถ่าย รวมทั้งปัญหาจิตสังตมด้วย ที่สำคัญผู้ป่วยต้องพึงพาคนอื่นในทุก ๆด้าน

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากไขสันหลังถูกกดทับ จึงเป็นการช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งการจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยการฝึกการให้คำแนะนำตลอดจนพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้หรือไม่สามารถช่วยตัวเองได้แต่พึ่งพาน้อยลง โดยทีมพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ให้การดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของเจ็บป่วยตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายจากคลินิก สิ่งสำคัญต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการโรค อาการ การรักษา สามารถประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหา การวางแผนและให้การดูแลรักษาพยาบาล มีความสามารถในการแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง ห้องตรวจกระดูกและข้อโรงพยาบาลขอนแก่น กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี(Case study) คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้ให้การดูแล 2 ราย เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีโดยเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงในผู้ป่วยที่รักษา ห้องตรวจกระดูกและข้อโรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน การซักประวัติผู้ป่วยและครอบครัว ตรวจร่างกายผู้ป่วย ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง และทบทวนข้อมูลจากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้

กรณีศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การประเมินผลตามแบบ

แผนสุขภาพ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่ 1ข้อมูลทั่วไป อาการ อาการแสดง ประวัติสุขภาพ กรณีศึกษา 2 ราย

กลุ่มข้อมูล	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**
1. เพศ	ชาย/สถานภาพ คู่	ชาย/สถานภาพ คู่
2. อายุ	66ปี	59 ปี
3. การตรวจตามนัด	6 ครั้ง	9 ครั้ง
4.ความเสี่ยง	เป็นผู้สูงอายุ มีประวัติการสูบบุหรี่ และดื่มเหล้าตามโอกาส	มีประวัติการสูบบุหรี่ และดื่มเหล้าตามโอกาส
5. อาการสำคัญ	เรื่องอุบัติเหตุขับรถมอเตอร์ไซด์ และได้รับบาดเจ็บกระดูกสันลัง	รถมอเตอร์ไซด์พ่วงข้างล้มได้รับบาดเจ็บกระดูกสันลัง
6. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ร่างกายท่อนล่างเป็นอัมพาต ไม่สามารถขยับขาได้ แต่แขนซ้ายขวาขยับได้ ควบคุมการขับถ่ายได้ มหาสารคาม ส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่น	ปัญหาความเจ็บป่วยที่เหลืออยู่คือ มีปัญหาอัมพาตท่อนล่าง ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้
7. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี	ไม่มี
8.ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธ	มีญาติเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน
9. ประวัติแพ้ยา/อาหาร	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลพื้นฐานทั่วไป แสดงให้เห็นว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เพศชายอายุ ความเสี่ยงใกล้เคียงกันอาการสำคัญอุบัติเหตุขับรถมอเตอร์ไซด์และได้รับบาดเจ็บกระดูกสันลัง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน กรณีศึกษาที่ 1 ร่างกายท่อนล่างเป็นอัมพาต ไม่สามารถขยับขาได้ แต่แขนซ้ายขวาขยับได้ ควบคุมการขับถ่ายได้ มหาสารคาม ส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่น กรณีศึกษาที่ 2ปัญหาความเจ็บป่วยที่เหลืออยู่คือ มีปัญหาอัมพาตท่อนล่าง ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ระยะเวลาการดูแลรักษาก็นานตามมาด้วย ระยะที่ศึกษาคือ ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ.2566 ข้อมูลพบว่าทั้งจากข้อมูลดังกล่าวนำมาเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษาได้ดังตารางที่ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วยเปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วย 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน	**ผู้ป่วยรายที่ 1**	**ผู้ป่วยรายที่ 2**
แบบแผนสุขภาพที่ 1 : การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	พบปัญหา	พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 2 : โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	พบปัญหา	พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 3 : การขับถ่ายของเสีย	พบปัญหา	พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 4 :การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	พบปัญหา	พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 5 : การพักผ่อนและการนอนหลับ	พบปัญหา	พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 6 : การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 7 :การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	พบปัญหา	พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 8 :บทบาทและความสัมพันธภาพในครอบครัว	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วยเปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วย 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
แบบแผนสุขภาพที่ 9 : เพศและการเจริญพันธุ์	พบปัญหา	พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 10 :การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	พบปัญหา	พบปัญหา
แบบแผนสุขภาพที่ 11 :คุณค่าและความเชื่อ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแบบแผนสุขภาพเปลี่ยนแปลงและมีปัญหาเกิดขึ้น พบจำนวน 8 แบบแผน โดยแบบแผนที่ไม่พบปัญหามี 3 แบบแผนได้แก่ แบบแผนสุขภาพที่ 6:การรับรู้และความน่าเชื่อถือแบบแผนสุขภาพที่ 8 บทบาทและความสัมพันธภาพในครอบครัว แบบแผนสุขภาพที่ 11 : คุณค่าและความเชื่อ จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย นำมาวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและสุขสบาย ได้รับการเสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจร่วมมือให้การรักษาตามแผนการรักษา สามารถเขียนตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มเพื่อสังเคราะห์บทเรียนนำไปสู่การหาแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความต้องการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม

ความต้องการดูแลตนเอง	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การดูแลตนเองคงไว้ซึ่งการได้รับอากาศที่เพียงพอ	ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการขับเสมหะ ไอเป็นพักๆ ผู้ป่วยใช้วิธีการขับเสมหะออกด้วยการให้ญาติช่วยดูดด้วยลูกสูบยาง แดง ตบหน้าอกเบาๆมีการดูแลทางเดินหายใจโดยการบริหารการหายใจอย่างสม่ำเสมอ ด้วยวิธีหายใจเข้าออกลึกๆ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการฝึกจากพยาบาลโดยการฝึกไอการขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ	ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการขับเสมหะ ไอเป็นพักๆ ไม่มีปัญหาการขับเสมหะออก ซึ่งผู้ป่วยได้รับการฝึกจากพยาบาลโดยการฝึกไอการขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหายใจเข้าออกลึกๆ
2. การดูแลตนเองคงไว้ซึ่งการได้รับอาหารอย่างเพียงพอ	ผู้ป่วยรับประทานอาหารพื้นบ้านได้ ซึ่งการรับประทานอาหารส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวป้อน และมีการฝึกเคี้ยวและกลืนได้อย่างปลอดภัย	ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้ ส่วนใหญ่กินข้าวต้มอ่อนๆ ซึ่งการรับประทานอาหารส่วนใหญ่เป็นภรรยาเป็นคนป้อน และมีการฝึกเคี้ยวและกลืนได้อย่างปลอดภัย
3. **การดูแลตนเองคงไว้ซึ่ง** การได้รับน้ำอย่างเพียงพอ	การดื่มน้ำของผู้ป่วย ผู้ป่วยรายนนี้ดื่มน้ำมาก เนื่องจากได้รับคำแนะนำ และการเตรียมความพร้อมในการดื่มน้ำได้ 2000-2500 มิลลิตรต่อวัน	การดื่มน้ำของผู้ป่วย ผู้ป่วยรายนี้ดื่มน้ำตามความต้องการของร่างกาย บางวันดื่มเยอะมากและบางวันดื่มน้อย แต่คนไข้เข้าใจ เรื่องการขับถ่ายปัสสาวะจำเป็นต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยใส่สายสวนทางเดินปัสสาวะไว้
4. **การดูแลตนเองคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบาย**	ผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือ บางวันต้องช่วยเหลือโดยการสวนถ่าย หรือล้วงอุจจาระประจำซึ่งผู้ป่วยได้รับการฝึกการขับถ่ายประจำ การขับถ่ายปัสสาวะ ขับถ่ายออกได้เอง	ผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือ เมื่อท้องผูก ต้องช่วยสวนถ่าย หรือล้วงอุจจาระประจำ การขับถ่ายปัสสาวะไม่สามรถควบคุมการขับถ่ายได้ ต้องใส่สายสวนคาไว้และมีการทำความสะอาดเป็นเวลา

ตาราง 3 เปรียบเทียบความต้องการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม

ความต้องการดูแลตนเอง	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. การดูแลตนเองคงไว้ซึ่งความสมดุลของการมีกิจกรรม การออกกำลังกาย และการพักผ่อน	เนื่องจากผู้ป่วยมีการจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ การออกกำลังกายเป็นญาติคอยช่วยเหลือออกกำลังกล้ามเนื้อ	เนื่องจากผู้ป่วยมีการจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ การออกกำลังกาย 1-3 ต่อวันเป็นการเคลื่อนไหวช้าๆ ญาติคอยช่วยเหลือออกกำลังกล้ามเนื้อ
6. การอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	เนื่องจากผู้ป่วยมีการจำกัดการเคลื่อนไหวจึงเป็นอุปสรรคในการติดต่อสังสรรค์กับผู้อื่น โดยส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้องและอดีตเพื่อนร่วมงานมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว	เนื่องจากผู้ป่วยมีการจำกัดการเคลื่อนไหวจึงเป็นอุปสรรคในการติดต่อสังสรรค์กับผู้อื่น โดยส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านมาเยี่ยม
7. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายต่าง ๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ	ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ แต่มีรอยแผลเป็นบริเวณก้นกบ	ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ แต่มีรอยแผลเป็นบริเวณก้นกบ มีรอยแผลที่ข้อศอกจากการนอนนาน
8. การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด	ผู้ป่วยจากเป็นคนที่ช่วยเหลือตัวเองได้ทุกอย่าง กลายมาเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น อาจจะมีซึม เงียบ ท้อแท้บ้าง แต่สามารถปรับตัวได้	ผู้ป่วยจากเป็นคนที่ช่วยเหลือตัวเองได้ทุกอย่าง กลายมาเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น มีซึมบ้างเมื่อตอนอยู่ที่บ้าน

อภิปรายผล

จากการเปรียบเทียบความต้องการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม[3] กรณีศึกษา 2 ราย พบว่า มีปัญหาคล้ายๆกัน ซึ่งการดูแลเป้าหมายของการดูแลคือการช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะในการประเมินปัญหาและสามารถวิเคราะห์ได้ รวมถึงวางแผนให้การพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข นอกจากนี้แหล่งสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับผู้ป่วยต้องส่งเสริมให้ครอบครัว และคนใกล้ชิดของผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและให้กำลังใจ อยู่ร่วมสังคม รวมถึงการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี[6]

เอกสารอ้างอิง

1. ไชยพร ยุกเซ็น. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั้งตัวเหมือนท่อนไม้กลิ้งและการใส่แผ่นกระดานรองหลังชนิดยาว (Log roll and long spinal board). ใน: ไชยพร ยุกเซ็น, ธาริณี ไตรณรงค์สกุล, ยุวเรศมคฐ์ สิทธิชาญบัญชา, บรรณาธิการ. Emergency care: The pocket guide book. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ปัญจมิตร การพิมพ์; 2559. หน้า 485-9.

2..งานข้อมูลสถิติและสถิติ สารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น. (2566). สถิติผู้ป่วยนอก. -:

3.พวงทอง กล่อมใจเย็น, วารีรัตน์ วานิชกร, ธนิตา แสงแปลง. คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังและประสาทไขสันหลังส่วนต้นคอที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องดึงกะโหลกศีรษะ(Skulltraction) บน Wedge turning Frame. กรุ งเทพฯ:งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.

4. เรวดี ศิรินคร และคณะ. Case management หนังสือประกอบการประชุมระดับชาติ การประชุม 2 National forum on Hospital Accreditation; 23-25 กุมภาพันธ์ 2543; โรงแรมอิมพีเรียลควีนสปาร์ค. กรุงเทพมหานคร; 2542.

5. วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์. (2011). กระดูกหักและข้อเคลื่อนที่กระดูกสันหลัง (Fracture and Dislocation of the Spine). ใน: วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์, ภัทรวัณย์ วรธนารัตน์, ชูศักดิ์ กิจคุณาเสถียร,. บรรณาธิการ. ออร์โธปิดิกส์ ฉบับเรียบเรียงใหม่ครั้งที่ 3. กรุงเทพ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง
6. ศุภาพร รัตนสิริ. การพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง [อินเตอร์เน็ต]. ม .ป .ป.[สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2566
7. Bakhshi, F., Shojaeizadeh, D., Sadeghi, R., Taghdisi, M. H., & Nedjat, S. (2017). The relationship between individual empowerment and health-promoting lifestyle among women NGOs in Northern Iran. Electronic Physician, 9(2), 3690-3698. doi: 10.19082/3690
8. Bickenbach, J., Alana Shakespeare, T., von Groote, P., World Health Orgaization, &InternationalSpinal Cord Society. (2013). International perspectives on spinal cord injury. Malta: World Health Organization.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing care for the patient CA bladder on underwent radical cystectomy with neobladder: A comparative 2 case study

(Received: December 15,2023 ; Revised: December 23,2023 ; Accepted: December 26,2023)

ปุญญิศา หล้าคำภา[1]
Punyisa Larkampa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ โดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจงจำนวน 2ราย ที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ ในโรงพยาบาลขอนแก่นระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย 2 ราย ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เชิงกรานสองข้างและตัดไส้ติ่ง ผู้ป่วยรายที่ 1 ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด 7 ชั่วโมง 16 นาที สูญเสียเลือดตลอดระยะเวลาการผ่าตัดจนเสร็จสิ้นจำนวน 2,000 มิลลิลิตร ระยะเวลานอนรักษาที่โรงพยาบาล 60 วัน เนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อ COVID 19 ผล PCR detected วันที่ 12 พฤษภาคม 2565 ได้รับการรักษาพยาบาลจนพ้นภาวะวิกฤติและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้วันที่ 8 กรกฎาคม 2565 ผู้ป่วยรายที่ 2 ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด 8 ชั่วโมง 50 นาทีสูญเสียเลือดตลอดระยะเวลาการผ่าตัดจนเสร็จสิ้นจำนวน 2,560 มิลลิลิตร ได้รับการรักษาพยาบาลจนพ้นภาวะวิกฤติและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ 25 เมษายน 2566 จากกรณีศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและสมรรถนะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: กระเพาะปัสสาวะ, มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ, การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่, การพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to study how to manage patient who undergo radical cystectomy with neobladder in CA bladder. Studying case of patients who undergo radical cystectomy with neobladder by selecting sample by specific 2 cases

Result: The result from these 2 cases study undergo radical cystectomy with neobladder with appendectomy. The first case uses surgery time 7 hours 16 minutes. Loss of blood throughout the surgery period until the completion of 2,000 ml. Hospital duration of 60 days. Because of COVID 19 patients infected with PCR detected results on May 12, 2022. All of them had received good caring through the crisis and complications. Then all of patient can be discharge and go back home on July 8, 2022. The second case uses surgery time 8 hours 50 minutes. Loss of blood throughout the surgery period until the completion of 2,650 ml. Hospital duration of 30 days. All of them had received good caring through the crisis and complications. Then all of patient can be discharge and go back home on April 25, 2023. From these case study shown that nurse who taking care of these patients need to have specific knowledge and competency to providing care of radical cystectomy with neobladder patient.

Keyword: Bladder, CA bladder, Radical cystectomy with neobladder, Nursing.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้บ่อยเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งที่พบในเพศชายทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 11 ของมะเร็งที่พบบ่อยในทั้งสองเพศ the world wide age-standardized incidence rate (ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) เท่ากับ 9.0 สำหรับเพศชาย และ 2.2 สำหรับเพศหญิง มะเร็งกระเพาะปัสสาวะในประเทศไทยพบได้ agestandardized incidence rate (ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) เท่ากับ 3.98 สำหรับเพศชาย และ 1.02 สำหรับเพศหญิง ร้อยละ 90 ของเนื้องอกเยื่อบุทางเดินปัสสาวะ (urothelial tumor) มาจากกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 8 มาจากกรวยไต (renal pelvis) ร้อยละ 2 มาจากท่อไต (ureter) และท่อปัสสาวะ (urethra)[2] อยู่ในช่วงอายุ 50-70 ปี ซึ่งร้อยละ 90 เป็น transitional cell carcinoma[2,3,4] และประมาณร้อยละ 75-80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจัดอยู่ในกลุ่มของเนื้องอกของเซลล์เยื่อบุผิว (superficial carcinoma) ส่วนใหญ่เกิดจากเยื่อบุภายในกระเพาะปัสสาวะ มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติจนกลายเป็นก้อนเนื้องอกขึ้นมา และก้อนเนื้องอกจะเจริญ เติบโตขึ้นเรื่อย ๆจนอาจโตเต็มกระเพาะปัสสาวะ และแผ่ขยายลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงและต่อมน้ำเหลืองหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง[5,6] โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด รวมทั้งเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงออก และภายหลังการตัดกระเพาะปัสสาวะออกแล้วจะต้องทำทางให้ปัสสาวะออกใหม่ (urinary diversion) ซึ่งมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่ดีที่สุดสำหรับใช้กับผู้ป่วยทุกราย ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย รวมทั้งประสบการณ์และความถนัดของศัลยแพทย์ด้วย[7,8] การผ่าตัด radical cystectomy with neoblad-der เป็นการผ่าตัดเพื่อนำกระเพาะปัสสาวะที่เป็นมะเร็งออกและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากสามารถถ่ายปัสสาวะทางท่อปัสสาวะเช่นเดิม ไม่ต้องปิดถุงหน้าท้องเช่นในอดีต[9] และได้มีการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ (neobladder) ดีกว่า อย่างไรก็ตามการผ่าตัดสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ (neobladder) เป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้ระยะเวลาการผ่าตัดนานกว่า มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้สูงกว่า ดังนั้นความรู้ความเข้าใจในกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา รวมถึงวิวัฒนาการด้านการผ่าตัด ความเชี่ยวชาญของศัลยแพทย์ สมรรถนะและความเชี่ยวชาญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าในอดีต[10,11]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เชิงกรานสองข้างและตัดไส้ติ่ง กรณีศึกษา 2 ราย

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เชิงกรานสองข้างและตัดไส้ติ่ง จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้าง กระเพาะปัสสาวะใหม่ ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เชิงกรานสองข้างและตัดไส้ติ่ง

1.1 ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.2 เลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้าง
กระเพาะปัสสาวะใหม่ ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เชิงกรานสองข้างและตัดไส้ติ่ง จำนวน 2 ราย จากทะเบียนการรับบริการของห้องผ่าตัดศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ

1.3 ศึกษาและปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ปรับเปลี่ยนกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

1.4 สรุปผลตรวจสอบความถูกต้องจัดทำเป็นเอกสารเผยแพร่

ผลการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เชิงกรานสองข้างและตัดไส้ติ่ง โดยใช้กระบวนการพยาบาล เสนอผลการศึกษา ดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

1. การประเมินภาวะสุขภาพ ผลการประเมินภาวะสุขภาพ : เปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 พบว่าการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีระยะเวลารักษาตัวที่โรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดนานกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 เนื่องจากการติดเชื้อ COVID 19 และมีอาการแสดงออกของโรคที่รุนแรงกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดมากกว่า

2. การวินิจฉัยการพยาบาลห้องผ่าตัด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด	1 .มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2. มีภาวะ hypoglycemia 3. มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ 4. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ 5. มีภาวะติดเชื้อCOVID 19 6. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่[6] 7. เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง 8. เสี่ยงต่อภาวะ การผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิด operation	1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่[6] 2. เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง 3. เสี่ยงต่อภาวะ การผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิด operation

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะขณะผ่าตัด	1. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนระหว่างการผ่าตัดและดมยาสลบเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 2. เสี่ยงต่อการแพ้น้ำยาฆ่าเชื้อ และการบาดเจ็บจากเครื่องจี้ไฟฟ้าขณะผ่าตัด 3. เสี่ยงต่อการมีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำ 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด 6. อาจเกิดภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 7. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการจัดท่าขณะผ่าตัด 8. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด 9. มีโอกาสเกิดการเก็บสิ่งส่งตรวจส่งทางห้องปฏิบัติการไม่ถูกต้อง	1. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนระหว่างการผ่าตัดและดมยาสลบเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 2. เสี่ยงต่อการแพ้น้ำยาฆ่าเชื้อ และการบาดเจ็บจากเครื่องจี้ไฟฟ้าขณะผ่าตัด 3. เสี่ยงต่อการมีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำ 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด 6. อาจเกิดภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 7. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการจัดท่าขณะผ่าตัด 8. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด 9. มีโอกาสเกิดการเก็บสิ่งส่งตรวจส่งทางห้องปฏิบัติการไม่ถูกต้อง
ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	1.เสี่ยงต่ออันตรายจากทางเดินหายใจอุดกั้น 2. มีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด 3. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด[7] 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 5. มีโอกาสเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ 6. มีโอกาสเกิดภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัย 7. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการแน่นอึดอัดในท้อง 8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการไร้สมรรถภาพทางเพศ 9. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะในเรื่องการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน	1.เสี่ยงต่ออันตรายจากทางเดินหายใจอุดกั้น 2. มีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด 3. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด[7] 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 5. มีโอกาสเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ 6. มีโอกาสเกิดภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัย 7. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการแน่นอึดอัดในท้อง 8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการไร้สมรรถภาพทางเพศ 9. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะในเรื่องการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน

วิเคราะห์ จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า ในระยะก่อนการการผ่าตัดผู้ป่วยรายที่ 1 จะได้รับการวางแผนการแก้ปัญหามากกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 เนื่องจากมีอาการแสดงของโรคที่รุนแรงกว่า ในระยะก่อนผ่าตัดการพยาบาลที่คล้ายคลึงกันสามารถนำมาวางแผนร่วมกัน ส่วนในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีการวางแผนในการให้การพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แตกต่างกันเล็กน้อยซึ่งขึ้นอยู่กับภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย ในระยะผ่าตัดมีการให้การพยาบาลที่คล้ายกันตามมาตรฐานการให้การพยาบาลห้องผ่าตัด เนื่องจากเป็นโรคชนิดเดียวกัน มีการให้การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดแบบเดียวกัน แต่ผลลัพธ์การผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย

3.การพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลร่วมกันได้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ตารางที่ 3 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ระยะที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด[12] 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งมีการแนะนำตนเอง และบุคลากรในทีมผ่าตัด อธิบายข้อสงสัยและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย 2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด บุคลากรที่ทำงานในห้องผ่าตัด ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด วิธีได้ยาระงับความรู้สึก 3. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล และไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็น 4. ระบุตัวผู้ป่วย ด้วยการสอบถามชื่อ-นามสกุลให้ตรงกับป้ายข้อมือ แฟ้มประวัติ วันเดือนปีเกิด ตารางการผ่าตัดประจำวัน และชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา 5. ตรวจสอบหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการ และการระงับความรู้สึก (consent form) ให้ตรงกับชนิดของการผ่าตัด 6. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน หรืออย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนเวลาผ่าตัด เพื่อป้องกันการ 7. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการสวนอุจจาระ เพื่อป้องกันมิให้อุจจาระไหลออกมาในขณะทำผ่าตัด และในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเพศชาย การทำผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะ อาจมีการตัดต่อมลูกหมากออกด้วย ซึ่งด้านหลังของต่อมลูกหมากจะอยู่ติดกับลำไส้ใหญ่ส่วน rectum อาจจะเกิดรูทะลุขึ้นได้[13] 8. สอบถามประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี โดย เฉพาะยาปฏิชีวนะ 9. สอบถามประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัดในอดีต การสูบบุหรี่ และโรคประจำตัว 10. ตรวจสอบสิ่งต่างๆ ที่ติดมากับผู้ป่วย ได้แก่ ฟันปลอมชนิดถอดได้ เลนส์สัมผัส แว่นตา เครื่องช่วยฟัง พร้อมทั้งบันทึกและส่งคืนผู้ป่วยให้ครบถ้วน 11. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ ถ้าพบความผิดปกติต้องรายงานแพทย์ทันที เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ และความดันโลหิตสูง 12. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวถูกต้องทั้งก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	**ระยะที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด**[12] 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งมีการแนะนำตนเอง และบุคลากรในทีมผ่าตัด อธิบายข้อสงสัยและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย 2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด บุคลากรที่ทำงานในห้องผ่าตัด ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด วิธีได้ยาระงับความรู้สึก 3. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล และไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็น 4. ระบุตัวผู้ป่วย ด้วยการสอบถามชื่อ-นามสกุลให้ตรงกับป้ายข้อมือ แฟ้มประวัติ วันเดือนปีเกิด ตารางการผ่าตัดประจำวัน และชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา 5. ตรวจสอบหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการ และการระงับความรู้สึก (consent form) ให้ตรงกับชนิดของการผ่าตัด 6. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน หรืออย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนเวลาผ่าตัด เพื่อป้องกันการ 7. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการสวนอุจจาระ เพื่อป้องกันมิให้อุจจาระไหลออกมาในขณะทำผ่าตัด และในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเพศชาย การทำผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะ อาจมีการตัดต่อมลูกหมากออกด้วย ซึ่งด้านหลังของต่อมลูกหมากจะอยู่ติดกับลำไส้ใหญ่ส่วน rectum อาจจะเกิดรูทะลุขึ้นได้[13] 8. สอบถามประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี โดย เฉพาะยาปฏิชีวนะ 9. สอบถามประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัดในอดีต การสูบบุหรี่ และโรคประจำตัว 10. ตรวจสอบสิ่งต่างๆ ที่ติดมากับผู้ป่วย ได้แก่ ฟันปลอมชนิดถอดได้ เลนส์สัมผัส แว่นตา เครื่องช่วยฟัง พร้อมทั้งบันทึกและส่งคืนผู้ป่วยให้ครบถ้วน 11. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ ถ้าพบความผิดปกติต้องรายงานแพทย์ทันที เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ และความดันโลหิตสูง 12. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวถูกต้องทั้งก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
ระยะที่ 2 ระยะขณะผ่าตัด 1. ประเมิน safety surgical checklist เพื่อตรวจสอบและเตรียมพร้อมทำผ่าตัดอย่างปลอดภัย ประเมิน สัญญาณชีพและ O_2 sat ทุก 5 นาที ถ้า O_2 sat ≤ 95% รีบรายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อหาสาเหตุของการเกิดภาวะ hypoxia	**ระยะที่ 2 ระยะขณะผ่าตัด** 1. ประเมิน safety surgical checklist เพื่อตรวจสอบและเตรียมพร้อมทำผ่าตัดอย่างปลอดภัย ประเมิน สัญญาณชีพและ O_2 sat ทุก 5 นาที ถ้า O_2 sat ≤ 95% รีบรายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อหาสาเหตุของการเกิดภาวะ hypoxia

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
2. ยึดข้อต่อต่างๆของอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด และดูดเสมหะเพื่อให้เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง 3. ตรวจนับจำนวนเครื่องมือ วัสดุของมีคม และผ้าซับโลหิต ก่อนใช้และก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด หรือทุกครั้งที่มีการเพิ่มเติมให้ในระหว่างการผ่าตัด อย่างน้อย 2 ครั้ง พร้อมทั้งบันทึก 4. ตรวจสอบ chemical indicator ที่แสดงสถานะ ปลอดเชื้อทั้งภายนอกและภายใน ห่อเครื่องมือ เครื่องผ้า ที่ใช้ในการผ่าตัด 5. ตรวจสอบน้ำยาทำลายเชื้อและสารน้ำต่างๆให้พร้อม ใช้งาน 6. ตรวจสอบความเรียบร้อยของผู้ป่วย ตามบริเวณผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก 7. เตรียมอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้พร้อม ได้แก่ แผ่นรองสำหรับช่วยเคลื่อนย้าย (pad slide) ถังออกซิเจนที่มีปริมาณออกซิเจนเต็มถังและ Ambu bag และเปลนอน 8. เก็บสิ่งส่งตรวจให้ถูกวิธี และบอกรายละเอียด ได้แก่ ชนิดและตำแหน่งของสิ่งส่งตรวจ	2. ยึดข้อต่อต่างๆของอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด และดูดเสมหะเพื่อให้เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง 3. ตรวจนับจำนวนเครื่องมือ วัสดุของมีคม และผ้าซับโลหิต ก่อนใช้และก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด หรือทุกครั้งที่มีการเพิ่มเติมให้ในระหว่างการผ่าตัด อย่างน้อย 2 ครั้ง พร้อมทั้งบันทึก 4. ตรวจสอบ chemical indicator ที่แสดงสถานะ ปลอดเชื้อทั้งภายนอกและภายใน ห่อเครื่องมือ เครื่องผ้า ที่ใช้ในการผ่าตัด 5. ตรวจสอบน้ำยาทำลายเชื้อและสารน้ำต่างๆให้พร้อม ใช้งาน 6. ตรวจสอบความเรียบร้อยของผู้ป่วย ตามบริเวณผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก 7. เตรียมอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้พร้อม ได้แก่ แผ่นรองสำหรับช่วยเคลื่อนย้าย (pad slide) ถังออกซิเจนที่มีปริมาณออกซิเจนเต็มถังและ Ambu bag และเปลนอน 8. เก็บสิ่งส่งตรวจให้ถูกวิธี และบอกรายละเอียด ได้แก่ ชนิดและตำแหน่งของสิ่งส่งตรวจ
ระยะที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด 1. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดทุก 5 นาทีสังเกตอัตราและลักษณะของการหายใจ เพื่อประเมินภาวะของการอุดกั้นทางเดินหายใจ 2. สังเกตสีของผิวหนังและเยื่อบุต่างๆ จดบันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เพื่อประเมินภาวะของการพร่องออกซิเจนในผู้ป่วย 3. ประเมินแผลผ่าตัด ด้วยการสังเกตจากผ้าปิดแผล ดูแลท่อระบายจากช่องท้อง และสายสวนปัสสาวะที่ใส่ไว้ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ท่อระบายทำงานได้ดี ไม่มีสิ่งอุดตัน 4. ช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวด เพื่อผู้ป่วยได้รับความสุขสบายหลังการผ่าตัด โดยการจัดท่านอนในท่าที่สบาย ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและเบามือ และแนะนำวิธีการไอที่ไม่ทำให้ปวดแผลขณะไอ[14] 5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่แกะและเกาแผลผ่าตัด สังเกตสี และลักษณะของ discharge ที่ซึมออกมาจากแผล 6. จัดท่านอน เมื่อมีอาการแน่นท้องให้นอนในท่าศีรษะสูง 45-60 องศา จะช่วยให้สุขสบายขึ้น กระตุ้นและช่วยเหลือให้เคลื่อนไหวร่างกาย 7. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การดื่มน้ำมากๆ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การฝึกขับถ่าย ปัสสาวะ การสังเกตสีของปัสสาวะ การทำงานหรือออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค และอาการผิดปกติที่ต้องรับมาพบแพทย์	**ระยะที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด** 1. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดทุก 5 นาทีสังเกตอัตราและลักษณะของการหายใจ เพื่อประเมินภาวะของการอุดกั้นทางเดินหายใจ 2. สังเกตสีของผิวหนังและเยื่อบุต่างๆ จดบันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เพื่อประเมินภาวะของการพร่องออกซิเจนในผู้ป่วย 3. ประเมินแผลผ่าตัด ด้วยการสังเกตจากผ้าปิดแผล ดูแลท่อระบายจากช่องท้อง และสายสวนปัสสาวะที่ใส่ไว้ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ท่อระบายทำงานได้ดี ไม่มีสิ่งอุดตัน 4. ช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวด เพื่อผู้ป่วยได้รับความสุขสบายหลังการผ่าตัด โดยการจัดท่านอนในท่าที่สบาย ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและเบามือ และแนะนำวิธีการไอที่ไม่ทำให้ปวดแผลขณะไอ[14] 5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่แกะและเกาแผลผ่าตัด สังเกตสี และลักษณะของ discharge ที่ซึมออกมาจากแผล 6. จัดท่านอน เมื่อมีอาการแน่นท้องให้นอนในท่าศีรษะสูง 45-60 องศา จะช่วยให้สุขสบายขึ้น กระตุ้นและช่วยเหลือให้เคลื่อนไหวร่างกาย 7. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การดื่มน้ำมากๆ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การฝึกขับถ่าย ปัสสาวะ การสังเกตสีของปัสสาวะ การทำงานหรือออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค และอาการผิดปกติที่ต้องรับมาพบแพทย์

วิเคราะห์ จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ป่วยด้วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เชิงกรานสองข้างและตัดไส้ติ่ง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลตามกระบวนการทางการพยาบาลทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด จนพ้นภาวะวิกฤติและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ทั้ง 2 ราย ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลได้ใช้ความรู้ ทักษะ และสมรรถนะเฉพาะทางอย่างสูงในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ให้มีคุณภาพและเกิดความปลอดภัย

4. ผลลัพธ์การพยาบาล

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางการรักษาและการผ่าตัด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดลดลง มีความพร้อมรับการผ่าตัด	**ระยะก่อนผ่าตัด** ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางการรักษาและการผ่าตัด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดลดลง มีความพร้อมรับการผ่าตัด
ระยะผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยจากการดมยาสลบ ใส่ท่อช่วยหายใจเพียงครั้งเดียว ขณะผ่าตัดความดันโลหิต = 147/90 มิลลิเมตรปรอทอัตราการเต้นของหัวใจ = 70 ครั้ง/นาที SpO_2 100% capillary refill time ปกติ สีผิวแดงดี ขณะผ่าตัดไม่พบการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่มีผื่นแพ้ขึ้นบริเวณผิวหนัง ไม่เกิดการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า ผู้ป่วยไม่มีชิ้นส่วนของเครื่องมือ วัสดุของมีคม และผ้าซับโลหิตตกค้างในแผลผ่าตัด ไม่มีการติดเชื้อขณะผ่าตัด	**ระยะผ่าตัด** ผู้ป่วย ปลอดภัยจากการดมยาสลบ ใส่ท่อช่วยหายใจเพียงครั้งเดียว ขณะผ่าตัดความดันโลหิต = 128/72 มิลลิเมตรปรอทอัตราการเต้นของหัวใจ = 68 ครั้ง/นาที $SpO_2$100% capillary refill time ปกติ สีผิวแดงดี ขณะผ่าตัดไม่พบการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่มีผื่นแพ้ขึ้นบริเวณผิวหนัง ไม่เกิดการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า ผู้ป่วยไม่มีชิ้นส่วนของเครื่องมือ วัสดุของมีคม และผ้าซับโลหิตตกค้างในแผลผ่าตัด ไม่มีการติดเชื้อขณะผ่าตัด
ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนเป็น NSS 1000 ซีซี ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ systolic 110-140 mmHg, diastolic 67-78 mmHg ชีพจรแรง และสม่ำเสมอ 60-100 ครั้งต่อนาที ปลายมือปลายเท้าอุ่น ค่า hematocrit 26 vol% urine ออก 20 ซีซี การผ่าตัดครั้งนี้สูญเสียเลือด 2000 ซีซีได้รับ PRC 5 unit ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการเสียเลือด ผู้ป่วยอยู่ในท่าทำการผ่าตัดที่ถูกต้อง ไม่ผิดข้าง ไม่ผิดตำแหน่งบริเวณปุ่มกระดูกไม่มีรอยแดง ขณะเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยและส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับพยาบาลห้องพักฟื้นได้ถูกต้อง ครบถ้วน ผู้ป่วยได้รับการเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างถูกวิธี มีความครบถ้วน และส่งสถานที่ตรวจอย่างถูกต้อง	**ระยะหลังผ่าตัด** ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนเป็น Acetar 1000 ซีซี, NSS 1000 ซีซี ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ systolic 90-130 mmHg, diastolic 60-90 mmHg ชีพจรแรงและสม่ำเสมอ 60-80 ครั้งต่อนาที ปลายมือปลายเท้าอุ่น ค่า hematocrit 26 vol% urine ออก 330 ซีซี การผ่าตัดครั้งนี้สูญเสียเลือด 2,560 ซีซี ได้รับ PRC 5 unit FFP 2 unit ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการเสียเลือด ผู้ป่วยอยู่ในท่าทำการผ่าตัดที่ถูกต้อง ไม่ผิดข้าง ไม่ผิดตำแหน่งบริเวณปุ่มกระดูกไม่มีรอยแดง ขณะเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยและส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับพยาบาลห้องพักฟื้นได้ถูกต้อง ครบถ้วน ผู้ป่วยได้รับการเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างถูกวิธี มีความครบถ้วน และส่งสถานที่ตรวจอย่างถูกต้อง

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยมีทั้งความเหมือนและแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยได้รับการดูแลการพยาบาลทั้งระยะก่อน ขณะและหลังผ่าตัด รวมถึงการดูแลต่อเนื่องและระยะจำหน่าย ภายใต้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับบ้านได้

อภิปรายผล

จากการศึกษากรณีศึกษาพบว่ารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 56 ปี ทำผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะ ออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เชิงกรานสองข้างและตัดไส้ติ่ง ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด 7 ชั่วโมง 16 นาที ระยะเวลานอนรักษาที่โรงพยาบาล 60 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี ทำผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เชิงกรานสองข้างและตัดไส้ติ่ง ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด 8 ชั่วโมง 50 นาที[2] ระยะเวลานอนรักษาที่โรงพยาบาล 30 วัน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีระยะเวลานอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 1 มีการติดเชื้อ COVID 19 ทำให้ระยะเวลานอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลนานขึ้น ผู้ป่วยรายที่ 2 ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่ารายที่ 1 ซึ่งขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค อายุของผู้ป่วยที่มากกว่า มีความเสี่ยงมากกว่า แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการแก้ไขปัญหาและภาวะแทรกซ้อนจนปลอดภัย สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ เป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมีขั้นตอนและเทคนิคในการผ่าตัดที่มีความเฉพาะเจาะจง มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีการผ่าตัดหลายอวัยวะ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์และทีมผ่าตัดพยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องมีความรู้และมีสมรรถนะเฉพาะทางพิเศษในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลแบบองค์รวมมีทักษะและความชำนาญในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษ[11,12] บริหารจัดการบุคลากรและเครื่องมืออย่างมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาระบบและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อตลอดจนการวางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ

การนำไปใช้ประโยชน์และข้อจำกัด

นำไปพัฒนาความรู้ ทักษะ และเสริมสร้างศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

ทั้งนี้การศึกษาผู้ป่วยรายกรณีเพียง 2 ราย ศึกษาพบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะบุคคล และดูแลให้การพยาบาลเฉพาะบุคคลเท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงในภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ เป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน มีขั้นตอนที่เฉพาะเจาะจงใช้เทคโนโลยี อุปกรณ์ เครื่องมือที่ทันสมัย การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เครื่องมือ อุปกรณ์ เป็นสิ่งสำคัญมาก พยาบาลในทีมผ่าตัดต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตามมาตรฐานการพยาบาล รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Wachira Kochakarn. Perioperative complications Urinary Radical Cystectomy Bladder Cancer ราามาธิบดีเวชสาร. Vol.37 No.3 (2014): July-September.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรค มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ. บริษัทโฆษิตการพิมพ์ จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2563.
3. เจริญ ลีนานุพันธ์. มะเร็งในศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ. สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ(ประเทศไทย). ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2543.
4. Rafnsson V, Sulem P. Cancer incidence among marine angineers, a population- based study (Iceland). Cancer Cause Control. 2003.
5. รำแพน พรเทพเกษมสันต์. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของมนุษย์. บริษัทบูรพาสาส์น (1991) จำกัด: 2549.
6. เกล็ดแก้ว ด่านวิวัฒน์. มหกายวิภาคศาสตร์พื้นฐาน (ฉบับย่อ). บริษัทบุ๊คเน็ท จำกัด, 2547.
7. กันยา ออประเสริฐ. กลยุทธ์ในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 2543.
8. Blandy J, Fowler C. Urology. *2nd ed*. Victoria :Blackwell Science Ltd., 1996.
9. Greene FL, Page DL, Fleming ID, Fritz A, Balch CM, Haller DG et al: AJCC Cancer Staging Manual, 6th ed. New York: Springer-Verlag 2002.
10. พูนทรัพย์ โสภารัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะ. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
11. พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร. ระบบขับถ่ายปัสสาวะสำหรับพยาบาล. บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด, 2541.
12.เรณู อาจสาลี. การพยาบาลทางห้องผ่าตัด. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 2, 2540.
13. นิยา สออารีย์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด. สงขลา: แมกซ์มีเดีย วายทูเค เพลส. 2546.
14. สมพันธ์ หิญชิระนันท์ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยทางยูโรวิทยา. เอชเอนการพิมพ์, 2527.

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษา

Nursing care of patients after heart valve replacement surgery who received blood clot-dissolving drugs: case study.

(Received: December 15,2023 ; Revised: December 23,2023 ; Accepted: December 26,2023)

เพียรศรี บั้งทอง[1]
Phiansri Bangthong

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case study) เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ติดตามอาการต่อเนื่องที่คลินิกศัลยกรรมทรวงอก งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกตและสอบถามญาติผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด นำสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา: จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นหญิง กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 51 ปี อาการสำคัญที่โรงพยาบาล mitral stenosis มาติดตามอาการตามนัดหลังผ่าตัดกรณีศึกษาที่ 2 อายุ 53 ปี อาการสำคัญที่โรงพยาบาล mitral stenosis และ Tricuspid regurgitation มาติดตามอาการตามนัด การผ่าตัดทำให้การดำเนินชีวิตมีข้อจำกัดมากขึ้น มีความยากลำบากในการดูแลสุขภาพตนเอง ต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือดอย่างสม่ำเสมอตลอดชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย รวมทั้งจะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องส่งต่อข้อมูลและติดตามอาการในโรงพยาบาลเครือข่าย การมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยต้องเรียนรู้เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้และจัดการตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพที่ดีได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ, ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

Abstract

The purpose of this study was a case study to compare nursing care for patients after heart valve replacement surgery who received blood clotting drugs. Continue to monitor symptoms at Thoracic Surgery Clinic Outpatient work Khon Kaen Hospital The tools used to collect data include Patient medical record form Observing and asking relatives of patients Analyze data to assess problems and nursing needs. Using Gordon's 1 1 health model framework. Plan and determine nursing diagnosis for patients after heart valve replacement surgery who receive blood clot-dissolving drugs. Leads to nursing results.

Results: cases were female. Case study 1 was 51 years old and had significant symptoms at the hospital. Mitral valve stenosis (mitral stenosis) S/p MVR (metal) came for follow-up appointments. Case study 2 , age 5 3 years. Important symptoms at RHD hospital: mitral valve stenosis (mitral stenosis), tricuspid valve. Leak (Tricuspid regurgitation) S/p MVR (Metal) came to follow up on symptoms according to appointment. Surgery makes life more restrictive. Having difficulty taking care of your own health Blood thinners must be taken regularly throughout life. This group of patients is easily at risk of complications. Including the need to receive continuous care as an outpatient. Not too much of a burden on the family to keep patients safe and have good quality.

Keywords: nursing, heart valve replacement surgery, receiving blood clot-dissolving drugs

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชพนาญการ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

ปัจจุบันการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา โรคลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease)[2] เป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังยาวนาน โรคลิ้นหัวใจมีสาเหตุจากหลายประการ เช่นเป็นความผิดปกติแต่กำเนิด เป็นผลจากไข้รูห์มาติค ซิฟิลิส กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ(Infected endocarditis) หรือเกิดจากการเสื่อมสภาพ (Degenerative change) ความผิดปกติของลิ้นหัวใจมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นจะส่งผลให้ลิ้นไม่สามารถเปิดปิดได้เต็มที่[3] ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตจนอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ และความผิดปกติของลิ้นหัวใจยังมีผลทำให้เกิดการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจได้ง่าย ซึ่งการผ่าตัดลิ้นหัวใจเป็นวิธีการรักษาหนึ่งเพื่อแก้ไขความผิดปกติของลิ้นหัวใจ แพทย์จึงพิจารณาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ(Valve replacement surgery) คือการผ่าตัดเอาลิ้นหัวใจที่ผิดปกติออกแล้วใส่ลิ้นหัวใจเทียม (Prosthetic valve) เข้าไปแทนที่ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด[3]

จากสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการคลินิกศัลยกรรมทรวงอก กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี 2563 ,2564,2565 มีจำนวน 5,088 , 5323, 5927 โรงพยาบาลขอนแก่นให้บริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมาตั้งแต่ปี 2555 มีผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ปี 2563 ,2564,2565 จำนวน 116 ราย, 168 ราย และ 160 ราย ตามลำดับ[8] จากข้อมูลดังที่กล่าวมาพบว่ามีผู้ป่วยรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีจำนวนมากขึ้น ต้องได้รับการดูแลเฉพาะราย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายเช่น ภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน การติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม รวมทั้งจะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องส่งต่อข้อมูลและติดตามอาการในโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ สามารถติดตามอาการได้ครอบคลุม การมาพบแพทย์ตาม ผู้ป่วยต้องเรียนรู้เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดคลินิกศัลยกรรมทรวงอก กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี(Case study) คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้ให้การดูแล 2 ราย เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี โดยเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงในผู้ป่วยที่รักษาคลินิกศัลยกรรมทรวงอก กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนจากแฟ้มประวัติ การซักประวัติผู้ป่วยและครอบครัวตรวจร่างกายผู้ป่วย ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง และทบทวนข้อมูลจากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้

กรณีศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การประเมินผลตามแบบแผนสุขภาพ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่ 1ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สถานภาพ/อายุ	หญิงไทย อายุ 51 ปี	หญิงไทย อายุ 53 ปี
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาที่ 6	มัธยมศึกษาที่ 6
ส่วนสูง	160 ซ.ม.	150 ซ.ม.
ดัชนีมวลกาย(BMI)	17.19 kg/m^2	23.56 kg/m^2
สถานภาพสมรส	หม้าย	คู่
อาชีพ	ทำนา	ทำนา
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
สิทธิบัตร	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)
ที่อยู่ปัจจุบัน	47 ม.3 ต.พังทุย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น	100 ม.7 ต.วังม่วง อ.เปือยน้อย จ.ขอนแก่น

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลพื้นฐานทั่วไป (demographic questionnaire) เช่น อายุ เพศ การศึกษาอาชีพ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา พยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอายุใกล้เคียงกันคือ 51 ปี และ 53 ปี ระดับการศึกษาระดับเดียวกันคือ ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพทั้ง 2 ราย อาชีพทำนา นับถือศาสนาพุทธ ทั้ง 2 ราย ในส่วนของน้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกายพบว่า รายที่ 1 ส่วนสูง 160 เซ็นติเมตร น้ำหนัก 44 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย(BMI) 17.19 kg/m^2 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในส่วนรายที่ 2 ส่วนสูง 150 เซ็นติเมตร น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย(BMI) 23.56 kg/m^2 มีภาวะอ้วนระดับปานกลาง ระยะที่ศึกษาคือ ระหว่างเดือนเมษายน 2565-เมษายน 2566

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2 ราย

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล	ลิ้นไมทรัลตีบ ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มาติดตามอาการตามนัดหลังผ่าตัด	RHD ลิ้นไมทรัลตีบ ลิ้นไตรคัสปิดรั่ว ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มาติดตามอาการตามนัดหลังผ่าตัด
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	มีประวัติรักษา DM ,DLP ที่โรงพยาบาลน้ำพองด้วยการทานยา ต่อเนื่องตลอด, รักษา TB. Lymph node ที่โรงพยาบาลน้ำพอง รับยาครบเดือน พฤศจิกายน 2564 วันที่ 6 กันยายน 2564 รับ Refer จากโรงพยาบาล น้ำพอง ด้วย CHF ,Rt Pleural Effusion และรับไว้นอนรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลขอนแก่น รับการตรวจ Echocardiographic 9 กันยายน 2564 ผลการตรวจ RHD ,Severe MS ,Moderate MR,รับการตรวจ CAG. วันที่ 10 กันยายน 2564 ผลพบ non-significant stenosis วันที่ 14 มีนาคม 2565 นอนรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ได้รับการผ่าตัด Mitral valve	วันที่ 29 พฤศจิกายน 2564 รับ Refer จากโรงพยาบาล เปือยน้อย ด้วย อาการ เหนื่อยใจสั่นนอนราบไม่ได้ แพทย์วินิจฉัย AF และรับไว้นอนรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจโรงพยาบาลขอนแก่น รับการตรวจ Echocardiographic 4 มกราคม 2565 ผลการตรวจ RHD ,Severe MS ,Severe TR,รับการตรวจ CAG. วันที่ 4 มีนาคม 2565 ผล Myocardial birding with 50% วันที่ 25 พฤษภาคม 2565 นอนรักษารักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ได้รับการผ่าตัด Mitral valve Replacement วันที่ 27 พฤษภาคม 2565 จำหน่ายจากโรงพยาบาล วันที่ 11 มิถุนายน 2565 โดยแพทย์อนุญาต ยาที่ได้รับ

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2 ราย

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	Replacement วันที่ 16 มีนาคม 2565 จำหน่ายจากโรงพยาบาล วันที่ 23 มีนาคม 2565 โดยแพทย์อนุญาต ยาที่ได้รับ Lasix 45 mg ½ tab @ Bid pc, Lanoxin 0,25 mg ½ tab @ Bid pc, Warfarin 2 mg 1 tab @ pc,GPZ 5 mg @ 1 pc (ยาเดิม) วันที่ 7 เมษายน 2565 นัดติดตามอาการหลังผ่าตัดครั้งที่ 1อุณหภูมิ 36.องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต119/60 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 44 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS = 63 mg/dl, BUN=18 mg/dl ,Cr=1.8 mg/dl, Albumin=4.0 mg/dl ,Sodium =140 mmol/l , Potassium=3.72 mmol/l ,Chloride=99 mmol/l ,CO2 =27,4 mmol/l , CBC ,Prothombin Time = 16.5 sec.,INR=1.43	Warfarin 2 mg 1 tab @ pc, Lasix 45 mg ½ tab @ OD, Lanoxin 0,25 mg ½ tab @ OD,Simvastatin 20 mg 1 tab @ hs ,Colchicine 0.6 mg 1 tab @ OD วันที่ 16มิถุนายน 2565 นัดติดตามอาการหลังผ่าตัดครั้งที่ 1อุณหภูมิ 36.7องศาเซลเซียส ชีพจร 81 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต129/76 มิลลิเมตรปรอทน้ำหนัก 49 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตรแผลผ่าตัดแห้งยังไม่ตัดไหม มีอาการเหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอกเวลาไอ หายใจอิ่มดี นอนราบได้ไม่มีจุดจ้ำเลือดออกตามตัว ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน มีสามีคอยดูแลจัดยาให้รับประทาน ตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN=19 mg/dl ,Cr=1.18 mg/dl, Albumin=4.0 mg/dl ,Sodium =136 mmol/l , Potassium=3.23 mmol/l ,Chloride=100 mmol/l ,CO2 =22.4 mmol/l , CBC ,Prothrombin Time = 26sec.,INR=2.43
การเจ็บป่วยในอดีต	ประวัติรักษา DM ,DLP ที่โรงพยาบาลน้ำพองด้วยการทานยา ต่อเนื่องตลอด, รักษา TB. Lymph node ที่โรงพยาบาลน้ำพอง	ปฏิเสธ
ประวัติการแพ้ยา /สารต่างๆ	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา หรือสารอาหาร	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา หรือสารอาหาร
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ

จากตารางที่ 2 ข้อมูล พบว่าทั้ง จากข้อมูลดังกล่าวนำมาเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษาได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่าตนป่วยเป็นโรคผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้กระทบต่อชีวิตอย่างรุนแรง ทราบการเตรียมความพร้อมการปฏิบัติตัว รับรู้ว่าตนต้องกินยาแต่มีบางครั้ง กินยาไม่สม่ำเสมอตามเวลา	รับรู้ว่าตนป่วยเป็นโรคผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้กระทบต่อชีวิตอย่างรุนแรงต้องได้รับการกินยาต่อเนื่อง ทราบการเตรียมความพร้อมการปฏิบัติตัวเป็นอย่างดี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ส่วนสูง 160 เซ็นติเมตร น้ำหนัก 44 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย(BMI) 17.19 kg/m^2 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ส่วนสูง 150 เซ็นติเมตร น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย(BMI) 23.56 kg/m^2 มีภาวะอ้วนระดับปานกลาง
3. การขับถ่าย	ไม่มีปัญหาเรื่องการขับถ่าย	ไม่มีปัญหาเรื่องการขับถ่าย
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	แบบแผนเปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย	แบบแผนเปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย
5. การพักผ่อน นอนหลับ	แบบแผนเปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยนอนหลับได้เป็นช่วงๆ	แบบแผนเปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย พักผ่อนได้น้อย นอนหลับได้เป็นช่วงๆ
6. สติปัญญาและการรับรู้	แบบแผนเปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย มีหลงลืมรับประทานยาเป็นบางครั้ง	แบบแผนเปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศ	ให้ความร่วมมือในการรักษา รับรู้ว่าตนเองป่วย หลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ต้อรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด	รับรู้ตนเองเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจ ต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หลังผ่าตัดต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือด อย่างสม่ำเสมอตลอดชีวิต ผู้ดูแลหลักคือสามี
8. บทบาทและความสำคัญในครอบครัว	มีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัว มี บุตร 2 คน คอยดูแล และพามาโรงพยาบาลตามนัดเป็นบางครั้ง	มีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัว การเจ็บป่วยครั้งนี้ สามีเป็นผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยพามาติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง
9. เพศและการเจริญพันธุ์	สถานภาพสมรสเป็นหม้ายผู้ป่วยแสดงบทบาททางเพศอย่างเหมาะสม	สถานภาพสมรสคู่ ผู้ป่วยแสดงบทบาททางเพศอย่างเหมาะสม
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	มีภาวะเครียดเกี่ยวกับการรักษา แสดงออกทางสีหน้า	มีภาวะเครียดเกี่ยวกับการรักษาหลังผ่าตัดต้องได้รับการกินยาอย่างต่อเนื่อง
11. ค่านิยมและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ก่อนการเจ็บป่วยไปร่วมงานทำบุญวันสำคัญทางศาสนา และไหว้พระ สวดมนต์ ในวันพระ	นับถือศาสนาพุทธ ตั้งแต่ป่วย ทำบุญตักบาตรเป็นบางครั้ง

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนำมาวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางกาพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
วินิจฉัยทางกาพยาบาล	1. เสี่ยงภาวะลิ้นหัวใจติดเนื่องจากค่า INR ต่ำ 2. มีโอกาสเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน 3. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4. มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้เนื่องจากการปรับเปลี่ยนการทำงานของลิ้นหัวใจและหัวใจโต 4. มีโอกาสได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการเนื่องจากภาวะความเจ็บป่วย 5. ขาดความตะหนักในการปฏิบัติตัวและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	1. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากมีค่า INR สูงและได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2. มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากการปรับเปลี่ยนการทำงานของลิ้นหัวใจมีภาวะหัวใจโต 3. มีโอกาสได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการเนื่องจากความอยากอาหารลดลง 4. ความสามารถการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการจำกัดกิจกรรม 5. มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงเกี่ยวกับยายาละลายลิ่มเลือด

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจนั้น บทบาทพยาบาลผู้ป่วยนอก ต้องให้คำแนะนำและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม[3] โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพบูรณาการในการดูแลร่วมกัน มีการส่งต่อข้อมูลการรักษาและการดูแลสู่โรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมและเหมาะสมกรณี ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจจำเป็นต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือดเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดที่ลิ้นหัวใจ (Thromboembolism) แล้วหลุดไปอุดตันที่อวัยวะสำคัญของร่างกาย คือยา Warfarin ซึ่งเป็นยาที่มีช่วงดัชนีการรักษาแคบ (Therapeutic index)5 อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากฤทธิ์ของยาถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับ INR ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมไม่ต้านหรือเสริมฤทธิ์ของยา การปรับการทำงานและกิจกรรมให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของหัวใจ[9]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษานี้

พยาบาลสามารถนำแนวทางการดแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด คลินิกศัลยกรรมทรวงอก กลุ่มงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่นมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการดูแลคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทศาสตรและแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2565. [Internet]. ปทุมธานี: [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic66.pdf
2. จันทร์เพ็ญ ปัวเผื่อน. (2010). การป้องกันการติดซื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด. Retrieved June 3, 2014, htp://oospital.md.kiku.ac.th/ic/ic_manual_2566_sa/ic6_b_12.pdf
3. ธิวาสา ลีวธันะ. (2548). การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและปัจจัยที่มีผลกระทบ.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์บัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
4. ทนงชัย สิริอภิสิทธิ์. (2554).เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของหัวใจฮะหลอคเสือด Cardionzrcular Campitiored Tomogruphy. กรุงเทพฯ:
5. ปราณี ทู้ไพเราะ คู่มือยา (พิมครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด; 2554.
6. วาสา สีวัชนะ. (2548). การประเมินความสามารถใมการคูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและปัจจัยที่มีผลกระทบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
7. ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือยา (พิมครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด; 2554.
8. งานจัดการสารสนเทศ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น: (เข้าถึงเมื่อ12 สิงหาคม 2566)
9. ประทุม สร้อยวงศ์. (2564). การพยาบาลอายุรศาสตร์: เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

OUTCOME OF REMOTE COUNSELING TELEPHARMACY IN DIABETIC PATIENTS IN KHAM MUANG DISTRICT KALASIN PROVINCE

(Received: December 14,2023 ; Revised: December 22,2023 ; Accepted: December 24,2023)

อุไรรัตน์ วิเชียรสาร[1]
Urairat Wichiansan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวาน เปรียบเทียบจำนวนปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา มูลค่ายาคืนจากการประสานรายการยา ก่อนและหลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล และประเมินความพึงพอใจหลังให้บริการเภสัชกรรมทางไกล รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และการทบทวนเวชระเบียน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 ถึง พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน ด้วยระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล จำนวน 50 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า การบริการเภสัชกรรมทางไกลก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อโรงพยาบาลคำม่วง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งการลดมูลค่ายาเหลือและช่วยแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่บ้าน โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยมูลค่ายาคืนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 182.11±186.78 บาทต่อคน เหลือ 82.61±110.06 บาทต่อคน ($p<0.001$) จำนวนปัญหาการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 1.18±0.86 ครั้งต่อคน เหลือ 0.50±0.94 ครั้งต่อคน ($p<0.001$) ปัญหาส่วนใหญ่ คือ บริหารยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง ก่อนศึกษาร้อยละ 22 หลังศึกษาลดลงเหลือร้อยละ 10 รองลงมาคือ ตั้งใจปรับยา/หยุดยาเอง ก่อนศึกษาร้อยละ 14 หลังศึกษาลดลงเหลือร้อยละ 4 ซึ่งการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับยาส่วนใหญ่จะเป็นการพิจารณาร่วมแก้ไขปัญหากับผู้สั่งใช้ยาหรือแจ้งปัญหาต่อผู้สั่งใช้ให้ทราบ และการแก้ไขปัญหาได้รับการยอมรับทั้งหมด ความพึงพอใจโดยรวมหลังให้บริการเภสัชกรรมทางไกลอยู่ในระดับมากขึ้นไป โดยมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ การได้รับยาภายในวันนัด สภาพพัสดุนำส่งอยู่ในสภาพดี และระบบขนส่ง

คำสำคัญ : การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

This research has the objective to study the results of telepharmacy services in diabetic patients. Compare the number of problems with drug use Medication value recovered from medication list coordination before and after providing telepharmacy services and to assess satisfaction after providing telepharmacy services. The research format is action research. Collect data from questionnaires and review of medical records from July 2023 to November 2023. The sample group included diabetic patients whose disease was well controlled and who voluntarily participated in the project to deliver medicine to patients at home. With the remote pharmacy service system, there were 50 people, analyzing both quantitative and qualitative data.

The results of the research found that telepharmacy services produced good results for Kham Muang Hospital and diabetic patients. Both reduce the value of leftover medicine and help solve the problem of drug use at home. Comparing before and after using the program, it was found that the average drug return value decreased significantly from 182.11±186.78 baht per person to 82.61±110.06 baht per person ($p<0.001$). The number of drug use problems decreased significantly from 1.18±0.86 times per person to 0.50±0.94 times per person ($p<0.001$). The most common problem is that the medication is administered less than the doctor ordered. before the study, 22 percent, after the study it decreased to 10 percent, followed by the intention to adjust the medicine/stop the medicine themselves. Before studying 14%, after studying reduced to 4%. Most drug-related problems are solved by considering jointly solving problems with the prescriber or reporting the problem to the prescriber. and all solutions are accepted.

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

Overall satisfaction after providing telepharmacy services was at a higher level. The greatest satisfaction was receiving the medicine within the appointed day. The delivery package is in good condition and the transportation system.
Keywords : Remote Pharmacy Service , Diabetic Patients

บทนำ

จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบัน ส่งผลทำให้เกิดการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล เภสัชกรสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร และส่งมอบยาให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ต่างสถานที่ ลดปัญหาอุปสรรคด้านระยะทาง และส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม[1] การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาและความสูญเสียด้านการเงินที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาได้ สำหรับด้านการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาโรคเรื้อรังที่ไม่แตกต่างจากการให้บริการแบบปกติ และยังมีผลเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ มากกว่าการไม่มีบริการดังกล่าว[2] นอกจากนี้การบริบาลเภสัชกรรมทางไกลร่วมกับการส่งยา จะเพิ่มความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะได้รับยาจากการขนส่งถูกต้องและมีความเข้าใจในการใช้ยา ซึ่งจำเป็นต้องเพิ่มการใช้เทคโนโลยีในการติดตาม เช่น ให้ผู้ป่วยใช้โทรศัพท์ถ่ายรูปยาทั้งหมดที่ได้รับส่งเข้ามาในแอปพลิเคชั่นไลน์ของทางโรงพยาบาล เพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้องของชนิดยา จำนวนยา และติดตามการใช้ยาอีกครั้ง โดยการใช้สนทนาเสียงผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ ซึ่งจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องและเข้าใจในการใช้ยา[3] และควรมีการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในวันที่รับบริการการแพทย์ทางไกล จะเป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเข้าถึงข้อมูลและแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการได้ตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น[4]

การทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยที่รับยาทางบริษัทขนส่งมีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน[5] การส่งยาทางบริษัทขนส่งไม่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ลดลง[6] แต่การจัดส่งยาทางบริษัทขนส่งเพียงอย่างเดียวอาจเกิดปัญหานำส่งไม่สำเร็จ ผู้ป่วยต้องอ่านฉลากยาเอง เนื่องจากไม่มีเภสัชกรส่งมอบยา ส่วนการจัดส่งยาที่จัดส่งยาโดยบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายการใช้ยาและชี้แจงข้อสงสัยของผู้ป่วยได้เบื้องต้น แต่ต้องใช้บุคลากรจำนวนมากและเป็นการเพิ่มภาระงาน[7]

โรงพยาบาลคำม่วงเป็นโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องมารับยาต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรังมีขั้นตอนปฏิบัติหลายขั้นตอนทำให้เกิดความล่าช้า เกิดความแออัดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยาหลายรายการ เภสัชกรเร่งรีบในการจ่ายยา นำมาสู่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโรงพยาบาล จึงได้มีแนวคิดริเริ่มบริการการแพทย์ทางไกล ตั้งแต่เดือน เมษายน 2566 ในคลินิกเบาหวาน และเปิดบริการเภสัชกรรมทางไกลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2566 โดยมีพยาบาลประจำคลินิกนัดหมายผู้ป่วยรับยา ส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แจ้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนให้บริการแพทย์ทางไกล 1 สัปดาห์ และคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบริการการแพทย์ทางไกลกับแพทย์ผ่านที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผ่านโปรแกรมซูม (Zoom Meeting) ตามเวลานัดหมาย สำหรับการบริการเภสัชกรรมทางไกลจะทำในวันผู้ป่วยรับบริการแพทย์ทางไกลหลังพบแพทย์ ผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ เพื่อค้นหาปัญหาการใช้ยาเมื่อพบปัญหาจะปรึกษาแพทย์ทันทีก่อนนำส่งยาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเปรียบเทียบจำนวนปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา มูลค่ายาคืนจากการ

ประสานรายการยา ก่อนและหลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสูงเนิน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดินจี่ จำนวน 58 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล ในเขตรับผิดชอบของของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสูงเนิน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดินจี่ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2566 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษามาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (80-179 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ต่อเนื่องกัน 3 ครั้งล่าสุด) 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ 5) มีโทรศัพท์ที่สามารถใช้แอพพลิเคชันไลน์ และติดต่อสื่อสารผ่านแอพพลิเคชันไลน์ 6) สามารถสื่อสารภาษาไทย โดยสามารถอ่าน ฟัง พูด หรือ เขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยมีโรคซับซ้อน ต้องได้รับการติดตามจากแพทย์อย่างใกล้ชิด 2) ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถให้ข้อมูลและติดตามได้ 3) มีความประสงค์ยุติการเข้าร่วมศึกษาวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษาโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของคำนวณประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากร Wayne W. Daniel, 1995 (อ้างถึงในจารุวรรณ วิโรจน์, 2556)

โดยใช้สูตร $n = \frac{Z^2_{\alpha/2}\ NP\ (1-P)}{Z^2_{\alpha/2}\ P\ (1-P) + (N-1)\ d^2}$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสูงเนิน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลดินจี่ จำนวน 58 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

P = กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วน เท่ากับ 5% (0.05)

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2\ (58)\ (0.5)\ (1-0.5)}{(1.96)^2\ (0.5)\ (1-0.5) + (58-1)\ (0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.84)\ (58)\ (0.5)\ (0.5)}{(3.84)\ (0.5)\ (0.5) + (57)\ (0.0025)}$$

$$n = \frac{55.70}{1.10}$$

$$n = 50.50$$

$n \approx 50$ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา ระยะเวลาเป็นเบาหวาน ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลการบริหารยา โรคร่วม จำนวนรายการยา ช่องทางการรับยา ประวัติอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาในระยะ 3 เดือน

ตอนที่ 2 ข้อมูลมูลค่ายาคืนจากการประสานรายการยา

ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาและแนวทางการแก้ไข

ตอนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ระดับมากที่สุด (5 คะแนน) ระดับมาก (4 คะแนน) ระดับปานกลาง (3 คะแนน) ระดับน้อย (2 คะแนน) ระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ซึ่งได้นำไปหาความตรงด้านเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารวมทุกข้อเท่ากับ 0.78 และแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไปแสดงว่ามีความสอดคล้องทุกข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก

2. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

3. ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างยืนยันการเข้าร่วมงานวิจัยในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

4. เก็บข้อมูลผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2566

5. เก็บข้อมูลความพึงพอใจต่อการรับบริการและข้อมูลอื่น ๆ ที่ไม่ปรากฏบนเวชระเบียนเพิ่มเติม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2566 ตามขั้นตอนดังนี้

5.1 แนะนำตนเองว่าเป็นเภสัชกร โทรศัพท์จากโรงพยาบาลคำม่วง จากนั้นแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกนำไปใช้ในการประเมินการให้บริการของเภสัชกรเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วย

5.2 สอบถามชื่อนามสกุลเพื่อยืนยันตัวผู้ป่วยและแจ้งว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ป่วยให้บุคคลอื่นทราบนอกจากผู้สัมภาษณ์เท่านั้น

5.3 สอบถามข้อมูลความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ที่สิ้นสุดการศึกษา (สัปดาห์ที่ 12)

5.4 เมื่อประเมินครบกล่าวขอบคุณสำหรับการให้ความร่วมมือ

5.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูล โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 10 นาที

5.6 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล บันทึกข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

สำหรับการรับบริการแพทย์ทางไกลผู้ป่วยทุกรายจะรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านโปรแกรมซูม (Zoom Meeting) เป็นเครื่องมือพูดคุยผ่านวิดีโอ ซึ่งมีกำหนดบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. พยาบาล มีหน้าที่ คัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่กระบวนรับบริการ ,ส่งรายชื่อผู้ป่วยให้ รพ.สต. , ยืนยันที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์ และช่องทางการจัดส่งยา ,ออกบัตรนัดตรวจรับยาครั้งถัดไป หลังผู้ป่วยรับบริการแพทย์ทางไกล ,นำส่งใบสั่งยาให้ห้องยาก่อนถึงวันนัดรับยา 7 วัน และสรุปรายชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยส่งให้ห้องยา

2. แพทย์ มีหน้าที่ ให้บริการแพทย์ทางไกลผู้ป่วยทุกรายผ่านโปรแกรมซูม (Zoom Meeting) ไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประเมินและสั่งยาให้ผู้ป่วย โดยพิจารณาจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การซักประวัติ และประวัติการรักษาในอดีต

3. กลุ่มงานเภสัชกรรม มีหน้าที่ วิเคราะห์คำสั่งใช้ยา ,ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสนทนาผ่านแอพพลิเคชันไลน์ เพื่อค้นหาปัญหาการใช้ยา ประสานรายการยา แก้ไขปัญหาการใช้ยาและรายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมเฉพาะราย ,จัดยา ตรวจสอบรายการยาให้ถูกต้อง ,ให้เอกสารข้อมูลคำแนะนำยา กรณีเปลี่ยนแผงยา ,บรรจุยาลงกล่อง ,ตรวจสอบประสานงานและแก้ไขปัญหาจากการจัดส่งยา , ตรวจสอบสถานะการจัดส่งยา เพื่อตรวจสอบการรับยาของผู้ป่วย และติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย

4. เจ้าหน้าที่บริษัทขนส่ง มีหน้าที่ จัดส่งยาให้ผู้ป่วย และถ่ายภาพผู้รับยาทุกรายลงในแอพพลิเคชันไลน์เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับยา

5. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่ ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว วัดสัญญาณชีพ น้ำหนัก รอบเอว ,ประมวลผลแบ่งตามระดับความรุนแรง ,บันทึกข้อมูลสุขภาพในแบบฟอร์ม และส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลก่อนวันรับบริการแพทย์ทางไกล 3 วัน

6. เจ้าหน้าที่เวชสถิติ มีหน้าที่ ดำเนินการเบิกจ่ายค่าจัดส่งยาของผู้ป่วยสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดยขั้นตอนให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสนทนาผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ หลังจากผู้ป่วยรับบริการแพทย์ทางไกล 1 วัน ดังนี้

1. กำหนดแนวทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกันผ่านแอพพลิเคชันไลนเพื่อลดความแตกต่างและเพิ่มความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน

2. ผู้วิจัยที่เป็นเภสัชกรสัมภาษณ์เพื่อค้นหาปัญหาการใช้ยากลุ่มตัวอย่าง 15 - 20 นาที แนะนำตนเองว่าเป็นเภสัชกร โทรศัพท์จากโรงพยาบาลคำม่วง สอบถามชื่อนามสกุลเพื่อยืนยันตัวผู้ป่วย สอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา ระยะเวลาเป็นเบาหวาน ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลการบริหารยา โรคร่วม จำนวนรายการยา ช่องทางการรับยา ประวัติการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ประวัติอาการข้างเคียงจากยาในระยะ 3 เดือน ทบทวนเทคนิคการใช้ยาฉีดในกลุ่มผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น บริหารยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง บริหารยามากกว่าแพทย์สั่ง บริหารยาผิดเวลา ตั้งใจปรับยา/หยุดยาเอง เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปัญหารับยาจากสถานบริการอื่นซ้ำซ้อน ใช้ยาสมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ เก็บรักษายาไม่เหมาะสม และอื่น ๆ ทำการประสานรายการยา โดยการทบทวนยาเหลือ และยาที่แพทย์สั่ง คำนวณมูลค่ายาคืนที่ประหยัดได้ ทบทวนรายการยาของผู้ป่วยซ้ำเพื่อเป็นการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของความสม่ำเสมอในการใช้ยา และหากพบปัญหาการใช้ยา เภสัชกรแก้ไข และรายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมเฉพาะราย

3. บริการจัดส่งยา 2 ช่องทาง ได้แก่ ทางบริษัทขนส่ง และรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปหากข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลต่อเนื่องและทดสอบการแจกแจงพบว่าปกติ ทางผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด (Max : Min) ค่าความถี่และค่าร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลในสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติในระดับร้อยละ 95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ KLS.REC 145/2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณสมบัติส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง 50 คน เพศหญิง ร้อยละ 56 เพศชาย ร้อยละ 44 อายุ

เฉลี่ย 55.16±6.98 ปี ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประเภทบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 70 ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 9.74±6.19 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 86 มีผู้ดูแลการบริหารยา ร้อยละ 84 จำนวนรายการยาเฉลี่ย 4.74±1.41 รายการ รับยาจากบริษัทขนส่งร้อยละ 68 และรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 32

2. ผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล การเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน ด้วยระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลค่าเฉลี่ยมูลค่ายาคืนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 186.11±186.78 บาทต่อคน เหลือ 82.61±110.06 บาทต่อคน (p<0.001) จำนวนปัญหาการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 1.18±0.86 ครั้งต่อคน เหลือ 0.50±0.94 ครั้งต่อคน (p<0.001) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 มูลค่ายาเหลือคืนและจำนวนปัญหาการใช้ยา

ข้อมูล (n=50)	**ก่อนศึกษา** Mean±SD (95%CI)	**หลังศึกษา** Mean±SD (95%CI)	**p-value**
รับยาที่ รพ.สต.			
ค่าเฉลี่ยมูลค่ายาเหลือคืน (บาทต่อราย)	264.53±153.12 (182.94-346.13)	192.03±130.14 (122.68-261.38)	0.132
จำนวนปัญหาจากการใช้ยา	1.12±0.71 (0.74-1.50)	0.37±0.85 (0.10-0.64)	0.003*
รับยาจากบริษัทขนส่ง			
ค่าเฉลี่ยมูลค่ายาเหลือคืน (บาทต่อราย)	149.21±191.73 (82.31-216.11)	31.12±41.86 (16.51-45.73)	0.001*
จำนวนปัญหาจากการใช้ยา	1.21±0.94 (0.87-1.55)	0.56±0.71 (0.30-0.82)	<0.001*
รวม			
ค่าเฉลี่ยมูลค่ายาเหลือคืน (บาทต่อราย)	186.11±186.78 (133.03-239.20)	82.61±110.06 (51.33-113.89)	<0.001*
จำนวนปัญหาจากการใช้ยา	1.18±0.86 (0.93-1.43)	0.50±0.94 (0.31-0.68)	<0.001*

(*) Statistically significant at p < 0.05 ,Using paired t-test

3. ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (Problem, P) ปัญหาส่วนใหญ่คือบริหารยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง ก่อนศึกษาร้อยละ 22 หลังศึกษาลดลงเหลือร้อยละ 10 รองลงมาคือ ตั้งใจปรับยา/หยุดยาเอง ก่อนศึกษาร้อยละ 14 หลังศึกษาลดลงเหลือร้อยละ 4 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา

ปัญหา (n=50)	ก่อน		หลัง	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
บริหารยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง	11	22.00	5	10.00
บริหารยามากกว่าแพทย์สั่ง	5	10.00	2	4.00
ตั้งใจปรับยา/หยุดยาเอง	7	14.00	2	4.00
เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	4	8.00	1	2.00
ปัญหารับยาจากสถานบริการอื่นซ้ำซ้อน	2	4.00	1	2.00
ใช้ยาสมุนไพร หรือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2	4.00	1	2.00
เก็บรักษายาไม่เหมาะสม	5	10.00	0	0.00

4. การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับยา (Interventions, I) การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับยาส่วนใหญ่จะเป็นการพิจารณาร่วมแก้ไขปัญหากับผู้สั่งใช้ยา หรือแจ้งปัญหาต่อผู้สั่งใช้ให้ทราบ(ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับยา

ข้อมูล (เหตุการณ์)	ก่อน (n=36)		หลัง (n=12)	
	ครั้ง	ร้อยละ	ครั้ง	ร้อยละ
แจ้งปัญหาต่อผู้สั่งใช้ให้ทราบ	27	75.00	10	83.33
พิจารณาร่วมแก้ไขปัญหากับผู้สั่งใช้ยา	27	75.00	11	91.67
ให้คำปรึกษาด้านยา	5	13.89	2	16.67
พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล	2	5.56	1	8.33
เปลี่ยนยา	1	2.78	1	8.33
เปลี่ยนขนาดยา	5	13.89	2	16.67
หยุดยา	2	5.56	1	8.33

5. การยอมรับต่อการแก้ไขปัญหา (Acceptance of the Intervention, A)
การแก้ไขปัญหาได้รับการยอมรับหลังศึกษาร้อยละ 72.22 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การยอมรับต่อการแก้ไขปัญหา

ข้อมูล (เหตุการณ์)	(n=36)	
	ครั้ง	ร้อยละ
ได้รับการยอมรับทั้งหมด	26	72.22
ได้รับการยอมรับและดำเนินการบางส่วน	10	27.78

6. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ความพึงพอใจหลังให้บริการเภสัชกรรมทางไกลอยู่ในระดับมากขึ้นไป โดยมีความพึงพอใจมากที่สุด เรื่อง การได้รับยาภายในวันนัด สภาพพัสดุนำส่งอยู่ในสภาพดี ความพึงพอใจต่อระบบขนส่ง และความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด

อภิปรายผล

จากการศึกษาข้างต้นพบว่า เมื่อการเปรียบเทียบก่อนและหลังบริการเภสัชกรรมทางไกล ค่าเฉลี่ยมูลค่ายาคืนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 186.11±186.78 บาทต่อคน เหลือ 82.61±110.06 บาทต่อคน (p<0.001) ยาที่เหลือใช้มากที่สุด 5 รายการคือ Metformin Glipizide Aspirin และ Simvastatin ตามลำดับ เหตุผลหลักของการเกิดยาเหลือใช้ คือ ได้รับยามากเกิน ลืมกินยาบางมื้อ ในการศึกษาครั้งนี้จัดการยาเหลือใช้ ด้วยการแนะนำแนะนำรับประทานยาเก่าให้หมดก่อนแล้วจึงจะเริ่มยาใหม่ รองลงมาคือ ส่งคืนยาเหลือใช้ไว้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การศึกษานี้ทำให้เภสัชกรเข้าใจถึงสภาวะปัญหาและการจัดการยาเหลือใช้ที่มีผลกระทบต่อระบบยาในด้านปริมาณและมูลค่ายา ดังนั้นการวางมาตรการเพื่อแก้ไขหรือเฝ้าระวังปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

จากการศึกษาข้างต้นพบว่าก่อนและหลังบริการเภสัชกรรมทางไกล จำนวนปัญหาการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก1.18±0.86 ครั้งต่อคน เหลือ 0.50±0.94 ครั้งต่อคน (p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร สุปินธรรม พบว่าการบริการเภสัชกรรมทางไกล พฤติกรรมการใช้ยาที่บ้าน ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.05) และลดปัญหาการใช้ยาที่บ้านจาก 1.89±0.62 เป็น 1.45±0.32 (p<0.05)[4] ส่วนศิริพร พรหมรัตน์ พบว่าการบริการเภสัชกรรมทางไกล ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)[8] รวมทั้งปรียายุคันตวนิชชัย พบว่าการส่งยาทางไปรษณีย์และโทรศัพท์สอบถามความเข้าใจในการใช้ยาเบื้องต้นหลังได้รับยาไปแล้ว 14 วัน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเข้าในการใช้ยาร้อยละ 95.6[3] สอดคล้องกับปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์ จัดส่งยาทางไปรษณีย์ เจ้าหน้าที่ไปรษณีย์ถ่ายภาพผู้รับพัสดุไปรษณีย์ทุกรายลงในแอพพลิเคชันไลน์ เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับยาจริง พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.3[1] Nye ศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 13 แห่งในรัฐ North Carolina โดยใช้การบริการเภสัชกรรทางไกล (Remote Counseling Telepharmacy) ในการช่วยดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้และมีข้อจำกัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 365 ราย โดยให้เภสัชกร 3 รายทบทวนประวัติการใช้ยา ประเมินความร่วมมือ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และตรวจสอบเวชระเบียนถึงค่าห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในแต่ละครั้งเภสัชกรจะพูดคุยถึงปัญหาการใช้ยาและปรับขนาดอินซูลิน ให้เหมาะสมตามปัญหาที่พบในแต่ละราย เป็นเวลา 2.5 ปี รวมการให้พบว่าน้ำหนักตัว HbA1c และ LDL ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9] และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณวรรณ ต่อกร พบว่า ผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินที่มีระดับ HbA1c มากกว่า 7 mg% หรือ FPG มากกว่า 130 mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้ง 37 ราย โดยให้การบริบาลเภสัชกรรมในเดือนที่ 0, 3, 6 และติดตามการใช้ยาทางไกลด้วยการโทรศัพท์ หรือวิดีโอไลน์ในเดือนที่ 1 และ 4 เมื่อสิ้นสุดการศึกษาค่าเฉลี่ย FPG และ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.032 และ p=0.001 ตามลำดับ)[10] อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Stockton et al. ผลลัพธ์การดำเนินงานของเภสัชกรในการปรับยาอินซูลินด้วยระบบการแพทย์ทางไกลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ที่ได้รับอินซูลิน จำนวน 67 คน แบ่งเป็น 16 คน รับบริการ Telepharmacy 28 คน รับบริการที่คลินิกเบาหวาน 23 รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเภสัชกรติดตามระดับน้ำตาลผู้ป่วยจากเวชระเบียนออนไลน์และติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อให้บริการปรับอินซูลิน (Insulin Titration) ผลการศึกษาพบว่า การรับบริการ Telepharmacy หรือ ที่คลินิกเบาหวาน หรือ รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ HbA1C เปลี่ยนแปลงไม่แตกต่างกัน (-1.14% -0.88% +0.21%, p=0.061)[11] แสดงให้เห็นว่าการบริการ

เภสัชกรรมทางไกลมีข้อดี คือ เภสัชกรสามารถแนะนำและติดตามการใช้ยาแบบเห็นหน้าผู้ป่วย สามารถให้ผู้ป่วยสาธิตวิธีการใช้ยาหรือการเก็บรักษายาได้ ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ ตลอดเวลาแม้ว่าจะไม่ได้มาโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษานี้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจหลังให้บริการเภสัชกรรมทางไกลอยู่ในระดับมากขึ้นไป โดยมีความพึงพอในมากที่สุด เรื่อง การได้รับยาภายในวันนัด สภาพพัสดุนำส่งอยู่ในสภาพดี ความพึงพอใจต่อระบบขนส่ง และความพึงพอใจโดยรวม ซึ่งเภสัชกรเข้าใจและพร้อมปรับตัวในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล โดยมีการให้บริการในมาตรฐานวิชาชีพ ให้ความใส่ใจกับการให้บริการให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรโรงพยาบาลคำม่วง ที่ให้คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสูงเนิน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดินจี่ ที่ให้ความช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จด้วยดี ผู้วิจัยหวังว่าการวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์กับการพัฒนางานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์, ประดับ เพ็ชรจรูญ, สิรินยา สุริยา. การพัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. เชียงรายเวชสาร. 2564;12(2):47-66.
2. กฤษฎิ์ วัฒนธรรม, ธีรพล ทิพย์พยอม, อัลจนา เฟื่องจันทร์. รูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล: บทความปริทัศน์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2564;17(3):1-15.
3. ปรียา ยุคันตวนิชชัย. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาทางไปรษณีย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564;5(10):99-114.
4. สุภาพร สุปินธรรม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. เภสัชกรรมคลินิก. 2566;29(1):51-63.
5. Zhang L, Zakharyan A, Stockl KM, Harada AS, Curtis BS, Solow BK. Mail-order pharmacy use and medication adherence among Medicare Part D beneficiaries with diabetes. Journal of medical economics. 2011;14(5):562-7.
6. Schmittdiel JA, Karter AJ, Dyer W, Chan J, Duru OK. The safety and effectiveness of mail order pharmacy use in diabetes patients. The American journal of managed care. 2013;19(11):882.
7. ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์, ประดับ เพ็ชรจรูญ, สิรินยา สุริยา. การพัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. เชียงรายเวชสาร. 2563;12(2):48-55
8. ศิริพร พรหมรัตน์, พนิตา ค้าผล, ณัฏฐิญา ค้าผล. ผลของโปรแกรมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้เภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารไทยไภษัชยนิพนธ์. 2564;17(1):31-41.
9. Nye AM. A clinical pharmacist in telehealth team care for rural patients with diabetes. North Carolina medical journal. 2017;78(3):183-4.
10. อรุณวรรณ ต่อกร. ผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินโรงพยาบาลโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2562;3(2):108-16.
11. Stockton K, Deas C. Evaluation of outcomes of a pharmacist-run, outpatient insulin titration telepharmacy service. Innovations in Pharmacy. 2019;10(2).

อัตราการปนเปื้อนจากการเพาะเชื้อจากเลือดในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Rate of Contamination from Blood Culture in Suratthani Hospital Suratthani Province

(Received: December 6,2023 ; Revised: December 14,2023 ; Accepted: December 16,2023)

สุวรรณี จิตรเอื้อกุล[1], จินตนา พาวงค์[2], สยมภู สงวนสิทธิอนันต์[2],
รุ่งกาญจน์ สังฆรักษ์[2], ถิรวัฒน์ วรรณตุง[2]
Suwannee Jitueakul[1], Chintana Phawong[2], Sayompoo Sanguansittianant[2],
Rungkarn Sangkaruk[2], Tirawat Wannatung[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการปนเปื้อนของเชื้อและชนิดของเชื้อปนเปื้อนที่พบจากการเพาะเชื้อจากเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ.2565 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผลการเพาะเชื้อจากเลือดทางห้องปฏิบัติการถูกนำมาวิเคราะห์โดยคำนวณหาร้อยละของเชื้อที่ปนเปื้อนเทียบกับตัวอย่างเลือดของผู้ป่วยทั้งหมด 3,182 ราย ผลการวิจัยพบตัวอย่างเลือดที่เพาะเชื้อให้ผลบวกกับเชื้อปนเปื้อน 237 ราย (ร้อยละ 7.45) เชื้อปนเปื้อนที่พบมากที่สุด คือ Coagulase-negative Staphylococci (ร้อยละ 16.00) กลุ่มผู้ป่วยที่พบเชื้อปนเปื้อนจากการเพาะเชื้อจากเลือดมากที่สุดเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 61 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 8.79) และพบการปนเปื้อนน้อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 21 -40 ปี (ร้อยละ 4.35) เชื้อปนเปื้อนที่พบจากตัวอย่างเลือดผู้ป่วยแต่ละกลุ่มส่วนใหญ่เป็นแบคทีเรียแกรมบวกซึ่งเป็นเชื้อประจำถิ่นที่พบบนผิวหนังมนุษย์

คำสำคัญ: การเพาะเชื้อจากเลือด การปนเปื้อน แบคทีเรียในเลือด การติดเชื้อในกระแสเลือด

ABSTRACT

This research was survey research by cross sectional study. The objective was to study the contamination rate and type of contaminants in the hemoculture of patients admitted to the emergency department in Suratthani hospital, Suratthani province during January - December 2022. Patient data and laboratory hemoculture results were analyzed by calculating the percentage of contaminants from blood samples of 3,182 patients. The results showed 237 (7.45%) positive hemoculture samples for contaminants. The most hemoculture contaminants was the coagulase-negative Staphylococci (16.00%). The most cases of hemoculture contaminants were elderly patients aged 61 years and over (8.79%) and the least contaminated were among patients aged 21-40 years (4.35%). The hemoculture contaminants from each groups were predominantely gram positive bacteria found as the human skin flora.

Keywords: hemoculture, contamination, bacteremia, sepsis

บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อย เชื้อจุลชีพที่พบส่วนใหญ่มักเป็นแบคมีเรีย การพบเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด (bacteremia) อาจพบแบบชั่วคราว (transient) พบเป็นช่วงไม่ต่อเนื่อง (intermittent) หรือพบตลอดเวลา (persistent) ความรุนแรงของภาวะนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณและชนิดของเชื้อ อาการทางคลินิกที่รุนแรง (sepsis) ได้แก่ ไข้ ชีพจรเต้นเร็ว ความดันเลือดต่ำ ไม่รู้สึกตัว ซึมลง นำไปสู่ภาวะช็อก (septic shock) อวัยวะล้มเหลวจนทำให้เสียชีวิตได้[1,2] อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากการติดเชื้อในแหล่งชุมชนจะพบอยู่ในช่วงร้อยละ 13 -19[3-5] และเป็นสาเหตุหลักของการ

[1] นักเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
[2] อาจารย์ประจำ คณะแพทยศาสตร์ สาขาวิชาเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดกาญจนบุรี

เสียชีวิตในผู้ป่วยที่อยู่ในหอพักผู้ป่วยหนัก (ICUs) มากถึงร้อยละ 50[6] การวินิจฉัยภาวะนี้ทำได้โดยการเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture) ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานสามารถแยกชนิดเชื้อจุลชีพและนำเชื้อไปทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพเพื่อเลือกใช้ยาได้อย่างเหมาะสม เชื้อก่อโรคที่พบได้บ่อยในเลือด ได้แก่ กลุ่ม Enterobacteriaceae, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas* spp., *Streptococcus* group A และ group อื่นๆ, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Enterococcus* spp., *Neisseria meningitidis* และ *Vibrio* spp[1,3-5,7-10] ในขั้นตอนการเพาะเชื้อจากเลือดนี้ต้องมีการเก็บเลือดอย่างถูกวิธีด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากสามารถปนเปื้อนเชื้อจากบริเวณผิวหนังของผู้ป่วย ซึ่งพบเป็น normal skin flora ได้แก่ coagulase-negative staphylococci, *Propionibacterium* spp., *Aerococcus*, *Micrococcus*, *Bacillus* spp. (ยกเว้น *B. anthracis*) , *Corynebacterium* spp., alpha-hemolytic streptococci, *Enterococcus* spp. และ *Streptococcus viridans*[11-14] ซึ่งการปนเปื้อนขณะเจาะเก็บเลือดเพื่อเพาะเชื้อสามารถลดได้หากเช็ดบริเวณผิวหนังที่จะเจาะด้วย 2% Chlorhexidine gluconate ใน 70% alcohol นาน 30 วินาที[15,16] อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าแผนกของโรงพยาบาลที่มีเวลาในการทำหัตถการจำกัดจะมีอัตราการปนเปื้อนในการเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อสูง เช่น แผนกฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และแผนกกุมารเวชศาสตร์[17-20] โดยอัตราการปนเปื้อนจากหลายการศึกษาอยู่ในช่วงร้อยละ 0.6 – 10.4[11-14,20-22] ซึ่งยังค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับมาตรฐานของ Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่กำหนดให้ควรพบอัตราการปนเปื้อนของเชื้อในการเพาะเชื้อน้อยว่าร้อยละ 3[23-25] จากข้อมูลโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565[26] โรงพยาบาลมีผู้ป่วยเสียชีวิตรวม 2,241 คน ซึ่งมีสาเหตุจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) มากเป็นลำดับที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 4.6 ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงมีการส่งตรวจเพาะเชื้อจากเลือดเป็นจำนวนมากทุกปี แต่ยังไม่เคยมีการนำข้อมูลการปนเปื้อนที่พบจากการเพาะเชื้อจากเลือดมาวิเคราะห์หาอัตราการปนเปื้อน ซึ่งจากหลายการศึกษา[3,10,14,20,21] พบว่าอัตราปนเปื้อนที่สูงอาจนำไปสู่การใช้ยารักษาที่ไม่เหมาะสม เพิ่มระยะเวลาและค่าใช่จ่ายในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล ดังนั้นการติดตามอัตราการเกิดการปนเปื้อนและการมีมาตรการเพื่อช่วยลดอัตราการปนเปื้อนจึงมีความจำเป็นอย่างมากเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามเชื้อที่เป็นสาเหตุของการก่อโรค รวมทั้งสามารถลดการใช้ยาต้านจุลชีพที่เกินความจำเป็นได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. ศึกษาอัตราการปนเปื้อนของเชื้อที่พบจากการเพาะเชื้อจากเลือดผู้ป่วย
2. ศึกษาชนิดของเชื้อปนเปื้อนที่พบจากการเพาะเชื้อจากเลือดผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากแผนกฉุกเฉินระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ.2565 รวม 3,182 ราย ประกอบด้วยเพศชาย 1,770 ราย และเพศหญิง 1,412 ราย กลุ่มผู้ป่วยอายุ 0-20 ปี จำนวน 56 ราย, 21-40 ปี จำนวน 391 ราย, 41-60 ปี จำนวน 893 ราย และ 61 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,842 ราย ข้อมูลที่ใช้ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป (เพศและอายุ) และข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในการเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และพบ qSOFA (quick Sepsis Organ Failure Assessment)[27] อย่างน้อย 2 จาก 3 ข้อ ดังนี้ (1) ความดันโลหิต systolic < 100 มิลลิเมตรปรอท (2) อัตราการหายใจ > 22 ครั้ง/นาที (3) ความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง

เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria) อาสาสมัครขอถอนตัวออกจากการวิจัยด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม

การเพาะเชื้อจากเลือดและการรายงานผล

ขั้นตอนการเพาะเชื้อจากเลือดอ้างอิงจากคู่มือปฏิบัติงานแบคทีเรียและราสำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 2561[28] โดยเก็บเลือดจากหลอดเลือดดำบริเวณข้อพับแขนทั้ง 2 ข้าง ข้างละ 1 ตัวอย่าง รวม 2 ตัวอย่าง ก่อนเจาะเลือดทำความสะอาดผิวหนังด้วย 70% แอลกอฮอล์ จากนั้นเช็ดอีกครั้งด้วย 2% Chlorhexidine gluconate ใน 70% alcohol เช็ดวนออกเป็นวงกลมรัศมี 5 เซนติเมตร เจาะเลือด 5 - 8 มิลลิลิตร ใส่ขวดเพาะเชื้อที่ทำความสะอาดฝาขวดด้วย 70% แอลกอฮอล์ก่อน จำนวน 2 ขวด จากนั้นนำไปเพาะเชื้อด้วยเครื่องเพาะเชื้อที่อุณหภูมิ 35 – 37 องศาเซลเซียส เมื่อพบการเจริญของเชื้อ ระบบจะแจ้งเตือนอัตโนมัติผ่านหน้าจอแสดงผล จากนั้นขวดที่มีเชื้อเจริญ (positive culture) จะถูกนำออกมาย้อมสีแกรม (Gram stain) และ subculture เพื่อพิสูจน์ชนิดของเชื้อต่อไป ภายหลังจากทราบชนิดของเชื้อ นักเทคนิคการแพทย์จะดำเนินการแจ้งผลให้แพทย์ทราบทันทีและรายงานผลเป็นลายลักษณ์อักษร กรณีไม่มีเชื้อเจริญ (no growth) จะระบุระยะเวลาที่ใช้ในเพาะเชื้อด้วย คือ No growth after 5 days กรณีมีเชื้อเจริญ (positive culture) จะรายงานผลการวินิจฉัยเชื้อและผลการทดสอบความไวต่อสารต้านจุลชีพ

เกณฑ์พิจารณาเชื้อปนเปื้อนจากเพาะเชื้อ[28]

1. พบเชื้อในกลุ่มที่เป็น normal skin flora ได้แก่ Coagulase-negative staphylococci, *Propionibacterium* spp., *Aerococcus, Micrococcus, Bacillus* spp. (ยกเว้น B. anthracis, *Corynebacterium* spp., alpha-hemolytic streptococci, *Enterococcus* spp. และ *Streptococcus viridans* ซึ่งพบเชื้อจากขวดเพาะเพียงขวดเดียว หรือ พบเชื้อทั้ง 2 ขวดแต่ไม่ใช่เชื้อชนิดเดียวกัน

2. พบเชื้อขึ้นหลายชนิดจากขวดเดียวหรือทั้งสองขวด

3. เชื้อที่พบเป็นคนละชนิดกับที่แยกได้จากตำแหน่งที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ (primary site)

4. เชื้อที่พบไม่สอดคล้องกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยหรือหลักฐานทางการแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

คำนวณร้อยละอัตราการปนเปื้อนจากการผลเพาะเชื้อจากเลือดเทียบสัดส่วนกับตัวอย่างเลือดที่ส่งตรวจทั้งหมดแยกตามเพศ ช่วงอายุ 4 กลุ่ม คือ อายุ 0-20 ปี, 21-40 ปี, 41-60 ปี และ 61 ปี ขึ้นไป

จริยธรรมงานวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย (Research ethics and subjects protection)

การศึกษานี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ REC 66-0034 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2566

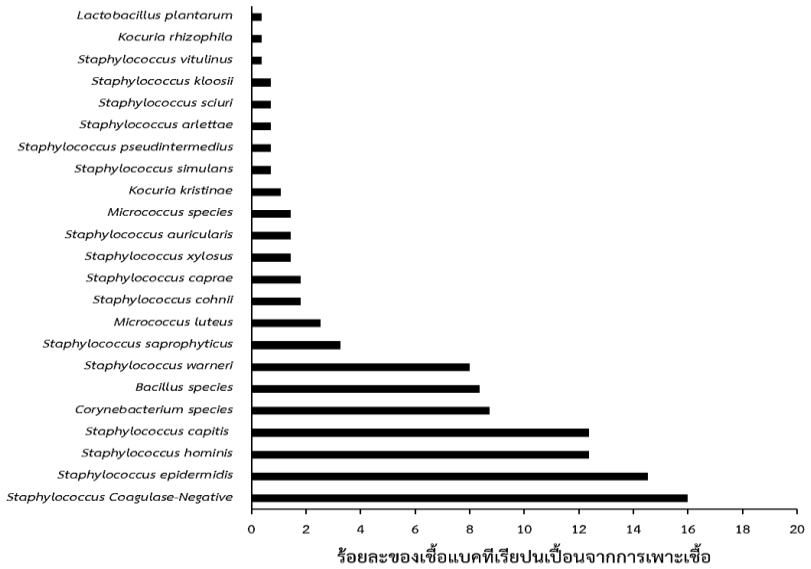
ผลการศึกษา

จากการเพาะเชื้อจากเลือดผู้ป่วยทั้งสิ้น 3,182 ราย ช่วงอายุ 10 – 99 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบตัวอย่างเลือดที่ให้ผลบวกกับเชื้อ ปนเปื้อน 237 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.45 (ตารางที่ 1) โดยส่วนใหญ่พบเชื้อปนเปื้อนเพียงขวดเดียว 199 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อย

ละ 83.97 พบเชื้อปนเปื้อนของเชื้อที่ต่างกันจาก 2 ขวด 28 ตัวอย่าง และพบเชื้อปนเปื้อนชนิดเดียวกันทั้ง 2 ขวด 10 ตัวอย่าง โดยเชื้อปนเปื้อนที่พบในการเจาะเก็บเลือด hemoculture มากที่สุด คือ Coagulase-negative Staphylococci (ร้อยละ 16) รองลงมา คือ *Staphylococcus epidermidis* (ร้อยละ 14.5), *Staphylococcus hominis* (ร้อยละ 12.4) และ *Staphylococcus* capitis (ร้อยละ 12.4) (ตารางที่ 1 และ ภาพประกอบที่ 1) อัตราการปนเปื้อนจากตัวอย่างเพศชาย (ร้อยละ 7.63) ใกล้เคียงกับเพศหญิง (ร้อยละ 7.22) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่พบการปนเปื้อนในตัวอย่างเลือดมากที่สุดเป็นตัวอย่างจากผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 8.79) รองลงมาเป็นผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 21 ปี (ร้อยละ 7.14) พบการปนเปื้อนน้อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 21 -40 ปี (ร้อยละ 4.35) โดยเชื้อปนเปื้อนที่พบจากตัวอย่างเลือดผู้ป่วยแต่ละกลุ่มส่วนใหญ่เป็นแบคทีเรียแกรมบวกซึ่งเป็นเชื้อประจำถิ่นที่พบบนผิวหนังมนุษย์ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียจากตัวอย่างเลือดของผู้ป่วยที่ส่งเพาะเชื้อของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ.2565

ประเภทผู้ป่วย (ราย)			จำนวนผู้ป่วยที่พบเชื้อปนเปื้อน (%)	ชนิดเชื้อที่พบสูง 3 อันดับ (%)
รวม		**3,182**	237 (7.45)	Coagulase-negative Staphylococci (16.0) *Staphylococcus epidermidis* (14.5) *Staphylococcus hominis* (12.4) *Staphylococcus capitis* (12.4)
เพศ	**ชาย**	**1,770**	135 (7.63)	*Staphylococcus epidermidis* (15.7) Coagulase-negative Staphylococci (15.1) *Staphylococcus hominis* (13.8)
	หญิง	**1,412**	102 (7.22)	Coagulase-negative Staphylococci (17.2) *Staphylococcus epidermidis* (12.9) *Staphylococcus capitis* (12.1)
อายุ (ปี)	**0-20**	**56**	4 (7.14)	*Bacillus* species (50.0) Coagulase-negative Staphylococci (25.0) *Micrococcus* species (25.0) *Micrococcus luteus* (25.0)
	21 – 40	**391**	17 (4.35)	Coagulase-negative Staphylococci (17.6) *Staphylococcus hominis* (17.6) *Staphylococcus epidermidis* (11.8) *Corynebacterium* species (11.8)
	41 – 60	**893**	54 (6.05)	*Staphylococcus epidermidis* (19.0) Coagulase-negative Staphylococci (15.5) *Staphylococcus capitis* (12.1) *Staphylococcus hominis* (12.1) *Bacillus* species (12.1)
	61 ขึ้นไป	**1,842**	162 (8.79)	Coagulase-negative Staphylococci (15.8) *Staphylococcus epidermidis* (13.8) *Staphylococcus capitis* (13.8)



ภาพประกอบที่ 1 ร้อยละของเชื้อแบคทีเรียปนเปื้อนที่พบจากตัวอย่างเลือดของผู้ป่วยที่ส่งเพาะเชื้อของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ.2565

อภิปรายผล

การปนเปื้อนในการเพาะเชื้อจากเลือดเป็นปัญหาในโรงพยาบาลที่ต้องมีมาตรการควบคุมเนื่องจากอาจส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคเกิดเป็นผลบวกปลอม (false positive) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยยาฆ่าเชื้อจุลชีพที่ไม่จำเป็น เพิ่มเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงอาจต้องมีการเจาะเลือดซ้ำซึ่งเพิ่มค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย ดังนั้นทุกโรงพยาบาลจึงควรนำผลการตรวจเพาะเชื้อจากเลือดมาวิเคราะห์หาอัตราการปนเปื้อนอย่างต่อเนื่องเพื่อวางแผนบริหารจัดการให้มีอัตราการปนเปื้อนต่ำที่สุด ตามมาตรฐานสากลของ Clinical Laboratory Standards Institute (CLSI)[24,25] และ American Society for Microbiology (ASM)[26] กำหนดค่ายอมรับได้คือต่ำกว่าร้อยละ 3 ซึ่งในการศึกษานี้จากตัวอย่างเลือดผู้ป่วยแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีพบอัตราการปนเปื้อนร้อยละ 7.45 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐาน โดยพบเชื้อปนเปื้อนส่วนใหญ่เป็นแบคทีเรียแกรมบวก ชนิดที่พบสูงสุดคือ Coagulase-negative Staphylococci (ร้อยละ 16.0) รองลงมาเป็น *Staphylococcus epidermidis* (ร้อยละ 14.5), *Staphylococcus hominis* (ร้อยละ 12.4), *Staphylococcus capitis* (ร้อยละ 12.4) ซึ่งเชื้อเหล่านี้มีรายงานพบปนเปื้อนได้มากสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ[11-15] เนื่องจากเป็นเชื้อประจำถิ่นที่ผิวหนังของมนุษย์[29] การพบการปนเปื้อนบ่งชี้ถึงปัญหาทางเทคนิคปฏิบัติในขั้นตอนการทำความสะอาดผิวหนังทั้งของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานก่อนเก็บเลือดซึ่งถือว่าเป็นการควบคุมคุณภาพก่อนการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ในขั้นตอนการเก็บตัวอย่างเลือดแนวปฏิบัติมาตรฐานในการทำความสะอาดผิวหนังของผู้ปฏิบัติงาน[28] ให้ล้างมือด้วยน้ำยา 4% Chlorhexidine gluconate หรือ ใช้ alcohol hand rub ก่อนสวมถุงมือสะอาด ส่วนผิวหนังผู้ป่วยให้เช็ดด้วย 70% แอลกอฮอล์ จากนั้นถูผิวหนังแรงพอสมควรอีกครั้งด้วย 2% Chlorhexidine gluconate ใน 70% alcohol โดยถูวนจากด้านในออกนอกเป็นวงกว้างอย่างน้อย 5 เซ็นติเมตรและรอให้แห้งไม่น้อยกว่า 30 วินาที[16,17] ซึ่งในทางปฏิบัติโดยเฉพาะแผนกฉุกเฉิน บุคลากรที่เจาะเลือดอาจรอไม่ถึงจนถึง 30 วินาที รวมถึงอาจไม่ได้พิถีพิถันในขั้นตอนการล้างมือก่อนเจาะเลือดและการถูผิวหนังผู้ป่วยเนื่องจากมีเวลาในการทำหัตถการจำกัดจึงอาจเป็นต้นเหตุของการปนเปื้อนได้มาก[18-20] นอกเหนือไปจากปัจจัยข้างต้น

การศึกษาครั้งนี้พบอัตราการปนเปื้อนสูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 61 ปี ขึ้นไปถึงร้อยละ 8.62 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang และคณะ[19] จากแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลประเทศไต้หวันที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉุกเฉินหนัก ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายมีโอกาสพบการปนเปื้อนจากการเพาะเชื้อได้สูง ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผิวหนังผู้ป่วยมีเชื้อ skin flora กลุ่ม Coagulase negative staphylococci เช่น *S. epidermidis* และ *S. capitis* ที่เป็น biofilm-forming strains ซึ่งสามารถสร้าง biofilm จึงเกาะบนผิวหนังได้ดี[30]และทนต่อการฆ่าเชื้อด้วยน้ำยา alcoholic chlorhexidine[31] ทำให้ยังคงเหลือเชื้อ skin flora ปนเปื้อนภายหลังจากการทำความสะอาด อย่างไรก็ตามปัญหาดังกล่าวอาจสามารถแก้ไขได้หากมีการใช้ชุดเจาะเลือดเพาะเชื้อที่ออกแบบมาพิเศษ (initail specimen diversion device; SteriPath) ที่ได้ผ่านการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลแล้วพบว่าช่วยลดการปนเปื้อนได้อย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 5.2 เหลือเพียงร้อยละ 1.0[32] โดยอุปกรณ์นี้เป็นระบบปิดสามารถแยกเลือดส่วนต้นที่เก็บมา 1-2 มิลลิลิตรซึ่งเป็นเลือดส่วนที่พบเชื้อปนเปื้อนจากผิวหนังได้มากที่สุดออกจากเลือดส่วนที่เหลือซึ่งจะใช้เติมในขวดอาหารเพาะเชื้อ ดังนั้นการเลือกใช้อุปกรณ์พิเศษในการเก็บเลือดเพื่อเพาะเชื้อจึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในมาตรการควบคุมอัตราการปนเปื้อนของโรงพยาบาล โดยจัดร่วมกับการอบรมทบทวนวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความเข้าใจแก่พยาบาลที่เจาะเลือดเพาะเชื้อในแผนกฉุกเฉินถึงความสำคัญของการป้องกันการปนเปื้อนต่อคุณภาพการรักษาของผู้ป่วยและความคุ้มค่าในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มาตรการร่วมดังกล่าวน่าจะสามารถลดอัตราการปนเปื้อนได้ดังการศึกษาของเยาวมาลย์ และคณะ[33] ในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จังหวัดชลบุรี ที่ให้การสนับสนุนบุคลากรที่รับผิดชอบเจาะเลือดเพาะเชื้อใน 3 ด้านประกอบด้วยการอบรมประเมินความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เพื่อประเมินความเข้าใจ รวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ชุดเจาะเลือดที่เตรียมตามมาตรฐานซึ่งทำให้อัตราการปนเปื้อนลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ 86.76

เอกสารอ้างอิง

1. Lever A, Mackenzie I. Sepsis: definition, epidemiology, and diagnosis. BMJ. 2007;335(7625):879-83.
2. Martín S, Pérez A, Aldecoa C. Sepsis and Immunosenescence in the Elderly Patient: A Review. Front Med (Lausanne). 2017;4:20.
3. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. Crit Care Med. 2001;29(7):1303-10.
4. Uslan DZ, Crane SJ, Steckelberg JM, Cockerill FR 3rd, Sauver JLS, Wilson WR, et al. Age- and sex-associated trends in bloodstream infection: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. Arch Intern Med. 2007;167(8):834-9.
5. Laupland KB, Kibsey PC, Gregson DB, Galbraith JC. Population-based laboratory assessment of the burden of community-onset bloodstream infection in Victoria, Canada. Epidemiol Infect. 2013;141(1):174-80.
6. Nasa P, Juneja D, Singh O, Dang R, Arora V. Severe sepsis and its impact on outcome in elderly and very elderly patients admitted in intensive care unit. J Intensive Care Med. 2012;27(3):179-83.
7. Weinstein MP. Blood culture contamination: persisting problems and partial progress. J Clin Microbiol. 2003;41(6):2275-8.
8. Diekema DJ, Beekmann SE, Chapin KC, Morel KA, Munson E, Doern GV. Epidemiology and outcome of nosocomial and community-onset bloodstream infection. J Clin Microbiol. 2003;41(8):3655-60.

