วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567

VOL.9 NO.1 January - March 2024

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.9 NO.1 January - March 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด: กรณีศึกษา 1
สุมาลัย ประจวบอารีย์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา 10
ขวัญดาว ชัยจินดา

การพยาบาลผู้ป่วยหายใจล้มเหลวจากภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากการใช้ยาเมทฟอร์มินร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 21
ปณิดา เครือบุญสิน

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อกและไตเรื้อรังระยะสุดท้าย :กรณีศึกษา 31
อภิญญา จันหอม

ผลของการใช้เทคนิคการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 41
อัญชะนา สงโพธิ์กลาง

การพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 51
ประพัทธ์ ธรรมวงศา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ 63
ศุภรัตน์ ชินวัฒน์โสภณ ,วิยดา ใจแก้ว ,จิรวุฒิ คงคา ,ณฐกร นิลเนตร ,พัชนา เฮ้งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในโรงพยาบาลสามชัย ปี พ.ศ.2566 . 71
พรทิพย์ บุษบง

การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษา 2 ราย 79
นันท์นภัส เพรงมา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อรุนแรงของเยื่อหุ้มคอชั้นลึกโพรงใต้คางกรณีศึกษา 2 ราย 89
ยุภาพร ศรีภา

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 97
ยุพิน พิมพ์สวัสดิ์

การพยาบาลมารดาและทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอนจาน : กรณีศึกษา 105
นรินทร์ ภารวิจิตร

การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส : กรณีศึกษา 2 ราย 116
อาพร เพ็งมา

การศึกษาอัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือดสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลเปิดทะลุ 123
วีรยุทธ ชัยนาอ้อม

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา 2 ราย 135
สารณี ไชยวิเศษ

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอดโรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี 143
ดวงใจ หาพรหม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ :กรณีศึกษา 2 ราย 152
เครือวัลย์ โควินทะสุด

การวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มโรคสำคัญ โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 163
ศรีสุดา วรสาร

การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย..... 175
นภาพร ธีระนันท์

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.9 NO.1 January - March 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี 184
อัจชราณี อุดน้อย

ผลของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย โรงพยาบาลกุดจับ 194
รุ่งลาวรรณ์ ฤทธิวงศ์

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลท่าลี่ 204
สุชารัตน์ ชาวตวันตก

การพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส. บ้านโคกมะนาว ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร 213
คำวรรณ์ ปราศรัยงาม

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา ... 223
ลำเพย พิมพ์ทอง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลวในแผนกผู้ป่วยนอก : กรณีศึกษา 231
อารีย์ สมบัติรงรอง

ผลลัพธ์โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น 239
อรอุมา แก้วเกิด ,นันทนา ควรรสุ ,ชิณกรณ์ แดนกาไสย ,ศศกรณ์ อินทรชัยศรี ,ศิริวรรณ สงจันทร์

ผลของการพัฒนาการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกแบบใหม่ต่อระยะเวลาในการเตรียม เครื่องมือผ่าตัด ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู 249
ศิวดาติ์ คำภีระ

ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร 257
อภิญญา ถามูลแสน

ประสิทธิผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต โรงพยาบาลสกลนคร 267
ภัททิยา สุขสมบูรณ์ ,นำพล สุทธิสุวรรณ ,จิตรภัทรา งันลาโสม

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ทรวงอก ช่องท้อง และกระดูกไหปลาร้าหัก : กรณีศึกษา 278
ประไพ จอมสูง

การประเมินผลการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร 285
ทนง คำศรี ,นวรัตน์ สิงห์คำ ,นิภารัตน์ แสงกุล

การพยาบาลผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว: กรณีศึกษา 293
เพ็ญจันทร์ ธรรมเกษร

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียมหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 301
ศิริวรรณ แป้นน้อย

การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดอุบลราชธานี 309
ปภัสพร พันธ์จูม

การตรวจสอบคุณภาพทางจุลินทรีย์และเอกลักษณ์ทางเคมีของเครื่องดื่มนมกระชาย 319
ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงศ์ ,วนิษา ปันฟ้า ,ดวงนภา แดนบุญจันทร์ ,สุวศิน พลนรัตน์ ,นวรัตน์ วิริยะเขษม

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาเขตสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเรณูนคร 328
กนกพร โพชะโน

การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง 335
สัญญา สาวิสัย

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.9 NO.1 January - March 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลลัพธ์โปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ 345
จิรัชญา ต้นสวรรค์ ,อรอุมา แก้วเกิด ,นันทยา นนเลาพล

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังคลอดในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 353
สุกัญญา พงษ์ศิริรักษ์ ,นฤมล สินสุพรรณ ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา

กระบวนการเสริมสร้างทักษะพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูหลักเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ... 364
วิชิตา ถิ่นวัน

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลปากพนัง 375
อาริยา จันทร์นวล ,ธเนศ สังข์ศรี

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 387
รัชนี วุฒา

ผลการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 397
พรทิพย์ ยศประสงค์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย 407
เฟื่องฝน เบ้าจรรยา

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 417
พัชลาวัล สาระพันธ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันร่วมกับระยะฟื้นฟู : กรณีศึกษา 428
ณัฐกมล มุกดา

การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลจากรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 435
วาทินี จันทร์เจริญ ,อัญธิกา บรรจงสวัสดิ์ ,ปิยมาภรณ์ ดวงมนตรี

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนในพื้นที่ตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี 445
เมืองแมน มนัสศิลา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลอาจสามารถอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด .. 455
เลิศวิทย์ เหลือผล

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร 467
ชัญญาภัค กฤตประวีร์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา 479
วีระพงษ์ ศรีประทาย

ประสิทธิผลของการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 490
วรารัตน์ จันทร์คุ้ม ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา ,นฤมล สินสุพรรณ

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี ปี พ.ศ. 2566 499
ชัยณรงค์ สุขขำ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 508
พรทิพา พรรณนา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย 515
อำนาจ พิมพาต

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลางที่ต้องวางยาสลบขณะฉายรังสี : กรณีศึกษา 524
พัทธิรา จันทะดวง

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.9 NO.1 January - March 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา: กรณีศึกษา 532
วัชรินทร์ ทวีชัย

เปรียบเทียบปริมาณรังสียังผลก่อนและหลังการปรับพารามิเตอร์ในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกและช่องท้อง ของโรงพยาบาลอุดรธานี 541
พิชญ์ธาดา วรภคปกรณ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา : กรณีศึกษา 549
เพทาย เทพรัตน์

การพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับอก จากมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง 556
พัชริดา นพศรี

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 566
ประภากร วงษ์พันธุ์

การพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน 576
ภาณินนุช เณธิชัย

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม 587
นวพร เกตสุระ

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม 596
เจริญชัย หมื่นห่อ ,อรอุมา แก้วเกิด ,ธงชัย อามาตยบัณฑิต ,ศุภวรรน ยอดโปร่ง

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน ต่อความรู้ การคลอดก่อนกำหนด และการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี 605
เครือวัลย์ พลาชัยภิรมย์ศิล ,อรพนิต ภูวงษ์ไกร ,ภริญพัทธ์ สายทอง

ผลของรูปแบบการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม 617
ภรณ์ทิพย์ ปานเชียงวงษ์ ,วรกร วิชัยโย ,ธีรนาถ สุวรรณเรือง

การพัฒนาโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย .. 625
โฉมฐิตาภา ศิริมา ,สุลาลักษณ์ จำเรียง

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วมได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย 635
ภณิชชา เฮ้าประมงค์

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น 645
ถนัต จ่ากลาง

การพัฒนาศักยภาพด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม 652
ธันยนันท์ กัญญูวิมล

การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม 659
หงษ์ทอง บุตรพรม ,นภชา สิงห์วีรธรรม ,กิตติพร เนาว์สุวรรณ ,อัจฉรา คำมะทิตย์

การศึกษาระยะเวลาการกลับมาอ้าปากปกติภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีกระดูกขากรรไกรล่างหัก และยึดตรึงกระดูกขากรรไกรบนล่าง (maxillo-mandibular fixation) ด้วยลวดเปรียบเทียบกับการใช้ยาง 669
อตินาต ธรรมรัชสุนทร ,ปวรวรรณ ฤทธิพากร

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี 676
ณัฐวดี เยาวะศรี กิตติ เหลาสุภาพ

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.9 NO.1 January - March 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม 683
ประเดิม อภัยโส

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ
และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 693
วันวิสาข์ บัวสาย

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 703
บุษรินทร์ สุวรรณมาโจ

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชุมพร 714
เรณู สุวรรณเนาว์ ,วิษณุ อนิลบล

เปรียบเทียบผลของการรับประทานยาบำรุงเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย
ต่อระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอด 722
สันทัด บุญเรือง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 729
ผจงจิต สุวรรณศรี

การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานงานการพยาบาลผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 737
จันทร์เพ็ญ สีเครือดง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 746
ธวัชชัย แสวงหา ,กิตติ เหลาสุภาพ

ประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชน 753
กมลรัตน์ อัมพวา

ลักษณะทางจุลชีววิทยา ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในผู้ใหญ่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา พ.ศ. 2559 – 2563 762
ศรีสกุล เจียมจิต

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี 771
นิโลบล ช่วยแสง

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม
และวิธีการพิมพ์แบบง่าย 782
กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์

ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตึกพิเศษร่มเย็น 5 โรงพยาบาลลำพูน 792
กาญจนา ประสงค์ทรัพย์

การศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายในเขตรับผิดชอบของ
รพ.สต.บึงบอน อ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี 802
โสวณี มุกนพรัตน์

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง
ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน 813
วันทนีย์ เชื่อมรัมย์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสระบุรี : กรณีศึกษา 823
สุมาลี เตชะ

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสตูล 831
นวพรรณ ศุขมณี ,นภาภรณ์ แก้วเหมือน

การพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหนองบัวแดง 840
พลศักดิ์ อันทะนิล

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการต่อผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การระบาด
ของโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในพื้นที่อำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท 846
มนตรี หนองคาย

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.9 NO.1 January - March 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อ ฟังก์ชั่นเสี่ยงอันตราย และระยะปลอดเหตุการณ์ตามสูตรการได้รับวัคซีนของประชาชนจังหวัดนครศรีธรรมราช 857
พิทยา แต่งเกลี้ยง ,สุมลรัตน์ ขนอม

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 868
ภัทรมน ชิณจักร์

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่พบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 880
ศิวพร สุวรรณสัมพันธ์

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวในสังคมพหุวัฒนธรรม อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล 888
รุ่งฤดี สุขุมาลย์

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 33 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา มกราคม – มีนาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ป่วยหายใจล้มเหลวจากภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากการใช้ยาเมทฟอร์มินร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อกและไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เทคนิคการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อรุนแรงของเยื่อหุ้มคอชั้นลึกโพรงใต้คาง ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส การรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือดสาหรับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มโรคสำคัญ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน สัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต การคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย การเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกแบบใหม่ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต การจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพ ผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียมหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) การตรวจสอบคุณภาพทางจุลินทรีย์และเอกลักษณ์ทางเคมีของเครื่องดื่มนมกระชาย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ การประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567

VOL.9 NO.1 January - March 2024

Part I

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.9 NO.1 January - March 2024 Part 1

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด: กรณีศึกษา 1
สุมาลัย ประจวบอารีย์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา 10
ขวัญดาว ชัยจินดา

การพยาบาลผู้ป่วยหายใจล้มเหลวจากภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากการใช้ยาเมทฟอร์มินร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 21
ปณิดา เครือบุญสิน

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อกและไตเรื้อรังระยะสุดท้าย :กรณีศึกษา 31
อภิญญา จันหอม

ผลของการใช้เทคนิคการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 41
อัญชะนา สงโพธิ์กลาง

การพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 51
ประพัทธ์ ธรรมวงศา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ 63
ศุภรัตน์ ชินวัฒน์โสภณ ,วิยดา ใจแก้ว ,จิรวุฒิ คงคา ,ณฐกร นิลเนตร ,พัชนา เฮ้งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในโรงพยาบาลสามชัย ปี พ.ศ.2566 . 71
พรทิพย์ บุษบง

การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษา 2 ราย 79
นันท์นภัส เพรงมา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อรุนแรงของเยื่อหุ้มคอชั้นลึกโพรงใต้คางกรณีศึกษา 2 ราย 89
ยุภาพร ศรีภา

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 97
ยุพิน พิมพ์สวัสดิ์

การพยาบาลมารดาและทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอนจาน : กรณีศึกษา 105
นรินทร์ ภารวิจิตร

การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส : กรณีศึกษา 2 ราย 116
อาพร เพ็งมา

การศึกษาอัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือดสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลเปิดทะลุ 123
วีรยุทธ ชัยนาอ้อม

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา 2 ราย 135
สารณี ไชยวิเศษ

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอดโรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี 143
ดวงใจ หาพรหม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ :กรณีศึกษา 2 ราย 152
เครือวัลย์ โควินทะสุด

การวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มโรคสำคัญ โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 163
ศรีสุดา วรสาร

การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย..... 175
นภาพร ธีระนันท์

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.9 NO.1 January - March 2024 Part 1

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี 184
อัจชราณี อุดน้อย

ผลของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอยโรงพยาบาลกุดจับ 194
รุ่งลาวรรณ์ ฤทธิวงศ์

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลท่าลี่ 204
สุชารัตน์ ชาวตวันตก

การพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส. บ้านโคกมะนาว ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร 213
คำวรรณ์ ปราศรัยงาม

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา ... 223
ลำเพย พิมพ์ทอง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลวในแผนกผู้ป่วยนอก : กรณีศึกษา 231
อารีย์ สมบัติรงรอง

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 33 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา มกราคม – มีนาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ป่วยหายใจล้มเหลวจากภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากการใช้ยาเมทฟอร์มินร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อกและไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เทคนิคการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อรุนแรงของเยื่อหุ้มคอชั้นลึกโพรงใต้คาง ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส การรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือดสาหรับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มโรคสำคัญ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน สัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต การคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย การเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกแบบใหม่ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต การจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพ ผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียมหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) การตรวจสอบคุณภาพทางจุลินทรีย์และเอกลักษณ์ทางเคมีของเครื่องดื่มนมกระชายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ การประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด: กรณีศึกษา

Nursing care of Chronic Obstructive Pulmonary Disease patient at Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma Clinic: A Case study

(Received: March 6,2024 ; Revised: March 17,2024 ; Accepted: March 22,2024)

สุมาลัย ประจวบอารีย์[1]
Sumalai Prachuabaree[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 68 ปี มีประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา 6 ปี โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง 10 ปี

ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดและส่งเสริมเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การเพิ่มความทนในการทำกิจกรรม การลดปริมาณของเสียในร่างกายและชะลอไตเสื่อมสภาพ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การควบคุมอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ให้กำเริบ การป้องกันการเกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง การลดความวิตกกังวลผู้ป่วย ซึ่งผลการพยาบาลทำให้ทุกปัญหาของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาล โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for Chronic Obstructive Pulmonary Disease patient at Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma clinic This is a case is a 68-year-old man with a 6-year history illness of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Hypertension, and Dyslipidemia for 10 years.

The results of the study found that nursing care includes Improving the efficiency of gas exchange that occurs in the lungs between alveolar air and the blood of the pulmonary capillaries, Increasing endurance for activities, Removing waste from the body, and slowing down the progression of kidney disease, Promoting nutritional status, controlling the symptoms of Chronic Obstructive Pulmonary Disease with acute exacerbation, Prevention of right heart failure, preventing complications from Hypertension and Dyslipidemia, reduce patient anxiety. The results of nursing care make every problem of the patient improve.

Keywords: Nursing care, Chronic Obstructive Pulmonary Disease**.**

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายของประชากรทั่วโลก[1] จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี ค.ศ.2030 สำหรับประเทศไทยจากรายงานของ กระทรวงสาธารณสุข พบมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสะสมทุกกลุ่มอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจากปีงบประมาณ 2562 ถึง 2564 จำนวน 181,345 คน, 183,354 คน, และ 189,477

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

คน ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 3.53 เป็นร้อยละ 4.55 ในปีงบประมาณ 2564[2] พยาธิสภาพของโรคเกิดจากการระคายเคืองต่อเนื่องส่งผลทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เนื้อเยื่อปอดและหลอดเลือดภายในปอด ทำให้มีการสร้าง mucus มากกว่าปกติร่วมกับการทำงานของ cilia ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะ มีการตีบแคบของหลอดลม ทำให้อากาศไหลเวียนไม่สะดวก มีลมค้างภายในปอด มีผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้ป่วยขาดออกซิเจนและมีอาการหอบอย่างเฉียบพลัน พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้[3] ดังนั้นเป้าหมายการรักษา จึงเพียงแค่ลดอาการและลดความเสี่ยงการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน ป้องกันการเสียชีวิต โดยทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพของปอดดีขึ้น[4]

จากสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลอัมพวา ปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 467, 290, และ 166 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 10 ยังคงเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ และพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้เกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน (Acute Exacerbation; AE) ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินถึงร้อยละ 23.68, 15.06, และ 17.07 ตามลำดับ และมีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เป็น 1 ใน 5 อันดับโรคแรกของโรงพยาบาล[5] จากการวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลันขึ้น และกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเกิดจาก การใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธี ไม่เลิกสูบบุหรี่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยตนเองปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าสถิติของจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันจะมีแนวโน้มลดลง แต่การกำเริบของโรคแต่ละครั้งของผู้ป่วยแต่ละรายจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง สมรรถภาพปอดลดลงและเร่งวงจรการเสียชีวิตให้เร็วขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีหน้าที่รับผิดชอบพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด ได้ตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงสนใจศึกษาปัญหาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และนำสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อชะลอการเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอด ลดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและ หอบหืด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 68 ปี รูปร่างผอม รับเข้ารักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืดเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 มีประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา 6 ปี โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง 10 ปี รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลอัมพวา ควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ยาที่รับประทานประจำ คือ Simvastatin (20mg) 1 tab ⊙ hs, Theophylline (200mg) 1 tab ⊙ bid pc ยาพ่นขยายหลอดลม Seretide Evohaler 2 puff เช้า เย็น, Salbutamol inhaler 1 puff prn เริ่มมีอาการหอบเหนื่อยเฉียบพลันต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง ในระยะ 2 ปี ที่ผ่านมา และในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา มีอาการหอบเหนื่อยอย่างเฉียบพลันบ่อยขึ้น เฉลี่ย 2 ครั้งต่อเดือน ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และพ่นยาขยายหลอดลมโดยบางครั้งต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยภาวะน้ำท่วมปอด มาโรงพยาบาลครั้งนี้ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย มาพบแพทย์ตามนัด และเจาะเลือดตรวจตามแผนการรักษา แรกรับผู้ป่วยอยู่ในความดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ สีหน้าวิตกกังวล จากการซักประวัติพบ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค คือ ดื่มกาแฟ สูบบุหรี่ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ไม่เคยบริหารปอดและหายใจ

ตามคำแนะนำของทีมดูแล รับประทานอาหารได้น้อย ประเมินสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบมีภาวะซีด (Hct=31%) ระดับโปรตีนในเลือดต่ำ (Albumin=3.1 g/dl) อัตราการกรองไตต่ำ (GFR 57.7 ml/min/1.7 m^2) ฟังเสียงปอดไม่พบเสียง Wheezing หรือ Crepitation เคาะปอดได้ยินเสียงโปร่ง ไม่มีอาการแน่นหน้าอก ไอเป็นพักๆ เสมหะสีขาว เหนียว ผลทดสอบการเดิน 6 นาที (6-minute walk test, 6MWT) ผู้ป่วยเดินได้ระยะทางเดิน 350 เมตร เมื่อเปรียบเทียบสัญญาณชีพและความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O_2sat) ระหว่างก่อนการทดสอบและหลังการทดสอบ พบ BP สูงขึ้นจาก 157/90 mmHg เป็น165/96 mmHg PR เร็วขึ้นจาก 85 beat/min เป็น 110 beat/min RR เร็วขึ้นจาก 20 beat/min เป็น 24 beat/min O_2 sat ลดลงจาก 94% เป็น 92% ประเมินภาวะหายใจลำบากโดยใช้ mMRC dyspnea score หลังการทดสอบผู้ป่วยมีอาการของภาวะหายใจลำบากอยู่ในเกรด 2 ประเมินคุณภาพชีวิต CAT score 24 คะแนน ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ส่งเสริมผู้ป่วยในการปรับวิธีการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้แก่ อาหาร ยา การออกกำลังกาย การบริหารปอดและการหายใจ การจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล การลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟ รวมทั้งการจัดการตนเองเมื่อเริ่มมีอาการของโรคกำเริบ และส่งต่อกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และทีม Home Health Care ติดตามอาการและดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน นัดติดตามอาการ เน้นย้ำการให้คำแนะนำเดิม ประเมินปัญหาผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนคำแนะนำ ให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และประเมินภาวะหายใจลำบากทุก 3 เดือน ซึ่งจากการติดตาม ในระยะ 9 เดือนพบว่า ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ไม่ดื่มกาแฟ ออกกำลังกาย และบริหารการหายใจอย่างสม่ำเสมอ ผลการประเมิน mMRC dyspnea score ผู้ป่วยมีอาการของภาวะหายใจลำบากอยู่ในระดับ 2 ผลทดสอบการเดิน 6 นาที (6-minute walk test, 6MWT) สามารถเดินได้ระยะทางมากกว่าเดิม คือ 390 เมตร เกิดอาการหายใจเหนื่อยเฉียบพลันมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ย 1 ครั้งต่อเดือน โดยหลังได้รับการรักษาอาการทุเลา ไม่ได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะซีด ระดับอัลบูมินในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะ ทุพโภชนาการ แพทย์จึงนัดตรวจที่คลินิกโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด เพื่อติดตามอาการ ประเมิน mMRC, Dyspnea score และ CAT score ทุก 6 เดือน

การวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซเนื่องจากการระบายอากาศในปอดลดลงจากมีลมคั่งค้างใน ถุงลมปอดและมีเสมหะในทางเดินหายใจ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบอกว่า “เวลาเดินเร็ว ๆ หรือเดินขึ้นที่สูง เช่น บันได จะหายใจเหนื่อยต้องหยุดพัก” ไอนานๆครั้ง ขับเสมหะออกเองได้ ลักษณะเสมหะสีขาวขุ่น เหนียว ภายหลังการไอ หายใจเหนื่อย RR =24 beat/min, O_2sat = 94% ผลการประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ในระดับ 2 CAT score เท่ากับ 24	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพในระยะก่อนพบแพทย์ เพื่อประเมินอัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจที่ผิดปกติโดยเพิ่มขึ้นจากค่าปกติจะบ่งบอกถึงการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ 2. ตรวจวัด O_2sat ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อประเมินความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซในเลือดแดง 3. ฟังเสียงการหายใจและฟังเสียงปอดทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อประเมินภาวะการหายใจลำบากและการมีหลอดลมตีบแคบ หรืออุดตันของทางเดินหายใจ หรือเสมหะมากน้อยเพียงใด 4. แนะนำ/สอนวิธีการไอที่มีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อส่งเสริมการทำงานของขนกวัด (cilia clearance) ในการรักษาทางเดินหายใจให้โล่งได้ดีขึ้น 5. แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้วหรือ 2,000-3,000 มิลลิลิตร โดยเฉพาะน้ำอุ่น เพราะจะทำให้ขับเสมหะได้ง่ายขึ้น 6. ช่วยเคาะปอดให้เสมหะมีการเคลื่อนไหว และขับออกได้ง่ายขึ้น และสอนให้ญาติเคาะปอด เพื่อช่วยให้เสมหะออกดีขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
คะแนน ทดสอบ 6MWT สามารถเดินได้ระยะทาง 350 เมตร ผล Chest x-ray พบ Bilateral hyperinflation both lung **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอด และส่งเสริมให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	7. แนะนำเทคนิคการสงวนพลังงาน เพื่อลดการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงและทำให้ใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เช่น การนั่งขณะทำความสะอาดร่างกาย การนั่งขณะใส่และถอดรองเท้า การหลีกเลี่ยงการเอื้อมหยิบของที่สูงกว่า และการก้มหยิบของที่ต่ำกว่า 8. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้ใช้ O_2 เพิ่มขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การอยู่ในที่ร้อนหรือเย็นเกินไป ภาวะเครียด เนื่องจากทำให้เพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายส่งผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ความต้องการ O_2 เพิ่มขึ้น 9. แนะนำการจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล เช่น การปฏิบัติสมาธิ การฟังธรรมะ การฟังเพลง เพื่อให้การใช้ออกซิเจนและการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง 10. พักผ่อนอย่างเพียงพอ และควรนอนในท่าที่สบายและหายใจได้สะดวก เช่น ท่าศีรษะสูง เพื่อลดการใช้ออกซิเจน และเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ 11. ร่วมกับเภสัชกรแนะนำ สอนการใช้ยาขยายหลอดลมที่ถูกต้อง ได้แก่การใช้ยาพ่น Seretide Evohaler และ Salbutamol inhaler 12. ประเมิน mMRC dyspnea score, CAT score, 6MWT ทุก 3 เดือน หรือทุกครั้งที่แพทย์นัด **ประเมินผลการพยาบาล** ในระยะ 9 เดือน ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะการหายใจลำบาก สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP =127/72-147/72 mmHg ,PR= 84- 94 beat/min, RR =20-22 beat/min, O_2 sat = 95-97 % เสียงการหายใจปกติ ฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้างไม่พบเสียง Wheezing หรือ decrease breath sound ผลการประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ในระดับ 1 CAT score ลดลงจาก 24 เหลือ 17 คะแนน ทดสอบ 6MWT สามารถเดินได้ระยะทาง 390 เมตร
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากหายใจเหนื่อยง่าย **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบอกว่า “เวลาเดินเร็ว ๆ หรือเดินเข้าห้องน้ำจะหายใจเหนื่อยต้องหยุดพัก” ประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ในระดับ 2 คือ เดินในพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพราะหายใจเหนื่อย หรือต้องหยุดเดินเพื่อหายใจเมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ ผลการประเมิน CAT score เท่ากับ 24 คะแนน ผลทดสอบ 6MWT บนระยะทางเดิน 20 เมตร หยุดเดิน 2-3 ครั้ง เพื่อพักเหนื่อย ระยะทางที่เดินได้ 350 เมตร **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มความทน ในการทำกิจกรรม	1. สอนให้บริหารการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลม และเป่าปาก (pursed lips) ทำอย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที เพื่อช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศที่เข้าปอด เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลม ทำให้ขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดีขึ้น 2. ร่วมกับนักกายภาพบำบัดแนะนำให้ออกกำลังกาย และสอนท่าบริหารปอด โดยควรทำหลังจากได้รับยาขยายหลอดลม เนื่องจากการทำหน้าที่ของปอดจะดีที่สุด เมื่อยาออกฤทธิ์สูงสุดหรือเมื่อทางเดินหายใจโล่ง 3. แนะนำให้หยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการดังต่อไปนี้ เริ่มเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบมาก มือไข้ เป็นหวัด ท้องเสีย หน้ามืด เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ เป็นลม หายใจสั้นๆ หรือถี่มากเหงื่อออกผิดปกติ ตามมือ-เท้า หรือมีอาการเย็น ซีด จนผิดปกติ หรือสัญญาณชีพเมื่อเทียบกับขณะพัก อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นเกิน 20 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจเพิ่มเกิน 6 ครั้งต่อนาที systolic BP เพิ่มขึ้นเกิน 40 mmHg และ diastolic BP เพิ่มขึ้นเกิน 20 mmHg หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ 4. ช่วยผู้ป่วยจัดตารางในการค่อย ๆ เพิ่มการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมภายในบ้าน โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย ทั้งแบบแอโรบิกและแบบมีแรงต้าน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความทนทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากขึ้นและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้หนักและนานขึ้น 5. แนะนำการประเมินอาการและอาการแสดงของความผิดปกติหลังทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือออกกำลังกาย เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของระบบการหายใจ ระบบหัวใจ และระบบไหลเวียนโลหิตที่บ่งชี้ว่าความทนในการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมน้อย ได้แก่ หลังจากออกกำลังกาย 3 นาที อัตราการหายใจและการเต้นของชีพจร ยังไม่ลงมาใกล้เคียงกับขณะพัก 6. ทดสอบ 6MWT บนระยะทางเดิน 20 เมตร ทุก 3 เดือน เพื่อประเมินสมรรถภาพของปอดและความทนต่อกิจกรรม 7. ประเมิน mMRC dyspnea score ทุก 3 เดือน หรือทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด 8. ประเมิน CAT score ทุก 3 เดือน หรือทุกครั้งที่แพทย์ตามนัด **ประเมินผลการพยาบาล** หลังจากให้การดูแล 9 เดือน ผลประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ระดับ 1 ผลการ CAT score ลดลงจาก 24 เหลือ 17 คะแนน ผลทดสอบ 6MWT บน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ระยะทางเดิน 20 เมตร เดินได้ระยะทาง 390 เมตร โดยก่อนทดสอบการเดินสัญญาณชีพ BP =127/72 mmHg ,PR = 84 beat/min, RR =22 beat/min O_2 sat= 97% หลังทดสอบการเดินทันที BP =134/93 mmHg ,PR= 94/min, RR =24 beat/min , O_2 sat= 95% จากการสอบถามผู้ป่วยบอกว่าสามารถเดินขึ้นบันไดบ้าน 3 ขั้น เดินเข้าห้องน้ำได้ โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตเสื่อมสภาพ **ข้อมูลสนับสนุน** ค่า Creatinine = 1.27 mg/dl GFR = 57.7 ml /min/1.73 m^2 (ไตเสื่อมสภาพในระยะที่ 3) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ลดปริมาณของเสียในร่างกาย และชะลอไตเสื่อมสภาพ	1. แนะนำให้ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับไม่เกิน 130/80 mmHgควบคุมไขมันในเลือด LDL-C น้อยกว่า 100 mg/dl 2. แนะนำการบริโภคอาหารให้เหมาะสม เพื่อชะลอการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้น ได้แก่ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง โปแตสเซียมต่ำ จำกัดอาหารที่มีโซเดียมหรือรสเค็ม ไขมันอิ่มตัว 3. ดื่มน้ำอย่างเพียงพอวันละ 6-8 แก้ว หรือ 2 ลิตรต่อวัน หากมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร่วมกับอาการบวม แนะนำให้จำกัดน้ำดื่ม 700 - 1,000 ml/day และกลับมาพบแพทย์ 4. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดกระดูก ยาลูกกลอน และยาสมุนไพรที่ไม่ได้การรับรอง 5. ควบคุมน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 25 kg/m^2 6. ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ วันละ 30 นาที 7. งดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 8. หลีกเลี่ยงและกำจัดความเครียด 9.สังเกตอาการที่บ่งชี้ว่าไตเสื่อมสภาพมากขึ้น ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ปัสสาวะออกน้อย อาการบวมน้ำตามข้อ ขา และเท้า หายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูงขึ้น หากพบอาการเหล่านี้ ให้กลับมาพบแพทย์ทันที 10. ติดตามผลตรวจการทำงานของไต ได้แก่ BUN, Creatinine, GFR เพื่อประเมินการทำงานของไต **ประเมินผลการพยาบาล** ผลตรวจการทำงานของไตมีแนวโน้มดีขึ้น โดยค่า BUN อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 13 - 18 mg/dl, Creatinine ลดลงเหลือ 1.12 mg/dl GFR เพิ่มขึ้นเป็น 67.10 ml/min/1.73 m^2 ไตเสื่อมสภาพอยู่ในระยะที่ 2 LDL-C =78 mg/dl BP ปกติ =127/72 mmHg, ดัชนีมวลกาย (BMI) = 18.68 kg/m^2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหารจากการรับประทานอาหารได้น้อย และผลข้างเคียงของยาสูดพ่นขยายหลอดลม **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้มื้อละ 5-6 คำ ค่า serum albumin = 3.1 g/dl , Hemoglobin =10.5 g/dl, Hematocrit = 31% ดัชนีมวลกาย (BMI) =17.99 kg/m^2 ได้รับยาสูดพ่นขยายหลอดลมที่มีผลข้างเคียงทำให้เบื่ออาหาร ได้แก่ Seretide Evohaler 2 puff เช้า เย็น, Salbutamol inhaler 1 puff prn **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วย	1. แนะนำให้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้ 1.1 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ 1.2 อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์อื่น ๆ ที่ปรุงสุกหรือเปื่อย เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 1.3 อาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวกล้อง ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ในกลไกการขับถ่ายอุจจาระ ช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น และช่วยลดระดับคอเลสเตอรอล ในเลือด 1.4 อาหารที่มีส่วนประกอบของกรดไขมันที่ไม่อิ่มตัว เช่น อาหารที่มีปริมาณของโอเมก้า 3 สูง ได้แก่ ปลาน้ำจืดและน้ำเค็ม เช่น ปลาซาร์ดีน ปลาแมคเคอเรล ปลาแซลมอน ปลาทูน่า ปลาทู ปลาสลิด ปลากะพง 1.5 อาหารที่ส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น เนื้อสัตว์ ตับ นมไขมันต่ำ ไข่ และควรรับประทานร่วมกับอาหารที่มีวิตามินซีสูง เช่น มะละกอ ส้มหรือฝรั่ง เพื่อช่วยให้ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กได้ดี 2. แนะนำอาหารที่ควรงดหรือหลีกเลี่ยง ได้แก่ 2.1 อาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว แป้ง น้ำตาล เนื่องจากเมื่อเกิดการเผาผลาญ จะทำให้มีการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์มากกว่าสาร อาหารชนิดอื่น 2.2 อาหารแปรรูปที่มีไนไตรท์ เป็นส่วนประกอบ เช่น เบคอน กุนเชียง แฮม เนื่องจากทำให้เกิดอันตรายต่อ collagen และ elastin ของเนื้อปอดจะทำให้ค่า FEV_1 ลดลง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2.3 อาหารที่ทำให้เกิดลมในกระเพาะอาหาร เช่น ถั่ว กะหล่ำปลี ข้าวโพด บรอคโคลี่ หัวหอม แอปเปิ้ลดิบ แตงกวา แตงโม พริกไท น้ำอัดลม เพราะทำให้ท้องอืด รับประทานอาหารลดลง และหายใจลำบาก 2.4 อาหารประเภทเกลือหรือโซเดียม เนื่องจากเกลือจะทำให้ร่างกายดูดน้ำกลับ เกิดการคั่งของน้ำในปอด ทำให้การหายใจลำบากขึ้น ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง 2.5 จำกัดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เพราะรบกวนการดูดซึมยาบางอย่าง และทำให้ใจสั่น 3. แนะนำการรับประทานอาหารต้องเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียด เพื่อช่วยให้การย่อยดูดซึมอาหารได้ดี 4. รับประทานอาหารที่ละน้อย แต่รับประทานบ่อยครั้งขึ้น โดยแบ่งเป็น 5- 6 มื้อเล็ก ๆ ต่อวัน แทนการรับประทานอาหาร 3 มื้อใหญ่ต่อวัน เพื่อไม่ให้เหนื่อยง่ายขณะรับประทานอาหาร 5. ดื่มน้ำหลังรับประทานอาหาร โดยไม่ควรดื่มน้ำบ่อยระหว่างกินอาหาร เพราะจะทำให้อิ่มเร็ว 6. ทำความสะอาด ปาก ฟัน อย่างสม่ำเสมอก่อนรับประทานอาหาร เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร หรือกลั้วคอด้วยน้ำเปล่าและบ้วนทิ้งทุกครั้งหลังสูดพ่นยา เนื่องจากยามีรสเฝื่อน จะทำให้การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไป 7. ควรอยู่ในท่านั่งขณะรับประทานอาหาร เพื่อลดแรงดันต่อกล้ามเนื้อกะบังลม 8. แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามสภาวะของโรค เพื่อเพิ่มความอยากอาหาร และช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบทางเดินอาหาร 9. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโดยดูจากน้ำหนักตัว ไขมันใต้ผิวหนัง ดัชนีมวลกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าโปรตีน albumin, Hemoglobin และ Hematocrit **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ค่า serum albumin เพิ่มขึ้นเป็น 3.3 g/dl, Hemoglobin เพิ่มขึ้นเป็น 11.2 g/dl, Hematocrit เพิ่มขึ้นเป็น 33.7% น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็น 54 kg ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เพิ่มขึ้นเป็น 18.68 kg/m^2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคเนื่องจากการจัดการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง **ข้อมูลสนับสนุน** ในระยะ 6 เดือนก่อนมาตรวจรักษาครั้งนี้ มีอาการเหนื่อยหอบอย่างเฉียบพลันบ่อยขึ้น โดยเข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ย 2 ครั้งต่อเดือน และเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่ 5 มวนต่อวัน พ่นยาขยายหลอดลมไม่ถูกวิธี โดยสูดยาเข้าทางปากไม่แรงและลึกพอ กดพ่นยา 2 ครั้งแล้วสูดยาพร้อมกันครั้งเดียว ผู้ป่วยบอกถึงสิ่งกระตุ้นให้อาการกำเริบไม่ถูกต้อง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อควบคุมอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ให้กำเริบ	1. แนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ ดังนี้ 1.1 เลิกสูบบุหรี่ โดยอธิบายถึงผลกระทบต่อการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคความดันโลหิตสูง เสนอแนะวิธีเลิกสูบบุหรี่ 1.2 หลีกเลี่ยงบริเวณที่มีฝุ่นละออง เช่น คอกสัตว์ โรงสี หรือสารต่าง ๆ ที่ทำให้ไอจาม เช่น แป้งฝุ่น เกสรดอกไม้ ผงซักฟอก 1.3 หลีกเลี่ยงเครื่องนอนที่ทำจากนุ่นหรือไหมพรม เพราะจะเป็นที่สะสมของฝุ่นละออง ทำให้ระคายเคืองหลอดลม 1.4 หลีกเลี่ยงการใช้ยาแอสไพริน ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยาลดความดันกลุ่มปิดกั้นบีตา 1.5 หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่มีอากาศที่เย็น และแห้ง ปราศจากความชื้น เนื่องจากจะกระตุ้นให้หลอดลมเกิดการหดตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจลำบากและมีอาการหอบหืดกำเริบได้ 2. แนะนำการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ดังนี้ 2.1 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่มีคนจำนวนมาก 2.2 ดูแลรักษาความสะอาดปากฟัน เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค 2.3 หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดคนเป็นหวัด หรือโรคติดต่อทางเดินหายใจอื่น ถ้าจำเป็นควรใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก 2.4 แนะนำให้ฉีดวัคซีน เพื่อป้องกันไข้หวัดใหญ่ทุกปี 2.5 สังเกตอาการที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ เสมหะมีสีเหลืองหรือเขียว ควรรีบมาพบแพทย์ 3. แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออาการกำเริบ ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3.1 ตั้งสติ สงบ อย่าตกใจ ควบคุมจังหวะการหายใจให้ได้ โดยวิธีการบริหารการหายใจ จะทำให้หายใจเอาอากาศเข้าไปได้มากกว่าปกติ เพราะร่างกายจะใช้ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้เหนื่อยหอบหรือหมดสติได้ 3.2 ให้พ่นสูดยาขยายหลอดลม 2 puff ติดต่อทุก 15 นาที x 3 ครั้ง ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้มาโรงพยาบาลทันที 3.3 จัดท่าตัวเองในอิริยาบถที่เหมาะสมจะทำให้หายใจได้สะดวก เช่น นอนท่าศีรษะสูง ฟุบกับโต๊ะ หรือหลังพิงฝาผนัง ไม่ควรนอนราบกับพื้น 4. ร่วมกับเภสัชกรทบทวนและสาธิตเรื่อง การพ่นยาขยายหลอดลมเองที่บ้านอย่างถูกต้อง 5. แนะนำให้รับประทานยาขยายหลอดลม ยาขับเสมหะ และสูดพ่นยาขยายหลอดลม ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด **ประเมินผลการพยาบาล** ในช่วง 3 เดือนที่อยู่ในความดูแล ผู้ป่วยมีน้ำมูก ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ มารับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉิน 1 ครั้ง ได้รับการพ่นยาขยายหลอดลมแบบฝอยละออง 2 ครั้ง แพทย์ให้กลับบ้าน วินิจฉัยว่าเป็น mild AE of COPD ผู้ป่วยใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมได้อย่างถูกต้อง สามารถลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงได้เรื่อย ๆ จนสามารถเลิกได้ และดูแลตนเองตามคำแนะนำอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี ในช่วง 4-9 เดือน ที่อยู่ในความดูแล ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบรุนแรงอย่างเฉียบพลันซ้ำอีก
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลวเนื่องจากความดันในปอดเพิ่มขึ้น **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานานถึง 6 ปี ร่างกายเกิดการพร่องออกซิเจนอย่างเรื้อรัง ทำให้หลอดเลือดแดงในปอดเกิดการบีบรัดตัวและแรงดันสูงขึ้น ส่งผลให้หัวใจซีกขวาต้องทำงานหนักมากขึ้นเป็นเวลานาน จนเกิดหัวใจซีกขวาล้มเหลว **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว	1. ประเมินความรู้ ในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขเบื้องต้น การจัดการเมื่อมีอาการบวม หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ 2. ตรวจร่างกาย และซักประวัติทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อค้นหาอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว เช่น เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง บวมตามแขน ขา กดบุ๋ม ตับโต ม้ามโต มีน้ำในช่องท้อง ไอเวลานอน อาการเหนื่อย การนอนราบไม่ได้ ต้องนอนศีรษะสูง 3. ชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อประเมินอาการบวม น้ำหนักเพิ่ม และแนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักตนเองทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าภายหลังเข้าห้องน้ำขับถ่ายแล้ว และก่อนรับประทานอาหารเช้า เพื่อการเฝ้าระวังภาวะน้ำคั่งหรือภาวะน้ำเกิน หากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 กิโลกรัมจากเดิม ภายใน 1-2 วัน หรือ 2 กิโลกรัมภายใน 3 วัน ควรมาพบแพทย์ 4. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยชอบบริโภคประจำ และแนะนำประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารโดยการหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม เช่น ของดอง อาหารกระป๋อง เกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊ว 5. แนะนำให้งดหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ งดสูบบุหรี่ เนื่องจากจะกระตุ้นให้หลอดเลือดมีการหดตัวและเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติได้ ส่วนบุหรี่มีสารนิโคตินเป็นตัวกระตุ้นที่จะทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัวและหัวใจเต้นเร็วขึ้น มีผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ 6. แนะนำให้สังเกตอาการบวม โดยจะกดบุ๋มบริเวณหลังเท้า ข้อเท้า หน้าแข้ง หายใจหอบเหนื่อย หากมีอาการเหนื่อยขณะพักหรือขณะออกแรง นอนราบไม่ได้หรือนอนหลับไปแล้วตื่นมาหอบตอนกลางคืน บ่งชี้ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว 7. สอนการประเมินการทำงานของหัวใจ และอาการผิดปกติด้วยตนเองทุกวัน ดังนี้ 7.1 การคลำชีพจรที่ตำแหน่งบริเวณข้อมือ โดยใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนางคลำบริเวณข้อมือแล้วสังเกตความแรง ความสม่ำเสมอ และนับอัตราการเต้นชีพจรให้เต็ม 1 นาที 7.2 การวัดความดันโลหิต ควรวัดเวลาเดียวกันทุกวัน หรือตามที่แพทย์ พยาบาลและเภสัชกรแนะนำเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม และให้เบอร์โทรศัพท์ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล 7.3 สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ เจ็บหน้าอกและอาการใจสั่น ประเมินผลการพยาบาล ในระยะ 9 เดือนที่อยู่ในความดูแล ผู้ป่วยไม่มีน้ำหนักตัวเพิ่มผิดปกติ ไม่บวมบริเวณแขนขา นอนราบได้กรณีที่ไม่อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เนื่องจากการจัดการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง **ข้อมูลสนับสนุน ผู้**ป่วยยังสูบบุหรี่ 5 มวนต่อวันดื่มกาแฟ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง	1. ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง เน้นเรื่องปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน 2. ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย คือ Systolic BP น้อยกว่า 130 mmHg และ Diastolic BP น้อยกว่า 80 mmHg, LDL-C น้อยกว่า 100 mg/dl 3. แนะนำการควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงหรือลดการใช้เนยไขมัน และน้ำมันในการปรุงอาหาร อาหารทอด อาหารประเภทของดองเค็ม เนื้อเค็ม ซุปกระป๋อง ซอสมะเขือเทศ อาหารที่โรยเกลือมาก ๆ รับประทานอาหารประเภทอบ นึ่ง ต้ม อาหารประเภทผัก ถั่ว ผลไม้ ดื่มน้ำ กาแฟที่ไม่มีคาเฟอีน นมพร่องไขมัน และน้ำผลไม้ 4. งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ 5. งดสูบบุหรี่ โดยให้คำแนะนำเทคนิคการเลิกบุหรี่ และส่งปรึกษาคลินิกเลิกบุหรี่ 6. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน 7. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง 8. หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอารมณ์เครียด 9. สังเกตอาการผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองแตก ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไตเสื่อม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบ่นไม่อยากเป็นภาระของภรรยาและบุตรที่ต้องหยุดงาน เพื่อพาตนเองมาตรวจรักษาเมื่อมีอาการหายใจลำบาก หรือมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยบอกว่านอนหลับยาก และชอบตื่นตอนกลางดึกๆ และนอนหลับๆ ตื่นๆจนถึงเช้า มีสีหน้าวิตกกังวล **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง	1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก และซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง 2. อธิบายและตอบข้อซักถามหรือคำถามของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เพื่อคลายความวิตกกังวล 3. ให้ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แผนการรักษาและการดูแลผลลัพธ์การรักษาความก้าวหน้าของโรคที่มีแนวโน้มดีขึ้น 4. แนะนำให้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื่อรังที่มีประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดีและประสบความสำเร็จ เพื่อได้เห็นตัวแบบหรือเห็นประสบการณ์ของผู้อื่นซึ่งมีปัญหาที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ถูกต้อง 5. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคผ่อนคลาย และการหายใจที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ ควบคุมการหายใจได้เอง การใช้ออกซิเจนและการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง สามารถลดอาการหายใจลำบาก ลดความวิตกกังวลได้ เช่น การนั่งสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสวดมนต์ เป็นต้น

สรุปและอภิปรายผล

จากการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ พบมีปัญหาด้านร่างกายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ได้แก่ ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีเสมหะคั่งค้างในปอด ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง อีกทั้งยังพบปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาขยายหลอดลมร่วมกับอาการเหนื่อย ทำให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดขาดสารอาหาร มีภาวะโลหิตจาง ปัญหาจากสูงอายุร่วมกับประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ทำให้ไตเสื่อมสภาพระดับ 3 นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้น ได้แก่ การกำเริบของโรค การเกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว จากการที่เจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ วิตกกังวลร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหา ที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการดังกล่าวทั้งการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล และการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้ทุกปัญหามีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ โดยมีปัจจัยแห่งสำเร็จ คือ ด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการให้ความร่วมมือต่อแผนการรักษา ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการประสานการ ดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสห

สาขาวิชาชีพ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ดียิ่งขึ้น เพื่อทำให้อาการหายใจเหนื่อยลดลง ความทนต่อการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ลดการเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน ป้องกันการเสียชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายการรักษาสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[4]

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรทำเป็นรูปแบบสหสาขาวิชาชีพโดยมีสาขาวิชาชีพที่สามารถดูแลปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีปัญหาหลายด้านที่ต้องการการดูแลจากบุคลากรสาขาวิชาชีพเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการหรือพยาบาลโภชนบำบัด จิตเวช นักสุขศึกษา เป็นต้น

2. ควรจัดหาเครื่องมือในการตรวจวัดสมรรถภาพปอด (Spirometer) ไว้ใช้ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด รวมทั้งส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมการใช้ การอ่านและแปลผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอดจากการใช้ spirometry เพื่อการประเมินความรุนแรงของโรคได้อย่างแม่นยำ และสามารถวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มเภสัชกรนักปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแห่งประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2567[สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2567]; เข้าถึงจาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar_detail&subpage=seminar_detail&id=5183
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)[อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2566]; เข้าถึงจาก https://lei.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9
3. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และลาลิน เจริญจิตต์. บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2565; 38(2): 12-25.
4. ศศิธร วงส์รัตนากร. การศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อภาวะการเกิดทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และวันนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2563; 40(2): 25-32.
5. ทีมนำทางคลินิกสาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลอัมพวา. รายงานการทำ Clinical Tracer Highlight COPD. 2565.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา

Nursing care of Pneumonia patient with Respiratory failure: A Case study

(Received: March 5,2024 ; Revised: March 17,2024 ; Accepted: March 22,2024)

ขวัญดาว ชัยจินดา[1]
Kwandao Chaijinda[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 87 ปี มาด้วยอาการสำคัญ มีไข้ หนาวสั่น เจ็บแน่นหน้าอก 4 ชั่วโมง

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์วินิจฉัยโรคครั้งแรกติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย วินิจฉัยครั้งสุดท้ายเป็นโรคปอดอักเสบและการหายใจล้มเหลว โดยผู้ป่วยมีภาวะน้ำท่วมปอดร่วมด้วย ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและยาขับปัสสาวะฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ยาละลายเสมหะ ยาพ่นขยายหลอดลม ออกซิเจนบำบัด และใส่ท่อช่วยหายใจ ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การกำจัดและลดเชื้อก่อโรค การลดปริมาณน้ำในถุงลมปอด การป้องกันภาวะช็อกจากการ ติดเชื้อให้กระแสเลือด ผลการพยาบาลที่ไม่บรรลุความสำเร็จ คือ การกำจัดและลดเชื้อก่อโรค ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ช่วยการหายใจให้มีประสิทธิภาพ และส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายในจังหวัด

คำสำคัญ: โรคปอดอักเสบ ภาวการณ์หายใจล้มเหลว

Abstract

This study was a case study. The objective was to study nursing care for Pneumonia patients with Acute respiratory failure. This is a *case* is an 87-year-old man with a chief complaint of fever, chill, and chest discomfort four hours pre-hospital.

The results of the study found that the first diagnosis was a bacterial infection. Post-diagnosed was Pneumonia with Respiratory failure The patient also had pulmonary edema. The treatment was antibiotic and diuretic intravenous injection, mucolytic drug, bronchodilator drug, oxygen therapy, and intubation. The results of the study found that nursing care includes adequate oxygen supply at the tissue level, reducing *or* eliminating infectious organisms, reducing fluid volume at Pulmonary alveoli, Prevention of septic shock. Evaluation of nursing care no success was reducing *or* eliminating infectious organisms causing the patient bad diseases need to be intubated, helping efficiently support breathing, and referral to a hospital network in the province.

Keywords: Pneumonia, Respiratory failure

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศกำลังพัฒนา การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการสูดละอองเชื้อโรคเข้าปอด รองลงมาคือ การสูดสำลักควันหรือสารเคมี อุบัติการณ์การเกิดโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยที่เกิดนอกโรงพยาบาลหรือปอดอักเสบจากชุมชน และมีอายุมากกว่า 75 ปี[1] โดยผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้อง

1 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นโรคปอดอักเสบชุมชนชนิดรุนแรง (Severe Community Acquired Pneumonia; SCAP) ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30- 40[2] พยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบจะเริ่มขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังการติดเชื้อ และแสดงอาการรุนแรงภายใน 4-5 วัน โดยผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ไอ หอบเหนื่อย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงที การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง แม้จะได้รับออกซิเจนอยู่ก็ตาม ซึ่งเรียกอาการนี้ว่า ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวไปด้วยนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด[3]

สำหรับในประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 42.1, 43.8 และ 45.3 ตามลำดับ[4]และจากสถิติโรงพยาบาลอัมพวา ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจากปี พ.ศ. 2563 จำนวน 34 คน ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 38 คน และในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มเป็น 52 คน ตามลำดับ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่อาการหนัก เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ต้องส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลอื่น จำนวน 13 คน, 21 คน และ 34 คน ตามลำดับ[5] จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินและการรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมด้วย ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ฉะนั้นพยาบาลจะต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็ว และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 87 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ หนาวสั่น แน่นหน้าอก 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคไขมันในเลือดสูง รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลแห่งนี้ เคยสูบบุหรี่ใบจากและดื่มสุรามา 10 ปี ปัจจุบันเลิกแล้ว มาถึง ER รู้สึกตัวดี มีไข้ BT= 38.7 °C PR = 118 beat/min, RR = 20 beat /min, BP= 100/60 mmHg, O_2 sat= 97 %, DTX= 156 mg%, Lactate = 1.5 mmol/L, EKG 12 lead พบ sinus tachycardia แพทย์วินิจฉัยเป็น Fever cause ให้การรักษาด้วย NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 80 ml/hr, Ceftriaxone 2 gm Ⓥ stat, Losec 1 amp Ⓥ stat และเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังอยู่โรงพยาบาลในช่วง 2 วันแรก ผู้ป่วยรู้ตัว มีหลงลืมบางครั้ง ยังคงมีไข้ หนาวสั่นเป็นพักๆ BT=38.1 - 38.5 °C ปวดหลัง pain scale = 2 - 3 คะแนน ดูแลเช็ดตัวลดไข้ ให้ Norgesic 1 tab ⊙ tid pc, Paracetamol (500 mg) 1 tab ⊙ prn q 4 -6 hr แพทย์ให้ส่งตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Hemoculture x 2 specimens ผล CBC พบ WBC↑ = 12,790/mm^3, Neutrophil↑ = 83% Hemoglobin↓ = 10.4 g/dL, Hematocrit ↓=30.2%, Sodium↓ = 129.8 mmol/L CXR portable ผล no infiltrate both lung แพทย์วินิจฉัย Bacterial infections ให้ Ceftriaxone 2 gm Ⓥ OD และเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยประเมิน SOS score ทุก 1-2 ชั่วโมง ผลได้ 0 คะแนน หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไข้ลดลง BT= 37 – 38 °C ไม่มีอาการหนาวสั่น แต่ต่อมาในวันที่ 6 หลังอยู่โรงพยาบาล ฟังเสียงปอดพบ Crepitation Lt. lung แพทย์สงสัยมี Pulmonary edema ให้ Lasix 20 mg Ⓥ x 2 dose ลด rate NSS 1,000 ml Ⓥ drip เหลือ 40 ml/hr วันที่ 7 หลังอยู่โรงพยาบาล มีอาการสับสน มีไข้สูงขึ้น BT=37.8 -38.2 °C ไอนานๆครั้ง ฟังเสียงปอดพบ Crepitation Lt. lung ลดลง ท้องอืด

ส่งตรวจ CBC ซ้ำ พบ WBC สูงขึ้น = 16,720 /mm^3, Neutrophil = 83 % ผล Hemoculture ไม่พบเชื้อใน 3 วัน แพทย์ให้ Lasix 20 mg Ⓥ stat, Azithromycin 2 tab ⊙ OD pc x 5 วัน, Magesto® 1 tab ⊙ tid pc, M. Carminative 15 ml⊙ tid pc วันที่ 8 หลังอยู่โรงพยาบาล ไอมีเสมหะมาก หายใจเหนื่อย O_2 sat = 82 % SOS score 1-2 คะแนน ฟังเสียงปอดพบ Wheezing CXR มี infiltration both lung แพทย์วินิจฉัยว่ามี Pulmonary edema ให้ Lasix 20 mg Ⓥ stat, O_2 Cannula 3 lit/min พ่นยา Beradual 1 neb x 6 dose Off Ceftriaxone เปลี่ยนเป็น Tienam 500 mg Ⓥ q 6 hr x 1 วัน และต่อไป 250 mg Ⓥ q 8 hr หลังจากนั้นผู้ป่วยหายใจเหนื่อยลดลง วันที่ 10-11 หลังอยู่โรงพยาบาล ยังคงมีไข้ BT= 38.2 °C หายใจเหนื่อย RR = 28 beat/min ไอมีเสมหะเหนียว กระสับกระส่าย พ่น Beradual 1 neb q 8 hr เปลี่ยนจาก O_2 Cannula เป็น O_2 mask c bag 10 lit/min CXR มี infiltration Rt lung ขา 2 ข้าง บวมกดบุ๋ม แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Pneumonia c Pulmonary edema ให้ Lasix 20 mg Ⓥ stat และ retained foley's cath urine สีเหลืองใส ออกดี ลด rate NSS 1,000 ml Ⓥ drip เป็น KVO แต่ผู้ป่วยยังหายใจเหนื่อย RR= 28-30 beat/min พ่นยา Beradual 1 neb x 2 dose อาการไม่ทุเลา แพทย์พิจารณาใส่ ET tube และส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 11 วัน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะแรกรับ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีไข้เนื่องจากติดเชื้อในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** มีไข้ BT=38.5 °C หนาวสั่น ผล CBCพบ WBC= 12,790 /mm^3, Neutrophil = 83 %, Lymphocyte 12% แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Bacterial infections **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดอุณหภูมิร่างกายให้เป็นปกติ ลดและกำจัดเชื้อก่อโรค	1. ตรวจวัดอุณภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 2. กระตุ้นให้ดื่มน้ำปริมาณตามแผนการรักษา ประมาณวันละ 800-1,000 ml เพื่อให้น้ำพาความร้อนออกจากร่างกาย และป้องกันการขาดน้ำ 3. เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุณหภูมิห้อง เพื่อถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกาย 4. ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol 1 tab ⊙ prn q 4-6 hr ตามแผนการรักษา 5. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดกิจกรรมในการใช้พลังงาน และลดการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญพลังงาน 6. ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายโดยห่มผ้าที่ไม่หนาเกินไป 7. ดูแลให้ยา Ceftriaxone 2 gm Ⓥ stat ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ปวด บวม หรือแดงบริเวณที่ฉีดยา ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน หายใจไม่เต็มปอด แสบร้อนกลางอก เจ็บหน้าอก **ประเมินผลการพยาบาล** มีไข้ BT= 38.5 -39 °C หนาวสั่นเป็นพักๆ ผล CBC พบ WBC= 16,720/mm^3, Neutrophil = 83 % , Lymphocyte 7.1%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้เอง **ข้อมูลสนับสนุน** ไอบ่อย เสมหะสีขาวเหนียวปริมาณมาก ไอขับออกเองไม่ได้ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจจากเสมหะอุดตัน	1. จัดท่าให้เสมหะออกได้ง่าย (Postural drainage) เช่น เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือช่วยเปลี่ยนท่าบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง 2. เคาะปอดเพื่อช่วยระบายเสมหะในหลอดลมและปอดออกสู่ภายนอกได้ดียิ่งขึ้น 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอประมาณ 800-1,000 ml/day ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml Ⓥ drip โดยควบคุมจำนวนหยดตามแผนการรักษา เพื่อช่วยทำให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกได้ง่าย 4. ดูแลให้ยาละลายเสมหะ Glyceryl Guaiacolate 1 tab ⊙ tid pc (วันที่ 2 – 11 หลังอยู่โรงพยาบาล) เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง 5. ดูแลดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ หายใจมีเสียงเสมหะ หายใจหอบ หายใจลำบากใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ไอบ่อยมีเสียงเสมหะ 6. สอนให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยนั่งในท่าสบายๆ หายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ไอออกทางปากอย่างเร็วและแรง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. สังเกตอาการและอาการแสดงของการอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้แก่ หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก หายใจเสียงดัง หรือได้ยินเสียงเสมหะภายในหลอดลม อัตราการเต้นชีพจรและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ฟังปอดได้เสียงผิดปกติ เช่น Crepitation, Rhonchi เป็นต้น ผิวหนัง เล็บมือหรือเล็บเท้ามีสีเขียวคล้ำ O_2 sat ต่ำ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung ไม่พบ Crepitation หรือ Rhonchi ผล CXR พบ infiltration right lung ผู้ป่วยไอนานๆ ครั้ง เสมหะสีขาวเหนียว แพทย์ให้ N -Acetylcysteine 1 ซอง ⊙ bid pc (วันที่ 8 – 11 หลังอยู่โรงพยาบาล)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ มีภาวะโลหิตจางและเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบอกว่า “ ขณะรับประทานอาหารแล้วเหนื่อย จึงทำให้ไม่อยากรับประทาน”ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ มื้อละ 4-5 คำ เยื่อบุตาซีด อ่อนเพลีย ผลการตรวจ Electrolyte พบ Sodium =129.8 mmol/L ผล CBC พบ Hemoglobin = 10.4 g/dL, Hematocrit =30.2% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มปริมาณโซเดียม และเม็ดเลือดแดงในเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	1. ป้องกันอันตรายจากภาวะโซเดียมต่ำ เพิ่มปริมาณโซเดียมในเลือด และป้องกันภาวะขาดน้ำ 1.1 ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมต่ำและภาวะขาดน้ำ 1.2 สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงโซเดียมในเลือดต่ำได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชัก ไม่รู้สึกตัว 1.3 สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง คอแห้ง กระหายน้ำ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มึนงง วิงเวียน ปัสสาวะออกน้อย ชีพจรเต้นเบาเร็ว ซึมลง ความดันโลหิตต่ำ 1.4 บันทึกจำนวนน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของ สารน้ำในร่างกาย 1.5 ดูแลให้ 0.9 % NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 80 ml/hr ตามแผน การรักษาเพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในหลอดเลือดของร่างกาย 1.6 ติดตามผลการตรวจหาค่าโซเดียม และผลการตรวจหาค่าความถ่วง จำเพาะของปัสสาวะ 2. ป้องกันอันตรายจากภาวะโลหิตจาง และเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดง 2.1 ประสานนักโภชนากรจัดอาหารที่มีธาตุเหล็กและโปรตีนสูง 2.2 สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซีด ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เวียนศีรษะหายใจตื้น หอบ ง่วงซึม หัวใจเต้นเร็ว หากพบอาการดังกล่าวให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทราบ 2.3 ดูแลให้ Folic acid 1 tab OD เช้า เพื่อช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง 2.4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hemoglobin, Hematocrit เพื่อติดตามผลการดูแลรักษาและประเมินความรุนแรงของภาวะโลหิตจาง 3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 3.1 ประเมินภาวะโภชนาการโดยสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ และปริมาณของอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งติดตามประเมินรูปร่างและชั่งน้ำหนักของผู้ป่วยทุกสัปดาห์ 3.2 ดูแลทำความสะอาดปาก ฟันก่อนรับประทานอาหาร เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสดชื่นและการรับรสดีขึ้น 3.3 แนะนำให้ญาติจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบโดยสลับเมนูตามความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความอยากรับประทานอาหาร 3.4 แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารร้อนจัด หรือเย็นจัด เพราะอาจกระตุ้นให้เกิดอาการไอ ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดอาการหายใจเหนื่อย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3.5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออกและทำความสะอาดปากบ่อยๆ เพื่อลดเสมหะในปาก ก่อนมื้ออาหาร 3.6 ดูแลให้รับประทานอาหารช้าๆ ตักอาหารคำเล็กๆ เคี้ยวช้าๆ หายใจลึกๆ 3.7 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งขณะรับประทานอาหาร เพื่อลดแรงดันต่อกล้ามเนื้อกระบังลม 3.8 ดูแลให้ผู้ป่วยได้พัก 1 ชั่วโมงก่อนและหลังรับประทานอาหาร เพื่อลดอาการเหนื่อยล้า 3.9 จัดอาหารอ่อนย่อยง่าย แบ่งมื้ออาหารเป็น 5-6 มื้อต่อวัน เพื่อลดการทำงานระบบย่อยอาหาร **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรับประทานได้มากขึ้น ไม่มีภาวะขาดน้ำ ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส urine *specific gravity* ปกติ = 1.017 มีไข้จากการติดเชื้อ BT= 38.5 - 39 °C, PR= 90 beat/min, BP=130/70 mmHg, ผลการตรวจ Electrolyte ซ้ำพบค่า Na=130.6 mmol/L ผลการตรวจ CBC ซ้ำ พบ Hemoglobin =10.6 g/dL, Hematocrit = 31.2 % เยื่อบุตาไม่ซีด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยปวดหลังเนื่องจากความเสื่อมของกระดูกสันหลังจากอายุเพิ่มขึ้น **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยสูงอายุ วัย 87 ปี บ่นปวดหลังบริเวณบั้นเอว pain score = 3 คะแนน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้อาการปวดหลังลดลง	1. ประเมินอาการปวดหลัง ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามระดับตามความรุนแรงของอาการปวด 2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 3. ดูแลให้ยา Norgesic 1 tab ⊙ tidpc ตามแผนการรักษา และดูแลให้ Losec 40 mg Ⓥ q 12 hr เพื่อป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากยา Norgesic 4. ประคบร้อนบริเวณหลัง เพื่อบรรเทาอาการปวด 5. จัดท่านอนที่ถูกต้อง ท่านอนหงายใช้หมอนบางๆ รองบริเวณเข่า และผ้าขนหนูบางๆ รองบริเวณเอว ท่านอนตะแคงควรกอดหมอนข้างโดยให้ขาและแขนก่ายพาดอยู่บนหมอน เพื่อป้องกันลำตัวบิด 6. ประเมินการรับความรู้สึกและความสามารถในการเคลื่อนไหวของแขน ขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อเฝ้าระวังอาการของกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังลดลง pain score 1-2 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากพลัดตกหกล้ม **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยสูงอายุ วัย 87 ปี หลงลืมบางครั้ง อ่อนเพลีย แขน ขาไม่ค่อยมีแรง	1. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยแรกรับ 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ได้แก่ ปรับเตียงให้อยู่ระดับต่ำ จัดวางสิ่งของที่จำเป็นให้สามารถหยิบถึงได้ง่าย และหยิบได้สะดวก 3. ตรวจดูราวกั้นเตียงให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ และยกขึ้นตลอดเวลา รวมทั้งแนะนำวิธีการใช้ราวกั้นเตียงแก่ญาติ สาธิต และทดลองให้ปฏิบัติ 4. แนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนท่า ควรทำอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ 5. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกนั่งบนเตียง ลงยืนหรือนั่งข้างเตียง และทำกิจวัตรประจำวัน 6. ดูแลผูกยึดแขนทั้ง 2 ข้างไว้ และให้การดูแลขณะผูกยึด ได้แก่ ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง และคลายบริเวณผูกยึดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อตรวจสอบการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่ผูกยึดและการเคลื่อนไหวของข้อว่าปกติหรือไม่ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
ระยะดูแลต่อเนื่อง	1. ประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน โดยสังเกตจากอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพจากพยาธิสภาพที่ปอด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยรู้ตัว บ่นหายใจไม่ออก กระสับกระส่าย หายใจเหนื่อย RR = 28-30 beat/min, O_2 sat = 89 -92 % ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung และ Crepitation left lung ผล CXR พบ infiltration both lung, TCO_2 =19.2 mmol/L, Anion gap = 18 mmol/L แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Pneumonia c Pulmonary edema **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายอย่างเพียงพอ	รู้สึกตัวลดลง O_2 sat < 90% Capillary refill time > 3 วินาที และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ 2. ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ ปลายมือ ปลายเท้า และ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย สับสน O_2 sat < 90 % หัวใจเต้นเร็ว และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ 3. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ O_2 sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน 4. ฟังเสียงปอดทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินเสียงแทรกผิดปกติ เช่น crepitation หรือเสียง wheezing 5. จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวและออกซิเจนเข้าสู่ปอดได้ดี 6. ดูแลดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ เพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดตันและเสมหะคั่งค้างในปอด 7. ดูแลให้ O_2 Mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด 8. สอนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการหายใจแบบห่อปาก (Pursed-lip breathing) โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าผ่านทางจมูกช้า ๆ พร้อมทั้งปิดปากนับ 1....2...ในขณะที่หายใจเข้าจนกระทั่งมีลมเต็มปอด จากนั้นให้หายใจออกช้าๆ ทางปาก ให้ช่วงเวลาที่ใช้ในการหายใจออกนานกว่าการหายใจเข้าเป็น 2 เท่า 9. ดูแลให้ยาขยายหลอดลม ได้แก่ Beradual 1 neb พ่น prn q 4- 8 hr ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ กล้ามเนื้อสั่น กระสับกระส่าย ปากแห้ง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หัวใจเต้นเร็วและใจสั่น 10. ดูแลให้ Ceftriaxone 2 gm Ⓥ OD ตามแผนการรักษา (วันที่ 2 – 7 หลัง อยู่โรงพยาบาล) และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา 11. ดูแลให้ Tienam 500 mg Ⓥ q 6 hr x 1 วัน และต่อไป 250 mg Ⓥ q 8 hr (วันที่ 8 – 11 หลังอยู่โรงพยาบาล) และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ปวด บวม หรือแดงบริเวณที่ฉีดยา มีแผลในปากหรือลำคอ ตัวสั่น ท้องเสีย ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ 12. ดูแลให้ Lasix 20 mg Ⓥ stat x 3 day (วันที่ 5-7 หลังอยู่โรงพยาบาล) เพื่อขับน้ำออกจากร่างกาย) 13. เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อมใช้งานทันที 14. ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากอาการไม่ดีขึ้นภายหลังให้การดูแลรักษารายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้น กระสับกระส่าย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และบีบ Self-inflating bag with O_2 10 lit/min ผ่านทางท่อช่วยหายใจ หายใจตามจังหวะการบีบ Self-inflating bag BP=120/70 mmHg, PR= 90 - 96 beat/min, RR= 20 beat/min (Ambu bag) O_2 sat = 99 % ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น ไม่ซีด ไม่เขียว Capillary refill time = 1.50 วินาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในปอดเนื่องจากร่างกายภูมิต้านทานต่ำจากสูงอายุ	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง โดยตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ Ceftriaxone 2 gm Ⓥ OD ตามแผนการรักษา (วันที่ 2 – 7 หลังอยู่โรงพยาบาล) เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสูงอายุ วัย 87 ปี ไอนานๆ ครั้ง เสมหะเหนียว สีขาว มีไข้ BT = 38.5 °C หนาวสั่น ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung และ Crepitation left lung ผล CXR พบ infiltration both lung ผล CBC พบ WBC= 12,790/mm^3, Neutrophil = 83 % , Lymphocyte 12% ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น Pneumonia **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อกำจัดและลดเชื้อก่อโรค ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบ	3. ดูแลให้ Tienam 500 mg Ⓥ q 6 hr x 1 day และ Tienam 250 mg Ⓥ q 8 hr ตามแผนการรักษา (วันที่ 8 – 11 หลังอยู่โรงพยาบาล) เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา 4. ดูแลให้ Azithromycin 2 tab ⊙ pc x 5 วัน ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มีเสียงดังในหู การรับรสผิดปกติ 5. ให้การพยาบาลด้วย technique universal precaution เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ใส่ผ้าปิดปาก-จมูก และถุงมือสะอาด 6. สังเกตลักษณะ สี กลิ่นและปริมาณของเสมหะว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ 7. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผลเพาะเชื้อ Sputum culture, Hemoculture WBC และผล CXR เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาวางแผนการรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้ตัว ไอนานๆ ครั้ง เสมหะในท่อช่วยหายใจสีขาว BT= 36.2 - 37.5 °C ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung ผล CXR พบ infiltration right lung, Sputum culture และ Hemoculture culture ไม่พบเชื้อใน 3 วัน ผล CBC พบ WBC= 17,260 cell/mm^3, Neutrophil = 96 %, Lymphocyte =1 %
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือดจากปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หายใจเหนื่อย RR = 28-30 beat/min, PR= 90 beat/min, O_2 sat = 89 - 92 % มีไข้ BT = 38.5 -39 °C หนาวสั่น ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung และ Crepitation left lung ผล CXR พบ infiltration both lung ผล CBC พบ WBC= 16,720/mm^3, Neutrophil = 83 % , Lymphocyte 7.1% แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Pneumonia ร่วมกับพบ SIRS criteria 3 ข้อ (T > 38 °C, RR > 20 beat/min, WBC > 12,000/mm^3) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต และภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน หากพบความผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว 2. ประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต SOS score ทุก 1 - 2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการและอาการสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด 3. ตรวจวัด O_2 sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 4. ทดสอบ Capillary refill ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิต 5. ประเมินและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะไตวายอย่างเฉียบพลัน 6. ดูแลให้ O_2 Mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด 7. สังเกต ลักษณะ สีของผิวหนัง ได้แก่ ความตึงตัวความอุ่น/เย็น/ความชื้นของผิวหนัง และสีของเยื่อบุรอบริมฝีปาก ลักษณะผิวหนังซีด เย็น ผิวลายเป็นจ้ำ การยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี เล็บมือเล็บเท้าเขียว เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิต และภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 8. ส่ง Hemoculture 2 specimens เพื่อการวินิจฉัยและให้การรักษาที่ถูกต้องกับเชื้อก่อโรค 9. ดูแลให้ Ceftriaxone 2 gm Ⓥ OD ตามแผนการรักษา (วันที่ 2 – 7 หลังอยู่โรงพยาบาล) เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา 10. ดูแลให้ Tienam 500 mg Ⓥ q 6 hr x 1day และ Tienam 250 mg Ⓥ q 8 hr ตามแผนการรักษา (วันที่ 8 – 11 หลังอยู่โรงพยาบาล) เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา 11. ดูแลให้ Azithromycin 2 tab ⊙ OD pc x 5 วัน ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	12. ติดตามผลการตรวจ CBC, BUN, Creatinine เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา และเฝ้าระวังการทำงานของไตผิดปกติ **ประเมินผลการพยาบาล** รู้สึกตัวดี GCS =15 คะแนน ไม่มีไข้ BT=-36.2 - 37.5 ℃ , PR= 120 beat/min, RR= 20 beat/min (Ambu bag), BP=120/70 mmHg, MAP =87 mmHg, O_2 sat= 99 % ผิวหนังอุ่น ไม่ซีด ไม่พบ SIR criteria SOS score = 1-2 คะแนน, Capillary refill time = 1.50 วินาที ผล Creatinine อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 1.10 mg/dl ผล Hemoculture culture ไม่พบเชื้อใน 3 วัน ปัสสาวะเองได้ออก = 500 -1,100 ml /8 hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีน้ำในถุงลมปอดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดฝอยของถุงลมที่เกิดจากปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หายใจเหนื่อย RR = 28-30 beat/min, O_2 sat = 89- 92 % ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung และ Crepitation left lung ผล CXR พบ infiltration both lung ขาทั้ง 2 ข้าง บวมกดบุ๋ม 1^+ แพทย์วินิจฉัยว่ามี Pulmonary edema **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอด	1. ประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน สังเกตจากอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เขียว ระดับความรู้สึกตัวลดลง O_2 sat < 90% Capillary refill time > 3 วินาที และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ 2. ฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมงเพื่อประเมินเสียงcrepitationที่บ่งชี้ว่ามีน้ำหรือเสมหะในปอด 3. จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวและออกซิเจนเข้าสู่ปอดได้ดี 4. ดูแลให้ O_2 Mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด 5. ดูแลให้ Lasix 20 mg Ⓥ stat x 3 day เพื่อขับน้ำออกจากร่างกาย 6. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml Ⓥ drip โดยลด rate เหลือ 40 ml/hr และ KVO ตามลำดับ และจำกัดปริมาณน้ำดื่ม 800-1,000 ml/day เพื่อจำกัดปริมาณน้ำที่เข้าสู่ร่างกาย 7. บันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย 8. สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีน้ำในถุงลมปอดเพิ่มขึ้น ได้แก่ บวมที่ขาและเท้า หายใจเหนื่อยขณะนอนราบ หายใจมีเสียงครืดคราดหรือมีเสียงหวีด ไอ และมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้ตัว ไอนานๆ ครั้ง หายใจเหนื่อยมากขึ้น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และบีบ Self-inflating bag with O_2 10 lit/min O_2 sat 99% เสมหะสีขาวใส ขาทั้ง 2 ข้าง บวมกดบุ๋ม 1^+ ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung ไม่พบ Crepitation ผล CXR พบ infiltration right lung
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีอาการ ท้องอืด แน่นท้องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ลุก นั่งนาน ๆ ครั้ง เนื่องจากมีอาการหายใจเหนื่อย **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ลดอาการท้องอืด และแน่นท้อง	1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย พลิกตะแคงตัว และลุกนั่งบนเตียง ร่วมกับดูแลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอน และพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นลำไส้ให้ทำงานได้ตามปกติ 2. ประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืด ได้แก่ รู้สึกแน่นตึงท้อง ปวดท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระและไม่ผายลม ฟังเสียงลำไส้เคลื่อนไหวน้อยกว่า 5 ครั้ง/นาที เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาให้การรักษา 3. ดูแลให้ Magesto 1 tab ⊙ tid pc และ M. Carminative 15 ml ⊙ tid pc ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยท้องไม่อืด ไม่แน่นท้อง เสียงการเคลื่อนไหวลำไส้ 6-10 ครั้ง/นาที มีอาการเรอเป็น พักๆ ถ่ายอุจจาระปกติ 2 ครั้ง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 11 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยมีภาวะคุกคามชีวิต **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีแววตาครุ่นคิดและมักถอนหายใจบ่อยครั้ง มีสีหน้าไม่สบายใจ ญาติสอบถามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะๆ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยลดลง	1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการดำเนินของโรค แผนการรักษาอย่างย่อๆ พอเข้าใจ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย และอธิบายเพิ่มเติมอย่างชัดเจน 3. สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยว่า จะได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และมีเครื่องมือ อุปกรณ์ ยาที่ทันสมัยสำหรับการช่วยวินิจฉัยและรักษาโรค รวมทั้งมีระบบส่งต่อหากเกินศักยภาพของโรงพยาบาล 4. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ ไหว้พระ สวดมนต์ ทำสมาธิ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติบอกว่าคลายความวิตกกังวลลง และเข้าใจแผนการรักษา รวมทั้งให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี
ระยะจำหน่าย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 12** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอันตรายและอาการทรุดลงระหว่างการส่งรักษาต่อ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลวและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจต้องช่วยการหายใจด้วยการบีบ Self-inflating bag with O_2 10 lit/min ผ่านทางท่อช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันการเกิดอันตรายและอาการทรุดลงระหว่างการส่งรักษาต่อ	1. เตรียมความพร้อมผู้ป่วย โดยตรวจสอบชีพจร การหายใจ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติและคงที่ ไม่น้อยกว่า 15 นาที เตรียม อุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นในการเคลื่อนย้ายให้พร้อมใช้ ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยหายใจ เช่น Self-inflating bag พร้อมสาย O_2 เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อุปกรณ์ในการเฝ้าระวัง เช่น *Mobile* noninvasive blood pressure: NIBP, pulse oximetryตรวจสอบตำแหน่งเส้นเลือด และอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตรวจสอบตำแหน่งการยึดตรึง (Strap) ของสายเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ให้มั่นคง 2. ประสานข้อมูลผู้ป่วยแก่พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลประจำจังหวัดด้วยเทคนิค SBAR ได้แก่ S-Situation แจ้งชื่อผู้ป่วยและหอผู้ป่วย และรายงานสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่พบการวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย B – Background ให้ข้อมูลภูมิหลัง เช่น วันที่เข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรคแรกรับการรักษา รายการยา สารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ ประวัติแพ้ยา ประวัติการใช้ยาเดิม สัญญาณชีพล่าสุด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ A - Assessment การประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะความรุนแรงของปัญหาหรืออันตรายถึงชีวิตหรือไม่ R - Recommendation แจ้งสิ่งที่ต้องการจากแพทย์ในการช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น 3. ให้การดูแลระหว่างนำส่งผู้ป่วย โดยดูแลบีบ Self-inflating bag with O_2 10 lit/min ผ่านทางท่อช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาการนำส่ง ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml Ⓥ drip KVO ติดตามอัตรา ลักษณะการเต้นของหัวใจ และการหายใจ ระดับความดันโลหิต O_2 sat และระดับความรู้สึกตัว ระมัดระวังสายต่างๆ (Invasive devices) ไม่ให้ดึงรั้ง เลื่อนหลุดหรือหัก พับ งอ **ประเมินผลการพยาบาล** ระหว่างนำส่ง ผู้ป่วยรู้ตัวดี ไอนานๆ ครั้ง ไม่เหนื่อย PR=100-116 beat/min, BP=130/80 mmHg หายใจตามจังหวะการบีบ 16 beat/min O_2 sat= 97- 98%