9. Dumpa V, Adler B, Allen D, Bowman D, Gram A, Ford P, et al. Reduction in Central Line-Associated Bloodstream Infection Rates After Implementations of Infection Control Measures at a Level 3 Neonatal Intensive Care Unit. Am J Med Qual. 2016;34(5):488-93.
10. Weinstein MP, Towns ML, Quartey SM, Mirrett S, Reimer LG, Parmigiani G, et al. The clinical significance of positive blood cultures in the 1990s: a prospective comprehensive evaluation of the microbiology, epidemiology, and outcome of bacteremia and fungemia in adults. Clin Infect Dis. 1997;24(4):584-602.
11. Tenderenda A, Lysakowska M, Dargiewicz R, Gawron-Skarbek A. Blood Culture Contamination: A Single General Hospital Experience of 2-Year Retrospective Study. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(5):3009.
12. Nachate S, Rouhi S, Ouassif H, Bennani H, Hachimi A, Mouaffak Y, et al. Multidrug-Resistant Bacteria Isolated from Blood Culture Samples in a Moroccan Tertiary Hospital: True Bacteremia or Contamination? Infect Drug Resist. 2022;15:5691-704.
13. Chukwuemeka IK, Samuel Y. Quality assurance in blood culture: A retrospective study of blood culture contamination rate in a tertiary hospital in Nigeria. Niger Med J. 2014;55(3):201-3.
14. Waltzman ML, Harper M. Financial and clinical impact of false-positive blood culture results. Clin Infect Dis. 2001;33(3):296-9.
15. Mimoz O. Preoperative skin cleansing with chlorhexidine-alcohol reduces surgical site infection after clean-contaminated surgery compared with povidone-iodine. Evid Based Nurs. 2010;13(2):36-7.
16. Maiwald M, Chan ES. The forgotten role of alcohol: a systematic review and meta-analysis of the clinical efficacy and perceived role of chlorhexidine in skin antisepsis. PLoS One. 2012;7(9):e44277.
17. Self WH, Speroff T, Grijalva CG, McNaughton CD, Ashburn J, Liu D, et al. Reducing blood culture contamination in the emergency department: an interrupted time series quality improvement study. Acad Emerg Med. 2013;20(1):89-97.
18. Chang CJ, Wu CJ, Hsu HC, Wu CH, Shih FY, Wang SW, et al. Factors Associated with Blood Culture Contamination in the Emergency Department: Critical Illness, End-Stage Renal Disease, and Old Age. PLoS One. 2015;10(10):e0137653.
19. Robertson P, Russell A, Inverarity DJ. The effect of a quality improvement programme reducing blood culture contamination on the detection of bloodstream infection in an emergency department. J Infect Prev. 2015;16(2):82-7.
20. Gander RM, Byrd L, DeCrescenzo M, Hirany S, Bowen M, Baughman J. Impact of blood cultures drawn by phlebotomy on contamination rates and health care costs in a hospital emergency department. J Clin Microbiol. 2009;47(4):1021-4.
21. Bates DW, Goldman L, Lee TH. Contaminant blood cultures and resource utilization. The true consequences of false-positive results. JAMA. 1991;265(3):365-9.
22. Kim NH, Kim M, Lee S, Yun NR, Kim KH, Park SW, et al. Effect of routine sterile gloving on contamination rates in blood culture: a cluster randomized trial. Ann Intern Med. 2011;154(3):145-51.
23. Wilson ML, Thomus JK, Antonara S, Brocious J, Carroll KC, Chamberland R, et al. CLSI document M47 Principles and procedures for blood cultures. 2nd ed. Pennsylvania: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2007.
24. Hall KK, Lyman JA. Updated review of blood culture contamination. Clin Microbiol Rev. 2006;19(4):788-802.
25. Baron EJ, Weinstein MP, Dunne WM, Yagupsky P, Welch DF, Wilson DM. Cumitech 1C, blood cultures IV. Cumitech C. 2005;1:1-34.
26 .โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ยุทธศาสตร์ของประเทศโดยรวม นโยบายและยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก: https://srth.go.th/news/MyResize/Files_7-8.%20ยุทธศาสตร์ของประเทศโดยรวม%20นโยบายและยุท.pdf

27. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-10.
28. สุวรรณา ตระกูลสมบูรณ์, วิภา ตรีรัตน์วีรพงษ์, ฉันทนา อรัญญะ. การเพาะเชื้อจากเลือด. ใน: มาลัย วรจิตร, วันทนา ปวีณกิตติพร, สุวรรณา ตระกูลสมบูรณ์, สุรางค์ เดชศิริเลิศ, บรรณาธิการ. คู่มือปฏิบัติงานแบคทีเรียและราสำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 2561. นนทบุรี : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561: 54-60.
29. Gautam V, Sethuraman N, Kaur R, Sachdev S, Marwaha N, Ray P. Changing epidemiology of coagulase-negative staphylococci in normal flora of skin. Indian J Med Microbiol. 2017;35(2):277-78.
30. Wojtyczka RD, Orlewska K, Kepa M, Idzik D, Dziedzic A, Mularz T, et al. Biofilm formation and antimicrobial susceptibility of Staphylococcus epidermidis strains from a hospital environment. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(5):4619-33.
31. Taha M, Kalab M, Yi QL, Landry C, Greco-Stewart V, Brassinga AK, et al. Biofilm-forming skin microflora bacteria are resistant to the bactericidal action of disinfectants used during blood donation. Transfusion. 2014;54(11):2974-82.
32. Zimmerman FS, Assous MV, Zevin S, Wiener-Well Y. Reducing blood culture contamination using an initial specimen diversion device. Am J Infect Control. 2019;47(7):822-26.
33. เยาวมาลย์ เหลืองอร่าม, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และลดาวัลย์ ภูมิวิชชุเวช. การลดอัตราการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในตัวอย่างเลือดที่ส่งตรวจเพาะเชื้อ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2552;18(2):230-41.

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย ของจังหวัดสระบุรี

Development of health care systems administration model for the elderly people at risk of Deconditioning in Saraburi Province

(Received: December 8,2023 ; Revised: December 11,2023 ; Accepted: December 14,2023)

วัชรพล ในอรุณ[1] ยอดชาย สุวรรณวงษ์[1] สุรัสดา นะสีดา[1]
Watcharapol Nai-arun[1] Yodchai Suwannawong[1] Surassada Naseeda[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานวิธีครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม – กรกฎาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเลือกแบบเจาะจงและสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี มี 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างข้อตกลงความร่วมมือร่วมของ 3 องค์การหลัก (ภาครัฐ, ภาคประชาชน, ภาคท้องถิ่น) 2) การเชื่อมโยงภารกิจของภาคีเครือข่ายทุกระดับ 3) การกำหนดนโยบายหลักและนโยบายสนับสนุนระดับท้องถิ่น 4) การบูรณาการทรัพยากรและศักยภาพของเครือข่าย 5) การสร้างสังคมรอบรู้ตลอดชีวิต และ 6) การสร้างคุณภาพชีวิตแบบไร้รอยต่อให้กับผู้สูงอายุ โดยภาพรวมรูปแบบฯ มีความเหมาะสมด้านประโยชน์ ($\bar{X}$ = 4.04, S.D. = 1.55) และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ปฏิบัติจริง ($\bar{X}$ = 3.93, S.D. = 1.29) โดยรวมในระดับมาก พื้นที่บริบทสังคมเมืองและสังคมชนบทมีความคิดเห็นด้านประโยชน์และการนำรูปแบบมาใช้ไม่ต่างกัน

คำสำคัญ: รูปแบบการบริหารจัดการ, ระบบดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ภาวะถดถอยทางกาย

Abstract

This research was quasi experiment data analysis by mixed methods. The objective was to develop a health care systems administration model for the elderly people at risk of deconditioning in Saraburi provincial. The research process were divided into 3 phase that during January – July 2023. The samples were selected by the purposive selected the snowball sampling, and the simple random technique. The semi-structured interview, the questionnaire and focus group discussion were constructed and used as tools for data collection; and the data were analyzed by using content analysis, descriptive statistics and inferential statistics. The result were found that a health care systems administration model for the elderly people at risk of deconditioning in Saraburi provincial consisted of 8 processes; 1) Creation of a memorandum of understanding between 3 organizations (government sector, public sector, local sector). 2) Linking of the missions of network partners at all levels. 3) Determine of main and supporting policies of the local organization. 4) Integration of the resources and network potential. 5) Creating a health literacy society on the lifelong learning process. and 6) Creating a seamless quality of life for the elderly. The model was considered high level in actually utility ($\bar{X}$ = 4.04, S.D. = 1.55) and feasibility ($\bar{X}$ = 3.93, S.D. = 1.29) could be applied to the context of all health organization in Saraburi Province and the actually utility and feasibility perspective of urban and rural communities were not significant.

Keyword Administration model, Health care systems**,** Elderly, Deconditioning

---

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี *Corresponding author: yodchai53@hotmail.com

บทนำ

ทั่วโลกต่างเผชิญกับโจทย์และความท้าทายด้านการพัฒนาภายใต้การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรที่เกิดจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าปี 2021 ทั่วโลกมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลกทั้งหมด และภายในปี 2573 จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเท่ากับ 1 ใน 6 ของประชากร [1] ซึ่งส่งผลต่อความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ สังคม โดยเฉพาะด้านสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความเกี่ยวโยงไปยังด้านอื่นๆ และมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่กระทบและขยายวงกว้างจากระดับบุคคลไปสู่ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ ดังนั้น สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (UN) จึงประกาศให้ปี 2564-2573 เป็นทศวรรษแห่งผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพดี โดยมีเป้าหมายในการลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพและปรับปรุงชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการเปลี่ยนแปลงวิธีคิด ความรู้สึก การดูแลผู้สูงอายุโดยมีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาชุมชนให้เอื้อต่อการส่งเสริมความสามารถของผู้สูงวัย การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแบบบูรณาการ และได้รับการดูแลระยะยาวอย่างมีคุณภาพ เป็นแนวปฏิบัติเพื่อการเตรียมความพร้อมสำหรับลองรับและลดผลกระทบจากปัญหาและความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้[2]

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์[3] ในปี 2563 มีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 12,116,199 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมดและคาดว่าปี 2583 จะมีผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นเป็น 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทย และจากการสำรวจสถานสุขภาพของผู้สูงอายุ[4] ในปี 2562 มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.30 โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.12 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 49.53 ปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 4.95 ภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 1.57 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 7.11 ภาวะหกล้ม ร้อยละ 4.92 และการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.46 ติดบ้าน ร้อยละ 2.77 และติดเตียง ร้อยละ 0.77 และต่อมาในปี 2563 มีรายงานสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ [5] ร้อยละ 38.2 เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.1 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และร้อยละ 17.0 มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่ดีมากที่สุด และภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 53.3 โดยในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านมีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 75.0 และติดสังคม ร้อยละ 98.6 มีความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น

จังหวัดสระบุรีก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2565 มีผู้สูงอายุ 121,906 คน หรือร้อยละ 18.93 จากประชากรทั้งหมด[6] และจากการสำรวจสุขภาวะของผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรีในปี 2564 ด้วยการคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อายุ 60 - 69 ปี พบภาวะถดถอยทางกาย ร้อยละ 45.29 ปัญหาที่พบสูงสุด คือ ภาวะถดถอยด้านการมองเห็น ร้อยละ 63.14 ช่องปากหรือการขบเคี้ยว ร้อยละ 45.44 และการเคลื่อนไหว ร้อยละ 36.80 และมีข้อเสนอแนะให้ผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ขณะเดียวกันครอบครัวต้องเรียนรู้และเข้าใจธรรมชาติผู้สูงอายุสังเกตดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจ สังคมควรสนับสนุนทรัพยากรส่งเสริมให้มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการสุขภาพมีการตรวจคัดกรอง และจัดระบบบริการสุขภาพแบบครอบคลุมผสมผสาน และจัดระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ [7]

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว จังหวัดสระบุรีมุ่งผลักดันให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงความสำคัญและ เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ และจัดระบบบริการสุขภาพที่หลากหลายเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อที่สอดคล้องและบรรลุตามเป้าหมายทศวรรษแห่งผู้สูงอายุ[2] ปัจจุบันการดำเนินงานยังอยู่ในระยะของการพัฒนาเพื่อสร้างความเข้มแข็งทั้งด้านกระบวนการ ทรัพยากร และเครือข่าย ซึ่งจากการถอดบทเรียนและสรุปผลการนิเทศประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขในปี 2564 และ 2565 พบประเด็นที่เป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน คือ เครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับการดำเนินงานผู้สูงอายุมากขึ้นแต่ยังเป็นการดำเนินงานในรูปแบบต่างคนต่างทำและขาดการเชื่อมต่อด้านข้อมูล ทรัพยากร ส่งผลให้งานบางด้านเกิดความซ้ำซ้อน และบางงานเกิดจุดอ่อนจากความไม่ชัดเจนด้านบทบาทหน้าที่องค์กร จนทำให้ขาดความสมดุลของบุคลากร ทักษะ ทรัพยากร ตลอดจนการจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร (Age - Friendly Communities) ที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ [8] อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมที่มีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ของผู้สูงอายุ การไม่เข้าใจธรรมชาติผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชนที่นำไปสู่การดูแลและสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสมและไม่ครอบคลุมในมิติกาย ใจ และสังคม [9] ซึ่งหากพิจารณาตามสภาพบริบทของปัญหาข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีความเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเชิงระบบที่เป็นปัจจัยพื้นฐานทั้งด้านนโยบาย ทรัพยากร ความร่วมมือของเครือข่าย ดังนั้นหากมีการจัดการและมีรูปแบบการบริหารเชิงระบบที่เหมาะสมสามารถเข้าถึงสภาพปัญหาและสอดคล้องกับบริบทสังคมก็จะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเพิ่มศักยภาพในการพัฒนางานผู้สูงอายุของจังหวัดสระบุรีให้บรรลุตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมุ่งที่จะพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี ที่เกิดจากการสะท้อนประสบการณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกระดับให้เป็นเครื่องมือเชิงนวัตกรรมด้านองค์ความรู้สำหรับเป็นแนวทางการบริหารจัดการ เชิงระบบงานสาธารณสุขและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถป้องกันและส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการถดถอยทางกายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต ตามปรัชญาพึ่งประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัยของผู้สูงอายุในสังคมสระบุรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี

วิธีการวิจัย

วิจัยกึ่งทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี [10] โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพศึกษาสภาพแวดล้อมด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในการพัฒนา (ร่าง) รูปแบบฯ และใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลองทดสอบประสิทธิผลด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายไปใช้จริงในเขตเมืองและเขตชนบท ใช้เวลาศึกษา 7 เดือน (มกราคม-กรกฎาคม 2566) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพแวดล้อมด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ **กลุ่มตัวอย่าง** เจาะจงเลือกจากเงื่อนไขด้านบทบาทและประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหาร คือ ผู้อำนวยการระดับเขตสุขภาพ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด 2) กลุ่มครือข่ายผู้ปฏิบัติ คือ ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และ 3) กลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุผู้ที่ส่วนได้ส่วนเสียจากองค์กรชมรม และชุมชนที่มีประสบการณ์ตรงหรือทางอ้อม

จากการบริการดูแลสุขภาพ และด้านผลกระทบด้านการบริการ **ขนาดตัวอย่าง** ทั้งสิ้น 31 ตัวอย่าง พิจารณาจากความเพียงพอ และความอิ่มตัวของข้อมูล ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหาร 7 ตัวอย่าง 2) กลุ่มเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานจากองค์กรภาครัฐและภาคประชาชน 15 ตัวอย่าง และ 3) กลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุ 9 ตัวอย่าง **เครื่องมือการวิจัย** คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากหลักการ SWOT Analysis [11] ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธี IOC เท่ากับ 1.00 **วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล** ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเผชิญหน้าระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2566 **การวิเคราะห์ข้อมูล** ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) [12] **การนำผลวิจัยไปใช้** นำเป็นข้อมูลพื้นฐานตั้งต้นในการสร้างเครื่องมือการพัฒนา (ร่าง) รูปแบบในการวิจัยระยะที่ 2

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงปริมาณ **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้เชี่ยวชาญ เลือกแบบเจาะจงตามเงื่อนไขของความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ หรือประสบการณ์สูงในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 3 ปี **ขนาดตัวอย่าง** 15 ตัวอย่าง คือ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุหรือมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 5 ตัวอย่าง 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัย 3 ตัวอย่าง 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 1 ตัวอย่าง 4) ผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการศึกษา 3 ตัวอย่าง และ 5) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3 ตัวอย่าง **เครื่องมือการวิจัย** คือ 1) โครงสร้าง (ร่าง) รูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดรูปแบบเชิงภาษา (Semantic model) [13] โดยนำข้อมูลจากผลการศึกษาระยะที่ 1 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกลุ่มคำจำแนกตามองค์ประกอบของรูปแบบฯ ด้านแนวคิด หลักการ เป้าหมาย กระบวนการ และการประเมินผล และ 2) แบบสอบถามความเหมาะสมเชิงวิชาการและเชิงโครงสร้างของรูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cronbach มีค่าเท่ากับ 0.84 **วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล** ส่งเอกสาร (ร่าง) รูปแบบและแบบสอบถามฯ ให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยตรงทางไปรษณีย์ ในเดือนมีนาคม-เมษายน 2566 **การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความเหมาะสมเชิงวิชาการและโครงสร้างของรูปแบบฯ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาวิเคราะห์ข้อเสนอแนะการพัฒนารูปแบบ **การนำผลวิจัยไปใช้** นำเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือของการวิจัยระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี

รูปแบบการวิจัย กึ่งทดลอง **พื้นที่ในการศึกษา** ชุมชนในอำเภอเมืองสระบุรี (สังคมเมือง) และชุมชนในอำเภอหนองโดน (สังคมชนบท) โดยเลือกแบบหลายขั้นตอน **กลุ่มตัวอย่าง** สุ่มอย่างง่ายเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย (ค่าADL Score ตั้งแต่ 12 ขึ้นไป) **ขนาดตัวอย่าง** 400 ตัวอย่าง คำนวณจากสูตรของ Cochran, W.G. [15] ($n = \frac{P(1-P)Z^2}{e^2}$) ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และยอมรับความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 **เครื่องมือการวิจัย** คือ 1) คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามกระบวนการและขั้นตอนของรูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี 2) แบบสอบถามความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้ปฏิบัติจริง โดยมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 และ 3) ประเด็นการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขสนับสนุนการนำรูปแบบมาใช้ปฏิบัติจริงในจังหวัดสระบุรี ทดสอบค่า IOC เท่ากับ 1.00 **วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล** 1) นำเสนอรูปแบบฯ ต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

อำเภอเพื่อนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ตามแนวทางปฏิบัติของคู่มือรูปแบบฯ ในพื้นที่ศึกษาเป็นระยะเวลา 30 วัน ในเดือนพฤษภาคม 2566 2) ส่งแบบสอบถามความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้ปฏิบัติจริงทางไปรษณีย์ให้กลุ่มตัวอย่าง 3) จัดเวทีการสนทนากลุ่มเพื่อสรุปปัจจัยเงื่อนไขสนับสนุนการนำรูปแบบมาใช้ปฏิบัติจริงในจังหวัดสระบุรี จากตัวแทนประชากรในชุมชนพื้นที่ศึกษา คือ ตัวแทนเครือข่ายและผู้สูงอายุผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทางสังคม 14 ตัวอย่าง (7 ตัวอย่าง/ชุมชน)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้จริงในจังหวัดสระบุรี ใช้สถิติเชิงอนุมาน independent t-test เปรียบเทียบเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายมาใช้จริงในสังคมเมือง และสังคมชนบทของจังหวัดสระบุรี และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเงื่อนไขสนับสนุนการนำรูปแบบมาใช้ปฏิบัติจริงในจังหวัดสระบุรี

จริยธรรมในการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี หมายเลขใบรับรอง เลขที่ 027/2565 ลงวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ.2565

ผลการศึกษา

สภาพแวดล้อมด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี

จังหวัดสระบุรีมีจุดแข็งและโอกาสในการดำเนินงานผู้สูงอายุ คือ 1) ผู้บริหารระดับเขต/จังหวัดให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) เป็นพื้นที่นำร่องและเป็นพื้นที่ต้นแบบของการดำเนินงาน Long term care 3) มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่มีศักยภาพในการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4) ได้รับการสนับสนุนงบประมาณการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากท้องถิ่น 5) เป็นพื้นที่ศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ 6) มีแหล่งเรียนรู้และนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน และ 7) มีแกนนำชุมชนและจิตอาสาในการดำเนินงานผู้สูงอายุที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามจังหวัดสระบุรีมีประเด็นที่เป็นจุดอ่อนและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ 1) นโยบายระดับท้องถิ่นด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไม่ชัดเจนและขาดความต่อเนื่อง 2) องค์กรหรือหน่วยงานที่ไม่ได้มีภารกิจใกล้ชิดกับด้านสุขภาพยังขาดการมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรม 2) สมาชิกในครอบครัวของสังคมเมืองยังมีบทบาทและส่วนร่วมน้อยในการดูแลผู้สูงอายุ 3) ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ 4) ชมรมและองค์กรผู้สูงอายุยังมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน 5) การดำเนินด้านการดูแลผู้สูงอายุไม่ครอบคลุมในทุกมิติด้านสุขภาพและด้านสวัสดิการทางสังคม

รูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี

รูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี คือ ชุดความรู้ที่อธิบายถึงแนวคิดหลักการ เป้าหมาย กระบวนการ และการประเมินผลเกี่ยวกับการประสานงานและควบคุมการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี โดยมีรายละเอียดและโครงสร้างของรูปแบบฯ ดังแสดงภาพที่ 1

แนวคิดรูปแบบ คือ ค่านิยมร่วมของสังคมที่เชื่อว่าการประสานงานและควบคุมเพื่อการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรีจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดค่านิยมพื้นฐานในสังคม 3 ด้าน คือ 1) การยกย่องคุณค่าของผู้สูงอายุ 2) สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนในสังคมที่ต้องร่วมรับผิดชอบดูแล และ 3) การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

หลักการรูปแบบ คือ แนวทางการปฏิบัติในการประสานงานและควบคุมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายที่ได้รับอิทธิพลมาจากค่านิยมพื้นฐาน ซึ่งมี 3 แนวทางปฏิบัติสำคัญ 3 หลักการ คือ 1) มุ่งส่งเสริมศักยภาพและยกระดับคุณค่าผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนสังคม และ 3) ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อและเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

เป้าหมายรูปแบบ คือ ผลลัพธ์ในอนาคตที่ความคาดหวังต้องการให้เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแนวทางของหลักการประสานงานและควบคุมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย ซึ่งคาดหวังให้เกิดผลลัพธ์ 3 ประการ คือ 1) ภาคีเครือข่ายทางสังคมมีการบูรณาการทรัพยากรในการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) เกิดบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อจากครอบครัว สู่ชุมชน สู่สถานบริการสุขภาพในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง และ 3) ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถพึ่งพาและดูแลสุขภาพของตนเองได้

กระบวนการรูปแบบ คือ ขั้นตอนการปฏิบัติในการประสานงานและควบคุมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย เพื่อบรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการสร้างข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ขององค์การหลัก 3 องค์การ (ภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคท้องถิ่น) ในการร่วมเป็นแกนนำขับเคลื่อนและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี 2) ขั้นตอนการสร้างและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายในระดับต่างๆ (Net Work) ขององค์การหลักในการร่วมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายที่สอดรับไปกับตามภารกิจหลักหรือเป้าหมายเฉพาะของแต่ละองค์กร 3) ขั้นตอนการกำหนดนโยบายร่วม (Policy) ที่เป็นแนวทางปฏิบัติของจังหวัดที่เกิดจากข้อเสนอขององค์การภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคท้องถิ่น และการย่อยนโยบายหลักไปสู่แนวทางการปฏิบัติของภาคีเครือข่ายแต่ละระดับ เช่น นโยบายของหน่วยงานระดับท้องถิ่น การสร้างธรรมนูญชุมชน การกำหนดกติกา/ข้อปฏิบัติของชุมชน เป็นต้น 4) ขั้นตอนการสนับสนุนและบูรณาการทรัพยากร (Integrated resources) ที่สอดคล้องกับศักยภาพและบทบาทขององค์การต่างๆ เช่น ภาครัฐมุ่งสนับสนุนด้านวิชาการ องค์ความรู้ นวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย ภาคท้องถิ่นสนับสนุนด้านงบประมาณ กำลังคน และอุปกรณ์เครื่องมือที่เกี่ยวข้อง ภาคประชาชนสนับสนุนทุนเดิมทางสังคม แหล่งเรียนรู้ กองทุน ปราชญ์ชุมชน ในการใช้ศักยภาพหนุนการดำเนินงานภาครัฐและภาคท้องถิ่น 5) ขั้นตอนการสร้างสังคมรอบรู้ (Social Literacy) โดยการส่งเสริมความรู้ตลอดชีวิตด้านสุขภาพ (Health Lifelong Learning) ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ผ่านสื่อและช่องทางที่หลากหลายทั้งในแบบสื่อสารมวลชน และสื่อท้องถิ่น และสนับสนุนการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อคงกระแสความสำคัญของผู้สูงอายุไว้ในสังคมอย่างต่อเนื่อง เช่น การคัดกรองสุขภาพ การประเมินคุณภาพชีวิต การประชาสัมพันธ์ข่าวสารความรู้ เป็นต้น และ 6) ขั้นตอนการสร้างคุณภาพชีวิตแบบไร้รอยต่อ (Seamless Quality of Life) โดยองค์การภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชนสนับสนุนการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อทั้งมิติด้านสุขภาพ และสวัสดิการทางสังคม ที่มีการเชื่อมโยงระบบบริการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบบครบวงจร ผ่านนวัตกรรม/เทคโนโลยีโดยมีภาคประชาชนเป็นศูนย์กลางการเชื่อมต่อการพัฒนาของภาคีเครือข่ายทุกระดับ เช่น การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในชุมชน การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การจัดตั้งกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นต้น

การประเมินผลรูปแบบ คือ การระบุความสำเร็จของรูปแบบผ่านตัวชี้วัด 3 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 2) การเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และ 3)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบเงื่อนไขเชิงสนับสนุน คือ คุณลักษณะทางสังคมที่ส่งผลด้านบวกต่อความสำเร็จในการนำรูปแบบฯ มาใช้ปฏิบัติเพื่อบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรีให้บรรลุตามเป้าหมายที่พึงประสงค์ คือ 1) พื้นที่หรือองค์การมีผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคมสูง เช่น เป็นผู้นำหรือเป็นส่วนหนึ่งในคณะบริหาร 2) พื้นที่ที่มีอัตลักษณ์ด้านวัฒนธรรมหรือประเพณีที่เชื่อมโยงกับคุณค่าวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ 3) พื้นที่ที่มีชมรมหรือกลุ่มกิจกรรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง 4) ผู้บริหารหรือผู้นำระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 5) พื้นที่ที่มีสื่อท้องถิ่นหรือแหล่งเรียนรู้ที่มีการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ

ผลการทดสอบด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้บริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายในจังหวัดสระบุรี

รูปแบบฯ มีความเหมาะสมด้านประโยชน์ ($\bar{x}$ = 4.04, S.D. = 1.55) และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ปฏิบัติจริง ($\bar{x}$ = 3.93, S.D. = 1.29) ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายมาใช้จริงในสังคมเมือง และสังคมชนบทของจังหวัดสระบุรี ไม่ต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นความเหมาะสมด้านประโยชน์ของรูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายในสังคมเขตเมืองและชนบทของสระบุรี

บริบท	N	$\bar{x}$	S.D.	t	Sig.
เมือง	200	4.13	2.09	31.58	1.33*
ชนบท	200	4.09	1.99		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นด้านความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายมาใช้ปฏิบัติจริงในสังคมเขตเมืองและชนบทของสระบุรี

บริบท	N	$\bar{x}$	S.D.	t	Sig.
เมือง	200	3.98	1.39	28.71	3.17*
ชนบท	200	3.91	1.21		

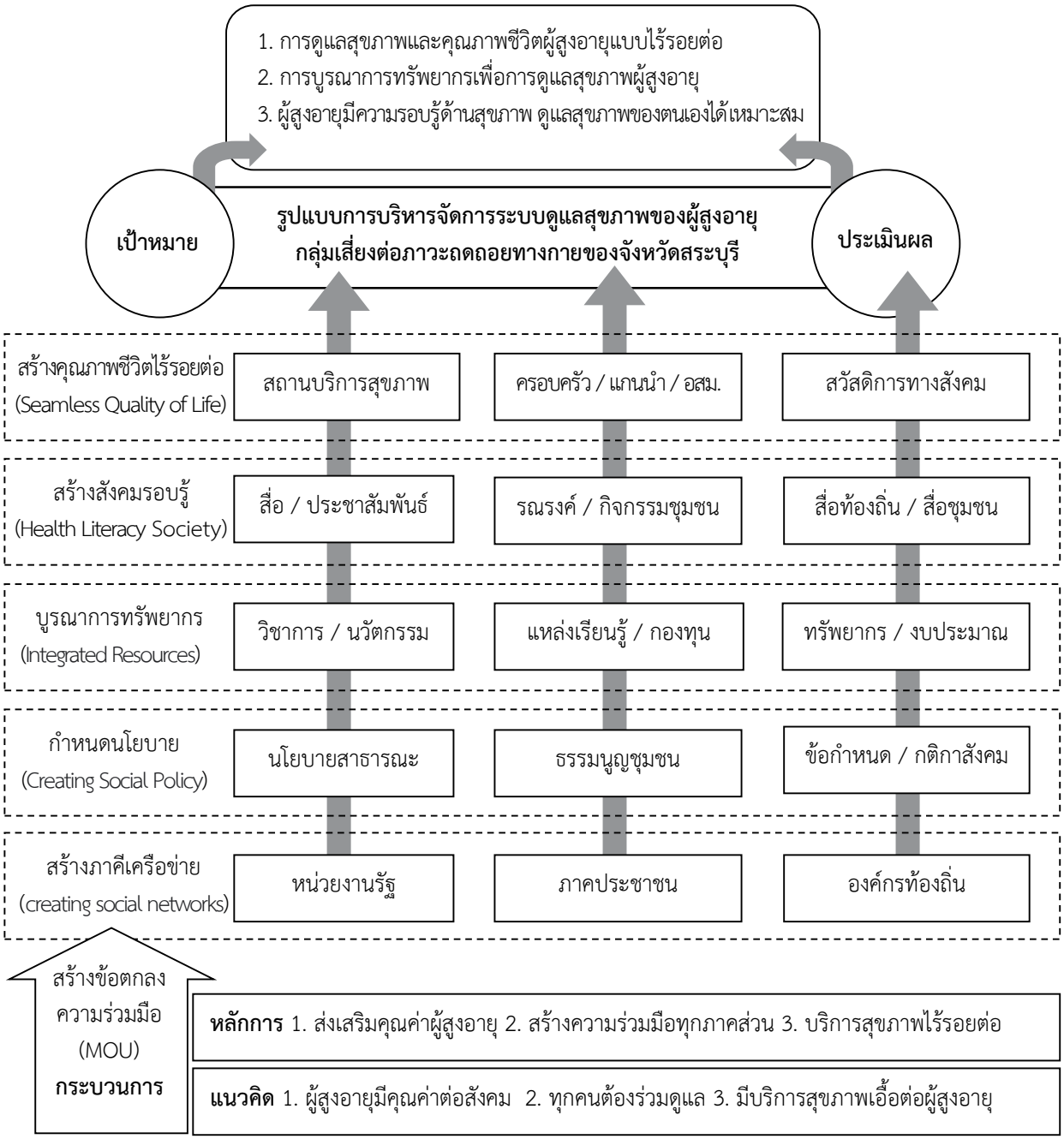
*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

รูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี มีกระบวนการของรูปแบบ 6 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่นำไปสู่ความร่วมมือทางสังคม คือ การสร้างข้อตกลงความร่วมมือร่วม (MOU) ขององค์การหลัก 3 องค์การ ได้แก่ ภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลไกสำคัญให้เกิดการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายซึ่งสอดคล้องกับจำรัส ประสิว และวิสุทธิ์ สุกรินทร์[16] และบัวพา บัวระภา ชัยยง ขามรัตน์ และอัจฉรา จินวงษ์[17] ที่พบว่ารูปแบบการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจะต้องประสานหน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กรเครือข่ายเพื่อสร้างพันธะสัญญาและบริหารจัดการร่วมกันโดยเฉพาะเครือข่ายภาครัฐและภาคประชาชน[18] จะมีบทบาทสำคัญในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาวและมีปฏิสัมพันธ์ที่จะเชื่อมต่อการสนับสนุนและบูรณาการทรัพยากรตามศักยภาพและบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์การในรูปแบบเครือข่ายเช่นเดียวการศึกษาของศศิธร สุขจิตต์ จงรัก ดวงทอง และวรวุฒิ ธุวะคำ[19]

การส่งสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ เป็นกระบวนการสนับสนุนการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยความร่วมมือของเครือข่ายเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตแบบไร้รอยต่อทั้งมิติด้านสุขภาพ และสวัสดิการทางสังคม การเชื่อมโยงระบบบริการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบบครบวงจร ด้วย

นวัตกรรม และเทคโนโลยีซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับนัฐฐาพร โพธิ์รักษา ภมร ขันธะหัตถ์ และผู้สูงอายุธนิศร ยืนยง[20] ที่กล่าวว่าการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุควรมีการวางแผนการบริหารและพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา



ภาพที่ 1 รูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี

สร้างสังคมรอบรู้ เป็นหนึ่งในขั้นตอนสำคัญของรูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพสามารถพึ่งพาและดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตด้านสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับ

รูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ[21] ที่ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถส่งเสริมและดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และการส่งเสริมสังคมรอบรู้ยังส่งผลต่อการเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ คัดกรองความเสี่ยง การจัดการความรู้ในชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาผู้สูงอายุสู่ภาวะพฤฒพลัง[22]

การมีผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคมสูง คือหนึ่งในคุณลักษณะทางสังคมที่ส่งผลด้านบวกต่อความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายซึ่งสอดคล้องกับชัยวัฒน์ เอี่ยมประภาศ[23] และธิดารักษ์ ลือชา ธีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์[24] ที่พบว่าภาวะผู้นำเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ในการจัดสวัสดิการสังคมและการจัดระบบดูแลให้กับผู้สูงอายุ อีกทั้งยังอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคมสูง เช่น เป็นผู้บริหารหรือประธานในชมรมหรือองค์การ เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากผลของการบริหารจัดการของรูปแบบ และอาจเป็นไปได้ว่าการพัฒนารูปแบบของการศึกษานี้มีพื้นฐานมาจากแนวคิดที่เชื่อว่าเป้าหมายความสำเร็จของบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายจะเกิดขึ้นได้ภายใต้สังคมที่ให้คุณค่าหรือมีค่านิยมการยกย่องในคุณค่าของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารระดับจังหวัด เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดสระบุรี ควรสนับสนุนให้เกิดเวทีการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายระหว่างผู้แทนหรือผู้นำขององค์การหลักที่เกี่ยวข้องจากภาครัฐ ท้องถิ่น และภาคประชาชนทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลเพื่อให้เกิดการมีร่วมของการปฏิบัติงานในรูปแบบเครือข่าย ซึ่งจะเป็นโอกาสให้องค์การที่เกี่ยวข้องทบทวนบทบาท ภารกิจและบูรณาการทรัพยากร

2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรกำหนดนโยบายและส่งเสริมให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นมีเป้าหมายร่วมที่ชัดเจนสำหรับเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบไร้รอยครอบคลุมมิติด้านสุขภาพ และสวัสดิการทางสังคม เช่น การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในชุมชน การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การจัดตั้งกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรร่วมมือกับหน่วยงานด้านการศึกษาและหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสารสนเทศ ในการร่วมสร้างสื่อความรู้หรือนวัตกรรมการสื่อสารความรู้ เพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารสารสนเทศที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุทุกระดับ ด้วยรูปแบบที่ตรงใจ กระตุ้นและเร้าให้เกิดการเรียนรู้ สามารถเข้าถึงได้ง่าย ทุกที่ ทุกเวลา เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการนำไปสู่การเป็นสังคมรอบรู้

4. หน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชนที่อยู่ในระดับท้องถิ่นควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาททางสังคมในองค์การ หน่วยงาน ชุมชน หรือชมรม และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะผู้นำ และมีบทบาทของผู้นำเพื่อส่งเสริมและยกย่องคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้มาเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน สังคม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปาะบางที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลหรือช่วยเหลือเร่งด่วน เป็นต้น

5. องค์กรและเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรค้นหาคุณลักษณะทางสังคมที่ส่งผลด้านบวกต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และส่งเสริมคุณลักษณะที่เป็นทุนเดิมทางสังคมที่เป็นเสมือนปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น อัตลักษณ์ด้านวัฒนธรรมหรือประเพณีที่เชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สื่อท้องถิ่น หรือแหล่งเรียนรู้ที่มีการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ เป็นต้น

6. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรนำรูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรีไปศึกษาด้วยรูปแบบวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของรูปแบบต่อระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ และระดับความสามารถของการเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุง และพัฒนาให้เป็นเครื่องมือทางเลือกสำหรับสนับสนุนการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะผู้บริหารของสำนักงานธารณสุขจังหวัดสระบุรี ที่สนับสนุนให้คำปรึกษาชี้แนะและขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ อาสาสมัครการวิจัยทุกท่าน ตลอดจนเจ้าของเอกสาร บทความตำราวิชาการต่างๆ ที่เป็นแหล่งสนับสนุนการค้นคว้าข้อมูล และองค์ความรู้ จนการวิจัยสำเร็จลุลวงโดยสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Ageing and health [Internet]. 2022 [cited 2022 January 3]. Available from: https://www.who.int/news-room /fact-sheets/detail/ageing-and-health.
2. กรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ. แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2566 - 2570) [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2566]. เข้าถึงจาก https://humanrights.mfa.go.th/upload/nationalhumanrightsplan5.pdf
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. จับตาสถานการณ์ประชากรสูงอายุทั่วโลกและไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 3 ม.ค. 2566]. เข้าถึงจาก https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/27613
4. กรมอนามัย. รายการข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 4 ม.ค. 2566]. เข้าถึงจาก https://dopah.anamai.moph.go.th/web-upload/8x6b2a6a0c1fbe85a9c274e6419fdd6071/tinymce/KPI2564/KPI121 /25640112111.pdf
5. กุลธิดา กุลประฑีปัญญา, วิรดา อัศวเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, อรัญญา นามวงศ์. สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2563; 17(2): 581-595.
6. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2565 *[อินเตอร์เน็ต]. 2565*[สืบค้นเมื่อ 4 ม.ค. 2566]. เข้าถึงจาก Available from: https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1766
7. เปรมวดี สาริชีวิน และยอดชาย สุวรรณวงษ์. การศึกษาสถานการณ์สุขภาพและการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันภาวะถดถอยทางกายในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดสระบุรี, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2563; 5(2):129-151.
8. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. สรุปผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานผู้สูงอายุของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี. การประชุมคณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี (SHB) ประจำเดือนมิถุนายน 2565 (หน้า 13-16). สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; 2565.
9. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. สรุปผลการนิเทศประเมินงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ประจำปี 2566. การประชุมสรุปผลการนิเทศประเมินผลงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี รอบที่ 1 วันที่ 27 มกราคม 2566 : ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี (หน้า 73-76). สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; 2566.
10. Creswell J W..A concise introduction to mixed methods research. Michigan: Sage Publications; 2015.11. Emet GUREL, Merba TAT. SWOT ANALYSIS: A THEORETICAL REVIEW. The Journal of International Social Research 2017; 10(51): 994-1006.
12. Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. A hands-on guide to doing content analysis. African Journal of Emergency Medicine 2017; 7(3): 93-99.

13. Keeves PJ. “Model and Model Building.” In: Keeves PJ, edited. Educational Research Methodology and Measurement: An International Handbook. Oxford: Pergamon Press; 1988.
14. Miller, M. J. Reliability and Validity [Internet]. 2013 [cited 2022 January 3]. Available from: http://michaeljmillerphd.com/res500_lecturenotes/reliability_and_va lidity.pdf.
15. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1973; 30(3): 607-10.
16. จำรัส ประสิว, และวิสุทธิ์ สุกรินทร์. การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 2562; 9(1)**:** 11-22.
17. บัวพา บัวระภา, ชัยยง ขามรัตน์, และอัจฉรา จินวงษ์. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนตำบลสร้างก่ออำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ (Journal of Nursing and Health Research) 2559; 17(2): 50-70.
18. นิธิรัตน์ บุญตานนท์. กระบวนการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566; 17(1): 56-72.
19. ศศิธร สุขจิตต์, จงรัก ดวงทอง, และวรวุฒิ ธุวะคำ. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 3(2): 109-118.
20. นัฐฐาพร โพธิ์รักษา, ภมร ขันธะหัตถ์, และธนิศร ยืนยง. การบริหารและการพัฒนาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรี. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2566; 17(2): 13-28.
21. กมลชนก ภูมิชาติ, ปรีชา สามัคคี, และลัญจกร นิลกาญจน์. รูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ. วารสารอินทนิลทักษิณสาร (INTHANINTHAKSIN JOURNAL) 2561; 13(1): 115-131.
22. ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล, พิไลพร สุขเจริญ, และสมจิตร์ พยอมยงค์. (2560). รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัย มสด สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2560; 10(2): 153-173.
23. ชัยวัฒน์ เอี่ยมประภาศ. ผลสัมฤทธิ์ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุของเทศบาล ในภาคตะวันตกของประเทศไทย. วารสารราชนครินทร์ 2561; 15(4): 39-51.
24. ธิดารักษ์ ลือชา, และธีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์. การจัดระบบดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการปกครองแบบร่วมมือ : กรณีการสร้าง ความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคเอกชน. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2565; 9(2): 274-294.

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Postpartum Mothers with High Risk and Preeclampsia with Severe Feature: Two Case Studies

(Received: December 16,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

อรพิน ตันมงคล[1]
Oraphin Tanmongkol

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลของมารดาที่มีความเสี่ยงและความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยผ่านกรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ 5ก โรงพยาบาลราชวิถี วิธีการวิจัย: ศึกษามารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง จำนวน 2 ราย และมีครรภ์แฝด 1 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นเวชระเบียนมารดาหลังคลอด ประเด็นการเปรียบเทียบ คือ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ การพยาบาลปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า มารดาหลังคลอดกรณีศึกษาที่ 1 มี LOS 4 วัน จำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตร กรณีศึกษาที่ 2 มี LOS 5 วัน เนื่องจาก มีปัญหาความดันโลหิตยังไม่คงที่ ต้องได้รับยาลดความดันโลหิตไปรับประทานต่อที่บ้าน และมีประเด็นเรื่องบุตรน้ำหนักตัวน้อย ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจส่งต่อรักษาไปที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อย่างไรก็ตาม พบว่า บุตรกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการดีขึ้นตามลำดับ มี LOS ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 24 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาลมารดาหลังคลอด, ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง, ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์

Abstract

This case study intended to investigate the nursing care of postpartum mothers who had preeclampsia with severe feature and were admitted to an obstetric ward, at Rajavithi Hospital. Two cases of postpartum mothers diagnosed with preeclampsia with severe feature were explored closely, one was with multifetal pregnancy. The data was collected from the medical record and used for comparing the healthcare plan, pathologic status, nursing care, and risk factors.

The result revealed that case 1 had the LOS stage for 4 days before returning home with the baby. Meanwhile, case 2 had the LOS stage for 5 days due to unstable blood
pressure and the low weight of the baby. Case 2 needed to take the antihypertensives at home, and her baby was then referred to Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH) with ventilation. However, the baby of case 2 was consequently better with the LOS stage of 24 days at QSNICH.

Keywords: postpartum nursing care, preeclampsia with severe feature, Risks from pregnancy

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรงส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของทั้งมารดา และทารกในครรภ์ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดาและทารกทั่วโลกร้อยละ 14[1] รองลงมาจากสาเหตุการตกเลือดที่พบร้อยละ 27.1[2] มีรายงานพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด[3] จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขใน ปี 2564 พบว่า ประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และหลังคลอดคิดเป็น 26.6

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี

ราย ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูง ระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เท่ากับ 3.2 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

ผลกระทบจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงมีผลต่อร่างกายหลายระบบ และอาจนำไปสู่ภาวะชัก (eclampsia) หรือเกิดภาวะ HELLP syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วย เม็ดเลือดแดงแตก (Hemolysis) เอนไซม์ตับสูงผิดปกติ (Elevated liver enzyme) และมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซล/ไมโครลิตร ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หรือในระยะหลังคลอด ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 25 ของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการชักได้ ซึ่งภาวะชักนี้สามารถพบได้ถึง 48 ชั่วโมงหลังคลอด[4] ทำให้มารดาหลังคลอดเสียชีวิตเนื่องมาจากมีเลือดออกในสมอง และการสำลักเศษอาหารขณะชัก[5] นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอด และปอดคั่งน้ำจากการที่หลอดเลือดของปอดตีบ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากการที่มีปริมาณเลือดดำที่ไหลกลับเข้าหัวใจห้องขวาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว[6] ภายหลังคลอดมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอาจมีภาวะน้ำท่วมปอดได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จากยาที่ใช้บ่อยทำให้เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย ปฏิกิริยาของระบบประสาทซิมพาเทติก และการหดรัดของหลอดเลือด[7] ดังนั้น ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลควรเฝ้าระวัง และติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันโรคที่รุนแรงขึ้น และให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที โดยพบว่าระดับความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด[7]

แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยทั่วไปจะมีการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เมื่อแรกรับ และประเมินเป็นระยะในช่วงหลังคลอด ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ ที่สำคัญคือ ความดันโลหิต systolic ที่สูงมากกว่าหรือ เท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท อาการนำก่อนการชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว (cerebral or visual disturbance) จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หรือปวดใต้ชายโครงขวา เป็นต้น รวมทั้งการประเมินอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญ ได้แก่ น้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ชัก (Eclampsia) ภาวะเลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage) ภาวะ HELLP syndrome เป็นต้น[6] การดูแลเพื่อป้องกัน ภาวะชักที่สำคัญคือ การดูแลให้ยา MgSO4 และมีการเฝ้าระวังระดับของ MgSO4 ในเลือด โดยการเจาะเลือดติดตามระดับของ MgSO4 ในซีรั่มทุก 4 ชั่วโมง ซึ่งระดับ ของ MgSO4 ในซีรั่มที่ต้องการ คือ อยู่ใน ช่วง 4-8 mg/dL รวมทั้งการเฝ้าดูอาการทางคลินิก เช่น การตรวจไม่พบปฏิกิริยาสะท้อน (reflex เป็น 0) อัตราการหายใจช้ากว่า 12-14 ครั้งต่อนาที หรือปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 - 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงหรือ 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง ในกรณีเช่นนี้ ระดับของ MgSO4 ในซีรั่มอาจจะมากเกินไป ดังนั้น จึงควรเตรียม antidote คือ ร้อยละ 10 calcium gluconate ขนาด 10 มิลลิลิตรไว้ให้พร้อมใช้ได้เสมอ ซึ่งการให้ยา MgSO4 นี้ต้องระมัดระวัง และดูแลใกล้ชิด เนื่องจาก มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกร้อน วูบวาบ มีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวซึ่งจะมีผลให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ตกเลือดได้ง่ายในระยะหลังคลอด ระดับยาในกระแสเลือดสูงเกินระดับการรักษาจะไปกดการหายใจ และถ้าสูงมาก (10 - 13 mEq.) จะกดการทำงานของหัวใจจึงนับว่าเป็นยาอันตราย ต้องเฝ้าระวังภาวะยาเกินขนาดโดยการบันทึกชีพจร อัตราหายใจ ความดันโลหิต ปัสสาวะทุกชั่วโมง และ Deep tendon reflex (DTR) ทุก 4 ชั่วโมง[8]

จากสถิติของโรงพยาบาลราชวิถี ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ เช่น Eclampsia, Chronic hypertension, Gestation hypertension, GDM, และPIH โดยพบ Mind PIH และSevere PIH ในปี 2563 -2565 จำนวน 136, 117 และ 79 ราย ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็น Severe PIH จำนวน 103, 87 และ58 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 74.70 ของมารดาตั้งครรภ์ที่เกิด PIH ทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าว เมื่อจำแนกรายปีจะพบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ ถึงร้อยละ 75.74, 74.36 และ 73.42 ตามลำดับ และโรงพยาบาลราชวิถี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพในการรับการส่งต่อรักษา เนื่องจากมีแพทย์ และสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญ ซึ่งภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์อาจครอบคลุมไปจนถึงหลังคลอด ก่อให้เกิดทุพพลภาพทั้งต่อมารดาและทารกได้ เพื่อเป็นตัวอย่างและประโยชน์ต่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ติดตามและดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตินี้ไปได้ เพื่อการบรรลุเป้าหมายของการสาธารณสุข ให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย และเป็นการเรียนรู้ ทบทวนการปฏิบัติงาน ผู้ศึกษาจึงใช้กรณีศึกษาที่พบในการปฏิบัติงาน จำนวน 2 ราย มานำเสนอข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล เพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงในระยะต่างๆ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด ขณะคลอด หลังคลอด และมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงร่วมด้วยให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1, เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยง และมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

2. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยง และมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่มีบริบทต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษามารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ 5ก กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 2 ราย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนมารดาหลังคลอด โดยข้อมูลที่รวบรวม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย การรักษา และการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาได้อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษารายละเอียดในการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับของการศึกษา ความสมัครใจของกรณีศึกษาซึ่งสามารถปฏิเสธในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาให้การพยาบาลตามปกติ และได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปพบว่าสถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่ ทั้ง 2 กรณีศึกษาแตกต่างกันไม่มาก โดยกรณีศึกษาที่ 1 มี อายุน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 2 เพียง 3 ปี ทั้ง 2 กรณีศึกษาระยะก่อนคลอดมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงคล้ายกัน ระยะฟื้นฟูมีความต่างกัน กรณีศึกษา 1 เสี่ยงตกเลือดหลังคลอด กรณีศึกษา 2 ในระยะวิกฤต ยังเสี่ยงต่อการชักเนื่องจากความดันโลหิตไม่ลง และระยะจำหน่าย ยังพบว่ากรณีศึกษาที่ 2 เกิดความรุนแรงของโรคมากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 เนื่องมาจากมารดามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (Preeclampsia with Severe Features) จำเป็นต้องได้รับยา prednisolone และปรับยาลดความดันโลหิตต่อเนื่องจนกระทั่งต้องได้รับยาควบคุมความดันโลหิตกลับไปบ้าน ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ที่พบ คือ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด[8] ส่วนการรักษา พบว่าทั้ง 2 กรณีศึกษา มีการวางแผนการคลอดที่ต่างกัน คือ กรณีศึกษาที่ 1 ให้คลอดเอง แต่เนื่องจาก

มารดาไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด มีครรภ์แฝด และภาวะ HELLP Syndrome กรณีศึกษารายที่ 2 เกิดภาวะ Preeclampsia with Severe Features มีอาการปวดตึงท้ายทอย ความดันโลหิตสูงเกินกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตอาจทำให้เกิดอันตรายต่อทั้งมารดา และทารกในครรภ์ [8] ทั้ง 2 กรณีศึกษา จึงได้รับการผ่าตัดคลอด ได้รับยาป้องกันการชัก และกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับยาลดความดันโลหิต

ผลลัพธ์การพยาบาล

ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่าทั้ง สองกรณีศึกษาได้รับการรักษาตามระยะของการเจ็บป่วยจนผลลัพธ์การพยาบาลทุกปัญหาได้รับการแก้ไขจนภาวะสุขภาพดีขึ้นตามลำดับ กรณีศึกษาที่ 1 มีการฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็วกว่ากรณีศึกษาที่ 2 เนื่องจากกรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะ Preeclampsia with Severe features ความดันโลหิตไม่ลดลง มีการปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ เพิ่มการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนชัก และได้รับอันตรายจากการชักเนื่องจากมารดามี ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ภาวะความดันโลหิตสูงของมารดาหลังคลอดทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการชักพบได้ร้อยละ 25[8]	จึงได้วางแผนให้การพยาบาล โดยการควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องให้คงที่ เฝ้าระวังสังเกตอาการนำก่อนการชัก อาการปวดศีรษะรุนแรงบริเวณท้ายทอย มึนงง ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน จุกหรือเจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรือชายโครงขวา ให้ยากันชัก ($MgSO_4$) ตามแผนการรักษา ประเมินภาวะสุขภาพมารดา และทารก เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา ควบคุมระดับ $MgSO_4$ ให้อยู่ระหว่าง 4- 7 mEq/L หยุดให้ยา และรายงานแพทย์เมื่อ Mg≥10 mEq/L มีอาการ RR<14 ครั้ง/นาที น้ำท่วมปอด ความดันโลหิตต่ำมาก ไม่มี Deep tendon reflex ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มีปัสสาวะออกน้อยกว่า 25-30 cc/hr. พบว่า กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการปวดตึงท้ายทอย ไม่ปวดศีรษะ หรือตาพร่ามัว ทั้ง 2 กรณีศึกษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะชัก
วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง การผ่าตัด และผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติอย่างหนึ่งที่พบได้เป็นปกติในมนุษย์ ในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ความเครียดต่าง ๆ โดยแสดงออกทั้งในทางความคิด ความรู้สึกทุกข์ทรมานของมารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จากการตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนด	ให้การพยาบาลโดยให้กำลังใจมารดา เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวแสดงความรู้สึก ดูแลความสุขสบายตามที่มารดาต้องการ และให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจอื่นๆ พบว่า ทั้ง 2 กรณีศึกษา สีหน้า สดชื่นมากขึ้น บอกเล่าความรู้สึก พูดคุย และร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี
ทารกเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนเนื่องจากครรภ์ยังไม่ครบกำหนดคลอด อธิบายได้ว่าการเกิด generalized vasospasm ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง plasma albumin ลดลงเนื่องจากมีการรั่วของโปรตีนออกมาทางปัสสาวะ ทำให้ plasma osmotic pressure ลดลง น้ำในระบบไหลเวียนเลือดถูกดึงมาอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์เกิดการคั่งของน้ำในเนื้อเยื่อของปอด ทำให้เกิดภาวะปอดบวมน้ำ การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนลดลง อีกทั้งยังส่งผลให้ intravascular volume ลดลงทำให้เลือดมีความหนืดมากขึ้น[7]	ให้การพยาบาลโดยจัดท่าให้นอนศีรษะสูง ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การติดตามผล ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การควบคุมความสมดุลของสารน้ำและอิเลคโตรไลท์ พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 แฝดน้อง APGAR 1min=8, 5min=9 และ10 min=10 หายใจได้เองโดยไม่ต้องพึ่งออกซิเจน แฝดพี่ APGAR 1min=6, 5min=8และ10min=9 O_2 Sat 95-98% ย้ายไปสังเกตอาการและให้ออกซิเจนที่ Ward ทารกแรกเกิดห้องเด็กป่วย 1 วัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 APGAR 1min=8, 5min=9และ10min=9 มีปัญหา HR 120-160 ครั้ง/นาที O_2 Sat 80-98% หายใจไม่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	สม่ำเสมอ มี retraction On Nasal prong no. 2.5 CPAP Pressure 6 FiO_2 0.21 HR 160$^+$ครั้ง/นาที Refer ไป สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี Admitted 24 วัน
มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีจากการได้รับยา $MgSO_4$ ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว พบว่าเป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 70 [10]	ให้การพยาบาลโดยดูแลให้เลือด/ผลิตภัณฑ์ของเลือด ให้ยา Syntocinon และสารน้ำตามแผนการรักษา วัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการ และอาการแสดงของการสูญเสียเลือดขณะทำผ่าตัด สังเกตเลือดที่ซึมจากบาดแผลผ่าตัด และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HCT, PLT กรณีศึกษาที่ 1 ตั้งครรภ์แฝด PLT 76,000 cell/mm^3 EBL 500 ml จึงได้ LPPC 1 ถุง, LPRC 2 ถุง แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มี Bleed มดลูกหดรัดตัวดี ตรวจหลังคลอด 2 สัปดาห์ HCT=32.7 % PLT 232,000 cell/mm^3 ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 EBL 300 ml ไม่ได้เลือด/ผลิตภัณฑ์ของเลือด HCT= 40 % PLT 149,000 cell/mm^3
มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีแผลในตำแหน่งที่รกเกาะ ผิวหน้าของแผลที่รกเกาะจะเป็นตุ่มเล็กๆ ที่เกิดจากเส้นเลือดมากมาย ภายในเป็น thrombi อุดอยู่ ซึ่งเป็นแหล่งเพาะเชื้อที่ดีของเชื้อโรค การมีบาดแผลเป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย[7] นอกจากนี้ปัญหา GDM และการคาสายสวนปัสสาวะ มารดาไม่มีความรู้เรื่องการดูแลแผลผ่าตัด เพราะเป็นการผ่าตัดครั้งแรกแบบฉุกเฉิน	ให้การพยาบาลโดย ตรวจดูลักษณะแผลผ่าตัด สังเกตลักษณะปริมาณเลือด หรือสารคัดหลั่งซึมจากแผล ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา วัดสัญญาณชีพ ให้คำแนะนำการดูแลแผลหลังผ่าตัด บันทึกปริมาณปัสสาวะ ถ้าออกน้อยกว่า30 ซีซี/ชั่วโมง ต้องหาสาเหตุ สีของปัสสาวะที่มีเลือดปน อาจมีอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะ ขณะทำผ่าตัด ดูแลสาย F/C ไม่ให้หัก พับ งอ หรือถูกกดทับ เพื่อให้น้ำปัสสาวะไหลออกดี และตรวจคลำกระเพาะปัสสาวะว่ามีการโป่งตึงหรือไม่ จากสายสวนอุดตัน กระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะหลังถอดสายปัสสาวะออก เพราะมีผลต่อการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี ทำให้ตกเลือดหลังคลอดได้ พบว่า ทั้ง 2 กรณีศึกษา แผลผ่าตัดไม่บวมแดง แผลติดดี ไม่มีไข้ หลังนำสายสวนปัสสาวะออก ปัสสาวะได้เองไม่แสบขัด สีเหลืองใส 800-1200 ซีซี. ใน 8 ชั่วโมง
6) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากการเกิดบาดแผลทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อและเส้นประสาทโดยตรง เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจะปล่อยสารเคมี เช่น โพรสตาแกลนดิน อีทู ฮิสตามิน ปฏิกิริยาที่เกิดจะเป็นเฉพาะที่บริเวณเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ สารเคมี เหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อการเจ็บปวดมากขึ้น	ให้การพยาบาลโดยการให้ยา morphine ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ให้ข้อมูลความรู้เรื่องความเจ็บปวด วิธีการบรรเทาปวด เช่น การประคบความเย็น การจัดท่านอน/เปลี่ยนท่านอน การนอนตะแคงเพื่อช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ และลดอาการตึงแผลผ่าตัด สอนการหายใจแบบผ่อนคลาย ประเมินค่าคะแนนความปวดด้วย numeric scale ช่วยเหลือกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย และบรรเทาความวิตกกังวลที่เป็นปัจจัยส่งเสริมระดับความรุนแรงของการเกิดความเจ็บปวด พบว่า ทั้ง 2 กรณีศึกษาทุเลาอาการปวด คะแนนความปวดลดลง PS < 3 ลุกลงจากเตียง ambulation ได้ดี ภายใน 2-3 วัน หลังผ่าตัด
7) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ความเครียดต่าง ๆ โดยแสดงออกทั้งในทางความคิดและความรู้สึก[11] ความกังวลใจของมารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่ต้องถูกแยกจากมารดาไปดูแลรักษาที่โรงพยาบาลอื่น มารดาที่คลอดบุตรแล้วไม่สามารถให้นมบุตรได้ จะแสดงออกโดยมีความวิตกกังวล เศร้าโศกเสียใจ นอนไม่หลับ	ให้การพยาบาลโดยให้กำลังใจ กระตุ้นให้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการคลอดครั้งนี้ รับฟัง เปิดโอกาสให้ได้สอบถามอาการของบุตร อธิบายเรื่องแผนการรักษา รบกวนเท่าที่จำเป็น ทำกิจกรรมการพยาบาลในคราวเดียวกัน สนับสนุนให้บิดาไปเยี่ยมและมีปฏิสัมพันธ์กับทารก กระตุ้นให้พูดคุยกับทารก และมาบอกเล่าอาการให้มารดารับทราบ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีส่วนร่วมในการเลี้ยงทารก เช่น ช่วยอาบน้ำเปลี่ยนผ้าอ้อม อุ้มปลอบทารก ทำให้ทารกเรอ หลังกินนม กรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาหัวนมบุ๋ม ได้ส่งไปปรึกษาคลินิกนมแม่ ปฏิบัติตามคำแนะนำสามารถบีบนวดเต้านมให้ลูกดูด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	นมได้ กรณีศึกษาที่ 2 กระตุ้นและบีบน้ำนมให้ทารกกินได้ เก็บน้ำนมได้ถูกวิธี มารดามีสีหน้าสดชื่นมากขึ้น บอกเล่าความรู้สึก พูดคุย นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น
8) มารดาขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และทักษะในการเลี้ยงดูบุตร พบว่าทั้ง 2 กรณีศึกษา ตั้งครรภ์ครั้งแรก กรณีศึกษาที่ 1 มีลูกแฝด สีหน้าวิตกกังวล ลูกร้องพร้อมกันจะบอกพยาบาลว่าทำอะไรไม่ถูกรู้สึกตนเองไม่ถนัดที่อุ้มลูก ให้ลูกกินนม กลัวลูกหล่น	ให้การพยาบาลโดย มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับมารดาสม่ำเสมอ ให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอดบุตร เช่น การลุกยืน/เดินหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก การรับประทานอาหาร และน้ำหลังการผ่าตัดตามลำดับโดยเริ่มจิบน้ำ ตามด้วยอาหารเหลวใส เช่น น้ำขิง น้ำผลไม้ อาหารอ่อน และอาหารปกติ โดยรับประทานทีละน้อย ๆ ก่อน แนะนำอาหารที่มีคุณค่าในปริมาณสูงกว่าในระยะตั้งครรภ์เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ผลิตน้ำนมได้เพียงพอ เช่นเนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว นมสด ผักผลไม้ทุกชนิด ควรดื่มน้ำให้มากพอ 2-3 ลิตร/วัน ควรงดอาหารรสจัด ของหมักดอง ชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ซื้อยารับประทานเอง เพราะยาออกฤทธิ์ผ่านทางน้ำนมได้ สังเกตอาการผิดปกติของแผลผ่าตัดหน้าท้อง น้ำคาวปลา ควรงดการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ เพราะในมดลูกยังมีแผลจากการคลอดที่มองไม่เห็นอาจติดเชื้อหรือแผลแยกได้ การออกกำลังกายหลังคลอด หลังคลอด 2 สัปดาห์คลึงมดลูกทางหน้าท้องได้ ในส่วนของบุตร สอนและให้คำแนะนำการเช็ดสะดือ ให้นมบุตร อาการผิดปกติของทารกที่ต้องมาพบแพทย์ ให้เอกสารคู่มือการดูแลตนเอง และทารกหลังคลอด รวมทั้งคู่มือการส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มารดา สดชื่น อุ้มทารกด้วยท่าทางที่ถูกต้อง ให้ทารกดูดนมทุก 2 ชั่วโมงสลับกันได้ดี อาบน้ำเช็ดสะดือทารกได้ ทั้ง 2 กรณีศึกษา ตอบคำถามได้ถูกต้อง ทุกด้านในการดูแลตนเอง และทารก

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ทั้งสองกรณีศึกษาได้รับการดูแลรักษาตามระยะของการเจ็บป่วย ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขจนภาวะสุขภาพดีขึ้นตามลำดับ มีการฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็ว เหมือนกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มี LOS 4 วัน จำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตร กรณีศึกษาที่ 2 มี LOS 5 วัน เนื่องมาจากกรณีศึกษาที่ 2 มีปัญหารอการปรับยาลดความดันโลหิต และมีประเด็นเรื่องบุตรน้ำหนักตัวน้อย ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจส่งต่อรักษาไปที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อย่างไรก็ตาม พบว่า บุตรกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการดีขึ้นตามลำดับ มี LOS ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 24 วัน

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา 2 รายนี้พบว่า สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่ไม่ต่างกันมาก กรณีศึกษาที่ 1 มีครรภ์แฝด เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด 1 สัปดาห์ และเกิดภาวะ HELLP Syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่คุกคามชีวิต ต้องได้เลือด และผลิตภัณฑ์ของเลือด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาด้วย Preeclampsia with Severe Features เมื่ออายุครรภ์ 33 สัปดาห์ มีอาการปวดตึงท้ายทอย ทั้งสองกรณีศึกษาได้รับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าคลอด ภาวะสุขภาพหลังคลอด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิกฤต ได้แก่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก, วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง การผ่าตัด และผลกระทบต่อทารกในครรภ์, และทารกเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน 2) ระยะฟื้นฟู ได้แก่ มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด, มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย และไม่สุขสบายเนื่องจากปวด

แผลผ่าตัด และ3) ระยะจำหน่าย ได้แก่ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร และมารดาขาดความรู้ในการดูแลตนเองและบุตร โดยพบว่า ทั้งสองกรณีศึกษามีอาการดีขึ้นตามลำดับ ความดันโลหิตกรณีศึกษาที่ 1 กลับคืนสู่ภาวะปกติ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับยา Carvedilol 1x1o pc จำนวน 10 tab และนัดตรวจหลังคลอด พบอายุรแพทย์ด้านหัวใจเพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาต่อไป

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และ3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. ข้อมูลทั่วไปในด้านสถานภาพ พบว่า มีความต่างกัน ในด้าน อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่ โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอายุน้อยกว่า และจบการศึกษาวุฒิประกาศนียบัตรวิชาชีพ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 จบการศึกษาระดับอนุปริญญา และพบว่า ทั้ง 2 กรณีศึกษา มีอาชีพรับจ้างเป็นพนักงานบริษัทเหมือนกัน กรณีศึกษาที่ 1 อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 อาศัยอยู่จังหวัดปทุมธานี

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์ และการเจ็บป่วย

กรณีศึกษาที่ 1 ตั้งครรภ์แฝด (Twins) มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ ก่อนมาโรงพยาบาลราชวิถี 2 ชั่วโมง ไม่มีน้ำเดิน ได้รับการวินิจฉัยโรค G_1P_0, GA 37^{+3} wk. c Twins MCDA c HELLP ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 รับ Refer มาด้วยปัญหาความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และมีอาการปวดท้ายทอย ได้รับการวินิจฉัยโรค G_1P_0, GA 33^{+1} wk. c preeclampsia with severe feature ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบันทั้งสองราย ฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรก ในระหว่างฝากครรภ์ กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีอาการปวดศีรษะ หรือตามัว กรณีศึกษาที่ 2 พบ อัลบูมินในปัสสาวะ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน รายที่ 1 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลบางนา หลังจากพบว่ามีครรภ์แฝดและมีปัญหา GDM High risk จึงมาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลราชวิถี และเริ่มอาการเจ็บครรภ์เมื่อตั้งครรภ์ได้ 37^{+3} wk. ระหว่างเจ็บครรภ์รอคลอดใน LR ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด และพบปัญหาความดันโลหิตสูง (HELLP Syndrome) ได้ยา MgSO4 และส่ง C/S ด่วน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 GA 33^{+1} wk. มีปัญหาความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง แพทย์วินิจฉัย preeclampsia with severe feature c Breech presentation โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ปทุมธานี จึง Refer มาโรงพยาบาลราชวิถี เพิ่มการรักษาด้วย MgSO4 และส่ง C/S ด่วน ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มารดามีครรภ์แฝด มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตรวจพบความผิดปกติของตับ เลือด และมีความดันโลหิตสูง ได้รับการผ่าตัดคลอด ได้ทารกแฝดเพศชาย แฝดพี่ให้ออกซิเจนย้ายไป Ward ทารกแรกเกิดห้องเด็กป่วย 1 วัน แฝดน้องอยู่กับมารดาหลังคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษารายที่ 2 มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงในช่วงที่ตั้งครรภ์ได้ 33 สัปดาห์ ได้ทารกเพศหญิง มีน้ำหนักตัว 1,800 กรัม มีปัญหาเรื่องการหายใจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับการส่งต่อไปรักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จะเห็นว่าทั้งสองกรณีศึกษาได้รับการยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนด โดยได้รับการผ่าตัดคลอดเหมือนกัน

3. ภาวะสุขภาพหลังคลอด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิกฤต 2) ระยะฟื้นฟู และ 3) ระยะจำหน่าย โดย พบว่า ในช่วงภาวะสุขภาพระยะวิกฤต กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน U/S พบ Twins MCDA c HELLP syndrome, Drip Syntocinon ใน LR มารดาไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด และมีปัญหาความดันโลหิตสูง 135/95-141/98 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ CBC พบ PLT 41,000–63,000cell/mm^3 ส่วนกรณีที่ 2 GA33^{+1} wk. c Breech presentation c preeclampsia with severe feature Admitted LR ได้ยา $MgSO_4$ และ Hydrocortisone BP=

171/102 มิลลิเมตรปรอท และตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 83 mg/dL (1.0-14.0) และ UPCR พบมีค่า = 675 mg/g LDH=276 U/L มารดามีอาการปวดตึงท้ายทอย ภาวะสุขภาพระยะฟื้นฟู กรณีศึกษาที่ 1 มีความดันโลหิตลดลง ใกล้เคียงปกติ มีอาการปวดมดลูก ตึงแผลผ่าตัด ต้องได้รับยาแก้ปวด และติดตามค่า HCT และPLT กรณีศึกษาที่ 2 หลังหยุดยา $MgSO_4$ ความดันโลหิตยังสูงต่อเนื่อง ต้องปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ ช่วยปรับยาลดความดันอยู่หลายครั้ง ทั้ง 2 กรณีศึกษา มีการควบคุมปริมาณน้ำเข้า และออกได้ดี จึงมีอาการดีขึ้น ส่วนแผลผ่าตัดหน้าท้องมีน้ำเหลืองซึมเล็กน้อย และในภาวะสุขภาพระยะจำหน่าย พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตามัว หรือเจ็บยอดอก กรณีศึกษาที่ 2 ยังต้องกินยาลดความดันโลหิตเมื่อกลับบ้าน และนัดพบแพทย์อายุรกรรมหัวใจ 2 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

1. การตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ การให้ความรู้ และคำแนะนำเพื่อเฝ้าระวังอาการรุนแรงมากขึ้น ควรได้รับการดูแลในคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูง จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนของภาวะครรภ์เป็นพิษได้ดี

2. การวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยงที่จากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ เพื่อให้การดูแลตั้งแต่เริ่มแรกเป็นสิ่งสำคัญจะส่งผลให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย บรรลุเป้าหมายของการสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Maternal mortality. [Internet] [cited 2015 April 6]. Available from URL: http://www.who.int/mediacentre/fact sheets/fs348/en/
2. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of Maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health 2014; 2: e323-33.
3. Cunningham FG, et al. Williams obstetrics (24nd ed.): New York: McGraw Hill; 2014.
4. Pillitteri A, Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family (7thed.): China: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
5. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 12. นนทบุรี: 2555.
6. นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: บริษัทสมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด; 2561.
7. รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์และสุชยา ลือวรรณ. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in pregnancy). คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.
8. ปัญญา สนั่นพานิชกุล. ความเข้าใจและแนวคิดเกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษในปัจจุบัน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า; 2558
9. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพ: พิมพ์อักษร; 2562.
10. Devendra BN, Seema KB, Kammappa KA. Episiotomy wound haematoma: Recognition management and healing assessment by REEDA scale in postpartum period. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSRJDMS) 2015; 14(9): e8-11.
11. ณัชนันท์ ชีวานนท์ และคณะ. ความทุกข์ทรมานของมารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2562.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดในสมองแตก: กรณีศึกษา

Nursing care of hypertensive patient with a stroke: a case study

(Received: December 16,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

โสมพรรณ ไวติดต่อ[1]
Sommapan Vitidtor[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดในสมองแตก โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 52 ปี มาตรวจรักษาที่คลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 11 สิงหาคม 2566 ด้วยอาการสำคัญ ปวดศีรษะมาก 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ระยะก่อนตรวจ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไม่สุขสบายปวดศีรษะ ตรวจพบระดับความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อเลือดเลือดในสมองแตก ระยะตรวจส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ Acute intraparenchymal hematoma ให้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ระยะหลังตรวจ เสี่ยงต่อเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความวิตกกังวล เคลื่อนย้ายและส่งผู้ป่วยถึงหอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย จำนวน 3 วัน จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 14 สิงหาคม 2566

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดในสมองแตก

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for hypertensive patient with a stroke. A 52-year-old Thai female patient came to Social Security Network Clinic, Phra Narai Maharat Hospital on 11 August 2023 with significant symptoms, severe headache before coming to the hospital for 1 day.

Results: Before health checking, the patient was not well and had a headache, high blood pressure level and a risk of bleeding in the brain. During checking, acute intraparenchymal hematoma was found by computerized tomography. The patient admitted for treatment at the female surgery ward. After health checking, the patient had a risk of insufficient blood flowing to the brain. The nurse investigated the changes in consciousness level of patient, provided information to patients and relatives to reduce anxiety and delivered patient to the ward. The patient received continuous care at the ward for 3 days and was discharged on August 14, 2023.

Keywords: Hypertensive patients with cerebral hemorrhage.

บทนำ

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญหรือทำให้เกิดทุพพลภาพ เป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และเป็นภัยเงียบที่เป็นอันตรายคุกคามชีวิตประชาชนมากขึ้นโดยเฉพาะ กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ จากระบาดวิทยาของโรคพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันและเกลือสูง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2565 จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน และผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี 2565 จำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 1.5 แสนคน [4]

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง โดยเกิดจากการตีบตันที่หลอดเลือดสมอง นำไปสู่การเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมองหรือรอยโรคสมองตาย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ โดยองค์การอัมพาตโลก (Worldstroke organization :WSO) รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 2 ของประชากร อายุมากกว่า 60 ปี และสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากร อายุมากกว่า 15-59 ปี จากรายงานจากองค์การอนามัยโลก (World health organization ; WHO) ปี 2565 พบอุบัติการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปีและพบว่าโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี 2566 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้นจะคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากก็น้อย เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไปและต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ซึ่งความพิการดังกล่าว ส่งผลกระทบ มิใช่ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติอีกด้วย โรคหลอดเลือดสมองในรายกรณีที่เป็นอัมพาตเรื้อรัง ใช้เวลาพักฟื้นนาน ถ้าไม่ได้รับการจัดการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น แผลกดทับ สำลักอาหาร เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบเป็นโรคซึมเศร้า7 ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนนั้นทำให้เกิดภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแล และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ต้องกลับบ้านเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล [7]

จากข้อมูลของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แผนกผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2563-2565 พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 7,758 ราย, 8,180 ราย และ 8,311 ตามลำดับ ซึ่งจัดเป็นผู้ที่มารับบริการเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคเบาหวานในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน จำนวน 538 คน, 559 คน และ 599 คน พบการเสียชีวิตจำนวน 46 คน, 50 คน และ 69 คน คิดเป็นร้อยละ 8.55, 8.94 และ 11.52 ตามลำดับ (งานสารสนเทศโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2565)

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 52 ปี เชื้อชาติไทย จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ รับจ้าง

อาการสำคัญ

ปวดศีรษะมาก 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ซื้อยามารับประทานเอง

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะมากขึ้น ไม่มีแขน ขา อ่อนแรง จึงมาตรวจที่โรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ทุกคนสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบการตรวจร่างกาย

ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำแซมขาว ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

ตา: ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ

หู: ใบหูปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

จมูก: มีลักษณะภายนอกปกติ น้ำมูกใส

ปาก: ริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่มีบาดแผล

หน้าอก: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี

แขน ขา: สมมาตรกันดี ไม่มีอาการอ่อนแรง

การตรวจร่างกายตามระบบ

ระบบประสาท: GCS 15 คะแนน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้

ระบบการหายใจ: อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ปอดไม่มีเสียงผิดปกติ

ระบบหัวใจ: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 96 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ

ระบบทางเดินอาหาร: หน้าท้องแบนราบ ไม่อืดตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ ทวารหนักรูปร่างปกติ

ระบบผิวหนัง: ผิวสีขาวเหลือง ผิวแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ไม่ชีด

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์: ปกติ

ผลการตรวจพิเศษ

ส่งตรวจ CT brain พบ A 1.4x0.9x1.5 cm acute intraparenchymal hematoma at right caudate nucleus with rupture into the ventricular system. An old lacunar infarction at right corona radiata

การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

ตารางที่ 1 การพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยเดินมาพร้อมกับบุตรสาวมาถึงจุดคัดกรองหน้าห้องตรวจประกันสังคม เวลา 07.30 น. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ตรวจวัดสัญญาณชีพ จากการประเมินสัญญาณชีพ และสภาพแรกรับ น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/82 มิลลิเมตรปรอท สีหน้าไม่สุขสบาย บ่นปวดศีรษะ ดูแลย้ายให้นอนบนเปลนอนเพื่อสังเกตอาการ ให้พักบนเตียง 15 นาที และวัดความดันโลหิตซ้ำได้ 158/80 มิลลิเมตรปรอท สังเกตและประเมินอาการไม่มีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดในสมอง ระหว่างผู้ป่วยรอพบแพทย์ พยาบาลสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เป็น การดูแลตนเองเพื่อประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพ และไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งพบปัญหาทางการพยาบาลระยะก่อนตรวจ ดังนี้	
1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. บ่นปวดศีรษะบริเวณด้านข้างและท้ายทอย 2. สีหน้าไม่สุขสบาย pain score 5 คะแนน **วัตถุประสงค์** ทุเลาอาการปวดศีรษะ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ย้ายผู้ป่วยสังเกตอาการบนเปลนอน ยกเหล็กกั้นเตียง 2 ข้าง 2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ 3. ใช้ผ้าห่มหนุนใต้ศีรษะ ท้ายทอยเพื่อให้เกิดความสุขสบาย 4. ประเมินอาการ และลักษณะ ความรุนแรงของอาการปวดที่มากขึ้น รายงานแพทย์ทันที 5. หลังให้การพยาบาล ประเมิน pain score ซ้ำ **การประเมินผล** ผู้ป่วยยังมีอาการปวดศีรษะ หลับและพักบนเปลนอนได้เป็นพักๆ pain score 3-4 คะแนน
2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตันจากภาวะความดันโลหิตสูง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มีอาการปวดศีรษะบริเวณด้านข้างและท้ายทอย 2. ความดันโลหิต 160/82 มิลลิเมตรปรอท **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตันจากภาวะความดันโลหิตสูง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ตรวจวัดความดันโลหิตและอัตราการหายใจ เพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตสูง 2. 07.50 น. วัดความดันโลหิต 160/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้ง/นาที ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเปลนอน วัดความดันโลหิตหลังพัก 15 นาที 3. สังเกตและประเมินอาการแสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามือ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง 4. ระหว่างรอพบแพทย์ สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง 5. จัดลำดับคิวตรวจเป็นอับดับแรก **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามือ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง ความดันโลหิต 158/80 มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ 1 การพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เนื่องจากขาดความตระหนักและความรู้ในการป้องกันโรค **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ชอบรับประทานกาฟ หวาน มัน ปาท่องโก๋ทุกเช้า 2. ไม่เคยตรวจสุขภาพ จากการประเมินปัจจัยเสี่ยง ผู้ป่วยมีอายุ 52 ปี ดัชนีมวลกาย 31.24 (อ้วนระดับ 3) เส้นรอบเอว 86 เซนติเมตร **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส 2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน แนวโน้มในอนาคตถ้ายังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. ให้ความรู้เรื่องภาวะก่อนเกิดโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน 4. แนะนำการเลือกรับประทานอาหาร ลดปริมาณอาหารไขมันสูง เช่น ปาท่องโก๋ กาแฟ 3 in 1 แนะนำให้ดื่มกาแฟดำแทน ลดอาหารเค็ม ลดการเติมเค็ม น้ำตาล รับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัด 5. แนะนำการออกกำลังกาย อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 70
4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วย และบุตรสาวมีสีหน้าวิตกกังวล หลังได้รับแจ้งว่ามีความดันโลหิตสูง บุตรสาวบอกว่าแม่จะอันตรายไหม **วัตถุประสงค์** เพื่อลดความวิตกกังวล	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รวมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลและความจำเป็นก่อนให้การรักษาพยาบาลทุกครั้งเพื่อลดความวิตกกังวล 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความในใจ ปลอบโยนผู้ป่วยและรับฟังด้วยท่าทีสงบ ให้เวลาผู้ป่วยซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย 3. ช่วยประสานให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถาม พูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับแผนการรักษา 4. อธิบายให้เข้าใจถึงความเครียดว่า ความเครียดจะมีผลต่อสภาพจิตใจ สามารถจัดการกับความเครียดได้หลายวิธี เช่น อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ ดูโทรทัศน์ **การประเมินผล** หลังได้รับคำแนะนำจากพยาบาลผู้ป่วยและบุตรคลายความวิตกกังวล
ระยะแพทย์ตรวจ พยาบาลเตรียมเอกสาร และประวัติผู้ป่วยพร้อมเพื่อเข้ารับการตรวจ แพทย์มีแผนการรักษา ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, BS จากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ A 1.4x0.9x1.5 cm acute intraparenchymal hematoma at right caudate nucleus with rupture into the ventricular system. An old lacunar infarction at right corona radiata พบผลเลือดที่ผิดปกติ WBC 19,940 cell/cu.m.m, Neutrophil 93.6%, Lymphocyte 4.9%, Hct 44.2% Na 129 mmol/L, K 4.12 mmol/L, Cl 104 mmol/L, CO_2 20.2 mmol/L, BS 125 mg/dl, BUN 40 mg/dl, Cr 1.24 mg/dl วินิจฉัย Hypertension with Rt internal capsule hemorrhage ให้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ซึ่งพบปัญหาทางการพยาบาลระยะตรวจ ดังนี้	
5. ผู้ป่วยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากมีเลือดออกในสมอง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมาก 1 วัน 2. ความดันโลหิต 160/82 มิลลิเมตรปรอท 3. ผล CT brain Rt internal capsule hemorrhage **วัตถุประสงค์**	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประสานไปยังห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการ 2. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ออกซิเจนทาง canular 5 LPM 3. แนะนำให้บุตรดูแลผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการงอพับของคอ การงอข้อสะโพก 4. ตรวจวัด และประเมินสัญญาณชีพ GCS ทุก 15-30 นาที 5. สังเกตอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน อาการรุนแรงขึ้น รายงานแพทย์ทันที **การประเมินผล** ไม่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ความดันโลหิต 140/60-150/88 มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ 1 การพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	
6. เสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากมีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ **ข้อมูลสนับสนุน** ผลการตรวจเลือด Na 129 mmol/L **วัตถุประสงค์** ปลอดภัยจากภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สังเกตอาการปวดศีรษะ กล้ามเนื้อกระตุก อ่อนล้าหมดแรง ซึมลง คลื่นไส้อาเจียน 2. ประสานแผนการรักษากับห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr 3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4. บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกกับพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีอาการจากภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ เช่น กล้ามเนื้อกระตุก อ่อนล้าหมดแรง ซึมลง คลื่นไส้อาเจียน ติดตามผลเลือดที่หอผู้ป่วย Na 132 mmol/L
7. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะมีเลือดออกในสมอง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย วิตกกังวล 2. บุตรสาวถามแผนการรักษา ว่าแม่ต้องผ่าตัดไหม **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยท่าทีที่เป็นมิตร 2. อธิบายแผนการรักษาของแพทย์ ว่าเลือดที่ออกมีขนาดเล็ก เบื้องต้นรักษาด้วยการสังเกตอาการและให้ยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต 3. เปิดโอกาสให้บุตรสาวได้สอบถามข้อสงสัยจากแพทย์อีกครั้ง 4. ปลอบโยนผู้ป่วยและรับฟังด้วยท่าทีสงบ ให้กำลังใจและคอยประสานการช่วยเหลือ 5. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติว่าจะได้รับการดูแลจากทีมการรักษาเป็นอย่างดี **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์
ระยะหลังตรวจ **8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากภาวะความดันโลหิตสูง** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. รับประทานอาหารรสเค็ม หวาน มัน เป็นประจำ 2. BUN 40 mg/dl, Cr 1.24 mg/dl 3. ความดันโลหิต 160/82 มิลลิเมตรปรอท **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงโดยการซักประวัติ ประเมินอาการ และวัดสัญญาณชีพ 2. ตรวจร่างกายตามระบบ ประเมินอาการบวมน้ำ บริเวณหน้าแข้ง ข้อเท้า และหลังเท้า 3. ประเมินค่าอัตราการกรองของไต และแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ 4. ให้ความรู้ บอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงและโรคไต ปัจจัยเสี่ยงและการจัดการต่อการเกิดภาวแทรกซ้อนทางไต 5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต โดย ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยการลดเค็ม อาหารหวานจัด ไขมันสูง ลดการบริโภคเกลือ ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต **การประเมินผล** ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ความดันโลหิต 130/78-140/95 มิลลิเมตรปรอท BUN 28 mg/dl, Cr 0.98 mg/dl หลังติดตาม 2 เดือน
9. เสี่ยงต่อระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงจากมีภาวะเลือดออกในสมองระหว่างย้ายไปหอผู้ป่วย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยรอย้ายไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลจนถึงตรวจรักษานาน 4 ชั่วโมง **วัตถุประสงค์**	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประสานงานจัดผู้ป่วยให้อยู่ในโซนสังเกตอาการที่เห็นได้ชัดเจน ติด Monitor 2. ให้ออกซิเจน Cannula 4 LPM 3. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา และไม่ให้ศีรษะหักพับงอ เพื่อให้การไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น ป้องกันภาวะสมองบวมและภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 4. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน 5. ตรวจดูให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา ตรวจดูสายยางออกซิเจนไม่ให้หักงอ หลุด หรืออุดตัน 6. ผูกป้ายข้อมือผู้ป่วยให้เรียบร้อย เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

ตารางที่ 1 การพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง เคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วยปลอดภัย	7. ตรวจสภาพรถเปลนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งาน 8. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และเมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป **การประเมินผล** ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง GCS 15 คะแนน pupil Ø 2 mm RTL BE เคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วยปลอดภัย **การติดตาม** ผู้ป่วยเข้ารับการดูแลรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ให้ยา Manidipine (20) 1 tab oral OD pc, Atovastatin (40) 1 tab oral hs. จนอาการดีขึ้น ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย จำนวน 3 วัน จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 14 สิงหาคม 2566

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยตรวจพบความดันโลหิตสูงครั้งแรกไม่เคยตรวจสุขภาพมาก่อน สาเหตุการเจ็บป่วยครั้งนี้ เกิดจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง[1] รับประทานอาหารปรุงรสเค็ม หวานมัน จัด ขาดการออกกำลังกาย และไม่เคยตรวจสุขภาพ ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง และเกิดเลือดออกในสมอง ซึ่งเป็นความเสี่ยงและอันตรายต่อการเกิดความพิการและเสียชีวิต พยาบาลคัดกรองได้ประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วตามมาตรฐานการคัดกรองแบบ MOPH ED Triage[7] ผู้ป่วยได้รับการตรวจรวดเร็วและปลอดภัย ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม และเสริมทักษะการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความเข้าใจและยึดหลักการดูแลโดยเสริมแรงจูงใจด้านบวก ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. จากกรณีศึกษา พบว่าผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ทั้งเรื่องการบริการโภคอาหารและการออกกำลังกาย ควรส่งเสริมให้ใช้ผู้สนับสนุนที่มีอยู่ เช่น ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ จะช่วยให้ผู้รับบริการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. นำข้อมูลกรณีตัวอย่างมาแลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อพัฒนาการบริการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้มารับบริการที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ให้บริการมีคุณภาพยิ่งขึ้น

3. พยาบาลจุดคัดกรองควรศึกษาหาความรู้และพัฒนาสมรรถนะในการประเมินดูแลผู้ป่วยด้วยการศึกษาฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ

4. ควรเพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้กับประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2560). พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

2.ชูชาติ กลิ่นสาคร, และสุ่ยถิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 2(2), 62- 77

3.ณฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ เกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสุขศึกษา, 41(1), 62-75.

4.ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์, 2565. ฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. https://www.pptvhd36.com/health/news/3040

5.นภาพร แหวนแก้ว. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม หลัก 3 self ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, 8(2), 99- 110.

6.บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 19(1), 122-134.

7.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. ทริคธิงค์.

กระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

Road Accident Management Process by Using Mechanisms for District Health Board (DHB) Kamalasai, Kalasin Province.

(Received: December 16,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

เบญจมาภรณ์ ศิริโสม[1]
Benjamaporn Sirisom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์และกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่าง เดือน มิถุนายน 2565 – ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลา 16 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 10 ตำบลๆ ละ 12 รวมทั้งสิ้น 120 คน เก็บข้อมูลจากแบบสรุปผลการดำเนินงานและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบล ก่อนการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลางและไม่มีความแตกต่างกัน หลังการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุดและไม่มีความแตกต่างกัน ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบลมากกว่าก่อนการดำเนินการ และการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบล ปี 2566 พบว่าการบาดเจ็บลดลงจากปีที่ผ่านมา โดยรวมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยปี 62 – 65 แต่ยังมีตำบลที่เกินค่าเฉลี่ย ได้แก่ หลักเมือง ธัญญา หนองแปนและโคกสมบูรณ์ และตำบลที่มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ได้แก่ ตำบลกมลาไสย

คำสำคัญ: กระบวนการจัดการ อุบัติเหตุทางถนน การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ABSTRACT

This research was participatory action research. (Participatory action research : PAR) aims to study road accidents in Kamalasai District, Kalasin Province and the process of managing road accidents using the mechanism for improving the quality of life at the district level (DHB), Kamalasai, Kalasin Province. The research period is between June 2022 - October 2023, a total of 16 months. Sample size 120 Committee of the Road Safety Operations Center of the Local Administrative Organization (LOP), Kamalasai District, Kalasin Province, 10 subdistricts, 12 people each totaling 120 people. Data were collected from performance summary forms and questionnaires. Analyze data By content analysis (Content Analysis), frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that health knowledge towards the road accident management process using the mechanism for improving the quality of life at the district level (PPHO), Kamalasai, Kalasin Province, of the Sub-district Level Community Development Board. Before the overall operation and each aspect were at a moderate level and there was no difference. After overall operations and each aspect were at the highest level and there was no difference. Before and after operation There is a difference. Statistically significant at the .05 level. After the operation,

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกมลาไสย

the average score of health knowledge towards the road accident management process using the mechanism for improving the quality of life at the district level (P.C.O.), Kamalasai, Kalasin Province, of the Sub-district Level Provincial Administrative Organization was higher than before the operation. and managing road accidents using the mechanism for improving the quality of life at the district level (PPHO), Kamalasai, Kalasin Province, of the Sub-district Level Community Development Board in 2023 found that injuries decreased from the previous year. Overall, it is less than the average for 2019 - 2022, but there are still sub-districts that exceed the average, including Lak Muang, Thanya, Nong Paen and Khok Sombun. and the sub-district that has died from traffic accidents is Kamalasai sub-district.
Keywords: management process, road traffic accident. Developing the quality of life at the district level (DHB)

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาระดับโลกที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2561 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการชนบนถนนทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 1.25 ล้านคน เป็น 1.35 ล้านคนในช่วงสามปีที่ผ่านมา และคาดว่าจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกจะเพิ่มสูงขึ้นในปี 2573 เฉลี่ยปี ละ 2.4 ล้านคน [1] สำหรับประเทศไทยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากเป็นอันดับที่ 9 ของโลก และเป็นอันดับที่ 1 ของเอเชีย และอันดับที่ 1 ของอาเซียน ส่วนใหญ่ของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ซึ่งสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจมหาศาลให้กับประเทศ[2] จากรายงานข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ปี 2565 พบว่าประเทศไทยมีการเกิดเหตุสะสมทั้งสิ้น 939,713 ครั้ง เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ถึง 4.7% 2565 ส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บสะสม 924,799 ราย และเสียชีวิต 14,737 ราย[3]

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือใน การนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน และ DHB เป็นจุดคานงัดสำคัญ (Main Lever) เปลี่ยน “ฐาน” ของ “ระบบ” และ “บริการ” โดยมีการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็น ศูนย์กลาง” ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วม ของรัฐ ประชาสังคม และเอกชน ตามแนวทางประชารัฐ

การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ไม่ใช้เรื่องบังเอิญส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ การป้องกันหรือการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีการดำเนินการหลายมาตรการอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งด้านสิ่งแวดล้อม ยานพาหนะ ตลอดจนผู้ใช้ถนน มากกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใช้ถนนแต่เพียงอย่างเดียว[4,5]

อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการดำเนินการในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการตั้งศูนย์อำนวยการปลอดภัยทางถนนเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา แต่ยังพบปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอยู่อย่างต่อเนื่อง เมื่อทำการวิเคราะห์สภาพปัญหาแล้วพบว่า ในการดำเนินงานจะเป็นการดำเนินการตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ไม่มีหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ขาดภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพราะในการดำเนินงานดังกล่าวจำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน จึงจะสามารถดำเนินการได้อย่างประสบความสำเร็จ ซึ่งส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดการเสริมพลัง ก่อให้เกิดความไม่เข้าใจในการปฏิบัติงาน

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษากระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้เกิดรูปแบบ

ในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษากระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

กระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research : PAR) มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่าง เดือน มิถุนายน 2565 – ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลา 16 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการ ศปถ.ระดับตำบล อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 10 ตำบลๆ ละ 12 คน (จากคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนเทศบาลตำบล/องค์การบริหารส่วนตำบล) รวมทั้งสิ้น 120 คน

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยเรื่อง กระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจาคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมในกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาและวิเคราะห์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 กำหนดกิจกรรมในการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 กำหนดบทบาทตามกิจกรรมในการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4 เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบล

1.5 ดำเนินการตามกิจกรรมในการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

1.6 สรุปและถอดบทเรียนกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบล เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[6]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	ความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	ความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

2.61 – 3.40 ความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง

1.81 – 2.60 ความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย

1.00 - 1.80 ความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

2.2 แบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาและวิเคราะห์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กำหนดกิจกรรมในการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

3. กำหนดบทบาทตามกิจกรรมในการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

4. เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบล

5. ดำเนินการตามกิจกรรมในการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

6. สรุปและถอดบทเรียนกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ปี 2558-2565 ทุกปี และมีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรใกล้เคียงกัน โดยเพศชายมีสถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในเขตอำเภอกมลาไสยมากกว่าเพศหญิง เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรรถจักรยานยนต์ ปี 2558-2565

2. กระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพ การกำหนดแนวทางแก้ไข โดยใช้กลไก ศปถ. การปรับเปลี่ยนภาพแวดล้อม การปรับพฤติกรรมเยาวชน และการสร้างภาคีเครือข่าย

3. ผลของกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบล ก่อนการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลางและ ไม่มีความแตกต่างกัน หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุดและไม่มีความแตกต่างกัน และ การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบล ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการดำเนินงานมี

ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบลมากกว่าก่อนการดำเนินการ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบล ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
กลไก ศปถ.	2.79	0.33	4.79	0.17	119	-47.576	.000	-2.08035	-1.91410
สภาพแวดล้อม	2.73	0.34	4.83	0.13	119	-53.698	.000	-2.17744	-2.02256
ปรับเปลี่ยนฤติกรรม	3.02	0.44	4.72	0.35	119	-23.926	.000	-1.84069	-1.55931
การจัดการปัญหา	2.79	0.32	4.79	0.20	119	-44.253	.000	-2.09529	-1.91582
รวม	2.83	0.11	4.78	0.09	119	-116.005	.000	-1.98399	-1.91740

3.2 การจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบล ปี 2566 พบว่าการบาดเจ็บลดลงจากปีที่ผ่านมา โดยรวมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยปี 62 – 65 แต่ยังมีตำบลที่เกินค่าเฉลี่ย ได้แก่ หลักเมือง ธัญญา หนองแปนและโคกสมบูรณ์ และตำบลที่มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ได้แก่ ตำบลกมลาไสย

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ปี 2558-2565 ทุกปี และมีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรใกล้เคียงกัน โดยเพศชายมีสถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในเขตอำเภอกมลาไสยมากกว่าเพศหญิง เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรรถจักรยานยนต์ ปี 2558-2565 สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ฉลองชัย สิทธิวัง และคณะ (2564)[7] ได้ศึกษาการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอนำร่อง จังหวัดน่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการพัฒนาความปลอดภัยทางถนน โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นศึกษาบริบทชุมชน 2) ขั้นพัฒนาชุดข้อมูลการบาดเจ็บ การเสียชีวิตทางถนนและกำหนดปัญหา 3) ขั้นวางแผนพัฒนาโดยคืนข้อมูลให้กับภาคีเครือข่ายผ่านเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยบนท้องถนน พื้นที่เป้าหมาย 6 อำเภอ ในจังหวัดน่าน ที่มีสถิติการบาดเจ็บทางถนนสูง จึงได้จัดทำ กระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพ การกำหนดแนวทางแก้ไข โดยใช้กลไก ศปถ. การปรับเปลี่ยนภาพแวดล้อม การปรับพฤติกรรมเยาวชน และการสร้างภาคีเครือข่าย ตามแนวคิดของการพัฒนาความปลอดภัยทางถนน[8] และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)[9,10] ทำให้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบล ก่อนการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปาน

กลางและ ไม่มีความแตกต่างกัน หลังการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุดและไม่มีความแตกต่างกัน และ การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบล ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบลมากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ฉลองชัย สิทธิวัง และคณะ (2564) [7] ได้ศึกษาการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอนำร่อง จังหวัดน่าน ผลการวิจัยพบว่า คณะทำงานในพื้นที่วิจัยมีการใช้เครื่องมือ 5 ชิ้นและการวางแผนแบบ Logical Model ในการแก้ไขปัญหาร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธานคณะทำงานและกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีประสิทธิผลในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนตลอดจนภาคีเครือข่ายและการพัฒนาความปลอดภัยทางถนน คือ 1) สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลง 2) สามารถลดจำนวนครั้งการบาดเจ็บทางถนน 3) สามารถลดจุดเสี่ยงการบาดเจ็บทางถนนลดได้ด้วยความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่าย และ 4) เกิดรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสามารถผลักดันให้เกิดการแก้ไขจุดเสี่ยงทางถนน มาตรการทางสังคม การเขย่าสาธารณะและการจัดการเชิงกลไกของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องผ่านการสั่งการและการประสานงานของภาคราชการ ซึ่งเป็นการจัดการกับปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม ยังมีข้อจำกัด คือ ยังไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลได้อย่างยั่งยืน ซึ่งควรกำหนดโจทย์วิจัยสู่การพัฒนากลไกการทำงานของภาคประชาชนในชุมชนหมู่บ้านในลักษณะของชุมชนนำร่องขับขี่ปลอดภัย หรือตำบลขับขี่ปลอดภัยด้วยกลวิธีด่านครอบครัว หรือด่านชุมชน ส่งผลให้การจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ศปถ.ระดับตำบล ปี 2566 พบว่าการบาดเจ็บลดลงจากปีที่ผ่านมา โดยรวมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยปี 62 – 65 แต่ยังมีตำบลที่เกินค่าเฉลี่ย ได้แก่ หลักเมือง ธัญญา หนองแปนและโคกสมบูรณ์ และตำบลที่มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ได้แก่ ตำบลกมลาไสย สอดคล้องกันกับการศึกษาของมิตร สารัตน์ (2565)[11] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยใช้ระบบและกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยใช้ระบบและกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเมืองสรวง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา (2) การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการฯ (3) การจัดทำโครงการ (4) การนิเทศติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และ (5) สรุปถอดบทเรียนและประชาสัมพันธ์ และหลังการพัฒนาคณะกรรมการฯ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยรวมเพิ่มขึ้นโดยมีร้อยละความแตกต่างเพิ่มขึ้น 53.33% จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุลดลง 27.90% จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บลดลง 6.29% แต่มีผู้เสียชีวิต จำนวน 2 คน และไม่มีผู้เสียชีวิตในเทศกาลปีใหม่ และสงกรานต์

ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรกำหนดให้มี การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพ การกำหนดแนวทางแก้ไข โดยใช้ กลไก ศปถ. การ

ปรับเปลี่ยนภาพแวดล้อม การปรับพฤติกรรมเยาวชน และการสร้างภาคีเครือข่าย

2. ควรมีการศึกษากระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในระยะยาวเพื่อส่งเสริมให้การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรลดลงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). Global status report on road safety 2018. World Health Organization. Retrieved 29 April 2021, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276462/9789241565684-eng.pdf
2. วิทยา ชาติบัญชาชัย, (2565)สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนและการจัดการกับปัญหาของประเทศไทย. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (2022): กรกฎาคม-ธันวาคม.
3. กรุงเทพธุรกิจ.(2565). ไทยมีอุบัติเหตุทางถนน ปี 2565 กว่า 9.3 แสนครั้ง. https://www.bangkokbiznews.com/auto/1046574
4. WHO.(2022). Road traffic injuries. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries
5. Jitlakha Sukruay.(2020) Road accidents biggest health crisis. Thailand Development Research Institute (TDRI).https://tdri.or.th/en/2020/11/road-accidents-biggest-health-crisis/
6. Best, J.W. (1981). Research in Education.New Jersey : Prentice - Hall.
7. ฉลองชัย สิทธิวัง นิยม สุนทร กรภัทร ขันไชย ชาญชัย มหาวัน นิคม อุทุมพร เกษร ไชยวุฒิ กันจน เตชนันท์.(2564). การพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอนำร่อง จังหวัดน่าน. รายงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
8. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2559). แนวทางการประเมินการดำเนินงานการป้องกัน การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
9. สำนักนายกรัฐมนตรี. (2561). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 [อินเตอร์เนต]. เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2564 จาก http://ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/ 2561/E/054/1.PDF
10. มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์ดีวิถีไทย. (2563). บทเรียน พชอ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.นนทบุรี.
11. มิตร สารัตน์.(2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยใช้ระบบและกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 161-74

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566

VOL.8 NO.4 October - December 2023

Part V

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023 Part 5

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู 788
งามตา บุญนอก

การพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน 795
นัชชา เพิ่มสุภัคกุล

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ 804
ฌมญาณี โชติการณ์ ,นฎา จันทไทย ,พัชรินทร์ ภูวิเลิศ ,ทัศนีย์ ภูตรี

ผลของการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 815
กนกวรรณ คนหาญ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดราชบุรี 822
ศลาฆนันท์ หงษ์สวัสดิ์

การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2565-2566 834
ลักขณา รินทะไชย

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2560-2564 842
มะลิณี แดนรักษ์

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย 851
พัชรี รัตนขจรจิตต์

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 860
ทัศพร มงคลสินธุ์

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 868
สุวิสาส์ ทองดอนง้าว

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 876
ผกามาศ ภูจอมจิต

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ : กรณีศึกษา 2 ราย 884
กนกวรรณ มาซา

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ 893
พัชรินทร์ ทัพวิเศษ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโคนลิ้นระยะลุกลามที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น: กรณีศึกษา 900
สิริวิมล ลมเมฆ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษา 2 ราย 906
จีรนันท์ ชานนท์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง: กรณีศึกษา 2 ราย 914
หนูเพียร ชาทองยศ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง : กรณีศึกษา 2 ราย 923
เยาวมาลย์ พุทธา

การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ 930
ณชรต เพชรภูกันดาน

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566 VOL.8 NO.4 October - December 2023 Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 938
รัชดา จึงธนวงศ์

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากของเสียคั่งในเลือดสูง 946
พิกุล ศรีโยวงค์.