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่สำคัญในระยะแรกรับ คือ การลดภาวะไข้ การช่วยสนับสนุนแพทย์ค้นหาแหล่งติดเชื้อ โดยตรวจประเมินสภาพร่างกายตามระบบต่างๆ สังเกตอาการทางคลินิก ส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ chest x-ray และติดตามผลเมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ การค้นหาปัญหาสุขภาพอื่นที่อาจเกิดร่วมด้วย ซึ่งพบผู้ป่วยมีปัญหาเพิ่ม คือ ภาวะโลหิตจาง โซเดียมในเลือดต่ำ และปวดหลัง แต่ยังไม่พบแหล่งติดเชื้อ ระยะดูแลต่อเนื่อง คือ การช่วยแพทย์ค้นหาแหล่งติดเชื้อซ้ำ โดยตรวจประเมินสภาพร่างกายตามระบบต่าง ๆ สังเกตอาการทางคลินิก ส่ง chest x-ray ซึ่งพบปัญหา คือ ปอดอักเสบ น้ำท่วมปอด ได้ให้การพยาบาลเพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยกำจัดสาเหตุ ลดและกำจัดเชื้อที่ก่อโรคปอดอักเสบ การลดปริมาณน้ำในถุงลมปอด การเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและการป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งผลการดูแลรักษาพบว่า ปัญหาโลหิตจาง โซเดียมในเลือดต่ำ ปวดหลัง น้ำท่วมปอด มีแนวโน้มดีขึ้น ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไม่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนปัญหาเรื่องปอดอักเสบมีการลุกลามมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและช่วยการหายใจด้วยการบีบ Self-inflating bag with O_2 10 lit/min ผ่านทางท่อช่วยหายใจ และส่งรักษาต่อโรงพยาบาลประจำจังหวัด สาเหตุอาจเกิดจากแรกรับผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของปอดอักเสบไม่ชัดเจน ทำให้ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ ซึ่งประกอบด้วยอาการและอาการแสดงทั่วไปอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้ 1) มีไข้ อุณหภูมิ>38 ℃ หรือ 100.4 ℉) 2) ภาวะ Leucopenia (WBC ≤ 4,000/mm^3) หรือ leukocytosis (WBC ≥ 12,000/mm^3) 4) ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติในผู้ป่วยที่มีอายุ > 70 ปี โดยไม่พบสาเหตุอื่น และอาการและอาการแสดงทางเดินหายใจอย่างน้อย 2 ข้อ ต่อไปนี้ 1) เริ่มมีเสมหะเป็นหนองหรือลักษณะเสมหะเปลี่ยนไป หรือเสมหะมีมากขึ้น หรือต้องดูดเสมหะบ่อยขึ้น 2) เริ่มไอ หรือไอรุนแรงขึ้น หรือหายใจลำบาก หรือหายใจเร็ว 3) ตรวจพบ rales หรือ bronchial breath sound 4) การแลก เปลี่ยนอากาศเลวลง ได้แก่ O_2 desaturation เช่น อัตราส่วน PaO_2 /FiO_2 < 240 หรือการเพิ่ม O_2 requirement หรือ ventilation demand[6] ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะไม่ต่อเนื่อง และขาดการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคปอดอักเสบ คือ ภาวะน้ำท่วมปอด[7] นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเป็นผู้สูงอายุ ที่มีสภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลง โดย เฉพาะระบบทางเดินหายใจ โดยมีความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อ elastin ภายในปอดเสื่อมลง ทำให้มีอากาศหลงเหลืออยู่ในปอดมากกว่าปกติ ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน ระหว่างอากาศที่หายใจเข้ากับเลือดที่ไหลเวียนมารับออกซิเจนที่ปอดมีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลให้ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำลง ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้อาการของโรคปอดอักเสบรุนแรงขึ้น[6]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบและมีภาวะน้ำท่วมปอดร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวแก่พยาบาลในหน่วยงาน โดยนำข้อมูลกรณีศึกษาประกอบหรือยกตัวอย่าง เพื่อความเข้าใจและร่วมค้นหาช่องว่างในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เป็นมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2. ในผู้ป่วยสูงอายุที่มาด้วยมีไข้ หนาวสั่น เจ็บหน้าอก ให้สงสัยว่ามีภาวะปอดอักเสบ เนื่องจากเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ซึ่งอาการอาจเป็นแค่ช่วงแรกเท่านั้น ดังนั้นควรประสานแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยซ้ำ เพื่อการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา ก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและคุกคามชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา และพรรณิภา สืบสุข. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ในปราณี ทู้ไพเราะและคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. กรุงเทพฯ: หจก.เอ็นพีเพรส; 2555.
2. วิภา รีชัยพิชิตกุล. โรคปอดอักเสบชุมชนรุนแรง ในอนุพล พาณิชย์โชติและคณะ,บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2559.
3. วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์ ; 2560.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 มีนาคม 2566]; เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf.
5. หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอัมพวา. รายงาน 10 อันดับโรคผู้ป่วยที่นอนพักในโรงพยาบาล ปี พ.ศ 2563, 2564, และ 2565.
6. อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรษา วรมาลี. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
7. Ditrungroj P. 2017.Pulmonary edema FAQ. [Internet]. 2017 [cited 2023 February 24]. Available from: https://www.samitivejhospitals.com/article/detail/pulmonary-edema-fa

การพยาบาลผู้ป่วยหายใจล้มเหลวจากภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากการใช้ยาเมทฟอร์มินร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา

Nursing care for Respiratory failure patients from Metabolic acidosis due to Metformin use with Sepsis: A Case study

(Received: March 8,2024 ; Revised: March 23,2024 ; Accepted: March 23,2024)

ปณิดา เครือบุญสิน[1]
Panida Khrueboonsin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหายใจล้มเหลวจากภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากการใช้ยาเมทฟอร์มินร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 78 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดปิดกั้นอย่างสมบูรณ์ โดยใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจไว้

จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยการแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะน้ำเกิน การดูแลเพื่อลดและกำจัดของเสียออกจากร่างกาย การดูแลให้เกลือแร่ในร่างกายมีความสมดุล การดูแลเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งผลการพยาบาลสามารถทำให้ปัญหาคุกคามชีวิตผู้ป่วยถูกแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิต

คำสำคัญ: หายใจล้มเหลว, ภาวะเลือดเป็นกรด, ยาเมทฟอร์มิน, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for Respiratory failure patients from Metformin is used with sepsis. This is a case is a 78-year-old man with a history illness of Type 2 diabetes mellitus, Hypertension, Dyslipidemia, and Complete heart block on the pacemaker.

This study found that important nursing care includes the tissues of the body receiving adequate oxygen by correcting metabolic acidosis. Septic shock, and volume overload, reduce and eliminate urea and nitrogenous wastes from the body, maintaining a balance of electrolytes in the body, and reducing blood sugar levels. The results of nursing care can solve life-threatening problems that patients. The patient is safe and survives.

Keywords: Respiratory failure, Metabolic acidosis, Metformin, Sepsis

บทนำ

เมทฟอร์มิน (Metformin) เป็นยาลดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่ม Biguanide ที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวาง เพราะเป็นยาที่แนะนำให้ใช้เป็นตัวแรกในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus) ในผู้ที่ไม่มีข้อห้ามใช้ ทั้งในประเทศไทย สหรัฐอเมริกาและยุโรป เนื่องจากมีประสิทธิภาพดีในการลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(hemoglobin A1c; HbA1c) พบประมาณร้อยละ 1-2 ที่มีผลข้างเคียงเรื่องภาวะน้ำตาลต่ำน้อยเมื่อใช้เป็นยาเดี่ยว และมีราคาถูก สำหรับอาการไม่พึงประสงค์ของยา Metformin ที่พบได้บ่อยครั้ง ได้แก่ อาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย พบได้ร้อยละ 10-53 คลื่นไส้อาเจียน พบได้ร้อยละ 6-25 ไม่สบายท้อง พบได้ ร้อยละ 6-7 โดยอาการเหล่านี้ขึ้นกับขนาดยาและมักเกิดขึ้นในช่วงแรกของการใช้ยา นอกจากนี้ยาอาจมีผลลดการดูดซึมวิตามินบี 12 พบได้ร้อยละ 7 และทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ตลอดจนอาการทาง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ผิวหนัง เช่น ผื่น พบได้ร้อยละ 1-10 ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่พบน้อยแต่รุนแรงถึงแก่ชีวิต ได้แก่ ภาวะเลือดเป็นกรดจากแลกติกคั่ง (Metformin Associated Lactic Acidosis; MALA) โดยมีอุบัติการณ์แตกต่างกันตามแหล่งที่รายงาน ซึ่งพบตั้งแต่ 3 ถึง 10 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และร้อยละ 30- 50 ของผู้ป่วยที่พบภาวะดังกล่าวจะเสียชีวิต[1,2] ยาเมทฟอร์มินจะถูกขับออกทางไตร้อยละ 90 ดังนั้น ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่องในระดับปานกลางถึงรุนแรง จะส่งผลให้ระดับยาเมทฟอร์มินเพิ่มสูงขึ้น 2-4 เท่า โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งเสริมให้เกิดภาวะ MALA ได้แก่ Acute kidney injury ผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับบกพร่อง (Impaired hepatic metabolism) รวมถึงภาวะที่ทำให้มีการสร้างกรดแลคติกเพิ่มขึ้น เช่น Sepsis, Congestive heart failure แล ะ Reduced tissue perfusion เป็นต้น สำหรับแนวทางการรักษา MALA นั้นเป็นแบบประคับประคอง ได้แก่ ดูแลระบบการหายใจ ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การให้สารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนตทางเส้นเลือดดำ หากภาวะเลือดเป็นกรดรุนแรง จะรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากโมเลกุลของยาเมทฟอร์มิน มีขนาดโมเลกุลเล็ก สามารถกำจัดออกโดยการฟอกเลือดได้ดี[3]

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นหน่วยงานที่รับดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักโรคทางอายุรกรรมทั้งระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และระบบประสาทและสมอง จากสถิติการให้ บริการในปีงบประมาณ 2563-2565 พบมีผู้ป่วยจำนวน 504, 427, 374 ราย ตามลำดับ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 9, 110, และ 98 ราย ตามลำดับ ได้รับการรรักษาด้วยยาเมทฟอร์มินถึงร้อยละ 68.85[4] ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง โดยในระยะที่ผ่านมาไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากแลกติกคั่งสาเหตุจาก เมทฟอร์มิน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจึงยังไม่มีความรู้ทักษะ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการใช้ยาเมทฟอร์มินเป็นกรณีศึกษา โดยผลของการศึกษาทำให้ได้แนวทาง การพยาบาล เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหายใจล้มเหลวจากภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากการใช้ยาเมทฟอร์มินร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 78 ปี รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมขนในจังหวัด ให้ประวัติว่า 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไอ คลื่นไส้ ญาติพามาโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง Complete heart block ใส่ pacemaker จากโรงพยาบาล ทรวงอกมา 2 ปี รับประทานยา Metformin เป็นประจำ เจาะ DTX = 30 mg% ผล Lactate = 13.3 mmol/L, Creatinine =8.64 mg/dl ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ แพทย์ให้การรักษาด้วย 50% glucose 50 ml Ⓥ push ใส่ ET Tube และส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยวินิจฉัยโรคเป็น Metformin Induced Lactic Acidosis (MALA) with Acute Kidney Injury (AKI) แรกรับที่ ER ผู้ป่วยสับสน ดิ้นไปมา กระสับกระส่าย On ET Tube BP = 135/76 mmHg, PR = 112 beat/min, RR =30 beat/min ,T= 36°C, O_2 sat= 80 % DTX =77 mg% ให้ 50% glucose 50 ml Ⓥ push, Valium 10 mg Ⓥ, 7.5% $NaHCO_3$ 50 ml Ⓥ x 2 dose, 10%D/N/2 1,000 ml Ⓥ drip rate 8o ml/hr และส่งตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Ca, Mg, LFT, Lactate, H/C, CXR, EKG การวินิจฉัยโรคแรกรับ Acute respiratory failure with Metabolic acidosis Admit ICU อายุรกรรม On Ventilator setting PCV, FiO_2 1.0, RR 20 /min, PEEP 5 cmH_2O, IP 15 cmH_2O หายใจต้านเครื่องช่วยหายใจได้ Valium 10 mg Ⓥ prn ผล ABG มี Metabolic acidosis ได้ 7.5% $NaHCO_3$ 50 ml Ⓥ ทั้งหมด 2 dose

และ 7.5% $NaHCO_3$ 200 ml Ⓥ drip x 2 dose ติดตามผล ABG จนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยยังมีปัญหาของเสียคั่งจากภาวะ AKI และกรด Lactic คั่งในร่างกาย ได้รับการใส่ Double Lumen Catheter (DLC) ที่ Right femoral vein และส่งทำ Hemo Dialysis ทั้งหมด 3 ครั้ง ติดตามค่า BUN, Creatinine ในเลือดลดลง GFR เพิ่มขึ้น ตามลำดับ ต่อมาพบมีภาวะ Hyperkalemia ได้รับ Kalamate 30 gm สวนเก็บ x 2 dose ค่า Potassium ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ เกิดโรค Pneumonia และ Septic shock ได้รับ Tazocin 2.25 gm Ⓥ q 8 hr, Levophed 4 mg + 5 % D/W 250 ml Ⓥ drip keep BP จน BP ปกติ มีภาวะ Hyperglycemia ได้รับ RI ตาม sliding scale มีภาวะน้ำเกิน ได้รับ Lasix 40 mg Ⓥ stat มีภาวะ Hypomagnesium และ Hyponatremia ได้รับ $MgSO_4$ 4 amp + NSS 100 ml Ⓥ drip in 4 hr x 2 dose และ 0.9% NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 40 ml/hr หลังจากนั้นติดตามค่า Magnesium, Sodium เพิ่มขึ้น อยู่ในเกณฑ์ปกติ NG tube มี content เป็น coffee ground ได้ Losec 40 mg Ⓥ q 12 hr x 4 วัน content เป็นสีเหลือง ภายหลังได้รับการแก้ปัญหาทั้งหมดผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ รู้สึกตัวดี หายใจเอง ไม่มีหอบเหนื่อย สัญญาณชีพปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ปัสสาวะออกดี ไม่มีภาวะน้ำเกิน แพทย์จึงให้ try wean Ventilator จนสามารถ off ได้สำเร็จ และให้เป็น O_2 canular 3 lit/min ส่งตรวจ BUN, Creatinine ลดลงใกล้เคียงปกติ แพทย์จึง off DLC และย้ายผู้ป่วยออกจาก ICU อายุรกรรม ไปดูแลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม หลังจากย้ายไปติดตามอาการ พบผู้ป่วยรู้ตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ หายใจไม่เหนื่อยหอบ RR= 20 beat/min off O_2 cannula BP= 134/79 mmHg, PR = 82 beat/min, O_2 sat= 96% off NG tube รับประทานอาหารได้เอง ไม่สำลัก ไม่อาเจียน off Foley's cath ปัสสาวะได้เอง ออกประมาณ 800 ml/8 hr ได้รับการให้คำแนะนำ การดูแลตนองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย คือ Lactic Acidosis Associated with Metformin, Acute Kidney Injury , Septic shock รวมระยะเวลารักษาตัวอยู่โรงพยาบาล 10 วัน

การวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะแรกรับ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากกรดแลคติกคั่งในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. จากประวัติผู้ป่วยเป็น DM type 2 รับประทานยา Metformin 2 tab ◎ bid pc มาประมาณ 2 ปี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Lactate 13.3 mmol/L 2. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Metformin - Associated Lactic Acidosis (MALA) 3. ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หายใจเหนื่อย RR =30 beat/min ได้รับการใส่ Endotracheal Tube และช่วยหายใจด้วยการบีบ Self-inflating bag with O_2 10 lit/min ผ่านทางท่อช่วยหายใจ	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที -1 ชั่วโมง 2. ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ความแรงของชีพจรส่วนปลายลดลง อุณหภูมิของผิวหนังเย็นขึ้น O_2 sat < 90% Capillary refill time > 3 วินาที 3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวและออกซิเจนเข้าสู่ปอดได้ดี 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดย on Ventilator ตั้งการทำงานของเครื่องตามแผนการรักษา PCV mode, Fraction of inspired oxygen (FiO_2) 1.0, RR 20 beat/min, Positive end-expiratory pressure (PEEP) 5 cmH_2O, Inspiratory pressure (IP) 15 cmH_2O Inspiratory Time (Ti) 1 second 5. ดูแลการทำงานของ Ventilator ให้มีประสิทธิภาพ ดังนี้ 5.1 ตรวจสอบการต่อสาย Ventilator ให้ถูกต้อง โดยทำ self-test ทุกครั้งก่อนใช้งาน 5.2 ตรวจสอบการตั้งค่าการทำงานของ Ventilator ให้ตรงกับแผนการรักษาของแพทย์ทุกเวร 5.3 ตรวจสอบท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง และสายต่อต่างๆ ไม่ให้ดึงรั้ง 5.4 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะทุกครั้งที่มีข้อบ่งชี้ 6. ดูแลให้ 7.5% $NaHCO_3$ 50 ml Ⓥ x 2 dose และ7.5% $NaHCO_3$ 200 ml Ⓥ drip q 6 hr x 2 dose ตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4. ผล Electrolyte พบ TCO_2/HCO_3= 6.2 mmol/L 5. O_2 sat =80% 6. ผล Arterial Blood Gas (ABG) พบมีภาวะ Metabolic acidosis pH= 6.90, $PaCO_2$ = 28.1 mmHg, PO_2 =71.3, BE=-25.3 O_2 sat = 83.8%, HCO_3 = 5.9 mmol/L **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	7. ดูแลช่วยแพทย์ทำหัตถการใส่ Double lumen catheter ที่ Right femoral vein และส่งผู้ป่วยไปฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ที่หน่วยไตเทียม เพื่อกำจัดยา Metformin ออกจากร่างกาย 8. ติดตามผลการตรวจ serum HCO_3, serum Lactate และ ABG เพื่อประเมินผลการดูแลรักษาภาวะ Metabolic acidosis **ประเมินผลการพยาบาล** หลัง Admit ได้ 5 วัน off Ventilator และ on O_2 T-piece และ off ET. Tube ในวันต่อมา ให้เป็น O_2 Cannula 3 lit/min ผู้ป่วยรู้ตัวดี BP =120/80 -130/70 mmHg, PR=76-82 beat/min, RR =16-20 beat/min หายใจเองได้ O_2 sat 98 - 99% ผล Electrolyte พบ HCO_3= 21.6 mmol/L ABG ปกติ pH= 7.34, $PaCO_2$ = 38.1 mmHg, PO_2 =97.3, BE=-2.0, O_2 sat = 83.8, HCO_3 = 22.6 mmol/L ไม่มีคำสั่งการรักษาส่งตรวจ serum Lactate ซ้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากต้านเครื่องช่วยหายใจ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยสับสน กระสับกระส่าย ดิ้นไปมา หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่เกิดอันตรายจากหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ	1. สังเกตลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกและฟังเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้าง 2. ดูแล ET -Tube ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ วัด cuff pressure ไม่เกิน 25 mmHg เพื่อป้องกันหลอดลมได้รับบาดเจ็บ เยื่อบุหลอดลมขาดเลือด 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ 4. ตรวจสอบการตั้งค่าการทำงานของเครื่องช่วยหายใจว่าถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยหรือไม่ 5. ดูแลให้ Valium 10 mg Ⓥ prn for fight Ventilator ตามแผนการรักษา 6. ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ความแรงของชีพจรส่วนปลายลดลง อุณหภูมิของผิวหนังเย็น ชื้น O_2 sat < 90% Capillary refill time > 3 วินาที **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยนอนหลับได้เป็นพักๆ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. BUN =54 mg/dl, Creatinine =8.14 mg/dl, GFR=5.69/min/1.73m^2 2. แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute Kidney Injury (AKI) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดและกำจัดของเสียออกจากร่างกาย และป้องกันอันตรายจากของเสียคั่งในร่างกาย	1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะยูรีเมีย ได้แก่ ซึม สับสน ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อกระตุก คลื่นไส้อาเจียน หมดสติ ชัก 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำ Hemodialysis เพื่อกำจัดของเสียออกจากร่างกาย 4. บันทึกปริมาณน้ำเข้า- ออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย 5. ดูแลให้ได้รับปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อจำกัดปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกายและป้องกันภาวะน้ำเกิน 6. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte เพื่อประเมนและเฝ้าระวังการขาดภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย 7. เฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกิน จากการสังเกตอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ (Orthopnea) เสมหะเป็นฟองสีชมพู ((Pink frothy sputum) บวมบริเวณแขนขากดบุ๋ม ฟังปอดได้ยินเสียงCrepitation หรือ Rhonchi 8. กรณีแพทย์ให้เริ่มอาหารทางสายยางหรือรับประทานอาหารได้ ประสานโภชนากรจัดอาหารที่มีสัดส่วนของประเภทแป้งและน้ำตาลเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ให้พลังงาน ป้องกันการสลายไขมัน เพื่อนำมาใช้เป็นพลังงาน ซึ่งทำให้เกิดของเสีย และกรดคั่งในร่างกายเพิ่มมากขึ้น 9. ติดตามผลการตรวจหาค่า BUN, Creatinine, GFR เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของภาวะยูรีเมีย ค่าการทำงานของไตหลังได้รับการดูแลและทำ Hemodialysis จำนวน 3 ครั้ง BUN = 28 mg/dl, Creatinine = 1.71 mg/dl GFR=37.51/ml.1.73m^2 ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินในระยะแรกรับ ผล Electrolyte พบ Potassium↑ =6.6 mmol/l, Sodium↓=128 mmol/l, Calcium↓ =8.4 mg/dl, Phosphorus↑=10.3 mg/dl, Magnesium↓=1.3 mg/dl ปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกายต่อ 24 ชั่วโมง intake= 2,457 ml output =1,510 ml

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากการสูญเสียหน้าที่ของไต **ข้อมูลสนับสนุน** 1. BUN =54 mg/dl, Creatinine =8.14 mg/dl, GFR= 5.69/min/1.73m^2 2. แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute Kidney Injury (AKI) 3. ผล Electrolyte พบ Potassium↑ =6.6 mmol/l, Sodium↓=128 mmol/l, Calcium↓= 8.4 mg/dl, Phosphorus↑ =10.3 mg/dl, Magnesium↓=1.3 mg/dl **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะขาดความสมดุลของ เกลือแร่ในร่างกาย ลดระดับ Potassium, Phosphorus และเพิ่มระดับ Sodium, Calcium, Magnesium ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. ป้องกันอันตรายจากภาวะ Hyperkalemia และลดระดับ Potassium ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 1.1 ติดตามระดับ Potassium ในเลือด เนื่องจากไตเสียหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถขับ Potassium ออกทางปัสสาวะได้ ประกอบกับร่างกายมีสภาพเป็นกรดมาก (Metabolic acidosis) มีการทำลายเนื้อเยื่อมากขึ้น 1.2 ติดตามผล ABG เพื่อประเมินสภาพความไม่สมดุลของความเป็นกรดและด่างในร่างกาย 1.3 ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินลักษณะคลื่นไฟฟ้าผิดปกติและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 1.4 สังเกตและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมสูง (Hyperkalemia) ได้แก่ กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยคลื่นหัวใจผิดปกติพบ tall peaked T-wave, prolonged PR- interval, widened QRS complex, shortened QT- interval, deepened S-wave หรือมีภาวะหัวใจหยุดเต้น หากพบอาการและอาการแสดงเหล่านี้รายงานแพทย์ทันที 1.5 ดูแลให้ Kayexalate 30 gm สวนเก็บ x 2 dose เพื่อกำจัด Potassium ออกจากร่างกายผ่านทางอุจจาระ 1.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำ Hemodialysis เพื่อกำจัด Potassium ออกจากร่างกาย
	2. ป้องกันอันตรายจากภาวะ Hypocalcemia และเพิ่มระดับ Calcium ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2.1 ประเมินและติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะ Calcium ในเลือดต่ำมากขึ้น ได้แก่ ชาที่มือเท้า และรอบปาก กล้ามเนื้อเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือกล้ามเนื้อกระตุก มือจีบ ความดันโลหิตต่ำ หงุดหงิด ซึมเศร้า prolong QT interval ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Torsade de pointes ชัก กล้ามเนื้อกล่องเสียงหดเกร็งและเกิดหายใจลำบาก 2.2. ติดตามและประเมินลักษณะคลื่นหัวใจไฟฟ้าตลอดเวลา เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Torsade de pointes 2.3. กรณีแพทย์ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ที่รับประทานได้ทั้งกระดูก ผักใบเขียว ผลไม้ 2.4. ติดตามผลการตรวจระดับ Calcium ในเลือด เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะ Hypocalcemia หากพบมีความผิดปกติเพิ่มขึ้น รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา 3. ป้องกันอันตรายจากภาวะ Hyponatremia และเพิ่มระดับ Sodium ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.1 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Hyponatremia ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน การตอบสนองของ Reflex ลดลง สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชัก หมดสติ 3.2 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง 3.3 ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง 3.4 ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 40 ml/hr ตามแผนการรักษา 3.5 ติดตามผลการตรวจระดับ Sodium ในเลือด ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ หากพบผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อปรับแผนการรักษา 4. ป้องกันอันตรายจากภาวะ Hypomagnesemia และเพิ่มระดับ Magnesium ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4.1. ประเมินและติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะ Magnesium ในเลือดต่ำ ได้แก่ เวียนศีรษะ เหน็บชา เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก หรือหดเกร็งสับสน คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ prolong QT interval ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Torsade de pointes 4.2. ติดตามและวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Torsade de pointes 4.3 ดูแลให้ $MgSO_4$ 8 ml + NSS 100 ml Ⓥ drip in 4 hr โดยติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง Urine output ตรวจ deep tendon reflex โดยดู knee jerk reflex ทุก 4 ชั่วโมง EKG monitor ถ้า

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	พบผิดปกติรายงานแพทย์ ดังนี้ BP < 90/60 mmHg หรือ > 160/110 mmHg, RR < 14 beat/min, HR < 60 beat/min หรือ >120 beat/min, Urine output < 30 ml/hr, Knee jerk (DTR) < 2 หรือลดลง EKG มีภาวะ arrhythmia, ชัก มือเท้าจีบ 4.4 ติดตามผลการตรวจระดับ Magnesium ในเลือด เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา 5. ลดระดับ Phosphorus ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 5.1 ประเมินและติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะ Phosphorus ในเลือดสูง ได้แก่ คันตามผิวหนัง 5.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำ Hemodialysis เพื่อกำจัด Phosphorus ส่วนเกินออกจากร่างกาย 5.3 กรณีแพทย์ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ นมและผลิตภัณฑ์จากนม ไข่แดง ถั่ว เมล็ดพืช ธัญพืช เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมจากถั่วและธัญพืช น้ำอัดลม ชา กาแฟ เป็นต้น 5.4 ติดตามผลการตรวจระดับ Phosphorus ในเลือด เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะ Hyperphosphatemia **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน คลื่น ไฟฟ้าหัวใจไม่พบลักษณะ Torsade de pointes, pacemaker rhythm = 76-82 beat/min ผล Electrolyte ซ้ำ พบ Potassium ปกติ = 4.3 mmol/l, Sodium ปกติ =143mmol/l, Calcium ↓= 7.6 mg/dl, Phosphorus ปกติ =3.2 mg/dl, Magnesium↓=1.3 mg/dl
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยสับสน กระสับกระส่าย BP = 87/56 mmHg, PR= 98 beat/min หายใจเหนื่อยมากขึ้น RR= 34 beat/min 2. O_2 sat = 92% 3. CXR พบ infiltration both lung 4. CBC พบ WBC= 16,760/mm^3, Neutrophil = 83 %, Lymphocyte 9.6% 5. แพทย์วินิจฉัยโรคว่าเป็น Pneumonia **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อกำจัดและลดเชื้อก่อโรค ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว SOS score ทุก 1 ชั่วโมง 2. ส่งตรวจและติดตาม Hemo culture 2 specimens 3. ดูแลให้ Tazocin 2.25 gm Ⓥ q 8 hr ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ท้องเสีย ความผิดปกติของสมดุลกรด ด่าง ภาวะเลือดออกผิดปกติ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ และภาวะซีดจากเม็ดเลือดแดงแตก 4. ดูแลให้ 0.9%/NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 40 ml/hr ตามแผนการรักษา 5. ดูแลให้ Levophed 4 mg+ 5%D/W 250 ml Ⓥ drip Keep systolic BP ≥ 90 mmHg หรือ MAP>65 mmHg เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง ปลายมือ ปลายเท้าเขียว เนื้อเยื่อตายจากการรั่วของยาออกนอกหลอดเลือด 6. ประเมินและติดตาม urine output, O_2 sat ทุก 1 hr 7. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมให้อยู่ในช่วง80-180mg 8. ประเมินความเพียงพอของระบบไหลเวียนโลหิตอย่างต่อเนื่องทุก 15 - 30 นาที โดย urine output > 0.5 ml/kg/hr, Systolic blood pressure > 90 mmHg, O_2 sat ≥ 95 %, MAP ≥ 65 mmHg, Capillary refill time < 2 วินาที 9. ดูแลให้ on Ventilator setting PCV mode, FiO_2 1.0, RR 20 beat/min, PEEP 5 cmH_2O, IP 15 cmH_2O Ti 1 second 10. ให้การพยาบาลด้วย technique universal precaution เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 11. สังเกตลักษณะ สี กลิ่นและปริมาณของเสมหะว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ 12. ติดตามผล CXR เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา เมื่อพบความผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาวางแผนการรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติและคงที่ Try off Levophed ได้ หลัง off BP= 120/80 -130/70 mmHg, PR= 76-82 beat/min, RR =16-20 beat/min, O_2 sat 98 - 99% CXR ซ้ำ ไม่พบ infiltration both lung
ระยะดูแลต่อเนื่อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซเนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน	1.ดูแลจัดให้นอนศีรษะสูง เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มพื้นที่ปอดในการแลกเปลี่ยนก๊าซ 2. ประเมินและสังเกตอาการภาวะน้ำเกิน ได้แก่ หายใจเหนื่อยขณะนอนราบ (Orthopnea) เสมหะเป็นฟองสีชมพู (Pink frothy sputum) บวมบริเวณแขน ขา กดบุ๋ม ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation หรือ Rhonchi

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. หายใจเหนื่อย RR= 28 beat/min, O_2 sat =92% 2. ฟังปอดพบเสียง Crepitation left lung 3. ขา 2 ข้างบวมกดบุ๋ม 1^+ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้การแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และลดการคั่งของน้ำในร่างกาย	3. ดูแลให้ on Ventilator setting PCV mode, FiO_2 1.0, RR 20 beat/min, PEEP 5 cmH_2O, IP 15 cmH_2O Ti 1 second 4. ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ความ แรงของชีพจรส่วนปลายลดลง อุณหภูมิของผิวหนังเย็น ชื้น O_2 sat < 90% Capillary filling time > 3 วินาที 5. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ Lasix 40 mg Ⓥ stat เพื่อกำจัดน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย 6. ดูแลให้ปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อจำกัดปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย 7. ฟังเสียงปอด ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามผล CXR เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน 8. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย **ประเมินผลการพยาบาล** หลังได้รับการดูแลรักษา 1 วัน ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย RR =20 beat/min, PR= 78 beat/min, BP= 137/77 mmHg O_2 sat =100% urine output 800 ml/8 hr ฟังปอดไม่พบเสียง Crepitation left lung เริ่ม try wean Ventilator เป็น CPAP mode FiO_2 0.4,PS 15 cmH_2O, PEEP 5 cmH_2O และ off Ventilator ได้สำเร็จ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลว ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจมา 4 วัน 2. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ จะมีการเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ และความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอด 3. ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจาง Hemoglobin = 11.5 g/dl, Hematocrit = 32.7% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ	1.เตรียมผู้ป่วยให้พร้อม โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการหย่าเครื่อง ช่วยหายใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ วัด Spontaneous tidal volume ทุก 15 นาที จนกระทั่งคงที่ ก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ 3. วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดย Try wean เป็น CPAP mode, FiO_2 0.4, PS 15 cmH2O, PEEP 5 cmH_2O ได้ 24 ชั่วโมง เปลี่ยนเป็น T-pieces 10 lit/min ได้นาน 120 นาที ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ไม่เหนื่อย ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ถอดท่อช่วยหายใจได้ 4. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น 5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะ และบีบ self–inflating bag with O_2 2–3 ครั้ง ก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ 6. สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วย หายใจเข้าช้าๆ และผ่อนลมหายใจออกช้าๆ (Deep breathing exercise) 7. ติดตามสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ O_2 sat ขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจทุก 30 นาที 8. ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงของเกณฑ์ที่บ่งชี้ให้หยุดการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ความดันโลหิตเพิ่มจากเดิม > 20 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นจากเดิม > 20 beat/min อัตราการหายใจ > 35 beat/min EKG show arrhythmia มีเหงื่อออกมาก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป กล้ามเนื้ออ่อนแรง ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ หรือหายใจแบบ paradoxical ผู้ป่วยบอกหรือบ่นแน่น หายใจเองไม่ไหว **ประเมินผลการพยาบาล** ขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี BP=110/60-130/70mmHg, PR= 76-88 beat/min, RR=18-22 beat/min O_2 sat= 97-99% สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ตามแผนการดูแล และ off Ventilator ได้สำเร็จ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางเนื่องจากสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารและมีการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง มีการทำลายเม็ดเลือดแดงมากขึ้น **ข้อมูลสนับสนุน** 1. แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute Kidney Injury (AKI) ภาวะนี้เนื้อไตจะถูกทำลาย ทำให้การสร้างฮอร์โมนอีริโทรโพอิตินลดลง ซึ่งฮอร์โมนนี้ทำหน้าที่กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงที่ไข	1. ประเมินและบันทึกลักษณะ จำนวนเลือดที่ออกจาก NG. tube 2. ดูแลให้ Losec 40 mg Ⓥ q 12 hr เพื่อลดการหลั่งกรดและรักษาแผลในทางเดินอาหาร เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ท้องเสีย ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย ผื่นขึ้น เป็นต้น 3. ดูแลป้องกันไตเสื่อมสภาพเพิ่มขึ้น และฟื้นฟูสภาพของไต ได้แก่ ควบคุมให้ MAP > 80 mmHg เพื่อให้เลือดมาเลี้ยงไตอย่างเพียงพอ ดูแลให้ระดับเกลือแร่ ภาวะกรด ด่างในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่ให้พลังงาน เช่น แป้ง คาร์โบไฮเดรต โปรตีนคุณภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานจากไขมัน ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด ดูแลให้ได้รับการทำ Hemodialysis ตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
กระดูก จึงทำให้มีเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือดน้อยลง 2. content ออกทาง NG. tube เป็น coffee ground 3. ผลการตรวจ CBC พบค่า Hemoglobin = 11.5 g/dl, Hematocrit = 32.7% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อหยุดเลือดที่ออกในทางเดินอาหาร และเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงในเลือด	4. ติดตามผลการตรวจเลือดหาค่า Hemoglobin, Hematocrit เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา และประเมินความรุนแรงของภาวะโลหิตจาง 5. ดูแลให้ Blenderized Diet (BD) สูตร Diabetic diet 100 - 250 ml x 4 feed เพื่อให้ได้รับสารอาหารในการนำไปสร้างเม็ดเลือดแดง **ประเมินผลการพยาบาล** NG. tube มี content สีเหลือง ไม่มีเลือดปน ผลการตรวจเลือด CBC ซ้ำ พบค่า Hemoglobin เพิ่มขึ้นจากเดิมเป็น 12.2 g/dl, Hematocrit เพิ่มขึ้นจากเดิมเป็น 35.7%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากประสิทธิภาพการผลิตและใช้อินซูลินลดลงและติดเชื้อในกระแสเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. จากประวัติผู้ป่วยเป็น DM type 2 2. ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือดจนเกิดภาวะช็อก 3. DTX= 370 mg% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง	1. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะคีโตอะซิโดซิสและภาวะขาดน้ำ 2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะคีโตอะซิโดซิส (DKA) ได้แก่ อาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร่วมกับอาการภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกายเช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบลึก (Kussmaul breathing) ลมหายใจมีกลิ่น acetone หมดสติ อาการของภาวะขาดน้ำ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว ช็อก 3. ดูแลให้ 0.9%/NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 40 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ 4. เจาะ DTX tid ac & hs และดูแลฉีด Regular insulin ตาม sliding scale เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 5. ดูแลให้ Blenderized Diet (BD) สูตร Diabetic diet 100 - 250 ml x 4 feed ตามแผนการรักษา เพื่อหลีกเลี่ยงและจำกัดอาหารที่มีน้ำตาล **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจหอบ ไม่มีภาวะขาดน้ำ ได้รับ Regular insulin 4 unit จำนวน 6 ครั้ง หลังจากนั้น DTX อยู่ระหว่าง 140- 167 mg% แพทย์ off Regular insulin ตาม sliding scale เปลี่ยนเป็น Glipizide (5 mg) 1 tab ⊙ OD ac
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและแนวทางในการรักษา **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะการหายใจล้มเหลวได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ 2. ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล 3. ญาติสอบถามถึงอาการและแนวทางในการรักษาทุกครั้งที่เข้าเยี่ยม เช่น “วันนี้พ่อเป็นอย่างไร อาการดีขึ้นแล้วใช่ไหม” **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและแนวทางในการรักษา	1. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยการสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง หรือจากการซักถาม 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก 3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาพยาบาล โดยใช้ภาษาง่ายๆ และชัดเจน 4. ให้ความมั่นใจในความปลอดภัยแก่ญาติว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด สามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทีหากเกิดภาวะฉุกเฉิน 5. ประสานงานให้ผู้ป่วย และญาติ ได้พบและพูดคุยกับทีมแพทย์ผู้ให้การรักษา เพื่อรับทราบและซักถามเกี่ยวกับโรค สภาพความเจ็บป่วย แนวทาง การรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าแจ่มใส คลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี
ระยะจำหน่าย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเมื่อต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก **ข้อมูลสนับสนุน**	1. อธิบายและให้เหตุผลแก่ผู้ป่วยและญาติว่า ผู้ป่วยมีอาการคงที่ พ้นภาวะวิกฤต ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์พิเศษ และการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด 2. ให้ความรู้ สอนและฝึกทักษะญาติเกี่ยวกับในการดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วยบนเตียง การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องการขับถ่าย การรับประทานอาหาร การพลิกตะแคงตัว การดูแลสายสวนปัสสาวะ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล และสอบถามว่าหอผู้ป่วยที่ย้ายไปจะมีพยาบาลดูแลใกล้ชิดแบบ ICU หรือไม่ 2. ญาติขอให้ผู้ป่วยอยู่ที่ ICU ก่อน อยากให้ผู้ป่วยอาการดีกว่านี้ก่อนค่อยย้ายออก **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก	3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การสังเกตอาการผิดปกติ เมื่อมีอาการที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัย สามารถแจ้งและขอความช่วยเหลือจากพยาบาลที่หอผู้ป่วยนั้นได้ เช่น อาการหายใจเหนื่อย มีไข้ อาการปวด เป็นต้น 4. พูดคุย ให้กำลังใจผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในเหตุผลที่ต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักตามคำอธิบาย มีสีหน้าแจ่มใส คลายความวิตกกังวล ปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษารายนี้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของกรดแลคติกที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน(MALA) เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิด MALA พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน ส่งผลต่อการขจัดยาเมทฟอร์มินออกทางไตได้ลดลง ซึ่งในภาวะปกติยาเมทฟอร์มินจะถูกขับออกทางไตในรูปที่ไม่เปลี่ยนแปลงถึงร้อยละ 90[2] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในร่างกาย มีภาวะปอดอักเสบ ทำให้เกิด lactate production มากขึ้น[5] เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ได้รับการประเมินปัญหาอย่างรวดเร็ว และดูแลรักษาแบบประคับประคอง โดยการแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดโดยให้ Sodium bicarbonate การช่วยการหายใจด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจ การแก้ไขภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่ การแก้ไขภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง การเพิ่มการขจัดยาเมทฟอร์มิน และของเสียคั่งในร่างกายออกทางไต โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม นอกจากนี้ยังได้รับการดูแลรักษาโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะน้ำเกิน ส่งผลให้ปัญหาคุกคามชีวิตผู้ป่วยถูกแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยปลอดภัย และรอดชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาเมทฟอร์มิน ควรให้คำแนะนำในเรื่องอาการที่เป็นสาเหตุทำให้มีภาวะกรดแลคติกเกินในร่างกาย ซึ่งควรมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการของโรคไตวายเฉียบพลัน ติดเชื้อในร่างกาย ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ เป็นต้น

2. ประสานทีมเภสัชกรรมจัดทำแนวทางป้องกันภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของกรดแลคติกที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มินเชิงระบบ เช่น เพิ่มการระบุข้อความอาการไม่พึงประสงค์ของภาวะการคั่งของกรดแลคติกจากการใช้ยาเมทฟอร์มิน บนฉลากหน้าซองยา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการดังกล่าว และมาพบแพทย์ทันที

เอกสารอ้างอิง

1. สุภาภรณ์ แก้วชนะ. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากยา Metformin ในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่รักษาในโรงพยาบาลนางรอง ปี 2559-2564. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2566; 4(1): 9-18.
2. จิตต์ประไพ น้อยนวล และสุมัณฑนา ตันประยูร. กรณีศึกษา: ภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของแลคติก ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2564;,16(4): 403-409.
3. สิริรัตน์ ภูมิรัตนประพิณ. ผลการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน ในโรงพยาบาลชัยภูมิ.ชัยภูมิเวชสาร 2566; 43(1): 1-10.
4. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2563- 2565 [อินทราเน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2566]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/

5. ณิชชา ศุภธีรวัตร. Metformin Associated Lactic Acidosis. [อินทราเน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2566]. เข้าถึงจาก: https://www.facebook.com/VajiraMedicine/posts

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อกและไตเรื้อรังระยะสุดท้าย: กรณีศึกษา

Nursing care for Upper gastrointestinal bleeding patients with Hypovolemic shock and End stage renal disease: A Case study

(Received: March 10,2024 ; Revised: March 15,2024 ; Accepted: March 23,2024)

อภิญญา จันหอม[1]
Aphinya Chanhom[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อกและไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 61 ปี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง แผลในกระเพาะอาหารส่วนปลาย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผ่านทางเส้นฟอกเลือดชนิดเส้นเลือดจริง และทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด

จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การแก้ไขภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย การลดและขจัดของเสียในร่างกาย การรักษาความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย การขจัดน้ำส่วนเกินในร่างกาย การเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม การให้ความรู้คำแนะนำในการป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารซ้ำ ซึ่งผลการพยาบาลทำให้ปัญหาที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยถูกแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยปลอดภัย และรอดชีวิต ส่วนปัญหาอื่นได้รับการแก้ไขจนมีแนวโน้ม ดีขึ้น

คำสำคัญ; ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ภาวะช็อก โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for Upper gastrointestinal bleeding patients with Hypovolemic shock and End-stage renal disease. This is a case is a 61-year-old man with a history illness of Hypertension, Pyloric ulcer, End stage renal disease, and Non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) the patient received Hemodialysis treatment through a left Arteriovenous Fistula (AVF) and Percutaneous coronary intervention (PCI).

This study found that important nursing care includes resuscitation hypovolemic shock which is a life-threatening condition for the patient, eliminating urea and nitrogenous wastes from the body, maintaining a balance of electrolytes, eliminating volume overload, increasing blood sugar levels to the appropriate level, providing knowledge and advice on preventing recurrent gastrointestinal bleeding. The results of nursing care can solve life-threatening problems that patients. The patient is safe and survives. Therefore, nursing care in this case study uses guidelines for Upper gastrointestinal bleeding patients with Hypovolemic shock and End stage renal disease caring is used with sepsis to develop the quality of nursing for better healthcare efficiency

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, Shock, End stage renal disease

บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญทางศัลยกรรมที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือทันท่วงที สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคแผลเปปติค กระเพาะอาหารอักเสบ การแตกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร มีอัตราการเสียชีวิตสูงจากภาวะช็อคจากการเสียเลือด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหา

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

สาธารณสุขที่สำคัญของภาวะนี้ โดยพบอุบัติการณ์การเกิดปีละ 100 คนต่อประชากร 100,000 คน ปัจจัยการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นหรือการมีเลือดออกซ้ำส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการดื่มสุรา พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดหรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) การทำงานของไตที่ลดลง ทำให้สารกระตุ้นการสร้างเกล็ดเลือดที่มาจากไตลดลง กลไก การหยุดเลือดของร่างกายผ่านเกล็ดเลือดทำงานลดลง จึงมีเลือดออกซ้ำมากขึ้น[1] สำหรับการรักษานอกจากการ resuscitation และการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมแล้ว จากงานวิจัยพบว่าการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องเพื่อทำการห้ามเลือด และประเมินรอยโรคหรือพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดเลือดออกภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาเริ่มมีอาการ จะสามารถทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิต ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ หากการรักษาโดยวิธีการส่องกล้องไม่ได้ผลคือไม่สามารถหยุดเลือดที่ออกหรือผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกซ้ำอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างเร่งด่วนเพื่อหาตำแหน่งเลือดออกและหยุดเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิตได้ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น ค้นหาปัญหาและความต้องการในการนำมาวางแผนให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐาน สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์[2]

สถิติผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าพบผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในปี 2563 – 2565 จำนวน 8, 19 และ 11 รายตามลำดับ มีภาวะช็อกซ้ำจากเสียเลือดร้อยละ 0, 5.26, และ 9.09 ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0, 15.78 และ 9.09 ตามลำดับ นอกจากนี้ในปี 2563 ยังพบผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 12.50 สาเหตุจากการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ผลจากการใช้ยาประจำตัว และโรคประจำตัวที่มีพยาธิสภาพต่อปัจจัยการแข็งตัวของเลือด[3] จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นปัญหาของการประเมิน การดูแลระยะวิกฤต และการดูแลเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ยังไม่ครอบคลุม ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันและมีภาวะช็อคจากการเสียเลือดร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 1 ราย เพื่อนำผลการศึกษามาปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือด ออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อกและไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงอายุ 61 ปี ประวัติเป็น HT, ESRD, UGIB, Non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) on Left Arteriovenous Fistula (AVF) ทำ Hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทำ EGD พบ Pyloric ulcer และเมื่อ 3 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ทำ Percutaneous coronary intervention (PCI) โดยพบเส้นเลือดตีบ 3 เส้น (Triple vessel disease (TVD) ปัจจุบันรับประทานยา ASA, Clopidogrel มีแผลเรื้อรังที่เท้าซ้าย ครั้งนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาเจียนเป็นเลือด 3 ครั้ง ประมาณ 2 แก้ว มีถ่ายดำ หน้ามืด 20 นาทีก่อนมา แรกรับที่ ER ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ซีด ไม่มีแรง BT= 37°C, PR= 70 beat/min, RR =20 beat/min, BP= 102/50 mmHg, O_2 sat = 97% (room air) ใส่ NG tube content เป็นเลือดสด lavage ด้วย NSS 1,000 ml content ไม่ clear ตรวจ ATK negative และตรวจ Lab CBC, BS, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, PT, PTT, INR, G/M PRC 2 unit, FFP 2 unit on 0.9 % NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 40 ml/hr ให้ Pantoprazole 80 mg Ⓥ. bolus then IV drip 8 mg/hr Admit หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หลัง Admit 30 นาที ผู้ป่วยซึมลง มีภาวะ Hypovolemic shock

PR=66 beat /min, RR= 24 beat/min, BP= 88/21 mmHg, O_2 sat= 88% เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจเหนื่อย NG tube content เป็นเลือดสดออกประมาณ 100 ml Retained Foley's cath ไม่มี urine ออก on O_2 Mask with bag 10 lit/min รายงานแพทย์ ให้ 0.9 % NSS 1,000 ml Ⓥ load 500 ml ตามผล Hct ได้ 24.2%, Hb=7.7% ให้ PRC 2 unit Ⓥ drip, Cryoprecipitate 10 unit Ⓥ free flow On O_2 cannula 3 lit/min หลังจากนั้นผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดี PR=68 beat/min, RR=22 beat/min, BP= 119/59 mmHg, O_2 sat= 90% Hct ซ้ำ = 28% ให้ PRC 1 unit Ⓥ drip ส่วนผล Lab อื่น พบ BUN สูง = 94 mg/dl, Cr สูง = 9.66 mg/dl, GFR = 3.92 ml/min/1.73 mm^2, Ca ต่ำ = 8.1 mg/dl, PO_4 สูง = 6.9 mg/dl, PT สูงเล็กน้อย= 13.9 วินาที, INR สูงเล็กน้อย =1.24 รายงานแพทย์ให้ปรึกษา Nephrologist เพื่อขอคิวส่งทำ Hemodialysis เมื่ออาการคงที่ สัญญาณชีพปกติ หลัง Admit 1 วัน ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ผล Hct = 30% V/S PR = 56 beat/min, RR = 20 beat/min, BP = 131/61 mmHg, O_2sat = 98% off Foley's cath ฟังปอดพบเสียง Crepitation BLL แพทย์ให้ Lasix 40 mg Ⓥ stat ส่งทำ Hemodialysis ดึงน้ำได้ 1,000 ml ยัง NPO DTX= 64 mg% เปลี่ยน IV Fluid เป็น 10%D/N/2 1,000 ml Ⓥ drip 40 ml/hr ส่งตรวจ Electrolyte ซ้ำ พบ Na =145 mmol/L เปลี่ยน IV Fluid เป็น 12.5% D/N/2 1,000 ml Ⓥ drip 40 ml/hr DTX= 82-91 mg% ไม่มีถ่ายดำ ไม่ปวดท้อง NG tube content สีแดงจาง ศัลยแพทย์ set OR for EGD อีก 5 วันถัดไป หลัง Admit ในช่วง 2-4 วัน ผู้ป่วยไม่ปวดท้อง abdominal soft ถ่ายอุจจาระเป็นสีน้ำตาล ราดน้ำไม่แดง NG tube content สีเหลือง จึง off NG tube Hct อยู่ระหว่าง 28-29% V/S PR=60-80 beat/min, RR=20 beat/min, BP =110/60-136/74 mmHg, BT =36.2- 37.5°C, O_2 sat = 98%, DTX= 82-91 mg% เปลี่ยน IV Fluid กลับมาเป็น 10%D/N/2 1,000 ml Ⓥ drip rate 40 ml/hr เริ่มให้รับประทานอาหารเหลว และให้รับประทานยาเดิมทางอายุรกรรม Lasix (500 mg) 1x2 ⊙ เช้า- เที่ยง, Apresoline 1x 2 ⊙ pc, Amlodipine (10mg) 1x1 ⊙ pc, $NaHCO_3$ 1x3 ⊙ pc ส่งผู้ป่วยทำ Hemodialysis ดึงน้ำได้ 1,100 ml หลัง Admit 6 วัน ส่ง OR for EGD พบมี Hemorrhagic duodenitis ให้ Losec 40 mg Ⓥ q 12 hr off Pantoprazole IV drip หลัง Admit 7 วัน ผู้ป่วยอาการคงที่ สัญญาณชีพปกติ Breath sound พบมี Crepitation BLL ลดลง DTX อยู่ในเกณฑ์ปกติ =107 mg% ไม่มีปวดท้อง ถ่ายอุจจาระเป็นสีเหลืองน้ำตาล ไม่มีเลือดปน เริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ off IV Fluid เริ่มยา ASA (81mg) 1x1⊙ pc, Clopidogrel 1x1⊙ pc แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ส่งดูแลต่อเนื่องในชุมชน รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

การวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะแรกรับ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ใส่ NG. tube มาจาก ER มี content เป็นเลือดสดจำนวน 100 ml 2. ผู้ป่วยมีเหงื่อออก ตัวเย็น 3. สัญญาณชีพ BP = 88/21 mmHg, PR = 66 beat/min, RR = 24 beat/min	1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด 2. ตรวจวัดและประเมิน O_2 sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินว่าเนื้อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะต่ำ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น 4. ดูแลให้ O_2 Mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในระบบไหลเวียนเลือด 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ความแรงของชีพจรส่วน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4. O_2 sat = 88 % 5. Retained foley's catheter ไม่มี urine ออก 6. ผล CBC พบ Hemoglobin = 7.2 g/dl, Hematocrit = 24.2 % **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้มีปริมาณเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายอย่างเพียงพอ	ปลายลดลง อุณหภูมิของผิวหนังเย็นและชื้น O_2 sat < 90% Capillary refill time > 3 วินาที 7. บันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะปริมาณปัสสาวะ 8. บันทึกลักษณะ จำนวน content จาก NG tube 9. ดูแลให้ 0.9% 1,000 ml Ⓥ free flow 500 ml ตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน ได้แก่ หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation 10. ดูแลให้ PRC 2 unit Ⓥ drip ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อชดเชยปริมาณเลือดที่สูญเสียไป รวมทั้งสังเกต ติดตามผลข้างเคียงจากการให้เลือด เช่น ผื่น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก เป็นต้น 11. ดูแลให้ Cryoprecipitate 10 unit Ⓥ free flow เพื่อเพิ่มปัจจัยการแข็งตัวของเลือด 12. ดูแลให้ Pantoprazole 80 mg Ⓥ drip 8 mg/hr ยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ท้องเสีย อาการของแมกนีเซียมในเลือดต่ำ เช่น หัวใจเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหดเกร็ง อาการชัก อาการของโรคลูปัส ผื่นขึ้นที่จมูกและแก้ม มีอาการปวดข้อ 13. ดูแลให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำ เพื่อลดการรบกวนหรือระคายเคืองทางเดินอาหารที่ทำให้เลือดออกในระบบทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น 14. ส่งตรวจและติดตาม Hematocrit q 6 hr ถ้า Hematocrit < 25% หรือลดลงจากเดิม 3% รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ซีด อ่อนเพลีย BP= 110/70-120/80 mmHg, PR= 56-58 beat/min, RR= 22 beat/min O_2 sat = 99 % Hematocrit= 28 % Capillary refill time 1.5 วินาที NG. tube มี content เป็นสีเหลืองใส ไม่มีเลือดปน แพทย์ให้ off NG. tube ไม่มี urine ออก off foley's catheter
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. จากประวัติผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ทำ Hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้ง 2. BUN = 94 mg/dl, Creatinine = 9.66 mg/dl, GFR = 3.92 ml/min/1.73m^2 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดและกำจัดของเสียออกจากร่างกาย และป้องกันอันตรายจากของเสียคั่งในร่างกาย	1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะยูรีเมีย ได้แก่ ซึม สับสน ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อกระตุก คลื่นไส้ อาเจียน หมดสติ ชัก 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำ Hemodialysis เมื่ออาการผู้ป่วย และสัญญาณชีพคงที่ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อกำจัดของเสียออกจากร่างกาย 4. บันทึกปริมาณน้ำเข้า- ออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย 5. ดูแลให้ได้รับปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อจำกัดปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกายและป้องกันภาวะน้ำเกิน 6. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte เพื่อประเมินและเฝ้าระวังการขาดภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย 7. เฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกิน จากการสังเกตอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ (Orthopnea) เสมหะเป็นฟองสีชมพู (Pink frothy sputum) บวมบริเวณแขน ขา กดบุ๋ม ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation หรือ Rhonchi 8. ประสานนักโภชนาการจัดอาหารที่มีสัดส่วนของประเภทแป้งและน้ำตาลเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ให้พลังงาน ป้องกันการสลายไขมัน เพื่อนำมาใช้เป็นพลังงาน ซึ่งทำให้เกิดของเสีย และกรดคั่งในร่างกายเพิ่มมากขึ้น 9. ติดตามผลการตรวจหาค่า BUN, Creatinine, GFR เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของภาวะยูรีเมีย ค่าการทำงานของไต BUN = 70 mg/dl, Creatinine = 7.6 mg/dl, GFR = 15.1 ml/min/1.73m^2

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะขาดความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. จากประวัติผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) 2. BUN = 94 mg/dl, Creatinine = 9.66 mg/dl, GFR = 3.92 ml/min/1.73m^2 3. ผล Electrolyte พบ Potassium (K)↑ = 5.2 mmol/L(mild Hyperkalemia), Calcium (Ca)↓ = 8.1 mg/dl, Phosphorus (PO_4)↑ = 6.9 mg/dl **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้เกิดความสมดุลของเกลือแร่ Potassium, Calcium, Phosphorus ในร่างกาย และป้องกันอันตรายจากความไม่สมดุลของเกลือแร่ Potassium, Calcium, Phosphorus ในร่างกาย	1. ป้องกันอันตรายจากภาวะ Hyperkalemia และลดระดับ Potassium ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 1.1 ติดตามระดับ Potassium ในเลือด เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะ Hyperkalemia หากพบมีความผิดปกติเพิ่มขึ้น รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา 1.2 ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินลักษณะคลื่นไฟฟ้าผิดปกติและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 1.3 สังเกตและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมสูง (Hyperkalemia) ได้แก่ กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยคลื่นหัวใจผิดปกติพบ tall peaked T-wave, prolonged PR- interval, widened QRS complex, shortened QT- interval, deepened S-wave หรือมีภาวะหัวใจหยุดเต้น หากพบอาการและอาการแสดงเหล่านี้รายงานแพทย์ทันที 1.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำ Hemodialysis เพื่อกำจัด Potassium ออกจากร่างกาย 1.5 ดูแลและแนะนำให้ผู้ป่วยงดอาหารที่มี Potassium สูง เช่น กล้วย ส้ม องุ่น เป็นต้น 2. ป้องกันอันตรายจากภาวะ Hypocalcemia และเพิ่มระดับ Calcium ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2.1 ประเมินและติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะ Calcium ในเลือดต่ำมากขึ้น ได้แก่ ชาที่มือ เท้า และรอบปาก กล้ามเนื้อเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือกล้ามเนื้อกระตุก มือจีบ ความดันโลหิตต่ำ หงุดหงิด ซึมเศร้า prolong QT interval ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Torsade de pointes ชัก กล้ามเนื้อกล่องเสียงหดเกร็งและเกิดหายใจลำบาก 2.2. ติดตามและประเมินลักษณะคลื่นหัวใจไฟฟ้าตลอดเวลา เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Torsade de pointes 2.3. กรณีแพทย์ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ที่รับประทานได้ทั้งกระดูก ผักใบเขียว ผลไม้ 2.4 ดูแลให้ยา $CaCO_3$ (1,000 mg) 1 tab ⊙ bid pc ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มระดับ Calcium ในเลือด เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ สับสน หงุดหงิด ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายผิดปกติ ท้องผูก ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อยขึ้น รู้สึกมีรสชาติโลหะในปาก 2.5 ติดตามผลการตรวจระดับ Calcium ในเลือด เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะ Hypocalcemia หากพบมีความผิดปกติเพิ่มขึ้น รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา 3. ลดระดับ Phosphorus ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.1 ประเมินและติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะ Phosphorus ในเลือดสูง ได้แก่ คันตามผิวหนัง 3.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำ Hemodialysis เพื่อกำจัด Phosphorus ส่วนเกินออกจากร่างกาย 3.3 กรณีแพทย์ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ นมและผลิตภัณฑ์จากนม ไข่แดง ถั่ว เมล็ดพืช ธัญพืช เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมจากถั่วและธัญพืช น้ำอัดลม ชา กาแฟ เป็นต้น 3.4 ติดตามผลการตรวจระดับ Phosphorus ในเลือด เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะ Hyperphosphatemia **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ และอาเจียน คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ sinus bradycardia ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ BP=110/70-120/80 mmHg, PR = 56-58 beat/min, RR= 22 beat/min ผลตรวจ Electrolyte ซ้ำ พบ Potassium (K) = 5.0 mmol/L, Calcium (Ca) = 8.7 mg/dl, Phosphorus (PO_4) = 6.2 mg/dl
ระยะดูแลต่อเนื่อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน	1. ดูแลจัดให้นอนศีรษะสูง เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มพื้นที่ปอดในการแลกเปลี่ยนก๊าซ 2. ประเมินและสังเกตอาการภาวะน้ำเกินรุนแรงขึ้น ได้แก่ หายใจเหนื่อยขณะนอนราบ (Orthopnea) เสมหะเป็นฟองสีชมพู (Pink frothy sputum) บวมบริเวณแขน ขา กดบุ๋ม ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation หรือ Rhonchi

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกหายใจเหนื่อย 2. RR = 24 beat/min 3. ฟังปอดพบเสียง Crepitation lower both lung **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้การแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และลดการคั่งของน้ำในร่างกาย	3. ดูแลให้ on O_2 Cannula 3 lit/min เพิ่มเพิ่มปริมาณออกซิเจนในระบบไหลเวียนเลือด 4. ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ความแรงของชีพจรส่วนปลายลดลง อุณหภูมิของผิวหนังเย็นชื้น O_2 sat < 90% Capillary refill time > 3 วินาที 5. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ Lasix (500 mg) 1x2 ⊙ เช้า-เที่ยง ตามแผนการรักษา เพื่อกำจัดน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย 6. ดูแลให้ปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อจำกัดปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย 7. ดูแลเปลี่ยนชนิดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 12.5% D/N/2 1,000 ml Ⓥ drip rate 40 ml/hr 8. ฟังเสียงปอด ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามผล CXR เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน 9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำ Hemodialysis เพื่อกำจัดน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย 10. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย RR =20 beat /min, PR= 64-70 beat/min, BP= 120/68-140/70 mmHg, O_2 sat =98- 100% ฟังปอดไม่พบเสียง Crepitation both lung ไม่มีอาการบวมตามร่างกาย ทำ Hemodialysis 2 ครั้ง UF ที่ออกแต่ละครั้ง = 1,000, 1100 ml ตามลำดับ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากการงดอาหาร **ข้อมูลสนับสนุน** 1. จากประวัติผู้ป่วยเป็น DM type 2 2. ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำมา 4 วัน 3. DTX = 64 mg% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. ติดตาม ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อเฝ้าระวังและประเมินระดับความรุนแรง ได้แก่ อาการออโตโนมิค เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตซิสโตลิคสูง มือสั่น กระสับกระส่าย คลื่นไส้ รู้สึกร้อน เหงื่อออก ชาและรู้สึกหิว อาการสมองขาดกลูโคส เช่น อุณหภูมิกายต่ำ ผิวหนังเย็นและชื้น มึนงง สับสน ไม่มีสมาธิ ตาพร่ามัว พูดช้า เซื่องซึม เป็นอัมพาตครึ่งซีก ชัก หมดสติ 2. ดูแลเปลี่ยนชนิดสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 10%D/NSS/2 1,000 ml Ⓥ drip rate 40 ml/hr ตามแผนการรักษา 3. เจาะ DTX tid & hs เพื่อประเมินผลการดูแลรักษาและเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ BP = 120/68 - 140/70 mmHg, PR = 64-70 beat/min, RR = 20 beat/min ผล DTX อยู่ในช่วง 82-91 mg%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีภาวะโลหิตจางจากการสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารและการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง มีการทำลายเม็ดเลือดแดงมากขึ้น **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น 2. จากประวัติผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ภาวะนี้เนื้อไตจะถูกทำลาย ทำให้การสร้างฮอร์โมนอีริโทรโพอิตินลดลง ส่งผลให้การกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงที่ไขกระดูกน้อยลง รวมทั้งเม็ดเลือดแดงจะมีอายุสั้นลง 3. ผล Hematocrit = 28 %	1. ประเมินและบันทึกลักษณะ content ที่ออกจาก NG. tube 2. ดูแลให้ Losec 40 mg Ⓥ q 12 hr เพื่อลดการหลั่งกรดและรักษาแผลในทางเดินอาหาร เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ท้องเสีย ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย ผื่นขึ้น เป็นต้น 3. ดูแลให้ PRC 2 unit Ⓥ drip x 2 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานนมไขมันต่ำที่มีธาตุเหล็ก โฟเลต วิตามินบี 12 กรณีแพทย์ให้รับประทานอาหารเหลวได้ 5. ดูแลให้รับประทานยา Folic acid 1x1 OD pc เพื่อช่วยในกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดง 6. ดูแลป้องกันไตเสื่อมสภาพเพิ่มขึ้น และฟื้นฟูสภาพของไต ได้แก่ ควบคุมให้ MAP > 80 mmHg เพื่อให้เลือดมาเลี้ยงไตอย่างเพียงพอ ดูแลให้ระดับเกลือแร่ ภาวะกรด ด่างในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่ให้พลังงาน เช่น แป้ง คาร์โบไฮเดรต โปรตีนคุณภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานจากไขมัน ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด ดูแลให้ได้รับการทำ Hemodialysis ตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงในเลือด	7. ติดตามผลการตรวจเลือดหาค่า Hemoglobin, Hematocrit เพื่อประเมินผลการดูแลรักษาและประเมินความรุนแรงของภาวะโลหิตจาง **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น NG. tube มี content สีเหลืองใส ไม่มีเลือดปน ผล Hematocrit ซ้ำ เพิ่มขึ้นจากเดิมเป็น 30 %
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาแทรกซ้อนจากการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ ผู้สูงอายุ ประวัติเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง 2. ผล Coagulation test พบ PT=13.9 วินาที , INR =1.24 3. ผู้ป่วยมีประวัติรับประทานยา Aspirin และ Clopidogrel **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น	1. ให้การดูแลระยะก่อนตรวจ 1.1 งดน้ำและอาหารทุกชนิด ตั้งแต่เที่ยงคืนหรืออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนตรวจ เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจที่อาจเกิดขึ้นจากการอาเจียนและสำลักเศษอาหารเข้าไปขณะทำหัตถการ 1.2 ดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน (คืนวันก่อนตรวจและเช้าวันตรวจ) เพื่อป้องกันการติดเชื้อของช่องปากและทางเดินหายใจส่วนต้น ในกรณีสวมฟันปลอมชนิดที่สามารถถอดออกได้ ให้ถอดออกก่อนส่องกล้อง เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด และเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ 1.3 ตรวจสอบการงดรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Aspirin อย่างน้อย 7 วันก่อนตรวจ เพื่อป้องกันการมีเลือดออกผิดปกติขณะและหลังการตรวจ 2. ให้การดูแลระยะหลังตรวจ 2.1 ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด 2.2 สังเกตอาการเวียนศีรษะ ซึ่งอาจเกิดขึ้นประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง โดยอธิบายผู้ป่วยให้ทราบว่า เป็นผลข้างเคียงของยาชาที่พ่นในลำคอ อาการจะหายไปภายใน 1 ชั่วโมง 2.3 ให้งดน้ำและอาหารก่อน จนกว่าอาการชาจะหายไป และหากคอหายชาให้ผู้ป่วยจิบน้ำได้และรับประทานอาหารได้ปกติ 2.4 สังเกตอาการผิดปกติที่แสดงว่ามีภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงที่คอหน้าอก หายใจลำบาก มีเลือดออกผิดปกติ หรือคลำพบ ลมใต้ผิวหนัง (Subcutaneous crepitates) ให้รายงานแพทย์ทันที 2.5 สังเกตอาการและอาการแสดงผิดปกติของการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือดสด แน่นท้อง ปวดท้อง ลักษณะและสีของอุจจาระเป็นเลือดสด ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว 2.6 แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการตนเองหลังจากการตรวจ เช่น ความรู้สึกเจ็บขณะกลืนอาหาร หายใจลำบาก ปวดท้อง ไข้ และถ่ายอุจจาระดำ ต้องรายงานแพทย์ทันที **ประเมินผลการพยาบาล** หลังส่องกล้องแพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Hemorrhagic duodenitis ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีถ่าย หรืออาเจียนเป็นเลือดสด มีอาการแน่นอึดอัดท้องเล็กน้อย ท้องไม่อืด BP=96/54-109/60 PR = 60-99 beat/min, RR = 20 beat/min Hematocrit = 30 %
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่บริเวณใส่สายสวนฟอกเลือดระยะยาวและความเสียหายของเส้นฟอกเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคเบาหวาน ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องจากสภาวะของโรค 2. ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนเส้นเลือดเพื่อฟอกเลือดระยะยาวบริเวณข้อพับแขนซ้าย **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณที่ใส่สายสวนเส้นเลือดฟอกเลือดระยะยาว และป้องกันความเสียหายของเส้นฟอกเลือด	1. ตรวจวัดและประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะไข้ หากพบ BT > 38.0°C รายงานแพทย์ทราบ 2. ประเมินความผิดปกติที่แสดงถึงอาการติดเชื้อบริเวณที่ใส่สายสวนเส้นเลือด ได้แก่ อาการปวด บวมแดง ร้อน มีหนองไหลจากบริเวณรูเปิดของสายสวนเส้นเลือด (Exit site) 3. ดูแลทำความสะอาดบริเวณที่ใส่สายสวนเส้นเลือดให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ 4. ให้คำแนะนำการดูแลแผลบริเวณใส่สายสวนเส้นเลือด เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อ 4.1 ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ถ้าเปียกชื้นต้องรีบแจ้งพยาบาลเพื่อเปลี่ยนผ้าปิดแผลทันที 4.2 ล้างมือด้วยสบู่หรือเช็ดทำความสะอาดมือทุกครั้ง เมื่อมีการสัมผัสกับสายสวนเส้นเลือด 4.3 แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติบริเวณที่ใส่สายสวนเส้นเลือดอย่างสม่ำเสมอ หากมีอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น บวม แดง ร้อน บริเวณที่ใส่สายสวนเส้นเลือด และหรือมีสิ่งคัดหลั่งกลิ่นเหม็นเป็นหนองออกจากบริเวณรูเปิดของสายสวนเส้นเลือด ควรรีบแจ้งพยาบาล หรือแพทย์ทราบทันที 4.4 ไม่แกะเกาผิวหนังบริเวณที่ใส่สายสวนเส้นเลือด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4.5 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ออกแรงมากของแขนที่ทำเส้นฟอกเลือด เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของสาย และการฉีกขาดของบาดแผลบริเวณที่ทำผ่าตัด 5. ไม่ทำกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ เจาะเลือด วัดความดันโลหิต แทงเข็มให้เลือดให้สารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดแขนข้างที่ใส่สายสวนเส้นเลือด เพื่อป้องกันความเสียหายของเส้นฟอกเลือด 6. ติดตามผลการตรวจเลือด CBC และส่งเลือดเพาะเชื้อ (Hemo culture) ตามแผนการรักษาและติดตามผล **ประเมินผลการพยาบาล** ผิวหนังบริเวณที่ใส่สายสวนเส้นเลือดเพื่อฟอกเลือด ระยะยาวแห้งสะอาด ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ไม่มีสารคัดหลั่งออกจากบริเวณรูเปิดของสายสวนเส้นเลือด ไม่มีไข้ BTอยู่ระหว่าง 36.2 –37.5 °C เส้นฟอกเลือดไม่อุดตัน หรือเกิดการบาดเจ็บ สามารถใช้ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้อย่างปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อการ ติดเชื้อของแผลเรื้อรังเนื่องจากภูมิต้านทานร่างกายต่ำ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่เท้าข้างซ้าย ขนาด 1 x 2 x 0.5 เซนติเมตร แผลมีสารคัดหลั่งซึม สีเหลือง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลเรื้อรังที่เท้าข้างซ้าย	1. ประเมินลักษณะบาดแผล ขนาดแผล ลักษณะและปริมาณสารคัดหลั่ง ลักษณะเนื้อเยื่อของแผลทุกครั้งที่ทำแผล 2. ทำความสะอาดแผลวันละ 2 ครั้ง และสังเกตลักษณะแผลที่บ่งชี้ว่าแผลติดเชื้อ เช่น แผลบวมแดง มีสารคัดหลั่งเป็นหนอง 3. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้ 4. ดูแลให้ได้รับอาหารส่งเสริมการหายของแผล ได้แก่ โปรตีนคุณภาพ วิตามินซี 5. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ดังนี้ 5.1 นอนยกเท้าซ้ายให้สูงกว่าหัวใจเพื่อลดอาการบวม 5.2 ระวังอย่าให้แผลเปียกชื้น หรือโดนน้ำ เพราะอาจจะทำให้เกิดการอักเสบ ติดเชื้อได้ 5.3 ไม่ใช้มือสัมผัส แคะหรือเกาบาดแผล เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล **ประเมินผลการพยาบาล** แผลไม่บวมแดง ไม่มีสารคัดหลั่งเป็นหนอง ไม่มีเนื้อตาย ลักษณะเนื้อเยื่อแผลแดง ขนาดของแผลแคบลง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเนื่องจากกลัวเป็นอันตรายถึงชีวิต **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าเครียด บอกว่ากลัวตาย 2. ญาติสอบถามอาการของผู้ป่วยและการรักษาเป็นระยะๆ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลและร่วมมือในการรักษาพยาบาล	1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและขั้นตอนของการรักษาพยาบาลพอสังเขป 2. ส่งเสริมบรรยากาศที่เป็นกันเองระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่างๆ รับฟังปัญหาและความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติด้วยความสนใจ เข้าใจและเห็นอกเห็นใจ 3. อธิบายและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติว่า ขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติว่า ผู้ป่วยจะอยู่ในการดูแลของพยาบาลตลอดเวลาและพยาบาลก็พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที 4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการใช้เครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ที่ไม่คุ้นเคย อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบจุดประสงค์และขั้นตอนต่าง ๆ ทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล ลดความหวาดกลัวและเพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 5. เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติมีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี
ระยะจำหน่าย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารซ้ำและผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารซ้ำเมื่อกลับไปบ้าน	1. อธิบายถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้ ให้ความรู้เรื่องโรคและสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ซึ่งมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำ เนื่องมาจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร ยาที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีผลข้างเคียงทำให้เกิดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร จึงควรรับประทานยาหลังอาหารทันที ไม่ควรหักแบ่งยา เพราะตัวยาที่ถูกเคลือบไว้จะถูกปลดปล่อย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยไม่ทราบว่ายาแอสไพรินเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร บางครั้งรับประทานยานี้ ภายหลังรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมง 2. ได้รับยา Aspirin, Clopidogrel กลับไปรับประทานต่อที่บ้าน 3. มีแผลบริเวณทางเดินอาหาร 2 ตำแหน่ง คือ Pylorus, Duodenum **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ความรู้คำแนะนำในป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารซ้ำ	ออกมาและระคายเคืองกระเพาะอาหาร หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ ระหว่างรับประทานยา เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงของอาการเลือดออกผิดปกติ 3. ควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา 4. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ 5. สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น อาเจียนเป็นเลือดสด ถ่ายอุจจาระดำ มีอาการร่วมคลื่นไส้ เบื่ออาหาร ปวดท้องช่วงบนเหนือระดับสะดือ ภาวะซีด อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็วและเบา เป็นลม หมดสติ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถตอบคำถามการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารซ้ำได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Upper Gastrointestinal Bleeding with Shock สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยเป็น NSTEMI (TVD) S/P PCI แพทย์ให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด 2 ชนิด ได้แก่ Aspirin, Clopidogrel เพื่อป้องกันเกล็ดเลือดเกาะขดลวด ทำให้เกิดการอุดตันในขดลวด (Stent thrombosis) โดยยานี้มีผล ข้างเคียงทำให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและทำให้เกิดแผลระบบทางเดินอาหารได้ ร่วมกับผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยพยาธิสภาพของโรค มีผลทำให้การทำงานของ เกล็ดเลือดผิดปกติ[4] จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและหยุดยาก จนเกิดภาวะช็อก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยรายนี้ โดยผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำ เพื่อทดแทนปริมาณเลือดที่สูญเสียไปอย่างทันเวลา ระบบไหลเวียนเลือดกลับสู่ปกติและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อก ที่ทำให้การทำงานของอวัยวะหรือระบบต่างๆล้มเหลวตามมา เช่น ระบบหัวใจ ระบบหายใจ สมอง และระบบเลือด เป็นต้น[5] อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายนี้ยังมีปัญหาที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย ภาวะน้ำเกิน ความสมดุลของเกลือแร่ ภาวะโลหิตจาง แม้การดูแลในครั้งนี้จะมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ด้วยพยาธิสภาพของโรคผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการติดตาม ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำให้ของเสียคั่งในร่างกายลดลงอย่างต่อเนื่องหรือไม่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการชะลอความเสื่อมของไต สารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายมีความสมดุล และผู้ป่วยไม่มีภาวะโลหิตจาง รวมทั้งต้องวางแผนดูแลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารซ้ำอีก

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกควรมีวิธีประเมินความสมดุลหรือความเพียงพอของปริมาณสารน้ำที่ไหลเวียนในร่างกาย ที่มีความแม่นยำกว่าการใช้ประเมินจากอาการและอาการแสดง เช่น Central Venous Pressure (CVP) monitoring

2. ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค การวางแผนจำหน่ายควรมีสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง นักจิตวิทยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

เอกสารอ้างอิง

1.ฐานาถ พลานุเวช. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนในโรงพยาบาลราชบุรี.วารสารแพทย์เขต 4-5 2564; 40(3): 413-427.

2. อนงค์ คำบุตดา. การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2561; 15(3): 187-197.

3. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2563- 2565[อินทราเน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/

4. โสมพันธ์ เจือแก้ว และศิราณี เครือสวัสดิ์. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายที่มารับการผ่าตัดใส่สายสวนระยะยาวเพื่อฟอกเลือดในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด. งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2557.