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย 956
ศรีสมพร ถวิลการ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว 964
สมเกียรติ ทองเล็ก ,รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ ,จำเนียร สุวรรณชาติ

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะแคลเซียมต่ำวิกฤตหลังผ่าตัดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 974
สุภาภรณ์ ชวนรำลึก

การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาส: กรณีศึกษา 981
สุเนตร มะวงศ์ษา

การพยาบาลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ : กรณีศึกษา 988
คมคาย ควรแย้ม

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ 995
สุปิยา สุระเสียง

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดกำเริบ: กรณีศึกษา 1004
พนารัตน์ เมืองเจริญ

การศึกษาการตรวจวินิจฉัยทางคลินิกของการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อช่องพังผืดซับแมนดิบูลาร์และมีอาการอ้าปากได้จำกัดร่วมด้วย ในผู้ป่วยของโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ 1009
อตินาต ธรรมรัชสุนทร

การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วนลงพุง: กรณีศึกษา 1015
วัชราภรณ์ บัตรเจริญ

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี 1023
สมทรง พุ่มประเสริฐ สุรัตน์ อนันทสุข

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 32 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ตุลาคม – ธันวาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยมะเร็งลิ้นระยะลุกลามที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด การตรวจรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง การผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะแคลเซียมต่ำ ผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาส หญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดกำเริบ การตรวจวินิจฉัยทางคลินิกของการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วนลงพุง การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อนำไข่ร่วมกับมีภาวะช็อก เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

Model of pregnant women care to prevent premature birth In Na Klang Hospital, Na Klang District, Nong Bua Lamphu Province.

(Received: December 16,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

งามตา บุญนอก[1]
Ngamta Boonnok[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของหญิงตั้งครรภ์ และศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึง ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 46 ราย เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และเวชระบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และDependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า หลังดำเนินงาน พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู หลังดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ ความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ABSTRACT

This study was action research with the objective of studying behavior to prevent complications from premature birth. of pregnant women and study the model of care for pregnant women to prevent premature birth in Na Klang Hospital, Na Klang District, Nong Bua Lamphu Province. The study period is between October 2023 and December 2023, a total of 3 months. Sample size were 46 pregnant women who came for prenatal care at Na Klang Hospital, Na Klang District, Nong Bua Lamphu Province. Data were collected from questionnaires and medical records. Data were analyzed by Content analysis (Content Analysis) frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

The results of the study found that After operation Behaviors to prevent complications from premature birth of pregnant women In Na Klang Hospital, Na Klang District, Nong Bua Lamphu Province It is at a very appropriate level. Understanding of monitoring for symptoms that require medical attention of pregnant women Na Klang Hospital, Na Klang District, Nong Bua Lamphu Province After operation Overall and each aspect at the highest level. And comparison of behaviors to prevent complications from premature birth and understanding of monitoring for symptoms that require medical attention. of pregnant women in Na Klang Hospital, Na Klang District, Nong Bua Lamphu Province Before and after operation There is a statistically significant difference at the .05 level, with the post-operation being better than before the operation.

Keywords: Caring for pregnant women Preventing premature birth

[1] โรงพยาบาลนากลาง

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) คือภาวะที่สตรีมีการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ และก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ สำหรับในประเทศที่พัฒนาแล้วให้ความหมายของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดว่าเป็นอาการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins, 2016) ส่วนการคลอดก่อนกำหนด (Preterm delivery) เป็นการคลอดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (Cunningham, F.G and other, 2010)

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) ซึ่งส่งผลให้ทารกแรกคลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตหลังคลอด จากภาวะน้ำหนักแรกคลอดน้อยและอวัยวะต่าง ๆ ยังทำงานไม่สมบูรณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของระบบการหายใจ ส่งผลกระทบให้เกิดการตายปริกำเนิด ทุพพลภาพ (วรพงศ์ ภู่พงศ์, 2551) และสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารกแรกเกิด เพราะทารกคลอดก่อนกำหนดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา และยังส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (วรพงศ์ ภู่พงศ์, 2555; Weiss ME, Saks NP, Harris S., 2002) รวมถึงผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และระบบสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษายาวนานและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาค่อนข้างสูง บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอปัญหา ผลกระทบ และปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ประไพรัตน์ แก้วศิริ และคณะ 2563)

ปัจจุบัน ปัญหาการคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในระดับประเทศ โดยพบอัตราการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 10.61, 11.08 และ 11.13 ของทารกเกิดมีชีพทั้งหมดตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าอุบัติการณ์การคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐานยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ท้าทายทีมสุขภาพที่รับผิดชอบด้านอนามัยแม่และเด็ก ต้องหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2559; กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถือเป็นปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อการมีผลลัพธ์ของกระบวนการส่งเสริมศักยภาพในทางบวกนั่นคือ อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดลดลง ลดอันตราย และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงอัตราการตายและทุพพลภาพของทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึง ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภูได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยมีกิจกรรมของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

1.2 การกำหนดการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

1.3 การเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

1.4 การติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มี

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	พฤติกรรม ระดับเหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	พฤติกรรม ระดับเหมาะสม
2.61 – 3.40	พฤติกรรม ระดับพอใช้
1.81 – 2.60	พฤติกรรม ระดับต้องปรับปรุง
1.00 - 1.80	พฤติกรรม ระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

2.2 แบบวัดความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

2. การกำหนดการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

3. การเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

4. การติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของหญิงตั้งครรภ์ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับพอใช้ หลังดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

2. ความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภูประกอบด้วย แนวทางกิจกรรมหรือขั้นตอนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลนากลาง การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่อายุครรภ์ 24/7 สัปดาห์ (สำหรับในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ยึดน้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป) ถึงอายุครรภ์ 36/7 สัปดาห์ การพยากรณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Prediction of preterm labour) การป้องกันการเกิดการคลอดก่อนกำหนด การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (Preterm premature rupture of membranes; PPROM) ภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้และ พฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ควรรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ประเด็น	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
พฤติกรรม	2.93	0.23	4.76	0.14	45	-35.514	.000	-1.93271	-1.72526
ความเข้าใจ	2.94	0.24	4.76	0.15	45	-32.921	.000	-1.92942	-1.70694

จากตารางที่ 1 พบว่า

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของหญิงตั้งครรภ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

ความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานการเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ ของหญิงตั้งครรภ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ และ ความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา เพ็ชรักษ์ อุตม์ชญาน์ อินทเรือง ฝนทอง จิตจำนง (2562) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในมารดาหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดมีการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.7, SD = 0.3) มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย = 2.3, SD = 0.3) การรับรู้การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =

0.433, p < 0.001) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ถูกต้อง ดังนั้น จึงได้จัดทำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ประกอบด้วย แนวทาง กิจกรรมหรือขั้นตอนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนากลาง การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่อายุครรภ์ 24/7 สัปดาห์ (สำหรับในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ยึดน้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป) ถึงอายุครรภ์ 36/7 สัปดาห์ การพยากรณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Prediction of preterm labour) การป้องกันการเกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ ของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู หลังดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ ความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของปิยะพร กองเงิน และคณะ (2559). ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามี ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนในการคลอดก่อนกำหนดและสามี ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 116 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p≤0.05) จำนวนการคลอดก่อนกำหนดและจำนวนการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p ≤ 0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิพา บัวคล้าย และคณะ (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่มีเด็กติดผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิง จำนวน 30 ราย พบว่า การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p ≤ 0.01, 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ควรประกอบด้วย แนวทาง กิจกรรมหรือขั้นตอนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนากลาง การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่อายุครรภ์ 24/7 สัปดาห์ (สำหรับในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ยึดน้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป) ถึงอายุครรภ์ 36/7 สัปดาห์ การพยากรณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Prediction of preterm labour) การป้องกันการเกิดการคลอดก่อนกำหนด การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (Preterm premature rupture of membranes; PPROM) ภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้และพฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ควรรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล ในระยะยาว เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J. and Spong, C.Y. (2010) Parturition. In: Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J. and Spong, C.Y., Eds., Williams Obstetrics, 23rd Edition, McGraw-Hill, New York, 143.
2. ประไพรัตน์ แก้วศิริ ศิริภรณ์ เหมะธุลิน พิมลพรรณ อันสุข พรรณยุพา เนาว์ศรีสอน.(2563). การส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: บทบาทพยาบาล ศรีนครินทร์เวชสาร 2563; 35(2) 238-45
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2559). สถิติกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2560.
4. John W. Best, Research in Education, 4 th ed. New Jersey : Prentice – Hall Inc.,
5. กรรณิกา เพ็ชรรักษ์ อุตม์ชญาน์ อินทเรือง ฝนทอง จิตจำนง (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในมารดาหลังคลอด วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 87 – 100
6. ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา, กาญจนา สมบัติศิรินันท์.(2559). ผลของโปรแกรมเสริมสร้าง พลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอด ก่อนกำหนดและสามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรก เกิดน้ำหนักน้อย. วารสารสภาการพยาบาล 2559; 31: 67-82.
7. พรรณทิพา บัวคล้าย, ประทุมา ฤทธิ์โพธิ์, ทยุตา อินทร์แก้ว.(2562). ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่มีเด็กติดผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิง. วารสาร การพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา 2562; 20: 28-39.

การพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

(The Development of the Readiness Pattern Management for the the Patients Rectal-Colonoscopy in Special treatment unit at Lumphun Hospital)

(Received: December 22,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

นัชชา เพิ่มสุภัคกุล[1]
เสาวณีย์ กรุณา[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนหลัง (two-group pretest-posttest design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 37 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 37 กลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้และการปฏิบัติจัดการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก แบบบันทึกการประเมินระดับความสะอาดของลำไส้ เก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบ ใช้ Paired samples test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบความรู้ของของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05และผลการประเมินความสะอาดของลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะมีความสะอาดของลำไส้ ในระดับดีมาก (excellent) ร้อยละ 89.2 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ จะมีความสะอาดของลำไส้ ในระดับดี (good) ร้อยละ 62.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความสะอาดของลำไส้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

คำสำคัญ: แผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย,การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก

Abstract

The Research and Development this time. This is quasi experimental research with a two-group pretest-posttest design. The samples were assigned into two groups: an experimental group of 37 people and a control group of 37 people. The control group used the original bowel preparation model for colonoscopy. The experimental group used the new bowel preparation model for colonoscopy. The data collection tools used included a questionnaire on basic personal information, health information, knowledge and preparation for colonoscopy, anxiety and satisfaction on preparation of patients for colonoscopy, a record of bowel cleanliness levels. Data were collected by interviews using questionnaires. Data were analyzed by percentage, arithmetic mean, standard deviation paired sample test and independent t-test.

The findings revealed that the knowledge of patients undergoing colonoscopy in the experimental group after the experiment was significantly higher than the control group at the .05 level. In terms of the preparation of

[1] โรงพยาบาลลำพูน

patients for colonoscopy, the prepartion of the experimental group was significantly higher than the control group at the .05 level. For bowel cleanliness assessment, the bowel cleanliness of the majority of the experimental group was at an excellent (89.2%) while that of the majority of the control group was at a good level (62.2%). The comparative results of the bowel cleanliness of the experimental group and the control group revealed that the experimental group had a higher level of colon cleanliness than the control group at a statistical significance of .05.
Keywords: Patient preparation management plan, colonoscopy

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขต้องพัฒนาให้มีความพร้อมในการเตรียมสุขภาพนั้นจะต้องเพิ่มคุณภาพของทรัพยากรบุคคลากรให้มีศักยภาพในการบริหารจัดการบริการด้านสุขภาพซึ่งต้องมีการพัฒนารูปแบบหลากหลายด้วยงบประมาณและบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งการพัฒนาแบบแผนการบริหารจัดการ คือ การทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง การกระทำหรือการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งดีขึ้นโดยการประสานงานและการบริหารหน้าที่ต่างๆเพื่อให้บรรลุเป้าหมายบางอย่าง ประกอบไปด้วยการวางแผน การบริหารทรัพยากรบุคคล และการควบคุมองค์กร มีคุณภาพมากขึ้นโดยผ่านกระบวนการ วิธีการและเทคนิคที่เป็นระบบและต่อเนื่อง อันมีผลทำให้การกระทำหรือการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ทำให้ผลหรือ ผลผลิตมีคุณภาพเป็นที่น่าพึงพอใจมากขึ้น ความสำคัญของการบริหารจัดการการพยาบาลที่ดีย่อมก่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานเพราะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ และสอดคล้องกับการบริการพยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ จะต้องมีการปรับปรุงคุณภาพ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การปรับปรุงคุณภาพ (Quality improvement) เป็นกระบวนการนำกลไกต่างๆที่จะรักษาและปรับปรุงคุณภาพต่อเนื่อง รวมถึงการจัดสรรทรัพยากร มอบหมายบุคคลให้ทำโครงการพัฒนาคุณภาพ การมีโครงสร้าง ประสิทธิผลขององค์การได้อย่างต่อเนื่อง [7]

ในด้านการบริหารการพยาบาลเป็นการแสวงหาความเข้าใจอย่างมีระบบ ว่าทำอย่างไรคนจึงจะทำงานร่วมกันได้ อย่างมีระบบ จนสำเร็จตามเป้าหมาย อุบัติการณ์ของโรคลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น รายงานก่อนหน้านี้ระบุว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการเตรียมลำไส้ไม่ดี ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาการท้องผูก ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง โรคหลอดเลือดสมองเสื่อมและการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นต้น มีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเตรียมลำไส้ที่ไม่เพียงพอในผู้ป่วยที่สงสัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักร้อยละ15 ถึง 48ของการตรวจทั้งหมด ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการเตรียมลำไส้ไม่ดีพบในผู้ป่วยอายุที่มากขึ้น คุณภาพการเตรียมลำไส้ที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมองเห็นเยื่อบุลำไส้ ที่จะสามารถเห็นรอยโรคทางคลินิกได้ชัดเจน ซึ่งสัมพันธ์กับประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและความปลอดภัยของการตรวจรักษาโรคลำไส้ใหญ่ มีจำนวนผู้รับบริการการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก (Rectal-Colonoscopy) เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้การประเมินปัญหา ตรวจเพื่อวินิจฉัย เฝ้าระวังและรักษาโรค ระบบทางเดินอาหารส่วนล่างที่ผิดปกติวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มาก โดยสามารถเห็นรอยโรคได้ร้อยละ 92 และสามารถหาจุดที่ เลือดออกได้ค่อนข้างแน่นอน [6] ทำให้เห็นรอยโรคและเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพและสามารถติดตาม การดำเนินโรค สามารถรักษาโรคที่ซับซ้อนได้โดยหลีกเลี่ยงการผ่าตัดที่มีอัตราเสี่ยงสูง ทำให้ผลการรักษาดีขึ้นตามลำดับ [4] มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการส่วนใหญ่สามารถเข้ารับการตรวจแบบผู้ป่วยนอกได้ โดยหลังจากที่เสร็จสิ้นการตรวจจากแพทย์ พยาบาล

ประจำห้องตรวจจะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องและรายละเอียดของการส่องกล้องเพื่อให้ผู้ป่วยลดความกังวล และสามารถทำความสะอาดลำไส้ใหญ่ก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในวันนัดส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ ให้การบริการรักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนบริการผู้ป่วยทั่วไปในระบบทุกสิทธิ์ งานบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก มีแพทย์ผู้ทำการตรวจทั้งแพทย์ แผนกอายุรกรรม และแผนกศัลยกรรม จากการให้บริการของหน่วยตรวจพิเศษห้องส่องกล้อง พบว่ามีผู้รับบริการส่องกล้องเพื่อตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในปี 2563 มีจำนวน 329 ราย ปี 2564 มีจำนวน 701 ราย และปี 2565 มีจำนวน 1,030 ราย(ที่มา:สถิติข้อมูลห้องส่องกล้องรพ.ลำพูนปี2565) ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มจำนวนสูงขึ้นในแต่ละปี จากการศึกข้อมูลเบื้องต้นพบว่าการเตรียมความพร้อมของลำไส้ใหญ่เพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องในปี 2565 พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีระดับความสะอาดของลำไส้ ในระดับดี(good) ร้อยละ 67.7 รองลงมา ระดับพอใช้ (fair) ร้อยละ 27.2 (โรงพยาบาลลำพูน,2566) ซึ่งคุณภาพการเตรียมลำไส้ที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมองเห็นเยื่อบุลำไส้ ที่จะสามารถเห็นรอยโรคทางคลินิกได้ชัดเจน ซึ่งสัมพันธ์กับประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและความปลอดภัยของการตรวจรักษาโรคลำไส้ใหญ่ ของจำนวนผู้รับบริการการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก (Rectal-Colonoscopy) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน ให้มีคุณภาพและมีมาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจมากที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนหลัง (two-group pretest-posttest design แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น2กลุ่มๆละ37คน กลุ่มที่ 1 ใช้รูปแบบเดิม กลุ่มที่2 ใช้รูปแบบใหม่โดยแพทย์สั่งใช้ยาระบายสูตร Swiff

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาผู้ป่วยนอกที่นัดมารับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ห้องส่องกล้อง หน่วยงานตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน
ในเดือนสิงหาคม และ เดือน กันยายน 2566 มีจำนวนทั้งหมด 74 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการที่แพทย์นัดมาตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูนจำนวน 74คน แบ่งเป็น2กลุ่มๆละ37คน โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้คือ

เกณฑ์การคัดเข้าในกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion Criteria) 1) มีอาการความผิดปกติการทำงานของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องผูก อุจจาระร่วงเรื้อรัง 2) ซีด 3) มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร 4) พบความผิดปกติของลำไส้จากการวินิจฉัยทางรังสี 5) ตรวจอุจจาระพบมีเลือดปน 6)ไม่มีภาวะกลืนลำบากหรือไม่สามารถรับประทานทางปากได้ 7) ไม่มีการอุดตันของลำไส้ใหญ่หรือสงสัยจากการวินิจฉัยของแพทย์

8) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่18ปีขึ้นไป 9)ไม่เคยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก 10) ไม่มีประวัติผ่าตัดลำไส้ใหญ่ 11) แพทย์ใช้ยาเตรียมลำไส้เป็น Swiff 12) สามารถอ่านออก เขียนได้ ติดต่อทางโทรศัพท์และระบบไลน์ได้ 13) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มตัวอย่าง(Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยที่แพทย์ใช้ยาเตรียมลำไส้ที่ไม่ใช่ยา Swiff 2) ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง 3) ผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ เอกสารการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว วีดีทัศน์การเตรียมลำไส้ใหญ่ห้องส่องกล้อง ตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน แผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัว ช่องทางการสื่อสารผ่านระบบ กลุ่มไลน์ (Line Group)

ส่วนที่2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น2ส่วน ดังนี้ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยบันทึกการสัมภาษณ์และเวชระเบียนแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย 2 แบบบันทึกความสะอาดของลำไส้มี5ระดับ ระดับที่1 หมายถึง

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

1.ศึกษาสภาพปัญหาการปฏิบัติงานขั้นตอนการเตรียมสะอาดลำไส้ ก่อนตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักจากเวชระเบียน สัมภาษณ์พยาบาล แพทย์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

2.ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบริหารจัดการการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ก่อนการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่

3.การจัดทำรูปแบบแผนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก

4.นำรูปแบบแผนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักที่พัฒนานำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างต่อไป

5.ประเมินผลการใช้รูปแบบแผนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ค่า จำนวน ร้อยละ 2) เปรียบเทียบความสะอาดของลำไส้ ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก โดยใช้สถิติ paired t-test

การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่คณะกรรมการ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ได้รับอนุมัติวันที่25 กรกฎาคม 2566 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน เปิดให้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในปี 2563 มีรูปแบบการให้บริการก่อนตรวจส่องกล้องลำไส้ทางทวารหนัก คือ ให้คำแนะนำ

ในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้อง โดยแจกแผ่นพับและให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเองก่อนมาตรวจส่องกล้อง ต่อมาในปี2566 มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดอุบัติการณ์เลื่อนเวลาตรวจหรือเลื่อนนัดตรวจ จากระดับความสะอาดของลำไส้ที่สะอาดไม่เพียงพอ โดยผู้ศึกษาได้มีการเพิ่มขั้นตอนของการให้บริการดังนี้ 1)จัดตั้งกลุ่มไลน์ในกลุ่มที่มีคิวนัดส่องกล้องในวันเดียวกันเพื่อรวมกลุ่มเป็นจุดเดียวเมื่อผู้ป่วยมีข้อสงสัยจะได้มีการซักถามพยาบาลห้องส่องกล้อง 2) ส่งวีดีทัศน์ ในการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องเข้าไปในกลุ่มไลน์ 3) โทรติดตามการเตรียมลำไส้1วันก่อนมาตรวจส่องกล้อง 4) หลังส่องกล้องผู้ป่วยแต่ละรายในกลุ่มวันเดียวกันแจ้งผลในแต่ละรายโดยส่วนตัวแล้วก็จะมีการลบกลุ่มไลน์ที่ส่องกล้องสำเร็จแล้วก็จะทำรูปแบบการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมที่พัฒนานี้ต่อไป

1. รูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน โดยมีรูปแบบดังนี้ 1) ให้ข้อมูลตามเอกสารใบนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก 2) ให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดีทัศน์เรื่องการเตรียมลำไส้ในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก 3) กระตุ้นเตือน ผ่านกลุ่มไลน์แอปพลิเคชั่น 4) โทรติดตามการเตรียมลำไส้ 2 ครั้ง คือก่อนมาตรวจ 7 วัน และ 1 วันก่อนมาส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก

2. การศึกษาข้อมูลโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม ได้ผลการศึกษาดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง

1) ด้านข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.0 อายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.4 อายุเฉลี่ย 61 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.1 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 35.1 และผู้ที่คอยช่วยเหลือเป็นคู่สมรส(สามี) ร้อยละ 54.1

2) ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ จะมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับ น้ำหนักเกิน ร้อยละ 40.5 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 51.4 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 48.6 โดยส่วนใหญ่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.1 มีการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.5 ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 59.5 เหตุผลที่ต้องได้รับการส่องกล้องส่วนใหญ่ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ ร้อยละ 59.5 การรับประทานยาระบาย รับประทานหมด ร้อยละ 100 ชนิดของยาระบาย สูตร Swiff ร้อยละ 100

3) ด้านความวิตกกังวล ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในระดับมาก ร้อยละ 10.8 มีความวิตกกังวลระดับปานกลางร้อยละ 32.4 และมีความวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 56.7 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวลในระดับมากแต่ยังมีความวิตกกังวลระดับปานกลางร้อยละ 32.4 และมีความวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ67.6 สรุปได้ว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีความวิตกกังวลต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักลดลง

4) ด้านความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 ค่าคะแนนเฉลี่ย 6.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.718 และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในระดับมาก ร้อยละ 91.9 ค่าคะแนนเฉลี่ย 10.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.093 สรุปได้ว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการเตรียมความ

พร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักเพิ่มขึ้น

5) ด้านการปฏิบัติพบว่าการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ส่วนใหญ่มีการการปฏิบัติตามคำแนะนำ

6) การประเมินความสะอาดของลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ จะมีความสะอาดของลำไส้ ในระดับดีมาก (excellent) ร้อยละ 89.2

7) ด้านความพึงพอใจส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในการรับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในระดับมาก

2.2 กลุ่มควบคุม

1) ด้านข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.3 อายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.8อายุเฉลี่ย 61 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.8 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 59.5 และผู้ที่คอยช่วยเหลือเป็นคู่สมรส(สามี) ร้อยละ 43.2

2) ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ จะมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับ น้ำหนักปกติ ร้อยละ 40.5 มีโรคประจำตัวร้อยละ 51.4 โดยส่วนใหญ่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.1 มีการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.5 ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 83.8 เหตุผลที่ต้องได้รับการส่องกล้องส่วนใหญ่ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ ร้อยละ 67.6 การรับประทานยาระบาย รับประทานหมด ร้อยละ 100 ชนิดของยาระบาย สูตร Swiff ร้อยละ 100

3) ด้านความวิตกกังวลต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในระดับมาก ร้อยละ 21.6 มีความวิตกกังวลระดับปานกลางร้อยละ 78.4 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวลในระดับมากและความวิตกกังวลระดับปานกลาง แต่มีความวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 100 สรุปได้ว่าหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักลดลง

4) ด้านความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักระดับน้อย ร้อยละ 91.9 ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.658 และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในระดับมาก ร้อยละ 89.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย 8.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.709 สรุปได้ว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักเพิ่มขึ้น

5) ด้านการปฏิบัติพบว่าการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ส่วนใหญ่มีการการปฏิบัติตามคำแนะนำ

6) การประเมินความสะอาดของลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ จะมีความสะอาดของลำไส้ ในระดับดี(good) ร้อยละ 62.2

7) ด้านความพึงพอใจส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในการรับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในระดับมาก

3. การศึกษาเปรียบเทียบ

จากการพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน โดยกลุ่มทดลองจะใช้แบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทาง

ทวารหนัก รูปแบบใหม่ ส่วนกลุ่มควบคุมจะใช้แผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก รูปแบบเดิม พบว่า

3.1 การเปรียบเทียบความรู้ของของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ของของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 ผลการประเมินความสะอาดของลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะมีความสะอาดของลำไส้ ในระดับดีมาก (excellent) ร้อยละ 89.2 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะมีความสะอาดของลำไส้ ในระดับดี(good) ร้อยละ 62.2

3.5 ผลการศึกษาเปรียบเทียบการประเมินความสะอาดของลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความสะอาดของลำไส้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการ ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน พบว่า ด้านความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และด้านการปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ พฤติกรรมการเตรียมและความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ หน่วยงานศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหารสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมการเตรียมอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.01กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่เป็นมีตะกอนเล็กน้อยและเป็นน้ำใส ซึ่งไม่แตกต่างจากการประเมินของแพทย์ผู้ส่องกล้อง (p=.386) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดี(กันร์ติชา เขียดน้อย ,2563) และการศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผลการวิจัยพบว่าการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีการปฏิบัติตนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (นิรินธน์ ช่อมะลิ,2561) และในด้านความสะอาดของลำไส้ใหญ่พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบในการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก รูปแบบใหม่ ส่วนใหญ่มีระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ระดับดีมาก (excellent) หมายถึง มีปริมาณน้ำอุจจาระใสเพียงเล็กน้อยสามารถมองเห็น

เยื่อบุผิว ได้มากกว่าร้อยละ 95 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบในการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก รูปแบบเดิม ส่วนใหญ่มีระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ระดับดี (good) หมายถึง มีปริมาณน้ำอุจจาระใสประมาณร้อยละ 5-25 ของลำไส้ใหญ่สามารถมองเห็นเยื่อบุผิวได้มากกว่าร้อยละ 90 ของกลุ่มทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความสะอาดของลำไส้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาและวิจัยการพัฒนารูปแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อน-หลัง การพัฒนาการใช้รูปแบบการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก มีระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ระดับ 2 Poor ระดับ 3 Fair และระดับ 5 Excellent แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 [3] และการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [1]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านผู้บริหาร

1. สามารถนำรูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักที่พัฒนาขึ้นใหม่ ไปใช้ในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลครอบคลุมเพิ่มมากยิ่งขึ้น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด

2. ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการบริหารจัดการ ในการนิเทศกำกับ ติดตามประเมินการปฏิบัติและผลลัพธ์ของการดำเนินงานของหน่วยงานตลอดจนมีการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ผู้ป่วยต่อไป

ด้านบริการ

1. การวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการเตรียมผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพิ่มจำนวนผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้นและการมีส่วนร่วมกับสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล การไม่ยึดติดกับรูปแบบการทำงานเดิม คิด ค้นคว้า หาแนวทางใหม่ๆ สอดคล้องกับยุคในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นยุคแห่งเทคโนโลยี่ที่ต้องนำมาเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการพัฒนางานที่หลากหลายให้มีความยั่งยืนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงสำคัญกับระดับความสะอาดของลำไส้

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักโดยใช้แนวคิด Lean Process หน่วยตรวจรักษาพิเศษ ห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลลำพูน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานพิเศษ งานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน

จังหวัดลำพูน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ พร้อมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเพื่อให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กรพัชชา คล้ายพิกุล, ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์.(2561).ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในผู้สูงอายุวารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปีที่ 21 ฉบับที่ 42 มกราคม - มิถุนายน 2561

2.จงดี ปานสุวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ(2565).ได้ศึกษาผลของการใช้สื่อวีดีทัศน์การปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ความสะอาดของลำไส้และความวิตกกังวล ในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของโรงพยาบาลนาหม่อม สืบค้นวันที่ 1กันยายน/2566 จาก https://he01.tci-haijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/255197

3.ธนานันต์ อาสนานิพ.(2564).การพัฒนารูปแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย.สืบค้น วันที่ 1มิถุนายน 2566 เวลา10.00น. จาก https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/253299

4.ธนพล ไหมแพง.(2546) Carcinoma of Esophagus.ใน:สัทธจิตร ลีนานนท์,วิชัย วาสนาสิริ, สุมิต วงค์เกียรติขจร,วัชรพงษ์ พุทธิสวัสดิ์, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 23. Current Practice in Clinical Surgery. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท โฆษิตการพิมพ์ จำกัด

5.ภัคภร เกตุสีสังข์ อุษาวดี อัสดรวิเศษ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุลและธวัชชัย อัครวิพุธ(2558).ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้และความวิตกกังวลในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก สืบค้น วันที่ 1กันยายน 2566
https://ns.mahidol.ac.th/english/journal_NS/pdf/vol33/issue3/artical%205%20Abstract.pdf

6.วีรศักดิ์ ว่องไพฑูรย์, เกรียงไกร อัครวงศ์ และทองดี ชัยพานิช. (2533) วิวัฒนาการในโรคระบบ ทางเดินอาหาร. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

7.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และอภิญญา จำปามูล. (2550). สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล ใน ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล หน่วยที่ 12 หน้า 7-8. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

8.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์ (บรรณาธิการ).(2550). กระบวนพยาบาล ทฤษฎีและการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 16). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Continuing Care Model for Intermediate Care with Community Participation, Kalasin Province

(Received: December 22,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

ถมญาณี โชติการณ์[1] นฎา จันทไทย พัชรินทร์ ภูวิเลิศ ทัศนีย์ ภูตรี
Thomyanee Chotikarn Nada chantathai Patcharin Phuwilert Tassanee Phutree

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยระยะกลาง ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 40 คน ระยะที่ 2 ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลางทุกประเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการส่งต่อเพื่อรับบริการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (The Barthel Activities of Daily Living Index : ADL) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L (The European Quality of Life Measure-5 Domain) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พัฒนาขึ้น จะมีการเชื่อมต่อระบบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีระบบการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพโดยใช้โปรแกรม COC โปงลาง Stroke@BI และไลน์กลุ่ม IMC บูรณาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากทุกภาคส่วนทั้งทีมสหวิชาชีพ ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน ร้อยละ 90.98 2) หลังได้รับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.80 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีค่าคะแนนอรรถประโยชน์จากแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L และคะแนนคุณภาพชีวิตจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต VAS เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลต่อเนื่อง การบริบาลฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยระยะกลาง การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research was mixed method research aimed to development of a continuing care model for intermediate care with community participation, Kalasin province. The study period was from October 2022 to September 2023. Phase 1 participants in the development care model were 40 people, including a multidisciplinary team, IMC patients, family members, community leaders, and local government organizations. Phase 2: 30 intermediate-care patients who were discharged from the hospital and referred for continuing rehabilitation services at home. Data were collected using an interview form, the daily activities assessment form, the Barthel ADL index (Barthel Activities of Daily Living: ADL), and the European Quality of Life Measure-5 Domain. Data analysis by Content Analysis, Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation and Paired t-test.

The results revealed that 1) Development of a Continuing Care Model for Intermediate Care with Community Participation, Kalasin Province. There will be a connection to the post-discharge care system, from the hospital to continuing care at home, a referral for continued care and rehabilitation to the Ponglang COC program, Stroke@BI, and the IMC group line. Integrate participation from all sectors, including multidisciplinary teams, communities, and local

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

government organizations. For IMC patients who receive rehabilitation care and follow-up until the end of 6 months, a total of 90.98% had a Barthel index = 20. 2) After using the care model, the sample group's mean score for the Barthel ADL index increased more than before receiving the care model, statistically significance at 0.05 with a mean difference of 7.80, and they had a better quality of life. Utility and VAS scores from the EQ-5D-5L were increased.
Keyword : Continuing care, Rehabilitation care, IMC patients, Community participation

บทนำ

ผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมด ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments ทั้งนี้ผู้ป่วยระยะกลาง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพหลังผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อให้เพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ กระทรวงสาธารณสุข[1] มีนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ลดความแออัด ลดเวลาการรอคอย ลดอัตราการป่วยและตาย พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม รวมทั้งสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care;IMC) โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดและให้โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) โดยปี 2566 กำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าถึงการฟื้นฟูระยะกลางในปี 2564 มีเพียงร้อยละ 13 [2] และการศึกษาของรัชวรรณ สุขเสถียร (2557)[3] พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพียงร้อยละ 18 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูในช่วง Golden period และได้นอนโรงพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูเพียงร้อยละ 4 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อพ้นระยะวิกฤติจะถูกจำหน่ายให้กลับบ้านทันที นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยจะเข้าใจว่าผู้ป่วยสามารถรับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านได้ แต่ขาดการส่งต่อที่เป็นระบบชัดเจน รวมทั้งผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจและไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ และขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีความสามารถในการดูแลโดยเฉพาะเรื่องที่ซับซ้อน/ ไม่มีความสามารถในการทำกายภาพบำบัด ต้องการการช่วยเหลือเรื่องดูแลพื้นฐานกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย การขาดอุปกรณ์ช่วยในการดูแล ความต้องการการช่วยเหลือเรื่องปรับปรุงบ้านที่พักอาศัยเพื่อให้สะดวกในการดูแลและให้ผู้ป่วยปลอดภัย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยระยะกลางยังเป็นอัมพาต ร้อยละ 71, มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน ร้อยละ 29 และมีปัญหาการสำลักอาหาร ร้อยละ 30 ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกครั้ง รวมทั้งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการกษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 87.70, Traumatic Brain Injury ร้อยละ 8.19, Fragility hip fracture ร้อยละ 2.45 และ Spinal Cord Injury ร้อยละ 1.63 โดยผลการดำเนินงานที่ผ่านมา[4] พบว่าร้อยละผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาล

ฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565 เท่ากับ 68.68, 75.67 และ 74.11 ซึ่งมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งไว้ คือ ≥ ร้อยละ 75 และเมื่อวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผลการดำเนินงานต่ำกว่าค่าเป้าหมาย พบว่า เกิดจากระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านยังไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ และขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจากครอบครัว ชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยและคณะจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ได้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์ รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Method Research) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงรอบ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกกาต (Kemmis & McTagart, 1988)[5] ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ และระยะที่ 2 ใช้รูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยระยะกลาง ผู้ดูแลผู้ป่วย/ญาติ ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 40 คน

2. ระยะที่ 2 ประชากรคือ ผู้ป่วยระยะกลางทุกประเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการส่งต่อเพื่อรับบริการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 1,645 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2}$$

อ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมของนารี บุศยพงศ์ชัย และคณะ (2565) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่บ้านของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหนองคาย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 24 คน แต่ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหาย ปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นโดยคิดที่ 20% (อรุณ, 2552) ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 30 คน หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

(1) เป็นผู้ป่วยระยะกลางทุกประเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

(2) มีการส่งต่อเพื่อรับบริการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน

(3) ยินยอมและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

(1) ผู้ป่วยระยะกลางมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ระยะที่ 1 ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 6 ข้อ

2. ระยะที่ 2 ได้แก่

2.1 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (The Barthel Activities of Daily Living Index : ADL) ที่พัฒนาขึ้นโดยมาร์โฮนีและบาร์เทล (1965) จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินเรื่องการดูแลตนเอง (personal care) จำนวน 8 ข้อและการเคลื่อนไหว (mobility) จำนวน 2 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

2.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน EQ-5D-5L (The European Quality of Life Measure-5 Domain) ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเองกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บป่วย/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า ตำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีปัญหา (1คะแนน) มีปัญหาเล็กน้อย (2 คะแนน) มีปัญหา ปานกลาง (3 คะแนน) มีปัญหามาก (4 คะแนน) มีปัญหามากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมีค่าระหว่าง 5-25 คะแนน แปลผลคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตสูง (5-11 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (12-18 คะแนน) คุณภาพชีวิตระดับต่ำ (19 -25 คะแนน) นำมาใช้คำนวณคะแนนอรรถประโยชน์โดยค่าอรรถประโยชน์ มีค่าตั้งแต่ 0 - 1 ซึ่ง 0 หมายถึง เสียชีวิต และ 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด แปรผลตามตารางค่าสัมประสิทธิ์สำหรับคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ ของแบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย (มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, 2556) และแบบวัดสุขภาพทางตรง (VAS; Visual Analog Scale) มีค่าตั้งแต่ 0 - 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพแย่ที่สุด และ 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้แก่ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ดร.สม นาสอ้าน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สสจ.กาฬสินธุ์, นายแพทย์สิริชัย นามทรรศนีย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ และ กภ.สุรศักดิ์ ติลการยทรัพย์ นักกายภาพบำบัดเชี่ยวชาญ รพ.กาฬสินธุ์ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ยื่นขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สสจ.กาฬสินธุ์

2. จัดทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัย

3. ประชุมทีมวิจัยวางแผนการดำเนินงาน และพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย การวางแผน (Planning), การปฏิบัติตามแผน (Action), การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) จำนวน 2 วงรอบ (ภาพที่ 1)

3.1 วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง รวมทั้งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดกาฬสินธุ์ (กิจกรรมที่ 1)

3.2 พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของ

ชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ และทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์ : PAOR วงรอบที่ 1 (กิจกรรมที่ 2-5)

3.3 พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ : PAOR วงรอบที่ 2 (กิจกรรมที่ 6-10)

4. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ และขยายผลไปยังพื้นที่อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

4.1 เตรียมผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

4.2 เก็บข้อมูลประวัติผู้ป่วยระยะกลางและประเมินความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบดัชนีบาร์เธลและประเมินคุณภาพชีวิต (ก่อน)

4.3 กลุ่มตัวอย่างได้รับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในผู้ป่วยระยะกลาง เป็นเวลา 6 เดือน

4.4 ประเมินความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบดัชนีบาร์เธลและประเมินคุณภาพชีวิต (หลัง)

5. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

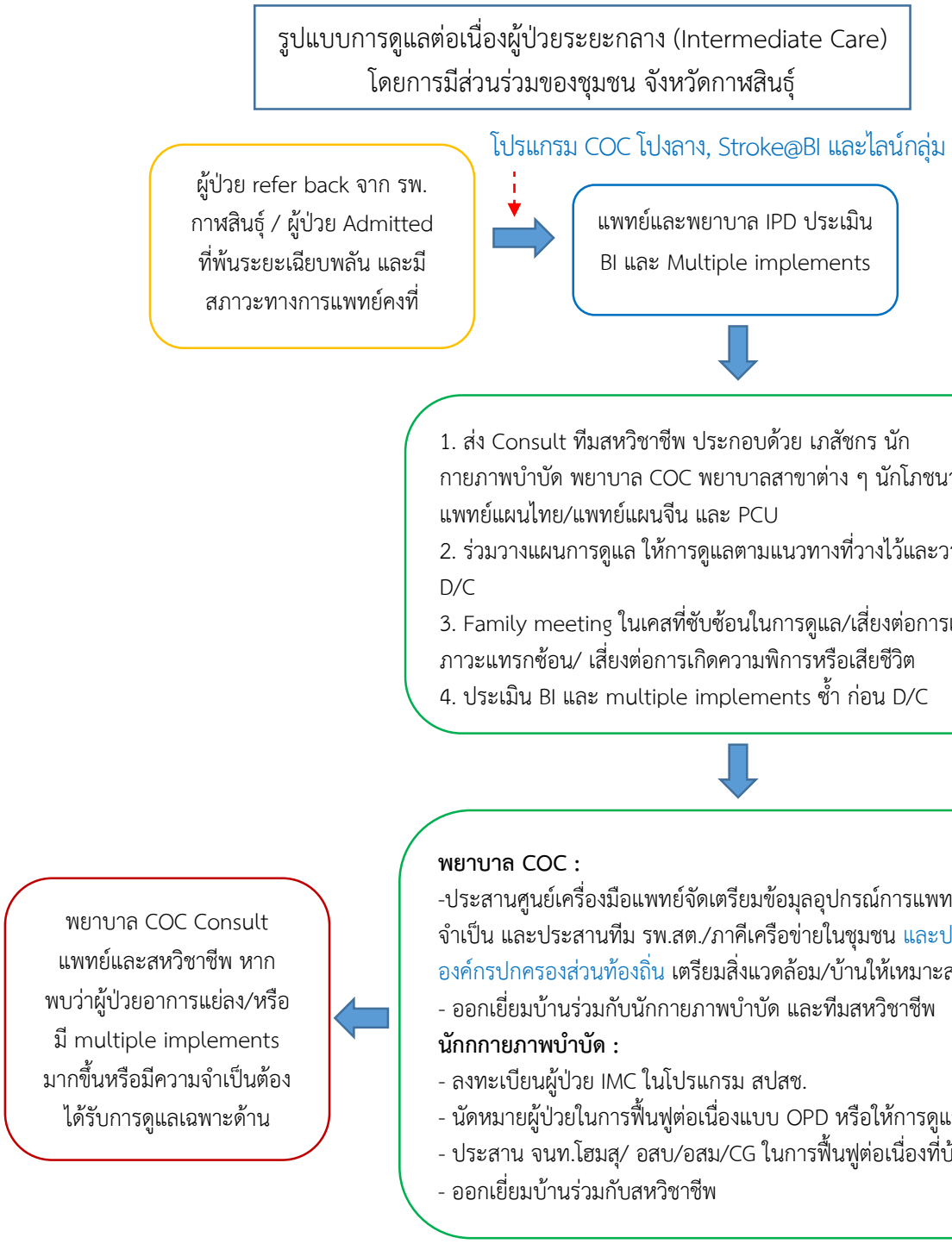
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 24/2565

ผลการวิจัย

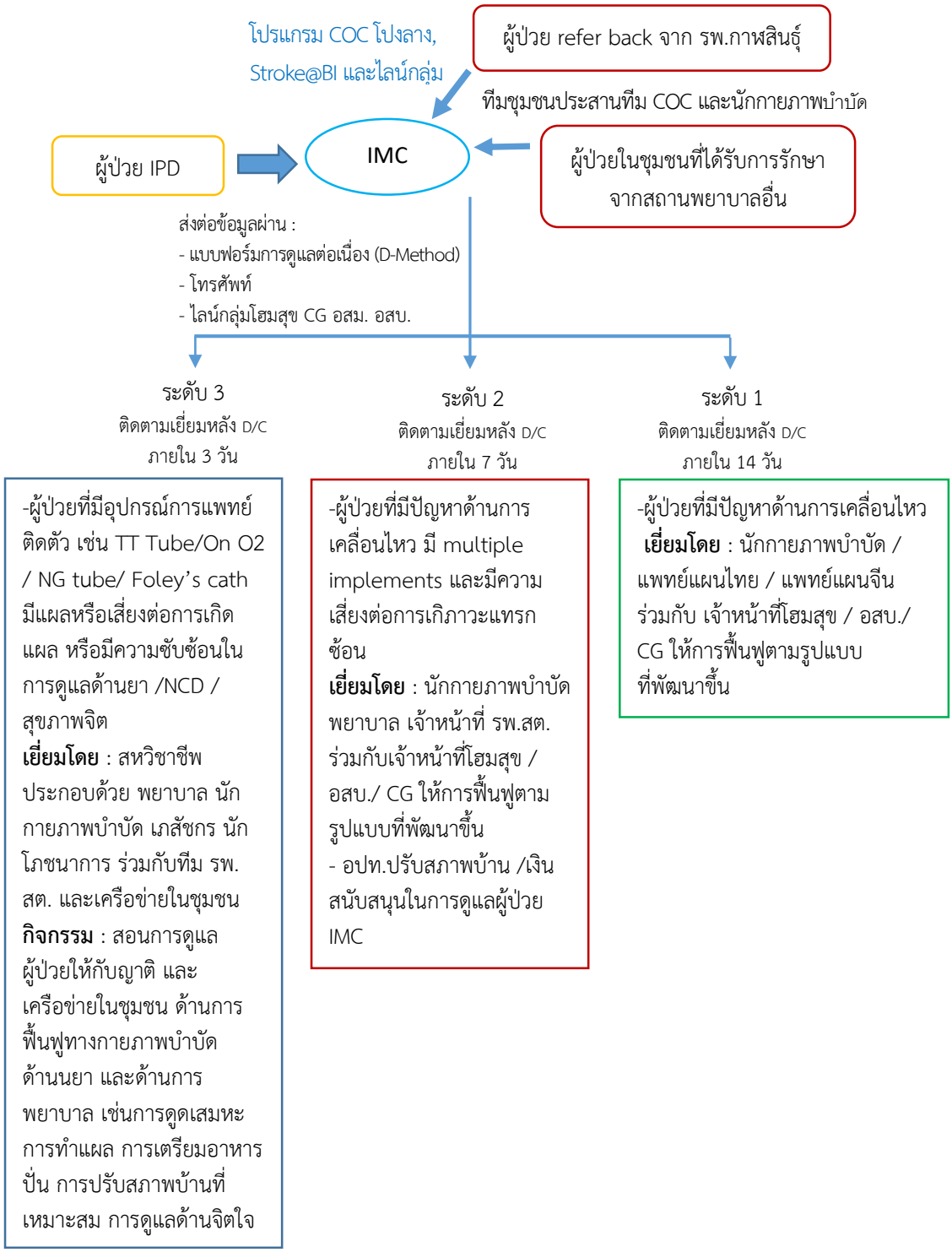
1. สถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างไม่ต่อเนื่องในช่วง Golden period 2) ระบบการส่งต่อจาก รพท. สู่ รพช. และชุมชนยังไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนหาย/ขาดการติดต่อ ไปจากระบบการดูแลและฟื้นฟูสภาพ 3) ชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างจริงจัง 4) ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ยังขาดความรู้และความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญของการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง 5) บ้าน/ที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลางบางคน ไม่เอื้อและไม่เหมาะสม/สอดคล้องกับการอยู่อาศัยของผู้ป่วยระยะกลาง

2. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกกาด (Kemmis & McTagart, 1988) พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พัฒนาขึ้นมีดังนี้ 1) การเชื่อมต่อระบบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีระบบการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพโดยใช้โปรแกรม Continuity of Care โปงลาง Stroke@BI และไลน์กลุ่ม IMC ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน เพิ่มขึ้น 2) หน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนจีน แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ อสม. Care Giver หมอโฮมสุข นักบริบาลชุมชน ผู้นำชุมชน ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามบทบาทหน้าที่มากขึ้น (ภาพที่ 2 และภาพที่ 3)



ภาพที่ 2 Flow Chart รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์



ภาพที่ 3 รายละเอียดกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย IMC ในผู้ดูแลผู้ป่วย/ญาติ ครอบครัว ชุมชน อสม. และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และมีค่า Barthel index เพิ่มขึ้น

4. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

4.1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.67 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 70.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.33 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60.00 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 70.00 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 30.00 และได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 60.00

4.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน EQ-5D-5L (อำเภอกุฉินารายณ์) ก่อนและหลังได้รับรูปแบบฯ พบว่า ก่อนได้รับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 9.37 (S.D. = 4.04) และหลังได้รับรูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 17.17 (S.D. = 3.43) โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเท่ากับ 7.80 และในส่วนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนได้รับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ เท่ากับ 0.34 (S.D.= 0.18) และหลังได้รับรูปแบบฯ มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ เท่ากับ 0.68 (S.D.= 0.21) และค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ก่อนได้รับรูปแบบฯ เท่ากับ 41.56 (S.D.= 7.25) หลังได้รับรูปแบบฯ เท่ากับ 71.12 (S.D.= 6.09) ทั้งนี้เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ค่าเฉลี่ยคะแนนอรรถประโยชน์และค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) หลังได้รับรูปแบบฯ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.0001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน EQ-5D-5L ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ (อำเภอกุฉินารายณ์) ด้วยสถิติทดสอบค่าที โดยใช้สถิติ Paired t – test (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Different	df	t	95 % CI		*p-value*
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				Lower	Upper	
คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	9.37	4.04	17.17	3.43	7.80	29	13.40	6.60	8.99	<0.0001
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ										
คะแนนอรรถประโยชน์ (Utility จาก EQ5D5L)	0.34	0.18	0.68	0.21	0.34	29	9.15	0.27	0.43	<0.0001
คะแนนคุณภาพชีวิต QoL จาก VAS	41.56	7.25	71.12	6.09	29.56	29	16.64	25.90	33.16	<0.0001

3.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง และ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน EQ-5D-5L (อำเภอกมลาไสย) ก่อนและหลังได้รับรูปแบบฯ พบว่า ก่อนได้รับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 8.50 (S.D. = 1.19) และหลังได้รับรูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 16.53 (S.D. = 1.14) โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเท่ากับ 8.03 และในส่วนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนได้รับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนอรรถประโยชน์ เท่ากับ 0.26 (S.D.= 0.19) และหลังได้รับรูปแบบฯ มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ เท่ากับ 0.70 (S.D.= 0.09) และค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) ก่อนได้รับรูปแบบฯ เท่ากับ 43.07 (S.D.= 5.34) หลังได้รับรูปแบบฯ เท่ากับ 73.67 (S.D.= 9.91) เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ค่าเฉลี่ยคะแนนอรรถประโยชน์และค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) หลังได้รับรูปแบบฯ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.0001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน EQ-5D-5L ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ (อำเภอกมลาไสย) ด้วยสถิติทดสอบค่าที โดยใช้สถิติ Paired t – test (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Different	df	t	95 % CI		*p-value*
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				Lower	Upper	
คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	8.50	1.19	16.53	1.14	8.03	29	27.01	7.43	8.64	<0.0001
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ										
คะแนนอรรถประโยชน์ (Utility จาก EQ5D5L)	0.26	0.19	0.70	0.09	0.44	29	11.15	0.36	0.52	<0.0001
คะแนนคุณภาพชีวิต QoL จาก VAS	43.07	5.34	73.67	9.91	30.60	29	14.35	26.24	34.96	<0.0001

สรุปและอภิปรายผล

1. ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีร้อยละของผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน ร้อยละ 90.98 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา รวมทั้งยังได้รับการดูแลซ่อมแซมบ้านเรือนที่อยู่อาศัยเพื่อให้มีบ้านที่เหมาะสมกับผู้ป่วยระยะกลาง โดยรับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและได้รับกายอุปกรณ์ที่จำเป็นทั้งจากโรงพยาบาลในพื้นที่และจากศูนย์โฮมสุข สอดคล้องกับการศึกษาของวีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์ และคณะ[6] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ป่วยที่

ได้รับการเยี่ยม มีอาการดีขึ้น และได้รับติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ร้อยละ 65.40

2. ภายหลังได้รับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนารี บุศยพงศ์ชัย[7] ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่บ้านของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหนองคาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของน้อมจิต จันทร์น้อย และคณะ[8] พบว่า หลังรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเวลา 3 เดือน ทำให้ผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของศิริพร เผ่าภูธร [9] พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน นอกจากนี้ศิริมา พนาดร[10] ยังพบว่า หลังการจำหน่าย 3 เดือน ผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ภายหลังได้รับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ และคะแนนสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) จากแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ5D5L เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของน้อมจิต จันทร์น้อย และคณะ[8] ที่พบว่า หลังรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุทัยธานี ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของศิริพร เผ่าภูธร [9] พบว่า หลังได้รับรูปแบบการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาของเขมภัค เจริญสุขศิริ และ สิริพิชญ์ เจริญสุขศิริ[11] ที่พบว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1) กระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่บ้านให้กับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระยะกลางในชุมชน โดยเน้นการใช้เทคโนโลยีทางด้านการสื่อสาร เช่น แอพพลิเคชั่นไลน์ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการดูแลในช่วงระยะทอง (Golden period) 1 - 6 เดือน ให้ชัดเจน

2) ผู้บริหารหน่วยบริการทุกระดับ ควรให้สนับสนุนการใช้เครื่องมือการวัดคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน EQ-5D-5L พร้อมทั้งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

3) ควรจัดทำวิจัย/ศึกษาเชิงคุณภาพ โดยพัฒนาใช้โปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบริการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการออกแบบโปรแกรมรายโรคให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยและครอบครัว

4) ควรจัดทำวิจัย/ศึกษาเชิงคุณภาพ โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวโดยจำเพาะเจาะจงรายบุคคลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

5) ควรจัดทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมติดตามประเมินผลอาการของผู้ป่วยให้คำปรึกษาด้านสุขภาพได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ผ่าน

ทางแอพพลิเคชั่นกลุ่มไลน์หรือระบบสารสนเทศออนไลน์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายฝ่าย ขอขอบพระคุณนายแพทย์อภิชัย ลิมานนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และ ดร.สม นาสอ้าน นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงด้วยดีมาโดยตลอดและให้คำแนะนำเสนอแนะในงานวิจัยที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา.(2559).แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง = Clinical practice guideline for stroke rehabilitation.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ในการบรรยายการฟื้นฟูระยะกลาง : (2565).
3. รัชวรรณ สุขเสถียร.(2557). การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์. สืบค้นวันที่ 18 สิงหาคม 2565 https://he01.tci-thaijo.org/index.php/aseanjrm/article/view/423
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2565). เอกสารตรวจราชการ Service Plan สาขา Intermediate Care. จังหวัดกาฬสินธุ์.
5. Kemmis and McTaggart (1988). Action Research Spiral/Cycle. https://www.researchgate.net/figure/The-Kemmis-and-McTaggart-1988-Action-Research-Spiral-Cycle_fig1_279948945.สืบค้นวันที่ 19 สิงหาคม 2565.
6. วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, รุจิรา จันทร์หอม และ เสถียรพงษ์ ศิวินา. (2565). การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. 15(2), 119-132
7. นารี บุศยพงษ์ชัย, นางวชิราภรณ์ ศรีภักดี, นางสาวธันยาพร นามบุญลือ และ นางบุปผา อาศรัยราช. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่บ้านของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลหนองคาย. 1(3), 1-20
8. น้อมจิต จันทร์น้อย, นฤมล จันทร์สุข และ รักคณา วิมลมุข. (2563). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุทัยธานี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 10(3), 438-456
9. ศิริพร เผ่าภูธร. (2566). พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 8 (2), 500-511
10. ศิริมา พนาดร. (2563). ผลของโปรแกรมการดูแลผูปวยระยะกลางและญาติผูดูแลระยะเปลี่ยน
ผ่านจากโรงพยาบาลสูบานต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซอนและความพึงพอใจของผูปวย. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 1(1), 50-62
11. เขมภัค เจริญสุขศิริ และ สิริพิชญ์ เจริญสุขศิริ. (2560). คุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไทยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. Journal of Associated Medical Sciences. 50(3), 516-524

ผลของการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

The results of receiving services according to the guidelines for providing home medicine delivery services to patients with type 2 diabetes at Kuchinarai Crown Prince Hospital Kalasin Province.

(Received: December 22,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

กนกวรรณ คนหาญ[1]
Kanokwan Khonhan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์และการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 983 คน โดยเกณฑ์การรับเข้าศึกษา (Inclusion criteria) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการดำเนินงาน ข้อมูล Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ รับบริการ (ปี 2566) พบว่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 37.03 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 40.48 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Fasting blood sugar (FBS) น้อยกว่า 180 mg% (n = 886) Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 41.08 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 44.92 และ Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ปี 2566) กับการรับบริการแบบเดิม (ปี 2565) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ย Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ลดลง

คำสำคัญ : การให้บริการส่งยาที่บ้าน ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

The study is an action research (Action Research) with the objective of studying the health conditions of patients with type 2 diabetes at Kuchinarai Crown Prince Hospital Kalasin Province and receiving services according to the guidelines for providing home medicine delivery services for type 2 diabetes patients at Kuchinarai Crown Prince Hospital Kalasin Province The research period is between October 2022 - September 2023, a total of 12 months. Sample size were 983 type 2 diabetic patients receiving services according to the guidelines for providing home medicine delivery services for type 2 diabetic patients at Kuchinarai Crown Prince Hospital Kalasin Province, with inclusion criteria, data collected from medical records. Analyze data by content analysis (Content Analysis), frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that after the operation, data on Fasting blood sugar (FBS) and HemoglobinA1C (HbA1c) in patients with type 2 diabetes of patients with type 2 diabetes at Kuchinarai Crown Prince Hospital Kalasin Province Receiving the same service (2023) found that Fasting blood sugar (FBS) was normal at 37.03 percent and HemoglobinA1C (HbA1c) was 40.48 percent. In addition, it was found that Diabetic patients with Fasting blood sugar

[1]นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

(FBS) less than 180 mg% (n = 886) Fasting blood sugar (FBS) normal 41.08% and HemoglobinA1C (HbA1c) 44.92%. And Fasting blood sugar (FBS) and HemoglobinA1C (HbA1c) in patients with type 2 diabetes at Kuchinarai Crown Prince Hospital Kalasin Province (year 2023) and receiving traditional services (year 2022) are different. Statistically significant at the .05 level, where patients with type 2 diabetes of patients with type 2 diabetes at Kuchinarai Crown Prince Hospital Kalasin Province The average Fasting blood sugar (FBS) and HemoglobinA1C (HbA1c) scores decreased.
Keywords: Home medicine delivery service, Type 2 diabetes patients

บทนำ

โรคเบาหวานหมายถึง โรคเรื้อรังที่เกี่ยวกับกระบวนการเมตาบอลิซึมซึงเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนในการผลิตหรือหลั่งอินซูลิน ซึ่งอินซูลินเป็นกลไกทำหน้าที่ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติและเมื่อมีความผิดปกติจะมีอาการแสดงที่ชัดเจน คือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 125 mg/dlและในระยะยาวจะมีผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคเกี่ยวกับระบบประสาท โรคตา โรคไต (ชลการ ทรงศรี, 2550; เกษฎากรณ์ นาขะมิน, 2554) ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดจากการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน รอบเอวเกิน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคเบาหวานทำได้โดยการเลือกรับประทานอาหารให้หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ และธัญพืชต่างๆ ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หากมีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำ หิวน้ำบ่อย กินจุหิวบ่อย น้ำหนักลด เป็นแผลง่ายและหายยาก คันตามผิวหนัง ตามัว และชาตามปลายมือปลายเท้า ควรไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยต่อไป (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566)

ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคนสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2566 พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้านคนจากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566)

วิธีการรักษาเบาหวานมีอยู่หลายวิธีตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรักษาด้วยยา การคัดกรองโรคและภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน โดยในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกมีกรอบบริการสุขภาพแบบ บูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางอันนำมาซึ่งกลยุทธ์การในการจัดการบริการคลินิกเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และการปรับรูปแบบของ การดูแลแบบสหวิชาชีพเป็นรูปแบบหนึ่งในการนำมาใช้พัฒนากระบวนการรักษาผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น โดยเชื่อว่าการดูแลแบบสหวิชาชีพจะสามารถให้เวลาและเพิ่มการมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจของผู้ป่วย เพิ่มการสร้างแรงจูงใจภายใน ซึ่งจะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยประสบความสำเร็จมากขึ้น ผลการรักษาดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายการรักษาผู้ป่วยลงได้ (ปฐมพร ศิรประภาศิริ และคณะ, 2563; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยแบบวิถีใหม่ (New Normal) ซึ่งกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางลดความแออัดในโรงพยาบาลเพื่อลดการแพร่กระจาย COVID-19 สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้แก่ กลุ่มควบคุมโรคได้ดี (Good Control) และกลุ่มควบคุมโรคได้พอใช้ (Moderate Control) ที่แพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติ พิจารณาให้ Refilled ยา ผู้ป่วยไม่ต้องมารอตรวจ และรับยาที่โรงพยาบาล ซึ่งแต่ละพื้นที่สามารถบริหารจัดการวิธีการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม เช่น จัดส่งยาที่บ้านโดยทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ หรือ อสม. ประจำบ้าน แจ้งผู้ป่วยมารับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือจัดส่งยาทางไปรษณีย์ เป็นต้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ มีระบบการบริหารจัดการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลของการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 รวม 12 เดือน จำนวน 983 คน โดยเกณฑ์การรับเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต (ภาวะไตวายไม่เกินระยะ 3) และเท้า
2. ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือรักษาแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย
3. ได้รับการตรวจหาระดับ FBS และ HbA1c ในช่วงระยะเวลาของการศึกษา
4. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ไม่เกิน 180 mg%
5. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางระบบหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ และโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง เรื่อง ผลของการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เวชระเบียนและการติดตามเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. เก็บรวบรวมข้อมูล Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. วิเคราะห์ข้อมูล Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. กำหนดกิจกรรมในการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

5. ดำเนินการตามกิจกรรมการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

6. ติดตามประเมินผล การรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1.1 สถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ในการวิเคราะห์ Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c)

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Dependent t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ในการเปรียบเทียบ Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ก่อนและหลังการดำเนินงาน และ Independent t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ในการเปรียบเทียบ Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ระหว่างกลุ่มที่รับยาที่บ้านและกลุ่มที่รับยาปกติ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูล Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ รับบริการแบบเดิม (ปี 2565) พบว่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 26.85 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 25.81 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Fasting blood sugar (FBS) น้อยกว่า 180 mg% (n = 550) Fasting blood

sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 42.18 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 40.55

2. การรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์กิจกรรม โดยสหวิชาชีพ การจัดทำแนวทางการดูแล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการค้นหาปัญหาอุปสรรคและกำหนดแนว การสรุปถอดบทเรียนกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย การดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดและการสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ผลของการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ข้อมูล Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ รับบริการ (ปี 2566) พบว่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 37.03 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 40.48 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Fasting blood sugar (FBS) น้อยกว่า 180 mg% (n = 886) Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 41.08 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 44.92

3.2 การเปรียบเทียบข้อมูล Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ปี 2566) กับการรับบริการแบบเดิม (ปี 2565) พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ย Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ลดลง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูล Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ปี 2566) กับการรับบริการแบบเดิม (ปี 2565) (Dependent t - test)

ตัวแปร	ปี 2565		ปี 2566		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
FBS	134.35	48.07	128.86	21.46	863	-15.741	.000	-17.42480	-13.56131
A1C	8.71	2.44	8.10	1.64	863	-18.594	.000	-.67613	-.54702

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ข้อมูล Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ปี 2566) กับการรับบริการแบบเดิม (ปี 2565) มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ย Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ลดลง และข้อมูล Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ รับบริการ (ปี 2566) พบว่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 37.03 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 40.48 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Fasting blood sugar (FBS) น้อยกว่า 180 mg% (n = 886) Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ

41.08 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ร้อยละ 44.92 ซึ่งทำให้เห็นว่า การรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถนำไปใช้ได้จริงและไม่แตกต่างจากการรับยาที่โรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยยังได้รับการติดตามเยี่ยม และการให้คำปรึกษาจากสหวิชาชีพตามมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ปฐมพร ศิรประภาศิริ, 2563; ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) สอดคล้องกันกับการศึกษาของพรขวัญ ตัณฑ์จิตานนท์.(2566) ได้ศึกษาผลของระบบจัดส่งยาที่บ้านโดยไม่พบแพทย์และระบบรับยาโดยพบแพทย์ ที่สถานพยาบาลต่อค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งพบว่าค่า HbA1c ของกลุ่มที่ผ่านระบบจัดส่งยาที่บ้านโดยไม่พบแพทย์เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.003) และสูงกว่ากลุ่มที่ผ่านระบบรับยา โดยพบแพทย์ที่สถานพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.040) สรุปได้ว่าระบบจัดส่งยาที่บ้านโดยไม่พบแพทย์ส่งผลให้ค่า HbA1c สูง ขึ้นกว่าระบบรับยาโดยพบแพทย์ที่สถานพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิเลขา บัวคำภู (2566) ได้ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกในการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C <7 %, FBS <130 มก./ดล. ,LDL<100 มก./ดล., eGFR ≥90 ml/min/1.73 m2 ในปี 2563 เท่ากับ 16%, 29.2%, 74.5% และ 44.9% ตามลำดับ และสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C <7 %, FBS <130 มก./ดล., LDL<100 มก./ดล., eGFR ≥90 ml/min/1.73 m2 ในปี 2564 เท่ากับ 8.9%, 37.4%, 65.8%, และ 39.1% ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกในการควบคุมเบาหวานระหว่างช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่โรงพยาบาลในปี 2563 และช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่บ้านในปี 2564 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับHbA1C, LDL และ eGFR ระหว่างช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่โรงพยาบาลในปี 2563 และช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่บ้านในปี 2564 มีความแตกต่างกัน (p = 0.291, p = 0.001 และ p = 0.008 ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ระหว่างช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่โรงพยาบาลในปี 2563 และช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่บ้านในปี 2564 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (p = 0.579) เป็นโอกาสพัฒนาระบบบริการส่งยาถึงบ้านลดความแออัดในโรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย ซึ่งควรติดตามการดูแลต่อในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ในการดำเนินงานการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและไม่แตกต่างจากการรับยาที่โรงพยาบาล ทั้งเนื่องจากการวิเคราะห์กิจกรรม โดยสหวิชาชีพ การจัดทำแนวทางการดูแล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการค้นหาปัญหาอุปสรรคและกำหนดแนว การสรุปถอดบทเรียนกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย การดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดและการสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนั้น จึงควรมีการนำกิจกรรมดังกล่าวไปใช้ร่วมกับการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. ควรมีการศึกษาการดำเนินงานการรับบริการตามแนวทางการให้บริการส่งยาที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะยาวเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สู้ โควิด-19 ไปด้วยกัน คู่มือดูแลตนเองสำหรับประชาชน. (2563) .[อินเทอร์เน็ต] . สืบ ค้น จ า ก :https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/img/infographic/info_m_2 8 0 4 6 3 .pdf
3. พรขวัญ ตัณฑ์จิตานนท์.(2566) ผลของระบบจัดส่งยาที่บ้านโดยไม่พบแพทย์และระบบรับยาโดยพบแพทย์ ที่สถานพยาบาลต่อค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ. พุทธชินราชเวชสาร ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 116-25
4. ปฐมพร ศิรประภาศิริ, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากูล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, จุรีพร คงประเสริฐ.(2563). คู่มือการจัดการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). นนทบุรี: กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559) หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกษา ในพระบรมราชูปถัมภ์.
6. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606
7. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2545.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดราชบุรี

Factors Affecting Preterm Birth Prevention Behaviors of Pregnant Women, Ratchaburi Province

(Received: December 15,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 26,2023)

ศลาฆนันท์ หงษ์สวัสดิ์[1]
Salakanan Hongsawat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดราชบุรี 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนดและคลอดไม่เกิน 6 สัปดาห์ จำนวน 213 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวม อยู่ในระดับดี (M=3.84, SD= 0.43) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การฝากครรภ์และสังเกตอาการ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านอาหารและโภชนาการ อยู่ในระดับดี (*M* = 4.62, SD= 0.54, *M* =3.80, SD = 0.77) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ รายได้ จำนวนครั้งการฝากครรภ์คุณภาพ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์

Abtract

This study was survey research by Retrospective descriptive study aimed to 1) The preventive behavior of pregnant women and 2) Factors affecting preterm birth prevention behaviors of pregnant women in ratchaburi province. The sample consisted of 213 patients with Research instrument was questionnaires. The data were analyzed by us descriptive statistic, pearson's product-moment correlation and multiple regression analysis.

The result show that the overall mean scores on preterm birth prevention behaviors was at a good level (M=3.84, SD= 0.43) The highest mean score was antenatal care and monitoring, and the lowest mean scores was food and nutrition (*M* = 4.62, SD= 0.54, *M* =3.80, SD = 0.77). The factors affected preterm birth prevention behaviors of pregnant women comprised health literacy of prevent preterm labour, perception of preterm labour Income and number of quality prenatal care.

Keywords: Preterm birth prevention behaviors Preterm term labour Pregnant women

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm Labour) เป็นการคลอดที่เกิดขึ้นเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์[1] การคลอดก่อนกำหนดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก เป็นสาเหตุการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด[2] นับเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ทารกที่คลอดก่อนกำหนด อวัยวะต่างๆในร่างกายเจริญเติบโตไม่เต็มที่ เกิดปัญหาน้ำหนักตัวน้อย มีอาการหายใจลำบาก มีภาวะเลือดออกในสมอง เกิดการลำไส้ติดเชื้อ ติดเชื้อในกระแสเลือด มีผลต่อการมองเห็น การพูด รวมทั้งความผิดปกติของระบบประสาท กระทบต่อการพัฒนาด้านสติปัญญา ส่งผลให้เป็นปัญหาทางสังคมในอนาคต

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

การคลอดก่อนกำหนด เป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่ไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แน่ชัด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด แบ่งได้ 5 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากร เช่น อายุ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ เป็นต้น 2) ปัจจัยทางสูติกรรม เช่น ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติเลือดออกทางช่องคลอดในครรภ์ก่อน ประวัติการแท้งบุตร เป็นต้น 3) ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่น การฝากครรภ์ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นต้น 4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ เป็นต้น และ 5) ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด เป็นต้น[2] หากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการให้คำปรึกษา ดูแลแก้ไขอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ จะนำไปสู่การเกิดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นได้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และช่วยลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ สถานการณ์ ประสบการณ์ ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น การรับรู้เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการจะแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Janz, & Becker (1984) อธิบายว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคล (Individual perceptions) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคที่จะเกิดขึ้น 2) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยร่วม (Modifying factors) ได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการผสมผสานของปัจจัยเหล่านี้จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคออกมา[3] จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$)[4-5] และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$) [4-5] นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และความรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด[6]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า รายได้ อายุครรภ์ จำนวนครั้งการฝากครรภ์คุณภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พบว่า อายุครรภ์สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ($r= .252, p<.001$)[7] จำนวนครั้งการฝากครรภ์คุณภาพสามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนด[8] จากสถิติของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดประเทศไทย พบร้อยละ 10-12 ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย กำหนดไม่เกินร้อยละ 10[9] จากข้อมูลสถิติการคลอดก่อนกำหนดของจังหวัดราชบุรี พบว่า อุบัติการณ์การเกิดการคลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2563-2565 ร้อยละ 9.39, 8.34 และ 7.98 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เริ่มมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่าเดือนตุลาคม 2565 - เมษายน 2566 มีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 9.73 และมีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ร้อยละ 10 .4[10] ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกรมอนามัย ไม่เกินร้อยละ 7[9] แสดงให้เห็นว่า การคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลแก้ไขอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา

พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ในจังหวัดราชบุรี เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการแก้ไขปัญหาการคลอดก่อนกำหนด พัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดราชบุรี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research retrospective descriptive study) เก็บรวมรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 13 กันยายน 2566 –20 ตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี ในปี 2565 จำนวน 2,778 คน

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรีที่คลอดครบกำหนดและคลอดไม่เกิน 6 สัปดาห์ ในปี 2566 สุ่มจาก 10 อำเภอในจังหวัดราชบุรี โดยใช้ข้อมูลจากคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power กำหนดค่า effect size = .15 ค่าอำนาจการทดสอบ (Powers) เท่ากับ .95 ความคลาดเคลื่อน 5%[11] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 194 คน และเพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 10 เท่ากับ 19 คน รวมทั้งสิ้น 213 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่

1) หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนด มีอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ขึ้นไป และคลอดไม่เกิน 6 สัปดาห์

2) ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์

3) ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน และการมองเห็น

4) มีความสามารถในการอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย และ

5) ยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1) ไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล และไม่สามารถติดต่อได้

2) ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนด

3) ไม่สมัครใจให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งการฝากครรภ์คุณภาพ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด พัฒนามาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดของ สุนทรี ไชยเจริญ (2563)[12] จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ความหมายการคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[12] เป็นแบบสอบถามชนิด

เลือกตอบถ้าตอบใช่ให้คะแนน 1 ถ้าตอบไม่ใช่ ให้คะแนน 0 หากเป็นคำถามเชิงลบ ถ้าตอบใช่ ให้คะแนน 0 ถ้าตอบไม่ใช่ให้คะแนน 1

ส่วนที่ 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด พัฒนามาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของอัสมะ จารู (2561)[18] จำนวน 24 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ความรุนแรงของการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด[13] ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน - เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน

ส่วนที่ 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พัฒนาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ของ พิชญาภัสสร์ วรรณศิริกุล, สมยศ ศรีจารนัย, ไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ, และ ธนตพร โพชสาลี (2563)[6] จำนวน 18 ข้อ เป็นข้อความที่สะท้อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional Literacy) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy) และ3) ระดับวิจารณญาณ (Critical Literacy)[6] ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับการเป็นเช่นในข้อความ น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน - มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

ส่วนที่ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พัฒนามาจากแบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของ พิชญาภัสสร์ วรรณศิริกุล, และคณะ (2563)[6] จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการฝากครรภ์และสังเกตอาการ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการป้องกันความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และ ด้านการพักผ่อนและจัดการความเครียด[6] ข้อคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 5 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความถูกต้องของการใช้ภาษา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item- Index of Item-Objective Congruence : IOC) ของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.93

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) และวิเคราะห์ด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด แบบสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 0.81, 0.96 และ 0.75 ตามลำดับ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด คำนวณความเที่ยงโดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี แบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ขออนุญาตเก็บข้อมูลและขออนุญาตใช้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ จากระบบคลังข้อมูลด้าน

การแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำความเข้าใจโครงการวิจัยแก่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง เพื่อประสานงานกับพื้นที่ในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยก่อนเก็บข้อมูลชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินนการ การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงจากการวิจัย เป็นต้น และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามยินยอมก่อนเก็บข้อมูล กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 18 ปี ผู้วิจัยจะมอบเอกสารการลงลายมือชื่อขอความยินยอมจากผู้ปกครอง ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อก่อนตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที

4. เมื่อได้แบบสอบถามกลับมา ผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแล้ว จึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product-Moment Correlation)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เลขที่ RbPH REC 092/2566 วันที่ 12 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 56.30 อายุเฉลี่ย 25.12 ปี ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.80 ประกอบอาชีพ แม่บ้าน /ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 41.30 มีรายได้รวมของครัวเรือนอยู่ในช่วง 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 45.5 มีรายได้เฉลี่ยรวมของครอบครัวต่อเดือน 16,629.11 บาท มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายรายเดือน ร้อยละ 65.30 ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 83.6 ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ 8 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 62.40 มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 10 -20 กิโลกรัม ร้อยละ 62.90 ไม่มีภาวะเครียดระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 59.60 ไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 99.1 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด ร้อยละ 95.30

ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ อยู่ในระดับดี ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนสูงสุด อยู่ในระดับดี (11-15 คะแนน) ร้อยละ 87.30 รองลงมา คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) ร้อยละ 12.87 มีคะแนนเฉลี่ย 12.60 คะแนน

การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.53, SD = 0.42) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดคลอดก่อนกำหนด อยู่ในระดับดี (M = 3.81, SD = 0.69) รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อยู่ในระดับดี (*M* = 3.68, SD = 0.63) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.04, SD = 0.85)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โดยรวมอยู่ในระดับดี (*M* = 3.96, SD = 0.60) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน อยู่ในระดับดี (*M* = 3.97, SD = 0.56) และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับคิดวิเคราะห์ อยู่ในระดับดี (*M* = 3.97, SD = 0.63) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ อยู่ในระดับดี (*M* = 3.95, SD = 0.72)

พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โดยรวมอยู่ในระดับดี (M = 3.84, SD = 0.43) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการฝากครรภ์และสังเกตอาการ อยู่ในระดับดี (*M* = 4.62, SD = 0.54) รองลงมาคือ ด้านการป้องกันความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด อยู่ในระดับดี (*M*=3.99, SD = 0.53) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านอาหารและโภชนาการ อยู่ในระดับดี (*M* =3.80, SD= 0.77)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (HLP) (r = 0.64) การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด (POP) (r = 0.41) รายได้ (INC) (r = 0.37) และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ (WGP) (r = 0.17) และอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 และไม่พบตัวแปรอิสระคู่ใด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเกิน 0.85 แสดงถึงตัวแปรอิสระไม่มี multicollinearity ดังตารางที่ 1

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนตัวแปร

1. AGE แทน อายุ
2. INC แทน รายได้
3. ANC แทน จำนวนครั้งฝากครรภ์คุณภาพ
4. WGP แทน น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์
5. STR แทน ภาวะเครียด
6. SMO แทน การสูบบุหรี่
7. AAD แทน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด
8. KNO แทน ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด
9. POP แทน การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด
10. HLP แทน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
11. BEP แทน พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์จังหวัดราชบุรี (*n*=213)

ตัวแปร	1. AGE	2. INC	3. ANC	4. WGP	5.STR	6. SMO	7. AAD	8. KNW	9. POP	10. HLP	11. BEH
1. AGE	1										
2. INC	0.22**	1									
3. ANC	0.19**	0.13	1								
4. WGP	-0.29**	0.10	-0.16*	1							
5. STR	-0.01	-0.24**	0.09	0.04	1						
6. SMO	0.01	0.02	-0.16*	0.15*	-0.08	1					
7. AAD	0.13*	0.01	-0.12	0.17*	0.07	0.44**	1				
8. KNO	0.01	0.11	-0.09	0.04	-0.08	0.02	0.06	1			
9. POP	-0.10	0.43**	0.22**	0.12	-0.03	-0.11	-0.09	0.04	1		
10. HLP	0.09	0.40**	0.08	0.09	-0.09	-0.01	-0.01	-0.08	0.33**	1	
11. BEP	0.04	0.37**	0.04	0.17*	-0.11	-0.01	-0.03	0.03	0.41**	0.64**	1

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (HLP) (Beta = 0.57) รองลงมา คือ การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด (POP) (Beta = 0.28) จำนวนครั้งการฝากครรภ์คุณภาพ (ANC) (Beta = 0.16) รายได้ (INC) (Beta = 0.15) และ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ (WGP) (Beta = 0.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 และ 0.01 ดังตารางที่ 2

สามารถเขียนสมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ

BEP = 1.291 + 0.41(HLP) + 0.28(POP) + 0.14(INC) + 0.12 (ANC) + 0.09(WGP)

สามารถเขียนสมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน

Z_{BEP} = 0.57(HLP) + 0.28(POP) + 0.15(INC) + 0.16(ANC) + 0.11 (WGP)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์ถดถอยผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ (*n*=213)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	*p-value*
ค่าคงที่	1.291	0.405		3.18	0.00
อายุ (AGE)	0.01	0.01	0.10	1.89	0.06
รายได้ (INC)	0.14	0.05	0.15**	2.78	0.01
จำนวนครั้งฝากครรภ์คุณภาพ (ANC)	0.12	0.04	0.16**	3.05	0.00
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ (WGP)	0.09	0.04	0.11*	2.10	0.04
ภาวะเครียด (STR)	-0.08	0.04	-0.09	-1.77	0.08
การสูบบุหรี่ (SMO)	-0.02	0.25	-0.01	-0.08	0.94
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด (AAD)	-0.04	0.12	-0.02	-0.35	0.72
ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด (KNO)	-0.01	0.01	-0.02	-0.47	0.64
การรับรู้เกียวกับการคลอดก่อนกำหนด (POP)	0.28	0.06	0.28**	4.99	0.00
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (HLP)	0.41	0.04	0.57**	10.58	0.00

R = .716[a] , R^2 = .512, Adj R^2 = .488, F = 21.190, *p-value* = .000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ในภาพรวม อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน ได้แก่ ด้านการฝากครรภ์และสังเกตอาการ ด้านการป้องกันความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ด้านการพักผ่อนและจัดการความเครียด และด้านอาหารและโภชนาการ พบว่าอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจาก หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์และมารับบริการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ซึ่งการที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการตรวจสุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยงหรือความผิดปกติ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ และการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง และตระหนักถึงประโยชน์ของการมารับบริการตรวจตามนัด ได้ซักถามข้อสงสัยจากบุคลากรทางการแพทย์ และมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์และการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้มากขึ้น กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์คิดวิเคราะห์ ไตร่ตรองความรู้ ประสบการณ์ที่ได้รับ จึงสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของตนเองได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ทำให้สามารถตั้งครรภ์ได้จนคลอดที่อายุครรภ์ครบกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของจิราจันทร์ คณฑา (2561)[5] และอัสมะ จารุ (2562)[13] พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยรวมอยู่ในระดับดี[5,13]

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า

2.1 รายได้ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งนี้เนื่องจาก หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายรายเดือน และส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีเวลาและตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ในการเข้ารับบริการฝากครรภ์ได้ตามเกณฑ์คุณภาพ อีกทั้งมีปัจจัยเพียงพอที่จะจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ต่อตนเองและทารกในครรภ์ได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น สมาร์ทโฟน และคอมพิวเตอร์ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ง่าย มีความสามารถในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ทำให้สามารถสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพได้ตลอดเวลา และในปัจจุบันสื่อออนไลน์ มีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นให้ค้นหาเป็นจำนวนมาก หญิงตั้งครรภ์จึงสามารถตัดสินใจและดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ได้ดี ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของช่อทิพย์ ผลกุศล และศิริวรรณ แสงอินทร์ (2560)[16] พบว่า รายได้ของครอบครัว รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายรายเดือน มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด[14]

2.2 จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันคลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้เนื่องจาก การรับบริการฝากครรภ์เป็นการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และค้นหาภาวะผิดปกติต่างๆ ที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และมาฝากครรภ์ต่อเนื่อง 8 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ทำให้ได้รับการซักประวัติคัดกรองความเสี่ยง ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์การตั้งครรภ์ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพตนเอง สามารถทำความเข้าใจข้อมูลใหม่ได้ง่ายขึ้น และนำข้อมูลด้านสุขภาพนั้นไปปรับใช้ได้จริง ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ทำให้ตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทมา ธรรมเจริญ, ทัศนีย์ เจริญงาม และ ญาดาภา โชติดิลก (2561)[8] ศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี พบว่า จำนวนครั้งการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์อิทธิพลต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการฝากครรภ์เพิ่มขึ้น 1 ครั้ง มีโอกาสของการคลอดก่อนกำหนดลดลง 0.267 เท่า[8]

2.3 น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ มากกว่า 10 กิโลกรัมขึ้นไป ส่งผลให้ทารกในครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ หากหญิงตั้งครรภ์ที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 5 กิโลกรัม มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้[2] สอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา ยวงนาค (2558)[15] ศึกษาลักษณะทางประชากรของมารดาที่มีการคลอดก่อนกำหนด พบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ2= 57.243, p<.001) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นน้อยในระหว่างตั้งครรภ์ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด[15]

2.4 การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้เนื่องจาก การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย บุคคลนั้นต้องเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตและ

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ[3] ดังนั้น การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด จึงแรงดึงดูดให้หญิงตั้งครรภ์แสวงหาการบริการฝากครรภ์ ตัดสินใจเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ด้วยการฝากครรภ์และปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[16] สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา เพ็ชรรักษ์ อุตม์ชญาน์ อินทเรือง และ ฝนทอง จิตจำนง (2562)[4] พบว่า การรับรู้การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.43, p < 0.001)[4]

2.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้เนื่องจากหากหญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับดี จะมีความสามารถในการรับรู้ เข้าใจและเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีทักษะทางปัญญา กระตุ้นให้เกิดการคิด วิเคราะห์ตลอดจนสามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ ส่งผลให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ทำให้ตัดสินใจและประยุกต์ใช้ข้อมูลที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และมีผลลัพธ์ให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี บุตรศรี และ อัญสุรีย์ ศิริโสภณ (2563)[17] พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.529) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 35.7 (R2= 0.357)[17]

ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ อายุ ภาวะเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/การใช้สารเสพติด และความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด อาจเนื่องมา การวิจัยในครั้งนี้เลือกศึกษาและเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่อายุครรภ์ครบกำหนด โดยมีอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้และคำแนะนำในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเครียด ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/การใช้ยาเสพติด และมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด อยู่ในระดับดี สะท้อนให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมในการดูแลและเอาใจใส่สุขภาพตนเองและทารกในครรภ์อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถตั้งครรภ์และยืดอายุครรภ์ได้ไม่น้อยกว่า 37 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างดี จึงอาจทำให้ผลการศึกษานี้พบว่า อายุ ภาวะเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/การใช้ยาเสพติด และความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของน้ำผึ้ง นันทวงศ์ (2565)[2] พบว่า การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น[2] และการศึกษาของ อัสมะ จารุ วรางคนา ชัชเวช และสุรีย์พร กฤษเจริญ (2562)[13] ที่พบว่า พบว่าความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .214, p < .01)[18]

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. คลินิกฝากครรภ์ ควรสร้างตระหนักแก่หญิงตั้งครรภ์และให้ความสำคัญของการฝากครรภ์คุณภาพ การส่งเสริมด้านโภชนาการ และ ควรนำข้อมูลไปใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้ความรู้รายบุคคลหรือราย

กลุ่ม โดยเน้นส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม และเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

2. ผู้จัดการแผนสุขภาพระดับจังหวัด และอำเภอและภาคีเครือข่ายในชุมชน ควรมีการวิเคราะห์หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่แต่ละอำเภอ เพื่อค้นหาปัจจัยร่วม และวางแผนจัดกิจกรรมการลดภาวะคลอดก่อนกำหนดของแต่ละพื้นที่ตามบริบทและปัญหาที่สำคัญของพื้นที่นั้นๆ หรือจัดกิจกรรมส่งเสริม ช่วยเหลือประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่ต่างๆ

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่มีประโยชน์ในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์

2. ศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B., Spong, C. Preterm birth. In Williams Obstetrics. 25*e* New York, NY: McGraw-Hill Education; 2018.
2. น้ำผึ้ง นันทวงศ์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่ เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2022; 42(2): 69-81.
3. Janz, N. K., & Becker, M. H. The Health Belief model: A decade later. Health Education Quarterly 1984; 11:1-47.
4. กรรณิกา เพ็ชรักษ์, อุตม์ชญาน์ อินทเรือง, และ ฝนทอง จิตจำนง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกัน การคลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2562; 34(1): 87-100.
5. จิราจันทร์ คณฑา. การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อน กำหนดของหญิงตั้งครรภ์. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2561; 8(1): 1-12.
6. พิชญาภัสสร์ วรรณศิริกุล, สมยศ ศรีจารนัย, ไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ, และ ธนตพร โพชสาลี. พหุปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เขตสุขภาพที่ 4 (รายงานผลงานวิจัย). [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 17 มิ.ย.66] https://region4.anamai.moph.go.th/knowledge/academic/category/view?id=204
7. ชุติมา เทียนชัยทัศน์, กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, นภาภรณ์ เกตุทอง,และ ชณุตพร สมใจ. ปัจจัย ทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2565; 5(1): 35-46.
8. วิทมา ธรรมเจริญ, นิทัศนีย์ เจริญงาม และ ญาดาภา โชติดิลก. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2561; 10(19): 188-200
9. อุ่นใจ กออนันตกุล. บทความวิชาการ:การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันรักษา. สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ 2562; 28(1): 8-15.
10 คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี [อินเตอร์เน็ต] 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย.66] เข้าถึงจาก HDC - Dashboard (moph.go.th)
11. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods 2009; 41(4): 1149-1160.

12. สุนทรี ไชยเจริญ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. สงขลา: 2563.
13. อัสมะ จารุ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแล ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
14. ช่อทิพย์ ผลกุศล และศิริวรรณ แสงอินทร์. การรับรู้ ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม ของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก. [รายงานวิจัย] ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
15. อารยา ยวงนาค. การศึกษาลักษณะทางประชากรของมารดาที่มีการคลอดก่อนกำหนด. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ 2558; 5(1):29-41.
16. ช่อทิพย์ ผลกุศล และศิริวรรณ แสงอินทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2564; 29(2): 24-35.
17. วิลาสินี บุตรศรี และ อัญสุรีย์ ศิริโสภณ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2563; 5(1): 60-70.
18. อัสมะ จารุ วรางคณา ชัชเวช และ สุรีย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแล ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จใน การยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562;39(1): 79-92

การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2565-2566

Development of a pharmaceutical inventory management system Tha Khan Tho Hospital Kalasin Province fiscal year 2022-2023.

(Received: December 22,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

ลักขณา รินทะไชย[1]
Lakkhana Rintachai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ และเพื่อศึกษาการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างตุลาคม 2564 – เดือน กันยายน 2566 รวม 24 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2564 – เดือน กันยายน 2566 รวม 24 เดือนเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ผลการดำเนินงานจากการตรวจนับคงคลังยาย่อยหลังดำเนินการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีการตรวจนับคงคลังยาย่อย เดือนละ 3 ครั้ง โดยรายการที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 374.72 รายการ รายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.80 รายการ ร้อยละความคลาดเคลื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.22 ส่วน ผลการดำเนินงานการตรวจนับคงคลังยาใหญ่ เดือนละ 1 ครั้ง โดยรายการที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 133 รายการ รายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.42 รายการ ร้อยละความคลาดเคลื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.33 และการเปรียบเทียบจำนวนรายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับและร้อยละความคลาดเคลื่อน ปีงบประมาณ 2565 และ 2566 พบว่า คลังยาย่อย ปีงบประมาณ 2565 และ 2566 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2566 มีจำนวนรายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับและร้อยละความคลาดเคลื่อน ลดลงจากปี 2565 ส่วน คลังยาใหญ่ ปีงบประมาณ 2565 และ 2566 พบว่า จำนวนรายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับไม่มีความแตกต่าง ส่วนร้อยละความคลาดเคลื่อน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2566 ร้อยละความคลาดเคลื่อน ลดลงจากปี 2565

คำสำคัญ: การพัฒนา, ระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา

ABSTRACT

This study was development of pharmaceutical inventory management system Tha Khan Tho Hospital Kalasin Province. Its purpose is to Study the pharmaceutical inventory management system Tha Khan Tho Hospital Kalasin Province and to study the development of a pharmaceutical inventory management system. Tha Khan Tho Hospital Kalasin Province It is an action research (Action Research) with a study period. Between October 2021 - September 2023, total 24 months. Sample size includes number of medicines and medical supplies Tha Khan Tho Hospital Kalasin Province between October 2021 - September 2023, a total of 24 months, collecting data from the database. Data analyzed by Content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation and Dependent t – test.

The results of the study found that the performance results from the sub-stock inventory count after implementation in the fiscal year 2023 had a sub-stock inventory count 3 times a month, with the items counted having an average of 374.72 items. Does not match the number counted The average is 0.80 items. Percentage error. The average value was 0.22. As for the results of the operation of counting pharmaceutical supplies once a month, the items counted had an average value of 133 items. Items that do not match the counted number There is an

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

average of 0.42 items, percentage error. There is an average value of 0.33 and comparing the number of items that do not match the counted number and the percentage of discrepancies in fiscal years 2022 and 2023, it is found that sub-stock in fiscal years 2022 and 2023 are found to have a statistically significant difference. Level .05, where in 2023 the number of items that do not match the counted number and the percentage of discrepancies decreased from 2022. As for the pharmaceutical supplies, fiscal year 2022 and 2023, it was found that the number of items that did not match the counted number did not different As for percentage error There is a statistical significant difference at the .05 level, where in 2023 the percentage error decreased from 2022.

Keywords: Development, Pharmaceutical inventory management system

บทนำ

ยาและเวชภัณฑ์มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพใน 4 มิติ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ [2] ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยสูงสุดจากการใช้ยา ระบบยาโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนและการจัดการ การคัดเลือกและการจัดหา การเก็บรักษา การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง การเตรียมและการกระจายยา การบริหารยา การติดตาม และการประเมินผลด้านยา โดยการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาเป็นส่วนหนึ่งในขั้นตอนการคัดเลือกและการจัดหา หากเภสัชกรผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ไม่สามารถบริหารให้มียาคุณภาพพร้อมใช้ต่อการใช้งานของโรงพยาบาล ย่อมอาจส่งผลกระทบต่อขั้นตอนอื่นๆ ในระบบยาโรงพยาบาลได้ เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ด้านยาจากการใช้ยาทดแทนยาที่สมควรได้รับ ดังนั้นเพื่อให้การจัดการระบบยาโรงพยาบาลสามารถดำเนินงานไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับผิดชอบต้องมีความรู้ความชำนาญด้านระเบียบพัสดุ ข้อบ่งใช้ของยา การจัดเก็บ การรักษาและการกระจายยาที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งความปลอดภัยของยา เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับยาที่รวดเร็ว ปลอดภัย ถูกต้องและทันเวลา [1]

การดูแลระบบยาแต่ละโรงพยาบาลเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อให้ระบบยาสามารถดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเภสัชกรผู้รับผิดชอบในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาซึ่งเป็นหนึ่งในคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ควรมีการดำเนินงานตามมาตรฐานข้อกำหนดของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล ในมาตฐานที่ 4 การกระจายและการควบคุมยา (medication distribution and control) ที่มุ่งเน้นให้หน่วยงานเภสัชกรรมต้องรับผิดชอบ การจัดหา การกระจาย และการควบคุมยาทุกชนิดที่ใช้ในโรงพยาบาล และเครือข่าย รวมทั้งการจัดทำนโยบาย การออกแบบระบบ และวิธีดำเนินการเพื่อให้มีการกระจายยาอย่างเหมาะสม ทันความต้องการ และคงคุณภาพในทุกจุด โดยประสานข้อมูลกับคณะกรรมการต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดำเนินการ เช่น การใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการจัดหา การกระจายและการควบคุมยา [3]

การบริหารเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพจะส่งผลให้ประชาชนที่มารับบริการได้รับเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐานมีคุณภาพในการรักษาผู้ป่วย โรงพยาบาลจะไม่มียาค้างสต็อคและยาหมดอายุซึ่งเป็นการสูญเสียงบประมาณของรัฐ ในการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยปัจจัยหรือทรัพยากรทางการบริหารพื้นฐานที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และวิธีการจัดการหรือกระบวนการบริหาร ครอบคลุมระบบบริหารเวชภัณฑ์ โดยสามารถพิจารณาผลของการดำเนินการในมุมมองต่างๆ ได้ เช่น ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) พบว่าการที่ยาขาดแคลนส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) พบว่าทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และผลลัพธ์ทางมนุษยธรรม (humanistic outcomes) พบว่า ทำให้คนไข้มีความ

กังวลเกี่ยวกับการใช้ยา และรายจ่ายที่อาจสูงขึ้นตลอดจนคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และเนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลมีบริบทและข้อจำกัดของการบริหารงานที่ไม่เหมือนกันย่อมส่งผลให้มีแนวทางปฏิบัติในการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์แตกต่างกัน โดยมีมาตรฐานของสถานพยาบาลมาช่วยสนับสนุนกำกับวิเคราะห์ปัญหา และเป็นแนวทางเบื้องต้น เพื่อให้มั่นใจได้ว่าโรงพยาบาลมีการดำเนินงานที่มีคุณภาพ เภสัชกรจึงเป็นส่วนหนึ่งในการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มีคุณภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งองค์กรและผู้ป่วยซึ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารจะขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยทางการบริหารที่นำมาใช้ ในทางกลับกันหากมีข้อจำกัดทางการบริหาร อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพและคุณภาพขององค์กร [4]

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ปีงบประมาณ 2565-2566 ทั้งคลังยาใหญ่และคลังยาย่อย โดยเน้นกระบวนการเบิกจ่ายตรวจนับ และควบคุมกำกับในการเบิกจ่ายที่เป็นปัจจุบันและการสื่อสารที่รวดเร็ว มีแนวทางปฏิบัติร่วมกันที่ชัดเจน เนื่องจากพบว่าระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาโรงพยาบาลท่าคันโทเดิมยังพบปัญหา ในเรื่องของทะเบียนคุมคลังมีความคลาดเคลื่อนทั้งคลังยาใหญ่และคลังยาย่อย รวมทั้งการเบิกยาและเวชภัณฑ์ยังไม่มีการตรวจสอบและตรวจนับที่ชัดเจน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาโรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาโรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – เดือน กันยายน 2566 รวม 24 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – เดือน กันยายน 2566 รวม 24 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกิจกรรมในการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การวิเคราะห์การเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ทั้งคลังยาใหญ่และคลังยาย่อย, กำหนดแนวทางการเบิกจ่าย, ดำเนินการตามแนวทางการเบิกจ่าย และติดตามประเมินผลการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ทั้งคลังยาใหญ่และคลังยาย่อย โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ระบบฐานข้อมูลและรายงานการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. วิเคราะห์การเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กำหนดแนวทางการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
3. ดำเนินการตามแนวทางการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
4. ติดตามประเมินผลการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนของจำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่ตรวจนับ โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนพัฒนา

1.1 โรงพยาบาลท่าคันโทมีการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา ครอบคลุม ขั้นตอนจัดซื้อจัดหา การเบิกจ่าย ขั้นตอนการตรวจรับเวชภัณฑ์ และขั้นตอนการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ ทั้งคลังยาใหญ่และคลังยาย่อย โดยพบปัญหาในระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ ได้แก่ ทะเบียนคุมคลังมีความคลาดเคลื่อน เขียนข้อความในใบเบิก ลายมือและตัวอักษรขาดความชัดเจน ขาดการสื่อสารและตรวจสอบก่อนการรับยาขึ้นชั้นเก็บยา รวมถึงขาดการตรวจนับก่อนจ่ายยาให้หน่วยเบิก นั่นคือผู้จ่ายไม่ตรวจสอบยาและเวชภัณฑ์ทำให้เมื่อตรวจนับคลังจึงไม่ตรงกับทะเบียนคุมคลัง รวมถึงการค้นหาข้อมูลขาดความรวดเร็ว แม่นยำ และตรวจสอบข้อมูลได้ยาก

1.2 ผลการตรวจนับคงคลังยาใหญ่ก่อนการพัฒนา พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีการการตรวจนับคงคลังยาใหญ่ เดือนละ 1 ครั้ง โดยรายการที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 113.92 รายงาน รายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.83 รายการ ร้อยละความคลาดเคลื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.88

1.3 ผลการตรวจนับคงคลังยาก่อนการพัฒนา พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีการการตรวจนับคงคลังยาย่อย เดือนละ 3 ครั้ง โดยรายการที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 366.94 รายการ รายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4 รายการ ร้อยละความคลาดเคลื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.08

2. การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้กระบวนการการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อกำหนดเป็น แนวทางจัดการคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท โดยระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การปรับปรุงรูปแบบขั้นตอนการจัดซื้อ การเบิกจ่าย ขั้นตอนการรับเวชภัณฑ์ ทั้งคลังยาใหญ่และคลังยาย่อยเพื่อให้มีความสอดคล้องกับแนวทาง และมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล

2.1 ผลการตรวจนับคงคลังยาใหญ่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หลังการพัฒนาพบว่า มีการการตรวจนับคงคลังยาใหญ่ เดือนละ 1 ครั้ง โดยรายการที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 133 รายการ รายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.42 รายการ ร้อยละความคลาดเคลื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.33

2.2 ผลการตรวจนับคงคลังยาย่อย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หลังการพัฒนาพบว่า มีการตรวจนับเดือนละ 3 ครั้ง โดยรายการที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 374.72 รายยการ รายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.80 รายการ ร้อยละความคลาดเคลื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.22

3. ผลการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 รายการยาขาดคลัง พบว่าสามารถลดรายการยาขาดคลังลงได้ จากเดิมปีงบประมาณ 2565 มีรายการยาขาด ณ จุดจ่ายยา เฉลี่ย 4 รายการต่อเดือน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวนรายการ

ยาขาด ณ จุดจ่าย เฉลี่ย 2 รายการต่อเดือน โดยรายการยาที่ขาดเป็นรายการยาที่ขาดบริษัทและรายการยาที่ผู้แทนยาลืมออกออเดอร์ ซึ่งเป็นรายการยาที่ขาดบริษัท หรือขาดประเทศก็จะแจ้งองค์กรแพทย์ปรับเปลี่ยนยาหรือยืมยาจากโรงพยาบาลข้างเคียงมาให้ก่อน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 รายการยาที่ขาดบริษัทและต้องเปลี่ยนมาใช้ยาอื่นแทนคือ ยาหยอดตา poly oph eye drop ส่วนยา sertraline 50 mg เป็นยาที่ขาดบริษัทแต่ผู้ป่วยไม่ขาดยาเนื่องจากได้ทราบข้อมูลจากคลังยาย่อยในช่วงที่ยาเบิกไปแล้วไม่ได้จึงได้มีการติดตามยาและจองคิวยาไว้ทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดยา

3.2 มูลค่าแผนจัดซื้อยา จากการพัฒนางานระบบงานบริหารเวชภัณฑ์ดังกล่าวในปี2566 ทำให้มูลค่าแผนจัดซื้อยาในปี 2567 (ใช้ข้อมูลอัตราการใช้ที่คลังยาใหญ่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566) เท่ากับ 10,995,282.85 บาท (สิบล้านเก้าแสนเก้าหมื่นห้าพันสองร้อยแปดสิบสองบาทแปดสิบห้าสตางค์) ลดลงจากแผนจัดซื้อยาปี 2566 (ใช้ข้อมูลจากอัตราการใช้ยาที่คลังยาใหญ่ในปีงบประมาณ 2565) คือ 11,043,542.81 บาท (สิบเอ็ดล้านสี่หมื่นห้าร้อยสี่สิบสองบาทแปดสิบเอ็ดสตางค์)

3.3 การเปรียบเทียบจำนวนรายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับและร้อยละความคลาดเคลื่อน ปีงบประมาณ 2565 และ 2566

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวนรายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับและร้อยละความคลาดเคลื่อนคลังยาใหญ่ ปีงบประมาณ 2565 และ 2566

ตัวแปร	2565		2566		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ไม่ตรง	0.83	0.93	0.42	0.66	11	1.449	.175	-.21629	1.04963
คลาดเคลื่อน	0.88	0.83	0.33	0.51	11	2.477	.031	.06114	1.03553

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวนรายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับและร้อยละความคลาดเคลื่อน คลังยาใหญ่ ปีงบประมาณ 2565 และ 2566 พบว่า จำนวนรายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับไม่มีความแตกต่าง ส่วนร้อยละความคลาดเคลื่อน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2566 ร้อยละความคลาดเคลื่อน ลดลงจากปี 2565

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจำนวนรายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับและร้อยละความคลาดเคลื่อนคลังยาย่อย ปีงบประมาณ 2565 และ 2566

ตัวแปร	2565		2566		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ไม่ตรง	4.00	2.02	0.80	0.53	35	8.556	.000	2.43649	3.95240
คลาดเคลื่อน	1.08	0.21	0.22	0.12	35	8.754	.000	.66568	1.06765

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจำนวนรายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับและร้อยละความคลาดเคลื่อน คลังยาย่อย ปีงบประมาณ 2565 และ 2566 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2566 มีจำนวนรายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับและร้อยละความคลาดเคลื่อน ลดลงจากปี 2565

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษา การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ และเพื่อศึกษาการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างตุลาคม 2564 – เดือน กันยายน 2566 รวม 24 เดือน จากการศึกษาพบว่า

1. โรงพยาบาลท่าคันโทมีการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา ครอบคลุม ขั้นตอนจัดซื้อจัดหา การตรวจรับ การเก็บรักษา และการเบิกจ่าย ทั้งคลังยาใหญ่และคลังยาย่อย โดยพบปัญหาในระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ ได้แก่ ทะเบียนคุมคลังมีความคลาดเคลื่อน เขียนข้อความในใบเบิก ลายมือและตัวอักษรขาดความชัดเจน ไม่สามารถประมาณการสำรองยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาได้ รวมถึงการค้นหาข้อมูลขาดความรวดเร็ว แม่นยำ และตรวจสอบข้อมูลได้ยาก ผลการดำเนินงานจากการตรวจนับคงคลังยาใหญ่ก่อนดำเนินการ พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีการการตรวจนับคงคลังยาใหญ่ เดือนละ 1 ครั้ง โดยรายการที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 113.92 รายงาน รายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.83 รายงาน ร้อยละความคลาดเคลื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.88 จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้ดำเนินการการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนทนากลุ่ม (กรมการพัฒนาชุมชน, 2551) ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วม [5] เพื่อกำหนดเป็น แนวทางในการจัดการเวชภัณฑ์ของคลังยา โรงพยาบาลท่าคันโท โดยระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การปรับปรุงรูปแบบขั้นตอนการจัดซื้อ ขั้นตอนการรับเวชภัณฑ์ และขั้นตอนการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ ของคลังยาใหญ่และคลังยาย่อย ให้มีความสอดคล้องกับแนวทาง และมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล [3] สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันท์นภัส ฟุ้งสุข อัษฎางค์ พลนอก (2560)[1] ได้ศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า มีการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 เน้นการกำหนดแนวทางเพื่อควบคุมความเสี่ยงที่เกิดในกระบวนการบริหารคลังและเวชภัณฑ์ ในวงรอบที่ 2 เป็นการพัฒนาในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่มีตัวชี้วัดประสิทธิภาพไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 3 แห่ง โดยทำการวิเคราะห์ยาเป็นรายการ เพื่อกำหนดจำนวนสำรองและจัดให้มีระบบการคืนยาแบบเติมเต็มตามจำนวนสำรองที่กำหนด หลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัย พบว่าอัตราสำรองคลังเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือ ไม่เกิน 3 เดือน ยาสิ้นอายุลดลง จำนวนยาขาดลดลง และความคลาดเคลื่อนของจำนวนยาคงคลังไม่เกินกำหนด ผลการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท ส่งผลให้ สามารถลดรายการยาขาดคลังลงได้จากเดิมปีงบประมาณ 2565 มีรายการยาขาด ณ จุดจ่ายยา เฉลี่ย 4 รายการต่อเดือน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวนรายการยาขาด ณ จุดจ่าย เฉลี่ย 2 รายการต่อเดือน โดยรายการยาที่ขาดเป็นรายการยาที่ขาดบริษัทและรายการยาที่ผู้แทนยาลืมออกออเดอร์ ซึ่งเป็นรายการยาที่ขาดบริษัท หรือขาดประเทศ ก็จะแจ้งองค์กรแพทย์ปรับเปลี่ยนยาหรือยืมยาจากโรงพยาบาลข้างเคียงมาให้ก่อน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 รายการยาที่ขาดบริษัทและต้องเปลี่ยนมาใช้ยาอื่นแทนคือ ยาหยอดตา poly oph eye drop ส่วนยา sertraline 50 mg เป็นยาที่ขาดบริษัทแต่ผู้ป่วยไม่ขาดยาเนื่องจากได้ทราบข้อมูลจากคลังยาย่อยในช่วงที่ยาเบิกไปแล้วไม่ได้จึงได้มีการติดตามยาและจองคิวยาไว้ทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดยา ผลการตรวจนับคงคลังยาใหญ่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หลังการพัฒนาพบว่า มีการการตรวจนับคงคลังยาใหญ่เดือนละ 1 ครั้ง โดยรายการที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 133 รายการ รายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่

ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.42 รายการ ร้อยละความคลาดเคลื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.33 ผลการตรวจนับคงคลังยาย่อย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หลังการพัฒนาพบว่า มีการตรวจนับเดือนละ 3 ครั้ง โดยรายการที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 374.72 รายยการ รายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.80 รายการ ร้อยละความคลาดเคลื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.22

มูลค่าแผนจัดซื้อยา จากการพัฒนางานระบบงานบริหารเวชภัณฑ์ดังกล่าวในปี2566 ทำให้มูลค่าแผนจัดซื้อยาในปี 2567 (ใช้ข้อมูลอัตราการใช้ที่คลังยาใหญ่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566) เท่ากับ 10,995,282.85 บาท (สิบล้านเก้าแสนเก้าหมื่นห้าพันสองร้อยแปดสิบสองบาทแปดสิบห้าสตางค์) ลดลงจากแผนจัดซื้อยาปี 2566 (ใช้ข้อมูลจากอัตราการใช้ยาที่คลังยาใหญ่ในปีงบประมาณ2565) คือ 11,043,542.81 บาท (สิบเอ็ดล้านสี่หมื่นห้าร้อยสี่สิบสองบาทแปดสิบเอ็ดสตางค์) ผลการเปรียบเทียบจำนวนรายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับและร้อยละความคลาดเคลื่อน ปีงบประมาณ 2565 และ 2566 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2566 มีจำนวนรายการที่ไม่ตรงตามจำนวนที่ตรวจนับและร้อยละความคลาดเคลื่อน ลดลงจากปี 2565 สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมิตร อินทุยศ นุศราพร เกษสมบูรณ์ (2556)[6] การพัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ด้วยวิธีการจัดการคลังสินค้าโดยคู่ค้าแบบประยุกต์ กรณีศึกษาสถานีอนามัยลูกข่าย โรงพยาบาลคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร การนำวิธีจัดการคลังสินค้าโดยคู่ค้าแบบประยุกต์มาใช้ พบว่าให้ผลดีทั้ง 3 กลุ่มตัวชี้วัด กล่าวคือ ด้านประสิทธิผลงานคลัง พบว่าระยะเวลาคงคลังเฉลี่ย (เดือน) ลดลงชัดเจนจาก 6.67 เดือน เป็น 1.31 เดือน โดยเฉพาะกลุ่มเวชภัณฑ์ที่มีอัตราการใช้สูง ด้านต้นทุนและผลได้ พบว่าลดต้นทุนการเก็บเวชภัณฑ์คงคลังรวม 1,006,416.55 บาท และอัตราส่วนต้นทุนและผลได้คือ 88.03 เท่า ด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้เกี่ยวข้องเห็นประโยชน์จากการนำวิธีจัดการคลังสินค้าโดยคู่ค้าแบบประยุกต์มาใช้ในการบริการคลังเวชภัณฑ์ของสถานีอนามัยลูกข่าย เพราะลดภาระการทำงาน แต่ยังต้องจัดประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อปรับปรุงและรักษาระบบใหม่ร่วมกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ มัตติกา ประพฤติดี (2564). ได้ศึกษาการพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในปีงบประมาณ 2563 พบว่ามูลค่าการเบิกยารวมลดลงเป็นเงินจำนวน 775,553.00 บาท (ร้อยละ 55.79) และมีความสม่ำเสมอในการเบิกยาเป็นประจำทุกเดือน และมูลค่าการเบิกเวชภัณฑ์ลดลงเป็นเงินจำนวน 3,402.10 บาท (ร้อยละ 9.63) สำหรับมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ พบว่า มูลค่ายาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุลดลงเป็นเงินจำนวน 56,032.00 บาท (ร้อยละ 65.6) และมูลค่าเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุลดลงเป็นเงินจำนวน 4,260.00 บาท (ร้อยละ 100)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

การจัดระบบการจัดการเวชภัณฑ์ของคลังยา ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เภสัชกร ตัวแทนองค์กรแพทย์ ตัวแทนพยาบาลของแต่ละตึก และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และใน การค้นหาปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข ติดตามประเมินผล และ การทบทวนปัญหา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ยา ในขั้นตอนที่ก่อให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงานระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.นันท์นภัส ฟุ้งสุข อัษฎางค์ พลนอก .การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสาร มฉก.วิชาการ ปีที่ 21 ฉบับที่ 41 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560

2.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2565 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/edit-plan_OPS-65-for-web.v2.pdf

3.สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล. (2564). มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล พ.ศ.2561-2565. [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihp.org/wp-content/uploads/2022/06/มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล_2561-2565ปรับ270918.pdf

4.ณัษฐ์พงษ์ พัฒนพงศ์. (2558) การบริหารเวชภัณฑ์และปัจจัยที่มีต่อประสิทธิภาพการดำเนินการตามมาตรการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลจังหวัดพัทลุง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ปีที่2 ฉบับที่3 กันยายน - ธันวาคม 2558 1-20

5.วันชัย วัฒนศัพท์ ถวิลวดี บุรีกุล เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี. (2551). คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนการตัดสินใจที่ดีกว่าโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม. แปลโดย. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท.

6.นฤมิตร อินทุยศ นุศราพร เกษสมบูรณ์ (2556) การพัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ด้วยวิธีการจัดการคลังสินค้าโดยคู่ค้าแบบประยุกต์ กรณีศึกษาสถานีอนามัยลูกข่ายโรงพยาบาลคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 7(2) 241-51

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2560-2564

Efficiency of Financial Management of Hospitals in Sakon Nakhon Fiscal Years 2017-2021

(Received: December 22,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

มะลิณี แดนรักษ์[1]
Malinee Danruk[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาประเมินผลเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์ และประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล 2) ศึกษารูปแบบแนวทางการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จ กลุ่มตัวอย่างคือผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารด้านการเงินระดับจังหวัด และผู้บริหารด้านการเงินระดับโรงพยาบาล รวมจำนวน 11 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง จากโรงพยาบาลจำนวน 18 แห่ง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบประเมินด้านการบริหารการเงินการคลัง และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย ในปี 2560-2564 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 83.34, 94.45, 77.78, 88.89 และ 100.00 ตามลำดับ 2) ด้านรวมรายได้-รวมค่าใช้จ่าย เปรียบเทียบกับแผนประมาณการ ไม่ผ่านเกณฑ์ 3) บัญชีมีคุณภาพ ภาพรวมโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 93.74, 95.66, 95.06, 99.76 และ100.00 ตามลำดับ 4) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 Plus Efficiency) ไม่ผ่านเกณฑ์ 5) ต้นทุนบริการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 77.78, 88.89, 88.89, 100.00 และ 100.00 ตามลำดับ 6) ภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 (Risk scoring) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 27.78, 0.00, 0.00, 5.56 และ 0.00 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า รูปแบบในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย มิติด้านการนำองค์กร 4 ประเด็นคือ มีนโยบายในการจัดเก็บรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย การสื่อสารข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ การติดตามควบคุมกำกับศูนย์จัดเก็บรายได้ และมีกลยุทธ์ในการแสวงหารายได้ใหม่ มิติด้านการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหาร 4 ประเด็นคือ การวางแผนปฏิบัติงานการเงินการคลัง การปฏิบัติตามแผน การติดตามกำกับ และทบทวนแก้ไขปัญหา สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จได้แก่ ภาวะผู้นำ ความรู้ความสามารถ นโยบายระดับจังหวัด ศักยภาพของผู้บริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด และการติดตามกำกับโดยผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ, การบริหารการเงินการคลัง

Abstract

This study was survey research aimed to study financial performance and management strategies implemented in hospitals encountered with financial crises. The research involved with interviews, questionnaires, and group discussions with 11 key stakeholders, including hospital and provincial financial managers. Data were analysed from 18 healthcare units in Sakon Nakhon Province between 2017 and 2021,

The findings indicated varying degrees of success in financial performance metrics over the studied years. While revenue versus expenditure targets were achieved at rates ranged from 77.78% to 100.00%, overall revenue-expenditure comparisons against budgets fell short, fluctuating from 16.67% to 100.00%. However, accounting quality consistently surpassed the 80% benchmark from 2017-2021. Nevertheless, financial management efficiency remained below the targeted 65% throughout the studied period. Service costs were within 80% of benchmarks, varied from 77.78% to 100.00%. The assessment of financial crisis risk showed mixed results, with only some years meeting expectations. Successful financial management strategies among hospital managers facing crises revolve around revenue collection policies, effective communication of financial performance, continuous monitoring of

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

revenue centers, and strategies for seeking new revenue sources. Efficient financial management development focuses on analysis, compliance with problem-based analysis guidelines, continuous monitoring, and rectification of persisting problems.

Factors contributing to resolving financial crises in hospitals included leadership qualities, financial management expertise among managers, adaptable provincial financial policies, potential of provincial financial managers, and consistent supervision by financial managers at different levels.

Key word: Efficiency, Financial Management

บทนำ

สถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลมีความสำคัญอย่างสูงต่อการจัดการระบบสุขภาพของประเทศ จากข้อมูล ปี 2557-2559 พบว่าโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 202 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 22.54 มีปัญหาสถานะการเงินการคลังกล่าวคือมีภาวะวิกฤตเรื้อรัง คะแนนความเสี่ยงทางการเงิน (risk score) ระดับ 7 มีต้นทุนการจัดบริการสูง[1] รวมถึงการขาดสภาพคล่อง เงินบำรุงคงเหลือลดลงและภาระหนี้สินเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา ได้แก่ งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอ การปรับเกลี่ยเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขาดประสิทธิภาพ การปรับเพิ่มค่าตอบแทนและค่าแรงตลอดจนการลงทุนขนาดใหญ่ที่ขาดการวางแผนล่วงหน้า[2] ต่อมาปี 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (governance excellence) แผนงานที่ 13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพมุ่งเน้น 5 มาตรการที่สำคัญ[3] คือ การจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการอย่างเพียงพอ (sufficient allocation) การติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (planfin management) การสร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (efficient management) การพัฒนาการบริหารระบบบัญชี (accounting management) และการพัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (network & capacity building) โดยมีเป้าหมายคือร้อยละของ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 8[4]

จังหวัดสกลนคร ช่วงปี 2556-2560 พบโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงินการคลังมาอย่างต่อเนื่องและขยายวงกว้างออกไป[5] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครจึงได้เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยงานภายใต้คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด โดยแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังเป็นชุดเคลื่อนที่เร็ว ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้หน่วยบริการที่มีแนวโน้มขาดสภาพคล่องร่วมกับคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง(CFO)ของโรงพยาบาล เพื่อวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยและจัดทำแผนเพิ่มประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง นำเสนอผลการดำเนินงานทุก 2 เดือน ภายใต้การติดตามอย่างเข้มงวด ผลการดำเนินงานพบว่ายังมีโรงพยาบาล 2 แห่งที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครจึงได้มีคำสั่งเปลี่ยนผู้บริหารโรงพยาบาลและติดตามเฝ้าระวังภาวะวิกฤตทางการเงิน พบว่าโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งพ้นจากภาวะวิกฤตทางการเงินในระยะเวลา 1 ปี และไม่กลับมาวิกฤตซ้ำ ปรากฏการณ์ดังกล่าวจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจว่า รูปแบบและแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงินดังกล่าว เป็นอย่างไร

ผู้วิจัยซึ่งมีภารกิจรับผิดชอบงานบริหารจัดการด้านการเงินการคลังในระดับจังหวัด จึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2560 - 2564 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลกับเป้าหมายตัวชี้วัดการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

2. เพื่อศึกษาแนวโน้มภาวะวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาล

3. เพื่อศึกษา รูปแบบ แนวทาง ในการแก้ไขภาวะวิกฤตทางการเงิน ของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จ

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยประเมินผลเชิงสำรวจ (Survey research) วิธีวิเคราะห์แบบผสมผสาน (The mixed methods) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Quantitative and qualitative research) จากรายงานการเงินการคลัง (Secondary Data) ระหว่างปีงบประมาณ 2560-2564 ผู้บริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้อมูลรายงานการเงินการคลัง (Secondary Data) ระหว่างปีงบประมาณ 2560-2564 ผู้บริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ข้อมูลรายงานทางการเงินการคลัง ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2560-2564 จำนวน 18 แห่ง 2) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้บริหารโรงพยาบาลที่เคยได้รับคำสั่งให้ไปปฏิบัติราชการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน และประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา ภายในระยะเวลา 1 ปี และไม่กลับมาวิกฤตซ้ำ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย 2) ผู้บริหารการเงินการคลังระดับโรงพยาบาล ในโรงโรงพยาบาลที่ประสบกับภาวะวิกฤตทางการเงิน มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาล ในข้อที่ 1 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย 3) คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด (ชุดเคลื่อนที่เร็ว) มีประสบการณ์ ในการออกเยี่ยม ติดตาม ประเมินผลโรงพยาบาลที่ผู้บริหารโรงพยาบาลประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงิน ในข้อ 1 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ราย 4) มีเวลาให้สัมภาษณ์จนข้อมูลอิ่มตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบประเมินด้านการบริหารการเงินการคลัง และที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. แบบเก็บข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลประชากรทั้งหมด ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนลูกข่าย ระดับโรงพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข

2. แบบประเมินผลการดำเนินงานด้านรายได้เทียบกับค่าใช้จ่าย ด้านรวมรายได้ – รวมค่าใช้จ่าย เทียบกับแผนประมาณการประจำปี แผนที่ 1 รายได้ – ค่าใช้จ่ายในแผนทางการเงิน (planfin) เกณฑ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 2 เป้าหมาย คือ 1) โรงพยาบาลมีผลการดำเนินงานรายได้มากกว่าหรือเท่ากับค่าใช้จ่าย (EBITDA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 2) โรงพยาบาลมีผลต่างการดำเนินงานรวมรายได้ หรือรวมค่าใช้จ่ายเทียบกับแผนประมาณการรายได้ – ค่าใช้จ่าย มากกว่าหรือน้อยกว่า ไม่เกิน ร้อยละ 5

3. แบบประเมินคุณภาพบัญชี ที่คณะทำงานพัฒนาระบบเขตสุขภาพที่ 8 สร้างขึ้น กำหนดเกณฑ์คุณภาพบัญชี ร้อยละ 80 ขึ้นไป

4. แบบประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 plus Efficiency) ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพการ ประกอบด้วย 1) ประสิทธิภาพการทำกำไรจากการดำเนินงาน 2) อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ 3) ประสิทธิภาพการ

ชำระหนี้ 4) ประสิทธิภาพการเรียกเก็บลูกหนี้กลุ่มสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 5) ประสิทธิภาพการเรียกเก็บลูกหนี้กลุ่มสิทธิข้าราชการ กรมบัญชีกลาง 6) ประสิทธิภาพการเรียกเก็บลูกหนี้กลุ่มสิทธิประกันสังคม 7) การบริหารสินค้าคงคลัง

5. แบบประเมินต้นทุนบริการ ใช้ผลการประเมินการดำเนินงาน การวิเคราะห์ต้นทุน (unit cost) แบบ quick method การให้บริการผู้ป่วยนอก การให้บริการผู้ป่วยใน โดยต้นทุนบริการไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาลระดับบริการเดียวกัน

6. แบบประเมินภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (risk scoring) ใช้ผลการประเมินดัชนีชี้วัดการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางการเงิน เป้าหมายคือโรงพยาบาลไม่มีภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือหลักที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แนวคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การนำองค์กรตามเกณฑ์ PMQA 2) กิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพตามแผนปฏิบัติการ ตามวงจร Deming PDCA มี 4 ขั้นตอนคือ Plan (มิติการวางแผน) Do (มิติปฏิบัติ) Check (มิติการตรวจสอบ) และ Action (มิติการปรับปรุง) โดยแต่ละมิติ มีคำถาม 2 ประเด็น คือ 1) คำถามเกี่ยวกับสภาพปัญหาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล 2) คำถามเพื่อหาแนวทางการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ

2. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รหัสโครงการ 018/2566 เอกสารรับรองเลขที่ EC : SKN REC 2023-022 เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2566

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนมิถุนายน – ตุลาคม 2566

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินงาน เป็นข้อมูลทุติยภูมิ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป จากโปรแกรมงานทะเบียนสถิติและรายงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

2. โรงพยาบาลมีผลการดำเนินงานรายได้มากกว่าหรือเท่ากับค่าใช้จ่าย(EBITDA) และผลการดำเนินงานรายได้ – ค่าใช้จ่าย เทียบกับแผนประมาณการ จากโปรแกรม planfin กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

3. คุณภาพบัญชี เก็บข้อมูลจากผลการประเมินคุณภาพบัญชี โดยคณะทำงานพัฒนาระบบบัญชีและตรวจสอบคุณภาพบัญชี ระดับเขต ระดับจังหวัด

4. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการทางการเงิน (7 plus efficiency) เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย จากข้อมูลงบทดลองที่โรงพยาบาลส่งขึ้นเว็บไซต์กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

5. ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย จากผลการวิเคราะห์ต้นทุน (unit cost) แบบ quick method จากการวิเคราะห์ข้อมูลงบทดลองและผลการให้บริการที่โรงพยาบาล จัดส่งผ่านเว็บไซต์ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

6. ภาวะวิกฤติทางการเงิน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย จากผลการวิเคราะห์ภาวะวิกฤตทางการเงินที่กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานโดยตรงกับกลุ่มตัวอย่าง นัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เตรียมผู้ช่วยวิจัย สถานที่ จัดสิ่งแวดล้อมในห้องสัมภาษณ์ให้เหมาะสม เป็นส่วนตัว เปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีข้อสงสัย จากนั้นขออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วม

สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแบบสัมภาษณ์ล่วงหน้า ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง จนไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่ กระทั่งข้อมูลอิ่มตัวจึงหยุดสัมภาษณ์ พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note) หลังจากได้ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยจะทำการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) หลังจากได้ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยติดต่อ ประสานงานโดยตรงกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยมีการนัดหมายวัน เวลา สถาน และดำเนินการสนทนากลุ่มตามที่นัดหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์สถิติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) และ ค่าสัดส่วน (proportion)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยถอดข้อความแบบคำต่อคำ (verbatim transcriptions) จัดเนื้อหาแต่ละหมวดที่ได้รวบรวมมาวิเคราะห์จับประเด็น (theme analysis) วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และตีความหมาย[8] ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) แบบสามเส้า (triangulation) ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล และวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ควบคู่กับการซักถาม

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย 6 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 1) ผลการดำเนินงานมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย 2) ผลการดำเนินงานรายได้-ค่าใช้จ่ายเทียบกับแผน 3) คุณภาพบัญชี 4) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 Plus Efficiency) 5) ต้นทุนบริการ และ 6) ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร พบว่าในปี 2560ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 1 มีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย ผ่าน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.34 ตัวชี้วัดที่ 2 ผลการดำเนินงานรายได้-ค่าใช้จ่ายเทียบกับแผน ผ่าน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94.45 ตัวชี้วัดที่ 3 คุณภาพบัญชี ผ่าน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตัวชี้วัดที่ 4 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 Plus Efficiency) ผ่าน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 55.56 ตัวชี้วัดที่ 5 ต้นทุนบริการ ผ่าน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77.78 และตัวชี้วัดที่ 6 ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ผ่าน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 72.22

ปี 2561 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 1 ผลการดำเนินงานมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย ผ่าน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94.45 ตัวชี้วัดที่ 2 ผลการดำเนินงานรายได้-ค่าใช้จ่ายเทียบกับแผน ผ่าน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.33 ตัวชี้วัดที่ 3 คุณภาพบัญชี ผ่าน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตัวชี้วัดที่ 4 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 Plus Efficiency) ผ่าน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16.67 ตัวชี้วัดที่ 5 ต้นทุนบริการ ผ่าน 16 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.89 และตัวชี้วัดที่ 6 ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ผ่าน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00

ปี 2562 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 1 ผลการดำเนินงานมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย ผ่าน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77.78 ตัวชี้วัดที่ 2 ผลการดำเนินงานรายได้-ค่าใช้จ่ายเทียบกับแผน ผ่าน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.33 ตัวชี้วัดที่ 3 คุณภาพบัญชี ผ่าน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตัวชี้วัดที่ 4 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 Plus Efficiency) ผ่าน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.56 ตัวชี้วัดที่ 5 ต้นทุนบริการ ผ่าน 16 แห่ง คิดเป็นร้อยละ

88.89 และตัวชี้วัดที่ 6 ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ผ่าน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00

ปี 2563 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 1 ผลการดำเนินงานมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย ผ่าน 16 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.89 ตัวชี้วัดที่ 2 ผลการดำเนินงานรายได้-ค่าใช้จ่ายเทียบกับแผน ผ่าน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ตัวชี้วัดที่ 3 คุณภาพบัญชี ผ่าน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตัวชี้วัดที่ 4 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 Plus Efficiency) ผ่าน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16.67 ตัวชี้วัดที่ 5 ต้นทุนบริการ ผ่าน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 และตัวชี้วัดที่ 6 ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ผ่าน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94.45

ปี 2564 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 1 ผลการดำเนินงานมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย ผ่าน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ตัวชี้วัดที่ 2 ผลการดำเนินงานรายได้-ค่าใช้จ่ายเทียบกับแผน ผ่าน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16.67 ตัวชี้วัดที่ 3 คุณภาพบัญชี ผ่าน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตัวชี้วัดที่ 4 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 Plus Efficiency) ผ่าน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 22.22 ตัวชี้วัดที่ 5 ต้นทุนบริการ ผ่าน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และตัวชี้วัดที่ 6 ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ผ่าน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 สรุปได้ว่ามีแนวโน้มในการบรรลุตัวชี้วัดมากขึ้นตามลำดับ รวมถึง สถานการณ์ด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดสกลนคร และต้นทุนบริการของโรงพยาบาลตามเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน และไม่มีภาวะวิกฤตทางการเงินการคลังระดับ 7 ส่วนประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 Plus Efficiency) มีแนวโน้มบรรลุตัวชี้วัดลดลงเมื่อเทียบกับปี 2560 ดังตารางแสดงที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ภาพรวมการผ่านเป้าหมายตัวชี้วัดการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ		ตัวชี้วัด	ผ่านตัวชี้วัด	ร้อยละ
2560	ตัวชี้วัดที่ 1	ผลการดำเนินงานมีรายได้≥ ค่าใช้จ่าย	15	83.34
	ตัวชี้วัดที่ 2	ผลการดำเนินงานรายได้-ค่าใช้จ่ายเทียบกับแผน	13	72.22
	ตัวชี้วัดที่ 3	คุณภาพบัญชี	18	100.00
	ตัวชี้วัดที่ 4	ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 Plus Efficiency)	10	55.56
	ตัวชี้วัดที่ 5	ต้นทุนบริการ	14	77.78
	ตัวชี้วัดที่ 6	ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	13	72.22
2561	ตัวชี้วัดที่ 1	ผลการดำเนินงานมีรายได้≥ ค่าใช้จ่าย	17	94.45
	ตัวชี้วัดที่ 2	ผลการดำเนินงานรายได้-ค่าใช้จ่ายเทียบกับแผน	15	83.33
	ตัวชี้วัดที่ 3	คุณภาพบัญชี	18	100.00
	ตัวชี้วัดที่ 4	ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 Plus Efficiency)	3	16.67
	ตัวชี้วัดที่ 5	ต้นทุนบริการ	16	88.89
	ตัวชี้วัดที่ 6	ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	18	100.00
2562	ตัวชี้วัดที่ 1	ผลการดำเนินงานมีรายได้≥ ค่าใช้จ่าย	14	77.78
	ตัวชี้วัดที่ 2	ผลการดำเนินงานรายได้-ค่าใช้จ่ายเทียบกับแผน	15	83.33
	ตัวชี้วัดที่ 3	คุณภาพบัญชี	18	100.00
	ตัวชี้วัดที่ 4	ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 Plus Efficiency)	1	5.56
	ตัวชี้วัดที่ 5	ต้นทุนบริการ	16	88.89
	ตัวชี้วัดที่ 6	ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	18	100.00
2563	ตัวชี้วัดที่ 1	ผลการดำเนินงานมีรายได้≥ ค่าใช้จ่าย	16	88.89

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ภาพรวมการผ่านเป้าหมายตัวชี้วัดการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ		ตัวชี้วัด	ผ่านตัวชี้วัด	ร้อยละ
	ตัวชี้วัดที่ 2	ผลการดำเนินงานรายได้-ค่าใช้จ่ายเทียบกับแผน	18	100.00
	ตัวชี้วัดที่ 3	คุณภาพบัญชี	18	100.00
	ตัวชี้วัดที่ 4	ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 Plus Efficiency)	3	16.67
	ตัวชี้วัดที่ 5	ต้นทุนบริการ	18	100.00
	ตัวชี้วัดที่ 6	ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	17	94.45
2564	ตัวชี้วัดที่ 1	ผลการดำเนินงานมีรายได้≥ ค่าใช้จ่าย	18	100.00
	ตัวชี้วัดที่ 2	ผลการดำเนินงานรายได้-ค่าใช้จ่ายเทียบกับแผน	3	16.67
	ตัวชี้วัดที่ 3	คุณภาพบัญชี	18	100.00
	ตัวชี้วัดที่ 4	ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 Plus Efficiency)	4	22.22
	ตัวชี้วัดที่ 5	ต้นทุนบริการ	18	100.00
	ตัวชี้วัดที่ 6	ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	18	100.00

ผลการวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงภาวะวิกฤตทางการเงิน ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร ปี 2560-2564 พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ คือ จำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77.78 มีระดับความเสี่ยงทางการเงินปกติ มี Risk Score 0-3 จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50.00 และมี Risk Score 4-7 ดีขึ้นเป็น Risk Score 0-3 จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 27.78 Risk Score 4-6 เรื้อรัง จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 22.22

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ราย 11 พบว่ารูปแบบ แนวทางการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงิน ประกอบด้วย มิติด้านการนำองค์กร 4 ประเด็น และมิติด้านกิจกรรมในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง4 ประเด็น ดังนี้

มิติด้านการนำองค์กร 1) ควบคุมค่าใช้จ่ายรายเดือนให้เป็นไปตามแผน 2) สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับรู้เพื่อสร้างความร่วมมือ 3) ติดตามควบคุมกำกับศูนย์จัดเก็บรายได้อย่างสม่ำเสมอ 4) ใช้มาตรการเชิงรุกเพิ่มบริการหรือศักยภาพในการให้บริการ เช่น การผ่าตัดสัญจร เปิดคลินิกทันตกรรมนอกเวลา

มิติด้านกิจกรรมในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 1) วิเคราะห์ ประเมินและวางแผนปฏิบัติงานตามสภาพของหน่วยงานของโรงพยาบาล 2) ปฏิบัติตามแผนและประเมินผล 3) ติดตามกำกับการดำเนินงาน 4) ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาที่ยังพบอยู่ นำมาแก้ไข พัฒนาปรับปรุง

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จการแก้ไขปัญหาประกอบด้วย 1) ภาวะผู้นำของผู้บริหาร 2) ความรู้ความสามารถและทักษะในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 3) นโยบายการปรับเกลี่ยเงินในระดับจังหวัด 4) ศักยภาพของผู้บริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด และ 5) การติดตาม กำกับ ของผู้บริหารการเงินการคลังในระดับจังหวัด และระดับเขต

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลกับเป้าหมายตัวชี้วัด สรุปได้ว่า ภาพรวมจังหวัดสกลนคร ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ มีข้อมูลทางบัญชีที่เชื่อถือได้ มีความสามารถในการควบคุมต้นทุนบริการได้ดี ส่งผลให้ไม่พบโรงพยาบาลที่ประสบกับภาวะวิกฤตทางการเงิน แต่ยังคงมีปัญหา 2 ตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย คือ หน่วยบริการ ยังไม่สามารถวางแผนทางการเงินได้อย่างแม่นยำ ภายใต้สถานการณ์ที่ไม่

ปกติ คือมีการระบาดของโรคโควิด-19 ในปี 2564 และการประเมิน 7 ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการบริหารการเงิน (7 Plus Efficiency) ไม่บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับผลการประเมินของหน่วยบริการทั่วประเทศ ณ ไตรมาส 4 ปี 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายการจัดทำแผนทางการเงิน[9] และผลการประเมิน 7 Plus Efficuency[10]

2. แนวโน้มภาวะวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2560-2564 แนวโน้มภาวะวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาล ดีขึ้น จากการควบคุมต้นทุนบริการได้ดี เป็นผลจากการดำเนินงานควบคุมค่าใช้จ่าย มีการลดต้นทุนตามนโยบายจัดซื้อยา เวชภัณฑ์มิใช่ยาร่วม ของเขตสุขภาพที่ 8[11] อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการ CFO ระดับจังหวัดต้องเฝ้าระวังสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง

3. รูปแบบแนวทางในการแก้ไขภาวะวิกฤตทางการเงินของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ประสบกับความสำเร็จ จากการถ่ายทอดประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่ารูปแบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ประกอบด้วย มิติด้านการนำองค์กร (1ควบคุมค่าใช้จ่ายรายเดือนให้เป็นไปตามแผน (2สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับรู้เพื่อสร้างความร่วมมือ (3 ติดตามควบคุมกำกับศูนย์จัดเก็บรายได้อย่างสม่ำเสมอ (4ใช้มาตรการเชิงรุกเพิ่มบริการหรือศักยภาพในการให้บริการ เช่น การผ่าตัดสัญจร เปิดคลินิกทันตกรรมนอกเวลา ส่วนมิติด้านกิจกรรมในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (1วิเคราะห์ ประเมินและวางแผนปฏิบัติงานตามสภาพของหน่วยงานของโรงพยาบาล 2 (ปฏิบัติตามแผนและประเมินผล (3ติดตามกำกับการดำเนินงาน (4ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาที่ยังพบอยู่ นำมาแก้ไข พัฒนาปรับปรุง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาลี เอี่ยมมา[12] ศึกษาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการเงินการคลังในหน่วยบริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงทางการเงินในระดับ 7 พบว่าแนวทางในการบริหารจัดการการเงินการคลัง ในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อควบคุมคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย การศึกษาของ พิทักษ์พล บุญมาลิก และธิดาจิต มณีวัต[13]ที่โรงพยาบาลใน ศึกษาแนวโน้มการบริหารการเงินของสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จทางการเงิน เริ่มจากปัจจัยภายใน ผู้นำ โดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมบัญชีต้องมีความรู้ทักษะด้านการเงิน และต้องมีวิธีการในการหารายได้เพิ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา จังพานิช[14] พบว่ามี 3 ปัจจัย ได้แก่ ทักษะความรู้ความสามารถ รูปแบบการบริหารจัดการ และกลยุทธ์องค์กร ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสร เจริญนาม[15] สรุปได้ว่ารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงาน มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ภาวะผู้นำของผู้บริหาร ขวัญกำลังใจของบุคลากร และการมีส่วนร่วมของบุคลากร

ข้อเสนอแนะ

1.ผู้บริหารโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญต่อการบริหารจัดการการเงินการคลังโดยร่วมกำหนดกลยุทธ์ทางการเงิน มีส่วนร่วมในการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติครอบคลุมทุกกลุ่มฝ่าย รวมทั้งมีระบบควบคุม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง

2.ผู้บริหารระดับเขต ระดับจังหวัด และโรงพยาบาล ร่วมกันกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพบริการของโรงพยาบาล เชื่อมโยงกับแผนการจัดสรรงบลงทุน เพื่อป้องกันภาระการลงทุนเพิ่มด้วยเงินบำรุงของโรงพยาบาล

3. จากผลการวิจัยพบว่ายังมีโรงพยาบาลถึงหนึ่งในสี่ ที่ยังไม่สามารถวางแผนทางการเงินได้อย่างแม่นยำ และโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานประสิทธิภาพการบริหารทางการเงิน(7 Plus Efficiency) การดำเนินงานบางกิจกรรมไม่ผ่านเกณฑ์ CFO จังหวัด ควรออกนิเทศ ติดตาม ร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุ ในกิจกรรมที่ไม่บรรลุเป้าหมาย เป็นรายโรงพยาบาล

4. ผลการศึกษาพบว่า มีโรงพยาบาล จำนวน 4 แห่ง ที่มีต้นทุนบริการที่ต่ำมาก ควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงแนวทาง วิธีการดำเนินงาน และกำหนดเป็นโรงพยาบาลต้นแบบให้โรงพยาบาลอื่นๆ ศึกษาดูงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ปรเมษฐ์ กิ่งโก้ ประธาน CFO เขตสุขภาพที่ เภสัชกรอิศรา จรูญ 8 ธรรม ประธานCFO จังหวัดสกลนคร ที่ส่งเสริมการจัดทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ พญธีรารัตน์ พลรา. และ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ชม นายแพทย์เชี่ยวชาญ นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารการเงินการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ที่กรุณาให้ 8 ข้อเสนอแนะ การทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง ในจังหวัดสกลนคร และเครือข่าย CFO จังหวัดสกลนคร ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดี ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.รุ่งทิพย์ เอกพงษ์. การศึกษาค่าถ่วงน้ำหนัก (K Factor) ในการจัดสรรงบบริการผู้ป่วยในทั่วไป กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามกลุ่มระดับบริการของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8. อุดรธานี : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ; 2563.

2.สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. อุดรธานี : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. ; 2560

3.กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2563. ม.ป.ท.: 2564.

4.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560. ม.ป.ท.: 2564.

5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. สกลนคร : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ; 2561

6.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ : บริษัท วิชั่น พริ้นท์ แอนด์ มีเดีย จำกัด ; 2558

7.Deming WE.(1986). Out of the crisis. Cambridge, Miss: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study; 1986.

8.ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์การวิจัยเชิงคุณภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : บริษัทอัมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด ; 2564

9.กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการประเมินแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย (Planfin) ไตรมาส 4/2564.

10.กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการ 7 Plus Efficiency ไตรมาส 4/2564.

11.สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. อุดรธานี : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. ; 2558

12.ชาลี เอี่ยมมา. แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลังในหน่วยบริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงทางการเงินในระดับ 7 เขตสุขภาพที่ 1. ว. วิชาการสาธารณสุข, 2563; 29(2), 345-57

13.พิทักพล บุญยมาลิก, ธิดาจิต มณีวัต. แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : การวิจัยเชิงคุณภาพ. ว. วิจัยระบบสาธารณสุข, 2564; 15(4), 477-89

14.วาสนา จังพานิช. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของ โรงพยาบาล. ว.หัวหินสุขใจไกลกังวล ประจวบคีรีขันธ์, 2561; 3(1), 1-15

2564; 15(4), 477-89

15. ประภัสสร เจริญนาม, พงษ์เสถียร เหลืองอลงกต. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตบริการสุขภาพที่ 3-6. ว.วิชาการมนุษยศาสตร์ และ

สังคมศาสตร์, 2561; 26(51), 316-41

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Pregnant Women with Preterm Labor: A Case Study of Two Patients

(Received: December 22,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

พัชรี รัตนขจรจิตต์[1]
Patcharee Rattanakajornjit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 รายที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่นระยะเวลาในการศึกษา เดือน เมษายน 2566 ถึง เดือน พฤษภาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจาก เวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ เนื่องจากการเปิดขยายของปากมดลูกมากแล้วและการมาโรงพยาบาลล่าช้า ได้รับการดูแลคลอดตามมาตรฐาน และคลอดปลอดภัยกรณีศึกษารายที่ 2ได้รับการยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จ ตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์

Abstract:

This study was case study aimed to study examine the nursing care provided to pregnant women experiencing preterm labor, comparing two case studies. The cases involve two patients who received treatment at the maternity ward of the Si Chomphu Hospital in KhonKaen province. Data collection spans from April 2022 to May 2022, gathered from patient records, observations, interviews with patients and their families, and analysis using Gordon's functional health patterns and the nursing process.

Study Results : In the first case study, it was not possible to inhibit preterm labor due to significant cervical dilation and delayed hospital admission. The patient received standard labor care and delivered safely. Conversely, the second case study successfully prevented uterine contractions, allowing the pregnancy to progress to full term, completing 37 weeks.

Keywords: Preterm labor prevention, nursing process, preterm labor condition.

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหมายถึง ภาวะเจ็บครรภคลอดที่เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ 37 สัปดาห์ โดยภาวะดังกล่าวมักนำไปสูการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปัญหาระบบทางเดินหายใจเช่น Respiratory distress syndrome (RDS, HMD) ปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น Patent ductus arteriosus (PDA)ปัญหาระบบทางเดินอาหาร เช่น Necrotizing enterocolitis (NEC) รวมถึงปัญหาทางพฤติกรรม[1] ส่งผลให้เกิดการตายและ ภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดซึ่งอาจคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและคุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัวปัจจุบัน

ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาทีหรือ 6 ครั้งใน 60 นาที และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปและ/หรือปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุมารดา

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

อาชีพ เศรษฐานะ ส่วนสูง ภาวะทุพโภชนาการ ปัจจัยด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เช่น การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ ลำดับการคลอด คอมดลูกมีลักษณะผิดปกติ (U,V,Y shape) คอมดลูกสั้นกว่า 2.0 เซนติเมตร ในรายที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ประวัติการผ่าตัดมดลูก ประวัติการแท้งในครรภ์ก่อนหน้า การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ภาวะซีดการใส่ห่วงอนามัย ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกพิการในครรภ์ทารกโตช้า รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ[1]

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นปัญหาสำคัญทางสูติศาสตร์เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด อุบัติการณ์ของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 พบร้อยละ 12.47, 11.61 และ 10.44 ตามลำดับ[2] เขตสุขภาพที่ 7 พบร้อยละ 11.94, 12.58 และ 12.27 ตามลำดับ[3] ในจังหวัดขอนแก่นพบอุบัติการณ์ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 873, 769 และ 902 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 9.41, 9.77 และ 11.43 ตามลำดับ[3] ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น มีผู้คลอดที่มารับบริการด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 พบจำนวน 44 ราย 39 ราย และ 36 ราย ตามลำดับ อัตราการคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 8.64, 4.27และ 7.04 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น พบทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมจากการคลอดก่อนกำหนดระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 2(ร้อยละ1.04), 3(ร้อยละ2.04) และ 2 คน(ร้อยละ1.48) ตามลำดับ และมีการส่งต่อทารกไปโรงพยาบาลตติยภูมิของจังหวัดขอนแก่นจำนวน 1 ราย, 1 ราย และ 0 ราย ตามลำดับ[4]

จากสถิติข้อมูลจะเห็นว่าภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนำไปสู่การคลอดทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งส่งผลให้ทารกมีปัญหาด้านสุขภาพเนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ ยังไม่พัฒนาเต็มที่ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเปรียบเทียบ 2 ราย เพื่อศึกษาปัญหา ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆนำมาวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลให้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่ถูกต้องปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเปรียบเทียบ 2 รายที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เปรียบเทียบกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ระยะเวลาในการศึกษาหญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 ระหว่างวันที่ 20 เมษายน 2566 – 22 เมษายน 2566 หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 ระหว่างวันที่ 26 เมษายน 2566 28 เมษายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิธีการศึกษา รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลทั่วไป แบบแผนสุขภาพ การรักษา และกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 16 ปี อาชีพแม่บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือ เจ็บครรภ์คลอดเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ตั้งครรภ์ G1P0 GA 36^{+6}สัปดาห์ by LMP LMP 5 สิงหาคม 2565 กำหนด EDC 12 พฤษภาคม 2566 ฝากครรภ์ 8 ครั้ง ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ จากสมุดฝากครรภ์ครั้งนี้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = Negative , VDRL = Nonreactive , Hct=31.7% ได้รับยาบำรุงเลือด Ferrous Sulfate 1x3 Oral. pc ไปรับประทานที่บ้าน ครั้งที่ 2 พบ

ความเข้มข้นของเลือด เพิ่มขึ้นเป็น 32% แพทย์ให้ยาบำรุงเลือด Ferrous Sulfate ไปรับประทานต่อที่บ้านอีก 1 เดือน แนะนำรับประทานอาหารเช่น ไข่ ผักใบเขียวเพิ่ม เจาะความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 33% วันที่ 20 เมษายน 2566 เวลา 12.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แรกรับเวลา 16.00 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์ pain score 10 คะแนน วัดความสูงของมดลูก 27 เซนติเมตร เหนือหัวหน่าวมดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Interval 3 นาที Duration 45 วินาที เด็กดิ้นดี ท่า LOA FHS 140 ครั้ง/นาที ตรวจ EFM : ปกติ baseline 150 ครั้ง/นาที moderate variability periordic change ตรวจภายในพบปากมดลูกขยาย 4 เซนติเมตร ความบาง 80% ระดับส่วนนำ O MI สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 126/86 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส O_2 sat 96% roomair งดน้ำงดอาหารให้ Ringer's Lactate Solution 1,000 ml/bag iv 80 cc/hrs. แพทย์วินิจฉัยว่าG_1P_0 GA 36^{+6}สัปดาห์ by LMP with labour pain แพทย์พิจารณาให้เข้าสู่กระบวนการคลอด อธิบายผลการตรวจและแนวทางการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติทราบ เวลา 17.50 น. ถุงน้ำคร่ำแตกเองลักษณะ clear ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 10 cm ความบาง 100% ระดับศีรษะ+1 ย้ายเข้าห้องคลอดเชียร์เบ่งทารกคลอดเวลา 18.11 น. เพศชาย Apgar Score 9, 10, 10 คะแนน ปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย ร้องเสียงดังขยับขาได้พอสมควร อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 35.9 องศาเซลเซียส ดูแลใส่หมวก เสื้อแขนยาว ถุงเท้า ถุงมือ และห่อตัวให้อบอุ่น และให้ทารกอยู่ในตู้ Incobator ตั้งอุณหภูมิไว้ 37 องศาเซลเซียส วัดอุณหภูมิซ้ำได้ 37 องศาเซลเซียส หายใจ 42 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 148 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 65/37 มิลลิเมตรปรอท O_2 sat 98% มารดาหลังคลอดสดชื่นดี มดลูกหดรัดตัวดีกลมแข็ง ระดับสะดือ ไม่พบภาวะตกเลือด blood loss 100 ml แผลฝีเย็บบวมเล็กน้อย pain score 10 คะแนน ให้ยา paracetamol 500 mg 1 tab ï prn for pain ทุก 4-6 ชั่วโมง Amoxicillin 500 mg 1 tab Oral.หลังอาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น มารดามีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่มีน้ำนม ทารกยังดูดนมได้ไม่ดี ประเมิน LACTH score = 6 คะแนน ดูแลให้การพยาบาลช่วยให้ทารกเข้าเต้าด้วยท่าขวางตักประยุกต์ และให้กำลังใจจน ผู้คลอดสามารถอุ้มทารกเข้าเต้าสำเร็จมีน้ำนมมามาก ให้นมได้ถูกวิธี LACTH score 10 คะแนน และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะ Hypothermia ภาวะตัวเหลืองของทารก เจาะ TSB 12.7 mg% Hct 55% ให้ส่องไฟรักษา (Phototherapy) อธิบายให้มารดาทราบเหตุผลในการส่องไฟ และแผนการรักษาของแพทย์ ได้ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาและแผนการรักษาจนผู้ป่วยพ้นภาวะต่างๆ ดังกล่าว แพทย์จำหน่ายพร้อมมารดา เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2566 เวลา 18.30 น. TSB 12.2 mg% Hct 51% แพทย์นัดทารกตรวจ Hct , MB วันที่ 23 เมษายน 2566

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 17 ปี อาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำสวน ขุดดิน ใส่ปุ๋ย มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บครรภ์คลอดเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 15 นาที ตั้งครรภ์G_1P_0 GA 36^{+3}สัปดาห์ by ultrasound เนื่องจากจำ LMP ไม่ได้ กำหนด EDC by U/S 21 พฤษภาคม 2566 ฝากครรภ์ 11 ครั้ง ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 7^{+3}สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลสีชมพู จากสมุดฝากครรภ์ครั้งนี้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ผล Anti – HIV = Negative HbsAg=Negative, VDRL = Nonreactive , Hct 35.3% Hctครั้งที่ 2 =41% ได้รับยา Triferdine 1 tab Oral. OD. 1 กระปุก วันที่ 26 เมษายน 2566 เวลา 16.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์ญาตินำส่งโรงพยาบาล แรกรับเวลา 18.15 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์ pain score 6 คะแนน วัดความสูงของ

มดลูก 30 เซนติเมตร เหนือหัวหน่าว มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Interval 3 นาที Duration 40 วินาที เด็กดิ้นดี ท่า LOA 130 ครั้ง / นาที ตรวจ EFM : ปกติ baselin 130 ครั้ง/นาที Moderate Variability periordic Change ตรวจภายในพบปากมดลูกขยาย 1 เซนติเมตร ความบาง 50% ระดับส่วนนำ O MI สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 132/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 37.4 องศาเซลเซียส O_2 sat 97% roomair รายงานแพทย์เวลา 18.30 น. แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาที่ห้องคลอด ให้การดูแลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อธิบายผลการตรวจ และแนวทางการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติทราบ แพทย์ให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก คือ Nifedifine 5 mg 4 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose เวลา 19.30 น. แพทย์ off ยาเปลี่ยนเป็น Nifedifine 5 mg. 2 tab oral. ทุก 15 นาที x 3 dose ให้ยาป้องกันการติดเชื้อ Ampicillin 2 gm. iv stat then 1 gm.iv ทุก 4 ชั่วโมง และให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง ครบ 4 dose On EFM มดลูกหดรัดตัวห่างออก Interval > 1 ชั่วโมง Duration 20 วินาที หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และเป็นห่วงบุตรในครรภ์กลัวว่าจะมีอันตราย ให้คำแนะนำและแจ้งแนวทางการรักษาและผลการรักษาให้ผู้คลอดทราบเป็นระยะ ๆ หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสีหน้าสดชื่น สามารถตั้งครรภ์ต่อได้โดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ On NST : ผล Reactive no contraction FHS 140-148 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอเด็กดิ้นดี แพทย์อนุญาตให้กลับไปบ้านได้ และให้ยา Triferdine 1 tab oral OD 1 กระปุก ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน และนัดฝากครรภ์ต่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนคลอด 1. ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์ 2. วิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและบุตรในครรภ์เนื่องจากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายเพื่อทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด รวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยในการคลอด 2. ซักถามพูดคุยถึงความเจ็บปวด สังเกตและบันทึกพฤติกรรมการแสดงสีหน้าและการเคลื่อนไหว เช่น ขมวดคิ้ว กำมือแน่น บิดตัวไปมา เสียงร้องครวญคราง อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว 3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที 4.ตรวจและบันทึกความถี่ ความแรงและระยะเวลาของการหดรัดตัวของมดลูกทุก30 นาที 5. ตรวจและบันทึก เกี่ยวกับสภาพปากมดลูก และอัตราความก้าวหน้าของการคลอด 6. ตรวจและบันทึก อัตราการเต้นของหัวใจ ทารก ทุก30 นาที เพื่อประเมินสภาพของทารก อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมดลูกหดรัดตัวถี่ 7. จัดท่านอนให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลายให้นอนตะแคงซ้าย ใช้หมอนรองรับตามข้อต่าง ๆ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้มากขึ้น	ระยะก่อนคลอด 1.ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์ 2. มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย 3. มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและบุตรในครรภ์เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 5. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากมดลูกหัดรัดตัวแรงมากขึ้น 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด 7. ขาดความรู้ในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ แสดงท่าทางที่เป็นมิตรใส่ใจ ผ่อนคลายบรรยากาศเป็นกันเอง แสดงไมตรีจิตและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดคุยซักถามรับฟังอย่างเข้าใจ 2. ดูแลเฝ้าคลอดอย่างใกล้ชิด ไม่ทอดทิ้งผู้คลอด ให้สามีและญาติเข้าเยี่ยมได้ตลอด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เจ็บปวดที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บปวด 8. ประคับประคองทางด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดให้กำลังใจผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยน แสดงความเห็นอกเห็นใจในความเจ็บปวดที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บปวด 9. ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลาย โดยการฝึกเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย 10. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงเหตุผลที่ตองเข้าสู่กระบวนการคลอดก่อนกำหนด แจ้งอาการของบุตรในครรภ์เป็นระยะ ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ สามีให้ความร่วมมือในการดูแลผู้คลอดเป็นอย่างดี สีหน้าคลายความกังวลเกี่ยวกับบุตรที่คลอดก่อนกำหนด ระยะคลอด 1. ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวแรงขึ้น 2. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวแรงขึ้นทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยลง กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจ NST แรกรับใหม่ และเมื่อมีอาการผิดปกติ 2. ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายและหายใจเข้าลึกๆ ไม่กลั้นหายใจเมื่อเจ็บครรภ์ 3. ฟัง FHS อย่างสม่ำเสมอ ON EFM Monitor ไว้ 4. ให้ O2 Mask with bay 10 LPM 5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ Ringer's Lactate Solution 1,000 ml/bag iv 80 cc/hrs. ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ 6. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดหากพบภาวะ Tetanic contrationรายงานแพทย์ทันที 7. เตรียมความพร้อมของผู้คลอดสอนวิธีเบ่งที่ถูกต้อง 8. ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดอย่างนุ่มนวลโดยรถเข็นนั่งเพื่อทำคลอด 9. เชียร์เบ่งคลอดให้กำลังใจผู้คลอดขณะเบ่ง 10. เช็ดหน้าผู้คลอดด้วยผ้าขนหนูเปียกน้ำหมาด 11 ทำคลอดอย่างนุ่มนวล ประเมินผลการพยาบาล ก่อนคลอดFHS 140-150 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอชัดเจนดี ผล NST reactive Cat I ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการคลอด เบ่งได้ถูกวิธีคลอดปกติอย่างปลอดภัย เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2566 เวลา 18.11 น.ทารกคลอดเวลา 18.11 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,445 กรัม A-S 9, 10, 10 คะแนน ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขสิ้นสุด ระยะหลังคลอด 1. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากแผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 2 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บและปวดมดลูก 3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลฝีเย็บ และแผลในโพรงมดลูก 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร เนื่องจากบุตรตัวเหลือง 5. ขาดความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรเนื่องจากเป็นมารดาวัยรุ่น	3. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง 4. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบอาการของบุตรในครรภ์เป็นระยะ 5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ผ่อนคลายในขณะที่มดลูกหดรัดตัว โดยให้หายใจเข้าและออกช้าๆ และผ่อนคลายเป็นระยะ ๆ โดยการเพ่งสายตาไปที่จุดใดจุดหนึ่ง เช่น รูปภาพ ใช้อุ้งมือทั้งสองข้างลูบ หรือนวดเบาๆโดยเริ่มจากบริเวณหัวหน่าวขึ้นไปทางยอดมดลูก ในขณะที่มีการหายใจเข้า และจากยอดมดลูกลูบผ่านตรงลงมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ ในขณะหายใจออก ดังนั้นเมื่อหายใจเข้าและออก 1 ครั้ง ก็จะลูบท้องเสร็จ 1 ครั้งไปพร้อมๆกัน 6. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ สามีหรือญาติ กระตุ้นผิวหนังโดยการนวด การลูบ การคลึงเบาๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด คือ บริเวณกลาง กระดูกต้นคอ หลัง ต้นขา และหน้าท้องจะลดความปวดได้ดี 7. ประเมินความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องเหมาะสม 8. ประคับประคองด้านจิตใจ โดยให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยการพูดปลอบโดยแสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ 9. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย 10. ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และความสุขสบายทั่วๆไป 11. ติดตามวัดสัญญาณชีพ และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดทุก 4 ชั่วโมง 12. ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อ Ampicillin 2 gm.iv stat หลังจากนั้นให้ Ampicillin 1 gm.iv ทุก 4 ชั่วโมง เฝ้าระวังอาการและอาการไม่พึงประสงค์จากยา 13. ให้ยายับยั้งการคลอดตามแผนการรักษาดังนี้ - Nifedipine(5 mg) 4 tab x 15 นาที ครบ 4 dose - หลังจาก Loading dose ครบ ให้ Nifedipine (5 mg) 2 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง 14. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที โดย Monitor เครื่อง EFM และจับดู Contraction ,relaxation และinterval , Duration หากพบผลผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 15. ประเมินสุขภาพทารกฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที หากพบผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 16. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์Absolute bed Rest ให้นอนท่าตะแคงซ้าย งดการทำกิจกรรมที่ไม่จำเป็น 17. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและความดันโลหิตทุกครั้งก่อนให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก หากพบว่าชีพจรเต้น ≥ 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท งดให้ยารายงานแพทย์ทันที 18. ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังจากให้ยาทุก 15 นาที จนกว่าอาการปกติ 19. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย เพื่อให้สุขสบาย เลือดไหลเวียนสู่ทารกในครรภ์ได้ดี 20. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการ เช่น เหนื่อย วิงเวียนหน้ามืด ใจสั่นให้แจ้งพยาบาลทันที

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
6. ขาดความรู้ในการวางแผนครอบครัว 7. ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. คลึงมดลูกหลังจากที่รกคลอดครบ ตรวจแผลฝีเย็บและซ่อมแซมให้ดี ตรวจสอบรก รายงานแพทย์หากพบภาวะผิดปกติ 2. สอนมารดาให้คลึงมดลูกตนเองบ่อยๆ 3. ดูแลให้ได้ใส่ผ้าอนามัย เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 4. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่แล้ววัดทุก 4 ชั่วโมง 5. ตรวจประเมินการหดรัดตัวของมดลูก แผลฝีเย็บและกระเพาะปัสสาวะใน 2 ชั่วโมง แรกหลังคลอดและทุกเวร ดูแลให้ปัสสาวะเพื่อให้มดลูกมีการหดรัดตัวดี 6. แนะนำมารดาให้นมบุตรบ่อยๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง จะกระตุ้นให้มดลูกมีการหดรัดตัวดี 7. แนะนำมารดาให้รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และฝีเย็บ โดยล้างด้วยน้ำสบู่ซับให้แห้ง เปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อชุ่มสังเกตความผิดปกติของแผลฝีเย็บ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและทำให้แผลแห้งและหายเร็วขึ้น 8. แนะนำมารดาให้พักผ่อนท่านอนตะแคงหรือท่านอนคว่ำ เลี่ยงการนั่งหรือยืนนานๆ เพื่อลดการคั่งของน้ำเลือดที่ฝีเย็บและผนังช่องคลอดซึ่งจะทำให้ความเจ็บปวดลดลง 9. แนะนำให้มารดาขมิบก้นและฝีเย็บ วันละ 34 ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะต้องขมิบ 5 รอบ เพื่อให้การไหลเวียนดี อาการปวดฝีเย็บจะลดลง และสอนนวดคลึงมดลูก เพื่อลดอาการปวดมดลูก 10. ประเมิน Pain score ถ้ามีอาการปวดมากดูแลให้รับยาแก้ปวด Paracetamol 500 mg oral 1 tab.ทุก 4 ชั่วโมงหรือเมื่อมีอาการปวดตามแผนการรักษา 11. ดูแลให้ยา Amoxycillin 500 mg oral 1 tab วันละ 3 ครั้ง เช้า-กลางวัน-เย็น หลังอาหาร 12. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้คลอดทุกครั้ง 13. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอดเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้ซักถามอาการ และข้อสงสัยได้ตลอดระยะเวลาที่ต้องการ และให้ข้อมูลและให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่มารดาต้องการ 14. อธิบายให้มารดาทราบถึงอาการเจ็บป่วย และแนวทางการรักษาด้วยการส่องไฟ (Phototherapy) เพื่อให้มารดาเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา 15. ให้การช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการให้นมบุตร ตามนโยบายสายใยรักแห่งครอบครัว ยึดหลัก 4 ด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี และดูดเกลี้ยงเต้า 16. ให้ข้อมูลคำแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสอน/สาธิตการอุ้มให้นมบุตรทั้ง 4 ท่า เน้นการสอนท่านั่งขวางตักประยุกต์(Cross Cradle hold) 17. นวดประคลเต้านมสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมง	21. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ปลอดภัย ไม่รบกวนผู้คลอด 22. ตรวจ NST แรกรับใหม่ และเมื่อมีอาการผิดปกติ 23. ให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้ายและหายใจเข้าออกลึกๆ ไม่กลั้นหายใจ เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ 24. ON EFM ไว้เพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ 25. ให้ O2Mask with bag 10 LPM 26. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดหากพบภาวะ Tetanic Contraction รายงานแพทย์ทันที 27. ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการอธิบาย และให้แผ่นพับความรู้หรือให้เข้า Internet เพื่อเข้าไปหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ ใช้เวลาประมาณ 30-50 นาที

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
18. ประเมิน LATCH score ทุกเวร 19. ดูแลให้มารดาได้รับอาหารครบ 5 หมู่ และคำนวณแคลอรีที่ควรได้รับ 20. จัดเครื่องดื่มสมุนไพร น้ำขิงให้ดื่มทุกวัน 21. ประเมินทักษะการอุ้มบุตรเข้าเต้าของมารดาทุกเวร หากพบว่ายังไม่ถูกต้องให้เข้าช่วยเหลือทันที 22. ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดมีกี่แบบ อธิบายข้อดีและข้อควรระวัง 23. ให้เวลามารดาวัยรุ่น และมารดา(ผู้ดูแล)ได้คิดตัดสินใจ 24. ดูแลประสานคลินิกวางแผนครอบครัวเพื่อรับการดูแลวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้าน 25. ติดตามผลการวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้าน ประเมินผลการพยาบาล หลังคลอด 2 ชั่วโมง มดลูกหดรัดตัวดี blood loss 100 ml แผลฝีเย็บไม่พบก้อนเลือดคั่ง ปวดบริเวณแผลฝีเย็บ/ปวดมดลูกทุเลาลง pain score = 2 คะแนน แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่อักเสบ ไม่มีหนอง ไม่แยก ผู้คลอดไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5-37.3 องศาเซลเซียส ปัญหาได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บและโพรงมดลูก น้ำนมไหลดีทั้ง 2 เต้า อุ้มบุตรให้นมได้ถูกต้อง ถนัดท่านั่งขวางตักประยุกต์ ประเมิน LATCH score 10 คะแนน ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด	

การพยาบาลทารกในกรณีศึกษารายที่ 1 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. ทารกมีภาวะ Hypothermia
2. มีภาวะตัวเหลืองจากการทำงานของตับยังไม่เจริญเต็มที่1
3. มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากภูมิต้านทานในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ล้างมือก่อนและหลังการพยาบาลทุกครั้ง
2. ดูแล keep warm ทารกโดยใส่หมวก ถุงมือ ถุงเท้า เสื้อแขนยาว
3. จัดให้ทารกอยู่ในตู้อบที่สามารถควบคุมอุณหภูมิเพื่อเป็นการลดการสูญเสียความร้อน โดยการพาความร้อนตั้งอุณหภูมิ Incubator 37 องศาเซลเซียส
4. ประเมินอุณหภูมิกายทุก 15 นาที จนกว่าจะปกติ
5. สังเกตภาวะอุณหภูมิกายต่ำหรือไม่ เช่น ซึมไม่ดูดนมดูดนมช้าเป็นต้น
6. ดูแลให้ทารกได้รับการส่องไฟรักษา จัดท่าทารกให้ได้ระยะ 15-20 เซนติเมตร จากหลอดไฟถึงตัวทารก และจัดท่านอนคล้ายรัง (Nest) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมลดการกระตุ้นทั้งแสงและเสียง โดยใช้เสาคลุมตู้อบด้านบนและด้านล่าง
7. ดูแลปิดตาทั้ง 2 ข้าง ถอดเสื้อผ้าออก ห่อผ้าอ้อมสำเร็จรูปเนื่องจากทารกเพศชาย
8. ดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตและบันทึกอาการข้างเคียง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการส่องไฟ
9. ติดตามผล TSB/Hctทุกวัน และรายงานแพทย์หากพบค่าผิดปกติ
10. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ระมัดระวังการเกิดบาดแผลต่างๆ เช่น ที่ผิวหนังได้ง่าย

11. ให้ทารกได้ดูดนมมารดาทุก 2-3 ชั่วโมง เนื่องจากการส่องไฟรักษาทำให้ทารกสูญเสียน้ำออกจากร่างกายมากขึ้น สังเกตภาวะของน้ำโดยตรวจความตึงตัวของผิวหนัง กระหม่อมตึงร่วมกับการชั่งน้ำหนักตัว และเพื่อสร้างเสริมภูมิต้านทาน

12. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ ตัวเย็นซึมไม่ดูดนม

13. ดูแลอาบน้ำเช็ดตาด้วย 0.9 NSS จากหัวตาไปหางตาทั้ง 2 ข้าง เช็ดสะดือด้วย 70% Alcoholจากโคนสะดือไปปลายสะดือ

14. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เปลี่ยนผ้าปูทุกวัน

15. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง หากผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

ประเมินผลการพยาบาล

1. อุณหภูมิร่างกายของทารกอยู่ในช่วง 36.9-37.1 องศาเซลเซียส ไม่พบลักษณะของทารกว่ามีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น ผิวเย็นซีด คล้ำซึม ดูดนมได้ดี

2. ค่า TSBลดลงเหลือ 12.2 mg% ไม่มีอาการ Kerniterus

3. ไม่พบทารกติดเชื้อ ตาไม่แฉะ สะดือแห้งดี ดูดนมได้ดี

อภิปรายผล

หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยงกรณีศึกษารายที่ 1 มีเพศสัมพันธ์กับสามี 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ทำงานบ้าน ถูบ้าน ล้างห้องส้วมยกถังน้ำ ทำให้มีอาการเจ็บครรภ์[5] กรณีศึกษารายที่ 2 ทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคือ ประกอบอาชีพ ทำสวน ทำไร่ รับจ้าง มีโอกาสของการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากรณีที่ไม่ได้ทำงาน[6] กรณีศึกษารายที่ 1 มาโรงพยาบาลช้าทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยายมากไม่สามารถให้ยายับยั้งการหดรัดตัวได้ ได้รับการดูแลคลอดตามมาตรฐาน และคลอดปลอดภัยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จ ตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์

กรณีศึกษารายที่ 1 คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกมีภาวะ Hypothermia[7] และภาวะตัวเหลือง เนื่องจากการทำงานของตับยังไม่เจริญเต็มที่ จึงพบว่าประมาณร้อยละ 50-60 ของทารกคลอดก่อนกำหนด จะมีอาการตัวเหลืองได้ประมาณวันที่ 3-5 หลังเกิด[8] ต้องได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ซึ่งสามารถลดระดับบิลิรูบินในเลือดได้[9]

จากการศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 11 ข้อ กรณีศึกษารายที่ 2 จำนวน 7 ข้อ ได้รับการรักษาพยาบาลสิ้นสุดทุกข้อได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่บ้านตามสภาพปัญหาของแต่ละราย รายที่ 1 นัดติดตามการตรวจหลังคลอดและภาวะตัวเหลืองของทารก รายที่ 2 นัดฝากครรภ์ครั้งต่อไป

การนำไปใช้ประโยชน์

นำไปเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ระยะคลอด ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพโดยประสานงานกับคลินิกฝากครรภ์

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการทบทวนแนวปฏิบัติในการพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในทุกระยะของการคลอดรวมถึงระยะการวางแผนจำหน่ายเป็นประจำทุกปี พัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพให้ใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดบูรณาการทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เช่น ใช้แนวทางการประเมินผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. นงเยาว์ เอื้อตรงจิตต์. ปัจจัยทานายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2562;10 (1) 1-10.
2. HDC กระทรวงสาธารณสุข. (2564-2566).(2564-2566). สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2566
3. HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2564-2566). สืบค้นจาก HTTPS://KKN.HDC.MOPH.GO.TH/HDC/MAIN/INDEX.PHP.สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2566.
4. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลสีชมพู(2566).สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสีชมพู ประจำปี 2564-2566 โรงพยาบาลสีชมพู
5. ปิยะมาศ ศักดิ์ศิริวุฒโฒ และคณะ.(2559). สูติศาสตร์ฉุกเฉินภาควิชาสูตินรีเวชวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปรับปรุงครั้งที่ 3. ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
6. จิรัชยา หนูสิงห์, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี.(2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 14(1), 226-240.
7. ภารดี ชาวนรินทร์. (2564). การป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิด. วารสารพยาบาล,70(4),52-59.
8. https://www.phyathai.com/ article-) ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2566
9. จันทรมาศ เสาวรส .(2562). ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด: ปญหาที่ไมควรมองขาม. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร,9(1),99-109.

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of for teenage pregnancy care by case management Yang Talad Hospital Kalasin Province Yang Talad Hospital Kalasin Province.

(Received: December 22,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

ทัศพร มงคลสินธุ์[1]
Tassaporn Mongkolsin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ และศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 74 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า สภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 – 2565 มีการฝากครรภ์ครบเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 18.48 , 36.36 และ 18.52 ตามลำดับ โดยมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ LBW Preterm และ HCT ต่ำกว่า 33% ปี 2566 มีการฝากครรภ์ครบเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 39.19 โดยมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ LBW Preterm และ HCT ต่ำกว่า 33% การเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การดูแล หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ABSTRACT

This study was action research aimed at studying the behavior and health conditions of teenage pregnant women. Yang Talad Hospital Kalasin Province and study the care model for teenage pregnant women through case management. Yang Talad Hospital Kalasin Province The research period is between October - December 2023, totaling 3 months. Sample size were 74 teenage pregnant women. Receiving services at Yang Talad Hospital Kalasin Province, data collected from questionnaires. Analyze data By content analysis (Content Analysis), frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that the health status of teenage pregnant women Yang Talad Hospital Kalasin Province, in 2020 - 2022, there was antenatal care that met the quality criteria at 18.48%, 36.36%, and 18.52%, respectively, with complications including LBW Preterm and HCT being less than 33%. In 2023, there was antenatal care that met the quality criteria at 39.19%, with complications including: LBW Preterm and HCT lower than 33%. Comparison of understanding of symptom monitoring and complications prevention behavior among teenage pregnant women. Yang Talad Hospital Kalasin Province Before and after operation There was a statistical significant difference at the .05 level. After the operation, there was an average score of understanding of symptom monitoring and complication prevention behavior of teenage pregnant women. Yang Talad Hospital Kalasin Province than before operation

Keywords: Caring for teenage pregnant women

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

การตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นเป็นปัญหาทางสังคมที่ทั่วโลกให้ความสำคัญเนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพของประชากร เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ ไม่ได้วางแผนที่จะตั้งครรภ์มาก่อน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนและยังไม่มีรายได้ต้องพึ่งพาพ่อแม่ในการดารงชีพ อีกทั้งบิดาของทารกในครรภ์ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นเช่นเดียวกันจึงไม่มีศักยภาพที่จะดูแลครอบครัวและทารกให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบางรายมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับฝ่ายชายหรือบางครั้งฝ่ายชายไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ซึ่งทาให้พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบางรายต้องเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว บางรายมีแนวโน้มที่จะทอดทิ้งทารกภาวะแทรกซ้อน ส่งผลกระทบไปในหลายๆด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและด้านอื่นๆ คณะกรรมการร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำรวจการทำงานแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลก พบว่าปัญหาส่วนใหญ่มาจากครอบครัวโดยจากนี้ต้องเพิ่มการสื่อสารในครอบครัวระหว่างพ่อแม่และเด็กเพราะบางครั้งพ่อแม่อาจไม่มีเวลาให้เด็ก ไม่สามารถให้คำแนะนำได้หรืออาจแนะนำไม่ถูกต้อง นี้คือสิ่งที่ต้องเร่งแก้ไข (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2557)

จากการเก็บข้อมูลทั่วโลกในปี พ.ศ.2558-2564 พบว่ามีสตรีวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 ปีคลอดบุตรอยู่ประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้ประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับ ประเทศไทย พบว่าจำนวนการคลอดบุตรของหญิงอายุ 10-19ปี เฉลี่ยต่อวัน 252 คน จากข้อมูล 5 ปี ย้อนหลัง ถือว่ามีจำนวนที่ลดลงแต่ก็ลดลงไม่มาก (กรมอนามัย, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่าการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นเร็วขึ้นและมีแนวโน้มอายุการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ลดลงเรื่อย ๆ โดยมีอายุเฉลี่ย 15-16 ปี ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คือการใช้วิธีการคุมกำเนิดไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้ป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้วัยรุ่นยังขาดความมั่นใจที่จะไปขอรับบริการการคุมกำเนิดและกลัวว่าผู้ให้บริการจะเกิดทัศนคติที่ไม่ดีกับตนเอง ส่งผลให้เกิดผลกระทบที่ตามมาคือการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดการทำแท้ง (กรมอนามัย, 2556)

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นสาเหตุนำไปสู่การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยของผู้หญิงอย่างน้อยจำนวน 20 ล้านคน ซึ่งกว่า 100,000 คน ต้องเสียชีวิตลงในที่สุดเพราะเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ยิ่งไปกว่านั้นผู้หญิงอีกจำนวนนับล้านต้องประสบปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยด้วย เฉพาะในประเทศไทยผลการสำรวจหลายครั้งระบุว่าในจำนวนผู้หญิงที่สมรสแล้วและตั้งครรภ์ เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ถึง 1 ใน 3 ของจำนวนทั้งหมดซึ่งนับว่าเป็น ตัวเลขที่ค่อนข้างสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าพิจารณาว่านี่เป็นการสำรวจเฉพาะผู้ที่สมรสแล้วเท่านั้น ยังไม่รวมผู้หญิงอีกจำนวนมาก ที่ตั้งครรภ์โดยที่ไม่ได้สมรส ซึ่งมีผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นจำนวนมากที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ของตนเอง สิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และการแพทย์อัตราการเสี่ยงทางด้านสุขภาพของมารดาวัยรุ่น และทารกในครรภ์ก็มีมากกว่าธรรมดา โดยเฉพาะการคลอดก่อนกำหนดและโรคโลหิตจาง ทางด้านสังคมก็มีปัญหาเรื่องการศึกษา ครอบครัวไม่มั่นคงและโอกาสจะได้ทำงานที่ดี ๆ ก็น้อยลง นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นอีก เช่น ถูกพ่อแม่โกรธ ลงโทษและไม่ให้ความช่วยเหลือ บางคนหลังจากทำแท้งหรือหลังจากยกลูกให้คนอื่นไปเลี้ยงแล้ว จะรู้สึกผิดและเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้า (พัชราลักษณ์ สุวรรณ, 2549)

การดูแลรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน นอกจากจะคำนึงถึงการดูแลที่เหมาะสมมีมาตรฐานและคุณภาพแล้ว หน่วยการจัดการทรัพยากรสุขภาพ (utilization management) ยังตระหนักถึงค่าใช้จ่ายที่คุ้มทุน-คุ้มค่าด้วย ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสุขภาพเพื่อทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหสาขาที่เกี่ยว ข้องกับผู้ป่วยทั้งหมด การให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติรวมถึงการให้ข้อมูลเรื่องความต้องการของผู้ป่วยแก่แพทย์ผู้ให้การรักษาเป็น รายกรณี (case

management) จึงมีความจำเป็น ซึ่งผู้ที่ทำบทบาทดังกล่าวหรือที่เรียกว่า ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) นั้น อาจจะเป็นพยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ที่การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มโรคซับซ้อน ทั้งนี้ควรมีความสามารถในการบริหารจัดการ มีความรู้ในระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system) เป็นผู้นำในการอำนวยความสะดวกและหรือประสานงานแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาด้วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าจำนวนหญิงคลอดอายุ 10-14 ปี จังหวัดกาฬสินธุ์มี 55 ราย (จำนวนประชากรกลางปี 28,748 ราย) จังหวัดขอนแก่น 64 ราย (จำนวนประชากรกลางปี 50,945 ราย) จังหวัดมหาสารคาม 28 ราย (จำนวนประชากรกลางปี 26,851 ราย) และจังหวัดร้อยเอ็ด 44 ราย (จำนวนประชากรกลางปี 37,021 ราย) เมื่อนำมาคิดเป็นอัตราต่อ 1,000 ประชากร ผลที่ได้คือ 1.9, 1.3 , 1.0 และ 1.2 ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดกาฬสินธุ์มากกว่าจังหวัดอื่นๆ และจากแบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2559 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อแยกเป็นรายอำเภอพบว่าอำเภอที่มีร้อยละมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี มากที่สุดคือ อำเภอท่าคันโท คิดเป็นร้อยละ 31.25 รองลงมาได้แก่ อำเภอนามน คิดเป็นร้อยละ 30.77,อำเภอหนองกุงศรี คิดเป็นร้อยละ 27.27,อำเภอคำม่วง คิดเป็นร้อยละ 21.17,อำเภอร่องคำ คิดเป็นร้อยละ 20.63,อำเภอยางตลาด คิดเป็นร้อยละ 20.00 อำเภอสหัสขันธ์ คิดเป็นร้อยละ 19.12,อำเภอสมเด็จ คิดเป็นร้อยละ 17.79, อำเภอกุฉินารายณ์ คิดเป็นร้อยละ 17.65,อำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 17.47,อำเภอกมลาไสย คิดเป็นร้อยละ 14.62 , อำเภอเขาวง คิดเป็นร้อยละ 14.07,อำเภอห้วยเม็ก คิดเป็นร้อยละ 13.73 และอำเภอห้วยผึ้ง คิดเป็นร้อยละ 5.00 ตามลำดับ สำหรับอำเภอนามนนั้นจากสถิติการคลอดมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ตั้งแต่ปี 2556-2559 พบร้อยละ 24.9, 21.0, 28 และ 30.77 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อแยกช่วงอายุพบว่ามารดาคลอดช่วงอายุ 17-19 ปี คิดเป็นสัดส่วน 2/3 ของหญิงคลอดอายุน้อยกว่า 17 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สุภัทรา สามัง และกนกพรรณ ยีวาศรี, 2559)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง การศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 74 คน ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือนระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ

2.1 เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนเข้าร่วมโครงการ

2.3 สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้

2.4 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการ การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ศึกษาพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กำหนดแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรายกรณี การติดตาม ประเมินและสรุปผลรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบวัดความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสม
2.61 – 3.40	มีพฤติกรรม อยู่ในระดับพอใช้
1.81 – 2.60	มีพฤติกรรม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง
1.00 - 1.80	มีพฤติกรรม อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) โดยแบบวัดความเข้าใจมีค่าความเที่ยง .901 และแบบวัดพฤติกรรม มีค่าความเที่ยง .943

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

2. การศึกษาพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การกำหนดแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรายกรณี

4. การดำเนินการตามแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรายกรณี

5. การติดตาม ประเมินและสรุปผลรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1. สภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 - 2565

มีการฝากครรภ์ครบเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 18.48 , 36.36 และ 18.52 ตามลำดับ โดยมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ LBW Preterm และ HCT ต่ำกว่า 33% ปี 2566 มีการฝากครรภ์ครบเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 39.19 โดยมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ LBW Preterm และ HCT ต่ำกว่า 33%

2. ความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับพอใช้ หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

4. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งเป็น 8 ระยะ คือ ครั้งที่ 1 ฝากครรภ์ครั้งแรกฝากครรภ์ ครั้งที่ 2 หรืออายุครรภ์ 13 – 20 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 หรืออายุครรภ์ 21 – 26 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 หรืออายุครรภ์ 27 – 30 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 หรืออายุครรภ์ 31 – 34 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 6 หรืออายุครรภ์ 35 – 36 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 7 หรืออายุครรภ์ 37 – 38 + 6 สัปดาห์และครั้งที่ 8 หรืออายุครรภ์ 39 – 40 + 6 สัปดาห์ โดยในทุกระยะจะมีกิจกรรมในการค้นหาปัญหา วางแผนในการแก้ไขปัญหาและให้คำปรึกษาเป็นรายกรณี

5. การเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการ	2.90	0.28	2.91	0.24	73	-38.010	.000	-1.94584	-1.75195
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	4.75	0.15	4.76	0.14	73	-42.529	.000	-1.93245	-1.75944

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนการดำเนินงาน

การอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 – 2565 มีการฝากครรภ์ครบเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 18.48 , 36.36 และ 18.52 ตามลำดับ โดยมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ LBW Preterm และ HCT ต่ำกว่า 33% ปี 2566 มีการฝากครรภ์ครบเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 39.19 โดยมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ LBW Preterm และ HCT ต่ำกว่า 33% ความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับพอใช้ หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ปัญญา สนั่นพานิชกุล ยศพล เหลืองโสมนภา.(2558) ได้ศึกษาการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อทารก ผลการศึกษาพบว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์ในการศึกษานี้คือ 1,683 คน พบเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 18.4 ส่วนมากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักเป็นครรภ์แรก และอาศัยอยู่ในเมืองจากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อย พบมีการเพิ่มน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ได้น้อย มีจำนวนการฝากครรภ์ ครบน้อย แต่พบภาวะโลหิตจางมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยง 1.68 เท่าที่จะให้กำเนิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย (Adjust Odd Ratio[OR] 1.685, 95% confidence interval [CI] 1.169-2.429, p-value 0.005) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีความ เสี่ยง 1.75 เท่าที่ทารกจะคลอดก่อนกำหนด (Adjust OR 1.751, 95%CI 1.236-2.482, p-value 0.002) มีความเสี่ยง 3.59 เท่าที่ทารกจะเสียชีวิตในครรภ์ (Adjust OR 3.585, 95%CI 1.249-10.287, p-value 0.018) และพบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจางเป็น 2.38 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ สรุป หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพิ่มความเสี่ยงที่จะมีทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทารกตายคลอด และ ภาวะซีดของมารดาสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ ควรที่จะมีแผนในการป้องกัน ตั้งแต่ยังเป็นวัยเด็ก และรวมทั้งพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อบูรณาการ เป็นการพัฒนา สาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ทั้งนี้เนื่องจาก ได้มีการนำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งเป็น 8 ระยะ คือ ครั้งที่ 1 ฝากครรภ์ครั้งแรกฝากครรภ์ครั้งที่ 2 หรืออายุครรภ์ 13 – 20 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 หรืออายุครรภ์ 21 – 26 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 หรืออายุครรภ์ 27 – 30 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 หรืออายุครรภ์ 31 – 34 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 6 หรืออายุครรภ์ 35 – 36 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 7 หรืออายุครรภ์ 37 – 38 + 6 สัปดาห์และครั้งที่ 8 หรืออายุครรภ์ 39 – 40 + 6 สัปดาห์ มาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (กิติพงศ์ แซ่เจ็ง และคณะ, 2558; ยุพา พูนขา และคณะ, 2558; รสวันต์ อารีมิตร และคณะ, 2559) โดยในทุกระยะจะมีกิจกรรมในการค้นหาปัญหา วางแผนในการแก้ไขปัญหาและให้คำปรึกษาเป็นรายกรณี (สุพร อภินันทเวช และคณะ, 2558) ส่งผลให้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ พรรณี พิณตานนท์ และคณะ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น : ONE STOP SERVICE โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพเชียงใหม่มีการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และให้บริการฝากครรภ์ตามคู่มือการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ สังคมในปี 2556 มีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการมีอายุระหว่าง 17-19 ปี ร้อยละ 75.6 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 75.6 และพบว่ามีการฝากครรภ์ ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เพียงร้อยละ 29.3 น้อยกว่าเป้าหมายของกรมอนามัยที่กำหนดไว้ 60% เมื่อมารับบริการในคลินิกวัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความพึงพอใจต่อขั้นตอนบริการร้อยละ 100, มั่นใจว่าผู้ให้คำปรึกษาสามารถเก็บข้อมูลเป็นความลับได้และสื่อการสอนที่ใช้มีความเหมาะสมร้อยละ 97.6 ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัว หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีโดยพบว่า การกินเนื้อสัตว์เป็นประจำร้อยละ 43.9 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 82.9 ไม่สวมรองเท้าส้นสูงร้อยละ 87.8 เดินเล่นออกกำลังกายเบาๆ ร้อยละ 53.6 การสังเกตการดิ้นของลูก/การนับลูกดิ้นเป็นประจำร้อยละ 68.3 มารดามีการคลอดปกติ จำนวน 26 ราย ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 6 ราย และคลอดที่อื่นตามสิทธิการรักษา (ไม่สามารถติดต่อได้) จำนวน 9 ราย ทารกมีน้ำหนักแรกคลอด มากกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 100 ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาและเพื่อการนำไปใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ ควรให้ความสำคัญในการให้คำปรึกษาแนะนำการเฝ้าระวังและการติดตามการคลอด หลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนอายุครบ 20 ปี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการจัดการรายกรณี ควรมีการนำแนวทางการฝากครรภ์ 8 ระยะ ได้แก่ ครั้งที่ 1 ฝากครรภ์ครั้งแรกฝากครรภ์ ครั้งที่ 2 หรืออายุครรภ์ 13 – 20 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 หรืออายุครรภ์ 21 – 26 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 หรืออายุครรภ์ 27 – 30 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 หรืออายุครรภ์ 31 – 34 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 6 หรืออายุครรภ์ 35 – 36 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 7 หรืออายุครรภ์ 37 – 38 + 6 สัปดาห์และครั้งที่ 8 หรืออายุครรภ์ 39 – 40 + 6 สัปดาห์ มาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและในทุกระยะควรมีกิจกรรมในการค้นหาปัญหา วางแผนในการแก้ไขปัญหาและให้คำปรึกษาเป็นรายกรณี เพื่อการติดตามประเมินผลที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยการจัดการรายกรณี กับหญิงตั้งครรภ์ที่หลากหลายเพื่อนำสู่การดูแลที่เหมาะสมกับทุกปัญหา

เอกสารอ้างอิง

1. กิติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, เอกชัย โควาวิสารัช, ประกายดาว พรหมประพัฒน์ และจันทกานต์ กาญจนเวทางค์. (2558). คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.
2. บุญฤทธิ์ สุขรัตน์. (2557). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดาเนินงานและติดตามประเมินผล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จากัด.
3. บุรเทพ โชคธนานุกูล และกมลชนก ขาสุวรรณ. (2559). “การตั้งครรภ์วัยรุ่น” ผลกระทบทางสังคมจากมุมมองเรื่องเพศของแม่ต่างรุ่น. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
4. ปัญญา สนั่นพานิชกุล ยศพล เหลืองโสมนภา.(2558). การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น : ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อทารก วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2558 147-56
5. ปาริฉัตร อารยะจารุ. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, มหาวิทยาลัยมหิดล.

6. พรรณี พิณตานนท์ ดรุณี ทองคำฟู ชนานันท์ ปัญญาศิลป์ สุรัสวดี เวียงสุวรรณ.(2558). การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น : ONE STOP SERVICE โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่. วารสารการสงเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดลอมลานนา ปที่ 5 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม –มิถุนายน 2558 75 - 88
7. พิริยา ศุภศรี. (2546). การพยาบาลในระยะคลอด. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จากัด.
8. ภาวิน พัวพรพงษ์, คมกฤช เอี่ยมจิรกุล, ศิรินุช ชมโท และอรพร ดารงวงศ์ศิริ. (2559). เวชปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จากัด.
9. มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ ศันสนีย์วิทยกุล. (2552). ตาราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ่ง จากัด.
10. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2558). การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อัสสัมชัญ.
11. เมษปภา สุดเพชร.(2562). คู่มือการพยาบาล การดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด. งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
12. ยุพา พูนขา, สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ และรุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย. (2558). คู่มือแนวทางการดาเนินงานคลินิกวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: สานักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
13. ยุพา พูนขา, สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ และรุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย. (2558). คู่มือแนวทางการดาเนินงานคลินิกวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: สานักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
14. เยื้อน ตันนิรันดร และวรพงศ์ ภู่พงศ์. (2551). เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จากัด.
15. รสวันต์ อารีมิตร, สุภิญญา อินอิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และสมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล. (2559). ตาราเวชศาสตร์วัยรุ่น. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจากัด ภาพพิมพ์.
16. รสวันต์ อารีมิตร, สุภิญญา อินอิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และสมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล. (2559). ตาราเวชศาสตร์วัยรุ่น. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจากัด ภาพพิมพ์.
17. วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์ และสิตานันท์ ศรีใจวงศ์. (2556). การพยาบาลระยะคลอด. นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จากัด.
18. ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (เล่ม2). กรุงเทพฯ: สานักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
19. ศศิธร พุมดวง. (2555). สูติศาสตร์ระยะคลอด. สงขลา: บริษัท อัลลายด์เพรส จากัด.
20. ศิราภรณ์ สวัสดิวร, กรรณิการ์ บางสายน้อย, กุสุมา ชูศิลป์, รัชดา เกษมทรัพย์, ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ,ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ์ และวไล เชตะวัน. (2555). เรียนรู้นมแม่จากภาพ (ฉบับประเทศไทย). กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จากัด.
21. ศิวพร สุดเพชร. (2557). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, มหาวิทยาลัยมหิดล.
22. ศูนย์ฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจากัด พรี-วัน.
23. สุกัญญา ปริสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2553). การพยาบาลสตรีในระยะคลอด. เชียงใหม่: บริษัท นันทพันธ์พริ้นติ้ง จากัด.
24. สุพร อภินันทเวช, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, จิราภรณ์ อรุณากูร และภัทรวลัย ตสึงจิตร. (2558). การดูแลแม่วัยรุ่นแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจากัด ฮาซัน.
25. อรนันท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนาไปใช้. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 137-143.
26. อุษมา ช้อนนาค, วีรวิทย์ ปิยะมงคล.(2565). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/49484/

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

One Day Surgery (ODS) development model Yang Talad Hospital Kalasin Province.

(Received: December 22,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

สุวิสาส์ ทองดอนง้าว[1]
Suwisa Thongdonngaw[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 224 คน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การผ่าตัด colonoscope มากที่สุด ร้อยละ 94.64 ความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และหลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มากกว่าก่อนการดำเนินการ และผลการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(One Day Surgery) PADSS Score (Post Anesthetic Discharge Scoring System) ได้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแบบวันเดียวกลับ ร้อยละ 100

คำสำคัญ: การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ การดูแลผู้ป่วย

ABSTRACT

This study was action research with the objective of studying the situation of patients undergoing One Day Surgery (ODS) and studying the pattern of care for patients undergoing One Day Surgery (ODS). Yang Talad Hospital Kalasin Province The research period is between October - December 2023, totaling 3 months. Sample size were 224 cases of patients undergoing One Day Surgery (ODS) who received services at Yang Talad Hospital. Kalasin Province, data collected from medical records and questionnaires, data analyzed. By content analysis (Content Analysis), frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that patients who come to receive One Day Surgery (ODS) at Yang Talad Hospital Kalasin Province includes the most colonoscopy surgeries at 94.64 percent. Comprehensive of services and preparation before surgery/procedures in patients who meet the criteria for same-day surgery. Before proceeding overall and individually is at a moderate level and after overall and individual operations at the highest level. Comprehensive of services and preparation before surgery/procedures in patients who are eligible for same-day surgery. Before and after the operation were significantly different at the .05 level, after the operation there was an average score of understanding of service provision and preparation before surgery/procedures in patients who were eligible for surgery. One day return than before the operation And the results of patient discharge home for One Day Surgery patients. PADSS Score (Post Anesthetic Discharge Scoring System) has discharged 100 percent of patients home for One Day Surgery.

Keywords: One Day Surgery (ODS), patient care

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ในปัจจุบันการรักษาโรคที่ต้องใช้การผ่าตัดมีแนวโน้มมากขึ้น ซึ่งเดิมยังพบปัญหาอุปสรรคในด้านการบริการทางการแพทย์อยู่ ได้แก่ ระยะเวลารอการผ่าตัดนาน เช่น การนัดหมายคิว การรอวันมานอนรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด การนอนพักฟื้นสังเกตอาการ รวมถึงการจัดการความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเนื่องมาจากการรับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ท้ายที่สุดทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยเข้าถึงการบริการที่จำเป็นได้น้อยลง [7]

ระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กได้รับความนิยมมากขึ้นเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติและประเทศไทย ซึ่งประโยชน์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยในรูปแบบนี้ คือ ลดระยะเวลารอการผ่าตัด ระหยัดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการลดความแออัดในโรงพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษาสูง โดยจากข้อมูลในปีงบประมาณ 2561-2564 พบว่าการทำหัตถการ ODS จำนวน 41,532 รายนั้น สามารถลดค่าใช้จ่ายภาคประชาชน ได้จำนวน 66,451,200 บาท [ประมาณการค่าใช้จ่ายต่อวันของผู้ป่วย: ค่าอาหาร 200 บาท/ค่าเดินทาง 200 บาท/ค่าเสียเวลา 400 บาท (รวม 800 บาท/คน/วัน)] ลดวันนอนโรงพยาบาลได้ 83,064 (41,532 ราย x 2 วัน) [7]

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นการให้บริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแ โดยเป็นการให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลวิสัญญีในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี รวมทั้งประสานกับทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอีกด้วย พยาบาลผ่าตัดนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว ยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด และมีความชำนาญเฉพาะทางด้านอุปกรณ์ หรือเครื่องมือพิเศษที่ได้รับการฝึกฝนพิเศษในการช่วยทำผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย (สภาการพยาบาล, 2548) การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและผู้ป่วยนอก ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การผ่าตัดเป็นวิกฤตของชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะจะช่วยลดความวิตกกังวล บรรเทาความเจ็บปวด ส่งเสริมการฟื้นหาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งก่อน ระหว่างและหลังการผ่าตัด สอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด (สภาการพยาบาล, 2548)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานและปลอดภัย ลดระยะเวลารอคอยการรักษา ลดความแออัดในโรงพยาบาล ตลอดจนลดภาระค่าใช้จ่ายรวมทั้งการสูญเสียรายได้ของประชาชน ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือนโดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ

2.1 เป็นผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS)

2.2 เป็นผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนเข้าร่วมโครงการ

2.3 สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้

2.4 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การศึกษาสภาวะสุขภาพและโรคที่ต้องผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การสื่อสารสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วย การดำเนินการตามแนวทาง และการประเมินผลและติดตามภาวะแทรกซ้อน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 การประเมินความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำ

แบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .976

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

1. ตอบแบบประเมินการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

2. ลงทะเบียนเข้าตรวจ พยาบาลให้คำแนะนำในการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

- ซักประวัติ
- ตรวจร่างกาย
- วัดสัญญาณชีพ
- รอพบแพทย์

3. ตรวจสอบสิทธิรักษา

- ยืนยันตัวตย
- ตรวจสอบสิทธิการรักษา

4. พยาบาลซักประวัติตรวจสัญญาณชีพประเมินร่างกายและเตรียมข้อมูลผู้ป่วย

5. ตรวจร่างกายและกำหนดแผนการรักษาของแพทย์และเข้าพบแพทย์ซักประวัติตรวจร่างกายพิจารณาเข้า ODS

6. เตรียมความพร้อมเข้าODS ส่งตรวจเพื่อเตรียมความพร้อมเข้ารับการผ่าตัดแบบODS

- X-ray
- EKG
- Lab

7. พบแพทย์หลังได้ผลการตรวจต่างๆ

8. การนัดคิวและให้คำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนมารับบริการODS

- พบพยาบาลทวนสอบข้อมูลการรักษาให้ตรงกับผู้ป่วย
- นัดคิวผ่าตัดและส่งข้อมูลศูนย์ประสานบริการODS.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนรับบริการODS

9. รับยากลับบ้าน

การมารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล

1. ลงทะเบียน ยื่นบัตรประชาชน

2. พยาบาลซักประวัติ ประเมินสภาพร่างกายตรวจสัญญาณชีพประเมินสภาพร่างกายเปลี่ยนเสื้อผ้าดูแลให้สารน้ำให้คำแนะนำก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

3. เข้ารับการผ่าตัด/หัตถการ

4. ดูแลหลังผ่าตัดเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนดูแลผู้ป่วย 2 ชั่วโมงครบตามเกณฑ์จนผู้ป่วยปลอดภัย

5. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ

6. รับยากลับบ้าน

7.. โทรติดตามให้คำแนะนำและติดตามผลการผ่าตัด

8. ตอบแบบประเมินการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การศึกษาสภาวะสุขภาพและโรคที่ต้องผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การสื่อสารสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วย การดำเนินการตามแนวทางและการประเมินผลและติดตามภาวะแทรกซ้อน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและภาวะแทรกซ้อน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การผ่าตัด colonoscope มากที่สุด ร้อยละ 94.64

2. ความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และหลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การรับบริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกในโครงการ One Day Surgery การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Screening tests) การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหลังได้รับการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลยางตลาด

4. การเปรียบเทียบความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การเตรียมตัว	2.87	0.35	4.77	0.20	223	-53.336	.000	-1.96845	-1.82818
การมารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล	2.89	0.28	4.75	0.16	223	-67.028	.000	-1.90945	-1.80038
การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	2.91	0.23	4.76	0.14	223	-80.015	.000	-1.89653	-1.80536
รวม	2.89	0.17	4.76	0.10	223	-110.037	.000	-1.90151	-1.83460

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มากกว่าก่อนการดำเนินการ

5. ผลการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(One Day Surgery) PADSS Score (Post Anesthetic Discharge Scoring System) ได้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแบบวันเดียวกลับ ร้อยละ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การผ่าตัด colonoscope มากที่สุด ร้อยละ 94.64 และมีความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของชญานิศ ธัมธนพัฒน์.(2564)[4] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้และขาดความมั่นใจ ในการดูแลตนเองที่บ้าน ส่วนปัญหาด้านระบบการให้บริการ พบว่า1) แนวทางปฏิบัติและระบบการประสานงาน ในการ ให้บริการและดูแลผู้ป่วย ODS ยังไม้ครอบคลุมและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน2) ไม่มีสถานที่หรือศูนย์ ดูแลผู้ป่วย ODS Unitที่ให้บริการโดยเฉพาะ 3) ไม่มีผู้รับผิดชอบหรือผู้ประสานงานหลักที่ชัด จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การรับบริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกในโครงการ One Day Surgery การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Screening tests) การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหลังได้รับการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลยางตลาด ตามแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด [1,2,7] ส่งผลให้ความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมากกว่าก่อนการดำเนินการ และผลการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) PADSS Score (Post Anesthetic Discharge Scoring System) ได้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแบบวันเดียวกลับ ร้อยละ 100 สอดคล้องกันกับการศึกษาของชญานิศ ธัมธนพัฒน์ (2564)[4] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ระบบการผ่าตัดและแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง/นโยบาย ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์การ ผลการวิจัย พบว่า ระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ทีมผู้ให้บริการมีศักยภาพในการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน วันนอนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันแบบวันเดียวกลับและรูปแบบปกติมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดผลลัพธ์การดำเนินการตามตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายร้อยละ 78.13 และสอดคล้อง

กับการศึกษาของ จารุณี ตั้งใจรักการดี (2561)[6] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหัวหิน พบว่า การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในระยะก่อนผ่าตัดขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวล บรรเทาความเจ็บปวด ส่งเสริมการฟื้นหาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ทักษะการให้ความรู้ คำแนะนำ การอธิบาย การทวนสอบความรู้เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด ตลอดจนให้ความสำคัญในการค้นหาปัญหาและประเมินความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยความละเอียดรอบคอบ รวมทั้งค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกวิตกกังวล การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลอย่าง เหมาะสมกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติ ตลอดจนนาผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาใช้ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวเรศ ก้านมะลิ และคณะ (2563)[3] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการดำเนินการ 8 ด้านคือ คณะกรรมการ, หน่วย/ผู้ประสานงาน, การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด, การเตรียมความพร้อมวันผ่าตัด, ช่องทางติดต่อสื่อสาร, การติดตามผู้ป่วยและประเมินผล, อัตรากำลัง และสถานที่ ผลการวิจัยพบว่า 1) ประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 2) ผลลัพธ์การดำเนินการตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ยกเว้นร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 4) เพศแตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจต่อบริการแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ และประเภทการผ่าตัดแตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ควรเสริมสร้างความเข้าใจที่ประกอบด้วย การรับบริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกในโครงการ One Day Surgery การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Screening tests) การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหลังได้รับการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลยางตลาด

2. ควรการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ในผู้ป่วยที่หลากหลาย และระยะยาว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2).พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

2.รัตนา เพิ่มเพ็ชร์, เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2559;22:13-24.

3.เยาวเรศ ก้านมะลิ ถนอมศิลป์ ก้านมะลิ สะคราญจิตร คงพันธ์.(2563). การพัฒนารูปแบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 183-95

4.ชญานิศ ธัมธนพัฒน์.(2564). การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 57-63

5.สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2560). ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ Recommendations for the development of the service system ODS (One Day Surgery)ใ

6.จารุณี ตั้งใจรักการดี.(2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหัวหิน. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล ปีที่ 3ฉบับที่ 1มกราคม –มิถุนายน 2561. 1-6

7.กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2564). ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ปี 2565. กรุงเทพ: บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of care for pregnant women with a gestation period of more than 32 weeks, Yang Talad Hospital Kalasin Province.

(Received: December 22,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

ผกามาศ ภูจอมจิต[1]
Pakamas Poojomjit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์และศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 204 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง และหลังการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนรูปแบบ และผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 204 ราย ไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ แต่ยังพบว่ามารดาคลอดอายุครรภ์ครบกำหนดทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม จำนวน 3 รายเป็นมารดาที่มีโรคทางอายุกรรมร่วมคือ ความดันสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 2 รายและ ไธรอยด์ จำนวน 1 ราย

คำสำคัญ: การดูแล หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์

ABSTRACT

This study was action research aimed to study comprehensive of the behavior and health conditions of pregnant women with a gestation period of more than 32 weeks at Yang Talat Hospital. Kalasin Province and study the care model for pregnant women with a gestation period of more than 32 weeks, Yang Talat Hospital. Kalasin Province The research period is between October - December 2023, totaling 3 months. Sample size were 204 pregnant women with a gestation period of more than 32 weeks who received services at Yang Talad Hospital. Kalasin Province, data collected from questionnaires. Analyze data By content analysis (Content Analysis), frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that comprehensive of behavior and health status of pregnant women with a gestation period of more than 32 weeks at Yang Talad Hospital Kalasin Province Before the operation, overall and each aspect was at a moderate level, and after the operation. Overall and each aspect is at the highest level. There are differences. Statistically significant at the .05 level, after the model of care for pregnant women with a gestational age of more than 32 weeks, Yang Talad Hospital Kalasin Province There is an average score of understanding of behavior and health conditions of pregnant women with a gestation period of more than 32 weeks at Yang Talat Hospital. Kalasin Province more than before the format. And results of care for pregnant women with a gestational age of more than 32 weeks at Yang Talad Hospital

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Province, 204 cases, did not find any preventable complications. But it was also found that 3 mothers gave birth at full term with infants weighing less than 2500 grams. They were mothers who had co-morbid medical conditions. High blood pressure during pregnancy, 2 cases, and thyroid, 1 case.
Keywords: Care for pregnant women with a gestational age of more than 32 weeks.