5. รัชนี ผิวผ่อง. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ. [อินเตอร์เน็ต] 2564. [สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก https://dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/

ผลของการใช้เทคนิคการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

The Achievement of using the operating nurses' coaching techniques in compliance with patient care guideline for surgical safety at Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: March 9,2024 ; Revised: March 10,2024 ; Accepted: March 13,2024)

อัญชะนา สงโพธิ์กลาง[1]
Anchana Songphoklang[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้เทคนิคการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลวานรนิวาสไม่เกิน 5 ปี จำนวน 12 คน โดยมีผู้สอนงานคือพยาบาลที่มีประสบการณ์นานกว่า 5 ปี และเป็นหัวหน้าประจำห้องผ่าตัดแต่ละห้อง จำนวน 6 คน ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด แบบบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เทคนิคการสอนงาน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมเทคนิคการสอนงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบใช้ Wilcoxon Signed Rank test

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลังใช้เทคนิคการสอนงานสูงกว่าก่อนใช้เทคนิคการสอนงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-3.072, p=0.002) และก่อนใช้เทคนิคการสอนงานพบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 16 ครั้ง แต่ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หลังใช้เทคนิคการสอนงาน ส่วนผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เทคนิคการสอนงานอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด

คำสำคัญ: เทคนิคการสอนงาน, ห้องผ่าตัด, ความปลอดภัย

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the achievement of using the operating nurses' coaching techniques in compliance with patient care guideline for surgical safety at Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province. The sample were 12 registered nurses who worked in the operating room less than 5 years, Coach were 6 registered nurses who was the head of each operating room with experience more than 5 years. The study was conducted between the months of December 2023 to February 2024. The instrument of data collection included; the questionnaires of demographic, nursing of surgical patient safety skills assessment, adverse event recording form, and satisfaction with coaching technique. The experimental instrument was coaching technique program. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The comparative statistic used Wilcoxon signed rank test.

The results showed; the average score of nursing skills after using the coaching technique was higher than before, significantly (Z=-3.072, p=0.002). And before using the coaching technique, there were 16 adverse events but not found after using the coaching technique. The satisfactions with using the coaching technique were the level of highest.

Key word: coaching technique, operating room, safety.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

บทนำ

การผ่าตัดเป็นการรักษาผู้ป่วยให้หายหรือบรรเทาอาการของโรค ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัย ถูกต้องตามมาตรฐาน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด[1] จากการสำรวจในประเทศไทยพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดในห้องผ่าตัด ได้แก่ การตกค้างของสิ่งแปลกปลอมในร่างกายผู้ป่วย ทำให้เกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ ร้อยละ 38.0 ความล้มเหลวของการผ่าตัด ร้อยละ 23.8 และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดร้อยละ 9.5 เป็นต้น[2] แม้ว่าจะเป็นเหตุการณ์ที่พบได้ไม่บ่อย แต่หากเกิดขึ้นจะก่อให้เกิดผลเสียที่รุนแรงแก่ผู้ป่วย อาจส่งผลต่อผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดตามมาได้ รวมถึงการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นประเด็นที่องค์การอนามัยโลกและ โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การอนามัยโลกจึงได้พัฒนาแบบตรวจสอบรายการ ผ่าตัดปลอดภัย (WHO surgical safety checklist)[3] และมีการศึกษาที่พบว่าหลังนำ WHO checklist ไปใช้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดจากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 7 ลดอัตราการตายที่เกี่ยวกับการผ่าตัดจากร้อยละ 1.5 เป็นร้อยละ 0.8[4] และยังพบว่าการใช้กระบวนการตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย สามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน อัตราตายและการติดเชื้อของแผลผ่าตัดลงอย่างมีนัยสำคัญ[5] ประเด็นความปลอดภัยเป็นหนึ่งบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วย Invasive Procedure ต่างๆ ที่ต้องกระทำในห้องผ่าตัด ให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลวิสัญญีในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี รวมทั้งประสานกับทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอีกด้วย พยาบาลห้องผ่าตัดนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว ยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด และมีความชำนาญเฉพาะทางด้านอุปกรณ์ หรือเครื่องมือพิเศษที่ได้รับการฝึกฝนพิเศษในการช่วยทำผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย[6] โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบหรือได้รับยาชาเฉพาะตำแหน่ง ในสภาวะที่ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกนับเป็นช่วงวิกฤตในชีวิตผู้ป่วยที่สามารถเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ด้วยเหตุนี้พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำ สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ มีการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจนสำเร็จและปลอดภัย[7] การเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดทำให้ลดอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้[8]

โรงพยาบาลวานรนิวาสได้มีการพัฒนาขยายงานห้องผ่าตัดให้มีห้องผ่าตัด 6 ห้อง มีการขยายบริการให้การผ่าตัดที่มีความซับซ้อนมากขึ้นโดยแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผ่าตัดในระบบศัลยกรรม เช่น การผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป การผ่าตัดตับและท่อทางเดินน้ำดี ผ่าตัดมะเร็งต่างๆ การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารเพื่อการวินิจฉัย การผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การผ่าตัดดามกระดูกด้วยโลหะ และการผ่าตัดสูตินรีเวช เช่น การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องและทางช่องคลอด ผ่าตัดเอาลูกออกทางหน้าท้อง เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันงานห้องผ่าตัดมีการใช้เครื่องมือจำนวนมาก เพื่อรองรับการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น การผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนระหว่างปี 2564-2566

พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดในห้องผ่าตัด ได้แก่ 1) นับเครื่องมือผ่าตัดไม่ครบจำนวน 4 ครั้ง จากการทบทวนหาสาเหตุพบว่าเกิดจากนับเครื่องมือระยะก่อนผ่าตัดครบ ระยะผ่าตัดไม่ครบ แจ้งแพทย์ให้ทราบทันทีก่อนปิดช่องท้อง นับจำนวนเครื่องมือผ่าตัดซ้ำ Fluroscope เพื่อดูเครื่องมือในช่องท้อง แต่ไม่พบเครื่องมือผ่าตัดในช่องท้อง 2) เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัดไม่พร้อม จำนวน 3 ครั้ง ทำให้ได้เลื่อนการผ่าตัด 3) ใส่เลนส์แก้วตาเทียม ผิดประเภท จำนวน 1 ครั้ง 4) ผ่าตัดต้อกระตกผิดข้าง จำนวน 1 ครั้ง และ 5) การเตรียมคนไข้ไม่พร้อม จำนวน 5 ครั้ง หลังจากทบทวนปัญหาพบว่าเกิดจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากภาระงานมาก แม้ว่าจะมีแนวปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้วก็ตาม จากข้อมูลการใช้งานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลวานรนิวาสระหว่างปี 2564-2566 พบว่ามีการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด 3,497 ราย, 5,101 ราย และ 6,029 ราย ตามลำดับ แบ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ 2,480 ราย, 3,927 ราย, และ 4,579 ราย ตามลำดับ เป็นการผ่าตัดเล็ก 1,017 ราย, 1,174 ราย และ 1,450 ราย ตามลำดับ และจากภาระงานห้องผ่าตัดที่มากขึ้นนี้เองทำให้มีการเปิดรับพยาบาลวิชาชีพเข้ามาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมากขึ้นเพื่อรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นอยู่เรื่อยๆ ปัจจุบันงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลวานรนิวาสมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอยู่ทั้งหมด 19 คน แบ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดไม่เกิน 5 ปี จำนวน 12 คน ปฏิบัติงานระหว่าง 6-10 ปี จำนวน 6 คน และปฏิบัติงานห้องผ่าตัดมากกว่า 10 ปี มีจำนวน 1 คน จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยให้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการนำเทคนิคการโค้ชหรือการสอนงานมาใช้ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนด โดยที่หัวหน้างานเข้าไปช่วยให้บุคลากรใหม่เกิดการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานด้วยการแนะนำมอบหมายงานและให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับทั้งในด้านผลงานและพฤติกรรมการทำงานเพื่อให้ผู้ใต้บังคับบัญชาหรือบุคลากรใหม่พัฒนาความรู้ความสามารถและปรับปรุงพฤติกรรมการปฏิบัติงาน[9] การสอนงานยังเป็นวิธีการที่ช่วยให้บุคลากรใหม่สามารถปรับความสมดุลระหว่างการทำงานและการเรียนรู้[10] ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมทำงาน[11] การสอนงานเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้สำหรับการสอนเทคนิคและวิธีการปฏิบัติงานที่ทำได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อยแต่มีประสิทธิภาพสูง[12] อีกทั้งมีการศึกษาวิจัยที่พบว่าการสอนงานเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรู้และทักษะในการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ[13] และการศึกษาผลของการใช้เทคนิคการสอนงานทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และพบว่าหลังจากใช้โปรแกรมการสอนทำให้พยาบาลใหม่ทั้งหมดมีค่าคะแนนทักษะสัมพันธ์กับเนื้อหาการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจนำเทคนิคการสอนงานมาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้เทคนิคการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังใช้เทคนิคการสอนงาน

2) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังใช้เทคนิคการสอนงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อการใช้เทคนิคการสอนงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

สมมติฐานการศึกษา

1) พยาบาลห้องผ่าตัดมีทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลังใช้เทคนิคการสอนงานสูงกว่าก่อนใช้เทคนิคการสอนงาน

2) อุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังใช้เทคนิคการสอนงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดน้อยกว่าก่อนใช้เทคนิคการสอนงาน

3) พยาบาลห้องผ่าตัดพึงพอใจต่อการใช้เทคนิคการสอนงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการใช้เทคนิคการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 12 คน แผนกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรในการศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำห้องผ่าตัดโรงพยาบาลวานรนิวาส ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน ใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้คือ ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดไม่เกิน 5 ปี ไม่อยู่ในระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาพักผ่อน และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอนการศึกษา ต้องการถอนตัวออกจากการศึกษา ไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา ผู้ร่วมวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดผู้สอนงาน ซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมากกว่า 5 ปี เป็นพยาบาลหัวหน้าประจำห้องผ่าตัดแต่ละห้อง จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลห้องผ่าตัด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด การได้รับอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านความปลอดภัย เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยให้ผู้สอนงานเป็นผู้ประเมินทักษะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับการสอนงาน มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 3 ระดับ ค่าคะแนน 1-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16-48 คะแนน การแปลผลพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[18] มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ได้คะแนนระหว่าง 16-29 คะแนน ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง 30-39 คะแนน และระดับสูง ได้คะแนนระหว่าง 40-48 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก

การทบทวนวรรณกรรม โดยบันทึกเหตุกาณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจำแนกเป็น ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เป็นต้น

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงใจต่อการใช้เทคนิคการสอนงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า ระดับการให้คะแนนกำหนดไว้ตั้งแต่ 1-5 โดย 5 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางบวกที่สุด และ 1 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางลบที่สุด การแปลความหมายค่าคะแนนได้ดังนี้[19] ไม่พึงพอใจ คือ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 พึงพอใจน้อย คือ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 พึงพอใจปานกลาง คือคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 พึงพอใจมาก คือคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 และพึงพอใจมากที่สุด คือคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเทคนิคการสอนงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากสมรรถนะการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย[16] ร่วมกับระบบตรวจสอบความถูกต้องในผู้ป่วยผ่าตัดขององค์การอนามัยโลก[3] และใช้เทคนิค Coaching[17] มาใช้ในการสอนงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด แบบบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมเทคนิคการสอนงาน และโปรแกรมเทคนิคการสอนงาน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ประจำห้องผ่าตัด 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดนานกว่า 10 ปี 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC ภาพรวมอยู่ระหว่าง 0.92-0.97

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบประเมินทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมเทคนิคการสอนงาน ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 20 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ โดยพบว่าแบบประเมินทักษะและแบบประเมินความพึงพอใจได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.89 และ 0.93 ตามลำดับ ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นตอนเตรียมการ

ผู้วิจัยทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และแนวทางแก้ไขปัญหา

ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และจัดทำโปรแกรมการสอนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

เขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว จัดประชุมทีมที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานแผนกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลวานรนิวาส เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่องค์กรและผู้รับบริการจะได้รับจาก

การศึกษา รวมถึงการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมงานแต่ละคน

ประชุมเพื่อจัดตั้งคณะทำงานในการสอนงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยมีคุณสมบัติคือเป็นหัวหน้าประจำห้องผ่าตัดห้องที่ 1-6 เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี และมีหน้าที่ในการสอนงานตามแนวปฏิบัติและประเมินทักษะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดผู้รับการสอนงาน หลังจากนั้นผู้วิจัยทำหน้าที่ในการทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้สอนงานประจำห้องผ่าตัดต่างๆทั้ง 6 ห้อง อธิบายขั้นตอนการสอนงานตามเทคนิคการสอนงานตามแนวปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพผู้สอนงานได้ซักถามข้อสงสัย

ขั้นดำเนินการ

จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดผู้รับการสอนงานจำนวน 12 คน ร่วมกับผู้สอนงาน 6 คน จับฉลากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพผู้รับการสอนงานเข้าประจำห้องผ่าตัด 6 ห้องๆละ 2 คน

ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมเทคนิคการสอนงาน ขั้นตอนการสอนงาน การลงมือปฏิบัติงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน และผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอย่างละเอียด เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดผู้รับการสอนงานได้ซักถามข้อสงสัยก่อนเริ่มดำเนินการ

ให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่รับการสอนงานแต่ละห้อง ปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ 3 วัน โดยให้ผู้สอนงานสังเกตทักษะและประเมินทักษะการปฏิบัติครั้งที่ 1 ก่อนดำเนินโปรแกรม

เริ่มโปรแกรมเทคนิคการสอนงาน โดยผู้สอนงานแต่ละห้องผ่าตัดทั้ง 6 คน จัดประชุมกลุ่มย่อยกับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดผู้รับการสอนงาน อธิบายวัตถุประสงค์ของการสอนงานอย่างละเอียด ตั้งเป้าหมายการเรียนรู้ตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและจัดทำแผนการสอนงานร่วมกัน และทบทวนการปฏิบัติหน้างาน สาธิตการปฏิบัติ และฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพผู้รับการสอนงานได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยและให้ความกระจ่าง

พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัดผู้รับการสอนงาน ปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลังได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 2 เดือน โดยมีผู้สอนงานสังเกตทักษะการปฏิบัติงาน ชื่นชม ให้กำลังใจและอธิบายขั้นตอนหรือทักษะการปฏิบัติที่ผู้รับการสอนงานติดขัด และประเมินทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดผู้รับการสอนงานหลังดำเนินโปรแกรม 1 เดือน เป็นการประเมินทักษะครั้งที่ 2 และประเมินครั้งที่ 3 หลังดำเนินโปรแกรม 2 เดือน

ผู้วิจัยติดตามนิเทศโปรแกรมเทคนิคการสอนงานตามห้องผ่าตัดแต่ละห้อง จำนวน 2 ครั้งในเดือนที่ 1 หลังดำเนินโปรแกรมเพื่อให้กำลังแก่ผู้สอนงานและผู้รับการสอนงาน ส่วนในเดือนที่ 2 ติดตามนิเทศงานแต่ละห้องผ่าตัด จำนวน 1 ครั้ง

หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการตามโปรแกรมเทคนิคการสอนงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดผู้ได้รับการสอนงานทำการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมเทคนิคการสอนงานที่ได้รับ

ผู้สอนงานแต่ละห้องลงบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังดำเนินโปรแกรม

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ผลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล: ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2566–กุมภาพันธ์ 2567 ใช้เวลา 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล: นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณ (Normal Distribution) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) แต่พบว่าการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นไปตามปกติจึงใช้

สถิติเปรียบเทียบ Wilcoxon signed rank test ส่วนข้อมูลทั่วไป อุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และความพึงพอใจต่อการใช้เทคนิคการสอนงาน ใช้สถิติพื้นฐานเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง: งานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2023-071 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างแบบเคร่งครัด

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลห้องผ่าตัด: พยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 58.3 ($\overline{X}$=28.17 ปี, S.D.=3.52 ปี, Max=32 ปี, Min=22 ปี) สถานภาพโสด ร้อยละ 91.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.0 ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 75.0 ส่วนประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 83.3 เคยได้รับการอบรมเรื่องความปลอดภัย (2P safety/3P safety) ร้อยละ 66.7

ทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด: ก่อนใช้เทคนิคการสอนงานพบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่มีทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.0 รองลงมาคือมีทักษะการพยาบาลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 41.7 และทักษะการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 8.3 ตามลำดับ หลังใช้เทคนิคการสอนงานพบว่าทักษะการพยาบาลอยู่ในระดับสูงทุกคนคิดเป็นร้อยละ 100.00

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนและหลังใช้เทคนิคการสอนงานโดยใช้สถิติ Nonparametric ด้วยเทคนิค Wilcoxon signed rank test พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการพยาบาลหลังใช้เทคนิคการสอนงานสูงกว่าก่อนใช้เทคนิคการสอนงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-3.072, p=0.002) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนและหลังการใช้เทคนิคการสอนงาน

ตัวแปร	n	Mean rank	Sum of Ranks	Z	p
ก่อนใช้เทคนิคสอนงาน Negative Ranks	0	0.00	0.00	-3.072	0.002*
หลังใช้เทคนิคสอนงาน Positive Ranks	12	6.50	78.00		

* p<.05

อุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์: อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อนใช้เทคนิคการสอน 3 เดือน พบอุบัติการณ์ในระยะก่อนผ่าตัด จำนวน 16 ครั้ง ได้แก่ เซนต์ยินยอมระบุการผ่าตัดไม่ถูกต้อง จำนวน 3 ครั้ง ใส่เอกสารผิดคน จำนวน 3 ครั้ง ไม่ติดป้ายข้อมือผู้ป่วยจำนวน 2 คน และมีสิ่งของติดมากับผู้ป่วย จำนวน 6 ครั้ง แต่หลังใช้เทคนิคการสอนงานไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์

ความพึงพอใจต่อการใช้เทคนิคการสอนงาน: ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อการใช้เทคนิคการสอนงานในภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\overline{X}$=4.92, 0.33) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดด้วยเช่นกัน

อภิปรายผล

พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีความสำคัญในทีมสุขภาพ ต้องเป็นผู้ที่มีศักยภาพทางด้านความคิดและสติปัญญา มีความรู้ทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาล เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้บริการแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและจิตสังคม โดยเริ่มต้นตั้งแต่ให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด[20] นอกจากนี้จะต้องมีทักษะในการจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด รู้หลักการทำให้ปลอดเชื้อ เทคนิคปลอดเชื้อ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ถูกต้องเหมาะสม ตามแผนการรักษาและมาตรฐานการพยาบาล เพื่อไม่ให้ส่งผลเสียให้เกิดภาวะที่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วยได้ การพัฒนาศักยภาพพยาบาลห้องผ่าตัดที่ยังมีประสบการณ์การทำงานไม่นานจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ การพัฒนาทักษะพยาบาลห้องผ่าตัดด้วยการใช้เทคนิคการสอนงานโดยพยาบาลผู้มีประสบการณ์จึงสามารถเพิ่มพูนทักษะพยาบาลน้องใหม่ได้เป็นอย่างดี

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าหลังใช้เทคนิคการสอนงานทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสูงกว่าการใช้เทคนิคการสอนงานอย่างนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของกัญจน์ชยา รัตน์ อุดคำมีและคณะ[14] พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการใช้เทคนิคการสอนงานดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของนพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์[15] ที่พบว่าหลังใช้โปรแกรมการสอนงานทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดน้องใหม่มีทักษะการปฏิบัติงานสัมพันธ์กับเนื้อหาการสอนงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่าระบบการสอนงานมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความสามารถของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพเป็นอย่างดี[13,21] สามารถอธิบายได้ว่าการสอนงานเป็นการสอนเทคนิคและวิธีการปฏิบัติงานซึ่งสอนงานโดยผู้ปฏิบัติที่มีความชำนาญในหน้างานนั้นอยู่แล้ว สามารถถ่ายทอดเทคนิคการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรน้องใหม่ให้สามารถปรับสมดุลการทำงานผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมทำงาน ทำให้พยาบาลน้องใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์ได้เข้าใจหลักการทำงานได้ง่ายขึ้นทำให้การสอนงานจากหน้างานมีประสิทธิภาพสูงแต่เสียค่าใช้จ่ายน้อย

ผลการศึกษานี้ยังพบว่าก่อนใช้เทคนิคการสอนงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระยะก่อนผ่าตัด จำนวน 16 ครั้ง แม้จะเป็นอุบัติการณ์ที่ไม่ร้ายแรง แต่ก็นำมาซึ่งความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้ หลังจากใช้เทคนิคการสอนงานไม่พบอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จึงสามารถกล่าวได้ว่าการใช้เทคนิคการสอนงานทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดให้มีทักษะการปฏิบัติงานสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงน้อยลงหรือมีความปลอดภัยมากขึ้นนั่นเอง สอดคล้องกับของศิริรัตน์ จึงสมานและภาวิณี แพงสุข[22] ที่พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และการศึกษาของณัฏฐภัทร์ อัฐวงศ์[23] ที่พบว่าหลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดพบอุบัติการณ์ความผิดพลาดต่อการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดน้อยลง

ส่วนด้านความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อการใช้เทคนิคการสอนงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์[15] ที่พบว่าหลังจากใช้โปรแกรมการสอนทำให้พยาบาลน้องใหม่ที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนงานในระดับมากที่สุดและการศึกษาของศิริรัตน์ จึงสมานและภาวิณี แพงสุข

[22] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในห้องผ่าตัด ทำให้พยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาอยู่ในระดับมากเช่นกัน

กล่าวโดยสรุป การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้เทคนิคการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานส่งผลให้มีทักษะการพยาบาลสูงขึ้น สามารถป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำเทคนิคการสอนงานไปประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานให้กับพยาบาลวิชาชีพน้องใหม่ที่จะมาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดในกลุ่มต่อๆไปและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการสอนพยาบาลวิชาชีพน้องใหม่ในแผนกอื่นๆของโรงพยาบาลได้

2. ควรมีติดตามนิเทศงานการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เป็นการกระตุ้นให้พยาบาลห้องผ่าตัดตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดจนเกิดเป็นชำนาญและกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Thongspaya S & Wivatvanit S. The development of perioperative nurse's competency scale, Rajavithi hospital. Chulalongkorn journal of nursing 2008, 20(2), 129. Thai.
2. Kessomboon P, Pannarunothai S, & Jongsuwiwanwong W. Reliability of chart reviews for detecting adverse events in hospitalized patients: A pilot study. Nonthaburi: Institute for Health Systems Research;2003.
3. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. Haynes AB, Weiser TG, William RB, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J 2009,360(5),491-499.
5. Bergs J, Hellings J, Simons PAM, et al. Surgical safety checklists an update. Acta Chirurgica Belgica 2014, 114(4),219-224.
6. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์;2551.
7. บุศรินทร์ จงใจสุรธรรมและขนิษฐา นาคะ. การปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2560,37(2),27-40.
8. ศรีสุดา พีรวณีชกุล, อนงค์ ศรชัย, วิลาวรรณ ตันติสิทธิพร, คำพอง คำนนท์ และวันเพ็ญ สุกแสง. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2564,31(2),26-41.
9. สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ, Coaching: การพัฒนาผลงานที่มองข้ามไม่ได้. ProductivityWorld 2551, 13(77),72-78.
10. Canadian Nurses Association. Achieving excellence in professional practice: A guide to preceptorship and mentoring. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2004.
11. Donner G, & Wheeler MM. Coaching in nursing: An introduction. Indianapolis: Printing Partners;2009.
12. ประวีณา คาไช. การสอนงานกับการบริหารผลการปฏิบัติงานของพนักงาน. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี 2551,2(2),42-58.
13. จุฬาวรี ชัยวงค์นาคพันธ์, วาสนา บุตรปัญญา, นลินี เดือนดาว, และจีระนันท์ มั่นเหมาะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการ

โค้ชพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2555,20(1),26-34.
14. กัญจน์ชยารัตน์ อุดคำมี, พรธิดา ชื่นบานและลักษณา จันทราโยธากร. ผลของการใช้เทคนิคการสอนงานพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2563, 28(2),18-24.
15. นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์. ผลของการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2564,5(1),1-12.
16. สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร;2554.
17. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. การสอนงาน เปิดโลกทัศน์พัฒนาทุนมนุษย์[อินเตอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นวันที่ 29 กันยายน 2566]. แหล่งข้อมูล http://www.oscc.go.th
18. Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.
19. ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ. การตลาดบริการ. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีเอ็ดยูเคชั่น จำกัด;2549.
20. เรณู อาจสาลี. การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น พี เพรส;2553.
21. ธัญพร ชื่นกลิ่นและวัชรา เล่าเรียนดี. การพัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาลที่ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารศิลปากรศึกษาศาสตร์วิจัย 2555, 4(1),112-129.
22. ศิริรัตน์ จึงสมานและภาวิณี แพงสุข. การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2563,28(2),130-142.
23. ณัฏฐภัทร์ อัฐวงศ์. ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2564,29(1),101-114.

การพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

The Development of Road Safety Management Model by Operation Center Committee Road safety Kumphawapi District, Udon Thani.

(Received: March 10,2024 ; Revised: March 23,2024 ; Accepted: March 24,2024)

ประพัทธ์ ธรรมวงศา[1]
Prapat Thammawongsa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การอุบัติเหตุทางถนนอำเภอกุมภวาปี พัฒนาและประเมินผลรูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาดำเนินการวิจัย สิงหาคม 2566 - มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุ อ.กุมภวาปี ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนน ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) และระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบและผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 1) การขับเคลื่อนสร้างกลไก ศปถ.อำเภอที่มีประสิทธิภาพ 2) การวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุด้วยเครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์ (เครื่องมือ 5 ชิ้น) 3) การจัดการจุดเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางถนนโดยภาครัฐ ท้องถิ่นและชุมชน 4) การประชุม ศปถ.อำเภอ ติดตามอย่างต่อเนื่อง 5) การดำเนินงานแนวทาง กุมภวาปี โมเดล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 50 คน พบว่า ภายหลังดำเนินการค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน ในภาพรวมอยู่ระดับมาก มากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และผลการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ พบว่า จำนวนผู้รับบาดเจ็บลดลงร้อยละ 34.07 และจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงร้อยละ 25.80

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ ความปลอดภัยทางถนน คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ

Abstract

The objective of this participatory action research to study the situation of road accidents in Kumphawapi District and develop and evaluate road safety models using the mechanism of the Kumphawapi District Road Safety Operations Center Committee. Udon Thani Province, conducted from September 2566 to January 2567. The 50 people sample group was selected those who are involved in the operation of the district leadership team. Data collection is divided into 3 phases: Phase 1 : analysis of accident situations in Kumphawapi District; Phase 2 : development of road safety models. Through the quality management process (PAOR) and phase 3, evaluate model development and results. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics to compare means using Paired sample t-test statistics, and qualitative data were content analyzed.