บทนำ

การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับทารก รก น้ำคร่า และเยื่อหุ้มรกออกจากโพรงมดลูกผ่านทางช่องคลอด เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน แม้ว่าการตั้งครรภ์และการคลอดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามธรรมชาติ แต่การคลอดเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้คลอดต้องประสบกับความไม่สุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความปวดที่รุนแรง และเป็นความปวดที่แตกต่างจากอาการปวดอื่นๆ เกิดความวิตกกังวล ความเครียด และกลัวการคลอดได้ จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าหญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าการคลอดเป็นเรื่องที่น่ากลัวและทุกข์ทรมาน ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความกลัวการคลอดได้แก่ ประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมา ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ [6,10,19,27]

หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์หลายประการเช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดหลัง เป็นตะคริว เป็นต้น บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่นภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะซีด ซึ่งอาการหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การตั้งครรภ์และการคลอดแม้ว่าเป็นปรากฏการณ์ที่แต่ละครอบครัวต้องการ แต่ก็ส่งผลให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลได้ ยิ่งเมื่อใกล้คลอดสตรีตั้งครรภ์จะเกิดความวิตกกังวลกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ กลัวความปวดและความทุกข์ทรมานจากการคลอด กลัวว่าตนเองและบุตรจะเป็นอันตราย กลัวสิ่งแวดล้อมในห้องคลอดที่ไม่คุ้นเคย ทำให้ไม่มั่นใจว่าจะสามารถเผชิญกับการคลอดได้ [23]

การเตรียมสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอด มีประโยชน์สำหรับสตรีตั้งครรภ์ครอบครัว และต่อเจ้าหน้าที่ที่ดูแลในระยะคลอด การเตรียมสตรีเพื่อการคลอดมีมานานมากกว่า 60 ปี ในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Zauderer, 2016) ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งส่วนใหญ่จะบูรณาการไปกับการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ปกติ มีบางสถาบันที่มีหลักสูตรการจัดอบรมหรือการจัดการเรียนการสอนที่เฉพาะ [9]

โรงเรียนพ่อแม่ บริการที่จัดทำขึ้นสำหรับการให้ความรู้แก่พ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูเด็กอบรมเลี้ยงดูเด็ก เมื่อพ่อแม่จำเป็นต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน โรงเรียนพ่อแม่ไม่ได้เป็นรูปแบบการสอนพ่อแม่ในโรงเรียน โรงเรียนพ่อแม่จะดำเนินการให้ความรู้พ่อแม่ที่ใดก็ได้ที่จัดเตรียมไว้ เป็นสัดส่วนในสถานพยาบาล โรงพยาบาลสถานีอนามัย หรืออาจปรับเปลี่ยนไปใช้สถานที่บริเวณนอกสถานพยาบาล เช่น นอกอาคารสถานพยาบาล ใต้ต้นไม้ ศูนย์เด็กเล็ก หรือสถานที่อื่นๆ ที่มีบรรยากาศสภาพแวดล้อมเหมาะสมต่อการเรียนรู้ เช่น สถานที่ไม่มีบุคคลอื่นรบกวน แสงสว่างเพียงพอ บรรยากาศร่มรื่นเงียบสงบ และไม่มีมลภาวะรบกวน เป็นต้น [9]

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอด เป็นการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ เหมาะสม

สามารถใช้เทคนิคต่างๆ ด้วยตนเองเพื่อลดปวด และได้รับการสนับสนุนจากสามี หรือบุคคลใกล้ชิด ที่ได้เข้ารับการเตรียมคลอด ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความความมั่นใจ มีประสบการณ์การคลอดที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน จำนวน 204 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ

2.1 เป็นหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 เป็นหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนเข้าร่วมโครงการ

2.3 สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้

2.4 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง การศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ การศึกษาความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ เสริมสร้างความเข้าใจ ต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพให้หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ และการติดตาม ประเมินและสรุปผลรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบวัดความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .948

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์

2. การศึกษาความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์

3. เสริมสร้างความเข้าใจ ต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพให้หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์

4. การติดตาม ประเมินและสรุปผลรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ การศึกษาความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ เสริมสร้างความเข้าใจ ต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพให้หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ และการติดตาม ประเมินและสรุปผลรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ

ปานกลาง และหลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด

2. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์สามารถสรุปสาระการเรียนรู้โรงเรียนพ่อ-แม่เพื่อลูกรัก “สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข” เป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ฝากครรภ์ครั้งที่ 4 หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ มุ่งเน้นความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และลูกในครรภ์และสร้างความมั่นใจการมาคลอดโรงพยาบาลที่มีความเป็นมิตรและบริการที่ได้มาตรฐานเทียบเท่า ระยะที่ 2 ฝากครรภ์ ครั้งที่ 5 (มาคลอด) เพื่อเตรียมตัวคลอดอย่าง สบายใจ มีความสุขกับการต้อนรับสมาชิกใหม่

3. การเปรียบเทียบความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	2.90	0.24	4.78	0.15	203	-74.389	.000	-1.92923	-1.82960
ออกกำลัง	2.91	0.37	4.80	0.23	203	-48.161	.000	-1.97132	-1.81626
ทั่วไป	2.89	0.35	4.79	0.19	203	-53.736	.000	-1.97852	-1.83847
อาการ	2.86	0.32	4.83	0.16	203	-62.038	.000	-2.04249	-1.91666
ประโยชน์	2.76	0.35	4.84	0.18	203	-59.855	.000	-2.15323	-2.01589
ผิดปกติ	2.85	0.32	4.79	0.19	203	-58.145	.000	-2.00599	-1.87440
รวม	2.86	0.15	4.48	0.08	203	-117.991	.000	-1.64478	-1.59071

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนรูปแบบ

4. ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 204 ราย ไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ แต่ยังพบว่ามารดาคลอดอายุครรภ์ครบกำหนดทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม จำนวน 3 รายเป็นมารดาที่มีโรคทางอายุกรรมร่วมคือ ความดันสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 2 รายและ ไธรอยด์ จำนวน 1 ราย

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง สอดคล้องกันกับ

การศึกษาของ ช่อทิพย์ ผลกุศล, ศิริวรรณ แสงอินทร์.(2563)[5]. ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติในเขตจังหวัดชลบุรี ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (M = 95.30, SD = 13.80) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 61 ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของศิรินภา แก้วพวง และคณะ (2561) ได้ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ และทัศนคติ ต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (เฉลี่ย = 6.7, SD = 2.5, คะแนนเต็ม = 16) ดังนั้นจึงได้จัดทำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์สามารถสรุปสาระการเรียนรู้โรงเรียนพ่อ-แม่เพื่อลูกรัก “สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข” เป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ฝากครรภ์ ครั้งที่ 4 หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ มุ่งเน้นความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และลูกในครรภ์และสร้างความมั่นใจการมาคลอดโรงพยาบาลที่มีความเป็นมิตรและบริการที่ได้มาตรฐานเทียบเท่า ระยะที่ 2 ฝากครรภ์ ครั้งที่ 5 (มาคลอด) เพื่อเตรียมตัวคลอดอย่าง สบายใจ มีความสุขกับการต้อนรับสมาชิกใหม่ ตามแนวคิดการเตรียมตัวสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอด [4,7,10,19,27] ส่งผลให้ ความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ มากที่สุด ก่อนและหลังรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนรูปแบบ และผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 204 ราย ไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ แต่ยังพบว่ามารดาคลอดอายุครรภ์ครบกำหนดทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม จำนวน 3 ราย เป็นมารดาที่มีโรคทางอายุกรรมร่วมคือ ความดันสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 2 รายและ ไธรอยด์ จำนวน 1 ราย สอดคล้องกันกับการศึกษาของ รุ่งนภา มหิทธิ.(2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อสนับสนุนการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถ ของครอบครัวในการสนับสนุนการคลอดและความพึงพอใจของผู้คลอดในการสนับสนุนการคลอดของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อสนับสนุนการคลอด มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสนับสนุนการคลอดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสาคัญทางสถิติ ($t31 = 5.44$, $p < .01$ และ $t62 = -4.99$, $p = < .01$ ตามลาดับ) และผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการสนับสนุนการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสาคัญทางสถิติ ($t62 = -2.07$, $p = .04$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อสนับสนุนการคลอดนี้มีประสิทธิภาพ พยาบาล ห้องคลอดควรนาโปรแกรมนี้ใช้ในการปฏิบัติการผดุงครรภ์ เพื่อผลลัพธ์ทางบวกต่อผู้คลอดและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ควรมีการ

จัดทำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 โดยเรียนรู้ผ่านโรงเรียนพ่อ-แม่เพื่อลูกรัก “สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข” เป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ฝากครรภ์ ครั้งที่ 4 หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ มุ่งเน้นความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และลูกในครรภ์และสร้างความมั่นใจการมาคลอดโรงพยาบาลที่มีความเป็นมิตรและบริการที่ได้มาตรฐานเทียบเท่า ระยะที่ 2 ฝากครรภ์ ครั้งที่ 5 (มาคลอด) เพื่อเตรียมตัวคลอดอย่างสบายใจและมีความสุขกับการต้อนรับสมาชิกใหม่

2. ควรมีการศึกษา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ในระยะยาว เพื่อศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะที่ไม่พึงประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1.รุ่งนภา มหิทธิ.(2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อสนับสนุนการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถ ของครอบครัวในการสนับสนุนการคลอดและความพึงพอใจของผู้คลอดในการสนับสนุนการคลอดของครอบครัว. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2.ศิรินภา แก้วพวง, วรรณี เดียวอิศเรศ, วรรณทนา ศุภสีมานนท์.(2561). อิทธิพลของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ และทัศนคติ ต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 (เม.ย. - มิ.ย.) 2561 57-66

3.Best, J.W. (1981). Research in Education.New Jersey : Prentice - Hall.

4.Riedmann, G. L. (2008). Education for childbirth. Global library of women’s medicine. doi: 10.3843/GLOWM.10109

5.ช่อทิพย์ ผลกุศล, ศิริวรรณ แสงอินทร์.(2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติในเขตจังหวัดชลบุรี. วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 35 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2563 128- 44

6.กาญจนา ศรีสวัสดิ์ ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร ณัฐธิดา สอนนาค.(2561). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2561 หน้า 95-109

7.เบญญาภา ธิติมาพงษ์ ศศิธร พุมดวง จัณทร์ปภัสร์ เครือแก้ว โสเพ็ญ ชูนวล วิไลพร สมานกสิกรณ์.(2563). การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

8.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2554). คู่มือวิทยากรโรงเรียนพ่อแม่ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3 สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์

9.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง. (2560). ความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังกับประสบการณ์จริงในการคลอดบุตรของผู้หญิงไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26(3), 525-532.

10.เกศินี ไชยโม, ธัญญมล สุริยานิมิตสุข, และกิตตพร ประชาศรัยสรเดช. (2560). การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด. วารสาร มฉก. วิชาการ, 20(40), 141-150.

11.กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

12.เจียรนัย โพธิ์ไทรย์. (2544). หลักการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง. เชียงใหม่: แพรการพิมพ์.

13.ชนิดาภา เนียนปัชชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และสุพรรณี อึ้งปัญสัตวงศ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอด ความเข็บปวดในระยะคลอดและความเหนื่อยอลล้าหลังคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(4), 56-64.

14.ณัฏจิรา วินิจฉัย, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง, และวรรณา พาหุวัฒนกร. (2556). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอด ด้วยยาออกซิโทซิน. วารสารสภาการพยาบาล, 28(4), 44-54.

15.ทิวากร ชานิกุล, และพักตร์วิไล ศรีแสง. (2553). ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนจากญาติต่อความเจ็บปวดของ ผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 33(1),33-42.

16.ดารุณี จันฤาไชย, กริยากร ธิวะโต, และจันทร์เพ็ญ แพงดวงแก้ว. (2556). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฟั่น อาจาโร. วารสารสภาการพยาบาล, 28(1), 100-110.

17.ธวัลรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย, นันทพร แสนศิริพันธ์, และกรรณิการณ์ กันธะรักษา. (2556). ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. พยาบาลสาร, 40 (ฉบับพิเศษธันวาคม). 12-21.

18.นวพร มามาก, ศรีสมร ภูมนสกุล, และอรพินธ์ เจริญผล. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดา มารดาและทารก. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 14, 258-271.

19.นันทพร แสนศิริพันธ์. (2556). ความกลัวการคลอดบุตร. พยาบาลสาร, 40 (ฉบับพิเศษมกราคม), 103-112.

20.นันทพร แสนศิริพันธ์ และสุกัญญา (2558). การพยาบาลในระยะคลอด. เชียงใหม่: โครงการตารา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,

21.พิริยา ศุภศรี. (2550). การคลอดธรรมชาติ: การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 15, 16-26.

22พรรณทิพย์ โชมขุนทด, อาไพ จารุวัชรพาณิชกุล, และจันทรรัตน์ เจริญสันติ.(2557). ผลของการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อระดับความเจ็บปวดระยะเวลาของการคลอดและการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์. พยาบาลสาร, 41(1), 13-24.

23.วรางคณา ชัชเวช, ศศิกานต์ กาละ, สุรีพรย์ กฤษเจริญ, วัชรี จงไพบูลย์พัฒนะ และกัลยาณี บุญสิน. (2555). การพัฒนารูปแบบการเตรียมตัวเพื่อการคลอดสาหรับสตรีตั้งครรภ์และผู้ช่วยเหลือ. สงขลานครินทร์เวชสาร, 30(3), 143-151.

24.วัฒนา ศรีพจนารถ. (2555). หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ใน คู่มือการเรียนการพยาบาลมารดาและทารก. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

25.ศศิธร พุมดวง. (2559). สูติศาสตร์ระยะคลอด (ฉบับปรับปรุง). ชานเมือการพิมพ์: สงขลา.

26.ศิริวรรณ ยืนยง, และนันท์นภัส รักไทย. (2554). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความ เจ็บปวด ความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19 (ฉบับพิเศษ2), 67-82.

27.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และศิริพร พงษ์โภคา. (2554). การพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพสตรีในระยะให้กาเนิดบุตร ในเอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ หน่วยที่ 1-6 (พิมพ์ครั้งที่ 9). ม.ป.ท.: สานักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

28.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และปราณิสา กิตติปฤษฎา. (2556). ผลของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติ ต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 36(1), 23-31.

29.อาทิตยา เพิ่มสุข.(2550). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

30.อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา. (2554). การเตรียมสตรีในระยะตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอด. ใน อาไพ จารุวัชรพาณิชกุล (บรรณาธิการ). ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 1. (หน้า 287-303). เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นติ้ง.

31.เอกชัย โควาวิสารัช. (2551). คลอดเองได้ง่ายนิดเดียว (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท รักลูกกรุ๊ปจากัด.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ : กรณีศึกษา 2 ราย

NURSING CARE FOR PATIENTS UNDERGOING THYROID CARCINOMA SURGERY : 2 CASE STUDY

(Received: December 23,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

กนกวรรณ มาซา[1]
Kanokwan Masa

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ โดยเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งไทรอยด์ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เดือนมกราคม - มิถุนายน 2566 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ชนิดตัดออกทั้งหมด (Total Thyroidectomy) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังผ่าตัด ได้แก่ แผลติดเชื้อ สายเสียงไม่ทำงาน ทำให้มีเสียงแหบ สำลัก หากตัดถูกต่อม parathyroid ก็จะมีแคลเซียมในเลือดต่ำหรือมีเลือดออกใต้ผิวหนัง คอบวม ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการอุดกั้นระบบทางเดินหายใจส่งผลให้ผู้ป่วย หายใจหอบ เหนื่อย เสียงหายใจผิดปกติ (Stridor) ซึ่งการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดติดตามอาการอย่างใกล้ชิด จะทำให้สามารถแก้ไขภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจจะเกิดได้ ดังนั้นบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะต้องมีความรู้ มีความเข้าใจ ทักษะ ประสบการณ์ ประเมินและคาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์

Abstract

This study was case study aimed at studying nursing care for patients undergoing thyroid cancer surgery. We selected patients undergoing treatment for thyroid cancer in the surgical ward of Sirindhorn Hospital. Khon Kaen Province, January - June 2023, 2 cases.

The results of the study found that in patients who received total thyroid cancer surgery (Total Thyroidectomy), complications that may occur after surgery include wound infection and vocal cord inactivity. This causes a hoarse voice and choking. If the parathyroid gland is cut, there will be low calcium in the blood or bleeding under the skin and a swollen throat, which may cause a blockage in the respiratory system. As a result, the patient may experience panting, fatigue, and abnormal breathing sounds. In which post-surgery complications are monitored and symptoms are closely monitored. This will make it possible to resolve emergencies quickly. Reduce the occurrence of serious complications that may occur. Therefore, the important role of nurses caring for post-operative patients must be knowledge, understanding, skills, experience, and comprehensive assessment and prediction of risks that may occur. To keep patients safe Receive effective care

Keywords: Nursing care for patients undergoing thyroid carcinoma surgery

บทนำ

มะเร็งไทรอยด์เป็นโรคที่พบได้บ่อยในคนทุกวัย มีรายงานพบได้ตั้งแต่อายุ 10 - 80 ปี ส่วนใหญ่พบได้มากในคนอายุ 20 - 40 ปี และ 50 - 70 ปี พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (มีรายงานในประชากร 100,000 คน จะพบโรคมะเร็งไทรอยด์ในผู้หญิงประมาณ 6 คน และพบในผู้ชายประมาณ 2 คน) และพบมากในผู้ที่รับการฉายรังสีบริเวณลำคอเมื่อตอนเป็นเด็ก และบางชนิดอาจมีประวัติว่ามีคนในครอบครัวเป็นด้วยโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัด

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ขอนแก่น มีผู้รับบริการในเขตพื้นที่และในเขตส่งต่อที่มารับการตรวจด้วยอาการมีก้อนโตที่ต่อมไทรอยด์ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งไทรอยด์จะได้รับการวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดไทรอยด์ชนิดตัดออกทั้งหมด ซึ่งบทบาทของพยาบาลศัลยกรรมมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การดูแลรักษาพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุภาพโดยเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่าย มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมิน และดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงด้วยความซับซ้อนจากลักษณะของโรคหลังการผ่าตัดถือเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดตามมา อีกทั้งยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และระยะเวลาการนอนนานของผู้ป่วยได้ รวมถึงการวางแผนการดูแลเมื่อจำหน่ายการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่จะต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องยาวนาน ล้วนเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลผู้ดูแล ที่จะช่วยผลักดัน ส่งเสริมให้เกิดพลังในทางบวกเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามะเร็งไทรอยด์ต่อเนื่องต่อไปหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตให้เป็นปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์

วิธีดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งไทรอยด์ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เดือนมกราคม - มิถุนายน 2566 จำนวน 2 ราย
2. ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูล
3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การใช้ประเมินสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะการเตรียมก่อนการผ่าตัด การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
หญิงไทยอายุ 61ปีสถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ ใช้บัตรสวัสดิการของรัฐประกันสุขภาพ **อาการสำคัญ** มีก้อนที่คอโตเร็วขึ้นเป็นมา 2 เดือน **ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** 2 เดือนก่อนมา มีก้อนโตที่คอ สังเกตว่าคอโตเร็ว แต่ไม่มีอาการเจ็บคอ ไม่มีอาการเสียงแหบ ไม่มีอาการหายใจไม่สะดวก กลืนอาหารได้ปกติ **ประวัติโรคประจำตัว** โรคไทรอยด์ รับประทานยา PTU 1 เม็ด หลังอาหารเช้ามาประมาณ 5 ปี **ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์** คลำพบก้อนที่คอขนาด 7 เซนติเมตร ด้านขวา กดไม่เจ็บ ก้อนไม่ขยับขึ้นลงตามการกลืนน้ำลาย แพทย์จึงทำการตรวจ FNA: ได้ของเหลวสีเหลือง 8 cc	หญิงไทย อายุ 60 ปีสถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยใช้การรักษาสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (ขออนุมัติกรมบัญชีกลาง) **อาการสำคัญ** อาการมีเสียงแหบ ไอห่างๆครั้ง เป็นมา 1 เดือน **ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** 1 เดือนก่อนมา มีอาการเสียงแหบ เคยรับการรักษาคออักเสบ รับประทานยาที่โรงพยาบาลชนบท ดีขึ้นแล้วก็มีอาการต่อ สังเกตตนเองเริ่มมีเสียงแหบมากขึ้น พูดแล้วคนรอบข้างถามซ้ำ ต้องตะเบ่งเสียงมากขึ้น หายใจไม่สะดวกเวลานอนหงาย แต่ไม่มีหอบเหนื่อย กลืนอาหารได้แต่ไม่คล่องคอ **ประวัติโรคประจำตัว** ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน รับประทานยามา 8 ปี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ก้อนยุบเล็กน้อย แพทย์จึงนัดทำ CT Neck c contract ผล CT อ่าน : Thyroid carcinoma **การวินิจฉัยโรคแรกรับ** Thyroid carcinoma c Hypokalemia **แผนการรักษา** โดยการผ่าตัดไทรอยด์ออกทั้งหมด (Total Thyroidectomy) เลขที่ผู้ป่วยนอก 172113 นัดนอนโรงพยาบาลวันที่ 2 มกราคม 2566 **สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล** รับใหม่ผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยนอก แรกรับอุณหภูมิกาย 36.6 ๐c ชีพจร72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/70 mmHg แพทย์เจ้าของไข้มีคำสั่งการรักษาเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด ดังนี้ ตรวจATK,CBC,BUN,Cr,Electrolite, TFT, EKG ,Cxr ,ให้งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน ,ให้ได้รับสารละลายน้ำเกลือ 0.9 NSS 1000 ml vein drip 80 cc/hr ตรวจสอบค่า Electrolite ก่อนผ่าตัดมีภาวะ K ต่ำ 3.2 หลังตรวจซ้ำพบค่า K2.77 มีคำสั่งให้แก้ภาวะ K ต่ำโดยรับประทาน Ekcl30 ml ทุก 3 ชั่วโมง 2 ครั้ง ตรวจค่า K หลังแก้ไขพบค่า K 4.23 อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงให้ดำเนินการเตรียมผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ชนิดตัดออกทั้งหมด ให้ยาฉีด Auqmentin 1.2 กรัม ทางเส้นเลือดทุก 8 ชั่วโมง และแจ้งประสานทีมตรวจเยี่ยมจากทีมวิสัญญีพยาบาลเพื่อวางแผนให้การดูแลร่วมกันแบบสหวิชาชีพ พยาบาลได้พูดคุยให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด และหลังผ่าตัดแล้ว กลัวจะไม่หายจากการเป็นมะเร็ง ซึ่งในส่วนนี้พยาบาลได้เปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามข้อสงสัย แนะนำให้รับทราบแผนการรักษา ขั้นตอนการรักษาให้ผู้ป่วย และญาติทราบ ผู้ป่วยรับฟัง และให้ความร่วมมือดี วันที่ 3 มกราคม 2566 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ชนิดตัดออกทั้งหมด และส่งชิ้นเนื้อต่อมไทรอยด์ตรวจทางพยาธิวิทยา หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาปวดแผลผ่าตัด และมีภาวะ Ca ต่ำ มีอาการมือชา เกร็งกล้ามเนื้อ หลังจากผ่าตัดวันที่ 4 มกราคม 2566 มีระดับ Ca7.8 mg/dl ได้รับการรักษาด้วย CaCO3 1x3 Oral PC และCalcitriol 1x1 PC ไม่มีอาการคอบวม , ไม่มีอาการเสียงแหบ ,วันที่ 5 Radivac Drain ไม่เป็นสุญญากาศ Content ไม่ออกเพิ่มจึงดูแล Suction ทำให้ Radivac Drain ทำงานเป็นระบบสุญญากาศ วันที่ 6 มกราคม 2566 แพทย์เจ้าของไข้ตรวจเยี่ยมอาการ และมีคำสั่งการรักษาให้เอาสายระบายออกได้ อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านนัดทำแผล และตัดไหมโรงพยาบาลใกล้บ้าน นัดติดตามการรักษาอีก 3 สัปดาห์ ฟังผลชิ้นเนื้อ และวางแผนการรักษาต่อไป ก่อนพบแพทย์ให้ส่งเลือดตรวจไทรอยด์ TFT,Ca,Alb ตามผลชิ้นเนื้อก่อนพบแพทย์ พยาบาลได้พูดคุยให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย แนะนำการปฏิบัติตัว การดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานยาต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติได้พูดคุย ซักถามข้อสงสัย ในรายนี้หลังผ่าตัดผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ยังมีความหวั่นวิตกในเรื่องของการรักษาต่อไป คือการรักษามะเร็งไทรอยด์ พยาบาลให้คำแนะนำเพื่อเป็นข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติรายนี้สำหรับแนว	**ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์** พูดคุยมีเสียงแหบ คลำไม่พบก้อนที่คอ ไม่เจ็บคอ ตรวจพบ Arytenoidบวม แดง แพทย์จึงทำการตรวจ FNA : ได้ของเหลวสีเหลือง 1 cc และส่องกล้องดูระบบ กล่องเสียง (Indirect Laryngoscope : DL) พบ Lt. True Vocal Cord Paralysis แพทย์จึงนัดทำ CT Neck c contract ผล CT อ่าน : Thyroid carcinoma with Vocal cord paralysis **การวินิจฉัยโรคแรกรับ** Thyroid carcinomawith Lt.True Vocal cord paralysis c DM,HT c Hypokalemia **แผนการรักษา** โดยการผ่าตัดไทรอยด์ออกทั้งหมด (Total Thyroidectomy) นัดนอนโรงพยาบาลวันที่ 12 มิถุนายน 2566 **สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล** รับใหม่ผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยนอก แรกรับอุณหภูมิกาย 36.6 ๐c ชีพจร72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/70 mmHg แพทย์เจ้าของไข้มีคำสั่งการรักษาเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด ดังนี้ ตรวจATK,CBC,BUN,Cr,Electrolite, TFT, EKG ,Cxr ,ให้งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน ,ให้ได้รับสารละลายน้ำเกลือ 0.9 NSS 1000 ml vein drip 80 cc/hr ตรวจสอบค่า Electrolite ก่อนผ่าตัดมีภาวะ K ต่ำ 3.2 หลังตรวจซ้ำพบค่า K2.77 มีคำสั่งให้แก้ภาวะ K ต่ำโดยรับประทาน Ekcl30 ml ทุก 3 ชั่วโมง 2 ครั้ง ตรวจค่า K หลังแก้ไขพบค่า K 4.23 อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงให้ดำเนินการเตรียมผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ชนิดตัดออกทั้งหมด ให้ยาฉีด Auqmentin 1.2 กรัม ทางเส้นเลือดทุก 8 ชั่วโมง และแจ้งประสานทีมตรวจเยี่ยมจากทีมวิสัญญีพยาบาลเพื่อวางแผนให้การดูแลร่วมกันแบบสหวิชาชีพ พยาบาลได้พูดคุยให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด และหลังผ่าตัดแล้ว กลัวจะไม่หายจากการเป็นมะเร็ง ซึ่งในส่วนนี้พยาบาลได้เปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามข้อสงสัย แนะนำให้รับทราบแผนการรักษา ขั้นตอนการรักษาให้ผู้ป่วย และญาติทราบ ผู้ป่วยรับฟัง และให้ความร่วมมือดี วันที่ 3 มกราคม 2566 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ชนิดตัดออกทั้งหมด และส่งชิ้นเนื้อต่อมไทรอยด์ตรวจทางพยาธิวิทยา หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาปวดแผลผ่าตัด และมีภาวะ Ca ต่ำ มีอาการมือชา เกร็งกล้ามเนื้อ หลังจากผ่าตัดวันที่ 4 มกราคม 2566 มีระดับ Ca7.8 mg/dl ได้รับการรักษาด้วย CaCO3 1x3 Oral PC และCalcitriol 1x1 PC ไม่มีอาการคอบวม , ไม่มีอาการเสียงแหบ ,วันที่ 5 Radivac Drain ไม่เป็นสุญญากาศ Content ไม่ออกเพิ่มจึงดูแล Suction ทำให้ Radivac Drain ทำงานเป็นระบบสุญญากาศ วันที่ 6 มกราคม 2566 แพทย์เจ้าของไข้ตรวจเยี่ยมอาการ และมีคำสั่งการรักษาให้เอาสายระบายออกได้ อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านนัดทำแผล และตัดไหมโรงพยาบาลใกล้บ้าน นัดติดตามการรักษาอีก 3 สัปดาห์ ฟังผลชิ้นเนื้อ และวางแผนการรักษาต่อไป ก่อนพบแพทย์ให้ส่งเลือดตรวจไทรอยด์ TFT,Ca,Alb ตามผลชิ้นเนื้อก่อนพบแพทย์ พยาบาลได้พูดคุยให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย แนะนำการปฏิบัติตัว การดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานยา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ทางการรักษาหลังจากนี้ ซึ่งมะเร็งไทรอยด์จะมีทั้งการกลืนกินแร่ 131, การให้เคมีบำบัด รังสีรักษา และยาเฉพาะ แต่ทั้งนี้ต้องรอดูผลชิ้นเนื้อว่าเป็นมะเร็งชนิดไหนและแพทย์จะเลือกการรักษาที่เหมาะสมที่สุด รวมวันนอนทั้งหมด 5 วัน	ต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติได้พูดคุย ซักถามข้อสงสัย ในรายนี้หลังผ่าตัดผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ยังมีความหวั่นวิตกในเรื่องของการรักษาต่อไป คือการรักษามะเร็งไทรอยด์ พยาบาลให้คำแนะนำเพื่อเป็นข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติรายนี้สำหรับแนวทางการรักษาหลังจากนี้ ซึ่งมะเร็งไทรอยด์จะมีทั้งการกลืนกินแร่ 131, การให้เคมีบำบัด รังสีรักษา และยาเฉพาะ แต่ทั้งนี้ต้องรอดูผลชิ้นเนื้อว่าเป็นมะเร็งชนิดไหนและแพทย์จะเลือกการรักษาที่เหมาะสมที่สุด รวมวันนอนทั้งหมด 5 วัน

เปรียบเทียบปัญหาทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล : กรณีศึกษา 2 ราย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งไทรอยด์ **วัตถุประสงค์** 1. คลายความวิตกกังวลลง 2. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคที่เป็น แนวทางการรักษา ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส คลายความวิตกกังวลลง เข้าใจ และยอมรับสภาพการเจ็บป่วย 2. ผู้ป่วยตอบคำถามเที่ยวกับเรื่องโรคอย่างถูกต้อง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยสังเกตสีหน้าท่าทาง และสอบถามถึงความกังวลใจของผู้ป่วย 2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยแนะนำตัว และพูดคุยด้วยความเป็นกันเองสร้างความไว้วางใจในตัวพยาบาล แสดงความจริงใจในการช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจ 3. อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติรับฟังร่วมกัน เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา อธิบายความก้าวหน้าในการรักษา 4. ให้ข้อมูลแก่ญาติถึงสิ่งที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยม และเฝ้าดูแลผู้ป่วย **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส คลายความวิตกกังวลลง เข้าใจและยอมรับสภาพการเจ็บป่วย 2. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งไทรอยด์ได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย **วัตถุประสงค์** 1. คลายความวิตกกังวลลง 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี 3. มีความรู้ในการปฏิบัติตัว ก่อน และหลังผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส คลายความวิตกกังวลลง 2. ผู้ป่วยยอมรับการผ่าตัด และการรักษาของแพทย์ โดยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการที่จะแก้ไขภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็น การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด อธิบายถึงกระบวนการเข้าห้องผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด ระยะเวลาโดยประมาณที่ใช้ในการผ่าตัด 2. อธิบายวิธีปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดว่าผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมด้านร่างกาย ดังนี้ 2.1 การตรวจเลือด ปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจคลื่นไฟ 2.2 อธิบายเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งร่างกายโดยการดมยาสลบซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกเจ็บ 2.3 อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัดได้แก่ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด และบอกถึงสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการมีแผลผ่าตัดที่คอยาวประมาณ 5-6 เซนติเมตร และจะมีท่อยางเล็กๆจากแผลผ่าตัด เพื่อระบายเลือด และสารคัดหลั่งจากแผล 2.4 ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดโดยใช้ pain score เพื่อผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความปวด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. ผู้ป่วยตอบคำถามวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง	2.5 การพลิกตะแคงตัว และการลุกจากเตียงหลังผ่าตัด เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของทรวงอก ลดการคั่งค้าง ของเสมหะ ช่วยให้การระบายของสิ่งคัดหลั่งจากท่อระบายเป็นไปโดยสะดวก 2.6 สอนและแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างถูกวิธี จะช่วยให้ลดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจภายหลังการผ่าตัด 24 - 48 ชั่วโมง 2.7 การปฏิบัติตัวอื่น ๆ ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำสระผม ให้ยาคลายความวิตกกังวลก่อนนอน ผู้ป่วยต้องงดอาหาร และน้ำคืนก่อนหลังเที่ยงคืน 3. แจ้งประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมวิสัญญีตรวจเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส คลายความวิตกกังวลลง 2. ผู้ป่วยยอมรับการผ่าตัด และการรักษาของแพทย์ โดยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี 3. ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเลื่อน หรืองดการผ่าตัดเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง กรณีศึกษา 2 ราย **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อป้องกันการภาวะความดันโลหิตสูง 2. การผ่าตัดเป็นไปตามแผนการรักษา ไม่เกิดการเลื่อน หรืองดการผ่าตัด 3. คลายความวิตกกังวล **เกณฑ์การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติอุณหภูมิ 36.5 – 37.5 c° อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาทีชีพจร 60 - 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต Systolic Blood Pressure 90 - 140 mmHgและ Diastolic Blood Pressure 60 - 90 mmHg 2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา 3. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพก่อนการผ่าตัด ทุก 2- 4 ชั่วโมง 2. รายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบเนื่องจากผู้ป่วยงดน้ำ งดอาหารเพื่อเตรียมผ่าตัด 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยารับประทาน Amolodipine 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด ตามแผนการรักษา 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน แจ้งให้ญาติรับทราบเรื่องการดูแล และเฝ้าไข้ สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยได้ **การประเมินผล (กรณีศึกษารายที่ 2)** 1. ค่าความดันโลหิตลดลง 138/ 82 mmHg ชีพจร 84 ครั้ง/นาทีการหายใจ 20 ครั้ง/นาที 2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา 3. สีหน้าคลายความกังวล
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ กรณีศึกษา 2 ราย **วัตถุประสงค์** เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำเช่น มีอาการอ่อนเพลีย, กล้ามเนื้ออ่อนแรง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และเกิดภาวะหายใจล้มเหลวจนหยุดหายใจได้ **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ค่าโปแตสเซียมในเลือด 3.5-5.1 mmol/L	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยารับประทาน Ekclตามแผนการรักษา 2. เจาะเลือดตรวจประเมินค่าโปแตสเซียมหลังให้ 3. ทำ EKG รายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบผล 4. เฝ้าระวังอัตรา และจังหวะการเต้นของชีพจร หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะคือ ชีพจรเบาเร็ว และไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำรุนแรง รายงานแพทย์ทันที 5. เฝ้าระวังภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เช่น กล้ามเนื้อขา แขนไม่มีแรง และอ่อนเพลีย 6. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2- 4 ชั่วโมง **การประเมินผล** ผลตรวจเลือด ค่า K ในเลือด = 4.23 mmol/L ชีพจร 98 ครั้งต่อนาทีเต้นสม่ำเสมอ ความดันโลหิต128/70 mmHg ไม่พบภาวะกล้ามเนื้อกระตุก ผลตรวจ EKG ปกติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากปัญหากล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อกระตุก ชีพจรไม่สม่ำเสมอ สับสน ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบาย ปวดแผล เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย **วัตถุประสงค์** เพื่อบรรเทาอาการปวด **เกณฑ์การประเมินผล** ไม่บ่นปวดแผลผ่าตัด หรือ ระดับความปวดลดลง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินระดับความรุนแรงความเจ็บปวดของแผลผ่าตัดโดยใช้ pain score ซักถามและสังเกตอาการปวด 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของการปวดแผลผ่าตัด 3. ให้นอนศีรษะสูง ใช้หมอนรองบริเวณคอ ใช้มือรองรับบริเวณท้ายทอยระหว่างการเปลี่ยนท่าขยับพลิกตะแคงตัว และประคองบริเวณศีรษะขณะลุกนั่ง เพื่อบรรเทาอาการตึงแผล และป้องกันแผลแยก 4. แนะนำให้หายใจแบบลึกยาว เพื่อผ่อนคลาย และบรรเทาอาการปวด 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Tramol 50 mg vein for pain ทุก 6 ชั่วโมง 6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีเสียงรบกวน 7. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กรณีศึกษา 2 ราย **วัตถุประสงค์** 1. ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 2. ปรับระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ คือ 70- 110 mg/dl 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3. ไม่มีอาการของน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ เหนื่อย อ่อนเพลีย กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย หอบ ซึม	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หรือกระสับกระส่าย 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ 3. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา 4. ดูแลให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด คือ Regular Insulin 6 Unit ฉีดใต้ผิวหนังตามแผนการรักษา 5. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อรักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่น รับประทานอาหารที่โรงพยาบาล จัดให้ พูดคุยให้คำแนะนำผู้ป่วย และญาติให้เข้าใจเนื่องด้วยระดับน้ำตาลที่สูงขึ้นมีผลต่อการหายของแผลผ่าตัด หรืออาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดได้ **การประเมินผล (กรณีศึกษารายที่ 2)** 1. ระดับน้ำตาลปกติ เจาะ DTX 121 mg % 2. เหนื่อยเพลียลดลง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากการผ่าตัดอาจกระทบกระเทือนต่อมพาราไทรอยด์ กรณีศึกษา 2 ราย **วัตถุประสงค์** เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของแคลเซียมในร่างกาย **เกณฑ์การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพปกติ โดย อุณหภูมิกาย 36.5-37.4 c° ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 18-24ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90mmHg	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ เช่น สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง วิงเวียนศีรษะ อาการชาตามใบหน้า มือ แขน ขา กล้ามเนื้อกระตุก ตะคริว อาการชัก หรือหายใจลำบาก 2. ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Calcium Gluconate 50 C.C+ 0.9%6 NSS 1000 ml v drip 60 ml/hr และ ยา CaCO (600mg) 3 tab otidpc&hs, Calcitriol 1x1 PC 3. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง 4. ดูแลเรื่องความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุจากอาการชักเกร็ง 5. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Ca รายงานแพทย์ทราบ **การประเมินผล**

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
2. Ca= 8.6-10.0mEq/L	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**
	1. สัญญาณชีพปกติ โดยอัตราชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/78mmHg อุณหภูมิร่างกาย 36.7 c° 2. ผลการตรวจทาง Ca= 8.7mEq/L 3. มีอาการชามือเล็กน้อย กล้ามเนื้อไม่เกร็ง	1. สัญญาณชีพปกติ โดยอัตราชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/92mmHg อุณหภูมิร่างกาย 36.8c° 2. ผลการตรวจCa= 8.6 mEq/L 3. มีอาการชาเล็กน้อยที่ใบหน้า
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจจากการบวมของเนื้อเยื่อ หรือมีเลือดออกใต้ผิวหนังหลังการผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย **วัตถุประสงค์** ไม่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถาม ตอบรู้เรื่อง 2. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวหายใจไม่มีเสียงครืดคราด O2 sat 100% 3. ไม่มีเสมหะในลำคอ 4. สัญญาณชีพปกติ ค่าความอิ่มตัวของเม็ดเลือดแดง (SpO2) 100%	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยถามชื่อผู้ป่วย 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เมื่อรู้สึกตัวดีดูแลให้นอนศีรษะสูงเล็กน้อยใช้หมอนรองศีรษะ และคอ เพื่อให้ศีรษะ และคอได้พักป้องกันการก้มเงยมากเกินไป ซึ่งอาจทำให้แผลแยกได้ 4. สังเกตลักษณะการหายใจ หอบ เหนื่อย หายใจเสียงผิดปกติ (Stridor) 5. สังเกตบาดแผลผ่าตัดบริเวณคอ และตรวจสอบบริเวณลำคอเพื่อประเมิน internal bleeding สังเกตสีผิวหนังรอบๆ คอ คอบวม และผ้าปิดแผลบริเวณคอ ตรวจดูการทำงานของขวดสุญญากาศเพื่อประเมินภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อ (hematoma) ที่ทำให้กดบริเวณทางเดินหายใจได้ 6. กระตุ้นให้ไอ หรือหายใจอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้เสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ 7. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการเจาะคอสำหรับกรณีฉุกเฉิน **การประเมินผล (**กรณีศึกษารายที่ 2) 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถาม ตอบรู้เรื่อง 2. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียวหายใจไม่มีเสียงครืดคราด 02 sat 99% 3.อัตราชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 148/92mmHg อุณหภูมิร่างกาย36.8c°	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัดเนื่องจากมีทางท่อระบายออกจากแผล กรณีศึกษา 2 ราย **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด **เกณฑ์การประเมิน** ไม่พบการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัด บวม แดง 2. ตรวจสอบสัญญาณชีพ 3. ตรวจสอบสายระบายเลือด อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง และ ติดแน่น 4. ตรวจสอบการทำงานของ Radivac drainประเมินการเลื่อนหลุด รั่ว ซึม และไม่มีการหัก พับ งอ อุดตัน หากขวด Drain ไม่เป็นระบบสุญญากาศเปลี่ยนขวดโดยยึดหลักปราศจากเชื้อก่อนเปลี่ยนขวดทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อ **การประเมินผล** ไม่มีการติดเชื้อและสายระบายไม่เลื่อนหลุด	
ระยะวางแผนจำหน่าย **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10** ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน กรณีศึกษา 2 ราย **วัตถุประสงค์การพยาบาล**	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เพราะผู้ป่วยจะต้องควบคุมอาหารโดยเฉพาะอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน หรืออาหารรสจืดสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่ควรหยุดยาเอง 3. ผู้ป่วยสามารถบริหารคอ เอียงซ้าย เอียงขวา ก้มและเงยหน้าได้ตามปกติ	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
มีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านอย่างถูกต้อง **เกณฑ์การประเมิน** ผู้ป่วย และญาติมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านอย่างถูกต้อง	4. ถ้ามีอาการไข้สูง แผลบวมแดง หรือเลือดออกจากแผล กลืนลำบาก มีการกระตุกบริเวณใบหน้า หรือมีอาการอ่อนเพลีย ให้มาพบแพทย์ทันที 5. อาการเสียงแหบ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าเป็น ภาวะสายเสียงอัมพาตชั่วคราว สามารถเกิดได้ในระยะหลังผ่าตัด แล้วสายเสียงจะกลับมาทำงานเหมือนเดิมในระยะ 6 เดือน แต่ทั้งนี้อาจมีการเกิดสายเสียงอัมพาตถาวร ซึ่งผู้ป่วยต้องมาติดตามการรักษาตามนัดให้ตรงนัดหมาย หากมีธุระสามารถโทรประสานมาเลื่อนนัดได้ 6. ภาวะแคลเซียมต่ำ อาจจะเกิดกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ ซึ่งเป็นภาวะแคลเซียมต่ำชั่วคราว ผู้ป่วยต้องได้รับยาแคลเซียม และวิตามินดี และสามารถหยุดยาได้เมื่อระดับแคลเซียมปกติ ซึ่งผู้ป่วยต้องมาติดตามการรักษาตามนัด 7. ควรพักผ่อน ในเวลากลางวันอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมง และ 6 - 8 ชั่วโมง ในเวลากลางคืน 8. แนะนำการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการรักษามะเร็งไทรอยด์ จะต้องพิจารณาจากผลตรวจชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจ โดยให้ข้อมูลเบื้องต้น เช่น การรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน หรือการรับรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยทราบเบื้องต้นในการมาติดตามการรักษาครั้งต่อไป **การประเมินผล** มีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านอย่างถูกต้อง

อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยใช้แบบประเมินสุขภาพกอร์ดอน ซึ่งพบว่ามีความคล้ายกัน[4] ไม่แตกต่างในเรื่องของปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค และมีความแตกต่างในบางประเด็น เช่น อาการ และอาการแสดง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แต่การเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยในทุกราย พยาบาลจะต้องมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งในกรณีศึกษานี้จะนำเสนอบทบาทของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ชนิดตัดออกทั้งหมด (Total Thyroidectomy) ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดหลังผ่าตัด[2] ได้แก่ แผลติดเชื้อ สายเสียงไม่ทำงาน ทำให้มีเสียงแหบ สำลัก หากตัดถูกต่อม parathyroid ก็จะมีแคลเซียมในเลือดต่ำ หรือมีเลือดออกใต้ผิวหนัง คอบวม ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการอุดกั้นระบบทางเดินหายใจส่งผลให้ผู้ป่วย หายใจหอบ เหนื่อย เสียงหายใจผิดปกติ (Stridor) ซึ่งการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด จะทำให้สามารถแก้ไขภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งอาจจะเกิดได้ ดังนั้นบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ มีความเข้าใจ ทักษะประสบการณ์ ประเมิน และคาดการณ์ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน มุ่งหวังให้เกิดความปลอดภัย[4]

ข้อเสนอแนะ

จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมตัวของผู้ป่วยมารับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ ทั้งก่อนมาผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และญาติ

เอกสารอ้างอิง

1. กนกวุฒิ อนันต์สุขบรรณ. อุบัติการณ์ของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารแพทย์ เขต 4-5 2558:3:192-201.

2. ธนิต วัชรพุกก์ และ คนอื่น 1 ตำราศัลยศาสตร์ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2559 : 246-264.

3. ชลศณีย์ คล้ายทอง. มะเร็งต่อมไทรอยด์. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล วิทยาลัยมหิดล; 2557.

4. สมจินต์ จินดาวิจักษณ์ และ คนอื่น 1 (บรรณาธิการ). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์. กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์; 2558.

5. โรงพยาบาลพญาไท , มะเร็งไทรอยด์ ;2565. https://www.phyathai.com/th/article/1385

6. Tongol MC, Mirasol R. Incidence and risk factors for post-thyroidectomy hypocalcemia. JAFES 2016; 1: 30-36.

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of changing the behavior of type 2 diabetic patients in Huai Phueng Hospital area Kalasin Province.

(Received: December 23,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

พัชรินทร์ ทัพวิเศษ[1]
Patcharin Tupwisate[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์และศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,387 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และDependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า ปี 2565 พบว่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 20.90 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ปกติ ร้อยละ 29.12 ปี 2566 Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 50.68 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ปกติ ร้อยละ 55.01 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ ปี 2566 หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ลดลงจากก่อนการดำเนินการและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 ก่อนดำเนินการและ ปี 2566 หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน มากกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: Fasting blood sugar (FBS) HemoglobinA1C (HbA1c) พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

This study was an action research with the objective of studying the health status and behavior of patients with type 2 diabetes in Huai Phueng Hospital area. Kalasin Province and study the behavior modification pattern of patients with type 2 diabetes in the Huai Phueng Hospital area. Kalasin Province The research period is between October and December 2023, a total of 3 months. Sample size were 1,387 type 2 diabetes patients in Huai Phueng Hospital area Kalasin Province, data collected from questionnaires. and medical records Data analyzed by Content analysis (Content Analysis) frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

The results of the study found that in 2022, Fasting blood sugar (FBS) was normal at 20.90 percent and HemoglobinA1C (HbA1c) was normal at 29.12 percent. In 2023, Fasting blood sugar (FBS) was normal at 50.68 percent and HemoglobinA1C (HbA1c) was normal at 55.01 percent. Behavior Behavior of patients with type 2 diabetes in Huai Phueng Hospital area Kalasin Province, year 2022, before overall and individual operations At a fair level in 2023 after operations. Overall and each aspect It is at a very appropriate level. Fasting blood sugar (FBS) and HemoglobinA1C (HbA1c) of type 2 diabetes patients in Huai Phueng Hospital area. Kalasin Province Before and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

after operation There is a difference. Statistically significant at the .05 level, after the operation the mean score of Fasting blood sugar (FBS) and HemoglobinA1C (HbA1c) decreased from before the operation and the behavior of patients with type 2 diabetes. 2 in the Huai Phueng Hospital area Kalasin Province, year 2022 before implementation and year 2023 after implementation Overall and each aspect There is a difference. Statistically significant at the .05 level, after the operation there was an average score of Behavioral behavior of patients with type 2 diabetes in Huai Phueng Hospital area Kalasin Province Overall and each aspect than before the operation

Keywords: Fasting blood sugar (FBS), HemoglobinA1C (HbA1c), health behavior, Type 2 diabetes patients

บทนำ

โรคเบาหวานหมายถึง โรคเรื้อรังที่เกี่ยวกับกระบวนการเมตาบอลิซึมซึงเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนในการผลิตหรือหลังอินซูลิน ซึ้งอินซูลินเป็นกลไกทำหน้าที่ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติและเมื่อมีความผิดปกติจะมีอาการแสดงที่ชัดเจนคือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 125 mg/dlและในระยะยาวจะมีผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคเกี่ยวกับระบบประสาท โรคตา โรคไต [4] สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานมาจากปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้มากที่สุด คือ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และขาดการออกกำลัง (พัชรินทร์ พลอยแดง, 2553; World Health Organization. 1998; สุพัตรา สรรพกิจบำรุง, 2551; ลักษณา ทรัพย์สมบูรณ์, 2551; เกษฎาภรณ์นา ขะมิน,2554)

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น และจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ที่น่าเป็นห่วงคือช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน โรคนี้ได้คุกคามเข้าไปในกลุ่มของเด็กๆมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานจากภาวะอ้วน อันเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกาย จนทำให้การหลั่งและการทำงานของอินซูลินมีปัญหา นอกจากนี้ในประเทศกำลังพัฒนาโรคเบาหวานยังเป็นโรคที่พบมากขึ้น เนื่องจากลักษณะของการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปตามแบบตะวันตก ทำให้ได้รับอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น (สุภกร บัวสาย, 2560) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) คือโรคที่เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลังอินซูลินของตับอ่อน ร่างกายจึงไม่สามารถใช้อินซูลินที่ผลิตมาได้อย่างมีประสิทธิภาพพบประมาณ ร้อยละ 90-95 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี อาการค่อยเป็นค่อยไปหรือไม่มีอาการ มีรูปร่างอ้วนหรือปกติและมักมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวที่บิดามารดาเป็นโรคเบาหวาน และลูกมีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน 6-10 เท่า ของคนที่บิดา มารดาไม่เป็นโรคเบาหวาน (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2554) จังหวัดกาฬสินธุ์พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.2561-2563 คิดเป็น 1,939.05, 2,181.34 และ 2,154.24 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 44.17, 44.46, และ44.33 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และสถานการณ์ และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลห้วยผึ้ง พบว่าสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 พบว่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 20.90 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ปกติ ร้อยละ 29.12 (โรงพยาบาลห้วยผึ้ง, 2565)

เนื่องจาก โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยอาจเกิดความเบื่อหน่ายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่การจะรักษาโรคเบาหวานให้ได้ผลดีนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดเป็นอย่างมาก นอกจากนี้การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานแพทย์เป็นผู้พิจารณาให้การรักษาร่วมกับการให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการรักษาโรคเบาหวานโดยสรุปการรักษามี 3 องค์ประกอบคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Lifestyle Modification) การออกกำลังกาย (Exercise) และการใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Medication Therapy) จึงจำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องความต้องการของผู้ป่วย และบริบทของพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์และศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มารับบริการระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566 จำนวน 1,387 คน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติ

ตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนในการดำเนินการของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 การวิเคราะห์สถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 การกำหนดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 ดำเนินการกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4 สรุป ถอดบทเรียนกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. การกำหนดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. ดำเนินการกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

4. สรุป ถอดบทเรียนกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ

ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. สถานะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 สถานะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 พบว่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 20.90 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ปกติ ร้อยละ 29.12 ปี 2566 Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 50.68 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ปกติ ร้อยละ 55.01

1.2 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 ก่อนการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ ปี 2566 หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ประกอบด้วย การกำหนดโครงสร้างการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์และการกำหนดแนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การเปรียบเทียบสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ลดลงจากก่อนการดำเนินการ

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 ก่อนดำเนินการ และ ปี 2566 หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน มากกว่าก่อนการดำเนินการ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
สถานะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2									
FBS	157.97	45.36	134.01	28.82	1386	36.67	.000*	22.68083	25.24418
HbA1C	8.56	2.38	8.30	2.01	1386	3.30	.001*	.10440	.40862
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2									
บริโภค	2.96	0.22	4.37	0.39	1386	-105.231	.000*	-1.43198	-1.37957
ออกกำลัง	2.96	0.24	4.36	0.39	1386	-101.334	.000*	-1.42907	-1.37479
ใช้ยา	2.96	0.36	4.37	0.43	1386	-78.818	.000*	-1.44469	-1.37452
รวม	2.96	0.20	4.37	0.38	1386	-111.132	.000*	-1.43059	-1.38096

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 พบว่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 20.90 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ปกติ ร้อยละ 29.12 และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 ก่อนการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ และคณะ (2563)[3] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา ก่อนดำเนินงานพบว่า ร้อยละ 2.24 ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำก่อนวันนัดเนื่องจากควบคุมโรคไม่ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อน บางรายมีปัญหายาหมดก่อนนัด จากการติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านธิ ร้อยละ 6.7 พบปัญหาการรับประทานยาซ้ำซ้อนไม่ถูกต้อง มีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น และจากการเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาเรื่องข้อจำกัดในการดูแลช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้น้อยต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จำนวน 190 คน พบผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังขาดคนดูแลเนื่องจากญาติต้องไปทำงานนอกบ้าน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.7 เกิดภาวะแทรกซ้อนมีแผลกดทับ ข้อติดแข็ง ปอดอักเสบ ติดเชื้อ ควบคุมโรคไม่ได้ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.9 ทำให้ใช้เวลานานในการรักษาตัวในแต่ละครั้ง ต้องเสียค่าใช้จ่ายของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงได้ดำเนินการจัดทำ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ประกอบด้วยการกำหนดโครงสร้างการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์และการกำหนดแนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามแนวทางการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน [1,4,8] ส่งผลให้สถานะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 50.68 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ปกติ ร้อยละ 55.01พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมากและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 ก่อนดำเนินการและ ปี 2566 หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน มากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของชมพูนุท วงษาเนาว์ วราลี วงศ์ศรีชา วรรณ์นิภา แสนสุภา (2566)[2] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ผลการศึกษา หลังการพัฒนาพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) การชั่งน้ำหนัก, วัดความดันโลหิต , เจาะน้ำตาลในเลือด 2) เข้ากลุ่มให้ความรู้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3) พบแพทย์ตรวจรักษา ปรับยา 4) พยาบาลให้คำแนะนำ/นัดครั้งต่อไป 5) รับคำแนะนำในการใช้ยาจากเภสัชกร 6) ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวตามเกณฑ์ที่กำหนด ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า หลังการพัฒนาระบบ ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (X=8.95, SD=1.12, X =7.99, SD=0.87; X SBP=22.75, SD SBP=11.86, X DBP =7.65, SD DBP =7.44) ข้อมูลด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบ

บริการในกลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการ พบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการ ดีกว่าก่อนพัฒนาระบบทั้งกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}$ =3.26, SD=0.45, $\bar{X}$ =4.46, SD=0.50; $\bar{X}$ =3.15, SD=0.36, $\bar{X}$=4.50, SD=0.51) ความพึงพอใจต่อระบบบริการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ พบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีความพึงพอใจ ต่อระบบบริการดีกว่าก่อนพัฒนาระบบทั้งกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}$ =1.8, SD=0.57, $\bar{X}$=4.42, SD=0.49; $\bar{X}$=1.88, SD =0.58, $\bar{X}$=4.42, SD=0.50)

ข้อเสนอแนะ

1. ในการดำเนินการรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรประกอบด้วยการกำหนดโครงสร้างการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์และการกำหนดแนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ควรมีการศึกษา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะยาว เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.ศิริพร ขัมภลิขิตและจุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

2.ชมพูนุท วงษาเนาว์ วราลี วงศ์ศรีชา วรรณ์นิภา แสนสุภา.(2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 127-37

3.จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ พิสมัย ไชยประสบ ดรุณี มั่นใจวงค์. (2563) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 29 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 803-12

4.ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. .(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็นมีเดีย จำกัด.

5.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สู้ โควิด-19 ไปด้วยกัน คู่มือดูแลตนเองสำหรับประชาชน. (2563) .[อินเทอร์เน็ต] . สืบ ค้น จ า ก :https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/img/infographic/info_m_2 8 0 4 6 3 .pdf

6.พรขวัญ ตัณฑ์จิตานนท์.(2566) ผลของระบบจัดส่งยาที่บ้านโดยไม่พบแพทย์และระบบรับยาโดยพบแพทย์ ที่สถานพยาบาลต่อค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ. พุทธชินราชเวชสาร ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 116-25

7.ปฐมพร ศิรประภาศิริ, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากูล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, จุรีพร คงประเสริฐ.(2563). คู่มือการจัดการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). นนทบุรี: กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

8.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559) หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกษา ในพระบรมราชูปถัมภ์.

9.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวานและหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606

10.Best, J.W. (1981). Research in Education.New Jersey : Prentice - Hall.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโคนลิ้นระยะลุกลามที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น: กรณีศึกษา

Nursing care of advanced base of tongue cancer patient with airway obstruction: A case study

(Received: December 23,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

สิริวิมล ลมเมฆ[1]
Sirivimon Lommek[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโคนลิ้นระยะลุกลามที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น โดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทย อายุ 38 ปี ประวัติดื่มสุรา สูบบุหรี่เป็นประจำ เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก วันที่ 12 กรกฎาคม 2564 โดยรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ ปวดในลำคอ กลืนลำบาก มีก้อนที่คอทั้ง 2 ข้าง 2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ระยะก่อนตรวจ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดก้อนที่คอ แน่นในคอ หายใจไม่สะดวก เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ประเมินสภาพและความรุนแรงของผู้ป่วย ให้เข้าตรวจลำดับคิวแรก ขณะตรวจ ดูแลช่วยแพทย์ส่องกล้องตรวจกล่องเสียงและหลอดลม สังเกตอัตราการหายใจของผู้ป่วยขณะตรวจ แพทย์วินิจฉัย มะเร็งบริเวณโคนลิ้น มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเจาะคอ (prophylactic tracheostomy) ระยะหลังตรวจผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และปฏิเสธการผ่าตัด พยาบาลได้สร้างสัมพันธภาพ อธิบายให้ข้อมูลและแผนการรักษากับผู้ป่วยและญาติ จนเกิดความเข้าใจ และยินยอมผ่าตัด จากนั้นส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณคอเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และให้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก ผู้ป่วยได้รับการนำส่งถึงหอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: การพยาบาล, มะเร็งโคนลิ้น, มะเร็งระยะลุกลาม, ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for patients with advanced base of tongue cancer who have obstructed airways. The study was conducted on Thai male patients, age 38 years, with a history of drinking alcohol. smoke regularly Admitted to the outpatient department on July 12, 2021 by referral from a community hospital with symptoms of pain, difficulty swallowing, and lumps on both sides of the neck 1 month before coming to the hospital.

The results of the study found that During the pre-examination period, the patient was not well due to pain from a lump in the neck and had a risk of respiratory obstruction. The nurse assessed the patient's condition and severity and allowed the patient to be first in line for examination. During the examination, the nurse assisted the doctor in performing an endoscopy to examine the larynx and trachea, and observed the patient's breathing rate during the examination. The doctor diagnosed that patient has a cancer at the base of the tongue. There is a treatment plan for prophylactic tracheostomy. After the examination, the patient was worried and refused surgery. The nurse built relationships and explained information and treatment plans to patients and relatives until understanding and consent to surgery. The patient was then sent for a computerized x-ray of the neck to prepare for surgery and admitted to the EENT ward. The patient was safely transported to the ward.

Keywords: nursing, base of tongue cancer, advanced cancer, airway obstruction

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

มะเร็งโคนลิ้น เป็นมะเร็งในระบบศีรษะและลำคอ ที่พบเห็นได้บ่อยโดยมักแสดงอาการเล็กน้อยในตอนแรก จะรู้ตัวเมื่อก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่และเข้าระยะลุกลาม แพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอแล้ว จากตัวเลขของสถิติพบว่าโอกาสการเป็นมะเร็งโคนลิ้นนั้นอยู่ที่ 0.8 - 1.5% ของเนื้องอกร้ายทั้งหมดในร่างกาย คิดเป็น 5%-7.8% ของมะเร็งร้ายบริเวณลำคอ 90-95% เป็นมะเร็งในกลุ่ม Squamous cell และ 32.3% - 50.6% ของมะเร็งในช่องปาก ในจำนวนนี้จะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เฉลี่ยแล้วจะเกิดกับผู้ที่อยู่ในช่วงอายุประมาณ 60 ปี [2] สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยมะเร็งโคนลิ้นพบมากเป็นอันดับ 6 [4] และหน่วยมะเร็งวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่าโรคมะเร็งโคนลิ้นมีอุบัติการณ์สูงเช่นกันและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุสำคัญของมะเร็งโคนลิ้นมาจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า การเคี้ยวหมาก การติดเชื้อไวรัส Human papilloma virus (HPV) หรือการมีแผลเรื้อรังในช่องปาก อาการส่วนใหญ่ของมะเร็งโคนลิ้นคือ กลืนลำบาก เจ็บชาในปาก ขยับลิ้นลำบากลิ้นมรเลือดออกง่าย โดยไม่ทราบสาเหตุ เกิดก้อนแผลที่ลิ้น มีก้อนที่ลำคอในบางคนอาจมีอาการเจ็บในหูขณะกลืนอาหารได้เพราะมีเส้นประสาทร่วมกัน ผู้ป่วยส่วนมากมาพบแพทย์ด้วยอาการในระยะลุกลาม จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ประกอบด้วยการผ่าตัด รังสีรักษาและเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการรักษาที่มีความซับซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาดังกล่าว ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง หรือ มีการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว บางรายไม่สามารถทนความทุกข์ทรมานจากการรักษาได้จึงนำไปสู่การปฏิเสธการรักษา

จากสถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งโคนลิ้นจำนวน 33 คน, 35 คน และ 41 คน ตามลำดับ [1] ซึ่งจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า ร้อยละ 50 มาด้วยมีก้อนที่คอ บางรายลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียง ส่งผลให้การดูแลมีความยุ่งยาก และซับซ้อน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโคนลิ้นระยะลุกลามที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น โดยทำการศึกษาและดูแลผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่การศึกษาพยาธิสภาพ กระบวนการและทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการเพิ่มกลยุทธ์ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ จากการดูแลกรณีศึกษา จะทำให้เกิดการเรียนรู้ กระบวนการดูแลที่ดี มีมาตรฐาน เกิดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพดียิ่งขึ้น

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 38 ปี เชื้อชาติไทย จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพ รับจ้าง

อาการสำคัญ

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ มีก้อนที่คอ 2 ข้าง ชาในปาก มีเลือดออกในปาก กลืนลำบาก ปวดในลำคอ 2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล คลำได้ก้อนที่คอ 2 ข้าง ไปตรวจที่โรงพยาบาลลำสนธิ refer มารักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ทุกคนสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

การตรวจร่างกาย

ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำ ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

ตา: ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ

หู: ใบหูปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

คอ: มีก้อนเส้นผ่านศูนย์กลาง 6 เซนติเมตร ทั้ง 2 ข้าง

จมูก: มีลักษณะภายนอกปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

ปาก: ริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่มีบาดแผล กลืนลำบาก ชาในปาก

หน้าอก: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี

แขน ขา: รูปร่างปกติ สมมาตรกันดี

การตรวจร่างกายตามระบบ

ระบบประสาท: GCS 15 คะแนน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ

ระบบการหายใจ: อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปอดไม่มีเสียงผิดปกติ

ระบบหัวใจ: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 60 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ

ระบบทางเดินอาหาร: หน้าท้องแบนราบ ไม่อืดตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ ทวารหนักรูปร่างปกติ

ระบบผิวหนัง: ผิวสีขาวเหลือง ผิวแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ไม่ชีด

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์: ปกติ

ผลการตรวจพิเศษ

ตรวจ FOL พบ BOT mass with slough on surface involve valleculae and lingual surface of epiglottis. TVC mobile both, patent airway, cannot fully evaluate both pyriform due to saliva

ส่งตรวจ CT neck พบ irregular enhancing soft tissue at BOT 4.3x2.8x2.8 cm, involve epiglottis, bilat CLN level II/III Rt 4.9x3.3x5.8 cm. Lt 4.1x3.7x5.7 cm

ผลการตรวจชิ้นเนื้อ พบ Squamous cell carcinoma, moderately differentiated

การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนตรวจ **1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดก้อนที่คอ** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. คลำมีก้อนที่คอเส้นผ่านศูนย์กลาง 6 เซนติเมตร ทั้ง 2 ข้าง 2. ปวดบริเวณก้อนที่คอ 2 ข้าง pain score 4 คะแนน	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินลักษณะอาการปวดระดับความรุนแรง 2. ดูแลให้นอนบนเปลนอน ท่าศีรษะสูง รองหมอนนุ่มบริเวณใต้คอ 3. อธิบายและแจ้งให้ทราบว่า หากมีอาการปวดมากขึ้น ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ เพื่อพิจารณาจัดลำดับคิวตรวจ และขอคำสั่งแพทย์ 4. ในระหว่างรอตรวจ ให้นอนพักผ่อน **การประเมินผล** ทุเลาปวด pain score 3 คะแนน หลับได้เป็นพักๆ
2. เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ **ข้อมูลสนับสนุน** มีก้อนที่คอเส้นผ่านศูนย์กลาง 6 เซนติเมตร ทั้ง 2 ข้าง บ่นแน่นคอ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก เหนื่อยขึ้น หายใจไม่เป็นจังหวะ รวมทั้งประเมินสัญญาณชีพเพื่อประเมินสภาวะของโรค และภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ 2. จัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวและปอดขยายตัวได้มากขึ้น สอนการหายใจเข้า–ออกลึกๆ อย่างถูกวิธี

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
และหายใจไม่อิ่ม วัด O_2sat =97% อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที	3. ประสานศูนย์นำส่งนำถังออกซิเจน เพื่อเตรียมให้ O2 cannula 3 LPM เมื่อมีอาการเหนื่อยมากขึ้น 4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ไม่สม่ำเสมอ 5. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในโซนรอตรวจที่สามารถสังเกตอาการได้ชัดเจน และจัดลำดับคิวตรวจคนแรก **การประเมินผล** ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบ O_2sat =96-97%
ระยะตรวจ **3. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการส่องกล่องตรวจเสียงและหลอดลม (FOL)** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มีแผนการรักษาตรวจ FOL 2. ผู้ป่วยบอกว่า กลัวมาก ไม่ส่องได้ไหม	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. อธิบายแผนการรักษาของแพทย์ สร้างเจตคติที่ถูกต้อง อธิบายวัตถุประสงค์ข้อบ่งชี้ในการตรวจประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการส่องกล้อง การปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนส่องกล้อง ขณะส่องกล้อง และหลังส่องกล้อง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบและแนวทางแก้ไข การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน 2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นว่า พยาบาลพร้อมให้ความช่วยเหลือ โดยเรียกชื่อผู้ป่วยอย่างให้เกียรติและมีศักดิ์ศรีให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส รับฟังและเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย สังเกตและเอาใจใส่เพื่อประเมินอาการและความพร้อมของผู้ป่วย แสดงความเอื้ออาทรและมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามในสิ่งที่วิตกกังวล ให้ข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 3. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆที่แสดงออก พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกรวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น 4. อธิบายขั้นตอนและการปฏิบัติตัวในการส่องกล้องตรวจกล่องเสียงและหลอดลมอย่างง่ายๆ และชัดเจน 5. อธิบายผู้ป่วยว่าการตรวจนี้ไม่ได้ให้ยาสลบ แต่จะให้ยาชาเฉพาะที่พ่นทางจมูก **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาชาและการบาดเจ็บขณะส่องกล้อง **ข้อมูลสนับสนุน** FOL เป็นการส่องกล้องตรวจผ่านโพรงจมูกและช่องคอเพื่อดูการทำงานของสายเสียง กล่องเสียง และหลอดลม รวมถึงการส่องหาความผิดปกติต่างๆ เช่น เนื้องอก หรือการอักเสบ ในการทำหัตถการดังกล่าวต้องใช้ยาชา และมีโอกาสแพ้ยาได้	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ตรวจสอบแผนการรักษา ให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง 2. ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยโดยการสอบถามชื่อ-สกุลและดูจาก OPD card HN 3. ซักประวัติโรคประจำตัว การใช้ยาและประวัติการแพ้ยา เพื่อป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 4. ช่วยแพทย์ตรวจ FOL โดย - ล้างมือให้สะอาด ใช้ยาชา 3%Ephedrine และ 4%Xylocaine พ่นจมูกตามแผนการรักษาและใช้กระดาษทิชชูสำหรับให้ผู้ป่วยเช็ดปากหรือน้ำตา - จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือให้พร้อม เพื่อความถูกต้องสะดวกและมีความพร้อม - เตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจ โดยให้นั่งตัวตรงที่เก้าอี้สำหรับตรวจ ไม่พิงพนัก - เตรียม 10%Xylocaine spray ให้แพทย์สำหรับพ่นในลำคอ เพื่อลดอาการปวดขณะตรวจ ลด reflexgag - เตรียม K-Y jelly ใส่ผ้าก๊อสสะอาดให้แพทย์ เพื่อหล่อลื่นสายตรวจ FOL 5. ดูแลและสังเกตอาการผู้ป่วยขณะที่แพทย์ตรวจส่องกล้อง ได้แก่ การหายใจ O_2 sat ประเมินภาวะขาดออกซิเจน หัวใจเต้นช้าผิดปกติ ได้แก่ เวียนศีรษะ เหงื่อออก ตัวเย็น คล้ายเป็นลม 6. สังเกตสิ่งคัดหลั่งภายหลังนำกล้องออก **การประเมินผล** อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที O2 sat = 98 -99 % ไม่มีอาการแพ้ยาชา
ระยะหลังตรวจ	**กิจกรรมการพยาบาล**

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5. เสี่ยงต่อการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหลังการตรวจส่องกล้องเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. รับการส่องกล้อง (FOL) แบบผู้ป่วยนอก 2. ผู้ป่วยถามซ้ำในสิ่งที่เคยอธิบายไปแล้ว ถามว่าหลังส่องกล้องต้องนอนโรงพยาบาลด้วยไหม	1. ทบทวนการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้อง ได้แก่ - ให้งดอาหารและน้ำต่ออีกประมาณ 1-2 ชั่วโมง ให้ยาชาหมดฤทธิ์ เพื่อป้องกันการสำลัก - เมื่อครบ 2 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย หรือลองจิบน้ำดูว่าการกลืนทำงานปกติหรือไม่ ถ้ากลืนได้ปกติดี จึงสามารถดื่มน้ำ และรับประทานอาหารได้ตามปกติ - เมื่อกลับไปบ้าน ให้สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ มีเลือดออกจมูก ปาก เจ็บคอมาแน่นคอ ให้กลับมาตรวจทันที 2. ประเมินและทวนสอบการปฏิบัติตัว **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ปฏิบัติตัวหลังการตรวจส่องกล้องได้ถูกต้อง
6. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และปฏิเสธการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. หลังตรวจ FOL มีแผนการรักษานัดมาผ่าตัด DL with Biopsy with prophylaxis tracheostomy 2. ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจ 2. อธิบายเหตุผล ความจำเป็นของการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ และนำชิ้นเนื้อบริเวณที่คอไปส่งตรวจ เพื่อให้การรักษาต่อไป 3. ประเมินความกลัว และหาสาเหตุของการปฏิเสธการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยไม่อยากเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ และซักถามข้อสงสัย 4. ประสานกับมารดา และน้องสาวที่ติดตามผู้ป่วยมาตรวจ ให้ทราบแผนการรักษา การดูแลร่วมกันภายหลังการผ่าตัด 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติปรึกษาร่วมกัน ภายหลังให้ข้อมูลครบถ้วน 6. ประสานและส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยม **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และยินยอมผ่าตัดในวันที่ 16 กรกฎาคม 2565 ก่อนนัดผ่าตัดได้ประสานนัดตรวจ CT neck ก่อนผ่าตัด

อภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้ เป็นมะเร็งโคนลิ้นจากสาเหตุการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน[5] เริ่มมีก้อนที่คอขนาดเล็กไม่มารับการตรวจ จนมีอาการรุนแรง แน่นคอและกลืนอาหารลำบาก ในช่วงแรกรับผู้ป่วยมีความกลัว และวิตกกังวลมาก ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พยาบาลดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่การบรรเทาความเจ็บปวด การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยปัจจุบัน ช่วยเหลือในการตรวจพิเศษ ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ผู้ดูแลได้รับการเสริมพลังอำนาจตามการใช้ทฤษฎีของวัตสัน และการส่งเสริมการดูแลตนเองของโอเร็ม[3,6] ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ ร่วมกับการสนับสนุนด้านความรู้ต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลรับปากจะดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องได้รับการผ่าตัด ผลจากความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เครือข่ายชุมชน ทำให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้เกิดความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมารับการผ่าตัดตามนัดหมาย

ข้อเสนอแนะ

1. การพยาบาลต้องคำนึงถึงการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือการดูแลครอบคลุม กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ บูรณาการทั้งด้านการรักษา ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

2. การพยาบาลจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ควรคำนึงถึงความสำคัญของญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย โดยต้องให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด

3. บุคลากร สหสาขาวิชาชีพ ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนการดูแล การดูแล การเสริมพลังอำนาจ และการดูแลต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2565). สถิติโรคโสต ศอ นาสิก จักษุ ปี 2562-2564.
2. ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). รายงานประจำปี https://www.nci.go.th /th/File_download/filePlan/annual_report_2016.pdf.
3. วิจิตรา กุสมภ์. (2562). ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล : กรณีศึกษา. บริษัท พี.เค.เค พริ้นท์ติ้ง จำกัด.
4. สถิติของศูนย์องค์รวม เพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง: HOCC-PSU. (2562). รายงานประจำปี 2562. https://hocc.medicine.psu.ac.th/annual-report/
5. Awadallah M, Idle M, Patel K, Kademani D. (2018). Management update of potentially premalignant oral epithelial lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 125(6), 628- 636
6. Orem,. D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th Ed). Saint Louis: Mosby.
7. Mccormick NJ, Peter JT, Carrozzo M. (2016). The clinical presentation of oral potentially malignant disorders. Prim Dent J, 5, 52-57.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of lung cancer patients receiving chemotherapy: Case study

(Received: December 23,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

จีรนันท์ ชานนท์[1]
Jeeranan Chanon [1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมี2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงรายกรณีที่ได้รับยาเคมีบำบัด งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึงพฤศจิกายน 2566 โดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์ตามกระบวนการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาลโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน (Gibson) นำสู่ปฏิบัติการพยาบาล ประเมิน สรุปและประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษา : กรณีศึกษารายที่1 สูตร Paclitaxel คู่กับ Carboplatin ให้ครั้งแรกได้รับการเตรียมความพร้อมในการรับยา ขณะรับยาผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ หลังรับยามีผื่นแดงตามตัว 3 วันหลังจากนั้นผื่นยุบลง ชาตามมือเท้าเล็กน้อย grade 1 ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน เริ่มรับยารอบที่สอง หลังรับยาหลังรับยาประมาณ 10 นาที ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก มีภาวะ Hypersensitivity grade 2 แพทย์พิจารณาให้หยุดยา จึงเปลี่ยนสูตรยาเป็น Gemcitabine คู่กับ Carboplatin ไม่อาการ Hypersensitivity ไอลดลง รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน กรณีศึกษารายที่ 2 สูตรplan Paclitaxel คู่กับ Carboplatin 6 รอบไม่มีภาวะ Hypersensitivity หลังรับยา Increase Toxicity peripheral Neuropathy grade 3 หกล้ม ปวดขาและสะโพกก่อนมาพบแพทย์ ขอหยุดยา Paclitaxel คู่กับ Carboplatin 6 ส่งปรึกษาศัลยกรรมกระดูกและข้อ ผู้ป่วยขอไปรักษาที่รพ.กาฬสินธุ์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อายุใกล้เคียงกัน ได้รับสูตรยาเหมือนกันหลังให้มีภาวะ Hypersensitivity แต่อาการข้างเคียงต่างกัน ได้การดูแลอย่างปลอดภัย ทำรับข้อมูลที่ครบถ้วนครอบคลุมและเป็นองค์รวม

คำสำคัญ: การพยาบาล, มะเร็งปอด, ยาเคมีบำบัด, ภาวะภูมิไวเกิน

Abstract

This study was a case study. The objective is to provide nursing practice guidelines for lung cancer patients receiving chemotherapy. Comparative study of 2 lung cancer patients, selecting specific cases on a case-by-case basis. who received chemotherapy Outpatient work on radiotherapy and chemotherapy Khon Kaen Hospital Study from February 2023 to November 2023 using the concept of health assessment according to Gordon's 11 models. Gather information from patient medical records. It was analyzed according to the nursing process. Define nursing diagnosis Plan nursing care using the concepts of Gibson's empowerment theory, leading to nursing practice, evaluating, summarizing, and evaluating results.

Results: Case study number 1: Paclitaxel combined with Carboplatin was given for the first time in preparation for receiving the drug. While receiving the medicine, the patient had no abnormal symptoms. After taking the medicine, there was a red rash all over the body. After 3 days, the rash subsided. Mild numbness of hands and feet, grade 1, no nausea or vomiting. Starting to receive the second round of medicine. Approximately 10 minutes after receiving the drug, the patient experienced chest tightness and hypersensitivity grade 2. The doctor considered stopping the drug. Therefore, the drug formula was changed to Gemcitabine combined with Carboplatin. Hypersensitivity symptoms did not decrease, coughing decreased, food was able to be eaten. No nausea and vomiting Case study 2: Plan Paclitaxel combined with Carboplatin for 6 cycles, no hypersensitivity after receiving the drug Increase Toxicity Peripheral Neuropathy

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น

grade 3, falls, leg and hip pain before seeing the doctor, requesting to stop the CMT medicine, sending for an orthopedic surgery consultation. The patient requests treatment at Kalasin Hospital. The two case studies are similar in age. Received the same medication formula after giving birth to the condition Hypersensitivity but the side effects are different. Receive safe care Receive complete, comprehensive and holistic information

Keywords: nursing, lung cancer, chemotherapy, hypersensitivity

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งมีอุบัติการณ์ของโรคเป็นอันดับ 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และพบว่ามีจำนวนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โรคมะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ใน 5 ของโรคมะเร็งที่พบบ่อย ผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 17,222 รายต่อปี และมีอัตราการตายค่อนข้างสูง เสียชีวิตประมาณ 14,586 รายต่อปี หรือคิดเป็น 40 รายต่อวัน[1] ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนใหญ่เกิดจากการสูบบุหรี่ พันธุกรรม และการสัมผัสสารก่อมะเร็งจากมลภาวะและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะฝุ่น PM 2.5 เป็นต้น เนื่องจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปอดให้พบในระยะแรกเป็นไปได้ยาก และมักจะพบเมื่อแสดงอาการในระยะท้าย ส่งผลให้มีอัตราการตายสูง แนวทางการรักษามะเร็งปอดมีทั้งการผ่าตัด การใช้รังสีรักษา และการใช้ยาเคมีบำบัด โดยการรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด[2]

อาการไม่พึงประสงค์ขณะรับยาเคมีบำบัด ดังต่อไปนี้ 1) การกดการทำงานของไขกระดูกซึ่งทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือด ทำให้มีเม็ดเลือดขาวลดลง มักเกิดภายหลังจากที่ได้รับเคมีบำบัดประมาณ 7 - 14 วัน ทำให้ร่างกายมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีอาการไข้ หนาวสั่น อ่อนเพลีย 2) อาการคลื่นไส้อาเจียนอาจเกิดขึ้นในช่วง 3 - 5 วันแรกหลังจากได้รับเคมีบำบัด และเบื่ออาหาร ซึ่งเกิดขึ้นมากน้อยแตกต่างกันแล้วแต่ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ 3) อาการทางผิวหนัง ได้แก่ ผมร่วง มีผื่นตามตัว 4) การเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity Reactions) ในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Taxane ได้แก่ Paclitexel, Docetaxel และกลุ่ม Platinum ได้แก่ Oxalipatin, Carboplatin, Cisplatin เป็นต้น โดยอาการที่พบมีตั้งแต่ระดับไม่รุนแรง เช่น หน้าแดง มีผื่นแดง คันตามตัว จนถึงกล่าที่มีอาการรุนแรงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ การหดรัดตัวของหลอดลม และเสียชีวิตจากภาวะอาการแพ้รุนแรง (Severe Anaphylaxis) และ 5) ผลข้างเคียงอื่น ๆ ที่พบได้จากยาเคมีบำบัดบางชนิด ได้แก่ เจ็บภายในช่องปาก มีแผลในปาก ท้องเสีย อาจมีผลต่อเซลล์สืบพันธุ์ ทำให้ผู้ป่วยในวัยเด็กหรือวัยเจริญพันธุ์ อาจมีโอกาสมีบุตรยากในอนาคต เคมีบำบัดบางชนิดมีผลต่อเส้นประสาทส่วนปลายทำให้มีอาการชาปลายมือและเท้า[3] [4] [5]

โรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยมะเร็งปอดมารับบริการจากสถิติผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2564, 2565 และ2566 จำนวน 286, 346 และ 362 ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง พบว่ามีผู้ป่วยที่มารับยาสูตร ที่เกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) ในปี 2564, 2565 และ 2566 มีจำนวน 6,497, 6,633 และ 6,752 ครั้งตามลำดับ เกิดอาการภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) 32, 43 และ 75 ครั้ง โดยคิดเป็นร้อยละ 0.49, 0.64 และ 1.11 ตามลำดับ[6] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น พยาบาลที่รับผิดชอบในการบริหารยาเคมีบำบัดที่ดูแลต้องมีความรู้ มีสมรรถนะที่เหมาะสม ทักษะเฉพาะทาง มีความเชี่ยวชาญ ในการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อป้องกัน และจัดการการต่ออาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดตั้งแต่เริ่มจากการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเตรียมผลการตรวจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและตามกำหนด ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติในเรื่องการดำเนินของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรับยาเคมีบำบัดเพื่อไม่ให้ละทิ้งการรักษาในขณะทำ

การรักษาพยาบาลต้องเฝ้าติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและให้การพยาบาลสนับสนุนดูแลเพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เหล่านั้น ไม่ให้เกิดความรุนแรงจนถึงอันตรายต่อชีวิต และการเตรียมพร้อมการจำหน่ายเพื่อให้ครอบครัวมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองหลังการรักษารวมถึงวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเมื่อถึงวาระสุดท้าย พร้อมทั้งประสานให้การดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน เน้นการดูแลแบบองค์รวมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว[7]

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รับยาเคมีบำบัด

วิธีการศึกษา : ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยมะเร็งปอด 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงรายกรณีที่ได้รับยาเคมีบำบัด งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึงพฤศจิกายน 2566 โดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์ตามกระบวนการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาลโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน (Gibson) นำสู่ปฏิบัติการพยาบาล ประเมิน สรุปและประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษา

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับรังสีรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ มาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล ดังนี้

การประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 การประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อายุ	52 ปี	62 ปี
อาชีพ	ค้าขาย	เกษตรกรรม
การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 3	ประถมศึกษาปีที่ 6
รายได้ครอบครัว	10,000 บาท /เดือน	15,000 บาท /เดือน
การวินิจฉัย	CA lung with LN Metastasis Right pleural effusion	Lung Cancer
อาการสำคัญ	ไอมีเสมหะไม่มีเลือดปน มีก้อนใต้รักแร้ด้านซ้าย น้ำหนักลด 10 กิโลกรัม ก่อนมา 3 เดือน	อาการไอเรื้อรัง มีเสมหะปนเลือด แน่นหน้าอก refer จาก รพ.กาฬสินธุ์ ก่อนมา 1 เดือน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	3 เดือนก่อนมา เหนื่อย แน่นหน้าอก ไอมีเสมหะไม่มีเลือดปน มีก้อนใต้รักแร้ด้านซ้าย น้ำหนักลด 10 กก. ไปรักษาที่ รพ.มหาสารคาม ทำ LN Bx 12 ก.ย.2566 Metastasis carcinoma (non – small cell) ผล Immunohistochem - positive for CK 7, negative for CK20, NapsinA and p40 ส่ง Immunohistochem 11 ต.ค. 2566 Hepar - 1, GCDPF -15, ER, Her-2, are: negative	1 เดือนก่อนมา มีอาการไอเรื้อรัง ไม่มีเสมหะ ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำหนักลด ไปตรวจที่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตรวจเสมหะ sputum AFB 3 day: negative CT Chest รพ.กาฬสินธุ์: heterogenous enhancing mass at paicalposterior LUL R/O Lung Cancer ส่งตัวรักษาที่ โรงพยาบาลขอนแก่น Bronchoscope 17 ธ.ค. 2565 พบ Endobroncheal mass LUL bronchus Pathology: Invasive adenocarcinoma, acinar pattern

ตารางที่ 1 การประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ผล pleural cyto 22 ก.ย. 2566 : negative for malignancy ผล CT 8 ก.ย. 2566: Infiltrative pulmonary malignancy RLL.with pleural effusion and bilateral pulmonary metastasis, numerous lymphadenopathy of mediastinum จึงส่งมาโรงพยาบาลขอนแก่น สัญญาณชีพปกติ ส่วนสูง 150 เซ็นติเมตร น้ำหนัก 62 กิโลกรัม มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย นอนราบไม่ได้ ไอนาน ๆ ครั้ง	**consult Oncologist medicine** 27 ธ.ค. 65 สัญญาณชีพปกติ ส่วนสูง 168 เซ็นติเมตร น้ำหนัก 91 กิโลกรัม มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไอนาน ๆ ครั้ง Plan Consult CVT for Lt thoracotomy with LUL lobectomy ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด ส่งทำ CT Chest include upper abdomen รพ. กาฬสินธุ์ 27 ต.ค. 66: LUL 2.5x2.5x3.4 cm. and 1.5x1.2 cm. ≥No change, RML, RLL 0.2 ,1x1.2 cm. ≥ metastasis nodule, Right paratracheal LN 0.8 cm. - No liver metastasis, adrenal met ดู CT เทียบ RLL new lesion จริง ≥ M1, ECOG 1, SPC neg Lung: clear สัญญาณชีพปกติ ส่วนสูง 150 เซนติเมตร น้ำหนัก 43 กิโลกรัม มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ไอนาน ๆ ครั้ง
ประวัติครอบครัว	- ไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยเบาหวาน - บิดามีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้	- มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง และโรคเก๊าท์
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	บิดามีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ สามีสูบบุหรี่วันละ 20 มวน มา 20 ปี	ไม่พบปัจจัยเสี่ยง
ผลการตรวจปฏิบัติการ	**CT chest** 8 ก.ย. 66: Infiltrative pulmonary malignancy RLL.with pleural effusion and bilateral pulmonary metastasis, numerous lymphadenopathy of mediastinum	**CT chest :** 2 ธ.ค. 65 Heterogenous enhancing mass at apicoposterior segment LUL. Tumor abuts left main bronchi and obliterated LUL BronchiNodule at apicoposterior LUL segment **CT Chest and Upper abdomen** 27 ม.ค. 66 Compare with CT 2 ธ.ค. 65 :No change in size Heterogenous enhancing mass at apicoposterior segment LUL Abdomen: Noevidence of metastasis or intra abdominal lymhadinopathy
ผลการตรวจปฏิบัติการ	**ตรวจชิ้นเนื้อ:** LN Bx 12 ก.ย. 66 Metastasis carcinoma (non – small cell) ผล Immunohistochem - positive for CK 7, negative for CK20, NapsinA and p40	**ตรวจชิ้นเนื้อ** Broncho scope+Bx 17 ธ.ค. 65: -Invasive adenocarcinoma, acinar pattern eGFR mutation : no mutation

ตารางที่ 1 การประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	Immunohistochem 11 ต.ค. 66 Hepar-1, GCDPF - 15, ER, Her – 2 , are: negative Pleural cyto 22 ก.ย. 2566 :negative for malignancy	
การรักษา	Assessment :ECOG 1, Lung : clear BP=134/76, Pulse=110, RR =20 T= 36.6, นน= 62 กก. สูง: 150 ซม. BSA= 1.61 CBC: WBC=13,000 PMN=80.5%, ANC>1,500, Het=33% Hb=9.9%, Plt.=758,000,Cr=0.58 eGFR=106.0 Palliative CMT Paclitaxel / Carboplatin เริ่ม Cycle 1 11 ต.ค. 66 โดยให้ Premedication ก่อนให้ยาเคมีบำบัด 30 นาที Dexa 16 mg IV Onsia 16 mg IV Benadryl 20 ml Oral ขณะรับเคมีบำบัดผู้ป่วยไม่เกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (hypersensitivity) ไม่อาเจียน มีผื่นคันขึ้นตามร่างกายและแขน 3 วัน หายเอง ไม่อาเจียน มีอาการชา Peripheral Neuropathy grade 1 Cycleที่ 2: วันที่ 2 พ.ย. 66 BP: 131/77, P: 110, RR :20 T: 36.9, BW: 62, สูง: 150 BSA: 1.61 CBC: WBC=16,600 PMN=84.1%, ANC>1,500, Het=28.9% Hb=9.0%, Plt.= 490,000,Cr=0.58 eGFR=106.0 Cr=0.49 mg/dl, eGFR=112.07 หลังให้ Palitaxel ประมาณ 10 นาทีประมาณ 7.8 mi ผู้ป่วยมี Hypersensitivity grade 2 มีอาการแน่นหน้าอก BP=180/113, P= 144, RR=22, T=36.6 O2sat = 88% รายงานแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาให้หยุดยาเคมีทั้งหมด โดยให้เปลี่ยน เริ่มรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด สูตร Gemcitabin กับ Carbopatin เริ่ม Cycle ที่ 1: 22 พ.ย.66 หลังรับยาผู้ป่วยไม่อาการไม่มี Hypersensitivity ไอลดลง ยังชาตามมือและเท้า มาติดตามการรักษา และรับยาต่อเนื่อง	**Assessment** :ECOG 1,Lung: clear BP=168/97,P=80 ครั้ง/นาที, RR = 20, T= 36.2 C° น้ำหนัก: 88.5 กก. สูง: 168 ซม., BSA= 2.03 ตรม. CBC: WBC=8,000, PMN=84.5%, ANC>1,500, Het=35.9% Hb= 12.1, Plt.=263,000, Cr=0.75 eGFR=97.63 Palliative CMT: Paclitaxel / Carboplatin เริ่ม Cycle 1 วันที่ 22 ก.พ. 66 โดยให้ Premedication ก่อนให้ยาเคมีบำบัด 30 นาที Dexa 16 mg IV .,Onsia 16 mg IV Benadryl 20 ml Oral ขณะรับเคมีบำบัดผู้ป่วยไม่เกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (hypersensitivity) ไม่อาเจียน หลังรับเคมีบำบัด cycle 1 มีผื่นคันขึ้นตามร่างกายและแขน 4-5 วัน หายเอง มีอาการชาปลายนิ้วมือ Peripheral Neuropathy gr 1 ปวดเมื่อยตามตัว Cycle 2: 15 มี.ค. 66 ปรับPremedication ก่อนให้ยาเคมี Dexamethazone 20 mg IV Onsia 16 mg IV CPM 10 mg IV Benadryl 20 ml Oral ขณะรับเคมีบำบัด ผู้ป่วยไม่มี Hypersensitivity หลังรับยายังมีผื่น 4 – 5 วันมีชาตามมือและเท้ามากขึ้น แพทย์ประเมินการรักษาหลังรับเคมีบำบัด cycle 4 (26 เม.ย. 66) ส่งตรวจ CT Scan Chest with Abdomen 18 เม.ย. 66: และ Chest X ray: Stable DiseaseChest วันที่ 24 พ.ค. 66 CBC: WBC=7,300, PMN=88.2%, ANC>1,500, Hct=28.3% Hb= 9.2, Plt.=174,000, Cr=0.78 eGFR=95.39 แพทย์แนะนำผู้ป่วยและญาติวางแผนให้เคมีบำบัด 6 cycle ผู้ป่วยยินยอมรับเคมีบำบัดต่อ at cycle 5 มีภาวะซีด Hct 28.3% Hb 9.2 mg% HM: Folic Acid 1x1 OD วันที่ 14 มิ.ย. 66 มาตามนัดรับเคมีบำบัดต่อเนื่อง ประเมินอาการข้างเคียงหลังให้เคมีบำบัด cycle 5

ตารางที่ 1 การประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรักษา (ต่อ)		ปวดตามตัว 2 - 3 วัน ชาปลายมือ 2 ข้างมากขึ้น เดินลำบาก peripheral neuropathy gr 2 – 3 ผู้ป่วยขอหยุดเคมีบำบัด cycle 6 แพทย์ให้ข้อมูลทางเลือกการรักษา ผู้ป่วยยืนยันขอหยุดเคมีบำบัด แพทย์นัดมาตรวจติดตามอาการ วันที่ 9 ส.ค. 66 ECOG 2-3 ตรวจ Chest X-ray: No new lung esions CBC ให้ประวัติ 1 เดือนก่อนหกล้ม ไม่มีศีรษะกระแทก กระดูกร้าว เดินลำบาก ส่งนัด Bone scan 24 ส.ค. 66: no bone metastasis compression fracture T11 ส่งปรึกษาศัลยกรรมกระดูกและข้อ ดูแลต่อ นัดติดตามประเมินมะเร็งปอด 3 เดือน

จากตารางที่1 การการรวบรวมข้อมูลและการประเมินภาวะสุขภาพ นำมาสู่การวางแผนนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อน ระยะขณะ และระยะหลัง การรับยาเคมีบำบัด ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ระยะก่อนตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา และหลังตรวจรักษา และการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนตรวจรักษา 1. ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยการรับยาเคมีบำบัด	1. ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยการรับยาเคมีบำบัด
2. มีโอกาสเกิดความไม่พร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วยในการรับเคมีบำบัดเนื่องจากผู้ป่วยวิตกกังวล อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร	2. มีโอกาสเกิดความไม่พร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วยในการรับเคมีบำบัด เนื่องจาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร
ขณะรับยาเคมีบำบัด 3. เกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) Grade 2 จากการได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel /Carboplatin	3. มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel / Carboplatin
4. มีโอกาสเกิดการคลื่นไส้อาเจียน จากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด	4. มีโอกาสเกิดการคลื่นไส้อาเจียน จากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด
5. เสี่ยงต่อภาวะAnaphylactic shock จากการได้รับยาเคมีบำบัด	5. เสี่ยงต่อภาวะAnaphylactic shock จากการได้รับยาเคมีบำบัด
6. เกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของสูตรยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อระบบการทำงานของไขกระดูกทำให้ร่างกายมีการสร้างเม็ดเลือดในร่างกายลดลง	6. เกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของสูตรยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อระบบการทำงานของไขกระดูกทำให้ร่างกายมีการสร้างเม็ดเลือดในร่างกายลดลง
7. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลทำให้ต่อมรับรสเปลี่ยนไปทำให้ความอยากอาหารลดลง	7. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลทำให้ต่อมรับรสเปลี่ยนไปทำให้ความอยากอาหารลดลง
8. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากมีอาการชาตามมือและเท้าจากอาการข้างเคียงของยา	8. เกิดการพลัดตกหกล้มหลังรับยารอบที่ 4เนื่องจากมีอาการชาตามมือและเท้าจากอาการข้างเคียงของยา

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ระยะก่อนตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา และหลังตรวจรักษา และการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนตรวจรักษา 1. ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยการรับยาเคมีบำบัด	1. ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยการรับยาเคมีบำบัด
9. ส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ญาติมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม	9. ส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ญาติมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม
10. การพยาบาลประคับประคอง Palliative Care	10. การพยาบาลประคับประคอง Palliative Care

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้ง 2 ราย ได้รับสูตร Pacitaxel คู่กับ Carboplatin ซึ่งอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการหรืออาการแพ้ยาที่รุนแรง เช่น ภาวะ Hypersensitivity [8] [9] [10] พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อน ขณะรักษา และภายหลังการรักษา มีความสำคัญทุกขั้นตอนตั้งแต่ระยะแรกรับจนสิ้นสุดการรักษา และการมาติดตามการรักษาต่อเนื่อง พยาบาลควรมีความรู้ ใช้กระบวนการพยาบาล วางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามมาตรฐาน และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จากการให้ยาเคมีบำบัด เช่น ภาวะภูมิไวเกิน พยาบาลควรหาแนวทางป้องกันและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ดังนั้น จึงควรมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้เพื่อเป็นมาตรฐานในการทำงาน และมีการทบทวนแก้ไขแนวปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่เสมอ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน 2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกินในสถานพยาบาลที่ใกล้เคียง

เอกสารอ้างอิง

1.Lenz HJ.(2007). Management and preparedness for infusion and hypersensitivity reactions.Oncologist,12(5), 601-9. Review

2.Wilkes G.(2008).Managing drug infusion reactions: focus on cetuximab monoclonal antibody therapy.Clinical Journal Oncology Nursing,12(3):530-2.

3.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). หนังสือสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย (Cancer in Thailand) ฉบับที่สิบ. (2016 – 2018). กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

4. กรมการแพทย์. (2565). สื่อความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอด. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

5. ศิริอร สินธุ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา. กรุงเทพฯ : วัฒนาการพิมพ์.

6. สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง. (2561). บทบาทพยาบาลในการจัดการภาวะภูมิไวเกิน และปฏิกิริยาจากการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ. วารสารโรคมะเร็ง, 38(1), 29 - 41.

7. อัญชลี อ้นแก้ว และคณะ. (2563). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลอุดรธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 4 “การวิจัยเพื่อพัฒนาที่ยั่งยืน”, 737 – 744.

8. ก่อเกียรติ กังวานทัศน์ และคณะ. (2566). Short Note in Clinical Oncology: A case - base Approach. ขอนแก่น : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

9. โรงพยาบาลขอนแก่น. (2566). สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ขอนแก่น : กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร โรงพยาบาลขอนแก่น.
10. ก่อเกียรติ กังวานทัศน์และคณะ. (2565). Short Note in Clinical Oncology: Common Cancer Management. ขอนแก่น : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
11. สุพัตตรา จานคำภา และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 2(3), 43 – 54.
12. อรอมล มาลีหวล และคณะ. (2562.) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel. วารสารกรมการแพทย์ 2016 Jul., 41(4), 105 – 117.
13. อัจฉราภรณ์ ม่วงมุลตรี และศิรินทรา โคตะโน. (2563.) ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 1(2), 115 – 122.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of liver cancer patients undergoing intravenous chemotherapy: 2 case study

(Received: December 23,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

หนูเพียร ชาทองยศ[1]
Nupien chathongyot

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง แบบเฉพาะเจาะจงรายกรณี ด้วยวิธีการทางรังสีร่วมรักษา ในผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาในช่วงมิถุนายน 2565 ถึง ตุลาคม 2566 จำนวน 2 ราย โดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน เก็บรวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และการพยาบาลจากเวชระเบียน นำมาสู่กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ มาวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยTACE กรณีศึกษารายที่1 ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนการรักษา การดูแลรักษาภาวะPlatelet ต่ำ มีภาวะแทรกซ้อนขณะตรวจรักษา คือภาวะ Bradycardia หลังการตรวจรักษา มีความเสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ใช้เวลาตรวจรักษา 45 นาที รวมระยะนอนโรงพยาบาล 4 วัน กรณีศึกษารายที่2 ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนการรักษา HCTต่ำ และPlateletต่ำ มีภาวะแทรกซ้อนขณะตรวจรักษา ภาวะ Bradycardia หลังการตรวจรักษา มีความเสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ มีhematoma เส้นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังตรวจรักษา จากการทำหัตถการและภูมิต้านทานต่ำจากยาเคมีบำบัด ใช้เวลาในการตรวจรักษ 1 ชั่วโมง 45 นาที รวมระยะนอนโรงพยาบาล 5 วัน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: การพยาบาล, มะเร็งตับ, การให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง,รังสีร่วมรักษา

Abstract

This study was case study aimed to use as a nursing practice guideline for liver cancer patients undergoing treatment by intravenous chemotherapy.

Methods: This study is a case-specific study. with radiotherapy methods in liver cancer patients undergoing treatment by intravenous chemotherapy. Khon Kaen Hospital Study from June 2022 to October 2023, 2 cases, using the concept of health status assessment according to Gordon's 11 models. collect data History of illness, treatment, and nursing from medical records Bring it to the nursing process in nursing practice to achieve results, analyze and determine nursing diagnoses. nursing care plan nursing practice Evaluate and summarize results.

Results: Both case studies were treated with TACE. Case study number 1 Be prepared before treatment Caring for low platelet status, complications during treatment, namely Bradycardia after treatment There is a risk of an imbalance of fluids and minerals. The examination and treatment time is 45 minutes, including the hospital stay of 4 days. Case study number 2. Be prepared before treatment with low HCT and low platelet. There were complications during treatment, such as Bradycardia after treatment. There is a risk of an imbalance of water and mineral salts. There is a hematoma 3 centimeters in diameter. There is a risk of infection after treatment. from the procedure and low immunity from chemotherapy drugs The examination took 1 hour and 45 minutes, including a hospital stay of 5 days. Both case studies were safely taken care of.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Keywords: nursing, liver cancer, intravenous chemotherapy, radiotherapy

บทนำ

มะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยและมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆของโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบมากเป็นอันดับ 5 ของมะเร็งทั้งหมด โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2-4 เท่าอุบัติการณ์ทั่วโลกสูงถึงประมาณ 560,000 คนต่อปี' ในประเทศไทย พบว่าโรคมะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับ 1 ในเพศชายและอันดับ 5 ในเพศหญิง[1] และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 4ของประเทศไทย[2,3] มะเร็งตับเป็นมะเร็งชนิดปฐมภูมิที่พบได้บ่อยที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 90 ของมะเร็งตับทั้งหมด ปัจจัยเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นมะเร็งตับ คือ ภาวะตับแข็ง จากไวรัสตับอักเสบชนิด B และ C การดื่มแอลกอฮอล์ โรคไขมันพอกตับ[4] และสาเหตุอื่นๆ การรักษามะเร็งตับมีการรักษามีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด รังสีร่วมรักษา เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือประคับประคองตามระยะของโรค การผ่าตัดมะเร็งตับในระยะแรกคือวิธีที่ดีที่สุดที่ทำให้หายขาดได้ แต่มีผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดมีเพียงร้อยละ 20[5] อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีการพัฒนาการรักษาโรคมะเร็งตับด้วยวิธีทางรังสีร่วมรักษา โดยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงของตับสู่แขนงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งตับ (Transarterial Chemoembolization:TACE) ซึ่งใช้รักษาใน 1)ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ 2) รักษาก่อนการผ่าตัดเพื่อให้ก้อนยุบลง 3)มะเร็งที่เกิดขึ้นใหม่หลังการผ่าตัด 4)การรักษาประคับประคองอาการ และ5)รวมถึงรักษาระหว่างรอเปลี่ยนตับ ส่งผลให้ก้อนเนื้องอกมีขนาดเล็กลง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น[6]

การรักษาด้วยวิธี TACE เริ่มด้วยการสอดสายสวนผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบเข้าไปยังหลอดเลือดแดงซิลิแอคอาร์เทอรี่(Celiac artery) ตามด้วยการฉีดสีดูหลอดเลือดแดงของตับและหลอดเลือดดำพอร์ทัล (Portal vein) หลังจากนั้นก็จะสอดสายสวนเข้าไปยังแขนงของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งในตับ ตามด้วยการฉีดยาเคมีบำบัดที่ผสมกับสาร iodized oil ผ่านสายสวนเข้าไปทางหลอดเลือดแดงของตับ ทำให้ยาเข้าก้อนโดยตรง ช่วยอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็ง เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของยาเคมี ช่วยให้ยาเคมีค้างในก้อนมะเร็งนานมากขึ้น และลดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด[6] ร่วมกับเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ที่มีความคมชัดและระบบ embolization guidance ที่สามารถแสดงเส้นเลือดเป้าหมาย ที่เป็นเส้นเลือดหลักไปเลี้ยงก้อนมะเร็ง แบบ 3 มิติ ทำให้ลดระยะเวลาในการไปถึงเส้นเลือดเป้าหมายที่เลี้ยงก้อนมะเร็งตับและถูกต้องแม่นยำมากขึ้น[7,8]

โรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยมะเร็งตับมารับบริการจากสถิติมีผู้ป่วยรายใหม่ ในปี 2564,2565 และ2566 จำนวน 282 ,315 และ378 คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่มารักษาด้วยรังสีร่วมรักษา TACE จากสถิติปี 2564 ,2565 และ2566 จำนวน 28 ,38,และ 41 ราย ตามลำดับ :ซึ่งมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยที่มากขึ้น การรักษาโรคมะเร็งตับด้วยวิธีทางรังสีร่วมรักษา การให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงของตับ (Transarterial Chemoembolization : TACE) ให้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ก้อนเนื้องอกมีขนาดเล็กลง มีแผลขนาดเล็ก ใช้เวลานอนโรงพยาบาลสั้น มีผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดน้อยกว่าวิธีการอื่น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่กระบวนการรักษามีความซับซ้อน มีการใช้เครื่องมือที่ทันสมัยและเทคโนโลยีขั้นสูง ที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าในร่างกาย ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีภาวะแทรกซ้อนได้[9] เนื่องจากการตรวจรักษาทางรังสีร่วมรักษาเป็นการพยาบาลเฉพาะทาง มีการบูรณาการการตรวจรักษาจากภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับการพัฒนาทางเทคโนโลยีขั้นสูงให้มีความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลจะต้องได้รับการฝึกทักษะเป็นพิเศษ สามารถประยุกต์ความรู้ ความเข้าใจด้านมะเร็งตับ ด้านการตรวจรักษาด้วยTACE เทคนิคการตรวจรักษา การส่งเครื่องมือ

การจัดการความพร้อมของอุปกรณ์ต่างๆ ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ ระยะก่อน ขณะ และภายหลังการตรวจรักษา สามารถป้องกันและลดผลข้างเคียงได้ ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

วิธีการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงรายกรณี ในผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาในช่วงมิถุนายน 2565ถึง ตุลาคม 2566 จำนวน 2 ราย โดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน เก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และการพยาบาลจากเวชระเบียน นำมาสู่กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ มาวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล

ผลการศึกษา

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ มาวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ระยะก่อนตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา และหลังตรวจรักษาและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		**การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล**
ระยะก่อนตรวจรักษา		
กรณีศึกษารายที่ 1	**กรณีศึกษารายที่ 2**	
1.วิตกกังวลเกี่ยวการทำ TACE เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติก่อนและหลังการตรวจรักษา	1.วิตกกังวลเกี่ยวการทำ TACE เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติก่อนและหลังการตรวจรักษา -ผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับ -สีหน้ากังวล	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.การตรวจสอบ โรคประจำตัว อาการผิดปกติ ประวัติการแพ้ยาอาหารทะเล และสารทึบรังสี 2.อธิบายเหตุผลการตรวจรักษา วิธีการตรวจรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังตรวจรักษา โกนขนขาหนีบข้างขวา งดน้ำงดอาหาร 6ชั่วโมงก่อนผ่าตัด การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายสวนปัสสาวะ การปฏิบัติหลังตรวจรักษานอนราบขาตรง ห้ามงอ และห้ามลุกเดิน 6 ชั่วโมง 3.อธิบายขั้นตอน แพทย์ฉีดยาชา แทงท่อนำและสอดใส่สายสวนเข้าไปตามหลอดเลือดตามด้วยการฉีดยาเคมีบำบัดที่ผสมกับสาร iodized oilใช้เวลา 30 - 50 นาที 4.ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย เช่น ผลตรวจเลือด CBC BUN Cr eGFR PT PTT INR Electrolyte คลื่นไฟฟ้าหัวใจ12 lead การตรวจปอดทางรังสีวิทยา 5.ประเมินความพร้อมด้านจิตใจเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย **ประเมินผล:** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย วิตกกังวลลดลง เข้าใจวิธีการปฏิบัติตัว
2.เสี่ยงต่อความไม่พร้อมของการตรวจรักษา เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ		**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย เช่น ผลตรวจเลือด 2. Keep INR1.6 Platelet>100,000 HCT > 24% (if Platelet 80000~100,000 ให้G/M Platelet ไป OR) 3.ดูแลให้สารประกอบของเลือด Platelet concentrate

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ระยะก่อนตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา และหลังตรวจรักษาและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		**การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล**
ระยะก่อนตรวจรักษา		
กรณีศึกษารายที่ 1	**กรณีศึกษารายที่ 2**	
		4.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ **ประเมินผล:** กรณีศึกษาแรกรับ Platelet=41,000/uL ได้รับ Platelet concentrate จำนวน 10 unit ประเมินซ้ำPlatelet=82,000/uL แพทย์ให้เตรียมจอง Platelet concentrate ไว้จำนวน 10 unit
	2.เสี่ยงต่อความไม่พร้อมของการตรวจรักษาเนื่องจากเม็ดเลือดแดงต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ แรกรับ HCT=22.7% Platelet=69,000/uL	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย เช่น ผลตรวจเลือด 2. Keep INR1.6 Platelet>100,000/uL HCT > 24% 3.ดูแลให้สารประกอบของเลือด เม็ดเลือด (Pack red cell) 4.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเลือดปลายนิ้วทุก 4ชั่วโมง **ประเมินผล:** ผู้กรณีศึกษาแรกรับ HCT=22.7% ได้รับ Pack red cell จำนวน 2 unit ประเมินซ้ำ HCT=34% แรกรับ Platelet=69,000/uL ได้รับ Platelet concentrate จำนวน 10 unit ประเมินซ้ำPlatelet=108,000/uL และแพทย์ให้เตรียม Pack red cell 1 unitไป OR แต่ไม่ได้ให้ส่วนประกอบของเลือดเพิ่ม
ขณะตรวจรักษา		
กรณีศึกษารายที่ 1	**กรณีศึกษารายที่ 2**	
3.เสี่ยงต่อการผ่าตัด ผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	3.เสี่ยงต่อการผ่าตัด ผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.ตรวจสอบความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ 2.การตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล การผ่าตัด ตำแหน่ง ตามตารางผ่าตัดและเวชระเบียน 3) เตรียม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอกสารยินยอมรักษา 4) ประเมินความครบถ้วน ได้แก่ การงดน้ำงดอาหาร การเตรียมผิวหนังที่จะทำผ่าตัดการได้รับยาก่อนการผ่าตัด 5) การเตรียมความพร้อมของสถานที่ปกรณ์และเครื่องมือ **ประเมินผล:**กรณีศึกษาทั้ง 2รายได้รับการตรวจรักษาตามแผนการรักษา
4.เสี่ยงต่อภาวะ hypovolumic shock จากการเสียเลือดเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และเส้นเลือดของตับจากการใส่สายสวนเข้าเส้นเลือด	4.เสี่ยงต่อภาวะ hypovolumic shock จากการเสียเลือดเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเส้นเลือดของตับจากการใส่สายสวนเข้าเส้นเลือด	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.ประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังความดันโลหิตต่ำ ชีพจรผิดปกติ หายใจเหนื่อย 2.ประเมินปริมาณเลือดขณะตรวจรักษา 3.ประเมินความรู้สึกตัวลดลง ประเมินอาการปวดแน่นท้อง 4.เตรียมความพร้อมเครื่องมือของการช่วยฟื้นคืนชีพ 5.เตรียมความพร้อมให้การช่วยเหลือ เช่น การเตรียมสารน้ำ การให้ยา การให้เลือด 6.ติดตามHCT ทุก4ชั่วโมง **ประเมินผล:**กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่มีภาวะhypovolumic shock
5.เสี่ยงต่อภาวะ anaphylactic shock จากการได้รับสารทึบรังสี	5.เสี่ยงต่อภาวะ anaphylactic shock จากการได้รับสารทึบรังสี	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.พยาบาลเฝ้าระวังและประเมินอาการ ร้อนวูบวาบ คลื่นไส้ อาเจียน มีผื่น หายใจหอบเหนื่อย

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ระยะก่อนตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา และหลังตรวจรักษาและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		**การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล**
ระยะก่อนตรวจรักษา		
กรณีศึกษารายที่ 1	**กรณีศึกษารายที่ 2**	
		2.ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที เฝ้าระวังความดันโลหิตต่ำผู้ป่วยหัวใจเต้นช้าหรือเร็วผิดปกต 3.ให้ยาแก้แพ้ adrenaline Chlorphenamine maleate และ Atropine 4.ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Keep Oxygen saturation>98% 5.เตรียมความพร้อมของการช่วยฟื้นคืนชีพ **ประเมินผล:** ผู้ป่วยได้รับสารทึบรังสีเป็นยา Ultravist ไม่มีอาการแพ้สารทึบรังสี
6.เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากการได้รับยาเคมีบำบัด Mitomicin C และสารทึบรังสี	6.เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากการได้รับยาเคมีบำบัด Mitomicin C และสารทึบรังสี	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ประเมินการเต้นของหัวใจ เฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม หัวใจเต้นช้า หน้ามืด อาการผิดปกติรายงานแพทย์ 2.ให้ยาเพิ่มการทำงานของหัวใจ adrenalineทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 3.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ 4.เตรียมความพร้อมในการฟื้นคืนชีพ **ประเมินผล:**กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มี Bradycardia เกิดขึ้นขณะได้รับยาเคมีบำบัดและสารทึบรังสี เป็นระยะเวลา 20นาที ได้รับดูแลรักษาพยาบาล จนมีอาการปกติ
7.เสี่ยงติอการติดเชื้อขณะตรวจรักษา	7.เสี่ยงติอการติดเชื้อขณะตรวจรักษา	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ 2.การทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ 3 ปูผ้าคลุมผ่าตัดปราศจากเชื้อ 4.ตรวจสอบการใช้ยาปฏิชีวนะ ภายใน 60 นาทีก่อนลงมีด บันทึกในแบบบันทึก รวมทั้งดูแลน้ำยา สารน้ำ ยาต่าง ๆ พร้อมใช้ 5.ขณะตรวจรักษาด้วยหลักปราศจากเชื้อ **ประเมินผล:** ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาด้วยหลักปราศจากเชื้อ
หลังตรวจรักษา		
8.เสี่ยงต่อภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนังบริเวณขาหนีบ(hematoma)	8.เสี่ยงต่อภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนังบริเวณขาหนีบ (hematoma)	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.หลังเสร็จหัตถการ แพทย์จะดึงท่อนำสายออก และกดขาหนีบห้ามเลือด นานประมาณ 15 นาที 2.ระหว่างการกดห้ามเลือด ประเมินการเต้นของชีพจร 3.ประเมินเลือดหยุดและใช้pressure ต่ออีก 1 ชั่วโมง 3.ประเมินก้อนเลือดใต้ผิวหนัง ประเมินสีผิว การเขียวคล้ำ อาการปวดขา หากผิดปกติรายงานแพทย์ 4.การปิดแผลบริเวณขาหนีบด้วยแผ่นฟิล์มบางใส สามารถมองเห็นแผลชัดเจน 5.ใช้อุปกรณ์มีน้ำหนักยึดติดขาหนีบประคองต้นขาเพื่อป้องกันhematoma 6 ชั่วโมง **ประเมินผล**: กรณีศึกษารายที่ 1ไม่เกิดhematoma กรณีศึกษารายที่ 2 มี hematomaระดับเล็กน้อย (Mild) เส้นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร ประเมินการกดทับชีพจร และเนื้อเยื่อรอบแผล คลำชีพจร femoral artery ได้ระหว่าง 70-90 ครั้งต่อนาที อยู่ให้องพักฟื้น เพิ่มอีก 1 ชั่วโมง ไม่มีอาการมากขึ้น ส่งต่อการดูแลที่หอผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ระยะก่อนตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา และหลังตรวจรักษาและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		**การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล**
ระยะก่อนตรวจรักษา		
กรณีศึกษารายที่ 1	**กรณีศึกษารายที่ 2**	
9.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเนื่องการบาดเจ็บของเส้นเลือด	9.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเนื่องการบาดเจ็บของเส้นเลือด	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.ช่วยแพทย์ตรวจอัลตราซาวน์เส้นเลือด ประเมินการอุดตัน 2.พยาบาลคลำชีพจร Dorsalis Pedis เปรียบเทียบอัตราจังหวะและความแรงของชีพจร ทุก 5นาที ของขาทั้ง 2 ข้าง 3.ประเมินอาการปวดขา ประเมินสีผิวหนัง ที่นิ้วมีสีม่วงคล้ำ หรือซีด หรือชาที่ปลายเท้า 4.ประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายเท้าทั้ง 2 ข้างทุก 5นาที **ประเมินผล:** ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คลำชีพจรDorsalis Pedis เปรียบเทียบอัตราจังหวะและความแรงของชีพจร ขาทั้ง2 ข้างได้เท่ากัน
9.เสี่ยงต่อภาวะ hypovolumic shock จากการเสียเลือดเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และเส้นเลือดของตับจากการใส่สายสวนเส้นเลือด ฉีดสารทึบแสง ฉีดยาเคมีบำบัด PT14.5 วินาที PTT 29.4 วินาที	9.เสี่ยงต่อภาวะ hypovolumic shock จากการเสียเลือดเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเส้นเลือดของตับจากการใส่สายสวนเส้นเลือด ฉีดสารทึบแสง ฉีดยาเคมีบำบัด PT13.9 วินาที PTT 29.7วินาที	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.ประเมินอยู่ค่า (PT) 10-12 วินาที และค่า(PTT) 21.5-29.0 วินาที ประเมิน HCT> 24% Platelet>100,000 /uL 2.ประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังความดันโลหิตต่ำ ชีพจรผิดปกติ หายใจเหนื่อย 3.ประเมินปริมาณเลือดขณะตรวจรักษา การแข็งตัวของเลือด 4.ประเมินความรู้สึกตัวลดลง ประเมินอาการปวดแน่นท้อง 5.เตรียมความพร้อมให้การช่วยเหลือ เช่น การเตรียมสารน้ำ การให้ยา การให้เลือด ออกซิเจน การหยุดห้ามเลือด การเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน **ประเมินผล:** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะhypovolumic shock หลังตรวจรักษา กรณีศึกษารายที่ 1 HCT= 28% กรณีศึกษารายที่ 2 HCT= 34%
10.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดหลัง ปวดขา จากมีแผลที่ขาหนีบ และจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หลังตรวจรักษา 6 ชั่วโมง	10.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดหลัง ปวดขา จากมีแผลที่ขาหนีบ และจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หลังตรวจรักษา 6 ชั่วโมง	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.อธิบายสาเหตุการปวด การนอนขาตรง ห้ามงอและห้ามลุกเดิน ป้องกันเลือดออกซ้ำ 2.ประเมินอาการปวดเอว ปวดหลัง ปวดขา 3.ดูแลให้ได้รับยาลดปวด ประเมินอาการข้างเคียงของยา **ประเมินผล:**กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยาลดปวดเป็น morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 4ชั่วโมง ได้ยาไป 3 ครั้ง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้ยาลดปวดเป็น pethidine 30 mg-ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง ได้ยา 4 ครั้ง ปวดลดลง pain score< 3 คะแนน
11.เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และถูกงดน้ำงดอาหารทางปาก	11.เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนและถูกงดน้ำงดอาหารทางปาก Na 132 Cl104 K 3.3 CO2 25.4	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.ประเมินอาการปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน 2.หลังครบนอนราบขาตรง แงะงดน้ำงดอาหารครบ ให้เริ่มจิบน้ำ กระตุ้นลุกนั่ง 2.ประเมินภาวะขาดน้ำและสมดุลเกลือแร่ 3.ดูแลให้สารน้ำ0.9%Nacl 1,000 ml.tKcl 40 MEq iv drip 80 mlhr , Plasil 10 mg iv q 8 hrs ตามแผนการรักษา 4.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5.หลังครบกำหนดเวลานอนราบขาตรง และงดน้ำงดอาหารให้เริ่มจิบน้ำ กระตุ้นลุกนั่ง 6.ประเมินอาการเรอ หรือผายลม จากการเคลื่อนไหวของลำไส้ **ประเมินผล:** กรณีศึกษาทั้ง 2 รายปลอดภัยจากไม่มีภาวะการขาดสารน้ำและเกลือแร่ การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ หลังให้สารน้ำและเกลือแร่ ตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ กรณีศึกษารายที่1 k= 4.0 mmol/lit กรณีศึกษารายที่ 2 = 3.7 mmol/lit

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ระยะก่อนตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา และหลังตรวจรักษาและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		**การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล**
ระยะก่อนตรวจรักษา		
กรณีศึกษารายที่ 1	**กรณีศึกษารายที่ 2**	
12.เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังตรวจรักษา จากการทำหัตถการและภูมิต้านทานต่ำจากยาเคมีบำบัด	12.เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังตรวจรักษา จากการทำหัตถการและภูมิต้านทานต่ำจากยาเคมีบำบัด -มีไข้ ปวดแน่นท้อง	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.ประเมินการติดเชื้อ จากอาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นตึง คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ 2.วัดและประเมินสัญญาณชีพทุก 4ชั่วโมง 3.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 4.เช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา 5.ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ **ประเมินผล:** กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีอาการไข้ ปวดท้อง ปวดหลัง ได้ยาลดปวดอาการดีขึ้น ส่วนกรณีศึกษารายที่2 มีอาการไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หลังตรวจรักษา ได้ให้ยา ceftriaxone 1 gm OD ต่ออีก 1 วัน และเปลี่ยนเป็นยาฆ่าเชื้อชนิดกินกลับบ้าน
13.เสี่ยงต่อภาวะไตวายเฉียบพลันจากการได้รับสารทึบรังสี และยาเคมีบำบัด BUN 15Cr 0.82 eGFR95.59	13.เสี่ยงต่อภาวะไตวายเฉียบพลันจากการได้รับสารทึบรังสี และยาเคมีบำบัด -BUN 22 Cr 1.23 eGFR58.69	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.ประเมินผลการทำงานของไต Cr <0.95 GFR > 60 มล/นาที 2.ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและทางปากให้เพียงพอก่อนการทำหัตถการ 3.ดูแลเตรียมสารทึบรังสีชนิด iso-osmolar agent 4.หลังการตรวจรักษากระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดในการดื่มน้ำ ให้ดื่มน้ำมากๆ และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องตามแผนการรักษา 5.ประเมินและบันทึกสารน้ำเข้า ออก สังเกตอาการน้ำเกิน 6ติดตามค่า serum Cr และeGFR **ประเมินผล:** กรณีศึกษาทั้ง2 รายไม่มีอาการแสดงของภาวะไตวาย ปัสสาวะได้ สารน้ำ เข้าออก มีความสมดุล แต่ยังต้องสังเกตอาการอย่างน้อย 72 ชั่วโมง. แนะนำการดูแลตนเองต่อที่บ้าน
14.มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลครอบครัวเนื่องจากตนเองป่วยเป็นมะเร็งตับ		**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.ประเมินความเครียด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก 2.เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้พูดคุยให้กำลังใจ 3.ส่งเสริมให้ผุ้ป่วยได้ทำบทบาทผู้ดูแครอบครัวในช่วงเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม **ประเมินผล:** ผู้ป่วยได้พูดคุย ครอบครัวให้กำลังใจ เครียดลดลง
15.ผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	14.ผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-E-M-E-T-H-O-D 2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย 3.ประเมินความเข้าใจการปฏิบัติตัวซ้ำหลังให้คำแนะนำ **ประเมินผล:**กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเข้าใจการปฏิบัติตัว ประเด็นที่ยังไม่เข้าใจดี คือ เรื่องอาหาร ยา การทำกิจกรรมกับส่วนร่วม และติดตามการรักษาต่อเนื่อง จึงให้เบอร์โทรศัพท์โทรปรึกษาได้เมื่อมีข้อสงสัย
16.การสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ	15.การสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1.ประเมินความรู้ความเข้าใจการเกิดมะเร็งตับ ส่งเสริมให้มีการตรวจไวรัสตับอักเสบ 2.แนะนำการป้องการเจ็บป่วยมะเร็งตับ 3.เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย **ประเมินผล:** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้เจาะเลือดตรวจไวรัสตับอักเสบและการตรวจภูมิคุ้มกัน ภรรยาและบุตร พบว่าไม่มีบุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ

สรุปผลลัพธ์การพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ60 ปี มาด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี พบ chronic HCV cirrhosis และได้มาเป็น HCC infiltrating in segment 8 th right lope liver enhancement about 3*3.5*3.7 cm ได้รับการรักษาด้วยTACE ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนการรักษา การดูแลรักษา ภาวะPlatelet ต่ำ
มีภาวะแทรกซ้อนขณะตรวจรักษา คือภาวะ Bradycardia หลังการตรวจรักษา เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนและถูกงดน้ำงดอาหารทางปาก ใช้เวลาในการตรวจรักษา 45 นาที รวมระยะนอนโรงพยาบาล4 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2ชายไทยอายุ 7ปี 0 HBV cirrhosis child A, and hepatocellular carcinoma at segment 4, 7, 8 ขนาด 5.9 *5.6*4.6cm ผู้ป่วยมาด้วยอาการเหนื่อยง่าย รับประทานอาหารได้น้อย ปวดแน่นท้อง คลำพบมีก้อนที่ท้องด้านขวา เบื่ออาหาร น้ำหนักลด12กิโลกรัม ได้รับการรักษาด้วย TACE ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนการรักษา HCTต่ำ และPlateletต่ำ มีภาวะแทรกซ้อนขณะตรวจรักษา ภาวะ Bradycardia หลังการตรวจรักษา เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนและถูกงดน้ำงดอาหารทางปาก มีhematomaระดับเล็กน้อย (Mild) เส้นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังตรวจรักษา จากการทำหัตถการและภูมิต้านทานต่ำจากยาเคมีบำบัด ใช้เวลาในการตรวจรักษ1 ชั่วโมง 45 นาที รวมระยะนอนโรงพยาบาล 5 วัน

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้ารับตรวจรักษาด้วยรังสีร่วมรักษา ด้วย TACE มีแผลขนาดเล็ก ใช้เวลานอนโรงพยาบาลสั้น มีผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดน้อยกว่าวิธีการอื่น แต่กระบวนการรักษามีความซับซ้อน มีการใช้เครื่องมือที่ทันสมัยและเทคโนโลยีขั้นสูง ที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าในร่างกาย ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีภาวะแทรกซ้อนได้ จากกรณีศึกษาความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อน ภาวะ bradycardia ปัจจัยการเกิดคือผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ >60 ปี) และhematoma ปัจจัยที่มีผลคือผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ >60 ปี) ดัชนีมวลกายน้อยกว่า18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร เทคนิคการกดแผล การแข็งตัวของเลือด(anticoagulation)[10,11]พยาบาลควรมีความรู้ ใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ ระยะก่อน ขณะ และภายหลังการตรวจรักษา สามารถป้องกันและลดผลข้างเคียงได้ ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยส่วนใหญ่มีความใกล้เคียงกัน สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เพื่อเป็นคู่มือสำหรับพยาบาล เพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.มนต์ มีแก้ว .ประสิทธิภาพของการรักษามะเร็งตับระยะแรกที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ด้วยวิธี Radiofrequency Ablation (RFA) และ Transarterial Chemoembolization (TACE) ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี วารสารกรมการแพทย์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 43 - มกราคมกุมภาพันธ์ 73-69หน้า 2561

2.มธุริน มาลีหวล', สุพจน์ คำสะอาด*, พงศธร ศุภอรรถกร. อัตรารอดชีพผู้ป่วยมะเร็งตับหลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ศรีนครินทร์เวชสาร 2565; 37(1) Srinagarind Med J 2022; 37(1)

3. Worldwide cancer research fund international. [online]. มธุริน2018 [Cited January 20, 2020]. Available from https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancertrends/world-wide-cancer-data.

4. Philips CA, Rajesh S, Nair DC, Ahamed R,Abduljaleel JK, Augustine P. HepatocellularCarcinoma in 2021: An Exhaustive Update.Cureus. 2021;13(11): e19274. Published 2021 Nov 5.doi:10.7759/cureus.19274

5.Poon RTP, Fan ST, Tsang F, Wong J. Locoregional therapies for hepatocellular carcinoma: A critical review fromthe surgeon's perspective. Ann Surg 2002;86-466:235

6.ระวิศักดิ์ จันทร์วาสน์/ สุพัตรารักเอียด /วิษณุ ปานจันทร์/ อาคม ชัยวีระวัฒนะ/วีรวุฒิ อิ่มสำราญ 2559
แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี พิมพ์ครั้งที่2 กรุงเทพ: บ.โฆษิตการพิมพ์ จำกัด

7.อติญา เฟื่องสุวรรณ',ศิริพงษ์เสถียร , รุจิรา พัฒนวณิชกุล', ชนิสา โชติพานิช เครื่องเอกซเรย์หลอดเลือดระนาบเดียวและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ระบบไฮบริด เพื่อใช้ในการตรวจระบบหลอดเลือดและการทำหัตถการของรังสีร่วมรักษาในประเทศไทย The journal Chulabhorn Royal Acad. 2023; 5(3): 133-143

8. Lionberg A, Nijhawan K, Navuluri R, et al.Hybrid angiography-CT for transarterial radioembolization: a pictorial essay.Abdom Radiol (NY). 2021;46 (6):2850-2854.doi:10.1007/s00261-020-02914-8

9.มุกดา นาผล ,อภิชาติ โสภาพรม ,ศุภนิต หงษ์ชัย. การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง Vol.30 No.3 September - December 2022 Udonthani Hospital Medical Journal :319-328.

10. . Doyle BJ, Konz BA, Lennon RJ, Bresnahan JF, Rihal CS, Ting HH. Ambulation 1 hour after diagnostic cardiac catheterization: a prospective study of 1009 procedures. Mayo Clin Proc 2006;81:1537-40.

11.สุธิสา เต็มทับ, กิตติกร นิลมานัต, รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์' และ กีรติ หงส์สกุล. ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดระดับความปวดหลังและป้องกันภาวะเลือดออกบริเวณแผลและจ้ำเลือดใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงSouthern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2022; 9(2) 65-54.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for breast cancer patients who have undergone modified radical mastectomy : case study.

(Received: December 23,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

เยาวมาลย์ พุทธา[1]
Yaowaram Puttha[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง เก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว โดยประเมินผู้ป่วยตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ระยะเวลาศึกษาเดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา จากการศึกษากรณีศึกษาทั้งสองราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 64 ปี เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ส่วนรายที่ 2 อายุ 35 ปี เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 กรณีศึกษาทั้งสองราย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ดูแลรักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน กรณีศึกษารายที่ 1 มีระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลรวม 8 วัน และนัดติดตามผลหลังการรักษาพร้อมผลชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจ 2 สัปดาห์ ทั้ง 2 ราย ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลรวม 9 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านโดยยังใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ นัดติดตามผลและถอดท่อระบายน้ำเหลืองหลังจำหน่ายกลับบ้าน 5 วัน

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล, การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง

Abstract

This study was case study aimed to study the use of the nursing process in nursing practice for breast cancer patients who have undergone modified radical mastectomy. Study by Interviews with patients and families. By evaluating patients according to the health assessment framework using Gordon's 11 health models. Nursing practice according to the nursing process concept. In formulating nursing diagnoses Summarize and evaluate nursing results. Study period August - December 2023.

Results : from the study of two case studies. Diagnosed with breast cancer The first case study is a Thai woman, aged 64 years, with stage 1 breast cancer. The second case is 35 years old, with stage 2 breast cancer. Both case studies was treated by modified radical mastectomy. Nursing results It was found that in both case studies, all problems were resolved. Take care until symptoms improve. The doctor allowed him to go home. Case study number 1 had a total hospital stay of 9 days and a follow-up appointment was made 2 weeks after treatment with biopsy results. As for case study number 2, the doctor allowed him to go home without removing the lymphatic drainage tube and vial. Vacuum vent Follow-up appointment and removal of the lymphatic drainage tube. After selling, take it home for 5 days.

Keywords: nursing process, nursing care for breast cancer patients undergoing modified radical mastectomy

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบเป็นอันดับ 1 ของสตรีทั่วโลก[7] โดยในปี 2561 สถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลก รายงานว่าพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลก 2,088,849 ล้านคน เสียชีวิต ถึง 626,679 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เกิดขึ้นปีละ 2.26 ล้านคน หรือมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ชั่วโมงละ 258 คน[7] สำหรับจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมพบอยู่ในอันดับ 5 โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิต 0.68 ล้านคนต่อปี หรือใน 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 78 คน

ประเทศไทย จากข้อมูลสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ .ศ.2563 ผู้หญิงไทยป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,000 คนต่อปี หรือคิดเป็น 60 คนต่อวัน[4] และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 8,270 คน หรือคิดเป็น 23 คนต่อวัน และมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2583 จะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ราว 27,600 คนต่อปี โอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมในหญิงไทยอยู่ที่ราว 1 ใน 24 คน และโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตพบ 1 ใน 72 [5] สำหรับวิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านมมีทางเลือกที่หลากหลาย ทั้งการผ่าตัด การฉายแสง การใช้ยาต้านฮอร์โมน ยาเคมีบำบัด และการรักษาโดยยาที่มีการออกฤทธิ์จำเพาะ [6] ซึ่งโรคมะเร็งในระยะที่ 1, 2 และ 3A การผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง เป็นการผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานและนิยมในปัจจุบัน[8]

สำหรับโรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ปี พ.ศ.2563 จำนวน 234 ราย ปี พ.ศ.2564 จำนวน 277 ราย และปี พ.ศ.2565 จำนวน 329 ราย และในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง (modified radical mastectomy: MRM) ปี พ.ศ.2563 จำนวน 117 ราย ปี พ.ศ.2564 จำนวน 118 ราย และปี พ.ศ.2565 จำนวน 123 ราย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดเต้านม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเลือดออกมากและมีเลือดคั่งที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภาวะของเหลวคั่งใต้แผล ภาวะข้อไหล่ติดและภาวะแขนบวม นอกจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทางร่างกายแล้ว การผ่าตัดเต้านมยังส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคมของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลต่อตัวโรคและการรักษา กลัวรักษาไม่หาย มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต รวมไปถึงการมีภาพลักษณ์ภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจกับสรีระ รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ด้านสังคมผู้ป่วยต้องหยุดงานเพื่อเข้ารับการรักษาทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ของครอบครัว[3] จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จึงเป็นความท้าทายของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมต้องใช้ทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยนำใช้กรอบการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล [5] การให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด การฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่อง

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยการศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินโรค ปัญหาทางการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง จำนวน 2 รายจากกรณีศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง ให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษา ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง

วิธีการศึกษา

ศึกษากรณีศึกษาจำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 และหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 โรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือนสิงหาคมถึงธันวาคม 2566 โดยศึกษาประวัติการรักษาพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและเวชระเบียน ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และวิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลประวัติสุขภาพ รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง ประกอบด้วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การวินิจฉัยโรคและการผ่าตัด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลประวัติสุขภาพผู้ป่วยของกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ	มาตามนัด เพื่อผ่าตัดมะเร็งเต้านม ข้างซ้าย	มาตามนัด เพื่อผ่าตัดมะเร็งเต้านม ข้างซ้าย
ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน	ส่งตัวจากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ มาด้วยอาการ 1 ปีก่อนมา คลำพบก้อนได้เองที่เต้านมข้างซ้าย ไม่มีอาการปวด ก้อนเท่าเดิม ส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น	ส่งตัวจากโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น มาด้วยอาการ 1 ปีก่อนมา คลำพบก้อนได้เองที่เต้านมข้างซ้าย สังเกตว่าก้อนโตขึ้นเรื่อย ๆ มีอาการปวดเสียวเวลาออกแรงที่แขนซ้าย ส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่นตามสิทธิ์ประกันสังคม
เจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว
ผิวหนัง	ปกติ ไม่มีผื่น ความยืดหยุ่นของผิวหนังดี ไม่ซีด	ปกติ ไม่มีผื่น ความยืดหยุ่นของผิวหนังดี ไม่ซีด
ศีรษะ ใบหน้า และลำคอ	ปกติ ผมสั้นหงอกแซมสีดำ	ปกติ ผมยาวสีดำรวบผมเรียบร้อย
ตา หู จมูก	ตามองเห็นชัดเจนทั้งสองข้าง เยื่อบุตาไม่ซีด หูและจมูกปกติ	ตามองเห็นชัดเจนทั้งสองข้าง เยื่อบุตาไม่ซีด หูและจมูกปกติ
ริมฝีปาก	ปกติ มีฟันผุ ฟันโยก 2 ซี่ ไม่มีฟันปลอม	ปกติ ฟันปกติ ไม่มีฟันผุ ฟันโยก ฟันปลอม
ระบบทางเดินหายใจ	หายใจปกติ ไม่หอบ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที	หายใจปกติ ไม่หอบ อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที
ระบบหัวใจ และหลอดเลือด	หัวใจเต้นสม่ำเสมอ 68-90 ครั้ง/นาที	หัวใจเต้นสม่ำเสมอ 72-100 ครั้ง นาที/
ระบบประสาท	การเคลื่อนไหว การรับรู้ ปกติ	การเคลื่อนไหว การรับรู้ ปกติ
เต้านมและอวัยวะ สืบพันธ์	มีก้อนที่เต้านมข้างซ้ายขนาด 1 เซนติเมตร ไม่มีอาการปวด และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ	มีก้อนที่เต้านมข้างซ้ายขนาด เซนติเมตร มีอาการปวด 3 เสียวเล็กน้อยเวลาแกว่งแขน อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ
สภาพจิตใจและอารมณ์	รู้สึกตัวดี รับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดี วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด	รู้สึกตัวดีรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดี วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดมาก

สัญญาณชีพ	อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 70 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/89 มิลลิเมตรปรอท วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ ร้อยละ 97	อุณหภูมิร่างกาย องศาเซลเซียส อัตราการเต้น 36.1 มิลลิเมตร 92/128 นาที ความดันโลหิต/ครั้ง 88 หัวใจปรอท วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ ร้อยละ 98
ผลการตรวจ Mammogram	microcalcification, 0.6 cm. with multiple axillary nodes	macrocalcification2.7 ,x2.9 cm .with multiple axillary nodes
ผลการตรวจชิ้นเนื้อ	invasive ductal carcinoma grade 1	Consistent with ductal carcinoma
การวินิจฉัย	left CA breast grade 1	left CA breast grade 2
ระยะเวลารักษา ในโรงพยาบาล	8 วัน	9 วัน
การนัดติดตามผลการรักษา	2 สัปดาห์	ครั้งที่ 1 นัด 5 วัน ครั้งที่ 2 สัปดาห์

จากการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา ผู้ศึกษาได้นำปัญหาที่พบมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยได้เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยการประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินภาวะสุขภาพ ตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน

แบบแผนสุขภาพ	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรง รับรู้ตนเองเจ็บป่วยมีก้อนที่เต้านม ครั้งแรกไม่มาพบแพทย์ แต่เห็นเพื่อนบ้านเป็นมะเร็งเต้านมไม่รักษาและเสียชีวิต ทำให้รู้สึกกลัว จึงเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วย ยอมรับและให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษาเป็นอย่างดี	ไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรง รับรู้ตนเองเจ็บป่วยมีก้อนที่เต้านม พยายามศึกษาข้อมูลและปรึกษาสามี แต่กลัวการมาตรวจที่โรงพยาบาลรัฐ จึงเข้ารับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาลเอกชน เมื่อทราบว่าเป็นมะเร็ง จึงขอส่งตัวมารักษาโรงพยาบาลขอนแก่นตามสิทธิประกันสังคม ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วย ยอมรับและให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษาเป็นอย่างดี
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร	รับประทานอาหารได้ปกติ ขณะอยู่โรงพยาบาล ช่วงแรก รับประทานอาหารได้น้อย ไม่เกินได้ 1/2 ถาด เนื่องจากไม่คุ้นชินกับข้าวจ้าวและรสชาติอาหาร	รับประทานอาหารได้ปกติ ขณะอยู่โรงพยาบาล ไม่คุ้นชินกับอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ ต้องสั่งซื้ออาหารจากภายนอก มารับประทาน
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย กระบวนการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย	ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติ ทุกวัน ขณะอยู่โรงพยาบาล หลังผ่าตัดใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ หลังถอดสายสวนออก ปัสสาวะ ได้เองปกติ สีเหลืองใส ไม่แสบขัด ไม่มีท้องอืด	ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติ ทุกวัน ขณะอยู่โรงพยาบาล หลังผ่าตัดใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ หลังถอดสายสวนออก ปัสสาวะ ได้เองปกติ สีเหลืองใส มีปัสสาวะแสบขัดเล็กน้อย ไม่มีท้องอืด
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง หลังผ่าตัด มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดแผลผ่าตัด แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง	สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง หลังผ่าตัด มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดแผลผ่าตัดมาก 1-2 วันหลังผ่าตัด นอนบนเตียงตลอด สามีต้องคอยดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	ก่อนการเจ็บป่วย นอนวันละ 6-7 ชั่วโมง หลับสนิท หลังเจ็บป่วย นอนหลับไม่สนิท เนื่องจาก	ก่อนการเจ็บป่วย นอนวันละ 6-8 ชั่วโมง หลับสนิท หลังเจ็บป่วย นอนหลับไม่สนิท วิตกกังวลมากเรื่องโรค

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินภาวะสุขภาพ ตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	วิตกกังวลเรื่องโรคและการไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อม ที่โรงพยาบาล	เมื่อทราบว่ามีก้อนที่เต้านม นอนไม่ค่อยหลับ ต้องใช้ยานอนหลับ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ขณะอยู่โรงพยาบาลตอนกลางคืนนอนหลับไม่สนิท นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ในสิ่งเร้าต่าง ๆ	การรับรู้เป็นปกติ สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารเข้าใจได้	การรับรู้เป็นปกติ สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารเข้าใจได้
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ก่อนการเจ็บป่วยร่างกายสมบูรณ์ สามารถทำงานได้ตามปกติ หลังการเจ็บป่วยวิตกกังวลกับการผ่าตัดในครั้งนี้ แต่คิดว่าคงเป็นเพราะกรรมเก่าที่ต้องชดใช้ แม้จะทำใจได้ยาก แต่ผู้ป่วยก็ปรับตัวโดยการสวดมนต์ก่อนนอน แผ่ส่วนบุญให้เจ้ากรรมนายเวร ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น	ก่อนการเจ็บป่วยร่างกายสมบูรณ์ สามารถทำงานได้ตามปกติ หลังการเจ็บป่วยวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยมาก ผู้ป่วยเล่าว่า เมื่อ คุณหมอแจ้งข่าวว่าป่วยเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยบอกว่าทำใจไม่ได้ ตกใจมาก กลัวรักษาไม่หาย ยังไม่อยากตาย รู้สึกหมดกำลังใจ รู้สึกว่าการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิตครอบครัว กลัวเป็นภาระกับสามี ลูกยังเล็กอยู่ หากตายไปใครจะดูแลลูก แต่เมื่อได้พูดคุยกับเพื่อนที่เป็นมะเร็งเหมือนกัน ทำให้เข้าใจโรคที่เป็นมากขึ้น ทำใจได้และยอมรับสภาพได้ ยอมรับกระบวนการรักษาและการผ่าตัด อยากผ่าตัดให้เร็วที่สุด
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	เป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิก 4 คน ประกอบด้วย น้องสาว ตนเอง และมีบุตร 2 คน รายได้ของครอบครัวมาจากการทำนาและรับจ้างทั่วไป มีที่นาเป็นของตนเอง รายได้เพียงพอ ทุกคนรักใคร่กันดี การเจ็บป่วยครั้งนี้ต้องพึ่งพาน้องสาวและลูกสาวมาดูแล	เป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิก 4 คน ประกอบด้วย ตนเองและสามี อาชีพทำธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย มีฐานะมั่นคง ครอบครัวรักใคร่กันดี มีลูก คน 2 การเจ็บป่วยครั้งนี้มีสามีมาดูแล
แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์การเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยเพศหญิง สูงอายุ สถานภาพสมรสหม้าย สามีถึงแก่กรรม เมื่อ 15 ปีก่อน การดำเนินชีวิตปกติ หลังเจ็บป่วยต้องการการกำลังใจจากลูกสาว	ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ วัยเจริญพันธุ์ การดำเนินชีวิต เพศสัมพันธ์ปกติ ต้องการกำลังใจจากสามี
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า เป็นคนใจเย็น พูดน้อย เวลามีปัญหาจะค่อยๆ คิดหาทางออกให้ตัวเอง เมื่อมีความเครียด จะสวดมนต์ไหว้พระ บางครั้งลูกสาวจะเป็นคนช่วยปลอบใจ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย จะปรึกษากับน้องสาวและลูกสาว	ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า เป็นคนใจร้อน มั่นใจในตัวเอง ตรงไปตรงมา เวลามีปัญหาจะคิดหาทางออกด้วยตัวเอง มีความเครียดและวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยมาก ทำใจไม่ได้ ไม่ยอมรับ ห่วงลูกที่ยังเล็ก นอนไม่หลับหรือหลับสะดุ้งตื่นกลางดึก ลูกขึ้นคลำก้อนที่เต้านมตัวเอง แต่เมื่อสามีและเพื่อนสนิทปลอบโยน ให้กำลังใจ และได้โทรปรึกษาหาเพื่อนที่เป็นมะเร็งเต้านม ทั้งได้กำลังใจจากทีมแพทย์ พยาบาล และศึกษา อ่านบทความจาก Google เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม สามารถรักษาให้หายได้ จึงคลายความวิตกกังวลลงได้บ้าง
แบบแผนที่ 11 คุณค่า ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาล เชื่อว่าการรักษาอย่างต่อเนื่องจำทำให้หายจากโรคได้	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาล เชื่อมั่นในการรักษาด้วยการผ่าตัดและกระบวนการรักษาจะทำให้หายเป็นปกติ

จากตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพ ตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน นำข้อมูลที่ได้รวบรวม มาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

ระยะการ เจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด	1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่เป็นกลัวรักษาไม่หาย 3. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากการผ่าตัดเต้านมออกทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ 4. เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด	1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่เป็นกลัวรักษาไม่หาย 3. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากการผ่าตัดเต้านมออกทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ 4. เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด
การพยาบาล ระยะหลังผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoventilation และ Hypoxia 2. เสี่ยงต่อการมีภาวะเลือดออก ภายใน 24 ชั่วโมงแรก 3. เสี่ยงต่อภาวะของเหลวคั่งใต้แผล(seroma) 4. เสี่ยงต่อภาวะข้อไหล่ติด (frozen shoulder) 5. เสี่ยงต่อภาวะแขนบวม(lymphedema) 6. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด 7. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 8. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoventilation และ Hypoxia 2. เสี่ยงต่อการมีภาวะเลือดออกภายใน 24 ชั่วโมงแรก 3. เสี่ยงต่อภาวะของเหลวคั่งใต้แผล (seroma) 4. เสี่ยงต่อภาวะข้อไหล่ติด (frozen shoulder) 5. เสี่ยงต่อภาวะแขนบวม(lymphedema) 6. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด 7. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 8. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด
การพยาบาล ระยะฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่อง	1. ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปเนื่องจากการผ่าตัดเต้านม	1. ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปเนื่องจากการผ่าตัดเต้านม

อภิปรายผล

จากผลการเก็บรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ได้ทบทวนแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านม แผนการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้สอดคล้องกับทฤษฎีโรคที่อธิบายว่า ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1, 2 และ 3A นั้น[2] การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นทางเลือกแรกสำหรับการรักษา และการผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานและนิยมในปัจจุบันมากที่สุดคือการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ตัดเฉพาะกล้ามเนื้อ pectorals minor ออก เพื่อทำให้เลาะต่อมน้ำเหลือง และไขมันที่รักแร้ได้ดีขึ้น โดยเก็บกล้ามเนื้อ pectoralis major และเส้นประสาท lateral pectoral nerve ไว้[3] ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกระยะทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ลดความวิตกกังวลและสามารถเผชิญกับการรักษา กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง

2. ด้านบริหารการพยาบาล ควรสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลเฉพาะสาขา

3. สนับสนุนการใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การส่งเสริม ป้องกันและการฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียเต้านมภายหลังการ ผ่าตัด มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. การประเมินเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. ตุลาคม2546
2. ภรณี เหล่าอิทธิ, นภา ปริญญานิติกูล.มะเร็งเต้านม: ระบาดวิทยา การป้องกันและแนวทาง การตรวจคัดกรอง.จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2559 ก.ย. – ต.ค.;60: 497 – 507
3. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2561[เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Breast%20Mass.html.
4. ประทุม สร้อยวงค์ และคณะ. (2560). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองใน ผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้าน. วารสารการพยาบาล, 32(4), 5-18.
5. ธีรวุฒิ คูหะเปรมะ. (2565). มะเร็งเต้านม อันดับ 1 ในหญิงไทย คัดกรอง รู้เร็ว รักษาทัน. เรียกใช้เมื่อ 4 ตุลาคม 2566 จาก https://www.bangkokbiznews.com/health/well being/1030790
6. ประทุม สร้อยวงค์ และคณะ. (2560). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองใน ผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้าน. วารสารการพยาบาล, 32(4), 5-18.
7. สมใจ ชาญวิเศษ, สุเมธ รินสุรงควงศ์, สมเกียรติโพธิสัตย์และคณะ. แนวทางการใช้เครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography) ในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านม. วารสารกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545; 27: 454-462.
8. วีรวุฒิ อิ่มสำราญ, อาคม ชัยวีระวัฒนะ, ดนัย มโนรมณ์ และสมชาย ธนะสิทธิชัย. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม. กรุงเทพ : โฆสิตการพิมพ์; 2560.

การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

Strengthening comprehensive of the Health Insurance Fund Committee at the local or area level. In the guidelines for providing health promotion services, disease prevention and rehabilitation according to the benefit package, Kamalasai District, Kalasin Province.

(Received: December 23,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

ณชรต เพชรภูกันดาน[1]
Nacharot Phetphukandan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 – เดือน ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 96 คน การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังดำเนินการความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 1 และ รุ่นที่ 2 อยู่ในระดับมากที่สุดและระดับความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างรุ่นที่ 1 กับ รุ่นที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกันและระดับความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 1 และ รุ่นที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีระดับความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

Abstract

This study was action research with the objective of studying knowledge and understanding of the Health Insurance Fund Committee at the local or area level. and enhancing knowledge and understanding of the Health Insurance Fund Committee at the local or area level. In the guidelines for providing health promotion services, disease prevention and rehabilitation according to the benefit package, Kamalasai District, Kalasin Province The research period is between October 2023 - December 2023, a total of 3 months. Sample size were 96 representatives of the Health Insurance Fund Committee at the local or area level. In the guidelines for providing health promotion services, disease prevention and rehabilitation according to the benefit package, Kamalasai District, Kalasin Province. Data were analysis by content analysis, average. standard deviation, frequency, percentage and Dependent t – test.

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

The results of the study found that after conducting knowledge and understanding of the Health Insurance Fund Committee at the local or area level. In the guidelines for providing health promotion services, disease prevention, and rehabilitation according to the benefit package, Kamalasai District, Kalasin Province, Generation 1 and Generation 2 are at the highest level and the level of knowledge and understanding of the Health Security Fund Committee at the local or area level. In the guidelines for providing health promotion services, disease prevention and rehabilitation according to the benefit package, Kamalasai District, Kalasin Province There is no difference between the 1st generation and the 2nd generation. Level of knowledge and understanding of the Health Insurance Fund Committee at the local or area level In the guidelines for providing health promotion services, disease prevention and rehabilitation according to the benefit package, Kamalasai District, Kalasin Province, 1st and 2nd generation, before and after the operation. There is a statistical significant difference at the .05 level. After the operation, there is a level of knowledge and understanding of the Health Insurance Fund Committee at the local or area level. In the guidelines for providing health promotion services, disease prevention and rehabilitation according to the benefit package, Kamalasai District, Kalasin Province than before operation

Keywords: Local or area health insurance funds

บทนำ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นับเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย มุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กรและภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผน และส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นอกจากมีเจตนารมณ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่แล้ว ยังสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง และการสร้างกลไกในสังคม ที่จะต้องเข้ามาร่วมแก้ปัญหาต่าง ๆที่มีผลต่อสุขภาพให้ลุล่วง

กองทุนหลักประกันสุขภาพ คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต โดยการมีกรอบใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที โดยในมาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คณะกรรมการหลักฯ) สนับสนุนประสาน และกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ประสานหารือการดำเนินงานกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในปี 2549 คณะกรรมการหลักจึงออกประกาศ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยในปีแรก สปสช. ร่วมกับ อบต. และเทศบาลนำร่อง ให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯ) รวม 888 แห่ง [5]

จากการศึกษาผลการดำเนินงานกองทุนหลักประก้นสุขภาพในระดับท้องถิ่นของอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า สภาพปัญหาในการดำเนินงาน ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับการขาดความรู้ความเข้าใจในการบริหารกองทุน คณะกรรมการกองทุนยังไม่สามารถบริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามตามเจตนารมณ์ ไม่สามารถส่งเสริมให้หลายภาคส่วนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอกมลาไสย ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ศึกษาการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
3. ศึกษาผลของการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ **มีวัตถุประสงค์เพื่อ**ศึกษาความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 – เดือน ธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ตำบลละ 12 คน 8 ตำบล จำนวน 96 คน โดยแบ่งเป็น 2 รุ่น ดังต่อไปนี้

รุ่นที่ 1 ประกอบด้วย ตำบลกมลาไสย ตำบลธัญญา ตำบลหลักเมือง และตำบลหนองแปน

รุ่นที่ 2 ประกอบด้วย ตำบลโพนงาม ตำบลเจ้าท่า ตำบลดงลิงและตำบลโคกสมบูรณ์

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอน ในการการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นดังนี้ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน กลุ่มเด็กเล็ก(เด็กแรกเกิด ถึงต่ำกว่า 6 ปี) กลุ่มเด็กโต (อายุ 6 ปี ถึงอายุต่ากว่า 25 ปี) กลุ่มผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป) กลุ่มที่มีอาชีพเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ทดสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอฆ้องชัย จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .900

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กำหนดกิจกรรมในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ดำเนินการตามกิจกรรมในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

4. ประเมินผลความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ สถิติอนุมานในการเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ได้แก่ Dependent t – test

ผลการวิจัย

1. ความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 1 และ รุ่นที่ 2 ก่อนดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุดและระดับความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างรุ่นที่ 1 กับ รุ่นที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน

2. การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นดังนี้ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน กลุ่มเด็กเล็ก(เด็กแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 ปี) กลุ่มเด็กโต (อายุ 6 ปี ถึงอายุต่ากว่า 25 ปี) กลุ่มผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป) กลุ่มที่มีอาชีพเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ

3. ระดับความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างรุ่นที่ 1 กับ รุ่นที่ 2 หลังดำเนินการ ไม่มีความแตกต่างกัน

4. ระดับความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 1 และ รุ่นที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีระดับความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนการดำเนินงาน รายละเอียดดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 1 ก่อนและหลังการดำเนินการ (dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	2.94	0.48	4.83	0.28	47	-17.759	.000	-2.10595	-1.67738
กลุ่มเด็กเล็ก	2.97	0.29	4.81	0.21	47	-26.482	.000	-1.97901	-1.69956
กลุ่มเด็กโต	2.93	0.28	4.83	0.18	47	-30.547	.000	-2.02923	-1.77846
กลุ่มผู้ใหญ่	2.95	0.25	4.81	0.19	47	-30.475	.000	-1.98489	-1.73907
กลุ่มผู้พิการ	2.98	0.36	4.80	0.22	47	-22.245	.000	-1.96732	-1.64101
รวม	2.96	0.17	4.82	0.12	47	-46.856	.000	-1.94006	-1.78032

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินการ (dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	2.96	0.54	4.81	0.32	47	-15.557	.000	-2.11746	-1.63254
กลุ่มเด็กเล็ก	2.99	0.29	4.81	0.20	47	-26.583	.000	-1.95927	-1.68358
กลุ่มเด็กโต	2.99	0.28	4.80	0.19	47	-27.503	.000	-1.94508	-1.67992
กลุ่มผู้ใหญ่	2.95	0.27	4.82	0.19	47	-29.377	.000	-1.99088	-1.73569
กลุ่มผู้พิการ	3.00	0.27	4.80	0.18	47	-44.544	.000	-1.90477	-1.74015
รวม	2.98	0.18	4.81	0.12	47	-62.535	.000	-1.91036	-1.79128

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 1 และ รุ่นที่ 2 ก่อนดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง และระดับความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างรุ่นที่ 1 กับรุ่นที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกันกับการศึกษาของทรงวิทย์ ศรีคา (2564)[2] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า ความพร้อมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย = 3.24, S.D. = 0.75) และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณศรี เทียนกิ่งแก้ว.(2564)[7] ได้ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ผลการวิจัย การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 3.65, S.D. = 0.68) ดังนั้น จึงได้จัดทำการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ

ท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นดังนี้ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน กลุ่มเด็กเล็ก(เด็กแรกเกิด ถึงต่ำกว่า 6 ปี) กลุ่มเด็กโต (อายุ 6 ปี ถึงอายุต่ำกว่า 25 ปี) กลุ่มผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป) กลุ่มที่มีอาชีพเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ เป็นไปตามแนวทางการใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพ [6] ส่งผลให้ความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 1 และ รุ่นที่ 2 หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุดและระดับความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างรุ่นที่ 1 กับ รุ่นที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกันและระดับความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 1 และ รุ่นที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีระดับความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ เอียนรัมย์ และคระ (2558)[4] ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเมืองฝาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพสูงขึ้นโดย ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ด้านการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ด้านความพึงพอใจต่อการดาเนินงานกองทุนเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ 4 ประการคือ การสร้างภาคีเครือข่าย การสร้างความรู้ความเข้าใจ การประชาสัมพันธ์ และการติดตามและการรายงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปถภณ พิริยะ และคณะ (2560)[3] ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษา พบว่าบริบทของพื้นที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมวางแผนร่วมปฏิบัติงานและร่วมประเมินผลการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น มีกระบวนการ 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ที่ทำการวิจัย 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผน 5) นิเทศและติดตามผล 6) ประเมินตนเอง 7) จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 8) เปรียบเทียบผลของกระบวนการ 9) วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค ผลการพัฒนาดังกล่าว ทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมิน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี ส่งผลให้คณะกรรมการบริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p-value<0.05) โดยสรุป ได้ผลว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ช่วยให้กระบวนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พัฒนาเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีศักยภาพดีนั้น ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน, สมรรถนะของคณะกรรมการบริหารกองทุนและ

คณะอนุกรรมการกองทุน, การเสริมสร้างให้เกิดพลังสุขภาพของชุมชนและการสร้างขวัญกำลังใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นดังนี้ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน กลุ่มเด็กเล็ก(เด็กแรกเกิด ถึงต่ำกว่า 6 ปี) กลุ่มเด็กโต (อายุ 6 ปี ถึงอายุต่ำกว่า 25 ปี) กลุ่มผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป) กลุ่มที่มีอาชีพเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ

2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์จากการดำเนินงานเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2553.คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

2.ทรงวิทย์ ศรีคา.(2564). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำ นักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีที่ 5 ฉบับที่ 10 : เมษายน 2564 - กันยายน 2564. 23 – 34

3.ปถภณ พิริยะ กัลยา หาญพิชาญชัย กฤษณ์ ขุนลึก.(2560). การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 69 - 79

4.สุภาภรณ์ เอียนรัมย์ เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และกระจ่าง ตลับนิล.(2558). การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตาบลเมืองฝาง อาเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2558 10 - 22

5.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).(2561). คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ พ.ศ. 2561). กรุงเทพ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์

6.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).(2565). คู่มือผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ. ออนไลน์ https://www.nhso.go.th/page/coverage_rights_health_enhancement

7.อรุณศรี เทียนกิ่งแก้ว.(2564). ประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 57-85

8.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. (2550). การวิจัยนโยบายสาธารณะกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น. พิมพลักษณ์, กรุงเทพ ฯ พี เอ ลีฟวิ่ง.

9.วรรณา ทองกาวแก้ว. (2554). การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของประชาชนในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดยะลา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

10.นพดล พรมรักษา. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่.

11.วันชัย สุราเสถียรกุล. (2557). ประสิทธิผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 11(3), 14-17.

12.ศรศักดิ์ บุญมั่น. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ท้องถิ่นจังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

13.อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ และคณะ. (2564). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ (long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559. [อินเทอร์เน็ต]; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1552463947-147_0.pdf.

14.Best, J.W. (1977). Research in Education. 3rd Ed., N.J.: Englewood Cliffs Prentice-Hall.

การพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา

Nursing care of hemodialysis patients with acute myocardial infarction: a case study

(Received: December 23,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

รัชดา จึงธนวงศ์[1]
Ratchada Jungtanawong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทยอายุ 46 ปี เป็นโรคไตวายเรื้อรังประมาณ 10 ปีทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้ง/สัปดาห์ที่โรงพยาบาลอ่างทอง เข้ารับการรักษาวันที่ 7 กันยายน 2566 ด้วยอาการสำคัญ ไม่รู้สึกตัว เหนื่อย แน่นหน้าอก 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ใส่ท่อช่วยหายใจและทำการฟื้นคืนชีพประมาณ 3 นาที วินิจฉัย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษา: หลังย้ายเข้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ส่งฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฟอกเลือดแบบยืดระยะเวลา (SLED) ระยะก่อนฟอกเลือด มีภาวะพร่องออกซิเจน มีความกลัว/กังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง ระยะฟอกเลือด เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เสี่ยงการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ระยะหลังฟอกเลือด นาน 6 ชั่วโมง เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกสายสวนหลอดเลือดดำหลังแทงเส้นใหม่ มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายต่ำ ได้รับการฟอกเลือดจำนวน 3 ครั้ง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลจนอาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายวันที่ 16 กันยายน 2566 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 9 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for hemodialysis patients with acute myocardial infarction. Thai male patient, age 46 years, with chronic kidney failure for approximately 10 years, undergoing hemodialysis 3 times/week at Angthong Hospital was admitted for treatment on 7 September 2023 with significant symptoms of being unconscious, tired, and tight in the chest 30 minutes before coming to the hospital. The patient was intubated and resuscitated for approximately 3 minutes. The patient was diagnosed as ST-segment elevation myocardial infarction with congestive heart failure.

Results: The patient was sent for hemodialysis using a hemodialysis machine. Extended duration hemodialysis (SLED). Period before dialysis, the patient had oxygen deficiency, fear and worry due to serious illness. During the dialysis period, patients had a risk for low blood pressure while on dialysis, a risk of arrhythmias and acute myocardial infarction, a risk of slippage of the endotracheal tube. Post-dialysis period lasts 6 hours, patients had a risk for intravenous catheter bleeding after inserting a new line, low mineral salts in the body, dialysis 3 times with no complications. The patient received care until his condition improved and was discharged on 16 September 2023, totaling 9 days of hospital treatment.

Keywords: nursing, hemodialysis, acute myocardial infarction

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่พบกันอย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยร้อยละ 90 มักเกิดจากหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจแข็งตัวหรือมีไขมันเกาะที่ผนังของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง ปริมาณเลือดแดงผ่านได้น้อยทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและหากหลอดเลือดตีบแคบลงจนอุดตันจะ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลอ่างทอง

ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ซึ่งเป็น 1 ในสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุดในโลกรองจากอุบัติเหตุและมะเร็ง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือดเฉียบพลัน แบงตามลักษณะอาการทางคลินิกปน 3 กลุม คือ 1) Unstable angina (UA) 2) ST- Elevation Myocardial infarction (STEMI) 3) Non-ST-Elevation myocardial infarction (Non Q-wave MI หรือ NSTEMI) จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี 2564 พบผู้เสียชีวิตทั่วโลกด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization, 2022) นอกจากนี้พบว่าประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสามในสี่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะยังพบได้น้อยเมื่อเทียบกับวัยอื่น แต่มีแนวโน้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มสูงขึ้น โดยพบในผู้ป่วยที่มีอายุ 30-34 ปี เพศชาย 12.9 ต่อประชากร 1,000 คน และเพศหญิง 2.2 ต่อประชากร 1,000 คน และในผู้ป่วยที่มีอายุ 35-44 ปี เพศชาย 38.2 ต่อประชากร 1,000 คน และเพศหญิง 5.2 ต่อประชากร 1,000 คน

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น โดยในปี 2560-2562 พบอัตราป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 501.41, 501.91 และ 535 ตามลำดับ และในปี 2562 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 31 (ทิพย์สุดา พรหมดนตรี และคณะ, 2566) สำหรับโรงพยาบาลอ่างทองตั้งแต่ปี 2562-2564 พบจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 513 ราย, 573 ราย และ 541 ราย ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิต 16.43, 15.43, 15.37 ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวมีภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังร่วมด้วยส่วนหนึ่งต้องรับการบำบัดด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอื่น มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะขณะฟอกเลือด และหัวใจล้มเหลวจากการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด เป็นภาวะที่พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 5-75 ซึ่งความผิดปกติที่พบบ่อย ได้แก่ ventricular arrhythmias, ectopic cardiac contraction และ atrial fibrillation พยาบาลหน่วยงานไตเทียมจึงมีบทบาทสำคัญต้องมีความรู้ ความเข้าใจนับตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือด ขณะฟอกเลือด และหลังการฟอกเลือด โดยการใช้กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 46 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอ่างทอง วันที่ 7 กันยายน 2566

อาการสำคัญ

ไม่รู้สึกตัว เหนื่อย แน่นหน้าอก 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ไม่รู้สึกตัว เหนื่อย แน่นหน้าอก ญาตินำส่งโรงพยาบาล ถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวใจหยุดเต้น แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและทำการฟื้นคืนชีพประมาณ 3 นาที คลำชีพจรได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคไตวายเรื้อรังประมาณ 10 ปีทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้ง/สัปดาห์ที่โรงพยาบาลอ่างทอง (จันทร์ พุธ ศุกร์)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

BUN 70 mg/dl, Cr 11.09 mg/dl, eGFR 4.90 ml/min, Hct 26%, Na 140 mEq/L, K 4.7 mEq/L, Cl 102 mEq/L, HCO2 18 mEq/L, Troponin T > 2,000 ng/L

ผล EKG ST depress V1-V2

การวินิจฉัย

ST- Elevation Myocardial infarction (STEMI)

แผนการรักษาของแพทย์

On Ventilator ให้ยาละลายลิ่มเลือด ASA (81) 1 tab oral OD pc Plavix (25) 1 tab oral OD pc

ส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรมโรคไต ส่งฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฟอกเลือดแบบยืดระยะเวลา (SLED) และใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหม่

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

1. รูปร่างทั่วไป: รูปร่างท้วม บวมทั่วตัว น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร

2. สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 167/83 มิลลิเมตรปรอท

3. ระบบประสาท: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้

4. ผิวหนัง: ผิวสีขาวซีด ผิวแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ดูซีด

5. ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำ ไม่มีบาดแผล ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาบวม ใบหน้าบวม มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ริมฝีปากแห้ง ใส่ท่อช่วยหายใจ

6. ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจเหนื่อยเป็นพัก ๆ อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที มีเสียง Crepitating 2 ข้างเล็กน้อย

7. หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 60-64 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ

8. ช่องท้องและทางเดินอาหาร: ท้องแบนราบ ไม่มีบาดแผล

9. กล้ามเนื้อและกระดูก: โครงสร้างร่างกายปกติ แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักหรือผิดรูป Motor power grade 5

ปัญหาการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

ระยะก่อนฟอกเลือด

วันที่ 8 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาโดยรถนอนพร้อมพยาบาลหอผู้ป่วย ถึงหน่วยไตเทียมเวลา 08.00 น. ระยะก่อนฟอกเลือดประเมินสภาพผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ ดูซีด บวม 2+ ใส่ท่อช่วยหายใจ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ Nurse station ดูแลตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที การหายใจหอบเหนื่อย 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 167/84 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 95% ฟังเสียงปอดมีเสียง Crepitation ที่ด้านล่างปอดทั้งสองข้าง หลังจากที่ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสายสวนหลอดเลือดดำขาดเลือด จึงต้องเปลี่ยนเส้นใหม่ ดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำ (doublelumen catheter) โดยการเตรียมทางด้านร่างกายผู้ป่วย 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ตรวจร่างกายบริเวณที่จะใส่สายสวน หลอดเลือดดำ 2) ติดตามผลการตรวจต่างๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์ก่อนได้รับการใส่สายสวน หลอดเลือดดำ คือ CBC, coagulation Anti-HIV ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เตรียมทางด้านจิตใจ 1) ประเมินสภาพจิตใจและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนทำ หัตถการ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่ใกล้ชิด เพื่อให้เข้าใจถึงข้อบ่งชี้ของการใส่สาย แนวทางการปฏิบัติตัว ในขณะที่มีสายสวนหลอดเลือดดำ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ซักถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน 2) การให้การยินยอมเซ็นใบแสดง

เจตนาการตรวจรักษาโดยวิธีทำหัตถการ ช่วยเหลือแพทย์ขณะใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัวสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการเต้นหัวใจ ค่าความอิ่มของออกซิเจน และติดตาม ECG ระหว่างดูแลผู้ป่วยระยะก่อนฟอกเลือดพบปัญหาการพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจลดลงจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยเหนื่อย แน่นหน้าอก 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล 2. ST depress V1-V2 3. Troponin T > 2,000 ng/L	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะพร่องออกซิเจน โดยสังเกตอาการและอาการแสดง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง รายงานแพทย์ทันที 2. ดูแลให้ออกซิเจนและเครื่องช่วยหายใจตามความต้องการของร่างกายเพื่อช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะ วัดและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะทุก 1-2 ชั่วโมง สังเกตอัตราความลึก ลักษณะของการหายใจ 4. สังเกตอาการเขียว การขยายของทรวงอก อย่างสม่ำเสมอ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนทางปลายนิ้วทุก 30 นาที 5. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ **การประเมินผล** ก่อนฟอกเลือด ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 157/84 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 96-97%
ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื่องจากต้องมีการใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหม่ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. หลังจากที่ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสายสวนหลอดเลือดดำขาดเลือด 2. ญาติไม่เข้าใจว่าทำไมต้องใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหม่	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหม่ เนื่องจากภายหลังที่ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสายสวนหลอดเลือดดำขาดเลือดไปด้วย 2. ดูแลผู้ป่วยในการใส่สาย Vascular access ชนิด Double lumen catheter ทาง femoral vein 3. ภายหลังอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เซ็นยินยอมในการใส่สาย Double lumen catheter และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4. ช่วยแพทย์ในการใส่ Double lumen catheter 5. หลังจากใส่สาย Double lumen catheter สังเกตภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เลือดออก มีก้อนเลือดบริเวณที่แทงสาย ตรวจสอบคลำบริเวณคอด้านขวา ประเมิน Subcutaneous emphysema และติดตามผล Film chest เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Pneumo-Hemothorax ซึ่งไม่พบภาวะดังกล่าว **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์
ระยะฟอกเลือด **ปัญหาที่ 3** เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขณะฟอกเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีภาวะ ST- Elevation Myocardial infarction (STEMI) 2. ST depress V1-V2 3. Troponin T > 2,000 ng/L 4. ขณะฟอกเลือดการดึงน้ำออกจากร่างกาย จะส่งผลให้มีการ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของอาการเจ็บหน้าอก 2. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 3. ตรวจสอบวัดสัญญาณชีพใกล้ชิด Monitor NIBP ทุก 15 นาที เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 4. ตรวจสอบฟองอากาศอุดตันในหลอดเลือด โดยตรวจสอบความถูกต้องของการใส่ air detector ในระบบดักจับฟองอากาศในวงจรไตเทียม หากเกิดฟองอากาศอุดตันในหลอดเลือด วางแผนการแก้ไขทันทีโดย - Clamp สายส่งเลือดดำ หยุด blood pump และหยุดการฟอกเลือดทันที - ปลดสายส่งออกจากตัวผู้ป่วยทั้งสองสาย (disconnect blood line)

เปลี่ยนแปลงของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือดเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้	- ดูดอากาศออกจากสาย double lumen ทั้งสองสาย ให้เร็วและมากที่สุดที่สามารถทำได้ - รายงานแพทย์ให้ทราบทันที พร้อมเตรียมรถฉุกเฉินและ การช่วยฟื้นชีวิตถ้าอาการรุนแรงขึ้น ทำการคืนเลือดให้กลับผู้ป่วย 5. ลด blood flow rate ลง หรือลดอัตราการดึงน้ำลง ใช้ตัวกรองที่มีความจุน้อย ใกล้เคียงกับระดับโซเดียมในเลือด 6. ฟอกเลือดแบบยืดระยะเวลา (SLED) ระยะเวลานาน 6 ชั่วโมง **การประเมินผล** ระดับความรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีภาวะ Cyanosis ปลายมือปลายเท้าแดงดี ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ sinus tachycardia rate 100-106 /min O_2 saturation 98-99%
ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ก่อนฟอกเลือดวัดความดันโลหิต 187/83 มิลลิเมตรปรอท 2. ขณะฟอกเลือดวัดความดันโลหิต 20 นาทีแรก 155/98-170/103 มิลลิเมตรปรอท	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ตรวจสอบน้ำยาล้างไต หลีกเลี่ยงน้ำยาล้างไตที่มีความเข้มข้นของโซเดียมสูงตามแผนการรักษา คือ ใช้น้ำยาล้างไต Dialysate และปรับ Na ให้ใกล้เคียงกับผลเลือด Na กับผู้ป่วย 2. อธิบายให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ จากความดันโลหิตสูงหรือต่ำเกินไป เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน หน้ามืดคล้ายเป็นลม หากมีอาการดังกล่าวแจ้ง ส่งสัญญาณให้เจ้าหน้าที่ทราบทันที 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ตลอดขณะรับการฟอกไต 4. สังเกตและบันทึกอาการทางระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงทุก 15 นาที 5. เมื่อเริ่ม stat HD ความดันโลหิต 168/97 มิลลิเมตรปรอท สอบถามอาการผู้ป่วยมีอาการมึนศีรษะเล็กน้อย ไม่มีตาพร่ามัว วัดความดันโลหิตซ้ำใน 15 นาที ความดันโลหิต 177/110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ทราบสังเกตอาการและระดับความดันโลหิตต่อเนื่อง 6. เมื่อสิ้นสุดการฟอกเลือด ตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำ และประสานกับหอผู้ป่วยอายุรกรรมในการสังเกตอาการต่อเนื่อง **การประเมินผล** ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง อาการปวดมึนศีรษะทุเลา ระดับความดันโลหิต Systolic BP 140-156 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิต Diastolic BP 87- 90 มิลลิเมตรปรอท
ปัญหาที่ 5 เสี่ยงการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจต่อ Ventilator 2. มีการเคลื่อนย้ายขึ้น ลง เตียง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. หลังย้ายผู้ป่วยขึ้นเตียงเพื่อฟอกไต ตรวจสอบตำแหน่งและระดับความลึก เทียบกับบันทึกของผู้ป่วย 2. เปลี่ยนพลาสเตอร์ที่มุมปากใหม่บริเวณที่มีการเปื้อนของน้ำลาย และผูกด้วยผ้าก็อสให้กระชับ 3. ก่อนฟอกไตชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบ วิธีขั้นตอนการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือ 4. จัดท่าผู้ป่วยวางท่อต่างๆ ให้อยู่คนละแนวกับเครื่องฟอกไต 5. ตรวจสอบฟังเสียงปอดอีกครั้งหลังจัดท่าเพื่อตรวจสอบตำแหน่ง 6. ดูแลดูดเสมหะ ตรวจสอบท่อช่วยหายใจว่ามีการเลื่อนหลุดหรือไม่ **การประเมินผล** ไม่พบการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่ง 22 cm มุมปาก
ระยะหลังฟอกเลือด **ปัญหาที่ 6** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่าย และเลือดออกจากสายสวนหลอดเลือดดำ เนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ASA (81) 1 tab oral OD pc Plavix (25) 1 tab oral OD pc	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. เมื่อถอดเข็มออกจากผู้ป่วยแล้ว ใช้ผ้าก๊อซสะอาดปราศจากเชื้อกดบริเวณเข็ม จนกว่าแน่ใจว่าไม่มีเลือดออก 2. ประเมินการมีเลือดออกผิดปกติของผู้ป่วยและบันทึกอาการสำคัญ ได้แก่ การอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด สังเกตรอยช้ำจ้ำเลือดต่างๆ จนระยะสิ้นสุดการฟอกเลือด 3. หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหรือผิวหนังโดยไม่จำเป็น 4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hct ค่าเกล็ดเลือด 5. ดูแลให้เลือดชนิด PRC 2 unit ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการผิดปกติ

2. PT 12.7 sec, INR 1.08, PTT 25.1 sec	6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ การอาเจียน หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด สังเกตรอยช้ำจ้ำเลือดต่างๆ 7. ประสานงานหอผู้ป่วยในการให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารต่อเนื่อง ได้แก่ Omeprazole 40 mg iv OD **การประเมินผล** ไม่มีเลือดออกจากสายสวนหลอดเลือดดำ และอวัยวะต่างๆ
ปัญหาที่ 7 มีภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่เนื่องจากการฟอกเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** Na 149 mEq/L, K 4.7 mEq/L, Cl 103 mEq/L, HCO2 18 mEq/L (ฟอกเลือดครั้งที่ 2)	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสภาพร่างกาย โดยการฟังสียงปอด หาเสียงผิดปกติ เช่น กรอบแกรบ สังเกตอาการบวมบริเวณใบหน้า มือ เท้า และก้นกบ 2. ประเมินปริมาณน้ำที่ถูกดึงออก 3. สอบถามอาการผิดปกติจากผู้ป่วย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียน หรือเจ็บอก ปวดหลัง อาการเหงื่อออก กระสับกระส่าย 4. ตรวจเลือดเพื่อหาค่าของเสีย อิเล็กโทรไลต์ ฮีมาโตคริต ตามแผนการรักษา **การประเมินผล** ปลอดภัยจากภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ Na 142 mEq/L, K 4.5 mEq/L, Cl 100 mEq/L, HCO2 18 mEq/L
ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยวิตกกังวลและท้อแท้เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยบ่นนอนไม่หลับ เบื่อที่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อยๆ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกออกมา 2. ประเมินระดับความกลัวและวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต กิจกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยน การรับรู้ของผู้ป่วย และครอบครัวในเรื่องการเปลี่ยนแปลง และความต้องการการช่วยเหลือ 3. พูดให้กำลังใจ รับฟังและดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ แนะนำให้รู้จักผู้ป่วยที่รักษามาก่อนและยังมีสุขภาพแข็งแรง 4. สร้างความสัมพันธ์ ปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ให้เบอร์ โทรศัพท์ติดต่อพยาบาลเมื่อมีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ 5. วางแผนการพยาบาล เพื่อประคับประคองผู้ป่วย อธิบาย และตอบคำถามของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อคลายความวิตกกังวล 6. ตอบคำถามเกี่ยวกับความกลัวต่อสิ่งต่างๆ และความกลัวต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยความจริงใจและมีเหตุผล 7. อธิบายถึงความก้าวหน้าในการตรวจสัญญาณชีพ จำนวนปัสสาวะที่ออกมาให้ผู้ป่วยทราบทุกระยะ 8. ให้ผู้ป่วยได้กำหนดควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์ 9. ทบทวนและแนะนำการบริโภคอาหารและน้ำ โดยชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นของการจำกัดอาหาร และน้ำตามแผนการรักษา 10. ทบทวนและอธิบายการสังเกตอาการภายหลังฟอกเลือดที่มีโอกาสเกิดหลงเหลืออยู่ 1) อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นลมหน้ามืดง่าย เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยมีความรู้สึกร่างกายแห้งเกินไปจากภาวะขาดน้ำ การรับประทานยาความดันที่ไม่เหมะสม ขนาดยามากเกินความจำเป็น หรือมีโรคหัวใจ 2) อาการแขนขาชา หรือไม่มีแรง อาจเกิดจากมีปริมาณของโพแทสเซียมภายในกระแสเลือดสูง หรือต่ำเกินไป หรืออาจเป็นโรคระบบประสาทและสมอง เช่น เส้นโลหิตในสมองแตก ตีบ หรืออุดตัน 3) ภาวะน้ำท่วมปอด เกิดจากมีน้ำส่วนเกินคั่งที่ปอด จะมีอาการเหนื่อยหอบ ไอ นอนราบไม่ได้ ถ้ามีอาการมาก ๆ จะไอจนถึงขั้นมีเสมหะฟองสีชมพูเหนื่อยหอบมากจนถึงขั้นทำให้เกิดหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยควรรีบติดต่อและเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลทันที 4) อาการชักเกร็งถึงหมดสติ อาจเป็นโรคปัจจุบันของสมองหรือหัวใจ ควรรีบนำส่งโรงพยาบาล ที่ใกล้บ้านที่สุดทันที

	5) อาการเจ็บหน้าอก เสียดร้าวไปที่กรามแขนซ้ายหรือหลังอาจเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ต้องพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านทันทีเพื่อตรวจรักษาอย่างเร่งด่วน **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติสามารถวางแผนปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตได้ เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ

จากการติดตามผู้ป่วย ได้รับการฟอกเลือดจำนวน 3 ครั้ง หลังการฟอกเลือดครั้งที่ 3 off ET-tube On O_2mask with bag 10 LPM หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก EKG normal sinus rate 78 ครั้ง/นาที ภายหลังการฟอกเลือด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลจนอาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายวันที่ 16 กันยายน 2566 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 9 วัน

อภิปรายผล

กรณีศึกษารายนี้เป็นโรคไตเป็นระยะเวลานานจนไตเสื่อมไม่สามารถขับของเสีย และสารพิษออกจากร่างกายได้ นำไปสู่ภาวะมีของเสียและสารพิษคั่งค้างในร่างกายเป็นสาเหตุทำให้หัวใจทำงานได้ไม่ปกติเกิดโรคหัวใจได้ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง[7] ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงก่อนพิจารณาเริ่มการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยควรได้รับออกซิเจนขณะฟอกเลือด กำหนดอัตราการดึงน้ำในแต่ละครั้งให้เหมาะสม เฝ้าระวังอาการเจ็บแน่นหน้าอก พิจารณาให้การติดตาม EKG ขณะฟอกเลือด หยุดการฟอกเลือดทันที และคืนเลือดให้ผู้ป่วย[3] หากผู้ป่วยมีสัญญาณชีพไม่คงที่ หรือ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่สงสัยว่าเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงติดต่อกันมากกว่า 20 นาที และให้การดูแลรักษาตามแนวทางที่เหมาะสมต่อไป โดยวัดสัญญาณชีพ ตรวจดูระดับความรู้สึกตัว วัดค่าออกซิเจนในเลือดโดย Oximeter หากความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg ชีพจรเร็วกว่า 150 ครั้งต่อนาที การหายใจช้ากว่า 8 ครั้งต่อนาที ซึมลง ปลุกตื่นยาก Oxygen saturation < 95% คืนเลือดกลับ หยุดการฟอกเลือด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ใช้การฟอกเลือด เป็นช่วงแบบยืดระยะเวลา (Sustained low efficiency hemodialysis, SLED) ใช้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตค่อนข้างต่ำ หรือมีแนวโน้มจะเกิดความไม่เสถียรของระบบไหลเวียนโลหิตระหว่างการฟอกเลือดชนิด intermittent hemodialysis หรือมีปริมาณสารน้ำเกินมากแต่ไม่สามารถกำจัดได้ด้วยการฟอกเลือดระยะสั้นได้ เป็นการฟอกเลือดอย่างน้อยครั้งละ 8 ชั่วโมง ใช้ขนาดตัวกรองเล็ก ไม่ต้องอาศัยอัตราการไหลของเลือดสูงจึงทำให้มีความเสถียรของระบบไหลเวียนโลหิตดีกว่าวิธีปกติ ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแผนการรักษา ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน[2]

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริม health literacy ในผู้ป่วย NCD ให้เกิดความรู้ ความตระหนักในการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2. การให้ความรู้เชิงรุกในชุมชน โดยการให้ความรู้เรื่องโรค การเกิดภาวะไตวายระยะแรก ให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองมากขึ้น

3. ควรส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานหน่วยไตเทียม ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการประเมิน ให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ครอบคลุมทุกระยะในการเข้ารับการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1.ทิพย์สุดา พรหมดนตรี, จินตนา ดำเกลี้ยง และวิภา แซ่เซี้ย. (2566). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ; 43(1): 27-39.

2.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด.

3.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2557). ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. โรงพิมพ์ เดือนตุลา

4.สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุง ปี 2557. ศรีเมืองการพิมพ์.

5.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). Dialysis Review for Nurse 2017. กรุงเทพเวชสาร.

6.อาคม นงนุช, ขจร ตีรณธนากุล, คงกระพัน ศรีสุวรรณ, วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2564). Essentials in Hemodialysis. พิมพ์ครั้งที่ 4. บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

7.World Health Organization. (2022). Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva: World Health Organization; 2019. Available from: https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds).

8.Wayunah W. (2022). Self–Efficacy and Compliance Fluid Intake Restriction as a Determinant of The Interdialytic Weight Gain (IDWG) Level. Journal of Nursing Care; 5(1): 21–29.

9.Ying Liu et.al. (2020). The profile of Timing Dialysis Initiation in Patients with End–stage renal Disease in China: A Cohort Study. Kidney Blood Pressure Research; 45: 180– 93.

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากของเสียคั่งในเลือดสูง

Start hemodialysis nursing care in ESRD with uremic encephalopathy: 2 Case study

(Received: December 28,2023 ; Revised: December 29,2023 ; Accepted: December 30,2023)

พิกุล ศรีโยวงค์[1]
Pikun Sreyowong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากของเสียคั่งในเลือดสูง ที่มารับบริการที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่การให้ข้อมูล การเตรียมผู้ป่วย ในระยะก่อนการฟอกเลือด การติดตาม การเฝ้าระวังความเสี่ยง การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนในขณะและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาล ใช้เครื่องมือการบันทึกการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนันดา ในการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's needs or problems) มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิกเกี่ยวกับ บุคคล ครอบครัวหรือชุมชนที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ ใช้กรอบแนวคิดแบบ ประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ และใช้ทฤษฎีการ พยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้ในการผู้แลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มี Hypertension post Hemodialysis ไม่ปวดศีรษะ หลังได้ Antihypertensive drug สามารถ control BP ได้ ใน 2 วัน Off Nicardipine 4 สิงหาคม 2565 ผู้ป่วยรายที่ 2 Post Hemodialysis ยังมีไข้ ญาติให้ประวัติ มีชัก ประมาณ 3 นาที 1 ครั้ง หายเอง ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผล CT brain 24/4/65 no ICH no infraction หลังฟอกเลือด ครั้งที่ 3 อาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีอาการชักซ้ำ

คำสำคัญ: โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, ของเสียคั่งในเลือดสูง

ABSTRACT

This study was two case studies aimed to study care and nursing of patients with end-stage renal disease who were starting hemodialysis using hemodialysis machines due to high levels of urea in the blood. Who come to receive services at the hemodialysis unit of Maha Sarakham Hospital since giving information on patient preparation in the pre-dialysis period, monitoring and monitoring of risks preventing and correcting complications during and after hemodialysis. Patient information, relatives, medical records, and hospital statistics are collected. Use nursing recording tools to define nursing diagnosis using Nanda's nursing theory in bringing the health needs or problems of the client (Client's needs or problems) into writing clinical nursing diagnoses about individuals, families, or communities responding to health problems. Use the concept of Gordon's 11 health assessments used to assess health status and use the theory of Nursing according to Orem's concept applied to patient caretakers to provide patients who come to receive hemodialysis services using hemodialysis machines to receive care according to nursing standards safe from complications have good health and quality of life.

The results of the study found that Patient 1 had Hypertension post Hemodialysis, no headache after receiving Antihypertensive drug, able to control BP in 2 days. Off Nicardipine 4 August 2022. Patient 2 Post Hemodialysis still had a fever. Relatives gave a history of having approximately 3 seizures. Minutes 1 time, it disappeared on its own. Follow up and

[1] พยบ. โรงพยาบาลมหาสารคาม

evaluate the patient's condition closely. Results of CT brain 24/4/65 no ICH no infraction. After the 3rd time of hemodialysis, general symptoms improved. There were no repeated seizures.

Keywords: End stage renal disease, Hemodialysis, Uremic encephalopathy

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage-renal-disease: ESRD) จัดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนไทยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำเมื่อเทียบกับ โรคเรื้อรังอื่น ๆ โรคไตวายเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตทำงานบกพร่อง เนื่องจากเนื้อไตถูกทำลายไปบางส่วนและไม่สามารถรักษา ให้กลับมามีสภาพเดิมได้ ทำให้เนื้อไตส่วนที่เหลือต้องทำหน้าที่ชดเชยการทำงานในส่วนที่สูญเสียไปมากขึ้น[1] การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีที่ประชากรไทยเลือกมากที่สุด[2] เนื่องจากไม่ต้องทำเอง และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเหมือนช่วงที่ผ่านมา

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้กำหนดข้อบ่งชี้ของการเริ่มทำการล้างไต (Dialysis) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) $\leq$ 6 ml/min/1.73m^2 และไม่พบสาเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมชั่วคราว โดยอาจมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังก็ได้ หรือเมื่อ eGFR $\geq$ 6 ml/min/1.73m^2 ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำและโซเดียมเกินจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ ระดับโปแตสเซียม หรือฟอสเฟตในเลือดสูง เลือดเป็นกรด เยื่อหุ้มปอด หรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย เป็นต้น[3] ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ส่วนใหญ่จะมีอาการของเสียคั่ง จนเกิดภาวะทางสมอง ที่รียกว่า uremic encephalopathy รวมทั้งอาการของความรู้สึกตัวไม่ชัดเจน รูปแบบการนอนหลับที่ผิดปกติ tremor, asterixis และแม้กระทั่งอาการโคม่าและเสียชีวิต[4] หากผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ ESRD จะมีการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ด้วย 3 วิธีหลัก ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต การบำบัดทดแทนไตจะเริ่มใช้เมื่อ eGFR $\leq$ 6 ml/min/1.73m^2 หรือมี eGFR) $\leq$ 15 ml/min/1.73m^2 หรือ BUN>80 mg/dL. ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตซึ่งไม่ตอบสนองต่อการบริหารยาและอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย[5] ข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียม จำนวน 97,265 ราย 114,262 ราย และ 129,724 ราย ตามลำดับ (The Nephrology Society of Thailand, 2020) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนับว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เพราะจะต้องฟอกเลือดไปตลอดชีวิตและในระหว่างการรักษาจำเป็นต้องมีการเตรียมเส้นเลือดถาวร มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ได้แก่ การควบคุมโรคประจำตัว การควบคุมอาหารและน้ำให้เหมาะสมกับโรค

หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคามเปิดให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่ปี 2543 พบมี ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2563 – ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 10,215 ครั้ง 10,823 ครั้ง และ 10,784 ครั้ง ตามลำดับ[2] และพบเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปีพ.ศ. 2563 – ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 186 คน 226 คน และ 382 คน และพบว่ามีอัตราการเริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผ่านทางเส้นฟอกเลือดชั่วคราวหรือสายสวนคาหลอดเลือดดำ (Temporary Vascular

access or Double Lumen catheter) คิดเป็นร้อยละ 84.47 ร้อยละ 84.95 และ ร้อยละ 85.48 ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามลำดับ และยังพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนใหญ่เริ่มต้นจากการมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จนต้องฟอกเลือดก่อนได้รับการเตรียมร่างกายตามมาตรฐานการรักษา เช่น ภาวะ Volume overload Pulmonary edema Uremic encephalopathy Congestive heart failure Hyperkalemia และ Electrolyte imbalance

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งด้านจำนวนผู้ป่วยและความรุนแรงของภาวะโรค ดังนั้น ในการบริการเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย จำเป็นต้องมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยภายใต้การควบคุมปัจจัยหลาย ๆ ด้าน เพื่อป้องกัน แก้ไข ภาวะแทรกซ้อนจากการเริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในช่วงแรกของการบำบัดทดแทนไต จนกว่าอาการทั่วไป และ/หรือ อาการทางคลินิกจะคงที่ แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ และพิจารณาให้นัดเป็นคิวฟอกเลือดแบบผู้ป่วยนอก หรือจำหน่ายผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในศูนย์ฟอกเลือดใกล้บ้าน นอกเหนือจากการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและให้ยาแล้ว พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยไตเทียม ต้องทบทวนถึงความเข้าใจ ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วย สร้างแรงจูงใจและเสริมพลังในการดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การควบคุมน้ำและอาหาร การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการมาฟอกเลือดตามนัด เพื่อควบคุมภาวะของโรค ป้องกันหรือลดการเกิดโรคแทรกซ้อนในระยะยาว รวมทั้งการเตรียมผ่าตัดเส้นเลือดถาวร (vascular access) เพื่อใช้ในการฟอกเลือด ผู้ป่วยและญาติต้องเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และ ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากของเสียคั่งในเลือดสูง โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษา กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เลือกเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากของเสียคั่งในเลือดสูง ในระหว่างเดือน เมษายน 2565 ถึงเดือน กันยายน 2565 โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาล ใช้เครื่องมือการบันทึกการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของนันดา ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม และแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

1. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 1 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
Pre-Hemodialysis 1. มีของเสียคั่งและภาวะElectrolyte Imbalance เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวที่ เช่น ระดับความรู้สติเปลี่ยนแปลง ซึม สับสน อ่อนเพลีย บวม กระสับกระส่าย หายใจหอบ N/V ความดันโลหิตสูง บันทึกและรายงานเพื่อการแก้ไข 2. Record I/O q 8 hr. 3. Observe V/S q 4 hr. at ward then q 30 min intra HD	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวที่ เช่น ระดับความรู้สติเปลี่ยนแปลง ซึม สับสน อ่อนเพลีย บวม กระสับกระส่าย หายใจหอบ N/V ความดันโลหิตสูง บันทึกและรายงานเพื่อการแก้ไข 2. Record I/O q 8 hr. 3. Observe V/S q 4 hr. at ward then q 30 min intra HD
Pre-Hemodialysis	4. ดูแลให้ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียมตามมาตรฐาน และ แผนการรักษา 5. ติดตาม Lab BUN Cr Electrolyte เพื่อประเมินการทำงานของไต และสมดุล เกลือแร่ในร่างกาย **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หลังการฟอกเลือดอาการทั่วไปดีขึ้น no N/V no edema lung clear หายใจได้เอง ไม่มีหอบเหนื่อย Lab: 10/8/65 BUN=47, Cr=11.20, Na=136, K=3.5, Cl=99, CO3=21 มี BP สูง ได้รับการแก้ไขด้วยยา	4. วัด vital sign ทุก 4 ชม. โดยเฉพาะความดันโลหิต เนื่องจากต้องใช้ยา NTG ในการควบคุมภาวะ Hypertension[15] 5. ดูแลให้ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการ ฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียมตามมาตรฐาน และแผนการรักษา 6. ติดตาม Lab BUN Cr Electrolyte เพื่อประเมินการทำงานของไต และสมดุล เกลือแร่ในร่างกาย **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หลังการฟอกเลือดอาการทั่วไปดีขึ้น no seizure no N/V no edema lung clear หายใจได้เอง ไม่มีหอบเหนื่อย Lab: 28/4/65 BUN=47, Cr=5.96, Na=142, K=3.5, Cl=104, CO3=21, Ca=8.2, P=3.2
2. มีภาวะติดเชื้อในร่างกายและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม จากการสอดใส่อุปกรณ์	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ตามอาการของผู้ป่วยในระยะวิกฤต ให้วัดทุก ๆ 1-2 ชั่วโมง และวัดอุณภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 2. เช็ดตัว/ให้ยาลดไข้	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ตามอาการของผู้ป่วยในระยะวิกฤต ให้วัดทุก ๆ 1-2 ชั่วโมง และวัดอุณภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 2. เช็ดตัว/ให้ยาลดไข้
Pre-Hemodialysis	3. ดูแลการให้สารน้ำ เกลือแร่ และยาตามแผนการรักษา[15] Ceftazidime 2 gm iv OD x 5 day และ Meropenem 1 gm iv OD x 7 day, Doxycycline (100) 1x2 po pc x 7 day (ส่งต่อ รพช.ใกล้บ้าน) 4. Aseptic technique nursing care 5. ประเมิน Exit site DLC ทุกครั้งก่อนและหลังการฟอกเลือด ประเมินลักษณะของน้ำปัสสาวะที่ออกมา 6. Record I/O และบันทึกลักษณะสีของปัสสาวะ 7. ติดตามผล Lab โดยเฉพาะ CBC	3. ดูแลการให้สารน้ำ เกลือแร่ และยาตามแผนการรักษา Ceftriaxone 2 gm iv OD เปลี่ยนเป็น Fortum 2 gm iv OD และยากลับบ้านเป็น Cefspan 1x2 po pc 4. Aseptic technique nursing care 5. ประเมิน Exit site DLC ทุกครั้งก่อนและหลังการฟอกเลือด รวมถึงติดตามประเมินอาการที่ บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย และ CBC-WBC 6. Record I/O และบันทึกลักษณะสีของปัสสาวะ

ตารางที่ 1 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	การประเมินผล ขณะ Admitted ผู้ป่วยมีไข้ เป็นระยะ ผล WBC 7/8/65 =17,020 cell/mm^2 Refer back รพช. For continuous Antibiotic วันที่ 9 สิงหาคม 2565	**การประเมินผล** ขณะ Admitted ผู้ป่วยมีไข้เป็นระยะ ก่อนจำหน่ายยังมีไข้ อาการทั่วไปดีขึ้น ผล CBC 23/04/65 พบ WBC 20,620 cell/mm^2 Neu 94% ได้ Antibiotic รับประทานต่อเนื่อง ที่บ้าน
3. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 1.1 วัด V/S q 1-2 hr. 1.2 ประเมินระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยเป็นระยะ โดยเฉพาะในรายที่มีอาการและหลังการฟอกเลือด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 1.1 วัด V/S q 1-2 hr. 1.2 ประเมินระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยเป็นระยะ โดยเฉพาะในรายที่มีอาการและหลังการฟอกเลือด
Pre-Hemodialysis	1.3 ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนทั้ง Early signs และ Late signs ของภาวะ Hypoxia อาการเขียว โดยประเมินจากเล็บมือ เล็บเท้า เยื่อบุช่องปาก ร่วมกับค่า O_2Saturation และ ABG 1.4 ติดตามผล ABG, serum electrolyte และผล CXR 1.5 ดูแลให้ On Ventilation ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา PCMV mode 2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจและทำทางเดินหายใจให้โล่ง 2.1 ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจและส่งเสริมให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ 2.2 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ตาม WI ที่กำหนด และติดตามประเมิน แก้ไขภาวะ Hypoxia ก่อนและหลังการ suction 2.3 ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่และการประเมินเพื่ออย่าเครื่องช่วยหายใจ **การประเมินผล** ผู้ป่วยดึง ET tube วันที่ 6 สิงหาคม 2566 หลังดึง ET tube ให้ O_2supprement ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ	1.3 ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนทั้ง Early signs และ Late signs ของภาวะ Hypoxia อาการเขียว โดยประเมินจากเล็บมือ เล็บเท้า เยื่อบุช่องปาก ร่วมกับค่า O_2Saturation และ ABG 1.4 ติดตามผล ABG, serum electrolyte และผล CXR 1.5 ดูแลให้ On Ventilation ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา PCMV mode 2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจและทำทางเดินหายใจให้โล่ง 2.1 ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจและส่งเสริมให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ 2.2 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ตาม WI ที่กำหนด และติดตามประเมิน แก้ไขภาวะ Hypoxia ก่อนและหลังการ suction 2.3 ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่และการประเมินเพื่ออย่าเครื่องช่วยหายใจ **การประเมินผล** ผู้ป่วย Try wean off ETT with Ventirator ตามมาตรฐาน สามารถ off ETT ได้ ในวันที่ 27 เมษายน 2565
Pre-Hemodialysis 4. มีภาวะซีดจากไตทำงานผิดปกติ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ติดตาม ประเมินภาวะซีดจากการซักถาม ประเมินอาการเหนื่อยอ่อนเพลียของผู้ป่วย และอาการหายใจหอบเหนื่อย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ O_2 Supplement ให้เพียงพอ 2. ดูแลให้เลือด Pack red cell 2 unit ตามแผนการรักษา	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินภาวะซีดจากการซักถาม ประเมินอาการเหนื่อยอ่อนเพลียของผู้ป่วย และอาการหายใจหอบเหนื่อย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ O_2 Supplement ให้เพียงพอ 2. ดูแลให้เลือด Pack red cell 2unit intra hemodialysis ตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	3. ดูแลกระบวนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ป้องกันการเสียเลือดในระหว่างการฟอกเลือด โดยไล่เลือดคืนกลับผู้ป่วยให้มากที่สุด 4. วัด vital sign ทุก 30 นาที ในระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของภาวะ Severe anemia due to seizure 5. ติดตามประเมิน O_2 saturation ทุก 30 นาที intra hemodialysis 6. ติดตามประเมิน CBC โดยเฉพาะ Hemoglobin Hematocrit รวมถึงภาวะ bleed อื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดการเสียเลือด **การประเมินผล** หลังได้รับ PRC และแก้ไขภาวะ UGIB โดย NSS Lavage 600 ml จนใส แล้วไม่มี bleed ซ้ำ ผล CBC 7/8/65 : Hb=8.30 mg% Hct= 24.6Vol%	3. ดูแลกระบวนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ป้องกันการเสียเลือดในระหว่างการฟอกเลือด โดยไล่เลือดคืนกลับผู้ป่วยให้มากที่สุด 4. วัด vital sign ทุก 30 นาที ในระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของภาวะ Severe anemia due to seizure 5. ติดตามประเมิน O_2 saturation ทุก 30 นาที intra hemodialysis 6. ติดตามประเมิน CBC โดยเฉพาะ Hemoglobin Hematocrit รวมถึงภาวะ bleed อื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดการเสียเลือด **การประเมินผล** หลังได้รับ PRC และแก้ไข Exit site DLC bleeding ผล CBC 23/4/65 : Hb=9.1 mg% Hct= 25.4 vol%
Intra-Hemodialysis 5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังได้ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1.1 วัด vital signs และประเมิน Early warning sign score ลงบันทึกใน Hemodialysis flow chart 1.2 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย แนะนำห้ามยกขาขวา ห้ามนั่งขัดสมาธิ หรือนั่งยอง ๆ เนื่องจากจะเกิดการหักพับงอของสาย femoral DLC ได้ 1.3 สังเกตสภาพร่างกายทั่วไป ผิวการบวมของหนังตา แขนและขา ประเมิน ascites, edema, Lung infiltration 1.4 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN Cr 2. การวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยขณะฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม 2.1 ตรวจสอบข้อมูลได้แก่ แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการเจ็บป่วยและยาที่ผู้ป่วยรับประทาน 2.2 นำข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกายมาวางแผนการฟอกเลือดตาม Hemodialysis Prescription โดยคำถึงความ เพียงพอของการฟอกเลือด Ultrafiltration, BFR,	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1.1 วัด vital signs และประเมิน Early warning sign score ลงบันทึกใน Hemodialysis flow chart 1.2 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย แนะนำห้ามยกขาขวา ห้ามนั่งขัดสมาธิ หรือนั่งยอง ๆ เนื่องจากจะเกิดการหักพับงอของสาย femoral DLC ได้ 1.3 สังเกตสภาพร่างกายทั่วไป ผิวการบวมของหนังตา แขนและขา ประเมิน ascites, edema, Lung infiltration 1.4 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN Cr 2. การวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยขณะฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม 2.1 ตรวจสอบข้อมูลได้แก่ แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการเจ็บป่วยและยาที่ผู้ป่วยรับประทาน 2.2 นำข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกายมาวางแผนการฟอกเลือดตาม Hemodialysis Prescription โดยคำถึงความ เพียงพอของการฟอกเลือด Ultrafiltration, BFR,
Intra-Hemodialysis	anticoagulation ประเมินภาวะเสี่ยงเพื่อวางแผนป้องกัน แก้ไข ลดความรุนแรงร่วมกับแพทย์ประจำหน่วยงาน 2.3 บันทึกข้อมูลและแผนการฟอกเลือดลงใน Hemodialysis flow chart	anticoagulation ประเมินภาวะเสี่ยงเพื่อวางแผนป้องกัน แก้ไข ลดความรุนแรงร่วมกับแพทย์ประจำหน่วย 2.3 บันทึกข้อมูลและแผนการฟอกเลือดลงใน Hemodialysis flow chart

ตารางที่ 1 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	2.4 ตรวจสอบความพร้อมใช้ของระบบผลิต น้ำบริสุทธิ์ เครื่องไตเทียมและวงจรไตเทียม โดยการตั้งค่าการใช้งานต่าง ๆ ตามแผนการรักษาที่ได้วางไว้ ตรวจสอบชื่อสกุลของผู้ป่วยที่ dialyzer ให้ตรงกับผู้ป่วย เตรียม dialyzer และ bloodlineรวมทั้งตรวจสอบสายข้อต่อตามจุดต่าง ๆ ให้แน่นเพื่อป้องกันการหลุดหรือรั่วซึม 2.5 Monitor ผู้ป่วย hemodialysis ทุก 30 นาที หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ 3. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ Hemodialysis ในผู้ป่วย Start Hemodialysis ตามมาตรฐาน ดังนี้ Arrhythmia, Hemolysis, Chest pain, Dialysis Disequilibrium Syndrome (DDS), Muscle cramp, Air embolism, Hemolysis, Membrane biocompatibility เป็นต้น 4. การพยาบาลผู้ป่วยหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม - ประเมินสัญญาณชีพหลังการฟอกเลือดเสร็จ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทันที	2.4 ตรวจสอบความพร้อมใช้ของระบบผลิต น้ำบริสุทธิ์ เครื่องไตเทียมและวงจรไตเทียม โดยการตั้งค่าการใช้งานต่าง ๆ ตามแผนการรักษาที่ได้วางไว้ ตรวจสอบชื่อสกุลของผู้ป่วยที่ dialyzer ให้ตรงกับผู้ป่วย เตรียม dialyzer และ bloodlineรวมทั้งตรวจสอบสายข้อต่อตามจุดต่าง ๆ ให้แน่นเพื่อป้องกันการหลุดหรือรั่วซึม 2.5 Monitor ผู้ป่วย hemodialysis ทุก 30 นาที หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ 3. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ Hemodialysis ในผู้ป่วย Start Hemodialysis ตามมาตรฐาน ดังนี้ Arrhythmia, Hemolysis, Chest pain, Dialysis Disequilibrium Syndrome (DDS), Muscle cramp, Air embolism, Hemolysis, Membrane biocompatibility เป็นต้น
Intra-Hemodialysis	- ประเมินสภาพผู้ป่วย อาการและอาการแสดงผิดปกติหลังการฟอกเลือด - ชั่งน้ำหนักผู้ป่วย (หากสามารถทำได้) หลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทุกครั้ง - ติดตามผลการ Lab วางแผนการดูแลรักษา ให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับผล Lab ในการปฏิบัติตัวและการให้ความร่วมมือในการรักษา - ประเมิน Exit site Rt. Femoral DLC bleeding **การประเมินผล** ผู้ป่วยเคย RRT แล้วไม่ตัดสินใจ มาด้วย N/V แต่ขอรักษาตามอาการ จนกระทั่งวันที่ 2 ของการ Admitted ผู้ป่วยซึมลงจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ญาติจึงตัดสินในรับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม start hemodialysis วันที่ 3 สิงหาคม 2565 ผู้ป่วย On hemodialysis 3 ครั้ง มี Hypertension post HD ได้ Nicardipine (1:5) iv drip นาน 2 วัน จากนั้นปรับเป็นยารับประทาน จำหน่ายฟอกเลือดต่อเนื่องใน รพช.ใกล้บ้าน	4. การพยาบาลผู้ป่วยหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม - ประเมินสัญญาณชีพหลังการฟอกเลือดเสร็จ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทันที - ประเมินสภาพผู้ป่วย อาการและอาการแสดงผิดปกติหลังการฟอกเลือด - ชั่งน้ำหนักผู้ป่วย (หากสามารถทำได้) หลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทุกครั้ง - ติดตามผลการ Lab วางแผนการดูแลรักษา ให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับผล Lab ในการปฏิบัติตัวและการให้ความร่วมมือในการรักษา - ประเมิน Exit site Rt. Femoral DLC bleeding **การประเมินผล** ผู้ป่วยเคย RRT แล้วไม่ตัดสินใจ รับ refer มา แล้ว advised ซ้ำที่ ER ญาติยินดีทำ Hemodialysis start emergency วันที่ 22 เมษายน 2565 On Hemodialysis ทั้งหมด 5 ครั้ง ในการ Start HD และ HD ครั้งที่ 2 พบ Hypotension intra HD สามารถแก้ไขได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจำหน่ายฟอกเลือดต่อเนื่องใน ศูนย์ฟอกเลือดใกล้บ้าน วันที่ 1 พฤษภาคม 2565

ตารางที่ 1 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
Intra/ Post Hemodialysis 6. เสี่ยงต่อภาวะ Disequilibrium syndrome เนื่องจาก Start Hemodialysis with Uremic symptom .	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสภาพ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการฟอกเลือดร่วมกับแพทย์ประจำหน่วย ไตเทียม ก่อนการเริ่มต้นการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. ลดอัตราการไหลของเลือด เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงของของเสียในเลือดช้าลง Prime 0.9% NSS 200 ml. และให้ 50%glucose 100 ml เพื่อเพิ่ม Hypertonic solution เพื่อป้องกันการลดลงของ BUN ที่ลดลงเร็วเกินไป จนเกิดอาการแทรกซ้อนทางสมอง เช่นคลื่นไส้อาเจียนชักกระตุก หมดสติ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ยุติการฟอกเลือดทันที 3. การป้องกัน พิจารณาใช้ ตัวกรองเลือดขนาดเล็กใช้ BFR/DFR ต่ำ ตามความเหมาะสม 4. Observe Vital sign ผู้ป่วยขณะฟอกเลือด ทุก 15-30 นาที ตามประเภทผู้ป่วยและ warning sign score และประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็นระยะ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสภาพ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการฟอกเลือดร่วมกับแพทย์ประจำหน่วยไตเทียม ก่อนการเริ่มต้นการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. ลดอัตราการไหลของเลือด เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงของของเสียในเลือดช้าลง Prime 0.9% NSS 200 ml. และให้ 50%glucose 100 ml เพื่อเพิ่ม Hypertonic solution เพื่อป้องกันการลดลงของ BUN ที่ลดลงเร็วเกินไป จนเกิดอาการแทรกซ้อนทางสมอง เช่นคลื่นไส้อาเจียนชักกระตุก หมดสติ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ยุติการฟอกเลือดทันที 3. การป้องกัน พิจารณาใช้ ตัวกรองเลือดขนาดเล็กใช้ BFR/DFR ต่ำ ตามความเหมาะสม 4. Observe Vital sign ผู้ป่วยขณะฟอกเลือด ทุก 15-30 นาที ตามประเภทผู้ป่วยและ warning sign score และประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็นระยะ
Intra/ Post Hemodialysis	5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ BUN Creatinine eGFR **การประเมินผล** ผู้ป่วยมี Hypertension post Hemodialysis ไม่ปวดศีรษะ หลังได้ Antihypertensive drug สามารถ control BP ได้ ใน 2 วัน Off Nicardipine 4 สิงหาคม 2565	5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ BUN Creatinine eGFR **การประเมินผล** Post Hemodialysis ยังมีไข้ ญาติให้ประวัติ มีชักประมาณ 3 นาที 1 ครั้ง หายเอง ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผล CT brain 24/4/65 no ICH no infraction หลังฟอกเลือด ครั้งที่ 3 อาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีอาการชักซ้ำ
Intra/ Post Hemodialysis 7. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องการฟอกลือด การผ่าตัดเตรียมเส้นเลือดถาวร และการดูแลตนเอง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. พูดคุยแนะนำตัวสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับญาติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมั่นใจว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ใช้เทคนิค Touch Therapy เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นมิตร 2. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยการสังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง หรือจากการซักถามผู้ป่วยและญาติและประเมินสาเหตุความวิตกกังวลและประเมินระดับความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน GAD-7 3. ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. พูดคุยแนะนำตัวสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับญาติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมั่นใจว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ใช้เทคนิค Touch Therapy เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นมิตร 2. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยการสังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง หรือจากการซักถามผู้ป่วยและญาติและประเมินสาเหตุความวิตกกังวลและประเมินระดับความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน GAD-7 3. ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
Intra/ Post Hemodialysis	4. ยอมรับและเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติได้ซักถามเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่และการรักษาพยาบาลรวมทั้ง ข้อกังวลใจต่างๆ เพื่อระบายความวิตกกังวล	4. ยอมรับและเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติได้ซักถามเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่และการรักษาพยาบาลรวมทั้ง ข้อกังวลใจต่างๆ เพื่อระบายความวิตกกังวล

ตารางที่ 1 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ เปิดโอกาสให้ได้พบแพทย์ผู้ดูแลเพื่อทราบแนวทางการรักษา **การประเมินผล** หลังได้รับคำแนะนำ และการดูแลอย่างใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติเข้าใจ คะแนน GAD-7 =13 คะแนน (ปกติ) ส่งตัวฟอกเลือดต่อเนื่องใน รพช.ใกล้บ้าน	5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ เปิดโอกาสให้ได้พบแพทย์ผู้ดูแลเพื่อทราบแนวทางการรักษา **การประเมินผล** หลังได้รับคำแนะนำ และการดูแลอย่างใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติเข้าใจ GAD-7 =11 คะแนน (ปกติ) ส่งตัวฟอกเลือดต่อเนื่องใน รพช.ใกล้บ้าน

อภิปรายผล

การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากของเสียคั่งในเลือดสูง จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียมจากของเสียคั่งในเลือดสูง ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความสอดคล้องกันในเรื่องของโรคร่วมคือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายยังเคยได้รับคำปรึกษาในเรื่องของการรับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแล้ว แต่ไม่ตัดสินใจ ทำให้เกิดภาวะของเสียคั่งในเลือดสูง ที่เรียกว่า uremic encephalopathy และยิงวิกฤติเมื่อมีภาวะของการหายใจล้มเหลวจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ มีภาวะ Anemia electrolyte imbalance ร่วมกับมี Infection จนต้องได้รับ Antibiotic อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ ต้องอาศัยการประเมิน การวินิจฉัยที่รวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำ ครอบคลุม โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่น ๆ พยาบาลหน่วยไตเทียมมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับ ก่อนการทำ Dialysis ต้องประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องมีความรู้ในเรื่องของโรคร่วม โรคที่เป็นอยู่ การดำเนินโรค การรักษา และการป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพื่อนำมาวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมมีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทั้งการรับประทาน ยา อาหาร รวมถึงการฟอกเลือดสม่ำเสมอตามนัดตลอดชีวิต เพื่อให้สามารถลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด[3,7,8]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาแนวทางการดูแลร่วมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตั้งแต่ระยะ Pre-dialysis (CKD stage4-5) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวก่อนรับการบำบัดทดแทนไต โดยกำหนดให้ผู้ป่วย CKD stage 4-5 ในโรงพยาบาลที่ไม่มีแพทย์หรือพยาบาลเฉพาะทาง ควรได้รับการส่งต่อเพื่อคุย Long term RRT ซ้ำในกรณีปฏิเสธการรักษาหรือไม่กล้าตัดสินใจ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องในระบบประคับประคอง กรณีไม่ยินยอมทำ Dialysis เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง

2. ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พยาบาลวิชาชีพหน่วยไตเทียม จำเป็นต้องมีความรู้ในการประเมินผู้ป่วย มีการประสานงานที่ดี มีการรับ และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน ครอบคลุมตามมาตรฐานเพื่อวางแผนก ควรได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระหว่างรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนั้น ควรมีการทบทวนอุบัติการณ์ในผู้ป่วยเริ่มต้นฟอกเลือดที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในทีมพยาบาลทุกราย และทบทวนอุบัติการณ์ ร่วมกับ

แพทย์ประจำหน่วย และสหวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง ในกรณีผู้ป่วยที่เริ่มต้นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แล้วเกิดภาวะวิกฤติจนต้อง CPR หรือ Dead intra hemodialysis ทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. Lim, A. K. (2014). Diabetic nephropathy–complications and treatment. International journal of nephrology and renovascular disease, 361-381.
2. สมาคมโรคไตแหงประเทศไทย. (2563). ข่อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2562 [ซีดีรอม].กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมาธิการการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย.
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561. กรุงเทพ, 2561.
4. Buyadaa O, Magliano DJ, Salim A, Koye DN, Shaw JE. (2020). Risk of Rapid Kidney Function Decline, All-Cause Mortality, and Major Cardiovascular Events in Non albumin uric chronic kidney disease in Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 43(1):122-9.
5. National Kidney Disease. (2012): K/DOOI. Clinical practices guideline for chronic kid-ney disease: evaluation, classification and stratification. Kindney/Dialysis Outcome Qu-ality Initiation. American Journal Kidney Dise-ase, 39(2supply1) : S1-S266.
6. บัญชา สถิระพจน์และคณะ. (2560). Manual of Nephrology. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
7. สมจิตร หนุเจริญกุล. (2552). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พริ้นติ้ง.
8. วิจิตรา กุสุมภ์. (2562). กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล : การนำไปใช้ในคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์.
9. สุทธิ์ กตเวทิน, กฤษณพงศ์ มโนธรรม, และสมชาย เอี่ยมอ่อง, (2557). โรคไตในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร์ เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตีรณธนากุล, เกรียง ตั้งสง่า และวิศิษฏ์ สิตปรีชา (บรรณาธิการ), TEXBOOK OF NEPHROLOGY (หน้า 1321-1352). กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนซ์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
10. ชัชวาล วงค์สารี, และ อรนันท์ หาญยุทธ. (2557). การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารพยาบาลตำรวจ. 6(2), 220-233.
11. Lee SJ, Chung CW. (2014). Health Behaviors and Risk Factors Associated with Chronic Kidney Disease in Korean Patients with Diabetes: The Fourth Korean National Health and Nutritional Examination Survey. Asian Nurs Res; 8(1): 8-14
12. ชวนพิศ วงศ์สามัญ. (2552). การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 13. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
13. Bello AK, Levin A, Tonelli M, Okpechi IG, Feehally J, Harris D, et al. (2017). Assessment of global kidney health care status. JAMA; 317(18): 1864–81.
14. วิจิตรา กุสุมภ์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
15. ปราณี ทู้ไพเราะ. (2554). คู่มือยา Hand book of drugs. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร : NP Press Limited Partnership.
16. มาโนช หล่อตระกูล. แบบสอบภาม Hospital anxiety and depression. สืบค้นจาก https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/v4112.html เข้าถึงวันที่ 1 กันยายน 2566
17. บัญชา สถิระพจน์ (2563). บทความฟื้นวิชา Diabetic Nephropathy: Diagnosis and Therapeutic Targets. เวชสารแพทย์ทหารบก ปีที่ 73 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2563.

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for STEMI patients and Streptokinase treatment in Kalasin Hospital: 2 Case Study

(Received: December 28,2023 ; Revised: December 29,2023 ; Accepted: December 30,2023)

ศรีสมพร ถวิลการ[1]
Srisomporn Tawinkarn[1]

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียก (STEMI) เป็นกรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเจาะจง โดยคัดเลือกจากผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566 จำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากผู้ป่วยและญาติ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด 11แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ ทางการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้หญิงไทยอายุ 65 ปี รับการรักษาโดยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ อาการสำคัญ นอนซึมพูดสับสน ไม่ทำตามคำสั่ง แขนขา 2ข้าง อ่อนแรง Score E3V4M5 Motor power 3 ทั้งแขนขา 2 ข้าง โรงพยาบาลชุมชนวินิจฉัย Stroke non fast tack ประวัติโรคประจำตัวHypertension Dyslipidemia ขาดการรักษาต่อเนื่อง 7 ปี ขณะนอนพักรักษาในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจหอบกระสับกระส่าย ตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าพบ LBBB with ST elevation lead V1-V4 วินิจฉัย STEMI inferior wall with Congestive heart fail (STEMI with CHF) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยให้ SK หลังวินิจฉัยทันที ขณะผู้ป่วยได้รับยาเกิดภาวะแทรกซ้อน หายใจเร็วมากขึ้น กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึมลง ได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่เครื่องช่วยหายใจ และหลังผู้ป่วยได้รับยา ตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าพบ STEMI ไม่ตอบสนองต่อ SK จึงส่งผู้ป่วยรักษาต่อโรงพยาบาลขอนแก่นที่มีศักยภาพสูงขึ้นในเวลาต่อมา

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 61 ปี มาด้วยอาการ เจ็บแน่นกลางหน้าอก ร้าวไปไหล่ซ้ายและหลัง 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล นอนราบไม่ได้ เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า พบ ST-elevation lead 2,3 AVF วินิจฉัย STEMI inferior wall ส่งต่อมาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม ถึงอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้รับการรักษาด้วย Streptokinase (SK) เพื่อขยายหลอดเลือด ในช่วงเวลาที่กำหนด ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับยาและหลังการได้รับยาไม่พบภาวะแทรกซ้อน อาการเจ็บแน่นหน้าอกทุเลา EKG ST-elevation ลดลง 50% Pain Score จาก 7/10 เป็น 3/10 แต่ยังไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยตามระบบไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพียงพอได้ทันที จากข้อจำกัดอัตราครองเตียงโรงพยาบาลรับส่งต่อเต็ม ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการรักษาพยาบาลต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างใกล้ชิด และได้ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้นในวันต่อมา

คำสำคัญ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก, ยาละลายลิ่มเลือด, การพยาบาลผู้ป่วย

ABSTRACT

This study was aimed to compare nursing care for patients with STEMI and Streptokinase (SK) treatment .This two case study of SK treatment patients with STEMI by purposive selection. Which Entered for treatment in the ward of Kalasin Hospital between October 2022- September 2023.amounting to 2 cases. The data were collected from medical record interviewed patients and their relative. The functional health pattern of Gordons 11 Concepts of Health Model was used to assess health problems to planning a holistic nursing care, nursing diagnosis, nursing care planning program and to evaluate the outcome of nursing care of SK treatment patients with STEMI.

The results of the study found that

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Case study 1: A 65-year old Thai female patient with Stroke non fast track underlying hypertension, dyslipidemia diagnosis. The patient was refer from Kharm Muang Hospital for prepare Stroke treatment. The patient had significant symptoms near unconscious don't spoke and following orders. The patient had Glasgow coma scale were E3V4M5,left motor power grade 3,right grade 3.Admit in Kalasin Hospital. After at Kalasin Hospital patient was chest pain, breathing heavily, restless. EKG show LBBB with ST elevation lead V1-V4. The patient was diagnosis of STEMI inferior wall with Congestive heart fail (STEMI with CHF). The patient prepare STEMI treatment by SK. During drug administration patient was breathing heavily, restless, unconscious. The patient prepare by On ET-Tube with respirator. And after SK the patient was unresponsive and EKG show STEMI. The patient after that refer to KonKean Hospital for prepare treatment and high potential hospital.

Case study 2: A 61- year old Thai male patient with pain in the middle of the chest radiating to the left arm and back and orthopnea 4 hours before coming to the hospital. The patient was diagnosis of STEMI inferior wall. The patient was refer from Kalasin-Tonburee Hospital for prepare SK treatment at Kalasin Hospital. But after SK treatment don't was just refer to Konkean Hospital because no heave bed and after was.

Keyword : STEMI, Streptokinase, Nursing Care

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ของหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากมะเร็ง ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมและความเครียด

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นเครือข่ายให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจทุติยภูมิ โดยมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระบบช่องทางด่วน (STEMI Fast Track) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด STEMI ในโรงพยาบาล ปี 2563 – 2565 เท่ากับ20, 16, 34 ราย ร้อยละการเสียชีวิตเท่ากับ 10%, 18.75% และ29.41% ตามลำดับ (ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 30 ก.ค.2566) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการเจ็บเค้นอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพักนานกว่า 20 นาที ถ้ามีอาการไม่เกิน 12 ชั่วโมง จะได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งระหว่างให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) กับการทำบอลลูนใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI : Primary Percutaneous Coronary Intervention) [4] ซึ่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์สามารถรักษาได้เฉพาะการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ถ้าเกินศักยภาพจะส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีศักยภาพเพียงพอ

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จากข้อมูลสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในและได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำนวน 11 ราย ซึ่งจากการให้การพยาบาลพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ เลือดออกบริเวณเหงือก ปัสสาวะเป็นเลือดจำนวน 7 ราย

การให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 30 ถือเป็นการรักษาตามมาตรฐานในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดนี้ ซึ่งถูกใช้มากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ชั่วโมง [7] การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุด ร่วมกับการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน จะมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง ยิ่งระยะเวลาในการเริ่มรักษายาช้าเพียงใด

ประโยชน์ที่จะได้รับก็น้อยลงโอกาสที่จะเปิดหลอดเลือดที่อุดตันเป็นผลสำเร็จลดลง[4]

การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ดังนั้นก่อนการได้รับยาละลายลิ่มเลือดจะต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงทุกครั้ง [10] และในขณะเดียวกันจะต้องติดตามให้การดูแลต่อเนื่อง ทั้งขณะให้ยา หลังการได้รับยา รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น [1]ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะเลือดออกในสมองหรือมีเลือดออกในตำแหน่งอื่นๆ การเต้นผิดปกติของหัวใจ และการแพ้ยา [2]

ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำเป็นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ กายวิภาคศาสตร์ สรีระวิทยาของหัวใจ พยาธิกำเนิดของโรค การประเมินอาการ อาการแสดง ตลอดถึงการวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งตัวไปรับการรักษาต่อ และการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการรักษา รวมถึงการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมของผู้ป่วย จะช่วยลดอัตราการตายหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษา 2 ราย

2.เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2 ราย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2566 โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ การประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ปัญหาทางการพยาบาลรวมถึงการวางแผนจำหน่ายหรือส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพการดูแลรักษาที่สูงกว่า สรุปและผลลัพธ์ทางการพยาบาลดังนี้

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษากรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาโดย ขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับ และได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียก ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งสองรายเป็นเพศชายและหญิง แตกต่างกันด้านเพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วย อาการ อาการแสดง พยาธิสภาพการเกิดโรคที่ต่างกัน ผู้ทำการศึกษา ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบ ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และแบบแผนสุขภาพ

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลส่วนบุคคล		
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	65 ปี	61 ปี
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	มัธยมศึกษาปีที่ 6
สถานภาพสมรส	หม้าย	สมรส
อาชีพ	ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน	เกษตรกรรม
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพ	บัตรประกันสุขภาพ
ภูมิลำเนา	อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์	อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
วันที่เข้ารับการรักษา	13 ตุลาคม 2565	12 กรกฎาคม 2566
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล	14 ตุลาคม 2565	13 กรกฎาคม 2566
การวินิจฉัยโรค	STEMI inferior wall with Congestive heart failure	STEMI inferior wall
การผ่าตัด	ไม่มี	ไม่มี
การตรวจวินิจฉัย	EKG, Film CXR, CT – scan brain	EKG, Film CXR
ภาวะสุขภาพ		
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	นอนซึมพูดสับสน ไม่ทำตามคำสั่ง แขนขา 2ข้างอ่อนแรง เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 9 ชั่วโมง	เจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปไหล่ซ้ายและหลัง นอนราบไม่ได้เป็นก่อนมา 4 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	9 ชั่วโมง ก่อนมาหลังตื่นนอนตอนเช้า นอนซึม พูดจาสับสน ไม่ทำตามคำสั่ง แขนขา 2 ข้างอ่อนแรง เดินไม่ได้ ปัสสาวะราด	2 วันเจ็บแน่นหน้าอกตอนกลางคืน Pain score 7/10 ร้าวไปไหล่ข้างซ้ายและหลัง เป็นๆหายๆ 4 ชั่วโมงก่อนมาเจ็บแน่นหน้าอกมากขึ้นร่วมกับนอนราบไม่ได้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ขาดการรักษาต่อเนื่อง 7 ปี	ประวัติโรคร่วม เบาหวานและความดันโลหิตสูง ไวรัสตับอักเสบซี รับการรักษาต่อเนื่อง
อาการแรกรับ	ผู้ป่วย GCS E3V4M5 pupil 3 mms. react to light both eyes motor power left arm, left leg grade 3 right arm, right leg grade 3	GCS E4V5M6 Pain score 7/10 เจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนข้างซ้ายและหลัง หายใจไม่สม่ำเสมอ On Oxygen canula 5 ลิตร /นาที O_2saturation 100% สัญญาณชีพ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 126 /78 มิลลิเมตรปรอท
แบบแผนสุขภาพ		
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลตนเอง	รับทราบภาวะสุขภาพของตนเอง มีโรคประจำตัว HT, DLP รับยาจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลคำม่วง ขาดการรับยาต่อเนื่อง มาประมาณ 7 ปี	รับทราบภาวะสุขภาพของ ตนเอง มีโรคประจำตัวไวรัสตับอักเสบชนิดซี รับการรักษาต่อเนื่อง สูบบุหรี่มวนเอง 2-3 มวน/วัน มาประมาณ 35 ปี เลิกบุหรี่มา 5ปี ดื่มสุราสัปดาห์ละ 3-4 วัน วันละ 150 ml เลิกดื่มมา 5 ปี
2. โภชนาการและการเผาผลาญ อาหาร	รับประทานอาหารตรงเวลา ประเภทผักลวก น้ำพริก ปลา	รับประทานอาหารตรงเวลา ครบ 3 มื้อ อาหารรสจัด
3. การขับถ่ายของเสีย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะปกติวันละ 3-4ครั้ง	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะปกติวันละ 3-4ครั้ง
4. การออกกำลังกายและการ ทำกิจกรรม	ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายที่ชัดเจน	ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกาย ที่ชัดเจน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ไม่พบปัญหาในการนอนหลับ	ไม่พบปัญหาในการนอนหลับ
6. การรับรู้สติปัญญา	รู้สึกตัวดี สื่อสารได้ อ่านออก เขียนได้ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	รู้สึกตัวดี สื่อสารได้ดี อ่านออก เขียนได้ จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6
7. การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	ไม่ได้รับรู้ภาวะเจ็บป่วยของ ตนเอง ว่าเป็นโรคหัวใจชนิดรุนแรง ต้องรักษาและดูแล ตนเองต่อเนื่อง	รับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ว่าเป็นโรคหัวใจชนิดรุนแรง ต้องรักษาและดูแลตนเอง ต่อเนื่องมีความวิตกกังวลถึงความสามารถการทำงาน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และแบบแผนสุขภาพ

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
8. บทบาทและความ สัมพันธภาพในครอบครัว	ผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน อาศัยอยู่กับ บุตรสาว บุตรเขยและหลาน2 คน รักใคร่กันดี	ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว อาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตร 2 คน ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กันดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวไม่มีเพศ สัมพันธ์มากกว่า 10 ปี	ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ไม่มีความกังวลด้านเพศสัมพันธุ์
10. การเผชิญความเครียด และความทนต่อความเครียด	เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาบุตร ด้วยสุขภาพที่เจ็บป่วยและสูงอายุจึงต้องพึ่งพาผู้อื่น	เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยา และบุตร พึ่งพาตนเองได้ ไม่ทำตัวเป็นภาระต่อผู้อื่น
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาลและเชื่อเรื่องบาปบุญ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญ ตามเทศกาล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดSTEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

การปฏิบัติการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.ระยะก่อนได้รับยาละลายลิ่มเลือด กิจกรรมการพยาบาล 1.1 คัดกรอง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อ่านผลภายใน 10 นาที 1.2 ประเมินข้อห้ามการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 1.3 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนได้รับยาละลาย ลิ่มเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล 1.4 ให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษา 1.5 ให้ 0.9% NSS 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำแขนซ้าย	1.ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเวลาที่กำหนด แต่การประเมินข้อห้ามการได้รับยาละลายลิ่มเลือดยังไม่ครบถ้วนทุกข้อกำหนด	1. อาการที่แสดงชัดเจน ได้รับการตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจในเวลาที่กำหนด ประเมินข้อห้ามการได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามแนวทางครบถ้วนชัดเจน	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่ว่าจะคัดกรองประเมินผู้ป่วยแรกรับที่หอผู้ป่วยใด พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้เหมือนกันทุกที่ แต่ความครบถ้วนทุกกระบวนการอาจไม่เท่ากัน ซึ่งขึ้นกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมรับสภาวะผู้ป่วยของแต่ละหน่วยงาน สมรรถนะบุคลากร ความรีบเร่งของกิจกรรม ดังนั้นจึงทำให้ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลในระยะก่อนได้รับยาละลายลิ่มเลือดในหอผู้ป่วยที่ต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดSTEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

การปฏิบัติการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
2.ระยะได้รับยาละลายลิ่มเลือด กิจกรรมการพยาบาล 2.1 ให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu ผสมใน 0.9% NSS 100 ml ทางหลอดเลือดดำ แขนซ้าย ผ่าน Infusion pump อัตรา 100 ml/hr 2.2 ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดSTEMI ที่ได้รับยาละลาย ลิ่มเลือด	2.ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วย ได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพบว่าขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดเกิดภาวะแทรกซ้อน Hyperventilation rate 40/min กระสับกระส่าย Chest pain ไม่ลดลงหรือหมดไป Pain score 7/10 ST-elevation ลดลงไม่ถึง 50% ผลการตอบสนองต่อ SK ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้การได้รับ SK พยาบาลรายงานแพทย์ถึงอาการที่ผิดปกติ ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทันที	2.ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วย ได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพบว่าขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน	2. ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยาละลายลิ่มเลือดและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดโดยพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และสามารถติดตามประเมินผู้ป่วยโดยพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 ขณะให้ยาเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถรายงานแพทย์และผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือทันที ผู้ป่วยรายที่ 2หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดขณะผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อติดตามประเมินสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งนี้พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในทีมการดูแลรักษาร่วมกับแพทย์ เพราะพยาบาลเป็นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลาตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย เข้าใจพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษา ข้อห้ามการใช้ยาที่ต้องพึงระวัง เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย โดยมีการติดตามนิเทศและประเมินผลจากผู้มีสมรรถนะสูงกว่า
3.ระยะหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด กิจกรรมการพยาบาล 3.1 ประเมินภาวะแทรกซ้อน 3.2 ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว การดูแลต่อเนื่อง 3.3 เตรียมตัวผู้ป่วยและญาติก่อนส่งต่อเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าตามระบบ	3. ผู้ป่วย ได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อน หลังได้รับยาซึ่งพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนและได้รับการช่วยเหลือทันที ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้ SK ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลแนวทางการรักษา การส่งต่อ การปฏิบัติตัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามซึ่งทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจคลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยได้รับส่งต่อเพื่อทำการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าตามระบบ	3.ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพบว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูล ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับส่งต่อเพื่อทำการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าตามระบบ	3.หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติซึ่งได้แก่ ข้อมูลแนวทางการรักษา การส่งต่อ การปฏิบัติตัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามซึ่งทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจคลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อทำการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าตามระบบ ทั้งนี้พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในทีมการดูแลรักษาร่วมกับแพทย์ เพราะพยาบาลเป็นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลาตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย เข้าใจพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษา ข้อห้ามการใช้ยาที่ต้องพึงระวัง เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย โดยมีการติดตามนิเทศและประเมินผลจากผู้ที่มีสมรรถนะสูงกว่า

อภิปรายผล

จากการศึกษาและเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่ามีความแตกต่างด้านเพศ อายุ อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยส่วนตัว ครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน อาการและอาการแสดงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการตอบสนองเมื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือดและคุณภาพชีวิตหลังวิกฤตการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ไม่ได้เข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก ที่บ่งชี้ได้ทันทีว่าเป็น Case STEMI แต่มาด้วยอาการ Stroke ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในครั้งแรก ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็น STEMI ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามอาการและอาการแสดงที่ปรากฏ ขณะนอนพักรักษาในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจหอบ กระสับกระส่าย EKG Show LBBB with ST elevation lead V1-V4 วินิจฉัย STEMI inferior wall with Congestive heart failure (CHF) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยให้ SK หลังวินิจฉัยทันที ขณะผู้ป่วยได้รับยาเกิดภาวะแทรกซ้อน หายใจเร็วมากขึ้น กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงซึมลง ได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่เครื่องช่วยหายใจ และหลังผู้ป่วยได้รับยา EKG Show STEMI ซึ่งไม่ตอบสนองต่อ SK จึงส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้นในเวลาต่อมา ขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดโดยพยาบาลที่มีสมรรถนะ มีความรู้ความสามารถในการติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง รายงานแพทย์ให้การรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยก่อนส่งตัวไปรับการรักษาต่อ ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น และนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นเวลา 3 วัน ด้วยข้อวินิจฉัยและการดูแลรักษา Right Subthalamic and basal ganglion hemorrhage with remove clot ต่อมาผู้ป่วยกลับมารับการรักษาอาการต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ใน Stroke ICU เป็นเวลา 68 วัน และจำหน่ายผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านด้วยอาการ Bedridden with Tracheotomy Supportive and Palliative care ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลชุมชน 5 วัน หลังจากนั้นญาตินำผู้ป่วยไปดูแลรักษาต่อที่บ้าน Supportive and Palliative care

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งมีอาการและอาการแสดงค่อนข้างชัดเจน ผู้ป่วยสามารถบอกอาการ อาการแสดงได้ชัดเจน แพทย์วินิจฉัย STEMI inferior wall ทำให้ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีผลข้างเคียงน้อย และถูกส่งตัวไปรับการรักษาต่อในเวลาต่อมาตามระบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านในสภาพร่างกายปกติช่วยเหลือตัวเองได้รวมจำนวนวันรักษา 5 วัน

การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการปฏิบัติโดยสหสาขาวิชาชีพ มีมาตรฐานการรักษา มีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน แต่อาจด้วยความเร่งรีบทำให้กระบวนการประเมินก่อนให้ SK ไม่ครบถ้วนทุกข้อ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัย Stroke เมื่อเกิดอาการ STEMI จึงยังได้รับ SK ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้[5,9]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเน้นพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับก่อนการปฏิบัติงานและควรมีการฟื้นฟูความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผนวกเข้ากับการประชุมวิชาการทุกปี เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ตามมาตรฐาน
2. ควรส่งเสริมจัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ กรณีผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยดีจะเป็นการเสริมพลัง หากผลลัพธ์ในการรักษาไม่ดี จะเป็นการทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์หาสาเหตุ กระตุ้นเตือนให้มีความตระหนักในการปฏิบัติตามกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงการปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้นต่อไป
3. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ที่มีสมรรถนะสูงกว่า เพื่อให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ป้องกันและลดความเสี่ยง ภายใต้การช่วยเหลือ ชี้แนะ สอนสาธิต และให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1.Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, et al. TIMI risk score for unstable angina/non-ST-Elevation MI: a method for prognostication and therapeutic decition marking. JAMA 2000; 284:835

2.กัมปนาท วีรกุลและ จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์. (2557). 7R การลดอัตราตายในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพริ้นติ้งแอนดีพับลิชชิ่งจำกัด.

3.กลุ่มยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ./2560-2564).กรุงเทพฯ : อโมชั่นอาร์ตจำกัด; 2560

4.ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล และคณะ. (2560). Acute Coronary Syndrome. พิมพ์ครั้งที่ 1 ขอนแก่น: หจก โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

5.เทิดไท ทองอุ่น. (2555). ตำราสรีรวิทยาเรื่องสรีรวิทยาระบบหัวใจร่วมหลอดเลือด: Physiology of the cardiovascular system. พิมพ์ครั้งที่ 2 ขอนแก่น: หจกโรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

6.สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ.กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2566.(คัดสำเนา)

7.สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับ ปรับปรุง ปี2557. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557. ศรีเมืองการพิมพ์.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

8.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข).นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2559

9.อภิชาต สุคนธสรรพ์. (2555). ESC Guideline for the Management of Acute Coronary Syndrome In Oatients Presenting without Persistent ST-segment elevation ใน อภิชาต สุคนธสรรพ์, ศรัณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ). Cardiovascular medicine: the new balance. (หน้า95-122). พิมพ์ครั้งที่ 1 เชียงใหม่: ทริค ธิงค์.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

THE DEVELOPMENT OF A CARE MODEL FOR THE ELDERLY WITH TYPE 2 DIABETES BY USING THE PROCESS ENGAGING FAMILY AND COMMUNITY WANG SOMBOON DISTRICT SA KAEO PROVINCE

(Received: December 28,2023 ; Revised: December 29,2023 ; Accepted: December 30,2023)

สมเกียรติ ทองเล็ก[1] **,รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ**[1] **,จำเนียร สุวรรณชาติ**[1]
Somkiat Thonglek[1] **, Rattanachai Phetsombat**[1] **,Chamnian Suwannachat**[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้รูปแบบผสานวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว และเพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 190 คน 2) บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 95 คน 3) ผู้นำชุมชน จำนวน 35 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม และเครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) ได้แก่ การตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c) วิเคราะห์ข้อมูลด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของ HbA1c ใช้สถิติทดสอบ paired Samples t-testและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า 1) ภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ ระดับ HbA1c ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงมากกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ ครอบครัวและชุมชน มีระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2, รูปแบบการดูแล

Abstract

This research was participatory action research. Using the combined method The objective is to study the context and problems in caring for the elderly with type 2 diabetes using the process. Family and community involvement Wang Somboon District Sa Kaeo Province To develop a care model for the elderly with type 2 diabetes by involving family and community. Wang Somboon District Sa Kaeo Province. And to study the results of using a care model for the elderly with type 2 diabetes using the process Family and community involvement Wang Somboon District Sa Kaeo Province The research participants included 1) 190 elderly people with type 2 diabetes, 2) 95 people in elderly family members with type 2 diabetes, 3) 35 community leaders. The research tools included a questionnaire. and tools for measuring biological indicators (Biomarkers), including Hemoglobin A1c (HbA1c) levels. Data were analyzed using numbers, percentages, means, and standard deviations. Comparative analysis of differences in HbA1c using the paired Samples t-test and content analysis.

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

The results of the research found that 1) after the implementation of the model, the HbA1c level of the elderly with type 2 diabetes decreased more than before the implementation of the model at a statistical significance of 0.05. 2) after the implementation of the model use family and community There is a high level of participation in caring for the elderly with type 2 diabetes.

Keywords: Elderly people with type 2 diabetes, care model

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก เนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ ทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ในปี ค.ศ. 2019 ทั่วโลกมีประชากรจำนวน 7,713 ล้านคน โดยอาศัยอยู่มากที่สุดในทวีปเอเชีย จำนวน 4,601 ล้านคน นอกจากนี้สหประชาชาติได้มีการประมาณการณ์จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละช่วงกลุ่มอายุ พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-69 ปี จำนวน 576 ล้านคน ผู้สูงอายุวัยกลางอายุ 70-79 ปี จำนวน 299 ล้านคน ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จำนวน 143 ล้านคน ซึ่งทวีปเอเชียมีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกคือ 586 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งทวีปในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในเอเชีย มีผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มากถึง 70 ล้านคน [7]

ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ซึ่งโครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนไปอย่างมากในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา จากประชากรเยาว์วัยมาเป็นประชากรสูงวัย ในปี 2563 ประชากรสูงอายุได้เพิ่มเป็น 12.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ของประชากรทั้งหมด ในอนาคตอีก 20 ปีข้างหน้าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 3.5 ต่อปี และประชากรผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 7.1 ต่อปี อีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จะมีมากถึง 3.4 ล้านคน โดยคิดเป็นร้อยละ 5.2 ของประชากรทั้งหมด [7] นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักจะมีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ รวมไปถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากรายงานสถานการณ์โรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 ประเทศไทย พบว่า ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557-2561) ความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรผู้สูงอายุนั้นได้เพิ่มขึ้น โดยแบ่งเป็นช่วงอายุ อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 16.7 เพิ่มเป็น ร้อยละ 19.2 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 15.8 เพิ่มเป็นร้อยละ 18.8 อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.5 เพิ่มเป็นร้อยละ 11.8 [11] โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถือว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ขณะเดียวกันวิทยาการทางการแพทย์ยังไม่สามารถรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้หายขาดได้ จึงมีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา อีกทั้งโรงพยาบาลมีข้อจำกัดเรื่องการรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในระยะเวลานาน ๆ ได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามแผนการรักษา ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายที่บ้าน และเป็นการลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วยในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีโอกาสได้ใกล้ชิดครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นในการช่วยดูแลและตอบสนองความต้องการ ทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม ตลอดเวลา ซึ่งผู้ที่จะ

ช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Care Giver) มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นภารกิจที่ยาวนาน นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) และมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์

จังหวัดสระแก้ว พบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ในปี พ.ศ. 2565 เท่ากับ 621.54 ต่อแสนประชากร สำหรับอำเภอวังสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ เท่ากับ 607.11, 664.89 และ 868.02 ต่อแสนประชากรตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 5.59, 4.29 และ 4.90 และมีอัตราตาย 0.70, 1.52 และ 1.80 ต่อแสนประชากร โดยเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 888, 959 และ 1,026 คน คิดเป็นร้อยละ 16.60, 16.93 และ 18.47 ตามลำดับซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุข อันดับแรกของอำเภอวังสมบูรณ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2565) องค์การอนามัยโลก [14] ได้บัญญัติวัตถุประสงค์ในการดูแลรักษาเบาหวานไว้ 4 ประการ คือ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้โดยปราศจากอาการที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันและชีวิตในสังคมอย่างใกล้เคียงปกติที่สุด 3) เพื่อควบคุมโรคเบาหวานและเมตาบอลิซึมอื่น ๆ ของร่างกายให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้และรักษาสมดุลที่ดีนี้ให้คงอยู่ตลอด 4) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกเรื้อรังจากเบาหวาน เท่าที่ปรากฏในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่เกือบทั้งหมด สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ข้อแรกได้ และผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งไม่มากนักสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ถึง 3 ประการ สำหรับวัตถุประสงค์ข้อสุดท้ายของการรักษาคือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานนั้น ทางการแพทย์ยังไม่สามารถยืนยันจากข้อมูลที่มีอยู่ว่าจะสามารถทำได้สำเร็จสมบูรณ์ [9] ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ผ่านมา พบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดและพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องสำคัญ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ไม่ทราบถึงภาวะแทรกร้อนของการเกิดโรค และพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นปัญหามากในการดูแลรักษาผู้ป่วย [1,3,13]

จากเหตุผลดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงสภาพปัญหา และความต้องการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงและความต้องการของชุมชน แล้วนำมาสร้างกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ซึ่งให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการผสมผสานการค้นหาความจริงด้วยการวิจัย (research) การปฏิบัติการ (action) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมนำสู่การเปลี่ยนแปลงและการมีส่วนร่วม (participation) ซึ่งจะมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ในทุกขั้นตอน เริ่มจากตัวของผู้สูงอายุเอง สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้นำในชุมชน เป็นผู้ร่วมกำหนดปัญหาและความต้องการ ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างกันเพื่อให้ได้ข้อสรุปกระบวนการต่าง ๆ ในการวิจัยในแต่ละขั้นตอน กระบวนการต่าง ๆ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะ เรียนรู้ร่วมกันผ่านการร่วมกันวางแผนและกำหนดการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาหรือการดำเนินการได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยโดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้วไปใช้ ครอบครัวและชุมชนมีระดับการมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนนำไปใช้

2. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยโดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้วไปใช้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) ลดลงมากกว่าก่อนนำไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้รูปแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่
อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1,026 คน บุคคลในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน จำนวน 824 ครัวเรือน ผู้นำชุมชน ๆ ละ 1 คน จำนวน 48 หมู่บ้าน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บุคคลในครอบครัว และผู้นำ
ชุมชน ซึ่งได้จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณสัดส่วนจากตารางของเครจซี่ และมอร์แกน [12] จำนวน 320 คน และเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 190 คน 2) บุคคลในครอบครัว จำนวน 95 คน 3) ผู้นำชุมชน จำนวน 35 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออกจากการศึกษาดังนี้

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น (Independent Variable) ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) มี 3 ตัว ได้แก่ ระดับระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c) และระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.1 เครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) ได้แก่ การตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c)

3.2 แบบสัมภาษณ์ สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสถานที่ในการรับการรักษา

3.3 แบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการ

ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้นำชุมชน) โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้นำชุมชน) จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในชุมชน บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นคำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) [5] แบ่งเป็น 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ

3.3 แบบสังเกต การมีส่วนร่วมจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

3.4 แนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการ

ถอดบทเรียน ประกอบด้วย ความเป็นมาของกิจกรรม วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะ ข้อค้นพบใหม่

โดยเครื่องมือได้ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Content Validity) โดยใช้การวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item content validity index, I-CVI) และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale, S-CVI) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.89-1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ทุกข้อ และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้เช่นกัน ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยการวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

จริยะธรรมวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รหัสโครงการวิจัย 2/2566 วันที่รับรอง 21 มีนาคม 2566 วันที่หมดอายุ 20 มีนาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์

2. ประชุมเตรียมความพร้อมทีมผู้ช่วยนักวิจัยในการจัดกระบวนการ การเก็บข้อมูล โดยการอบรมชี้แจงวัตถุประสงค์ และแนวทางเก็บข้อมูล

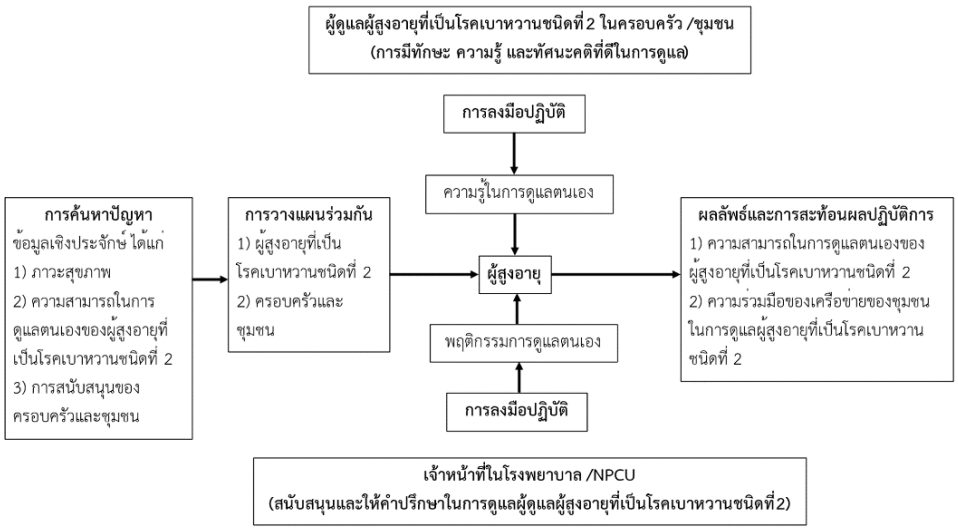
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ตามวันเวลาที่ได้กำหนดไว้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยกเลิกการให้ข้อมูลได้ทุกเวลา ขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีและให้ความยินยอมแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม

4. รวบรวม ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ผลการวิจัย

1. บริบทและสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว พบว่า อำเภอวังสมบูรณ์ มีจำนวน 48 หมู่บ้าน อยู่ห่างจากตัวจังหวัดสระแก้ว ประมาณ 55 กิโลเมตร มีปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญอันดับหนึ่ง คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นทุกปี (ปี พ.ศ. 2562-ปี พ.ศ.2566) 589.49, 607.11, 664.89, 868.02 และ 875.67 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับ HbA1c เกิน 7 mg% ร้อยละ 68.24 การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกภายในครอบครัว และญาติ ช่วงเวลากลางวันจะอาศัยอยู่บ้านคนเดียวและต้องเตรียมอาหารและยารับประทานเองเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องไปทำงาน สมาชิกในครอบครัวจะได้ดูแลจะเป็นในช่วงตอนเย็นและในวันหยุด ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รับประทานอาหารไม่ครบมื้อและรับประทานยาผิด

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว พบว่า ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การวางแผนร่วมกัน 3) การลงมือปฏิบัติ และ 4) ผลลัพธ์และการสะท้อนผลปฏิบัติการ และได้เป็นโครงการในการแก้ไขปัญหา ดังนี้ 1) โครงการการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) โครงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีรูปแบบ ดังนี้



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ดังนี้

3.1ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.70 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 36.30 มีอายุระหว่าง 66-70 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีระยะการป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ระหว่าง 1-5 ปี และรับการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.2 ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว มาใช้ ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับมากกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้

3.3 ผลการตรวจตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) ได้แก่ การตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c)

ตัวแปรที่ศึกษา	t-test for Equality of Means				
ระดับ HbA1c	*M*	*SD*	t	df	Sig
ก่อนเข้าโครงการ	9.159	.8639	-67.769	189	.000
หลังเข้าโครงการ	6.782	.7187			

**P*< .05

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับ HbA1c พบว่า ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว มาใช้ ระดับ HbA1c ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงมากกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอ วังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว พบว่า ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การวางแผนร่วมกัน 3) การลงมือปฏิบัติ และ 4) ผลลัพธ์และการสะท้อนผลปฏิบัติการ ออกมาเป็นโครงการในการแก้ไขปัญหา จำนวน 2 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) โครงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้เพราะเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันวางแผน ร่วมดำเนินกิจกรรม และมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราภรณ์ อุ่นเสียม (2559)[3] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า กระบวนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีผลทำให้ภาคีที่เกี่ยวข้องได้รับรู้และเข้าใจสถานการณ์ปัญหาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเข้าใจ นำมาซึ่งการช่วยเหลือซึ่ง

กันและกันในการวางระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และสอดคล้องกับ รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ (2561)[8] ที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาวะ โดยใช้กลไกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่สนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ อันนำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกันของบุคคลในสถานการณ์กลุ่ม จนบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ มี 5 ระดับ

2. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

2.1 ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว มาใช้ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับมากกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้ ทั้งนี้เพราะอาจเป็นเพราะครอบครัวและชุมชนได้รับรู้ข้อมูลปัญหาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเข้าใจ ส่งผลให้เครือข่ายในชุมชนทุกระดับมีความต้องการแก้ไขปัญหาของชุมชนตนเองมากยิ่งขึ้น และได้ดึงเอาทรัพยากรทางสังคมที่มีอยู่มาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการวางระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สอดคล้องกับ จิราภรณ์ อุ่นเสียม (2559)[3] ที่ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ภาคีที่เกี่ยวข้องมีการรับรู้และเข้าใจปัญหาของระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเข้าใจ ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับ รวมทั้งท้องถิ่น และชุมชนรู้จักตนเองมากยิ่งขึ้นสามารถนำมาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการวางระบบการดูแลในการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสอดคล้องกับ ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว และอรุณ บุญสร้าง (2562)[2] ที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมาก และมีปัจจัยของความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้ คือ การให้ความสำคัญและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลโดยเครือข่ายในพื้นที่และกลุ่มผู้สูงอายุเองที่ได้รับผลกระทบ ให้มีความรับผิดชอบในประเด็นปัญหานี้และมีจิตสำนึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1

2.2 ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c) ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว มาใช้ ระดับ HbA1c ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงมากกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้ ทั้งนี้เพราะรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการกำกับดูแลจากครอบครัวและชุมชนในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับ HbA1c น้อยกว่า 7 สอดคล้องกับ พิรุณี สัพโส (2566)[6] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทาง UCARE และการติดตามเยี่ยมโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน สามารถทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ อมรรัตน์ สุขเลิศ, จินตนา จุลทัศน์, และ สุภาพร ใจการุณ (2562)[10] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 10

พบว่า ปัจจัยพยากรณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน กลุ่มระดับน้ำตาลสะสมในเลือดล่าสุด (HbA1c) ต่ำกว่า 7 มี 3 ปัจจัยได้แก่ การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การดูแลตนเองด้านการออกกำาลังกาย และการสนับสนุนจากบุคลากรครอบครัวและชุมชนในการดูแลและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอวังสมบูรณ์ควรนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นี้ไปจัดทำเป็นคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นบริบทของอำเภอวังสมบูรณ์

1.2 พัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1.3 จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สร้างเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนและถอดบทเรียนให้หน่วยงานอื่นสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ได้

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาโดยจำแนกประเภทของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งอาจมีความต้องการดูแลที่ต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1.กานต์ชนก สุทธิผล. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 5(2), 1-12.

2.ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยวและอรุณ บุญสร้าง. (2563). กระบวนการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, *5*(03), 49-49.

3.จิราภรณ์ อุ่นเสียม. (2559). พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 11. วารสารวิชาการแพทย์, 30(4), 261-268.

4.จิรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนตรินทร์. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้าบลบางแก้วใน ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, *1*(2), 46-61.

5.นัยนา เดชะ. (2556). การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยของประชาชนในตำบลเลม็ด อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

6.พิรุณี สัพโส. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. *วารสารสานักงาน*สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 5(1), 169-183.

7.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

8.รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก,วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาลิมา สำาแดงสาร และดลปภัฏ ทรงเลิศ. (2561). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา สุขภาวะ. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 11*(1), 231–238.

9.วรรณี นิธิยานันท์. (2535). การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

10.อมรรัตน์ สุขเลิศ, จินตนา จุลทัศน์, และ สุภาพร ใจการุณ. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 10. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์* มหาวิทยาลัยนครพนม, 9(1), 92-99.

11.อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 2562. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

12.Krejcie, R. V., & Morgan, D. E. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Journal Education and Psychological Measurement, 30(3), 608-609.

13.Miller, T. A., & DiMatteo, M. R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy, 6, 421-426.

14.World Health Organization. (1985). Diabetes Mellitus: Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Org.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะแคลเซียมต่ำวิกฤตหลังผ่าตัดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา

Nursing care of a total thyroidectomy patient with postoperative critical hypocalcemia with acute respiratory failure: a case study.

(Received: December 16,2023 ; Revised: December 23,2023 ; Accepted: December 27,2023)

สุภาภรณ์ ชวนรำลึก[1]
Supaporn Chaunlumruk[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะแคลเซียมต่ำวิกฤตหลังผ่าตัดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ด้วยอาการ มีก้อนโตที่คอ โตขึ้น 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดต่อมไทรอยด์

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยมีปัญหาในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะซีดที่เกิดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 800 มิลลิลิตร ได้วางแผนการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และวันที่ 2 หลังผ่าตัดมีภาวะวิกฤตหลังจากเอาท่อหลอดลมคอออก เนื่องจากเกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันต้องใส่ท่อหลอดลมคออีกครั้งและใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ เมื่อพ้นระยะวิกฤตผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ แต่ยังไม่สามารถนำท่อเจาะคอออกได้เนื่องจากผลการส่องกล้องตรวจระบบกล่องเสียงและหลอดลม พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะสายเสียงเป็นอัมพาต พยาบาลได้มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ โดยแพทย์ให้ความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพโรค การพยากรณ์โรค สอนการจัดการดูแลตนเองที่บ้านแก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยเน้นการดูแลท่อเจาะคอเพื่อป้องกันภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ได้แก่ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 17 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, การผ่าตัดต่อมไทรอยด์, ภาวะแคลเซียมต่ำ, ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for total thyroidectomy patient with postoperative critical hypocalcemia and acute respiratory failure. Case study of a Thai female patient, age 59 years old, admitted to Banmi Hospital on 22 February 2023 with symptoms of a large lump on her neck before coming to the hospital for 1 month. The doctor made an appointment for the patient to come to the hospital for thyroid surgery.

Results: Patients have problems before surgery, including anxiety due to lack of knowledge about the disease, treatment, and how to behave before and after surgery. During the postoperative period, the patient had low calcium in the blood and anemia from blood loss during surgery of 800 ml. Day 2 after surgery, the patient had a critical condition after the removing tracheal tube. This is due to the patient's upper respiratory tract being obstructed. As a result, the patient has acute respiratory failure. Therefore, the patient received a tracheal tube again and used a ventilator. The patient received a tracheotomy. When the critical period passed, the patient was taken off the ventilator but the tracheostomy tube had not yet been removed. Because the results of endoscopy examining the larynx and trachea found that the patient had vocal cord paralysis. Nurse and health team participated in planning patient discharge. Doctors provide knowledge about disease, disease pathology, prognosis, and teaching home care management for caregivers, emphasizing tracheostomy tube care to prevent

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่

upper airway obstruction and monitoring for complications from thyroid surgery, including hypocalcemia.. The patient was hospitalized for a total of 17 days.

Keywords: nursing, thyroid surgery, hypocalcemia, acute respiratory failure

บทนำ

ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (Hypothyroidism) คือ ภาวะที่เกิดจากร่างกายพร่องหรือขาดไทรอยด์ฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ทำงานลดลง หรือไม่สามารถสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนได้ ซึ่งเมื่อเกิดจากตัวโรคของตัวต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) เป็นอวัยวะหนึ่งในระบบต่อมไร้ท่อ ตั้งอยู่ด้านหน้าของลำคอ ในส่วนหน้าต่อลูกกระเดือก หรือกระดูกอ่อนไทรอยด์ (Thyroid cartilage) มีรูปร่างคล้ายผีเสื้อ ประกอบด้วย 2 กลีบใหญ่ คือ กลีบด้านซ้าย และกลีบด้านขวา ซึ่งทั้งสองกลีบเชื่อมต่อถึงกันด้วยเนื้อเยื่อบางๆ ที่เรียกว่า อิสธ์มัส (Isthmus) ซึ่งต่อมไทรอยด์ปกติไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า และไม่สามารถคลำพบได้ ต่อมไทรอยด์เองเรียกว่า ภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมนปฐมภูมิ (Primary hypothyroidism) และเมื่อเกิดจากโรคของต่อมใต้สมอง หรือโรคของสมองไฮโปธาลามัสแล้วส่งผลกระทบมายังการทำงานของต่อมไทรอยด์ เรียกว่า ภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมนทุติยภูมิ (Secondary hypothyroidism) ภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมน เป็นภาวะพบได้บ่อยภาวะหนึ่ง พบได้ประมาณ 2-5% ของประชากรทั่วไป โดยพบได้ในทุกอายุตั้งแต่เด็กแรกเกิด (พบได้ประมาณ 1 คนในเด็กเกิดใหม่ทุก 3,000-4,000 คน) ไปจนถึงผู้สูงอายุ (ประมาณ 15% ของผู้มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป) พบในผู้หญิงได้บ่อยกว่าในผู้ชายถึงประมาณ 2-8 เท่า (ฉัตรชัย ศรีบัณฑิต, 2560) การรักษามีทั้งการให้ยาและการผ่าตัดในรายที่ก้อนโตขึ้นมากมีผลต่อการกลืน และหายใจลำบาก ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มาก ได้แก่ ภาวะขาดแคลเซียม ผู้ป่วยที่มีขนาดก้อนที่ใหญ่มากร่วมกับมีภาวะอัมพาตของสายเสียงตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดมักต้องใส่ท่อหลอดลมคอไว้ก่อนระยะหนึ่งหรืออาจเจาะคอพร้อมกับการผ่าตัดไปเลย เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนได้มากและถ้าเกิดรุนแรงมากจะนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ (นพวรรณ บุญบำรุง, 2560)

จากสถิติหอผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลบ้านหมี่ ปี 2564-2566 ผู้ป่วยวินิจฉัยภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน จำนวน 139 ราย, 142 ราย และ 151 ราย ทำผ่าตัด Total thyroidectomy จำนวน 6 ราย, 5 ราย และ 4 ราย ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ จำนวน 2 ราย, 1 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นผิดปกติ ชัก หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจเสียชีวิตได้ บทบาทสำคัญของพยาบาลถือว่าเป็นผู้ให้การดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ป้องกันภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี อาชีพค้าขาย สถานภาพสมรส ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

รับส่งตัวจากโรงพยาบาลหนองม่วง มีก้อนที่คอโตขึ้น เหนื่อย ใจสั่น 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

8 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล พบก้อนที่คอ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองม่วง วินิจฉัย Hypothyroidism

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ก้อนที่คอโตขึ้นเหนื่อย ใจสั่น ส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ แพทย์นัดทำผ่าตัด Total thyroidectomy

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลหนองม่วง

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล

22 กุมภาพันธ์ 2566

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ

Hypothyroidism

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

การตรวจร่างกาย

ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำ ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

ตา: ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ

หู: ใบหูปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

คอ: คลำได้ก้อนขนาด 6x6 cms

จมูก: มีลักษณะภายนอกปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

ปาก: ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย แต่ไม่มีบาดแผล

หน้าอก: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี การหายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

แขน ขา: สมมาตรกันดี แรงดีทั้ง 2 ข้าง grad 5

การตรวจร่างกายตามระบบ

ระบบประสาท: GCS 15 คะแนน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง

ระบบการหายใจ: อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียงผิดปกติในปอด O_2Saturation = 95%

ระบบหัวใจ: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 110 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขอดที่ขา

ระบบทางเดินอาหาร: หน้าท้องแบนราบ ไม่อืดตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ ทวารหนักรูปร่างปกติ

ระบบผิวหนัง: ผิวสีขาวเหลือง ผิวแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ไม่ซีด

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์: ปกติ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แรกรับ)

WBC 6,477 cell/cu.m.m, platelet 337,100 cell/cu.m.m, Hb 12.6% Hct 37%

PT 11.6 sec, INR 1.0, PTT 24.8 sec

Na 139 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Cl 108 mmol/L, CO_2 2_7 mmol/L, BUN 8 mg/dl, Cr 0.72 cell/cu.m.m eGFR 92, FT3 2.4 pg/ml, FT4 1.99 ng/dl, TSH 0.87 ulU/ml

ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Sinus tachycardia rate 112/min

สรุปการรักษา

รับใหม่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด แรกรับมีอาการเหนื่อย ใจสั่น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีปัญหาในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้รับการรักษาด้วย 10% Calcium Gluconate 50 ml+ 5% D/W 450 ml iv drip 20 ml/hr. และ $CaCO_3$ (600mg) 3 tab ๏tid pc & hs มีภาวะซีดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ได้ PRC 2 unit หลังผ่าตัดผู้ป่วย on Endotrachel tube ต่อกับ O_2 T-piece 10 lit/min อยู่ 5 วัน หลังจากนั้นแพทย์นำท่อหลอดลมเกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นและภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันต้องใส่ท่อหลอดลมคออีกครั้งและใช้เครื่องช่วยหายใจ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ และสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ในวันที่ 1 มีนาคม 2566 แต่ไม่สามารถนำท่อเจาะคอออกได้เนื่องจากผลการส่องกล้องตรวจระบบกล่องเสียงและ

หลอดลม พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะสายเสียงเป็นอัมพาต พยาบาลได้มีการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลท่อเจาะคอต่อที่บ้าน มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 11 มีนาคม 2566 รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 17 วัน

การพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด 1. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บ่นรู้สึกกลัว	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยสังเกตสีหน้าท่าทางและสอบถามถึงความกังวลใจ ของผู้ป่วย 2. ให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยว่าทีมรักษาพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี 3. อธิบายเกี่ยวกับโรคต่อมไทรอยด์ที่ผู้ป่วยเป็น การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด วิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด 4. อธิบายวิธีปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังนี้ 4.1 การตรวจเลือด ปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 4.2 อธิบายเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งร่างกายโดยการดมยาสลบซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกตัวไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด ผู้ป่วยจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 4.3 การพลิกตะแคงตัวและการลุกจากเตียงหลังผ่าตัดเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของทรวงอก ลดการคั่งค้างของเสมหะ ช่วยให้การระบายของสิ่งคัดหลั่งจากท่อระบายเป็นไปโดยสะดวก 4.4 การควบคุมและลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเรื่องการใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข ผู้ป่วยจะได้รับการระงับความเจ็บปวด เช่น การได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำ 4.5 การปฏิบัติตนอื่น ๆ ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ และการล้างสีเล็บ ให้ยาคลายความวิตกกังวลก่อนนอน ผู้ป่วยต้องงดอาหารและน้ำคืนก่อนผ่าตัดเช้าของวันผ่าตัดผู้ป่วยต้องอาบน้ำ แปรงฟันบ้วนปากเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ให้เรียบร้อยถอดเครื่องประดับ ฟันปลอม 5. ให้ข้อมูลแก่ญาติถึงสิ่งที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยมและเฝ้าดูแลผู้ป่วย **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นบอกว่าสบายใจขึ้นที่ได้รับรู้แนวทางการรักษาพยาบาล 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล บอกการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
ระยะหลังผ่าตัด **1. มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดกระทบกระเทือนต่อมพาราไทรอยด์** **ข้อมูลสนับสนุน** มีอาการชาที่มือ ผล Ca หลังผ่าตัด วันที่ 1 = 8.6 mEq/L หลังผ่าตัด วันที่ 2 = 7.8 mEq/L หลังผ่าตัด วันที่ 3 = 7.4 mEq/L	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4-6 ชั่วโมง พร้อมประเมินปฏิกิริยาของระบบประสาทและกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่แสดงภาวะขาดแคลเซียม เช่น ชาตามริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง มือจีบ ชักเกร็ง ตรวจเคาะปลายประสาทที่หน้าใบหู (Chvostek's sign) ถ้าผลบวกจะมีอาการกระตุกที่มุมปากข้างที่เคาะและตรวจ Trousseau's sign ทำโดยรัดแขนด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต โดยให้ความดันโลหิตสูงกว่าความดันซีสโตลิคเล็กน้อย รัดแขนนาน 2-3 นาที ทำให้มือขาดเลือดชั่วขณะ ถ้าผลบวกจะมีอาการมือจีบเกร็ง 2. ให้สารน้ำ 10% Calcium Gluconate 50 ml+ 5% D/W 450 ml iv drip 20 ml/hr. และ $CaCO_3$ (600mg) 3 tab ◉ tid pc & hs 3. ดูแลเรื่องความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุจากอาการชักเกร็ง 4. เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการเพื่อหาค่าแคลเซียมตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. Monitor NIBP ติดตาม EKG **การประเมินผล**

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	มีอาการชาที่มือหลังผ่าตัดวันที่ 2 และไม่มีอาการชักเกร็ง หลังผ่าตัด วันที่ 4-7 อยู่ในเกณฑ์ปกติ =8.7-9.0 mEq/L
2. เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจจากการบวมของเนื้อเยื่อหรือมีเลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** หลังผ่าตัด On Radivac drain 2 ข้าง บริเวณแผลที่คอเลือดซึมเล็กน้อย	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่แล้ววัดทุก 4 ชั่วโมง 2. สังเกตสีผิวหนังรอบๆ คอ และผ้าปิดแผลบริเวณคอ ตรวจดูการทำงานของขวดสุญญากาศเพื่อประเมินภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อ (hematoma) ที่ทำให้กดบริเวณทางเดินหายใจได้ 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลให้ผู้ป่วยไอแบบมีประสิทธิภาพ ดูดเสมหะตามความจำเป็น 4. จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม **การประเมินผล** ผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัดไม่มีอาการบวม Radivac drain ข้างซ้ายออก 40 ml ข้างขวา 50 ทส
3. มีภาวะซีดที่เกิดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 800 มิลลิลิตร Hct หลังผ่าตัด 27%	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียงเพื่อลดการทำงานของหัวใจ 2. บันทึกชีพจร ความดันโลหิตและการหายใจเพื่อประเมินหน้าที่ของหัวใจและการหายใจ 3. ช่วยเหลือกิจกรรมและให้ออกกำลังเท่าที่จะทำได้เพื่อให้หัวใจและปอดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4. ให้ความใส่ใจเมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีอาการหายใจลำบากและใจสั่นเพื่อพิจารณาการบันทึกสัญญาณชีพ 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาผลการรักษา 6. ให้ PRC 2 unit iv drip ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการให้เลือด เช่น หนาวสั่น หายใจลำบาก ผื่นคัน เจ็บหน้าอกถ้าพบหยุดให้เลือดทันที บันทึกสัญญาณชีพ และรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา **การประเมินผล** หลังให้ PRC 2 unit Hb 11.8 gm% Hct 30%
4. มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น **ข้อมูลสนับสนุน** 1. หลังทำผ่าตัด Total Thyroidectomy วันที่ 5 แพทย์ off Endotracheal Tube หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย หายใจลำบาก หายใจมีเสียง Stridor หน้าเขียว ชีพจร 110 ครั้ง/นาที เบาเร็ว ความดันโลหิต 100/50 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 89% 2. ทำ FOL ผล มี Bilateral TVC Paralysis	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย หายใจเร็วตื้น มากกว่า 35 ครั้งต่อนาที ชีพจรมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำลง < 90/60 มิลลิเมตรปรอท มี cyanosis, O2 saturation< 90 % 2. ช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใส่ Endotracheal tube เบอร์ 8 ความลึกมุมปาก 22 เซนติเมตร 3. ดูแลให้ผู้ป่วย On O_2 T-piece 10 LPM ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ O2 Saturation ตลอดเวลา 4. ตรวจวัดสัญญาณชีพและติดตามอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, ภาพถ่ายรังสีทรวงอก 6. ดูดเสมหะเมื่อได้ยินเสียงเสมหะโดยประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการดูดเสมหะทุกครั้ง และสังเกตอย่างใกล้ชิด ตรวจสอบท่อหลอดลมคอและสายยางต่าง ๆ ให้อยู่ในตาแหน่งที่เหมาะสมไม่หัก พับงอ **การประเมินผล** อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-110 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเขียวบริเวณมือ เท้า ริมฝีปาก O2 Saturation 100 %

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5. มีภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism) หลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกหมด **ข้อมูลสนับสนุน** หลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกหมด การหลั่งฮอร์โมนไทรอยด์จะลดลง ส่งผลให้เกิดการลดลงของระดับแคลเซียมในเลือดได้	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิด แผนการรักษาพยาบาลและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อข้องใจ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่น กระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ 1,800 - 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน รับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำแต่โปรตีนสูง มีวิตามินครบถ้วนและอาหารที่มีกากใย 3. ติดตามผลการตรวจหาค่า total T3 total T4 free T4 และ TSH 4. ดูแลให้รับประทานฮอร์โมนทดแทน Euthyrox® (100) 11/2 tab oral OD และสังเกตอาการข้างเคียงของยา 5. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพราะผู้ป่วยอาจมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ เหนื่อยง่าย นอนราบไม่ได้ เจ็บหน้าอก หลังได้รับฮอร์โมนในระยะเริ่มแรก **การประเมินผล** ไม่มีอาการแสดงของระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ มือชากล้ามเนื้อกระตุก หรืออาการชัก
6. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การดูแลท่อเจาะคอไม่ถูกต้อง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. อธิบายเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง 2. แนะนำการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การพักผ่อนควรนอนหลับให้เพียงพอในเวลากลางคืน 6-8 ชั่วโมง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3. สอนให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ได้แก่ ลักษณะของเสมหะที่ผิดปกติ อาการมีไข้ อาการไอมากขึ้น เหนื่อยหอบ อาการมือเท้าชา ชักเกร็ง เป็นต้น 4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดผู้ป่วยจะมีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน 5. ผู้ป่วยสามารถบริหารคอ เอียงซ้าย เอียงขวา ก้มและเงยหน้าได้ตามปกติ ทำความสะอาดแผลด้วยสบู่อ่อน และน้ำอุ่น ถ้ามีอาการคัน อาจจะทาครีมบางๆ ที่แผล หรือรอบแผลเป็น 6. ถ้ามีอาการไข้สูง แผลบวมแดง มีน้ำหรือเลือดออกจากแผล กลืนลำบาก เสียงแหบ มีการกระตุกบริเวณใบหน้า หรือมีอาการอ่อนเพลีย หลงลืม ความคิดช้าลง เฉื่อยชา ผิวหยาบ ผมแห้ง มีอาการง่วงผิดปกติ ซึ่งเป็นอาการของภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ ให้มาพบแพทย์ทันที **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถาม การปฏิบัติตัวและการจัดการกับโรคที่เป็น สามารถบอกได้ว่าเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มือเท้าชา ชักเกร็ง ต้องรีบมาโรงพยาบาลรวมทั้งการจัดการดูแลท่อเจาะคอได้

อภิปรายผล

จากการที่ก้อนไทรอยด์โตและเบียดสายเสียงเป็นเวลานานทำให้สายเสียงเป็นอัมพาต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน นำไปสู่ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในที่สุด การใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำมีความยากลำบากเพราะสายเสียงจะบวม การช่วยเหลือผู้ป่วยจึงต้องอาศัยทีมช่วยชีวิตที่มีประสิทธิภาพสูงพยาบาลต้องมีทักษะการช่วยชีวิตเป็นอย่างดี ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการเจาะคอ จากภาวะสายเสียงเป็นอัมพาตและผู้ป่วยมีการใส่ท่อหลอดลม คอมานานกว่า 1 สัปดาห์ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะที่เหมาะสมและปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล การวางแผนจำหน่ายมีความจำเป็นและเป็นขั้นตอนสำคัญที่ควรต้องจัดให้กับผู้ป่วยโดยพยาบาลต้องเตรียมความพร้อมเรื่องความรู้และทักษะของผู้ดูแลและผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย โดยใช้หลักการ METHOD – P[4]

ผู้ป่วยที่ได้รับการทำผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด และมีภาวะแทรกซ้อนระดับแคลเซียมใน

เลือดต่ำ เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนจนนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ยุ่งยาก ซับซ้อน เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยคือ ความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยความหวังว่าจะหายจากโรค ทักษะที่สำคัญของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม ทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะทั้งระยะก่อน-หลังผ่าตัด ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งระยะก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย[2]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะแคลเซียมต่ำวิกฤต เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล

2. ผู้ป่วยต้องได้รับยาฮอร์โมนทดแทนในระยะยาว ต้องคอยสังเกตอาการประกอบกับผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อการรักษาและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นในช่วงรักษาพยาบาลควรเน้น และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาประสบความสำเร็จ

3. จากที่จำนวนผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมีค่อนข้างน้อย แต่มีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตสูง พยาบาลควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์สม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1.นพวรรณ บุญบำรุง. (2560). ภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษวิกฤต: การพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์; 37(2): 160-168

2.ธารกมล อนุสิทธิ์ศุภการ. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร; 28(2): 49-60.

3.วรเวทย์ โรจน์จรัสไพศาล. (2562). การทำนายภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดไทรอยด์ โดยใช้แนวโน้มของระดับแคลเซียมในเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์; 32(2):69-78

4.American Thyroid Association. (2017). The Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum.; 27(3): 315-89.

5.Ahmad A, Khan HM, Chaudhry N, et al. (2016). Post thyroidectomy hypocalcaemia-an audit of 100 cases. Annals of KEMC; 12(2): 285-7.

6.Wu J, Harrison B. (2010). Hypocalcemiaafter Thyroidectomy: The need for improved Definition. World J Endocr Surg; 2(1):17-20.

การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาส: กรณีศึกษา

Nursing care of HIV patients with opportunistic infections: A case study

(Received: December 16,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 28,2023)

สุเนตร มะวงศ์ษา[1]
Sunate Mawongsa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาส โดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทยอายุ 37 ปี ตรวจพบการติดเชื้อครั้งแรกเมื่อปี 2560 ขณะมาป่วยรักษาวัณโรคปอด หลังทราบผลเลือดเข้าสู่ระบบ วินิจฉัย HIV infection with TB lung รักษาวัณโรคปอดรับประทานยาครบ 6 เดือนผู้ป่วยขาดนัดขาดยาไปช่วงปี 2561-2564

ผลการศึกษา: เข้ารับการรักษาที่ ARV Clinic เพื่อรักษาโรคฉวยโอกาส วันที่ 30 ธันวาคม 2564 มีอาการเหนื่อยง่าย รับประทานอาหารได้น้อย เจ็บในช่องปาก มีผื่นแดงตามร่างกายมา 7 วัน ตามีอาการพร่ามัว ให้การพยาบาล 3 ระยะ ระยะก่อนตรวจ เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เสี่ยงต่อการติดเชื้อในจอประสาทตา มีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค ขณะตรวจ เกิดโรคแทรกซ้อนและโรคฉวยโอกาสเชื้อราขึ้นสมอง เสี่ยงต่อดื้อยาต้านไวรัสและยาวัณโรค มีการติดเชื้อที่ผิวหนัง ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเบื่ออาหาร ดูแลให้ได้รับการตรวจ และสังเกตอาการใกล้ชิด ระยะหลังตรวจ แพทย์ให้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ติดตามเยี่ยม ได้รับการรักษาด้วยยา Amphotericin-B ระยะเวลา 5 วัน จำหน่ายวันที่ 7 มกราคม 2565 อาการปกติดี รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่ขาดนัด

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเอชไอวี, การติดเชื้อฉวยโอกาส

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing process for HIV patients with opportunistic infections. A 37-year-old Thai male patient was first diagnosed with infection in 2017 while receiving treatment for pulmonary tuberculosis. After knowing the blood results into the system, HIV infection with TB lung was diagnosed. Pulmonary tuberculosis was treated by taking medicine for 6 months. Patients have missed appointments and missed medication during 2018-2021.

Results: Patient was admitted in ARV Clinic for treatment of opportunistic diseases on December 30, 2021. Patient felt tired easily and could not eat much food. The patient had pain in the mouth, a red rash in the body for 7 days and blurred vision. Nursing care for 3 phases, before medical examination, patient had a risks tissue depletion of oxygen, risk of infection in the retina anxiety because of lacking of knowledge of the progression of the disease. During medical examination, patient had a complications and opportunistic fungal diseases in the brain, risk of resistance to antiviral and tuberculosis drugs, a skin infection, insufficient nutrition. The nurse takes care and closely observed symptoms of patient. The patient admitted to the medical ward, and was followed up with visits, and received medication using Amphotericin-B for 5 days. Patient was discharged on January 7, 2022. The patient had normal symptom, take medicine continuously and regularly without missing an appointment.

Keywords: nursing, HIV patients, opportunistic infections

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจอันเนื่องมาจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเมื่อระยะเวลาการดำเนินโรคนานขึ้น ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เครียดเป็นระยะตามการเปลี่ยนแปลงของโรค สังคม และสิ่งแวดล้อมรอบข้าง จากการศึกษาการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ปฏิบัติตนเองในการดูแลสุขภาพไม่สม่ำเสมอ มีการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองโดยภาพรวมระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปฏิบัตินานๆ ครั้ง จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยติดเชื้อฉวยโอกาส (คณิสร แก้วแดง, สุมาลี ราชนิยม, 2558) และจากการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่าผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าด้านอื่นๆ มีความเครียดตั้งแต่เริ่มตรวจพบเชื้อเอชไอวีไปตลอดชีวิต ในรายที่วิตกกังวลมากมักกลัวว่าจะแพร่เชื้อสู่บุคคลที่รัก กลัวถูกปฏิเสธ กลัวขาดรายได้เนื่องจากไม่มีงานทำ จึงมักมีอาการท้อแท้ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต ทั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลจะเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของอาการ ผลการวินิจฉัยโรค การรักษา และผลการรักษา

องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติได้รายงานสรุปสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีปี 2565 พบว่าทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อ 36.5 ล้านคนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1.5 ล้านคน อยู่ในวัยผู้ใหญ่ 35.9 ล้านคนเสียชีวิตแล้วจากเอดส์ 690,000 คน ส่วนสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ตั้งแต่ปี 2563-2565 มีจำนวนดังนี้ 6,363, 5,446 และ 4,855 ราย ในจ่านวนนี้พบว่ามีปริมาณเม็ดเลือดขาวในกระแสเลือด ต่ำกว่า 200 cells/mm^3 คิดเป็นร้อยละ 47, 45, 45 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส จากสถิติโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์สะสม จำนวน 2,324 ราย, 2,424 ราย และ 2,526 ราย ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาส 268 ราย, 209 ราย และ 273 ราย ตามลำดับ พยาบาลประจำคลินิกให้คำปรึกษามีหน้าที่และบทบาทสำคัญ คือ ซักประวัติ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ นัดหมายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การเตรียมความพร้อมให้เกิดความเข้าใจในเรื่องการป้องกันการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาส ดังนั้นจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 37 ปี เชื้อชาติไทย ระดับการศึกษา ปริญญาตรี อาชีพรับราชการ มารับคำปรึกษาที่คลินิกให้การปรึกษาวันที่ วันที่ 30 ธันวาคม 2564 โดยรถนอน

อาการสำคัญ

มีอาการเหนื่อย ตามีอาการพร่ามัว รับประทานอาหารได้น้อย เจ็บในช่องปาก มีผื่นแดงตามร่างกาย 7 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

7 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจเจอเชื้อเอชไอวีครั้งแรกเมื่อปี 2560 ขณะมาป่วยรักษาวัณโรคปอด หลังทราบผลเลือดเข้าสู่ระบบวินิจฉัย HIV infection with TB lung รักษาวัณโรคปอดรับประทานยาครบ 6 เดือน และเข้าระบบรักษาด้วยยาต้านไวรัส ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส CD4=7 cell/ul %CD4=1.65 เริ่มยาต้านไวรัสสูตร TDF+FTC+EFV (TEEVIR) หลังรักษารับประทานยาต้านไวรัสประมาณ 1 ปี ผู้ป่วยขาดนัดขาดยาไปช่วงปี 2561-2564 เนื่องจากย้ายที่อยู่ไปต่างจังหวัด ไม่สะดวกกลับมารับยา จึงขาดนัดขาดยาไป ช่วง

เดือนเมษายน 2564 ไปคลินิกด้วยอาการหอบ มาตรวจ AFB 2+ ที่โรงพยาบาลได้รับยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ตามีอาการพร่ามัว มีผื่นแดงตามร่างกาย

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อย ตามีอาการพร่ามัว รับประทานอาหารได้น้อย เจ็บในช่องปาก มีผื่นแดงตามร่างกาย จึงมาตรวจที่โรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการใช้ยา สารเสพติด การแพ้ยาและอาหาร

ปฏิเสธการดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CD4

CD4 (470-1404) 220 cell/ul

% CD4 (24.1-50.7) 2.27%

Viral load (< 50 copies/ml) 510 copies/ml

WBC (5,000-10,000 cell/mm^3) 3,240 cell/mm^3

ผลเอกซเรย์ปอด

Reticulonodular infiltration and consolidations in right upper lung and both lower lungs

การรักษา

เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย LP พบ CSF Crypto Ag= Positive ให้การรักษาด้วยยา Amphotericin-B drip IV เป็นเวลา 5 วัน แล้ว LP ติดตาม ผล อาการดีขึ้นตามลำดับ หลังจากกลับบ้านนัดมา ARV Clinic เพื่อรับยาต่อเนื่องยังคงรักษา ยาต้านไวรัส On Fluconazole 200 2X2 ทุกวัน จำหน่ายวันที่ 7 มกราคม 2565 อาการปกติดี รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่ขาดนัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนตรวจ 1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. เป็นวัณโรคปอดจากเชื้อฉวยโอกาส 2. film chest Reticulonodular infiltration and consolidations in right upper lung and both lower lungs	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ และระดับความเข้มข้นในเลือดส่วนปลาย (oxygen saturation on room air) 2. ประเมินอาการไอ อาการหายใจหอบเหนื่อย 3. ประเมินการรับประทานยาวัณโรคให้ครบตามแผนการรักษาและตรวจสอบยาเหลือทุกครั้ง 4. แนะนำวิธีการปฏิบัติตนเองควบคุมและลดการแพร่กระจายเชื้อ โดย สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ 5. แนะนำให้นอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ 6. สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอดทำให้ปอดขยายตัวเพิ่มขึ้น 7. สอน/สาธิตให้หายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ ส่งเสริมให้ถุงลมปอดขยายตัวได้เต็มที่ แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น และแนะนำให้หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม 8. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการเหนื่อย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อได้รับการรักษาอาการเหนื่อยดังกล่าวจะดีขึ้นการเหนื่อยจะลดลง **ประเมินผล** อัตราการหายใจ อยู่ในช่วง 20-22 ครั้ง/นาที วัด oxygen saturation on room air ได้ ร้อยละ 94 ให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย oxygen saturation 97% ส่วนวิธีไอสามารถขับเสมหะออกได้เอง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในจอประสาทตา เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ตาพร่ามัวทั้ง 2 ข้าง 2. WBC 3,240 cell/mm^3	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ซักถามประวัติเรื่องการมองเห็น การบาดเจ็บ หรือ การผ่าตัดดวงตา สังเกตการมองเห็นตนเองทีละข้าง ถ้ามีจุดด่าลอยไปมา หรือเงาด่าควรรีบมาพบแพทย์ ป้องกันความพิการ 2. ตรวจร่างกาย ดูลักษณะทางกายภาพของดวงตาผู้ป่วย เช่น ขนาดของดวงตา สารคัดหลั่งและร่องรอยอักเสบต่างๆ 3. ส่งพบจักษุแพทย์เพื่อประเมินคัดกรอง CMVR ตรวจตาทุก 6 เดือน 4. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น ปวดตา ตามัวมากขึ้น ภาพซ้อนมองไม่ชัด ตาลาย **ประเมินผล** ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในจอประสาทตา ได้รับการประเมินคัดกรอง CMVR ผลปกติไม่พบร่องรอยหรือการอักเสบของดวงตา มองเห็นชัดเจนขึ้น ไม่มีภาพซ้อน
3. มีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการปฏิบัติตน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีการขาดนัด 2. รับประทานยาต้านไวรัส และยาวัณโรคไม่ต่อเนื่อง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. พูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษา 2. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเกี่ยว กับการเจ็บป่วย ตอบข้อซักถามด้วยวาจาที่นุ่มนวล สุภาพ เพื่อคลายความวิตกกังวล 4. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆที่แสดงออกของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความวิตกกังวลนั้น 5. ให้กำลังใจสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีท่าทีเป็นมิตร พูดคุยสอบถามอาการเกี่ยวกับโรคและการรักษา หลังจากได้รับการให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็นมากขึ้น สามารถบอกถึงวิธีการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง
การพยาบาลระยะขณะตรวจ 1. เกิดโรคแทรกซ้อนและโรคฉวยโอกาสเชื้อราขึ้นสมอง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. นอนรพ.พระนารายณ์มหาราช 20 พฤศจิกายน 2564-18 ธันวาคม 2564 ผล serum Crypto Ag= Positive LP พบ CSF Crypto Ag= Positive 2. วันนี้ CD4 220 cell/ul % CD4 2.27% อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ปวดศีรษะเป็นพักๆ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. จัดให้ผู้ป่วยนอนพักศีรษะสูง 30 องศา 2. แนะนำให้ญาติเช็ดตัวลดไข้ ระหว่างรอการเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วย 3. ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอทาง canular 5 LPM 4. สังเกตอาการ ความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะมากขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน รายงานแพทย์ทันที 5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ระหว่างรอการเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วย **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่สับสน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ไม่อาเจียน อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 100/68-140/94 มิลลิเมตรปรอท
2. เสี่ยงต่อดื้อยาต้านไวรัสและยาวัณโรค **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง 2. นอนรพ.พระนารายณ์มหาราช 20 พฤศจิกายน 2564-18 ธันวาคม	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาทุกครั้ง ทดสอบโดยให้ผู้ป่วยจัดยาให้ดูทุกครั้ง 2. ประเมินอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส 3. สอบถามถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา การจัดการเมื่อกินยาไม่ตรงเวลา 4. ดูแลให้พบเภสัชกรเพื่อแนะนำเรื่องยา และการเก็บรักษายาอย่างมีประสิทธิภาพ **การประเมินผล**

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2564 ผล serum Crypto Ag= Positive LP พบ CSF Crypto Ag= Positive	มีความรู้เรื่องกินยาสม่ำเสมอตลอดชีวิต จัดยาได้ถูกต้อง กินยาต้านไวรัสตรงเวลา จัดเก็บยาได้อย่างเหมาะสมขึ้น
3. มีการติดเชื้อที่ผิวหนัง เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. CD4 220 cell/ul % CD4 2.27% 2. มีผื่นแดงตามร่างกาย	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการและ สภาพผิวหนัง 2. แนะนำการทำความสะอาด อาบน้ำด้วยอุณหภูมิปกติ วันละ 2 ครั้ง ซับตัวด้วยผ้าสะอาดให้แห้ง ทาโลชั่นหรือครีมบางๆ 3. สวมเสื้อผ้าที่สะอาด เนื้อผ้าโปร่ง สบาย ไม่หนาจนเกินไป 4. อยู่ในสถานที่โปร่ง โล่ง สบาย 5. ดูแล เครื่องนอนให้สะอาด นำมาตากแดดอยู่เสมอ 6. หลีกเลี่ยง แกะ เกา ตุ่มแผล และดูแลบาดแผลให้สะอาด 7. แนะนำการรับประทานยากลุ่มแก้แพ้และยาทาผิวหนัง ตามแผนการรักษาของแพทย์ 8. แนะนำดูแลสุขภาพรับประทานอาหารโดยเฉพาะกลุ่มโปรตีนสูง ออกกำลังกาย พักผ่อน **การประเมินผล** ผู้ป่วยรับประทานยาแก้แพ้และทายาตามที่แพทย์สั่งอาการ ดีขึ้นตุ่มผื่น ยุบลง บางตุ่ม แห้งดีไม่มีรอบแผลเปิด ไม่มีไข้ ผิวหนังชุ่มชื่น สะอาดดี ระดับ CD4 เพิ่มช้า ได้แนะนำเพิ่มเติมเรื่องการพักผ่อน
การพยาบาลระยะหลังตรวจ **1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มขึ้นในระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบหายใจ เนื่องจากมีภาวะภูมิคุ้มต่ำ** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. CD4 220 cell/ul % CD4 2.27% 2. WBC 3,240 cell/mm^3	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ติดตามประเมินอาการแสดงการติดเชื้อได้แก่ ไข้ หนาวสั่น เหงื่อออก ไอ เจ็บปาก มีฝ้าขาวในปาก ปัสสาวะบ่อย มีหนองไหลออกจากแผล มีตุ่มน้ำบริเวณริมฝีปาก หน้า อวัยวะสืบพันธุ์ 2. สอนผู้ป่วยถึงการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การล้างมือให้สะอาด การดูแลความสะอาดของใช้และสิ่งแวดล้อม การดูแลความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะช่องปากและอวัยวะสืบพันธุ์ 3. แนะนำให้รับประทานอาหารสะอาด สุกใหม่ ครบ 3 มื้อต่อวัน 4. แนะนำให้การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพ โดยออกกำลังกายที่ไม่ใช้แรงมาก นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง 5. แนะนำผู้ป่วยในการฝึกการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ ถ้ามีอาการไอเรื้อรัง 6. แนะนำการดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะทุกครั้ง 7.ให้ดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และบ้วนปากก่อนและหลังรับประทาน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก 8. แนะนำวิธีการป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล 9. ให้หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่แออัด ผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อระบบหายใจ 10. ให้กินยาอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลา ต่อเนื่อง **การประเมินผล** จากการติดตามผู้ป่วย ปัสสาวะปกติไม่ขุ่น ไม่มีอาการแสบขัด พบลิ้นมีฝ้าขาว ไม่มีแผลในช่องปากเพิ่มขึ้น ค่า WBC =3,940 cell/cu.mm
2. ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากมีแผลในช่องปาก อุจจาระร่วงบ่อย **ข้อมูลสนับสนุน** เจ็บปาก รับประทานอาหารได้ 4-5 คำ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง 3-4 ครั้ง / วัน อาทิตย์ละ 2-3 วัน	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. แนะนำเมนูอาหารที่อ่อน ย่อยง่าย 2. จัดให้แบ่งมื้ออาหาร ให้ทานทีละน้อย แต่บ่อยครั้ง 3. แนะนำอาการที่ให้พลังงานสูง เช่น ซุปไก่ ไข่ เนื้อปลา นม 4. ลดอาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด 5. แนะนำการทำความสะอาดดูแลช่องปากและฟัน 6. สังเกต หลังจากรับประทานอาหารทุกครั้งว่ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตามมาหรือไม่ 7. ให้ชั่งน้ำหนักตัวสัปดาห์ละครั้ง จดบันทึก เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
น้ำหนัก 40 กิโลกรัม มีรูปร่างผอม มีแผลในช่องปาก ความอยากอาหารลดลง	8. ให้ผงเกลือแร่ประจำบ้าน แนะนำการผสมและดื่มเมื่อมีอาการท้องร่วง **การประเมินผล** รับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น จาก 40 กิโลกรัม เป็น 42 กิโลกรัม ภายใน 1 เดือน สุขภาพแข็งแรง ไม่ซีด ริมฝีปากชุ่มชื้น ช่องปากสะอาด รอยแผลในปากลดลง

อภิปรายผล

เอชไอวี/เอดส์ เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายมีความแตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่นคือ สังคมไม่ยอมรับและ/หรือมีความรังเกียจ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบการรักษาช้า แพร่เชื้อให้กับคู่นอนโดยไม่รู้ตัว เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสโดยเฉพาะวัณโรคพบมากเป็นอันดับ 1[5] จากการศึกษาผู้ป่วยมาด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสด้วยวัณโรคปอดแล้วจึงทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี มีปัญหาซับซ้อนจนทำให้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มาตามนัด ขาดยานาน ทำให้ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสได้ หลังจากนั้นได้รับการปรับเปลี่ยนสูตรยาเป็นยาต้านไวรัสสูตรดื้อยา และต้องรับประทานตรงเวลาสม่ำเสมอตลอดชีวิต มีค่าใช้จ่ายสูง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดจากความสามารถไม่เพียงพอที่จะดูแลตนเอง การพยาบาลจึงเข้าไปช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีปรับตัวอยู่ในสังคม[7] พยาบาลวิชาชีพและเป็นผู้ประสานงานการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความสามารถ ในการประเมินอาการผู้ป่วยรอบด้านอย่างครอบคลุม มีทักษะในการให้คำปรึกษาและประสานงานให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการดูแลรักษาและปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข[1]

ข้อเสนอแนะ

1. การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ และจัดบริการเชิงรุกให้กลุ่มเสี่ยงตรวจเลือดเร็ว รู้ผลเร็วและรักษาเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

2. ในการพยาบาลผู้ป่วยควรประเมินให้ครอบคลุมทุกมิติเป็นแบบองค์รวม ติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการดูแลให้เหมาะสมเป็นวงจร อย่างต่อเนื่อง สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ควรดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานเพื่อการดูแลกำกับการกินอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยความสมัครใจ เพื่อให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. การประเมินความเครียด และความสม่ำเสมอในการรับประทานยามีความจำเป็นอย่างมากเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1.ขนิษฐา สุขทอง. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี: 30(2); 95-108.

2.คณิสร แก้วแดง, สุมาลี ราชนิยม. (2558). พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 26 (ฉบับเพิ่มเติม),128-135.

3.ณัฏฐวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์. (2562). การสื่อสารที่ส่งผลต่อการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: ภาพตัวแทน และ ความหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ.วารสารโรคเอดส์, 31(3), 103-115.

4.ลัดดา พลพุทธา. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21(1), 136-150.

5.เพ็ญพักตร์อุทิศ, ชมพูนุช โสภาจารีย์, ปริยศ กิตติธีระศักดิ์. (2560). คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แบบองค์รวม. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

6.สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ กลุ่มงานพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ 2565. สถานการณ์ปัญหาเอดส์ระดับโลก. http://www.boe.moph.go.th/report.php ?cat =1267.

7.ศุภรัตน์ เพ็ญพาส (2565). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส : กรณีศึกษา. https://surin.moph.go.th/SPHO/wp-content/uploads/2022/11/

การพยาบาลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ : กรณีศึกษา

Nursing care for women with gestational diabetes together with preeclampsia : Case study.

(Received: December 16,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 28,2023)

คมคาย ควรแย้ม[1]
Khomkhai Khounyam[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลกลุ่มงานผู้ป่วยนอก แผนกสูติ-นรีเวชกรรม นักศึกษาพยาบาลในดูแลให้การพยาบาลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมีภาวะครรภ์เป็นพิษและพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนให้ปลอดภัยทั้งมารดาและทารกเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและเวชระเบียนผู้ป่วยในวิธีการศึกษารวบรวม ข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการเขียนผลการศึกษาวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป แบบแผนสุขภาพ การรักษา ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาหญิงไทย อายุ 33 ปี มา F/U ANC ตามนัด มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้หรืออาเจียน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ฝากครรภ์ครั้งแรกวันที่ 12 ธันวาคม 2565 GA 8 wks กำหนดคลอด 29 กันยายน 2566 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะมาฝากครรภ์ครั้งแรก ผลการตรวจ VDRL, HIV, HbsAg ปกติ ความเข้มข้นของเลือด 38% หมู่เลือดกรุ๊ป O Rh+ ประสานการส่งต่อให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ติดตามให้มาฝากครรภ์ตามนัด ได้รับยาตรงตามที่แพทย์สั่ง ติดตามให้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์ จากการติดตามดูแลต่อเนื่องหญิงตั้งครรภ์รายนี้อายุครรภ์ครบกำหนดคลอด ได้มาคลอดที่โรงพยาบาลอ่างทอง การรักษาที่ได้รับติดตามการมาตรวจหลังคลอด แนะนำติดตามการรักษาส่งต่ออายุรแพทย์ รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน มีนัดติดตามตรวจหลังคลอดคลินิกหลังคลอด งานผู้ป่วยนอกวันที่ 17 ตุลาคม 2566 หลังคลอดมารดาและทารกสุขภาพแข็งแรงดี ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 1 เดือน FBS 118 mg/dl อายุรแพทย์ไม่นัดติดตามอาการซ้ำ

คำสำคัญ : เบาหวานขณะตั้งครรภ์, ครรภ์เป็นพิษ, กรณีศึกษา, การพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to study guidelines for nurses in the outpatient work group. Obstetrics and gynecology department Nursing students provide nursing care to women with gestational diabetes. and have preeclampsia and develop the quality of nursing work in caring for pregnant women with complications to keep both mother and baby safe. Tools used in the study include Health status assessment using Gordon's health model framework and patient medical records were collected in the study method. observational data Interviewing patients and relatives Analysis of patient data using the analytical study results writing format. Compare general information, health plans, treatments, nursing diagnoses. From the prenatal period, the birth period, and the postpartum period.

The results of the study found that a case study of a 33-year-old Thai woman who came to F/U ANC for an appointment had a headache. Nausea or vomiting 3 days before coming to the hospital First antenatal care on 12 December 2022, GA 8 wks, delivery date 29 September 2023. Laboratory test results at the first antenatal visit. VDRL, HIV, HbsAg test results normal, blood concentration 38%, blood group O Rh+. Coordinate referrals for families and communities to participate in care. Follow up to come for prenatal care according to appointment. Receive medicine exactly as the doctor ordered. Follow up to receive laboratory tests according to the doctor's treatment plan. According to continuous follow-up care, this pregnant woman is at full term. I gave birth at Ang Thong Hospital. The treatment received followed the postpartum visit. Recommend follow-up treatment and refer to a general practitioner. Total 5 days of hospital stay, with postpartum follow-up appointment at postpartum clinic. Outpatient work on October 17,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอ่างทอง

2023. After giving birth, the mother and baby are healthy. Monitor blood sugar levels for 1 month, FBS 118 mg/dl, internist does not schedule repeat follow-up.

Keyword: Gestational diabetes, preeclampsia, case study, nursing

บทนำ

โรคเบาหวานที่วินิจฉัยขณะตั้งครรภ์ และจะหายไปภายหลังการคลอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อาทิเช่น ภาวะครรภ์ เป็นพิษ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เพิ่มโอกาสคลอดทางหน้าท้องมากขึ้น ภาวะทารกตัวโต ภาวะคลอดติดไหล่ เพิ่มอัตราตายปริกำเนิด ภาวะทารกน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังการคลอด เป็นต้น นอกจากนั้นในสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า และพบว่าร้อยละ 50 จะเป็นโรคเบาหวานภายใน 22 – 28 ปี ภายหลังการตั้งครรภ์และในด้านทารกเองยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นด้วย ()

จากข้อมูลสถิติเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ของสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยพบว่า ปี ค.ศ. 2015 มีผู้หญิงเป็นเบาหวาน 199.5 ล้านคน คาดว่าปี ค.ศ. 2030 อาจเพิ่มสูงถึง 313.3 ล้านคนเบาหวานพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และ 2 ใน 5 ของหญิงที่เป็นเบาหวาน อยู่ในวัยเจริญพันธุ์(ประมาณ 60 ล้านคนทั่วโลก) และข้อมูลจาก IDF สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติประมาณว่า มีจำนวนถึง 20.9 ล้านคน หรือ 16.2% ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะน้ำตาลสูงในเลือด (ค.ศ. 2015) โดย 85.1% วินิจฉัยเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes) 7.4% เป็นเบาหวานชนิดอื่นที่ตรวจพบตอนตั้งครรภ์ 1 ใน 7 ทารก คลอดจากแม่ที่เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากจะยิ่งเสี่ยงต่อน้ำตาลสูงในเลือดมากขึ้น

สถานการณ์เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลอ่างทอง พบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีจากสถิติปี 2561-2565 จำนวน 63, 70, 84, 95, และ 120 ตามลำดับ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานและมีภาวะแทรกซ้อน เพื่อลดอันตรายต่อคุณแม่ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ผู้ศึกษาจึงเลือกกรณีหญิงตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะครรภ์เป็นพิษ ฝากครรภ์ที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก แผนกสูติ-นรีเวรรกรม ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยใช้รูปแบบตามแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ที่ครอบคลุม 4 มิติ มาเป็นแนวทางในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานและมีภาวะครรภ์เป็นพิษเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ดี มารดาและทารกปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลกลุ่มงานผู้ป่วยนอก แผนกสูติ-นรีเวชกรรม นักศึกษาพยาบาลในดูแลให้การพยาบาลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมีภาวะครรภ์เป็นพิษ

2.เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนให้ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กรณีศึกษาหญิงไทย อายุ 33 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนา อำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร

อาการสำคัญ

มา F/U ANC ตามนัด มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้หรืออาเจียน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไปตรวจที่คลินิกแพทย์ พบว่าตั้งครรภ์ จึงส่งตัวมาให้ฝากครรภ์โรงพยาบาลอ่างทอง

ประวัติการตั้งครรภ์

ฝากครรภ์ครั้งแรกวันที่ 12 ธันวาคม 2565 GA 8 wks กำหนดคลอด 29 กันยายน 2566 ผลการตรวจ

ทาง ห้องปฏิบัติการขณะมาฝากครรภ์ครั้งแรก ผลการตรวจ VDRL, HIV, HbsAg ปกติ ความเข้มข้นของเลือด 38% หมู่เลือดกรุ๊ป O Rh+

ประวัติในครอบครัว

มารดาหญิงตั้งครรภ์ป่วยเป็นเบาหวาน

การวินิจฉัยแรกรับ

G1P0A0L0 with GDM II

การรักษา

on mixtard 10 unit เช้า

การประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์แรกรับที่ห้องฝากครรภ์

ลักษณะรูปร่างเตี้ย อ้วน น้ำหนัก 73.70 กก. สูง 153 ซม. BMI 31.48 ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 159/84 มิลลิเมตรปรอท

การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด GDM

ตารางที่ 1 การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด GDM

วัน เดือน ปี	FBS	1hrpp	HbA1C	ค่าปกติ
GA14^{+3} wks	165 mg/dl	273 mg/dl		80-120 mg/dl
GA15^{+3} wks	155 mg/dl	230 mg/dl		
GA17^{+3} wks	97 mg/dl	170 mg/dl		
GA19^{+3} wks	96 mg/dl	165 mg/dl		
GA20^{+3} wks	248 mg/dl	107 mg/dl		
GA21^{+3} wks	99 mg/dl	129 mg/dl		
GA22^{+3} wks	75 mg/dl	128 mg/dl		
GA24^{+3} wks	95 mg/dl	126 mg/dl	4.9%	

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา วันที่ 12 ธันวาคม 2565 มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 8 สัปดาห์	**1. มีอาการไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก** **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์แจ้งว่ามีคลื่นไส้ อาเจียนติดต่อกันประมาณ 1 สัปดาห์ รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ สภาพร่างกายอ่อนเพลีย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพ และสอบถามความถี่ห่างและความรุนแรงของการคลื่นไส้ อาเจียน 2. ชั่งน้ำหนักตัว เพื่อประเมินระดับการขาดน้ำ 3. ดูแลให้พักบนเตียงในระหว่างรอพบแพทย์ 4. จัดหาน้ำและนมอุ่นๆ ให้รับประทานเพื่อลดอาการและให้สามีเช็ดตัวให้เพื่อส่งเสริมความสุขสบาย 5. อำนวยความสะดวกจัดหากระโถนเมื่อมีอาการอาเจียน **การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์บอกรู้สึกว่าอาการดีขึ้น พักได้ในขณะรอตรวจรักษา
2. หญิงตั้งครรภ์พร่องความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ **ข้อมูลสนับสนุน** ไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสุขภาพและดูแลให้ได้รับคำแนะนำ ขั้นตอนการบริการที่หน่วยฝากครรภ์ ตรวจร่างกายตรวจครรภ์ และคำนวณอายุครรภ์ เพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น โรคหรือพาหะของ Thalassemia 2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน การดูแลตัวเองระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อวางแผนการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ และส่งเสริมความก้าวหน้าของทารกในครรภ์ 3. ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์เรื่องโภชนาการ ในการรับประทานโปรตีนและแคลเซียม เน้นเนื้อสัตว์นม และไข่ ถั่ว เมล็ดแห้ง เพื่อส่งเสริมการสร้างกล้ามเนื้อและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ รับประทานธาตุเหล็ก ซึ่งพบได้มากในเนื้อแดง ไข่แดง ตับ เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางและช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง รับประทานผักใบเขียว เช่น กุยช่าย ผักคะน้า หน่อไม้ฝรั่ง และตับจะมีกรด Folic มากเช่นเดียวกับ ผักใบเขียว เพื่อป้องกันความพิการในทารก

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องที่ควรระวัง ข้อห้ามระหว่างการตั้งครรภ์ ได้แก่ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารดองเพราะทำให้ท้องเสีย ท้องผูกได้ งดคาเฟอีน ชา กาแฟและเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิด 5. หลีกเลี่ยงการไปสถานที่ที่มีคนพลุกพล่าน ย่านชุมชน เพื่อป้องกันการติดโรคในระบบทางเดินหายใจ เช่น COVID-19 และโรคผิวหนัง แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว หรือ 1.5-2 ลิตรต่อวัน เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิต และช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น 6. แนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในช่องปากและฟัน แปรงฟันหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการอักเสบติดเชื้อ 7. แนะนำเรื่องของการนอนหลับพักผ่อน ควรหลับวันละ 8-9 ชั่วโมง ควรหลับตอนกลางวันประมาณ 30-60 นาที ในไตรมาสแรกควรงดการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากทำให้เสี่ยงต่อการแท้ง และในไตรมาสที่ 3 อาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ **การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์ตั้งใจรับฟังคำแนะนำเป็นอย่างดี หลังให้คำแนะนำทบทวนความรู้ ความเข้าใจสามารถตอบได้ถูกต้อง
การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา **1. หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะเป็นเบาหวาน** **ข้อมูลสนับสนุน** มีพฤติกรรมชอบดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สำคัญในการควบคุมเบาหวาน เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีแคลอรี่อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ปริมาณแคลอรี่ที่ต้องการในแต่ละวันในหญิงตั้งครรภ์รายนี้ควรได้รับ 30 กิโลแคลอรี่/กิโลกรัม และน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 11-16 กิโลกรัม 2. แนะนำให้งดรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง เพื่อจำกัดจำนวนน้ำตาลที่เข้าสู่ร่างกาย ป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ น้ำตาล น้ำผึ้ง ขนมหวานต่างๆ น้ำหวาน น้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ขนุน องุ่น มะม่วงสุก เป็นต้น 3. แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้หลอดเลือดฝอยของกล้ามเนื้อที่กำลังทำงานถูกเปิด กลูโคสถูกนำไปใช้มากขึ้น และอินซูลินดูดซึมได้เร็วขึ้น ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อรู้สึกเหนื่อยต้องพัก โดยมีหลักการออกกำลังกาย โดยเริ่มออกกำลังกายในระยะเวลาสั้น แต่สม่ำเสมอแบ่งทำวันละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที ควรทำทุกขั้นตอนของการบริหารจากการออกกำลังกายที่ง่ายไปท่าที่ยาก เพื่อให้ร่างกายมีการเผาผลาญของเซลล์ระดับกล้ามเนื้อ ตามระยะของการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เหนื่อยมาก หายใจไม่สะดวก ทารกในครรภ์ดิ้นมาก หรือน้อยผิดปกติ 4. สอนการตรวจชีพจรหลังออกกำลังกาย โดยชีพจรหลังการออกกำลังกายไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/นาที แนะนำภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้อาเจียน มือไข้ ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น ถ้ามีอาการผิดปกติควรมารับการตรวจทันที เพราะอาการต่างๆ เหล่านี้อาจทำให้การควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีพอเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย 5. แนะนำเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ เพราะขณะตั้งครรภ์ผิวหนังแห้ง เกิดแผลได้ง่าย มีตกขาวมากและปัสสาวะบ่อย จะทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากระดับน้ำตาลที่ออกมาในปัสสาวะเป็นอาหารอย่างดีทำให้เชื้อแบคทีเรียเจริญเติบโตได้ 6. สอนการป้องกันการเกิดบาดแผลที่เท้า โดยแช่เท้าในน้ำอุ่นวันละ 5 นาที ร่วมกับบริหารเท้าเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น 7. ส่งตรวจ ติดตามผล FBS, 1hrpp ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ดูแลให้ยาอินซูลิน ตามแผนการรักษา เมื่อระดับน้ำตาลสูงกว่า 200 mg/dl 8. สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น และแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการตัวเอง ประสานงานกับเภสัชกรในการสอนการฉีดยาอินซูลินเมื่อกลับไปที่บ้าน **การประเมินผล** จากการติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือด FBS 92-162 mg/dl 1hrpp 90-245 mg/dl

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ **ข้อมูลสนับสนุน** ความดันโลหิต 159/84 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจปัสสาวะ glucose 1+ แพทย์มีแผนการรักษาเฝ้าระวังภาวะครรภ์เป็นพิษ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลชั่งน้ำหนักตัวทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ 2. ประเมินและสังเกตภาวะบวมของร่างกาย เท้า ประเมินกิจกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ว่ากิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันของหญิงตั้งครรภ์มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพื่อร่วมหาแนวทางในการปรับกิจกรรมให้ได้พักผ่อนมากขึ้น ช่วยลดความดันโลหิต 3. แนะนำหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร ลดอาหารเค็มโดยไม่ต้องงดเกลือ จำกัดอาหารพวกแป้ง เพิ่มอาหารประเภทโปรตีน และรับประทานอาหารที่มีกากใยเพื่อช่วยเพิ่มโปรตีนที่สูญเสียออกกับปัสสาวะ ช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ 4. แนะนำการนับลูกดิ้น โดยนับหลังรับประทานอาหาร 3 มื้อ นานครั้งละ 1 ชั่วโมง แต่ถ้าดิ้นน้อยกว่า 4 ครั้งในเวลา 1 ชั่วโมง ให้นับต่อไปอีกอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ถ้านับได้ 6 ครั้งขึ้นไปถือว่าปกติ ถ้าผิดปกติ คือ รวมผลการนับทั้ง 3 ครั้งได้น้อยกว่า 10 ครั้ง ควรรีบมาพบแพทย์ 5. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที เช่น น้ำหนักตัวเพิ่มมากอย่างรวดเร็ว บวมมาก ปัสสาวะน้อยลง คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว เจ็บบริเวณลิ้นปี่ ปวดท้อง เป็นต้น **การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต 128/78-140/98 มิลลิเมตรปรอท สัปดาห์ที่ 33 มีเท้า หน้าแข้งบวม กดบุ๋ม ระดับ 1
3. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะบวมเนื่องจากมีน้ำคั่ง **ข้อมูลสนับสนุน** การฝากครรภ์วันที่ 29 สิงหาคม 2565 อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ มีเท้า หน้าแข้งบวม กดบุ๋ม ระดับ 1 แพทย์มีแผนการรักษาป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ และเตรียมการคลอด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. อธิบายให้เข้าใจถึงพยาธิสภาพของอาการบวมและและผลต่อภาวะสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 2. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะบวม โดย ให้หญิงตั้งครรภ์นอนพักและทำกิจกรรมบนเตียง การนั่ง การนอนตะแคงไม่อยู่ในท่าเดียวนาน ๆ เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตของร่างกายดีขึ้น และลดการคั่งของน้ำในเนื้อเยื่อร่างกาย ไม่รับประทานอาหารที่มีเกลือมากเกินไป ให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนเพิ่มขึ้น เพื่อทดแทนโปรตีนที่สูญเสียออกจากร่างกาย 3. ประเมินความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงทุกครั้งที่มาตรวจครรภ์ หากตรวจพบความดันโลหิตสูงมากกว่าเดิม น้ำหนักตัวเพิ่มเกิน 2 กิโลกรัม ต่อ สัปดาห์ โปรตีนในปัสสาวะ > +1 อาการบวม > +1 รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันที 4. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์บันทึกปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวันทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของไต ติดตามการทำงานของไตจากค่า BUN, Cr เพื่อประเมินความรุนแรงและการทำงานของไต **การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ อาการบวมที่เท้า +1 ช่วงก่อนคลอด พบโปรตีนในปัสสาวะ +1 ค่า BUN 20 mg/dl Cr.0.89 mg/dl
4. หญิงตั้งครรภ์และสามีวิตกกังวลกลัวอันตรายต่อตนเองและบุตรเนื่องจากเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์และสามี สอบถามว่าจะอันตรายต่อลูกในท้องและจะพิการไหม	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ได้แสดงความเป็นมิตร ปลอบโยนให้รู้สึกอบอุ่น เพื่อคลายความวิตกกังวลและความกลัวมั่นใจว่ามีคนคอยดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจ 2. ซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและความกลัว เพื่อให้ได้ระบายความรู้สึก 3. ร่วมแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว 4. อธิบายถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ ผลของโรคเบาหวานต่อการตั้งครรภ์ผลของการตั้งครรภต่อโรคเบาหวาน แนวทางการรักษาพยาบาล 5. ประเมินความสนใจและการยอมรับผู้ป่วย เพื่อให้ได้ทราบข้อมูล ช่วยลดความวิตกกังวลในสิ่งที่ไม่ทราบ และเข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับ 6. ให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ ยกตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่สามารถตั้งครรภ์และคลอดได้ โดยการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้เกิดกำลังใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล **การประเมินผล**

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีหน้าตาสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือดีทุกครั้งที่มาฝากครรภ์
การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา **1. มีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย** **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์บอกว่าท้องผูกบ่อย 2-3 วัน 1 ครั้ง ปัสสาวะบ่อยมากขึ้นตื่นเข้าห้องน้ำกลางดึกบ่อยมาก	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความไม่สุขสบายเมื่อมาตรวจครรภ์ทุกครั้ง 2. สังเกตสีหน้าแสดงอาการแน่นท้อง และอื่น ๆ ถามว่ามีอาการไม่สุขสบายหรือไม่ 3. ประเมินว่าหญิงตั้งครรภ์ทำอย่างไร เพื่อลดหรือบรรเทาอาการท้องผูก เช่น การดูแลตนเองในเรื่องโภชนาการ การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย เพื่อประเมินดูว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ 4. อธิบายความรู้ทางสรีระที่เกี่ยวข้องกับความไม่สุขสบายของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับสาเหตุของอาการท้องผูก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจลดความวิตกกังวล จากการประเมินหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ดื่มน้ำน้อยลงเพราะกลัวปัสสาวะบ่อย จึงให้คำแนะนำเพิ่มเติมในเรื่องการเพิ่มปริมาณน้ำดื่ม การกำหนดเวลาปัสสาวะในช่วงก่อนนอน **การประเมินผล** หลังให้คำแนะนำสามารถปฏิบัติตัวได้ดีขึ้น อาการท้องผูกทุเลา เข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยปัสสาวะก่อนนอนทุกครั้ง
2. เสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการเตรียมคลอด เนื่องจากเป็นครรภ์แรกและมีโอกาสเกิดการคลอดติดขัด **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์ขาดประสบการณ์ในการเตรียมคลอด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ให้ความรู้การสังเกตอาการเจ็บครรภ์จริง คือ เจ็บครรภ์ทุกๆ 10-15 นาที เป็นจังหวะสม่ำเสมอ ปวดบริเวณหลังร้าวไปที่หน้าท้องส่วนบนแล้วร้าวลงขา อาการเจ็บครรภ์ไม่หาย แม้มีเทคนิคผ่อนคลาย มีมูกเลือด 2. แนะนำการเตรียมเครื่องใช้สำหรับทารก เช่น ผ้าเช็ดตัว ผ้าอ้อม สบู่ 3. อธิบายอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์โดยเร็ว ได้แก่ ลูกดิ้นน้อยลงหรือไม่ดิ้น มีน้ำเดิน ลักษณะเป็นน้ำใสๆ ไหลออกทางช่องคลอดไม่สามารถกลั้นได้เหมือนปัสสาวะ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ **การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์เข้าใจคำแนะนำ บอกการเตรียมคลอดและอาการผิดปกติได้ถูกต้อง

การติดตาม

ประสานการส่งต่อให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ติดตามให้มาฝากครรภ์ตามนัด ได้รับยาตรงตามที่แพทย์สั่ง ติดตามให้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์ จากการติดตามดูแลต่อเนื่องหญิงตั้งครรภ์รายนี้อายุครรภ์ครบกำหนดคลอด ได้มาคลอดที่โรงพยาบาลอ่างทอง ในระหว่างพักรักษาตัว ได้ติดตามดูแลเยี่ยมคลอดจนแพทย์อนุญาตกลับบ้านแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัวภายหลังคลอดที่เหมาะสม ไม่แนะนำการใส่ห่วง เพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ส่วนยาเม็ดคุมกำเนิดพวก combined oral contraceptives ซึ่งมีส่วนประกอบของเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ต้องระวังผลของยาที่อาจไปรบกวนต่อ metabolism ของกลูโคสและการแข็งตัวของเลือด ควรใช้ชนิดที่มีขนาดยาต่ำ (low dose) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แนะนำหลังคลอดควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 30-45 นาทีหลังให้นมลูกอาจป้องกันโดยดื่มนมชักแก้วก่อนหรือระหว่างให้นมบุตร ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น โอกาสที่อาจจะเป็นซ้ำในครรภ์ต่อไป การรักษาที่ได้รับติดตามการมาตรวจหลังคลอด แนะนำติดตามการรักษาส่งต่ออายุรแพทย์ รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน มีนัดติดตามตรวจหลังคลอดคลินิกหลังคลอด งานผู้ป่วยนอกวันที่ 17 ตุลาคม 2566 หลังคลอดมารดาและทารกสุขภาพแข็งแรงดี ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 1 เดือน FBS 118 mg/dl อายุรแพทย์ไม่นัดติดตามอาการซ้ำ

อภิปรายผล

เนื่องจากเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก หลังการให้คำแนะนำ หญิงตั้งครรภ์ยังปฏิบัติตัวได้ไม่ครบถ้วนและสม่ำเสมอ เช่น การนับลูกดิ้น เกิดจากยังไม่เข้าใจลักษณะการดิ้นของทารก พยาบาลต้องให้คำแนะนำ

ซ้ำๆ และปรับเปลี่ยนวิธีการอธิบาย ให้มารดาสาธิตบอกการดิ้นของทารกขณะนั้น จนเกิดความเข้าใจมากขึ้น[2] ในช่วงไตรมาสแรกมีการคลื่นไส้ อาเจียนมากมีโอกาสเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ต่ำ พยาบาลประเมินภาวะโภชนาการทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ และส่งเสริมให้สามีดูแล สอนวิธีการแก้ปัญหาเพื่อบรรเทาอาการ รวมทั้งประสานงานให้ รพสต. ร่วมเยี่ยม ทำให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

จากสภาพปัญหาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีไม่เกิดภาวะ Hypohyperglycemia การควบคุมอาหารและการ รับประทานอาหารที่เพียงพอถูกต้องร่วมกับการให้อินซูลินจะส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้รวมทั้งปริมาณอาหารที่เพียงพอถูกต้อง คำนวณจากน้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์แต่ละคน การส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง[3] เหมาะสมและสามารถดูแลตนเองได้จะทำให้สุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ปลอดภัยตลอดการตั้งครรภ์และการคลอด[6]

ข้อเสนอแนะ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในขณะตั้งครรภ์ ในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ซึ่งส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก โดยหญิงตั้งครรภ์ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง พยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพควรให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา รวมวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยการใช้กลวิธีต่างๆ ในการโน้มน้าวให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน การมีส่วนร่วมของครอบครัว การให้ความรู้ การกำกับตนเอง เป็นต้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และผ่านพ้นระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดได้อย่างมีคุณภาพ ทารกในครรภ์ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1.กนกวรรณ ฉันธนะมงคล. (2559). การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์. ส.เจริญการพิมพ์.

2.กฤษณี สุวรรณรัตน์. (2562). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวาน ด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 30(2)

3.ประเสริฐ แสนแสง. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. วารสารการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 6(12), 34-45.

4.มานี ปิยะอนันต์ และคณะ. (2558). ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

5.สายลม เกิดประเสริฐ. (2560). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์. ใน เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี, นาเรศ วงศ์ไพฑูรย์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, และณัฐฐิณี ศรีสันติโรจน์ (บ.ก.), ก้าวหน้า ไปด้วยกันเพื่อการบริบาลปริกำเนิด 4.0. ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.

6.อัจฉรา บุญหนุน. (2565). การพยาบาลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน , 7(1), 61-67.

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of promoting the development of children 3 - 5 years with a participatory learning process at Ban Na Ta Liu Subdistrict Health Promoting Hospital, Khao Wong District, Kalasin Province.

(Received: December 25,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

สุปิยา สุระเสียง[1]
Supeeya Surasiang[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี และรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 – เดือน กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 76 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบประเมินพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และDependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินงาน เด็กที่สงสัยล่าช้าจำนวน 33 คนมีพัฒนาการที่สมวัย 24 คนคิดเป็นเป็นร้อยละ 72.73 และยังมีเด็กที่ต้องส่งต่อเข้ากระตุ้นในโปรแกรม TDA4I จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 และผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีความรู้เรื่องพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น ร้อยละ 96 และเด็กใช้เวลาว่างที่บ้านกับกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการ ฟังนิทานจากปู่ย่า ตายาย ปั้นดินเหนียว (วัสดุจากธรรมชาติ) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวม หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ : การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ABSTRACT

This study was Participatory Action Research (PAR) aimed to Study the development of children 3 - 5 years old and model for promoting the development of children 3 - 5 years old with the participatory learning process of Ban Na Ta Liu Subdistrict Health Promoting Hospital, Khao Wong District, Kalasin Province. The study period was between October 2022 - September 2023. Sample size were 76 children aged 3 - 5 years from Ban Na Ta Liu Subdistrict Health Promoting Hospital, Khao Wong District, Kalasin Province. Data were collected from questionnaires and child development assessments between 3 and 5 years old. Data were analyzed by Content analysis (Content Analysis) frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

The results of the study found that after the operation Of the 33 children suspected of being delayed, 24 were developing appropriately for their age, accounting for 72.73 percent. There were also 9 children who needed to be referred for stimulation in the TDA4I program, accounting for 27.27 percent, and their parents or caregivers had knowledge about Child development increased by 96 percent and children spent free time at home with activities that stimulate development. Listen to stories from grandparents making

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

clay. (natural materials) And health knowledge of parents in promoting the development of children 3 - 5 years old, Ban Na Ta Liu Subdistrict Health Promoting Hospital, Khao Wong District, Kalasin Province, overall, after the operation at the highest level. Health literacy of parents in promoting the development of children 3 - 5 years old, Ban Na Ta Liu Subdistrict Health Promoting Hospital, Khao Wong District, Kalasin Province Before and after operation There is a difference. Statistically significant at the .05 level, after the operation there was an average score of health literacy. of parents in promoting the development of children 3 - 5 years old, Ban Na Ta Liu Subdistrict Health Promoting Hospital, Khao Wong District, Kalasin Province than before the operation

Keywords: Promoting child development 3 – 5 years, participatory learning process , Health literacy

บทนำ

เด็กวัย 3 – 6 ปี เป็นช่วงสำคัญที่ร่างกายและสมองกำลังเจริญเติบโต เด็กวัยนี้มีโอกาสเรียนรู้จากการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และการสัมผัส รวมทั้งการเคลื่อนไหว การเล่น การลงมือกระทำ ได้สำรวจ ทดลอง ค้นพบด้วยตนเอง ได้มีโอกาสคิดแก้ปัญหา เลือก ตัดสินใจ พูดคุย คิดริเริ่มสร้างสรรค์ และอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข เด็กวัยนี้จึงควรได้รับการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ และความเอาใจใส่เป็นพิเศษ เพื่อให้เด็กเกิดการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งพ่อแม่ ผู้ปกครองคือบุคคลสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูเด็กให้มีพฤติกรรมและพัฒนาการที่ดีได้ด้วยการส่งเสริมและเปิดโอกาสให้เด็กได้ลงมือทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย[1,2]

พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 มาตรา 5 การพัฒนาเด็กปฐมวัยตามพระราชบัญญัติ (3) กล่าวว่า “ให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่ดีรอบด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจ วินัย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาให้สมกับวัย เพื่อให้เกิดทักษะพื้นฐาน ในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต สามารถเรียนรู้อย่างสอดคล้องกับหลักการพัฒนาศักยภาพของแต่ละบุคคลและความต้องการจำ เป็นพิเศษซึ่งกำหนดกรอบบันทึกข้อตกลงการบูรณาการความร่วมมือกับ 6 กระทรวงหลักในการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) ตั้งแต่ พ.ศ.2565 - 2569 ตลอดจนนโยบายรัฐบาลและแผนการปฏิรูปประเทศด้านการศึกษา ได้กำหนดกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) ในกิจกรรมปฏิรูปที่ 2 การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนสู่การเรียนรู้ฐานสมรรถนะเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 โดยกำหนดจุดเน้นของการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ในระดับปฐมวัยให้มุ่งส่งเสริมสถานศึกษาจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อพัฒนาทุกด้าน ทั้งร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ และสังคมบ่มเพาะปลูกฝังวินัย คุณธรรมและค่านิยมที่ดี ด้วยความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง ชุมชน และสถานศึกษา พัฒนาการคิดวิเคราะห์เชิงระบบลงมือปฏิบัติ (Enactive) ด้วยประสบการณ์ตามมุมต่าง ๆ เพื่อให้สัมพันธ์กับการเรียนรู้ของสมองและจัดสภาพแวดล้อมในสถานศึกษาให้เห็นแบบอย่างของพฤติกรรมการดำ เนินชีวิตที่ดีงาม[3-8]

จากการสำรวจข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัยในช่วงปี 2557-2558 [4] พบว่าเด็กปฐมวัยไทยมากกว่า 1 ใน 4 มีระดับพัฒนาการโดยรวมสงสัยล่าช้า โดยกลุ่มเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ เด็กที่มาจากครอบครัวยากจน กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นอพยพ และเด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่และพบว่าเด็กที่ทั้งพ่อและแม่ย้ายถิ่นมีระดับพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่อยู่กับพ่อแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในจังหวัดน่านจัดเป็นหนึ่งในสถานการณ์ข้างต้น จากผลการคัดกรองความเสี่ยงทางสังคม (Social risk) ในเด็กปฐมวัยจำนวน 989 คน พบว่าเด็กปฐมวัยอาศัยอยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย จำนวน 330 คน คิดเป็นร้อยละ

33.37 คน และมีพัฒนาการล่าช้า 50 คน คิดเป็นร้อยละ 15.15 ผลจากการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ ด้านการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ (Special Promotion & Prevention) ในปีพ.ศ.2559-2561 พบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ารอกระตุ้น 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 13.65, 10.18 และ 22.61 สำหรับในอำเภอปัว จังหวัดน่าน พบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ารอกระตุ้น 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 12.48, 8.15 และ15.48 ตามลำดับ รวมทั้งพบเด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ถึงร้อยละ 60.5 จะเห็นได้ว่าในพื้นที่อำเภอปัวยังพบเด็กจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาพัฒนาการทางอารมณ์ในพื้นที่ ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีอาจส่งผลกระทบต่อเด็กในรูปแบบของปัญหาการรับประทาน การนอนยาก การเจริญเติบโต[4]

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วย DENVER II ของศูนย์อนามัยที่ 7 ปี 2560 และ 2564 ภาพรวมเขต พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.4 และ 56.8 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่พบมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา ร้อยละ 25.4 และจากรายงานระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปี 2562-2563 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 96.51 ,95.57 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 27.58 , 31.85 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้น ร้อยละ 95.33 , 95.97 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95.01 , 94.12 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 85) เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEADA4I ร้อยละ 69.57, 67.65 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 56.48 , 68.24 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 57) ตามลำดับ[5]

จากการศึกษา พัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย 43 คน ร้อยละ 56.57 และสงสัยพัฒนาการล่าช้าจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ43.43 ซึ่งโดยส่วนใหญ่พบมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา จำนวน 13 คนร้อยละ 39.4 และพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา จำนวน 11 คน ร้อยละ33.3 และพัฒนาการด้านการใช้ภาษา จำนวน 9 คน ร้อยละ 27.3 ตามลำดับ สาเหตุมาจากเด็กส่วนใหญ่ในพื้นที่อาศัยอยู่กับตายาย ปู่ย่า ร้อยละ85 ส่วนน้อยที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 15 ทำให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูขาดความรู้เรื่องพัฒนาการเด็ก และเด็กส่วนใหญ่ใช้เวลาที่บ้านอยู่กับมือถือและโทรทัศน์ ร้อยละ91 ทำให้ส่งผลต่อการสื่อสารและการเข้าใจภาษาและกล้ามเนื้อมัดเล็กสงสัยล่าช้า

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมพัฒนาการเด็ก 3- 5 ปี ที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบท ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ศึกษารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี และศึกษารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 – เดือน กันยายน 2566

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ เด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 76 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังต่อไปนี้

1.1 วิเคราะห์สภาพปัญหา การส่งเสริมพัฒนาการกลุ่มเด็กอายุ 3 - 5 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว

1.2 กำหนดกิจกรรมรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 พัฒนาศักยภาพทีมนักจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัยตามกิจกรรมในรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4 เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กประถมวัยแก่พ่อ/แม่/ผู้ดูแลของเด็กที่มีภาวะเสี่ยง และครูศูนย์เด็ก

1.5 ติดตามภาวะสุขภาพของเด็กปฐมวัย (ภาวการณ์เจริญเติบโต,พัฒนาการเด็ก และสุขภาพช่องปาก)

1.6 สรุปถอดบทเรียนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี

2.2 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี

เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน[9] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
2.61 – 3.40	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
1.00 - 1.80	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.769

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. วิเคราะห์สภาพปัญหา การส่งเสริมพัฒนาการกลุ่มเด็กอายุ 3 - 5 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กำหนดกิจกรรมรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. พัฒนาศักยภาพทีมนักจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัยตามกิจกรรมในรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กประถมวัยแก่พ่อ/แม่/ผู้ดูแลของเด็กที่มีภาวะเสี่ยง และครูศูนย์เด็ก
5. ติดตามภาวะสุขภาพของเด็กปฐมวัย (ภาวการณ์เจริญเติบโต,พัฒนาการเด็ก และสุขภาพช่องปาก)
6. สรุปถอดบทเรียนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ กิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการ

เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผลการประเมินพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ก่อนและหลังดำเนินการ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. พัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ก่อนการดำเนินงาน เด็กมีพัฒนาการสมวัย 43 คน ร้อยละ 56.57 และสงสัยพัฒนาการล่าช้าจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 43.43 ซึ่งโดยส่วนใหญ่พบมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา จำนวน 13 คน ร้อยละ 39.4 และพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา จำนวน 11 คน ร้อยละ33.3 และพัฒนาการด้านการใช้ภาษา จำนวน 9 คน ร้อยละ27.3 ตามลำดับ สาเหตุมาจากเด็กส่วนใหญ่ในพื้นที่อาศัยอยู่กับตายาย ปู่ย่า ร้อยละ85 ส่วนน้อยที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 15 ทำให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูขาดความรู้เรื่องพัฒนาการเด็ก และเด็กส่วนใหญ่ใช้เวลาที่บ้านอยู่กับมือถือและโทรทัศน์ ร้อยละ91 ทำให้ส่งผลต่อการสื่อสารและการเข้าใจภาษาและกล้ามเนื้อมัดเล็กสงสัยล่าช้า

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวม ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การประชุมชี้แจงความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ผ่านการขับเคลื่อน พชต. การวิเคราะห์สภาพปัญหาการส่งเสริมพัฒนาการกลุ่มเด็กอายุ 3 - 5 ปี การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM การประชุมคืนข้อมูลให้คณะกรรมการ ผู้ปกครองเด็ก การอบรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่พ่อ/แม่/ผู้ดูแลเด็ก การกระตุ้นพัฒนาการด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple p) 3 ครั้ง การพัฒนาและส่งเสริมให้บุคลากรมีทักษะในการคัดกรองพัฒนาการเด็กและการอบรมวิทยากรระดับจังหวัดร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่นผู้ให้ความรู้โปรแกรม Triple p และการใช้คู่มือ DSPM ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ครู ก. การพัฒนาคู่มือการให้บริการสุขภาพและการพัฒนาห้องให้บริการพัฒนาการเด็กสถานที่และสิ่งแวดล้อม

4. หลังการดำเนินงานพบว่า เด็กที่สงสัยล่าช้าจำนวน 33 คนมีพัฒนาการที่สมวัย 24 คนคิดเป็นเป็นร้อยละ 72.73 และยังมีเด็กที่ต้องส่งต่อเข้ากระตุ้นในโปรแกรม TDA4I จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 และผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีความรู้เรื่องพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น ร้อยละ 96 และเด็กใช้เวลาว่างที่บ้านกับกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการ ฟังนิทานจากปู่ย่า ตายาย ปั้นดินเหนียว (วัสดุจากธรรมชาติ)

5. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนการดำเนินการ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	2.73	0.29	4.58	0.45	75	-25.499	.000	-1.99267	-1.70387

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า พัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ก่อนการดำเนินงาน เด็กมีพัฒนาการสมวัย 43 คน ร้อยละ 56.57 และสงสัยพัฒนาการล่าช้าจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ43.43 ซึ่งโดยส่วนใหญ่พบมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา จำนวน 13 คนร้อยละ 39.4 และพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา จำนวน 11 คน ร้อยละ33.3 และพัฒนาการด้านการใช้ภาษา จำนวน 9 คน ร้อยละ27.3 ตามลำดับ สาเหตุมาจากเด็กส่วนใหญ่ในพื้นที่อาศัยอยู่กับตายาย ปู่ย่า ร้อยละ85 ส่วนน้อยที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 15 ทำให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูขาดความรู้เรื่องพัฒนาการเด็ก และเด็กส่วนใหญ่ใช้เวลาที่บ้านอยู่กับมือถือและโทรทัศน์ ร้อยละ 91 ทำให้ส่งผลต่อการสื่อสารและการเข้าใจภาษาและกล้ามเนื้อมัดเล็กสงสัยล่าช้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวม ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วิจิตร จันดาบุตร และคณะ (2561) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์และสภาพปัญหาพบว่ากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ขาดการสร้างการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและระบบการกำกับติดตามยังขาดความต่อเนื่อง ดังนั้นจึงได้จัดทำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามแนวคิดของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย[1,2,5,6] สอดคล้องกับการศึกษาของวิมลพรรณ สังข์สกุล ปัทมา ผ่องศิริ จรูญศรี มีหนองหว้า วิภาวี พลแก้ว (2564)[10] ได้ศึกษาสถานการณ์และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ พบว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในปฐมวัยอย่างเต็มศักยภาพ จะทำให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ถึงแม้ว่าครอบครัวจะมีบทบาทหลักในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แต่ต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน ร่วมกับการสนับสนุนจากภาครัฐด้วยเช่นกัน ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา และด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่ต้องทำงานอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องและเกื้อหนุนกัน ในปัจจุบันสถานการณ์การดำเนินงานดังกล่าวมีความชัดเจนมากกว่าในอดีต แต่ภาวะสุขภาพ และพัฒนาการของเด็กปฐมวัยยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถานการณ์และ

นำเสนอแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ โดยเน้นคุณภาพการจัดบริการสำหรับครอบครัว และได้นำเสนอแบบบันทึกข้อมูลพัฒนาการประจำตัวของเด็กเฉพาะราย ที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องบันทึกข้อมูลร่วมกัน เพื่อใช้เป็นหลักฐานที่แสดงประสิทธิภาพและผลสำเร็จของการส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสำคัญ คือ เด็กไทยทุกคนมีพัฒนาการสมวัย เติบโตเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของประเทศชาติ ส่งผลให้หลังการดำเนินงานพบว่า เด็กที่สงสัยล่าช้าจำนวน 33 คนมีพัฒนาการที่สมวัย 24 คนคิดเป็นเป็นร้อยละ 72.73 และยังมีเด็กที่ต้องส่งต่อเข้ากระตุ้นในโปรแกรม TDA4I จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 และผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีความรู้เรื่องพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น ร้อยละ 96 และเด็กใช้เวลาว่างที่บ้านกับกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการ ฟังนิทานจากปู่ย่า ตายาย ปั้นดินเหนียว (วัสดุจากธรรมชาติ) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวม หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของวิจิตร จันดาบุตร และคณะ (2561)[11] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในพื้นที่ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลและการประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM 3) การวางแผน 4) การปฏิบัติตามแผนงาน 5) ดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 6) การติดตามและประเมินผลทุก 3 เดือน7) จัดเวทีสะท้อนผลติดตามผลการปฏิบัติ 8) สรุปผลการดำเนินงาน3) หลังการพัฒนา กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นจากเดิมอยู่ในระดับน้อย คือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.03 คะแนน หลังการพัฒนาพบว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีความรู้อยู่ในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 29.37 คะแนน และเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 77.27 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือ การสร้างภาคีเครือข่ายในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการกำหนดแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กระบวนมีส่วนร่วม มุ่งเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญและเข้าใจบทบาทของตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ

ข้อเสนอแนะ

1. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาหลิ่ว อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรประกอบด้วย การประชุมชี้แจงความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายผ่านการขับเคลื่อน พชต. การวิเคราะห์สภาพปัญหา การส่งเสริมพัฒนาการกลุ่มเด็กอายุ 3 - 5 ปี การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM การประชุมคืนข้อมูลให้คณะกรรมการ ผู้ปกครองเด็ก การอบรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่พ่อ/แม่/ผู้ดูแลเด็ก การกระตุ้นพัฒนาการด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิง

บวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple p) 3 ครั้ง การพัฒนาและส่งเสริมให้บุคลากรมีทักษะในการคัดกรองพัฒนาการเด็กและการอบรมวิทยากรระดับจังหวัด ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่น ผู้ให้ความรู้ โปรแกรม Triple p และการใช้คู่มือ DSPM ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ครู ก. การพัฒนาคู่มือการให้บริการสุขภาพและการพัฒนาห้องให้บริการพัฒนาการเด็กสถานที่และสิ่งแวดล้อม

2. ควรการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว เพื่อความยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
2. สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา, กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). คู่มือหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2560 สำหรับเด็กอายุ 3-6 ปี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
3. สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา, กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2560. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย. สืบค้นเมื่อ 9 พ.ย. 2561,จาก http://www.anamai.moph.go.th.
5. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน เด็กวัยอนุบาล 3-6 ปี. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
6. สมาคมอนุบาลศึกษาแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). การพัฒนาเด็กอย่างเป็นองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: พลัสเพรส.
7. สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, กระทรวงศึกษาธิการ. (2563). แผนปฏิบัติการด้านการจัดการศึกษาปฐมวัยของกระทรวงศึกษาธิการ (พ.ศ. 2563 – 2565). อัดสำเนา.
8. World Health Organization. (2019). WHO guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Retrieved June 1, 2020 from https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664
9. Best, J.W. (1993). Research in Education. Boston, MA : Allyn and Bacon.
10. วิมลพรรณ สังข์สกุล ปัทมา ผ่องศิริ จรูญศรี มีหนองหว้า วิภาวี พลแก้ว.(2564) สถานการณ์และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 193-205
11. วิจิตร จันดาบุตร, วิทยา อยู่สุข, และวิโรจน์ เซมรัมย์. (2561). การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 13(1), 208-219.

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดกำเริบ: กรณีศึกษา

Nursing care of pediatric patients with asthma attacks: a case study.

(Received: December 25,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

พนารัตน์ เมืองเจริญ[1]
Panarat Moungcharoen[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดกำเริบเด็กชายไทยอายุ 1 ปี 20 วัน มาตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 1 มิถุนายน 2566 ด้วยอาการมีไข้ ไอ มีน้ำมูก 4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจ ATK จากที่บ้าน negative ปอดมี wheezing sound both lung

ผลการศึกษา: ระหว่างดูแลให้การพยาบาล 3 ระยะ ระยะก่อนตรวจ ไม่สุขสบายมีไข้ เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน หลังการคัดกรองรายงานแพทย์ ได้รับการตรวจรักษาทันที ขณะตรวจ แพทย์วินิจฉัย Acute asthmatic attack มีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจถูกอุดกั้น บิดาและมารดาของผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้พ่นยา Ventolin1NB+NSS to4ml พิจารณาให้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ภายหลังพ่นยา ดูแลให้ออกซิเจนและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง นำส่งหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอย่างปลอดภัย เข้ารับการรักษานาน 5 วันจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 7 มิถุนายน 2566

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเด็ก, โรคหอบหืด

ABSTRACT

This study was case study aimed to study the nursing process for pediatric asthma attacks patients. A Thai boy, aged 1 year and 20 days, came for treatment at outpatient department, the pediatric clinic, Phra Narai Maharat Hospital on 1 June 2023 with symptoms of fever, cough, and rhinorrhea for 4 days. Before coming to the hospital, the ATK test at home was negative. Both lungs had a wheezing sound. 3 phases of nursing care.

Results: The period before checking, patient was not well, had a fever and risk of tissue oxygen depletion. After screening, patient was received treatment immediately. During the checking, the doctor diagnosed acute asthmatic attack with a possibility of airway obstruction. The patient's father and mother are worried. The patient received receive nebulization with 4ml Ventolin1NB+NSS. The patient was considered for hospital admission. After nebulization, the nurse administered oxygen and monitored symptoms changes. Transported safely to the pediatric ward. The patient was sent to the pediatric ward, received treatment for 5 days and was discharged on June 7, 2023.

Keywords: nursing, pediatric patients, asthma

บทนำ

โรคหืด (asthma) เป็นการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้ผนังเยื่อบุหลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้ และสิ่งแวดล้อมไวกว่าปกติ มีลักษณะเฉพาะคือเด็กจะมีอาการทันที เมื่อได้รับสารก่อโรคและอาจหายได้เองหรือหายเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม โรคหืดจัดเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในเด็ก โดยที่โรคหืดจำนวนมากกว่าร้อยละ 80 จะมีอาการเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกภายในอายุ 5 ปี และถ้ายังมีอาการชัดเจนหลังจากที่เด็กอายุ 6 ปีไปแล้ว ส่วนใหญ่จะเป็นโรคหืดเรื้อรัง แม้ว่าโรคหืดจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถควบคุมโรคไม่ให้อาการรุนแรงได้ ในรายที่ควบคุมโรคไม่ดีเด็กจะมีอาการหอบหืดบ่อยๆ และมีอาการเลวร้ายลง รวมถึงเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดและมีภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2561)

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

จากข้อมูลการสำรวจในกลุ่มประชากรเด็กกว่า 1,200,000 คนจาก 97 ประเทศทั่วโลกพบว่าความชุกของโรคหืดในกลุ่มเด็กเล็กอยู่ระหว่างร้อยละ 2.40-37.60 ความชุกของโรคหืดในประชากรทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 1.0 ถึงร้อยละ 18.03 สำหรับความชุกของโรคหืดในเด็กของประเทศสหรัฐอเมริกา พบร้อยละ 14.0 โดยเป็นเด็กผู้ชายร้อยละ 15.0 และเด็กผู้หญิงร้อยละ 13.0 [5] การศึกษาในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า อัตราความชุกของโรคหืดในเด็กสูงถึงร้อยละ 10-20 [3] จากสถิติกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลจำนวน 149 ราย, 158 ราย และ 180 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการกำเริบจำนวน 10 ราย, 15 ราย และ 31 รายตามลำดับ (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม, 2566)

จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ายังมีผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ การที่เด็กป่วยเป็นโรคหอบหืด อาจบั่นทอนทั้งสุขภาพของเด็กทำให้เด็กขาดเรียนบ่อยพ่อแม่ต้องขาดงานทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวและของประเทศอย่างมาก พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความมีส่วนร่วมในการรักษาโรคหืด การประเมินและการเฝ้าระวังติดตามความรุนแรงของโรคหืด การหลีกเลี่ยงการสัมผัสต่อสารก่อภูมิแพ้และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การวางแผนและจัดการรักษาโดยทางยาที่เหมาะสมในการรักษาระยะยาว การวางแผนการดูแลรักษาการจับหืดเฉียบพลัน และการติดตามการรักษาผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

เด็กชายไทยอายุ 1 ปี 20 วัน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย มาตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 1 มิถุนายน 2566

อาการสำคัญ

มีไข้ ไอ มีน้ำมูก 4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

4 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ มีน้ำมูก 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ลดลง ไอมากขึ้น ไม่มีน้ำมูก ตรวจรักษาที่คลินิก วันนี้อาการไม่ทุเลา ไอมีเสมหะในลำคอ หายใจเหนื่อยตรวจที่คลินิกแพทย์ให้มารักษาที่โรงพยาบาล ตรวจ ATK มาจากที่บ้านขึ้น 1 ขีด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคหอบหืดตอนอายุ 6 เดือน รักษาด้วยยาพ่น

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

การประเมินแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิดการประเมินของกอร์ดอน พบว่ามีแบบแผนที่ผิดปกติ 5 แบบแผน ดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพ ผู้ป่วยเด็กอายุ 1 ปี 20 วัน ในความดูแลของบิดา มารดา คลอดครบกำหนด ได้รับวัคซีนครบถ้วน มีประวัติหอบหืด ตั้งแต่อายุ 6 เดือน ต้องพ่นยาเป็นระยะ ๆ เมื่อมีการเจ็บป่วย มารดาจะพามารักษาที่โรงพยาบาลทุกครั้ง พัฒนาการทางด้านร่างกายสมวัย มีบ้านอยู่ในชุมชน ในการเจ็บป่วยครั้งนี้มารดาพามาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ไอมาก จากการตรวจร่างกายพบมีไข้ไอ มีเสมหะ หายใจเหนื่อย มีเสียงวี้ดขณะหายใจออกอ่อนเพลีย

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ช่วงมีอาการหายใจหอบเหนื่อยรับประทานลดลงจากเดิม คลื่นไส้อาเจียนบางครั้งมีอาเจียนหลังไอ

3. การนอนหลับพักผ่อน ขณะอยู่บ้านผู้ป่วยจะนอนเวลาประมาณ 20.00 น. และตื่นเวลา 06.00 น. 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลช่วงกลางคืนผู้ป่วยนอนกระสับกระส่ายเมื่ออาการหอบหืดเพิ่มมากขึ้น

4. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพครอบครัวของผู้ป่วยมีสมาชิกบางรายสูบบุหรี่ สัมพันธภาพโดยรวมดี

5. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ร่างกายมีความสัมพันธ์กับจิตใจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายก็จะมีผลกระทบหรือเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ ในรายนี้พบว่าเด็กจะร้องไห้เมื่อแยกจากมารดาขณะให้การรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นความวิตกกังวลต่อการพลัดพรากตามวัย และเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลเมื่อให้การรักษาพยาบาล เด็กจะมีปฏิกิริยาต่อต้าน กอดมารดาไว้แสดงให้เห็นว่าเด็กไม่สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม

อาการแรกรับ

แรกรับรู้สึกตัว หายใจเร็ว น้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 178 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 48 ครั้ง/นาที O_2Sat 94%

การตรวจร่างกายระบบ

HEENT not pale conjunctiva, Heart : normal S1, S2 no murmur, Lung : subcostal retraction, coarse crepitation both lung, expiratory wheezing, Abdomen : no distension, abdominal wall soft, not tender Extremities : no rash no petechia Neuromuscular : no stiff neck

ปัญหาการพยาบาลที่พบ

ตารางที่ 1 ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนแพทย์ตรวจ มารดาพาผู้ป่วยมาตรวจโดยอุ้มผู้ป่วยมาตรวจมาถึงจุดคัดกรองแผนกกุมารเวชกรรมเวลา 08.15 น. พยาบาลซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินสภาพอาการ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 178 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 48 ครั้ง/นาที O2Sat 94% สีหน้าไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย ร้องงอแง ดูแลย้ายให้นอนบนเปลนอนเพื่อสังเกตอาการ ประสานกับศูนย์นำส่งเพื่อนำออกซิเจนมาให้ สังเกตและประเมินอาการเหนื่อยหอบ จัดให้ผู้ป่วยตรวจลำดับแรกระหว่างผู้ป่วยรอพบแพทย์ พยาบาลสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เป็น **ปัญหาที่ 1** เสี่ยงต่อร่างกายขาดออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการหายใจเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที สังเกตการดึงรั้งของกล้ามเนื้อหน้าอก สีผิว ระดับความรู้สึกตัว 2. ดูแลให้ออกซิเจนผ่านเครื่องทำความชื้นชนิด cannular อัตราการไหลของก๊าซ 3 ลิตรต่อนาที 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยจัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 45 องศา 4. ประเมินผลการได้รับออกซิเจน โดยการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ วัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด และสีผิว 5. จัดสถานที่ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมากที่สุด อยู่ในบริเวณที่สังเกตเห็นได้ชัด เพื่อสังเกตอาการและลดการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญให้เกิดพลังงาน **การประเมินผล** รู้สึกตัว ร้องงอแงเป็นพักๆ หายใจเหนื่อยมีหน้าอกบุ๋มเล็กน้อย ชีพจร 154 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที O_2Sat 96%
ปัญหาที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะไข้ **วัตถุประสงค์** อุณหภูมิร่างกายลดลง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. เช็ดตัวลดไข้และสอนมารดา โดยปฏิบัติดังนี้ 1) ปิด พัดลม เพราะทำให้มีอาการหนาวสั่นได้ 2) ถอดเสื้อผ้าออกให้หมด แล้วคลุมส่วนที่ยังไม่ได้เช็ดด้วยผ้าห่มบางๆ เปิดเช็ดทีละส่วน 3) ใช้น้ำอุ่นเช็ดนาน 15-20 นาที เพราะช่วยให้ผิวหนังระบายความร้อนได้ดีและป้องกันการเกิดอาการหนาวสั่นระหว่างเช็ดตัว โดยเช็ดเข้าหาหัวใจ ใช้ผ้าอุ่นหลายๆ ผืนวางพักตามคอ ข้อพับรักแร้ ใต้เข่า ขาหนีบ เพราะเป็นที่รวมของเส้นเลือด ถ้าหนาวสั่นมากให้หยุดทันที สักครู่จึงเริ่มเช็ดตัวใหม่

ตารางที่ 1 ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2. ให้ยา Paracetamol syrup รับประทาน เพื่อลดไข้ 3. ดูแลให้ดื่มน้ำ หรือเครื่องดื่มที่เด็กชอบ ให้ดื่มมากๆ เพราะร่างกายขาดน้ำจะทำให้ไข้สูงมากขึ้น 4. แนะนำมารดาไม่ให้ห่มผ้าหนาเพราะจะทำให้ไข้สูงขึ้น **การประเมินผล** ไข้ลดลง อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส
ระยะแพทย์ตรวจ พยาบาลเตรียมเอกสาร และประวัติผู้ป่วย พร้อมเพื่อเข้ารับการตรวจ ช่วยแพทย์ในการจัดท่า ดูแลให้เด็กได้รับการตรวจ แพทย์วินิจฉัย Acute asthmatic attack ให้พ่นยา Ventolin 1 NB+NSS to 4 ml 2 ครั้ง ห่างกัน 15 นาที ให้ออกซิเจน cannular 3 LPM และให้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม **ปัญหาที่ 3** มีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจถูกอุดกั้นเนื่องจากมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประสานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้ยาพ่นฝอยละลอง Ventolin solution 1 มิลลิลิตร เจือจางกับ 0.9% NSS 4 มิลลิลิตร สูดดมเพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม 2. จัดให้ผู้ป่วยนอนในมุมที่สังเกตอาการได้ง่าย 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงไม่เกิน 45 องศา หนุนหมอนถึงช่วงไหล่ ดูดเสมหะ 4. ให้ยา Hydrocortisone ตามแผนการรักษา เพื่อบรรเทาการอักเสบของทางเดินหายใจ อาการไอ และการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิบน้ำอุ่นเป็นระยะเพื่อป้องกันการไอจากเสมหะเหนียวตัว 6. สังเกตอาการของภาวะทางเดินหายใจถูกอุดกั้น ได้แก่ การหายใจต้องใช้แรงมาก ไอเสียงก้อง ได้ยินเสียงวี้ดขณะหายใจ **การประเมินผล** ไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น
ปัญหาที่ 4 บิดาและมารดาของผู้ป่วยเด็กมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการบุตร **วัตถุประสงค์** เพื่อลดความวิตกกังวลของบิดาและมารดาของผู้ป่วยเด็ก	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 2. ให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ถึงสาเหตุ การรักษา การป้องกัน และแนวทางในการดูแลตนเอง 3. เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และเปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อสงสัยจากแพทย์ 4. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเกิดอาการหอบหืด เพื่อให้คำแนะนำ **การประเมินผล** บิดาและมารดาของผู้ป่วยเด็กมีความวิตกกังวลลดลง
ระยะหลังแพทย์ตรวจ **ปัญหาที่ 5** บิดา มารดา ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการโรคหอบหืดกำเริบ **วัตถุประสงค์** เพื่อให้บิดา มารดาสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สอนและสาธิตฝึกการหายใจด้วยการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง 2. สอนวิธีการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดย หลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองในอากาศ-สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจลำบาก เสมหะเหลือง เหนียวข้น มีไข้ สอนมารดาเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ หน้าอดบุ๋ม ปลายมือ ปลายเท้าเขียว 3. ทวนสอบความรู้ และแจกแผ่นพับการดูแล **การประเมินผล** บิดา มารดาสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง
ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วย **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันอันตรายจากการเคลื่อนย้าย ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน พลัดตก หกล้ม	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปหอผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน 2. ตรวจดูให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา ตรวจดูสายยางออกซิเจนไม่ให้หัก งอ หลุด หรืออุดตัน ผูกป้ายข้อมือผู้ป่วยให้เรียบร้อย เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

ตารางที่ 1 ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3. ตรวจสภาพรถเปลนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที 4. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และเมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป 5. พยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อถึงหอผู้ป่วยบอกอาการ การรักษาที่ให้กับผู้ป่วยขณะอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป **การประเมินผล** ผู้ป่วยเด็กไม่เกิดอันตรายจากการเคลื่อนย้าย ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน พลัดตก หกล้ม

อภิปรายผล

ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดเมื่อควบคุมอาการของโรคไม่ได้ จะมีอาการของโรคกำเริบเกิดขึ้น ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉิน สิ่งจำเป็นที่พยาบาลต้องเตรียม คือ ความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองจากโรคหอบหืดกำเริบของผู้ปกครอง เพราะโรคหอบหืดต้องรักษาต่อเนื่อง ถึงแม้จะไม่มีอาการแล้วก็ตาม เพื่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการรักษา และเครื่องมือที่ใช้ในการรักษาต้องพร้อมใช้งาน มีการบารุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ เช่น เครื่อง spirometry, peakflow meter ยา เวชภัณฑ์ต่างๆ เพียงพอ นอกจากนี้แล้วยังต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะเภสัชกรให้ความรู้เรื่องยารับประทานและยาพ่น พยาบาลผู้ดูแลโรคหอบหืดควรผ่านการอบรม เพื่อการรักษาพยาบาลที่ทันต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย[4]

เอกสารอ้างอิง

1.ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย และคณะ. (2564). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก (ฉบับย่อ) พ.ศ. 2563-2564.

2.วัชรา บุญสวัสดิ์. (2561). โรคหืด. : https://haamor.com.

3.สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์. (2561). รายงานการวิจัยผลลัพธ์ทางคลินิกทางคุณภาพชีวิตและทางเศรษฐศาสตร์ของการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยเด็กโรคหืดของประเทศไทย. http://www.damus. in.th/damus/files/83_ 20120903171730_ final%20 report %20Asthma.

4.อารี ศาสตรวาหา. (2564). กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา; 6(3): 16-19

5.Liu AH, Covar RA, Spahn JD, Sicherer SH. (2016). Childhood Asthma. In: Kliegmen RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, Behrman RE, editors. Nelson's Textbook of Pediatrics. 20th ed. Philadelphia: Elsevier&Saunders ; 2016 :1095-1115.

การศึกษาการตรวจวินิจฉัยทางคลินิกของการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อช่องพังผืดซับแมนดิบูลาร์และมีอาการอ้าปากได้จำกัดร่วมด้วย ในผู้ป่วยของโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

A study for clinical diagnosis of pterygomandibular space infection in submandibular space infection and limited mouth opening patients at Phu Khiao Chaloem Phrakiat Hospital

(Received: December 25,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อตินาต ธรรมรัชสุนทร[1]
Atinart Tummarutsoontorn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง เพื่อศึกษาความไว ความจำเพาะ ของการทดสอบการตรวจในช่องปากโดยใช้ด้ามกระจกส่องปากกดบริเวณด้านข้างของคอหอยส่วนปาก ทั้งสองข้าง ในการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อช่องพังผืดซับแมนดิบูลาร์ และมีอาการอ้าปากได้จำกัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ด้วยอาการบวมบริเวณช่องพังผืดซับแมนดิบูลาร์ร่วมกับอ้าปากได้จำกัด ระหว่างปี 2555 – 2565 จำนวน 40 คน เครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัย โดยใช้ ความไว ความจำเพาะ และค่า ROC

ผลการวิจัย: พบว่า การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์โดยใช้ด้ามกระจกส่องปากกดบริเวณด้านข้างของคอหอยส่วนปากทั้งสองข้าง มีค่าความไวร้อยละ 100 ค่าความจำเพาะเจาะจง ร้อยละ 80.95 ค่าความแม่นยำร้อยละ 90 ความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ ร้อยละ 82.6 และความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ร้อยละ 100 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง true positive rate กับ false positive rate ในรูปกราฟ ROC มีค่าความไวร้อยละ 100 ค่าความจำเพาะเจาะจงร้อยละ 100 และ พื้นที่ใต้ส่วนโค้ง = 0.905 (95%CI 0.80-1.00, p < .001)
คำสำคัญ: การติดเชื้อ, ช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์, การอ้าปากได้จำกัด

ABSTRACT

This retrospective research aims to evaluate the sensitivity and specificity of the oral examination test using mouth mirror handles pressing on both sides of the oropharynx in order to diagnose pterygomandibular space infection in patients with submandibular space infection and limited mouth opening. The sample group consisted of 40 patients presenting for treatment at Phu Khiao Chaloem Phrakiat Hospital with swelling submandibular space infection and limited mouth opening between 2012 and 2022. The data recording system was developed by the researcher. Data were analyzed using descriptive statistics, and diagnostic accuracy was characterized using sensitivity, specificity, and ROC values.

Results: Diagnosis of pterygomandibular space infection using the mouth mirror handles pressing on both sides of the oropharynx had sensitivity of 100%, specificity of 80.95%, accuracy of 90%, PPV of 82.6% and NPV of 100%, respectively. ROC had a sensitivity of 100%, specificity of 100%, and Area under Curve = 0.905 (95%CI 0.80-1.00, p < .001).
Keywords: infection, pterygomandibular space, limited mouth opening, diagnostic method

[1] โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

บทนำ

การติดเชื้อที่ช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (deep neck infection) เป็นการติดเชื้อที่อยู่ในช่องว่างระหว่างเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ตั้งแต่ใต้ฐานกะโหลกศีรษะลงมาห่อหุ้มอวัยวะบริเวณลำคอ เช่น หลอดลม หลอดอาหาร หลอดเลือด และกล้ามเนื้อบริเวณลำคอ ซึ่งมีลักษณะทางกายวิภาคที่ค่อนข้างซับซ้อน ทำให้การติดเชื้อบริเวณนี้มีอาการแสดงของโรคที่ไม่ชัดเจน ประกอบกับมีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่นภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน (upper airway obstruction) ภาวะเมดิแอสตินัมอักเสบ(mediastinitis) ภาวะช็อกเหตุพิษติดเชื้อ (septic shock) เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น

มีการศึกษาพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อที่ฟันโดยเฉพาะการติดเชื้อที่ฟันกรามล่างซี่ที่ 2 และ 3 อาการและอาการแสดงเริ่มแรก ได้แก่ ไข้ กลืนเจ็บ กลืนลำบากและอ้าปากได้น้อย โดยการติดเชื้อในช่องพังผืด LPS และ RPS จะสามารถลุกลามเข้าสู่ช่องทรวงอก (mediastinum) ได้ [5] การอุดกั้นทางเดินหายใจและการกระจายเชื้อไปยังช่องกลางทรวงอกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุดของการติดเชื้อบริเวณศีรษะและคอ และจากการศึกษาทางกายวิภาคศาสตร์พบว่าการติดเชื้อจากฟันกรามล่างก่อนที่จะลุกลามเข้าไปยัง LPS หรือ RPS การติดเชื้อน่าจะผ่านไปทาง PMS ก่อน ดังนั้นหากมีการวินิจฉัยถึงการติดเชื้อที่ PMS ได้ตั้งแต่เริ่มต้น ก็จะสามารถลดความรุนแรงและยับยั้งไม่ให้เกิดการติดเชื้อเข้าสู่ deep neck space ที่ลึกและอันตรายกว่าได้ [6] เนื่องจากในบริเวณศีรษะและคอมีช่องพังผืด (fascial space) อยู่มากจึงต้องแยกอาการที่พบให้ได้ว่าเป็นช่องพังผืดชนิดไหน เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) และ เครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็ก (MRI) จึงมีบทบาทสำคัญในการตรวจโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยอ้าปากได้น้อย แต่มีข้อจำกัดจากค่าใช้จ่ายที่สูง รวมทั้งเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และ เครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็ก ไม่ได้มีในทุกโรงพยาบาล

ซึ่งการตรวจวินิจฉัยทางคลินิกของการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ (PMS) อาศัยการคลำนอกช่องปากบริเวณมุมขากรรไกรล่างร่วมกับในช่องปากบริเวณด้านข้างของคอหอยส่วนปาก (oropharynx) หากผู้ป่วยมีการติดเชื้อบริเวณช่องพังผืดใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular space) จะทำให้การคลำนอกช่องปากเพื่อแยกบริเวณการติดเชื้อของช่องพังผืดทั้งสองออกจากกันได้ไม่ชัดเจนและหากมีอาการอ้าปากได้จำกัดร่วมด้วยจะทำให้การดูและคลำในช่องปากเป็นไปได้ยาก [10] โดยเฉพาะทันตแพทย์ทั่วไปที่อาจไม่คุ้นเคยกับการตรวจอาจทำให้วินิจฉัยผิดพลาดได้ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการตรวจในช่องปากโดยใช้ด้ามกระจกส่องปากกดบริเวณด้านข้างของคอหอยส่วนปากทั้งสองข้าง เพื่อทดสอบการกดเจ็บเปรียบเทียบกันในผู้ป่วยที่มาด้วยมีการบวมบริเวณช่องพังผืดใต้ขากรรไกรล่าง ร่วมกับอ้าปากได้จำกัด และเมื่อพบการกดเจ็บจึงค่อยทำการรักษาด้วยการเจาะระบายหนอง/สำรวจเข้าไปในช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ (pterygomandibular space) โดยตรง ดังนั้นเพื่อให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ ได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลการทดสอบการตรวจในช่องปากโดยใช้ด้ามกระจกส่องปากกดบริเวณด้านข้างของคอหอยส่วนปาก ทั้งสองข้างในการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ของผู้ป่วยที่มีการบวมบริเวณช่องพังผืดใต้ขากรรไกรล่างร่วมกับอาการอ้าปากได้จำกัด หากมีประสิทธิภาพในการตรวจ วินิจฉัย จะเป็นประโยชน์ต่อทันตแพทย์ทั่วไปเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ที่มาด้วยการบวมบริเวณช่องพังผืดใต้ขากรรไกรล่างร่วมกับอาการอ้าปากได้จำกัด ด้วยเครื่องมือที่ทันตแพทย์คุ้นเคย สะดวกและประหยัด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความไว ความจำเพาะ ของการทดสอบการตรวจในช่องปากโดยใช้ด้ามกระจกส่องปากกดบริเวณด้านข้างของคอหอยส่วนปาก

(oropharynx) ทั้งสองข้าง ในการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อช่องพังผืดซับแมนดิบูลาร์และมีอาการอ้าปากได้จำกัด

วิธีการดำเนินโครงการ

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective cohort study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ มาด้วยมีการบวมบริเวณช่องพังผืดซับแมนดิบูลาร์ (ช่องพังผืดใต้ขากรรไกรล่าง) ร่วมกับอ้าปากได้จำกัด ระหว่างปี 2555 – 2565 จำนวน 112 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ผู้ป่วยที่มาด้วยมีการบวมบริเวณช่องพังผืดซับแมนดิบูลาร์ร่วมกับอ้าปากได้จำกัด ระหว่างปี 2555 – 2565 คัดเลือกตามคุณสมบัติ ได้แก่

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เพศชาย และหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป 2) มีการบวมบริเวณช่องพังผืดซับแมนดิบูลาร์ร่วมกับอ้าปากได้จำกัด 3) ได้รับการทำหัตถการเจาะหนอง 4) มีการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก 1) มีภาวะแทรกซ้อนร่วมอื่น ได้แก่ ก้อนมะเร็ง ต่อมไทรอยด์โต 2) การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

จำนวนประชากรที่ต้องการจะศึกษา คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ จำนวนทั้งสิ้น 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคร่วม อาชีพ อาการและอาการแสดง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบการกดเจ็บเปรียบเทียบกันในผู้ป่วยที่มาด้วยมีการบวมบริเวณช่องพังผืดซับแมนดิบูลาร์ร่วมกับอ้าปากได้จำกัด เลือกตอบ 1 ใช่ 0 ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 ผลการรักษาจากการเจาะหนอง เลือกตอบ 1 ใช่ 0 ไม่ใช่

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติ

2) เก็บข้อมูลการทดสอบการกดเจ็บเป็น 2 กลุ่ม คือ ผลบวก และ ผลลบ

3) เก็บข้อมูลผลการรักษาจากการเจาะหนอง 2 กลุ่ม คือ พบหนอง / พบว่าเป็นช่องว่างหลวมๆ และ ไม่พบหนอง / ไม่พบว่าเป็นช่องว่างหลวมๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนตามชนิดของข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม อาชีพ อาการและอาการแสดง นำเสนอโดยทดสอบทางสถิติโดยใช้ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทดสอบความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัย โดยใช้ ความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) และค่า ROC ของวิธีการตรวจ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยที่มาด้วยมีการบวมบริเวณช่องพังผืดซับแมนดิบูลาร์ร่วมกับอ้าปากได้จำกัด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 24 คน (ร้อยละ 60) อายุน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 52.5) เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 9 คน (ร้อยละ 22.5) มาด้วยอาการบวมใต้ขากรรไกรล่าง อ้าปากได้น้อยจำนวน 40 คน ร้อยละ 100

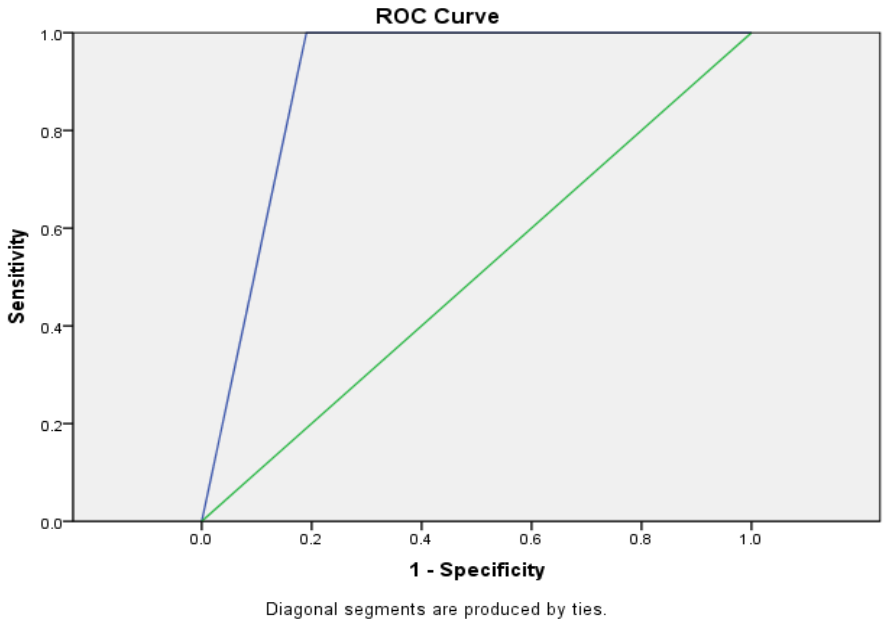
2. การทดสอบการตรวจในช่องปากโดยใช้ด้ามกระจกส่องปากกดบริเวณด้านข้างของ oropharynx ทั้งสองข้าง ในการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ พบว่า ในจำนวนผู้ป่วย 40 คน เมื่อทดสอบการกดเจ็บ มีอาการกดเจ็บจำนวน 23 คน (ร้อยละ 57.5) การเจาะหนอง พบหนองจำนวน 19 คน (ร้อยละ 82.61) กดเจ็บมีหนองจำนวน 19 คน (ร้อยละ 82.61) กดไม่เจ็บไม่มีหนองจำนวน 17 คน (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 1 แสดงความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และ ROC ในการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์โดยใช้ด้ามกระจกส่องปากกดบริเวณด้านข้างของ oropharynx ทั้งสองข้าง

เจาะระบายหนอง/สำรวจเข้าไปในช่องพังผืดโดยตรง	พบหนอง	ไม่พบหนอง
กดเจ็บ (ผลบวก)	a True positive	b False positive
23	19	4
กดไม่เจ็บ (ผลลบ)	c False negative	d True negative
17	0	17

ความสามารถในการวินิจฉัย	**ร้อยละ**
ความไว (sensitivity)	100
ความจำเพาะเจาะจง (specificity)	80.95
ความแม่นยำ (Accuracy)	90.00
positive predictive value (PPV)	82.60
negative predictive value (NPV)	100

จากตารางที่ 1 พบว่า การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์โดยใช้ด้ามกระจกส่องปากกดบริเวณด้านข้างของคอหอยส่วนปาก (oropharynx) ทั้งสองข้าง มี sensitivity 100%, specificity 80.95%, Accuracy 90%, PPV 82.6% และ NPV 100% ตามลำดับ



จากกราฟ ROC มี sensitivity 100%, specificity 100%, และ Area under Curve = 0.905 (ความแม่นยำ) (95%CI 0.80-1.00, p < .001) การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์โดยใช้ด้ามกระจกส่องปากกดบริเวณด้านข้างของคอหอยส่วนปาก (oropharynx) ทั้งสองข้าง มีประสิทธิภาพดี

อภิปรายผล

ผู้ป่วยที่มาด้วยมีการบวมบริเวณช่องพังผืดซับแมนดิบูลาร์ร่วมกับอ้าปากได้จำกัดในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุน้อยกว่า 60 ปี มาด้วยอาการบวมใต้ขากรรไกรล่าง และอ้าปากได้น้อยเกือบทุกราย สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (Goldberg et al., 1981; Odell P, 1990; Williams BL et al., 1983)

จากผลการทดสอบวิธีการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์โดยใช้ด้ามกระจกส่องปากกดบริเวณด้านข้างของคอหอยส่วนปาก (oropharynx) ทั้งสองข้าง พบว่าวิธีการนี้มี sensitivity และ specificity ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการตรวจพบว่ากดเจ็บ และมีหนอง (หรือพบช่องว่างหลวม ๆ) จากผล AUC ที่มีค่า 0.90 ยืนยันว่าวิธีการดังกล่าวมีประสิทธิภาพที่ดีในการจำแนกผู้ป่วยที่พบหนอง (หรือพบช่องว่างหลวมๆ) ออกจากผู้ป่วยที่ไม่พบหนอง (หรือไม่พบช่องว่างหลวม ๆ) ในการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ ซึ่งจากผลพบว่าผู้ป่วยกดเจ็บและมีหนอง (หรือพบช่องว่างหลวม ๆ) ถึงร้อยละ 82.61[13]

จากผลการวิจัยพบว่า มีคนไข้จำนวน 4 รายที่ตรวจพบการกดเจ็บแต่ไม่พบหนอง ซึ่งในกรณีส่วนใหญ่ที่มีการติดเชื้อที่บริเวณช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ (pterygomandibular space) มักจะพบการมีฝาปิดเหงือกของฟันกรามล่างซี่ในสุดอักเสบหรือติดเชื้อ (Pericoronitis) ร่วมด้วย (พัชรี และคณะ , 2547) ดังนั้นการกดเจ็บในบริเวณช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ (pterygomandibular space) ในผู้ป่วย 4 รายดังกล่าวนี้อาจจะเป็นความเจ็บที่เกิดจากการอักเสบของฝาปิดเหงือก (Pericoronitis) ดังกล่าวร่วมด้วย ทำให้ผลการตรวจออกมาว่ามีการกดเจ็บแต่ไม่พบหนอง (หรือไม่พบช่องว่างหลวม ๆ) ที่ช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ (pterygomandibular space)

จากผลการวิจัยที่พบในผู้ป่วยที่ตรวจว่ากดไม่เจ็บทุกราย จะพบว่าไม่มีการอักเสบหรือการติดเชื้อที่ช่องพังผืด เทอริโกแมนดิบูลาร์ (pterygomandibular space) แสดงให้เห็นว่าถ้ามีการอักเสบหรือการติดเชื้อที่ช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ (pterygomandibular space) จริง การตรวจด้วยการใช้กระจกส่องปากกดในบริเวณช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ (pterygomandibular space) จะต้องพบมีอาการเจ็บร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1.พิมวิชญา ชื่อทรงธรรม, สุพจน์ เจริญสมบัติอมร, จิระพงษ์ อังคะรา. การอักเสบติดเชื้อของลำคอชั้นลึกในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2564; 62(5):365-74.

2.พัชรี กัมพลานนท์, สุรชัย อภินวถาวรกุล และ จริญดา ไทยแสงสง่า. ปัจจัยซึ่งมีผลต่อการวินิจฉัยทางคลินิกของการติดเชื้อในช่องพังผืดเทอริโกแมนดิบูลาร์ในผู้ป่วยติดเชื้อจากฟันซึ่งมีอาการกลืนลำบาก. ศัลย์ช่องปาก-แม็กซิลโลเฟเชียล. 2547; 18: 17-24.

3.Abshirini H, Alavi SM, Rekabi H, Hosseinnejad F, Ghazinpour A, Shabab M. Predisposing factors for the complications of deep neck infections. Iran J Otorhinolaryngol. 2010; 22: 97-102

4.A Bridgeman , D Wiesenfeld, A Hellyar, W Sheldon. Major maxillofacial infections. An evaluation of 107 cases. Aust Dent J. 1995; 40(5): 281-8.

5 . Goldberg MH, Topazian RG. Odontogenic Infections and Deep Fascial Space Infections of Dental Origin. Management of Infections of the Oral and Maxillofacial Regions, Topazian RG, Goldberg MH (eds). Philadelphia, WB Saunders;1981: 173.

6 . Har-El G, Aroesty JH, Shaha A, Lucente FF. Changing trends in deep neck abscess. A Retrospective study of 110 patients. Oral Surg Oral Med Oral Patho1994;77:446-50.

7. Heikkinen J, Jokihaka V, Nurminen J, Jussila V, Velhonoja J, Irjala H, Soukka T, Happonen T, Jarnstedt J, Nyman M, Mattila K, Hirvonen J. MRI of odontogenic maxillofacial infections: diagnostic accuracy and reliability.Oral Radiol. 2023; 39(2): 364-371.

8. K Yonetsu 1, M Izumi, T Nakamura. Deep facial infections of odontogenic origin: CT assessment of pathways of space involvement. AJNR Am J Neuroradiol. 1998 ;19(1):123-8.

9.Odell P. Infections of the fascial spaces of the neck. J Otolaryngol 1990,19:201-5

10. Rega AJ, Aziz SR, Ziccardi VB. Microbiology and Antibiotic Sensitivities of Head and Neck Space Infections of Odontogenic Origin. J Oral Maxillofac Surg. 2006; 64:1377-81

11. Roscoe DL, Hoang L. Microbiologic investigations for head and neck infections. Infect Dis Clin N Am. 2007; 21: 283-304

12. Schuster GS, Burnett GW: The Microbiology of Oral and Maxillofacial Infections. Management of Infections of the Oral and Maxillofacial Regions, Topacian RG, Goldberg MH (eds), Philadelphia, WB Saunders; 1981: 39.

13.Storoe W, Haung RH, Ltlich TT. (2001). The changing face of odontogenic infection. J Oral Maxillofac Surg; 59:739-48.

14. Ullah M, Irshad M, Yaacoub A, Carter E, Thorpe A, Zoellner H, Cox S. Dental Infection Requiring Hospitalisation Is a Public Health Problem in Australia: A Systematic Review Demonstrating an Urgent Need for Published Data. Dent J. 2023; 11(4): 97.

15.W Yang. Deep neck infection: A review of 130 cases in South China. South China Med. 2015; 94: 89-94.

16.Williams BL, McCann GF, Schoenknecht FD: Bacteriology of dental abscesses of endodontic origin. J Clin Microbiol 1983; 18:770.

การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วนลงพุง: กรณีศึกษา

Health promotion in nursing and rehabilitation of patients with high blood pressure and obesity.

(Received: December 25,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

วัชราภรณ์ บัตรเจริญ[1]
Watcharaporn Butcharoen[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์:เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วนลงพุงโดยศึกษาในผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 51 ปี มารับการตรวจ วันที่ 18 สิงหาคม 2566 ด้วยอาการสำคัญ มารับยาโรคความดันโลหิตสูงตามนัด มีเวียนศีรษะ นอนไม่หลับเป็นบางครั้ง ความดันโลหิต 186/98 มิลลิเมตรปรอท

ผลการศึกษา: หลังจำหน่ายส่งต่อการดูแลให้กับหน่วยส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู ได้ติดตามเยี่ยมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทั้งเรื่องการรับประทานอาการและขาดการออกกำลังกาย ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองจากความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนลงพุง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโภชนาการอาหารลดความดัน และการออกกำลังกาย รวมถึงผู้รับบริการและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคที่เป็น ได้ให้การปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยให้ผู้รับบริการและญาติมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ไข ปัญหาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้หลัก 3 อ. 2 ส. และให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนที่ดี หลังรับบริการพบว่า ผู้รับบริการมีความรู้เรื่องโภชนาการและการออกกำลังที่เหมาะสมกับโรคเพิ่มขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลัก 3 อ. และบุตรเป็นผู้สนับสนุนที่สำคัญทำให้สามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้รอบเอวลดลง 5 เซนติเมตร น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวเดิม

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, การฟื้นฟูสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง, ภาวะอ้วนลงพุง

Abstract

This study was case study aimed to study health promotion in nursing and rehabilitation of patients with high blood pressure and obesity. Female patient, age 51 years, came for examination room on 18 August 2023 with significant symptoms, receiving medication for high blood pressure according to appointment, dizziness and insomnia. The blood pressure of patient was 186/98 mmHg.

Results: After discharge, the patient transferred to the Health Promotion and Rehabilitation Unit by follow-up and health promotion and rehabilitation of patients for of 3 months. This found that the service recipients had inappropriate health behaviors in terms of eating and lack of exercise which is a risk of cardiovascular and brain disease. This is due to lack of awareness of taking care of patient with high blood pressure, abdominal obesity and eating behavior, Improper exercise due to lack of knowledge about nutrition and blood pressure lowering foods and exercise including anxiety of patients and relatives. Patient and relative received individual counseling and participate in health behavior adjustments and solution for behavior changing 3 อ. 2 ส. and having family for good supporters. After receiving the service, the nutrition and exercise knowledge of patient increased. The behavior of patient can be changed by the principles of 3 อ. 2 ส. and Patient's child is an important supporter. As a result, the patient's blood pressure is the normal range. The patient's waist circumference decreased of 5 centimeters. The patient's body weight decreased of 5 percent of the original body weight.

Keywords: health promotion, health rehabilitation, high blood pressure, abdominal obesity

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

ในสภาวะปัจจุบันระบบสุขภาพของประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่เรื่องสุขภาพของประชาชนก็ยังเป็นปัญหาที่สำคัญต้องได้รับการดูแลแก้ไขอย่างเร่งด่วน แนวโน้มสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อัตราการเกิดโรคติดต่อต่าง ๆ ลดลงแต่โรคที่เกิดจากพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคอ้วน เป็นต้น สาเหตุโรคดังกล่าวล้วนเกิดจากแบบแผนการดำเนินชีวิตและเกิดจากพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ความเครียด เป็นต้น (อัมพิกา เนาวคุณ, 2561) โรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เพราะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากช่วงแรกมักไม่ค่อยมีอาการชัดเจน มักจะเกิดขึ้นอย่างเงียบ ๆ เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยมีการทำลายอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ ระบบหลอดเลือดของสมอง หัวใจ ไต และตา อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน เกิดความพิการหรือเรื้อรังได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ โดยภาวะโรคอ้วน จะนำมาซึ่งโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคอันดับ 1 ที่มีเปอร์เซ็นต์การพบมากที่สุดในผู้สูงอายุ จากข้อมูลสำนักสถิติแห่งชาติ ปี 2562 พบร้อยละ 32.4 ส่งผลให้มีโรคอื่นๆ ร่วมได้ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต นอกจากความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ความอ้วนถือเป็นปัจจัยสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง เพราะเมื่อมีน้ำหนักตัวเพิ่มความดันก็จะเพิ่มขึ้นด้วย ร่วมกับอายุที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุยังส่งผลต่อความเสื่อมของกระดูกและข้อมากขึ้นด้วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2555)

จากข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า อัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558-2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) จากข้อมูลของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แผนกผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2563-2565 พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 7,758 ราย, 8,180 ราย และ 8,311 ตามลำดับ ซึ่งจัดเป็นผู้ที่มารับบริการเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคเบาหวาน (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2565) ซึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยกรณีศึกษาที่น่าสนใจ
2. ติดตามศึกษาข้อมูลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องขณะที่รักษาในโรงพยาบาล
3. ศึกษาแนวคิด วิชาการที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา
4. เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยกับแนวคิด ทฤษฎี วิชาการที่ศึกษา
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
7. สรุปกรณีศึกษา
8. ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล
9. จัดทำรูปเล่ม / นำเสนอ / เผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 51 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย นับถือศาสนาคริสต์ นิกายโปรเตสแตนต์ ระดับการศึกษา จบประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) สาขาบัญชี สถานภาพ หย่า อาชีพ รับจ้าง รับผ้ามาเย็บ และเป็นแม่บ้านทำความสะอาดที่ไปรษณีย์ รายได้ 14,000 บาท/เดือน บ้านที่อาศัยเป็นบ้านของตัวเองอาศัยอยู่กับลูกชายอีก 2 คน ลูกชายคนโตอายุ 24 ปีทำงานที่ไปรษณีย์ ลูกชายคนเล็กอายุ 19 ปี กำลังศึกษาระดับ ปวส. อดีตสามีเป็นคนส่งเรียน

ภาระหนี้สินมีผ่อนรถจักรยานยนต์ 1,000 กว่าบาท/เดือนเหลืออีก 5 งวด สิทธิการรักษาบัตรทองภูมิลำเนาเดิมกรุงเทพมหานคร ย้ายติดตามบิดาที่มารับราชการทหารอยู่จังหวัดลพบุรี ปีพ.ศ. 2522

อาการสำคัญ

มารับยาโรคความดันโลหิตสูง มีเวียนศีรษะเป็นบางครั้ง มีนอนไม่หลับเป็นบางครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ปี 2561 มีอาการเวียนศีรษะ เป็นลมบ่อยครั้งมาตรวจที่ ศสม.ท่าศาลาพบเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงรับการรักษาต่อเนื่องมาตลอด

ข้อมูลยา Amlodipine 5 mg. 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า Hydrochlorothiazide (HCTZ) 25 mg. ½ เม็ดวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า Dimenhydrinate (Dramamine) 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น Vit B1 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า Analgesic cream 25 g ทา ถู นวด บริเวณที่ปวดวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้า-เย็น

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปี 2565 เดือนกันยายน ป่วยเป็นโควิดรักษาได้ 5 วันอาการเป็นปกติ

ปี 2561 เดือนพฤศจิกายน เป็นติ่งเนื้อที่ขาซ้ายประมาณ 10 กว่าปี เริ่มโตมากขึ้น ได้รับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ พบเป็น Fibroepithelial polyp

ประวัติการผ่าตัด

ผ่าตัดคลอดลูกเมื่อปี พ.ศ. 2542 และปีพ.ศ. 2547 ที่โรงพยาบาลอานันทมหิดล

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

แม่ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมเมื่อปี 2540 ปัจจุบันพ่ออายุ 87 ปี สุขภาพแข็งแรง ผู้ป่วยมีพี่น้อง 2 คน พี่ชายมีอาชีพรับจ้างอยู่ต่างจังหวัด เป็นโรคตาฟาง

การประเมินภาวะสุขภาพ ตามแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และดูแลสุขภาพ เวลาเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปตรวจรักษาที่ ศสม.ท่าศาลาที่อยู่ใกล้บ้าน ทราบว่าการป่วยครั้งนี้เกิดจากสาเหตุการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและเมตาโบลิซึม รับประทานอาหารครบทุกมื้อ ตรงเวลา ทำอาหารรับประทานเอง รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ชอบรสชาติหวาน มัน เค็ม

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย ปัสสาวะและอุจจาระปกติ ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง อุจจาระวันละครั้งทุกตอนเช้า ไม่เคยมีปัญหาท้องผูก หรือท้องเสียเป็นๆ หายๆ

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ตามปกติช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่ชอบการออกกำลังกาย เพราะร้อน

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน ปกตินอนวันละ 7-8 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 21.00-06.00 นาฬิกา มีปัญหาการนอนไม่หลับเป็นบางครั้ง หากเข้านอนเกินเวลา 22.00 น. จะนอนไม่หลับ ไม่นอนตอนกลางวัน

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ การรับรู้ การมองเห็น ตามองรับภาพไม่ชัดเจนทั้งสองข้าง การได้ยิน หูได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง การดมกลิ่น จมูกสามารถดมกลิ่นและแยกกลิ่นได้ตามปกติ การรับรส การสัมผัส การรู้สึกร้อน-หนาว-เจ็บปวดได้ตามปกติ ความจำ สามารถจดจำวัน-เวลา-สถานที่-บุคคลได้

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาต่อเนื่อง

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ เป็นผู้นำในครอบครัว มีรายได้ประมาณ 14,000 บาท พอใช้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับลูกชายทั้ง 2 คน มีกลุ่มเพื่อนที่ไปโบสถ์ด้วยกัน

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธ์ หย่ากับสามีได้ 15 ปีไม่มีครอบครัวใหม่ ประจำเดือนหมดได้ประมาณ 4 ปี มี

อาการเหงื่อออก วูบวาบตามตัวในบางครั้ง ตรวจมะเร็งปากมดลูกตามกำหนด

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด มีจิตใจดี มีเหตุผลผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

แบบแผนที่ 11 แบบแผนความเชื่อและค่านิยม มีความศรัทธาในพระเจ้าเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ อธิษฐานก่อนนอนทุกคืน ไปโบสถ์ทุกวันอาทิตย์ เชื่อเกี่ยวกับผลของการทำความดี และความชั่ว

การตรวจร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยหญิงไทยผิวสองสี รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 83.5 กิโลกรัม สูง 149 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 37.61 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/87 มิลลิเมตรปรอท รอบเอว 97 เซนติเมตร

ผิวหนังและเล็บ ผิวสองสี ไม่มีผื่นคันหรือจ้ำเลือด ความยืดหยุ่น ของผิวหนังผิดปกติ ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไว้เล็บยาว

ศีรษะ ผมยาวสีดำ สะอาด รูปร่างศีรษะปกติเท่ากัน

ใบหน้า ปกติเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีบาดแผล

ตา ขนาดเท่ากันทั้งสองข้าง การมองเห็นชัดเจน ปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตาปกติ ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร

หู รูปร่างใบหูปกติ การได้ยินชัดเจนดีเท่ากันทั้งสองข้าง ต่อมน้ำเหลืองหน้าหูและหลังหูไม่โต

จมูกและโพรงจมูก รูปร่างจมูกปกติ โพรงจมูกไม่มีบาดแผล ก้อนเนื้อหรือติ่งเนื้อยื่นออกมา ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากจมูก

ปากและช่องปากริมฝีปากชมพู ไม่มีบาดแผล

คอ ปกติ ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต

ทรวงอกและปอด รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้างปกติ ไม่มีเสียง Wheezing หรือ Rhonchi

หัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ฟังไม่พบเสียง Murmur คลำชีพจรบริเวณคอ แขน ขาหนีบแรงเท่ากันทั้งสองข้าง ปลายมือปลายเท้าไม่ซีดเขียว

หน้าท้องและทางเดินอาหาร หน้าท้องมีไขมันใต้ผิวหนัง ไม่มีผื่น หน้าท้องมีรอยแผลผ่าตัดคลอดลูก คลำไม่พบก้อน ตับและม้ามปกติ

ทวารหนัก ไม่พบริดสีดวงทวาร กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักปกติ

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก อวัยวะเพศปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากอวัยวะเพศ

ระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวดี

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก แนวกระดูกสันหลังตรง แขนขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวได้ กำลังปกติ มีอาการปวดเมื่อยเป็นบางครั้ง

ระบบประสาท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยได้ไม่สับสน รับรู้ถึงบุคคลสถานที่ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วัน เดือน ปี	BUN	Cr	BS	Chlo	TG	HDL	LDL	eGFR	K	Trop T
6/8/61	10	0.65	104	160	96	40	114	106.8	-	-
11/10/61	11	-	-	-	-	-	-	105.2	3.49	< 3.00
25/2/63	-	0.14	115	-	142	-	122	106.6	-	-
7/10/63	-	0.69	97	163	86	44	103	103.3	4.57	-
7/10/64	-	0.63	117	167	116	43	103	105.7	-	-
25/3/65	-	-	118	-	-	-	-	-	-	-
3/3/66		0.63	97	171	203	43	99	104.9		
18/8/66					166					

การวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโภชนาการและอาหารลดความดันโลหิต **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ชอบรับประทานอาหารจำพวกเนื้อและไขมันมาก 2. ใส่เครื่องปรุงทุกครั้งที่รับประทานอาหาร รสชาติหวาน มัน เค็ม	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความรู้เรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ให้คำแนะนำในข้อที่ตอบไม่ถูกต้อง ร่วมกันค้นหาสาเหตุพฤติกรรมการบริโภคโดยการทำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภค วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับชนิดของอาหาร ที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพ อาหารหวาน อาหารมัน อาหารเค็ม ชนิดของอาหารที่ให้พลังงานสูง ความรู้เกี่ยวกับโซนอาหารคือ อาหารโซนเขียว เป็นอาหารที่ให้พลังงานต่ำ สามารถกินได้มาก อาหารโซนเหลืองเป็นอาหารที่ให้พลังงานปานกลาง สามารถกินได้พอควร อาหารโซนแดงเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงมาก ควรกินให้น้อยที่สุด พร้อมให้เอกสารแผ่นพับเพื่อให้ผู้ใช้บริการมีความรู้ในการนำไปเลือกอาหารและปรับใช้ได้ 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณความต้องการอาหารของร่างกาย คือ ความรู้สึกหิว ท้องร้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้ 4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเร็วๆ จะทำให้อ้วน แนะนำวิธีการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารแต่ละมื้อให้มากกว่า 15 นาที โดยเคี้ยวไม่น้อยกว่า 20-30 ครั้งต่อคำ เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีความรู้และนำไปปรับวิธีการรับประทานของตนเอง 5. แนะนำการรับประทานอาหารต้องให้ครบ 3 มื้อ และครบ 5 หมู่ อัตราส่วนตามธงโภชนาการ แต่ให้ลดปริมาณแต่ละวันลง โดยการใช้หลัก 3 เพิ่ม คือ เพิ่มการบริโภคปลา ผักและเต้าหู้ 3 งด คือ งดน้ำหวานหรือของหวานของทอดหรือของมันและของเค็ม 3 ลด คือ ลดการบริโภคแป้ง ข้าว และผลไม้ที่หวาน 6. ให้ความรู้เกี่ยวกับ วิธีการปรุงอาหารที่เหมาะสมควรกับสุขภาพเป็นประเภท ต้ม นึ่ง ย่าง อบ ความรู้เกี่ยวกับอาหารทดแทน พร้อมให้เอกสารแผ่นพับ เพื่อลดการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง 7. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และสอบถามความเข้าใจในปัญหาสุขภาพ นัดหมายติดตามประเมินผลโดยการตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาอย่างต่อเนื่อง **การประเมินผล** ผู้รับบริการมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังรับบริการ จากการติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปรุงอาหารใช้วิธี ต้ม นึ่งและย่าง เป็นหลัก รับประทานประเภทเนื้อ อาหารทอด ผัด กะทิ และน้ำหวานบ้างนานๆ ครั้ง รับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ ครบ 5 หมู่
ปัญหาที่ 2 พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการออกกำลังกาย **ข้อมูลสนับสนุน** ไม่ชอบการออกกำลังกาย เพราะร้อน	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สอบถามและประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกาย และประเมินความรู้ วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย ที่ทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็งแรง ลดความดันโลหิต ลดไขมันที่สะสมตามร่างกาย ลดน้ำหนัก สร้างกล้ามเนื้อ เพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกาย ชนิดการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมและปลอดภัย การออกกำลังกายที่ถูกต้อง มีผลดีต่อสุขภาพ และการออกกำลังกายเพื่อการสลายไขมันส่วนเกินโดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติและปรับใช้สาหรับคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและภาวะอ้วนลงพุง ผู้ใช้บริการเลือกวิธีการเดิน เพื่อเป็นข้อตกลงร่วมกันในการนำไปปฏิบัติ 4. สอนสาธิตวิธีการยืดเส้นยืดสาย การใช้ยางยืดและการบริหารร่างกายเฉพาะที่ และการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้นในชีวิตประจำวัน ให้ทดลองปฏิบัติพร้อมให้เอกสารแผ่นพับ เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ 5. แนะนำให้พูดคุยการออกกำลังกายกับสมาชิกในครอบครัว และชักชวนมาร่วมออกกำลังกายด้วยกัน เพื่อช่วยการออกกำลังกายให้ประสพผลสำเร็จดีขึ้น กล่าวคำชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อผู้รับบริการ

	สามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความภาคภูมิใจในตนเองและกระตุ้นการปฏิบัติให้ต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้สอบถาม ข้อสงสัย ปัญหาอุปสรรค **การประเมินผล** ผู้รับบริการเลือกวิธีการเดิน โดยเดินออกกำลังกายตอนเย็นกับบุตร ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ทุกวันถ้าไม่ติดธุระนอกบ้าน
ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และโรคเบาหวาน เนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง จากความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนลงพุง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. รอบเอว 97 เซนติเมตร 2. Chlolesterol 171 mg/dl Triglyceride 203 mg/dl HDL 43 mg/dl LDL 99 mg/dl **3**. Impaired fasting glucose 104-118 mg/dl	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยและแสดงท่าทีที่เป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. ประเมินทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและภาวะอ้วน ความต้องการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการลดน้ำหนักเพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา 3. ร่วมกันค้นหาสาเหตุปัญหาสุขภาพโดย การทำแบบประเมินภาวะหลอดเลือดหัวใจและสมอง และโรคเบาหวาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา เพื่อให้ผู้รับบริการทราบสาเหตุปัญหาสุขภาพของตนเอง และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขที่เหมาะสมต่อไป 4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบเพื่อให้ผู้รับบริการทราบสุขภาพของตนเองรวมถึงสร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานของน้ำหนักตัวและเส้นรอบเอว อันตรายของโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและอ้วนลงพุง และชี้ให้เห็นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเบาหวานใน 10 ปีข้างหน้า และให้เอกสารแผ่นพับเพื่อให้ผู้ใช้บริการทราบ และตระหนักที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง 5. ให้ความรู้ถึงสาเหตุความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและภาวะอ้วน ซึ่งทั้ง 3 โรคมีสาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้และเกิดความตระหนักในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง 6. ให้ความรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ใช้บริการในเรื่องของผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และร่วมกันกำหนดเป้าหมายเส้นรอบเอวที่ต้องการและกำหนดเป้าหมายน้ำหนักตัวที่จะลดร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว โดยลดลงในอัตรา 0.5-1 กก.ต่อสัปดาห์ เพื่อสามารถปฏิบัติได้และไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพ 7. สอนสาธิต การวัดเส้นรอบเอว และให้ชั่งน้ำหนักตนเองเป็นระยะ พร้อมให้สายวัดเพื่อเป็นการสนับสนุนและเฝ้าติดตามประเมินภาวะอ้วน 8. แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาและการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา เช่น การคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เป็นต้น 9. สร้างแรงจูงใจและความมั่นใจโดยยกตัวอย่างและให้พูดคุยกับผู้ใช้บริการอื่นที่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา และชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ใช้บริการสามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีความภาคภูมิใจในตนเองรวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและสอบถามความเข้าใจในปัญหาสุขภาพ ข้อตกลงที่ต้องนำไปปฏิบัติพร้อมให้แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนัดติดตามประเมินผลต่อเนื่อง **การประเมินผล** มารับการรักษาตามแผนการรักษาตามนัด นัดทุก 2 เดือน อย่างต่อเนื่อง น้ำหนักตัว ลดลงเฉลี่ย 1.5 กิโลกรัมต่อเดือน เส้นรอบเอวลดลง 3 เซนติเมตร เหลือ 94 เซนติเมตร ระดับไขมันในเลือด Chlolesterol 158 mg/dl Triglyeride 198 mg/dl HDL 51 mg/dl LDL 84 mg/dl FBS 97
ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมเนื่องจากภาวะอ้วน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. “เวลายืนนานๆ หรือว่าเดิน จะขัดหัวเข่า และตอนกลางคืนจะรู้สึกปวด” 2. น้ำหนัก 83.5 กิโลกรัม สูง 149 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 37.61 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ให้ความรู้เรื่องภาวะอ้วน ที่เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมและขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดการสะสมไขมัน และเกิดภาวะดัชนีมวลกายเกิน และรอบเอวเกินเกณฑ์ คือ ผู้หญิงรอบเอวไม่เกิน 80 เซนติเมตร เมื่อเกิดภาวะอ้วนลงพุงแล้วจะส่งผลต่อหลายระบบ เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง 2. ให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยยึดหลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ได้แก่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารอาหารเค็ม อาหารไขมัน และอาหารที่ให้พลังงานสูง การออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอให้เหมาะสมกับสภาพหัวใจ หลอดเลือด สภาพร่างกายและสภาพแวดล้อม

	เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ขี่จักรยาน ออกกำลังกายในน้ำ เป็นต้น การหลีกเลี่ยงภาวะเครียดซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ควรทำจิตใจให้แจ่มใส 3. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพราะโรคนี้รักษาไม่หายขาด การรักษาอย่างสม่ำเสมอช่วยควบคุมภาวะโรคไม่ให้เป็นมากขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยหรือช้าที่สุด 4. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว อาการชาปลายมือปลาย แขน ขาไม่มีแรง ให้รีบมาพบแพทย์ **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการออกกำลังกายที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้เหมาะสม อาการปวดหัวเข่าลดลง หลังจากออกกำลังกายด้วยวิธีการเกร็งกล้ามเนื้อ ข้อหัวเข่า และเดิน แต่ยังมีอาการขัดหัวเข่าเวลาเดินนานๆ บางครั้ง **ปัญหาที่ 5** ผู้รับบริการและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคที่เป็น
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้รับบริการและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล 2. “จะทำตามที่หมอบอกทั้งหมดได้หรือเปล่า”	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ปลอบโยนและสัมผัสเพื่อให้รู้สึกอบอุ่นเป็นมิตรและลดความวิตกกังวล ก่อนให้การรักษาพยาบาลผู้รับบริการทุกครั้ง อธิบายให้ผู้รับบริการรับทราบถึงเหตุผลและความจาเป็นเพื่อลดความวิตกกังวล 2. เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการพูดคุยและระบายความในใจ ปลอบโยนผู้รับบริการและรับฟังด้วยท่าทางที่สงบไม่แสดงอาการรำคาญหรืออาการรีบร้อนในการทางานอื่นๆ 3. ให้เวลาผู้รับบริการในการซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ และตอบข้อซักถามของผู้รับบริการและญาติด้วยความเต็มใจ **การประเมินผล** ผู้รับบริการและญาติคลายความวิตกกังวล มีหน้าตาสดชื่นขึ้น หลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษา พบว่าผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ทั้งเรื่องการบริการโภคอาหารและการออกกำลังกาย ระยะเวลาที่แพทย์นัดผู้รับบริการมารับยาทุก 2 เดือน ทำให้ความต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรมและความสนใจของผู้รับบริการในเดือนแรกน้อยลงและละเลยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากขาดแรงกระตุ้น แรงจูงใจ พยาบาลได้ส่งเสริมให้ใช้ผู้สนับสนุนที่มีอยู่ในครอบครัว[4] คือ บุตรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ช่วยให้ผู้รับบริการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการประเมินผลติดตาม 3 เดือน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมขึ้น โดยลดการรับประทานหวาน ลดการรับประทานเนื้อ รับประทานผักทุกมื้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย มีการออกกำลังกาย 3-4 วันต่อสัปดาห์ โดยวิธีการเดินและมีการบริหารร่างกายก่อนการออกกำลังกายด้วยการยืดเส้นยืดสาย มีทัศนคติในการเฝ้าระวังสุขภาพมากขึ้น สนใจและรับฟังความรู้ด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ นอกจากนี้ได้นำข้อมูลกรณีตัวอย่างมาแลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อพัฒนาการบริการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้มารับบริการที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะอ้วน ให้บริการมีคุณภาพยิ่งขึ้น[2]

เอกสารอ้างอิง

1. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2565). สถิติโรคความดันโลหิตสูง ปี 2563-2565.
2. นภาพร แหวนแก้ว. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม หลัก 3 self ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, 8(2), 99- 110.
3. สมภพ เรืองตระกูล. (2555). ตำราภาวะอ้วน. เรือนแก้วการพิมพ์
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society)
5. อัมพิกา เนาวคุณ. (2561). กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงและภาวะอ้วนลงพุง. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2(4): 89-98.

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี

THE DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY 3E2S IN ELDERLY, PATHUM THANI PROVINCE.

(Received: December 25,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

สมทรง พุ่มประเสริฐ[1] สุรัตน์ อนันทสุข[2]
Somsong Phumprasert[1] Surat Ananthsuk[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยหลัก 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดปทุมธานี โดยวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pair t – tests, Independent t – tests, One Way Repeated Measures ANOVA วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหลายตัวแปรระหว่างกลุ่มตัวอย่างและช่วงเวลาด้วยสถิติ One-way Repeated Measures MANOVA เปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี Bonferroni

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างทดลองใช้โปรแกรม 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบและสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This study was research and development with the objective of developing a model for promoting health literacy using the 3E 2S principles in the elderly in Pathum Thani Province. The sample size consisted of people aged 60 years and over in Pathum Thani Province. By means of specific selection, a total of 80 people were divided into an experimental group of 40 people and a control group of 40 people. The tool used in the research was a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics include Pair t – tests, Independent t – tests, One Way Repeated Measures ANOVA, multivariate analysis of variance. between samples and time periods using One-way Repeated Measures MANOVA statistics, comparing each pair using the Bonferroni method.

The results of the study found that after the sample group tried the program for 8 weeks, the sample group had higher health knowledge and health behavior according to the principles of 3E 2S than before using the model and higher than the control group in every aspect, at a statistical significance of 0.05.

Keywords: Model development, health literacy promotion, elderly people

บทนำ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถปฏิบัติตัวในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยตนเองซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกาย และ จิตใจ ให้มีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วยและเพื่อให้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางร่างกายอันเนื่องจากความถดถอย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ความถดถอยของร่างกายจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลและให้ความใส่ใจต่อสุขภาพของตนเอง ถ้าผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อสุขภาพกายโดยการดูแลสุขภาพ เช่น ออกกำลังกายในรูปแบบที่เหมาะสม เช่น การเดิน วิ่งเบาๆ เป็นต้น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทำจิตใจให้เบิกบานแจ่มใส ก็จะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายทำให้ดูอ่อนกว่าวัย แต่ถ้าในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุไม่ใส่ใจละเลยต่อสุขภาพของตนเอง ก็จะทำให้ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ เสื่อมสภาพ และนำไปสู่ความเจ็บป่วย

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

เมื่อร่างกายเจ็บป่วยก็จะส่งผลต่อสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น (ปานชีวา ณ หนองคาย, 2551)

จากการศึกษาสภาพปัญหาในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่แล้วเกิดจากปัญหาพื้นฐาน คือ ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจในรูปแบบการใช้ชีวิตที่ยังไม่ถูกต้อง รับประทานอาหารที่มีรสชาติหวาน เค็มจัด เพราะเข้าใจว่าไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เข้าใจว่าผลไม้ทุกชนิดมีประโยชน์สามารถรับประทานได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงรสชาติหวาน เปรี้ยวไป อีกทั้งในบางพื้นที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เนื่องจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ รูปแบบวิถีการใช้ชีวิตยังไม่เหมาะสม จนนำไปสู่โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ตามมา

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคคลต้องพัฒนาให้ถึงระดับวิจารณญาณ (Critical Health Literacy) เพื่อที่จะจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพด้วยตนเองได้ ซึ่งต้องยกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจากระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) การปรับปรุงความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นระดับปฏิสัมพันธ์ (Interaction Health Literacy) ด้วยการพัฒนาการสื่อสารและสนับสนุนให้เกิด self-help group ,social support group เพิ่มความสามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อจัดการตนเองได้ เพิ่มแรงจูงใจ และ ความมั่นใจในตนเองในการจัดการสุขภาพตนเอง จนสามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลในเชิงวิพากษ์ ได้ ความรอบรู้สุขภาพระดับวิจารณญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และ การมีส่วนร่วมผลักดันสังคมและการเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมประโยชน์ของบุคคลกับสังคม และสุขภาพของประชาชนทั่วไป (Nutbeam, 2008) ผลการศึกษาระหว่างประเทศได้สะท้อนถึงความบกพร่องของความรอบรู้สุขภาพของประชากรในหลายประเทศสะท้อนว่าประชากรโลก มีความรอบรู้สุขภาพ ยังไม่เพียงพอ ความรอบรู้สุขภาพช่วยให้บุคคลเข้าใจเหตุผลของคำแนะนำและสะท้อนถึงผลลัพธ์ของการกระทำที่ เป็นความรับผิดชอบต่อสังคม (Paakkaria & Okanb, 2020) ดังนั้นความรอบรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าถึงแหล่งความรู้ทางสุขภาพ, การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น (Chesser AK et al., 2016)

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ 3อ.2ส. (กองสุขศึกษา, 2554) มีความสำคัญยิ่งต่อผู้สูงอายุ การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วย 1) อ: อาหาร มี ความจำเป็นมากต่อการดำรงชีวิต หากร่างกายขาดอาหารหรือได้รับอาหารมากเกินความจำเป็นของร่างกายจะเกิดโรค 2) อ: ออกกำลังกาย เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่จะต้องออกกำลังกายเป็นประจำและ สม่ำเสมอ และออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยและโรคประจำตัว เพื่อช่วยเสริมความแข็งแรงของร่างกายและ ป้องกันโรคได้ช่วยลดภาระในการดูแล และให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมาก 3) อ: อารมณ์ คือ การจัดการกับอารมณ์ตนเอง ให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม 4) ส: สูบบุหรี่ คือ การลดละเลิก สูบบุหรี่ และ 5) ส: สุรา คือ การ ลด ละ เลิก ดื่มหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาหลายงานงานวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะทางสุขภาพของผู้สูงอายุโดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับของความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอจะมีความเสี่ยงต่อภาวะทางสุขภาพ โดยจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยกว่าผู้ที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูง (AHRO, 2011; Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011) ผลจากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 ในช่วงระยะที่ 1 พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยพบว่ากลุ่มประชากรที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะดังกล่าว (วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง, และสายชล คล้อยเอี่ยม, 2560) เมื่อพิจารณากลุ่มผู้สูงอายุพบว่าความเสื่อมถอยของร่างกายในหลายๆ ด้าน เช่น ทักษะ

ด้านการอ่าน การเขียน การฟัง การได้ยิน รวมทั้งความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ปัญหาเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะสามารถเรียนรู้สิ่งเหล่านี้ได้แต่จะต้องใช้เวลานานขึ้น (พิไลพร สุขเจริญ, 2561) ปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ.2ส. โดยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมรรถนะในการเรียนรู้ รู้เท่าทันสื่อเทคโนโลยีที่แพร่หลายในปัจจุบัน ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพได้เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตนได้ถูกต้อง (แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรา ประเสริฐศรี, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทำให้เห็นถึงความสำคัญของทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาพกล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ไม่ดี และถ้าหากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องก็จะมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีด้วย เพราะความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ได้ให้ความสำคัญแค่ความรู้ทางทฤษฎีแต่ยังให้ความสำคัญถึงการเข้าถึงข้อมูลและนำความรู้ไปปฏิบัติจนกระทั่งเกิดเป็นลักษณะนิสัยที่พึงประสงค์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบความรอบรู้ทางสุขด้านสุขภาพผู้สูงอายุในเขตจังหวัดปทุมธานีเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยศึกษาการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นตัวอย่างขยายผลการจัดกิจกรรมสร้างเสริมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีขึ้นทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา ช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเอง หรือลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ป้องกันและลดการเจ็บป่วย อันเป็นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้อยู่ในรูปแบบที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยหลัก 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัท บีม (Nutbeam, 2000) ประกอบด้วย 6 ด้าน 1) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 3) การสื่อสารสุขภาพ 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ สารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2.ส การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ ผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 331 คน และศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์จากผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี 7 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 7 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 7 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 – ธันวาคม 2566

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 80 คน

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกันกับระยะที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้อายุ และระยะที่ 3 ระยะประเมินผลในรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้อายุ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

ระยะ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. 1) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้อายุจังหวัดปทุมธานี และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. 2) สัมภาษณ์ความคิดเห็นของตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3) สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้อายุ 1) ก่อนใช้รูปแบบผู้วิจัยประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนใช้รูปแบบ 2) ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้อายุ กับผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ตามแผนกิจกรรมการเรียนรู้เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) สร้างสัมพันธ์ภาพ

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) “เข้าถึง รู้เท่าทัน หลัก 3อ.2ส.” เพื่อเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลที่ทันสมัยเชื่อถือ การรู้เท่าทันสื่อและ สารสนเทศ

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3-4) “รู้จริงการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ” เพื่อการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 5) “สื่อสารสุขภาพเข้าใจง่าย” เพื่อเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การโต้ตอบ ซักถาม แลก เปลี่ยนเกี่ยวกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 6) “ตัดสินใจสร้างเสริมความรอบรู้” เพื่อเสริมสร้างทักษะการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

กิจกรรมที่ 6 (สัปดาห์ที่ 7) “แผนสร้างเสริมสุขภาพตนเอง” เพื่อเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองโดยมีพฤติกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

กิจกรรมที่ 7 (สัปดาห์ที่ 8) “สร้างพฤติกรรม 3 อ.2ส. สู่ความยั่งยืน” เพื่อเสริมสร้างทักษะปฏิบัติการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การดำเนินกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถหรือทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้อายุ 1) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ (post test) 2) ประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง ต่อรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ 3) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการประเมินซ้ำหลังสิ้นสุดการใช้รูปแบบอีก 4 สัปดาห์ เพื่อติดตามผล (follow up)

3. การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถาม 1) ทำการทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ 3) สร้างเครื่องมือในการวิจัย และเสนอร่างเครื่องมือต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ 4) ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective

Congruence) จากผู้เชี่ยวชาญและนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำผลการทดลองมาใช้คำนวณเพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.876

2. แบบสัมภาษณ์ 1) ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบสัมภาษณ์ โดยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ แก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาและภาษาที่ใช้ 2) นำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 5 คน โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence)

3. รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้อายุ 1) นำแนวคิดทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตใหม่ ประกอบด้วย ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation theory) และแนวคิดการมีส่วนร่วม (Participatory Approach) 2) แนวคิดความรอบรู้สุขภาพตามแบบจำลอง ของ Nutbeam (2008) 3) จัดทำร่างรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ 4) นำผลการศึกษาระยะที่ 1 และประยุกต์ใช้แนวคิดที่เลือกสรรข้างต้นมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ 5) ร่างรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้อายุต่อผู้เชี่ยวชาญ

4. ระยะประเมินผล ประเมินในรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมแผนกิจกรรม (ปรับปรุงจากระยะที่ 1)

การพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์

ในการวิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างการทำวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์ และสาธารณสุขในมนุษย์จังหวัดปทุมธานี เลขที่ จริยธรรมการวิจัย PPHO - REC 2566 /11

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential analytics) ได้แก่ Pair t – tests, Independent t – tests, One Way Repeated Measures ANOVA วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหลายตัวแปร ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและช่วงเวลาด้วยสถิติ One-way Repeated Measures MANOVA เปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี Bonferroni

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ที่ประยุกต์จากแนวคิดของเบนเนอร์ (Benner, 1994) โดยมีขั้นตอน ดังนี้ นำข้อมูลที่ได้จากเก็บรวบรวมข้อมูลมาถอดเสียงเป็นอักษรข้อความ อ่านบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหาทั้งหมด ตีความตามเค้าโครงของการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับข้อมูล สรุปรวมเนื้อหาที่สอดคล้องกันเป็นหมวดหมู่ โดยให้รหัสเป็นประเด็นย่อย (Categories) และพัฒนาเป็นประเด็นหลัก (Themes)

ผลการศึกษา

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม

1.1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนการใช้รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า

กลุ่มทดลอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับพอใช้ ($\overline{X}$ = 46.38, SD=4.789) หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 51.55, SD=5.38) และระยะติดตามผลอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ = 55.78, SD=3.21)

กลุ่มควบคุม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับพอใช้ ($\overline{X}$ = 45.30, SD=4.48) หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์อยู่ในระดับพอใช้

($\overline{X}$ = 44.13, SD=4.01) และระยะติดตามผลอยู่ในระดับพอใช้ ($\overline{X}$ = 43.65, SD=3.72)

1.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40) จำแนกตาม ก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า

ก่อนใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน (t=1.038, p=0.302)

หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=6.994, p<0.05) โดยพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ($\overline{X}$ = 51.55, SD=5.38) สูงกลุ่มควบคุม ($\overline{X}$ = 44.13, SD=4.01)

ระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=15.619, p<0.05) โดยพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ($\overline{X}$ = 55.78, SD=3.21) สูงกลุ่มควบคุม ($\overline{X}$ = 43.65, SD=3.72)

1.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <0.05 (t=-9.236, p<0.05) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($\overline{X}$ = 51.55, SD=5.38) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\overline{X}$ = 46.38, SD=4.78)

กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <0.05 (t=1.778, p=0.083)

1.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One Way Repeated Measure ANOVA)

พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F=6611.107, df=1, p<0.001) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมรายคู่ ของกลุ่มทดลอง ก่อนการใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ โดยวิธี Bonferroni พบว่า

ก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value <0.05 โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($\overline{X}$ = 51.55, SD=5.38) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\overline{X}$ = 46.38, SD=4.79)

ก่อนใช้รูปแบบ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value <0.05 โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 12 สัปดาห์ ($\overline{X}$ = 55.78, SD=3.21) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\overline{X}$ = 46.38, SD=4.79)

หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value <0.05 โดยพบว่า คะแนนระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ ($\overline{X}$ = 55.78, SD=3.21) สูงกว่าหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($\overline{X}$ = 51.55, SD=5.38)

2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนการใช้รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะ ติดตามผล 12 สัปดาห์ แบ่งตามระยะ พบว่า

กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 22.33, SD=2.58)

หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์อยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ = 24.05, SD=2.03) และระยะติดตามผลอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ = 25.05, SD=1.61)

กลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 21.95, SD=2.45) หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 21.53, SD=2.41) และระยะติดตามผลอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 21.55, SD=2.30)

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำแนกตามก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า

ก่อนใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน (t=0.665, p=0.508)

หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=5.051, p<0.05) โดยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ($\overline{X}$ = 24.05, SD=2.03) สูงกลุ่มควบคุม ($\overline{X}$ = 21.53, SD=2.41)

ระยะติดตมผล 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=7.879, p<0.05) โดยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ($\overline{X}$ = 25.05, SD=1.61) สูงกลุ่มควบคุม ($\overline{X}$ = 21.55, SD=2.30)

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value <0.05 (t=-5.678, p<0.05) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($\overline{X}$ = 22.33, SD=2.58) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\overline{X}$ = 24.05, SD=2.03)

กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัด พบว่า

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F=7031.776, df=1, p<0.001) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายคู่ ของกลุ่มทดลอง ก่อนการใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ โดยวิธี Bonferroni พบว่า

ก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value <0.05 โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($\overline{X}$ =24.05, SD=2.03) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\overline{X}$ = 22.33, SD=2.58)

ก่อนใช้รูปแบบ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value <0.05 โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 12 สัปดาห์ ($\overline{X}$ = 25.05, SD=1.61) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\overline{X}$ = 22.33, SD=2.58)

หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value <0.05 โดยพบว่า คะแนนระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ ($\overline{X}$ = 25.05, SD=1.61) สูงกว่าหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($\overline{X}$ =24.05, SD=2.03)

อภิปรายผล

1. หลังใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้อายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม โดยผู้วิจัยเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม ของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม ก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F=6611.107, df=1, p<0.001) โดยเปรียบเทียบเป็นรายคู่ ก่อนการใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่าก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ก่อนใช้รูปแบบ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 โดยพบว่า คะแนนระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ สูงกว่าหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในยุคชีวิตวิถีใหม่ ตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี[2]

2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า หลังใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้อายุ โดยผู้วิจัยเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F=7031.776, df=1, p<0.001) โดยเปรียบเทียบเป็นรายคู่ ก่อนการใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่าก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ก่อนใช้รูปแบบ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 โดยพบว่า คะแนนระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ สูงกว่าหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ผลจากการนำรูปแบบที่พัฒนาแล้วไปใช้กับผู้สูงอายุสาเหตุที่ต้องมีการติดตามผลเพื่อเป็นการตอกย้ำและสร้างภาพประทับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การฝึกคบคุมอารมณ์ให้เหมาะสม และ การออกกำลังกายในรูปแบบที่เป็นไปได้ ตรงตามแนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ทางสุขภาพ[13] ที่พบว่าในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ จึงจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุและส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลวอแก้ว อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง[3] การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในเขตเทศบาลนครตรัง[5] และ Wannasirikul P, Termsirikulchai L, & et al., (2016) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และยังพบว่าการมีความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถทำให้บุคคลมี

พฤติกรรม 10 สุขภาพที่พึงประสงค์ได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ[16]

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

จากผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้อายุจังหวัดปทุมธานี แต่เพื่อให้เกิดความครอบคลุมควรจะมีการศึกษาในกลุ่มประชากรกลุ่มอื่นด้วย เช่น การนำรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในแต่ละกลุ่มอาการของโรค และทำการเปรียบเทียบกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชาย กับผู้สูงอายุเพศหญิง เป็นต้น เพื่อจะได้เห็นว่าผลรูปแบบการป้องกันแตกต่างกันหรือไม่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1 รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้อายุควรมีการปรับกิจกรรม เช่น การนำกลุ่มผู้ดูแลมาร่วมกิจกรรม เพื่อให้สามารถนำกิจกรรมไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละครอบครัวได้ เพราะเนื่องจากบางบ้านผู้สูงอายุอาจจะอยู่ในภาวะพึ่งพิง จำเป็นที่จะต้องสร้างทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ดูแลซึ่งก็คือ ลูก หลาน ญาติ

2 ควรให้มีการนำรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้อายุที่พัฒนาแล้วไปใช้กับพื้นที่อื่นหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ด้วยเพื่อเป็นการยืนยันว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืน

3 ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีกิจกรรมการทำข้อตกลงร่วมกันกับหน่วยงานบริการสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ : การจัดการความเครียด. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา
2. นิคม พุทธา และพลอยประกาย ฉลาดล้น. (2565). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในยุคชีวิตวิถีใหม่ ตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 9(3), 46-64
3. ปณตนนท์ เถียรประภากุล และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลวอแก้ว อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง.วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง, 10(2), 54-66
4. ปานชีวา ณ หนองคาย. (2551). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี.ปริญญานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
5. ปรีดา สาราลักษณ์ และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในเขตเทศบาลนครตรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 15(2), 1-12.
6. พิไลพร สุขเจริญ, อรัญญา รักหาบ และกมลชนก ทองเอียด. (2561). วิถีการรับรู้ของผู้สูงอายุ: บทเรียนจากโรงเรียนผู้สูงอายุ1. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 11(1), 60–81.
7. วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง, และสายชล คล้อยเอี่ยม. (2561). การสำรวจความรอบรู้ ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). รายงานฉบับสมบูรณ์ ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
8. แสงเดือน กิ่งแก้ว, และนุสรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างคามฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 43–54.
9. AHRO. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. Retrieved February 16, 2018, from https://doi.org/AHRQ Pub. No. 11-E006-1
10. Benner P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness and caring practices, Interpretive phenomenology (P. Benner ed.), Sage, Thousand Oaks, California, pp. 99–127.

11. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Ann Intern Med, 152(2), 97–107.
12. Chesser A. K., Keene Woods N., Smothers K., Rogers N. (2016). Health literacy and older adults: A systematic review. Gerontology and Geriatric Medicine, 2, 1-13. doi: 10.1177/2333721416630492
13. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267.
14. Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67, 2072–2078.
15. Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: health literacy is an underestimated problem. The Lancet. Public health, 5(5), e249–e250. https://doi.org/10.1016/S2468-2667 (20) 30086-4.
16. Wannasirikul, P., Termsirikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S., & Tanasugarn, C. (2016). Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, *47*(1), 109.