The results of the model development revealed that Road safety model using the mechanism of the Kumphawapi District Road Safety Operations Center Committee. Udon Thani Province consists of 1) driving the creation of a mechanism Effective District Provincial Education Office 2) Accident situation

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

analysis with result-based management tools (5 tools) 3) Management of road accident risk points by the government sector. Local and community 4) District District Education Center meeting to continuously follow up 5) Implementation of Kumphawapi Model guidelines. A sample group of 50 people participated in the activity. It was found that after implementing the average participation in driving the management mechanism road safety Overall, it is at a high level. More than before the operation was statistically significant (p-value < 0.001) and the results of road accidents in the area found that the number of injured persons decreased by 34.07 percent and the number of deaths decreased by 25.80 percent.

Keywords: Model development, Road Safety Management Model, Operation Center Committee Road safety

บทนำ

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญที่สร้างความเสียหายต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างมาก โดยในปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรทั่วโลก 1.19 ล้านคน สูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึง 63 ล้านล้านบาท โดยการเสียชีวิตส่วนใหญ่ พบในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง โดยเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน[1] เพื่อให้บรรลุตามองค์กรสหประชาชาติที่กำหนดประเด็นอุบัติเหตุจราจรไว้ในวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) โดยการลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ.2573[2] องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากเป็นอันดับที่ 9 ของโลก และเป็นอันดับที่ 1 ของเอเชีย และอันดับที่ 1 ของอาเซียน[3] สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2555-2565) มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมถึง 218,928 ราย (เฉลี่ยเสียชีวิต 21,893 คน/ปี หรือ 60 คน/วัน หรือ 2.5 คน/ชั่วโมง) เมื่อพิจารณาปี 2564-2565 มีจำนวนจำนวนผู้เสียชีวิตสูงขึ้นจาก 16,957 ราย เป็น 17,379 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.5 และคิดเป็น 19.62 ต่อแสนประชากร[4] ซึ่งเป้าหมายที่คณะกรรมการในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติกำหนดไว้ไม่เกิน 12 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนภายในปี พ.ศ. 2570

การดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยที่ผ่านมา มีโครงสร้างการบริหารในปี 2554 สำนักนายกรัฐมนตรีได้มีการกำหนดให้มีศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ซึ่งเป็นกลไกการขับเคลื่อนการป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในการจัดทำแผนปฏิบัติการ แผนงาน โครงการ และงบประมาณในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอ เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเข้ามาทำงานร่วมกัน รวมรับรู้ ร่วมคิด รวมดำเนินการรวมประเมินผล โดยมีเป้าหมายรวมกัน[5]

สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอกุมภวาปี ปี 2565 มีจำนวนผู้เสียชีวิตทางถนนจากอุบัติเหตุสูงเป็นอันดับที่ 2 ของจังหวัดอุดรธานี เมื่อพิจารณา 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2563-2565) มีจำนวนผู้เสียชีวิตทางถนนจากอุบัติเหตุทางถนน คือ 34, 35, 31 โดยปี 2565 มีอัตราการเสียชีวิตทางถนนจากอุบัติเหตุทางถนน 25.27 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายของจังหวัดอุดรธานีที่ 20 ต่อแสนประชากร และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดอุดรธานี คือ 23.22 ต่อแสนประชากร[6] จากการวิเคราะห์สถานการณ์เกิดอุบัติเหตุ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนได้แก่ด้านบุคคล พบว่า ประชาชนยังขาดความตระหนักในความปลอดภัย โดยพิจารณาได้จากอัตราการสวมหมวกนิรภัยภัยที่ยังน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ยังเพิ่มขึ้นการขับรถเร็ว การดื่มแล้วขับ ด้านการบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัด ทั้งด้านกำลังคนและการใช้เทคโนโลยี และ ด้านกลไกการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ซึ่งแบ่งเป็นด้านบุคลากรยังต้องเพิ่มทักษะการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพสำหรับนำไปสู่การวิเคราะห์ถึงรากของปัญหาด้านนโยบายและกลไกการทำงาน

แม้ว่าที่ผ่านมามีศูนย์อำนวยการปลอดภัยทางถนนดำเนินการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน แต่ยังไม่สามารถลดการเสียชีวิตลงได้เนื่องจากปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาที่มีหลายมิติและมีความซับซ้อน[7] ยังคงพบข้อจำกัด คือ การบูรณาการระดับอำเภอที่เน้นการแก้ปัญหาแบบอิงบริบทของแต่ละพื้นที่ และการมีส่วนรวมในการดำเนินการของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม[8] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินงานความปลอดภัยทางถนนในการลดอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การอุบัติเหตุทางถนน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

2) เพื่อพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

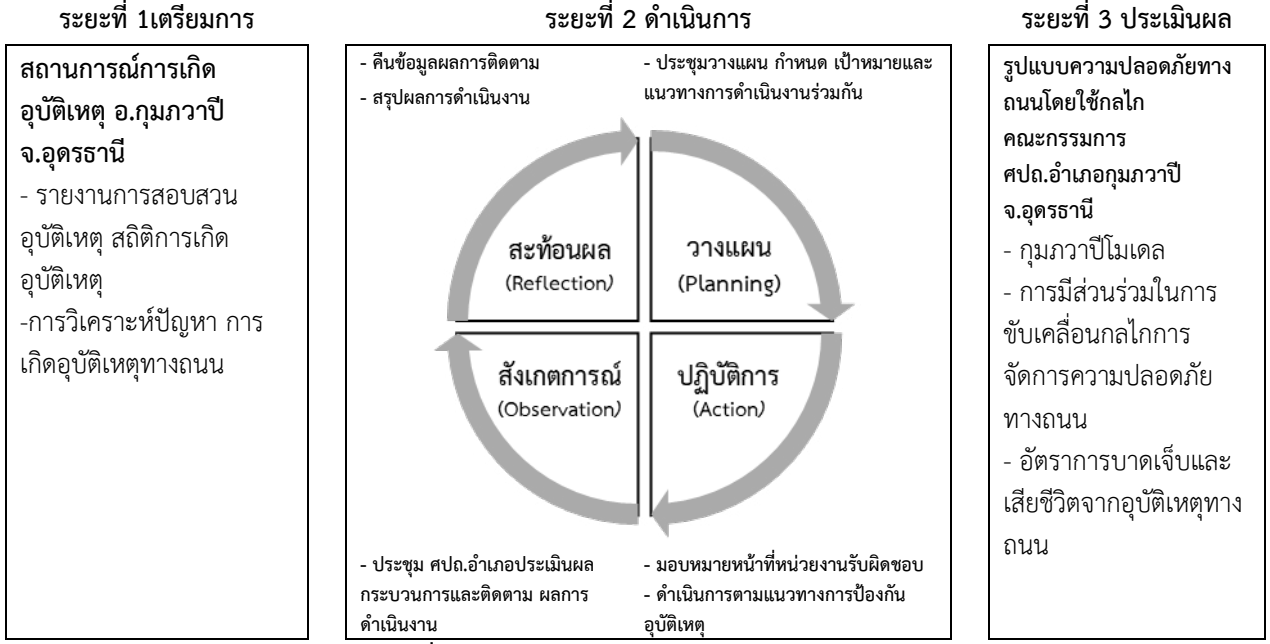
3) เพื่อประเมินผลของรูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ โดยมี 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)[9] แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 – เดือน มกราคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี โดยเป็นบุคลากรผู้ได้รับการแต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ.2554 และส่วนร่วมในการดำเนินงานมาอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 50 คน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด (Conceptual framework)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเตรียมการ ทบทวนสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากฐานข้อมูลรายงานการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance : IS) และข้อมูลการสอบสวนเชิงลึกกรณีศึกษาผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของอำเภอกุมภวาปี ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2565 และนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนมาเป็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนอำเภอกุมภวาปี ร่วมกับคณะอนุกรรมการ ศปถ.อ.กุมภวาปี

2) ระยะดำเนินการ เป็นการพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ โดยใช้กระบวนการ PAOR สะท้อนผลการปฏิบัติงานเป็นนวงจร 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นวางแผน (Plan: P) ขั้นลงมือปฏิบัติ(Action: A) ขั้นสังเกตการณ์(Observe: O) และ ขั้นสะท้อนผล (Reflection: R) โดยมีกระบวนการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan; P)
ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action; A)
ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe; O)
ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting; R)

3) ระยะประเมินผล ประเมินผลโดยการใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนอำเภอและจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอกุมภวาปี หลังจากนั้นสรุปและประเมินผล

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ซึ่งนำค่าคะแนนมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยและกำหนดเกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนน 3.51 – 5.00 หมายถึง มีส่วนร่วมมาก
ค่าคะแนน 1.51 – 3.50 หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง ค่าคะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง มีส่วนร่วมน้อย ค่าคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีส่วนร่วม

และแบบรายงานข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในพื้นที่อำเภอกุมภวาปี จากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดอุดรธานี และข้อมูลรายงานสถิติผู้ประสบภัยจากรถทั่วประเทศ จากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน (ThaiRSC)[10]

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นประกอบการอภิปรายเป็นรายกรณีในอำเภอกุมภวาปี ที่เป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

1) เครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์ (เครื่องมือ 5 ชิ้น) ประกอบด้วย สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดปัญหา แผนภูมิต้นไม้ บันไดผลลัพธ์การวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้าน และการรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์

2) เครื่องมือวิเคราะห์จุดเสี่ยง ประกอบด้วย ทำแผนที่และคัดเลือกจุดเสี่ยงในชุมชน, จำนวนอุบัติเหตุ และจำนวนผู้เสียชีวิตย้อนหลัง 5 ปี, ค้นหาปัจจัยเสี่ยงจากถนน, สรุปปัจจัยที่ทำให้เกิดการชน, จัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขจุดเสี่ยงในชุมชนระบุหน่วยงานที่รับผิดชอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและ

ความเหมาะสมของเนื้อหา (Content validity) จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทั้งชุด (Index of item objective: IOC) และทำการปรับแก้ไข ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC เท่ากับ 0.84 และความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try–out) กับคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอหนองหาน จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถามโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD) ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ Paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกการสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์มีส่วนร่วม การถอดเทปมาจัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็นสำคัญแล้วนำเสนอด้วยการอธิบายบรรยาย และอภิปราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณา รับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมในคนของ คปสอ. กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ KPEC 42/2566

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การอุบัติเหตุทางถนน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

ผลการศึกษา พบว่า การคมนาคม อำเภอกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปีมีเส้นทางคมนาคมทั้งทางบกและทางรางที่สามารถเดินทางได้สะดวก ทั้งในรูปแบบของการเดินทางของประชาชนและการขนส่งสินค้าซึ่งเป็นทางผ่านของหลายจังหวัด เช่น อุดรธานี ขอนแก่น สกลนคร และกาฬสินธุ์ และเป็นเส้นทางไปในแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญ เช่น ทะเลบัวแดง วัคคำชะโนด สะพานหิน และภูฝอยลม ซึ่งส่งผลต่อปริมาณการใช้รถใช้ถนนเป็นจำนวนมาก ประกอบกับมีโรงงานน้ำตาลขนาดใหญ่ส่งผลปริมาณรถบรรทุกอ้อยจำนวนมาก ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภอกุมภวาปี โดยพบว่าอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นการดำเนินงานตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ขาดการมีส่วนในการแก้ไขด้วยทิศทางเดียวกัน

สถานการณ์อุบัติเหตุอำเภอกุมภวาปีทางถนน ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวน 1,973, 1,755, 1,714 รายตามลำดับ และเสียชีวิต จำนวน 34,35,31 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.48, 28.36 , 25.27 ต่อแสนประชากร โดยในปี 2565 ช่วงวันที่ในการเกิดอุบัติเหตุเสียชีวิต จำแนกเป็นนอกช่วงเทศกาล จำนวน 28 ราย ร้อยละ 90.32 ช่วง 7 วันอันตรายเทศกาลสงกรานต์ จำนวน 2 ราย ร้อยละ 6.45 และช่วง 7 วันอันตรายเทศกาลปีใหม่ 2564 จำนวน 1 ราย ร้อยละ 3.23 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุเสียชีวิต พบว่า ปัจจัยด้านคน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.19 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.26 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.39 ภูมิลำเนาเป็นคนในพื้นที่อำเภอกุมภวาปี ร้อยละ 54.84 พฤติกรรมเสี่ยง พบว่าขับเร็ว ร้อยละ 80.65 ขับตัดหน้ากระชั้นชิด ร้อยละ 45.16 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 88.89 ปัจจัยด้านรถ ยานพาหนะที่เกิดเหตุ คือ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 83.87 และรถคู่กรณี คือ รถกระบะ ร้อยละ 35.48 ปัจจัยด้านถนน ถนนที่เกิดเหตุมากที่สุด คือ ถนนหมายเลข 2 มิตรภาพ ขอนแก่น-อุดรธานี ร้อยละ 29.03 ช่วงที่เกิดคือ

ช่วงเวลากลางคืน ร้อยละ 38.71 และแสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 29.03

จากการถอดบทเรียนของคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอกุมภวาปี พบว่า จุดอ่อนของการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรอยู่ที่ การบังคับกวดขันพฤติกรรมเสี่ยงโดยผ่านกระบวนการบังคับใช้กฎหมายจราจรยังไม่เข้มแข็ง การขาดการวิเคราะห์ข้อมูล ขาดการวิเคราะห์จุดเสี่ยงร่วมกัน และขาดการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย ดังนั้นการเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในชุมชน โดยการบูรณาการเครือข่ายต่างๆ โดยใช้หลักการดำเนินงานที่มุ่งเน้นให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมชุมชนให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองของชุมชน (Community Self-Managed) และภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และภาคประชาสังคมบนฐานการจัดการและเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Management/Learning) เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และลดพฤติกรรมเสี่ยงทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน (Safe Community)

2. รูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

2.1 ผลการประชุมศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปีในการพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนอำเภอกุมภวาปี ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการการพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

2.1 ขั้นวางแผน(Plan; P) โดยผู้มีส่วนร่วมได้ร่วมกันกำหนดวางแผน และมอบหมายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้ 1) สร้างกลไก ศปถ.อำเภอที่มีประสิทธิภาพ ในระดับอำเภอโดยมีคำสั่ง อนุกรรมการ ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.อปท. ครบทุกพื้นที่ และมีการมอบหมายหน้าที่ชัดเจน ประชุมขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน ผ่าน ศปถ.อำเภอ และพัฒนาทักษะให้แก่คณะกรรมการเพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงาน 2) การวิเคราะห์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุบนท้องถนนของพื้นที่ด้านบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเลือกประเด็นที่ สำคัญมาวิเคราะห์ ด้วยแผนภูมิต้นไม้ เพื่อหารากของปัญหา และกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาและสร้างบันไดผลลัพธ์ และวิเคราะห์แรงเสริม แรงต้าน พร้อมค้นหาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action; A) จัดประชุมคณะกรรมการฯ จำนวน 6 ครั้ง ประชุมร่วมกับท้องถิ่น 13 ครั้ง ออกสอบสวนอุบัติเหตุการเสียชีวิตและพื้นที่สภาพถนนจุดเสี่ยง 12 ครั้ง ผลการวิเคราะห์กรณีศึกษา พบว่า การเกิดอุบัติเหตุมีสาเหตุหลักจากผู้ขับขี่ หรือ ผู้ประสบเหตุในเรื่องของพฤติกรรม การขับขี่รถ จุดเสี่ยงได้รับการแก้ไขด้านวิศวกรรมจราจร จำนวน 5 จุด ผ่านกลไกการดำเนินงานของ ศปถ.อปท. ศปถ.อำเภอ และศปถ.จังหวัด โดยติดตามสถานการณ์ประจำวันทุกวัน มีการถ่ายทอดนโยบายและมอบหมายหน่วยงานเกี่ยวข้องตามสถานการณ์ โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานตามแผนจากขั้นตอนที่ 1

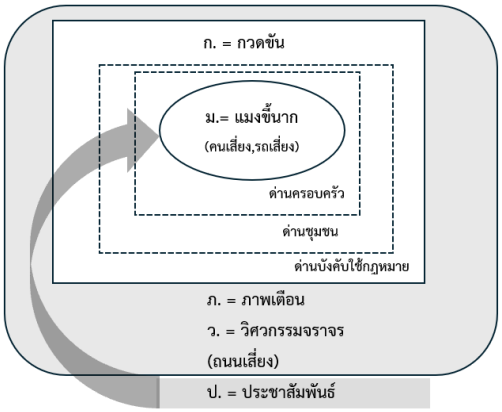
2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observe; O) จากคณะกรรมการ และผู้มีส่วนร่วมได้ร่วมกันติดตามและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ดังนี้ ส่วนใหญ่ เข้าใจวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานที่ต้องการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุ และ นำมาวางแนวทางการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรร่วมกัน ผลการสังเกตการดำเนินงาน พบว่า รูปแบบการทำงานของเครือข่ายมีการประสานงาน ทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการใช้ความมีส่วนร่วมและหลักวิชาการของแต่ละหน่วยงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อสารในเชิงสร้างสรรค์ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนคณะกรรมการฯ พบว่า มาตรการการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิต มีการกวดขันเข้มงวดของการบังคับใช้กฎหมายมีการปรับปรุงวิศวกรรมจราจรตาม

แนวทางที่ ได้จากการวิเคราะห์สาเหตุฯ สร้างแหล่งเรียนรู้สร้างกระแสและความตระหนักด้านป้องกันอุบัติเหตุจราจรให้แก่ชุมชนโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนน เกิดรูปแบบการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทางถนน “กุมภวาปี โมเดล” ดังนี้

- ก.กวดขัน มีการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอุบัติเหตุหรือรถเสี่ยงเข้าสู่ถนน โดยผ่านทาง 3 หลัก คือ ด่านครอบครัว ซึ่งเป็นด่านแรกโดยบุคคลในครอบครัวว่ากล่าว ตักเตือน โน้มน้าว และควบคุมไม่ให้คนในบ้านมีพฤติกรรมเสี่ยง ด่านชุมชน เป็นการป้องกันโดยคนในชุมชนเดียวกันในการป้องกันดูแลพฤติกรรมเสี่ยง โดยสร้างธรรมนูญหมู่บ้านในการจัดการความปลอดภัยทางถนน และสุดท้ายด่านบังคับใช้กฎหมาย เน้นการบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างจริงจัง

- ม.แมงขี้นาก คือ กลุ่มเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน เช่น เมาแล้วขับ ขับรถ

-



ภาพที่ 2 รูปแบบ “กุมภวาปี โมเดล”

2.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting; R) ประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการเปรียบเทียบก่อนและหลังกับสถิติข้อมูลการบาดเจ็บ และเสียชีวิต จุดเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง พาหนะเสี่ยง ถนนเสี่ยง ฯลฯ ให้กับที่ประชุม ตามการพัฒนารูปแบบให้ภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ เพื่อรับรู้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม เร็ว แต่งรถซิ่ง รถจักรยานยนต์พ่วงข้าง โดยการอบรมให้ความรู้ให้ความเกิดตระหนัก ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

- ภ.ภาพเตือน คือ การใช้รูปแบบต่างๆ เพื่อใช้รถใช้ถนนเกิดภาพเตือน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อเกิดอุบัติเหตุ เช่น ป้ายเตือนจุดเสี่ยง,สัญลักษณ์,สัญญาณ,ไฟส่องสว่าง เป็นต้น

- ว.วิศวกรรมจราจร คือ การแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยงต่างๆ โดยใช้หลักวิศวกรรมจราจร ในการแก้ไข

- ป.ประชาสัมพันธ์ คือ ประชาสัมพันธ์และการสื่อสารข้อมูลต่างๆ ในหลายๆช่องทาง เช่น หอกระจายข่าว Facebook Line เป็นต้น ให้ประชาชนได้ทราบถึงข้อมูลเกิดความตระหนัก และการปฏิบัติที่ถูกต้อง เช่น สถิติการเกิดอุบัติเหตุ จุดเสี่ยง มาตรการแนวทางต่างๆ ที่ประกาศใช้เกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนน

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงานให้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน มาวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกันเพื่อสรุปและถอดบทเรียน สะท้อนผลการดำเนินงาน เพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป

.3ผลของรูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.00 อายุเฉลี่ย 45.94 ± 8.61 ปี ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ร้อยละ 74.00 ระดับการปฏิบัติงาน ระดับผู้ปฏิบัติการ ร้อยละ 36.00 มีประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 42.00 การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการ

จัดการความปลอดภัยทางถนน จากการวิเคราะห์พบว่าก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยภาพรวมร้อยละ 2.73 อยู่ระดับปานกลาง และหลังดำเนินการค่าเฉลี่ยภาพรวมร้อยละ 4.13 อยู่ระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี พบว่า หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการทดลอง (n=50)

การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ (n=50)		หลังดำเนินการ (n=50)		$\bar{d}$	t	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
1. กลไกคนทำงาน	2.92	1.12	4.12	0.89	1.20	5.93	0.79 – 1.60	<0.001
2. กลไกระบบข้อมูล	3.12	0.87	4.35	0.56	1.23	8.40	0.93 – 1.52	<0.001
3. กลไกแผนปฏิบัติงาน	2.10	0.92	3.83	0.78	1.73	10.14	1.39 – 2.07	<0.001
4. กลไกการกำกับติดตามประเมินผล	2.78	1.02	4.23	0.86	1.45	7.68	1.07 - 1.82	<0.001
ภาพรวม	**2.73**	**0.98**	**4.13**	**0.77**	**1.35**	**7.65**	**1.00 – 1.69**	<0.001

ข้อมูลจากรายงาน ThaiRSC พบว่า ปี 2566 หลังดำเนินการมีจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงเมื่อเปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลัง ถึงร้อยละ 34.07 ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดอุดรธานี พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2566 หลังดำเนินการมีจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงเมื่อเปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลัง ถึงร้อยละ 25.80 ซึ่งมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 18.75 ต่อแสนประชากร และช่วงเทศกาล 7 วันอันตราย หลังดำเนินการไม่มีผู้เสียชีวิตจากจากอุบัติเหตุทางถนน

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอกุมภวาปี เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ

ข้อมูลอุบัติเหตทางทางถนน	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ
	2563	2564	2565	2566
จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (คน)	1,973	1,755	1,714	1,130
ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (คน)	34	35	31	23
อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ต่อแสนปชก.)	27.48	28.36	25.27	18.75
ช่วงเทศกาล				
- นอกช่วงเทศกาล	31	34	27	23
- 7 วันอันตราย เทศกาลสงกรานต์	1	0	2	0
- 7 วันอันตราย เทศกาลปีใหม่	2	1	2	0

อภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาสถานการณ์การอุบัติเหตุทางถนน เพื่อพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน และประเมินผลของรูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ จากผลการศึกษาซึ่งพบว่าปี 2563 สถานการณ์การพบว่าอุบัติเหตุจำนวนผู้เสียชีวิตของอำเภอกุมภวาปีสูงเป็นอันดับ 2 ของจังหวัดและมีอัตราการเสียชีวิต 25.27 ต่อแสนประชากรซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของจังหวัดคือ 20 ต่อแสนประชากร การขับเคลื่อนงานในการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนจะมีการดำเนินงานเฉพาะบทบาทแต่ละหน่วยงานรับผิดชอบ ยังขาดการบูรณาการร่วมกันและความต่อเนื่องในการปฏิบัติในพื้นที่ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพื้นที่ในการเกิดอุบัติเหตุเสียชีวิตจำนวนมาก มีด้านกายภาพ เส้นทางคมนาคมของเป็นเขตเชื่อมต่อระหว่างอำเภอ เป็นเส้นทางสายหลัก จึงมีรถสัญจรผ่านจำนวนมาก ซึ่งรถที่สัญจรผ่านไปมาจะใช้ความเร็วรถสูง ในด้านระบบการป้องกันและควบคุมกำกับในการดำเนินการเรื่องการลดการเกิดอุบัติเหตุยังไม่มีความชัดเจน การบูรณาการและการส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ และมาตรการทางกฎหมายยังไม่เข้มงวด การมีส่วนในการแก้ไขด้วยทิศทางเดียวกัน จุดอ่อนของการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรอยู่ที่การขาดการวิเคราะห์ข้อมูล ขาดการวิเคราะห์จุดเสี่ยงร่วมกันและขาดการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย[11-12]

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้เกิดแนวทางและหมายที่ชัดเจนในการจัดการเพื่อสร้างความปลอดทางถนน ในการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอที่มีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการพัฒนา เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการและร่วมประเมิน การดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย 1) การขับเคลื่อนสร้างกลไก ศปถ.อำเภอที่มีประสิทธิภาพ 2) การวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุด้วยเครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์ (เครื่องมือ 5 ชิ้น) 3) การจัดการจุดเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางถนนโดยภาครัฐ ท้องถิ่นและชุมชน 4) การประชุม ศปถ.อำเภอ ติดตามอย่างต่อเนื่อง 5) การดำเนินงานแนวทางกุมภวาปี โมเดล ประกอบด้วย ก.กวดขัน ในการเฝ้าระวังและป้องพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงอุบัติเหตุโดยการควบคุมผ่าน 3 ระดับ คือ ด่านครอบครัวใช้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด่านชุมชนใช้ธรรมนูญชุมชน ด่านบังคับใช้กฎหมายจราจร สอดคล้องกับผลศึกษาจากการใช้ศักยภาพด่านครอบครัวในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและการทำหน้าที่การดูแลสมาชิกในครอบครัวในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนได้[13] ประกอบกับการใช้ธรรมนูญตำบลสู่การปฏิบัติในการขับเคลื่อนโดยเลือกประเด็นที่จะขับเคลื่อนโดยการวิเคราะห์ข้อมูล สร้างความร่วมมือกับชุมชนในการในการสื่อสารและจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ส่งผลให้อุบัติเหตุทางถนนลดลง[14] และการบังคับใช้กฎหมาย มีผลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ[15] ม. แมงขึ้นาก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอุบัติเหตุสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่าประชาชนมีพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากระดับต่ำ ร้อยละ 50.0 เพิ่มเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 54.7 ลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน[16] ภ. ภาพเตือนในเตือนให้เพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ว. วิศวกรรมจราจร เป็นการคืนข้อมูลสถานที่เกิด

อุบัติเหตุบ่อยอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนในการแก้ไขจุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุตามหลักมาตรฐานสอดคล้องกับผลการศึกษาวิศวกรรมการจราจร (Engineering) เป็นยุทธศาสตร์ด้านการดำเนินการใช้หลักวิศวกรรมจราจรมาดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยให้มีการเร่งปรับปรุงแก้ไขถนนที่มีลักษณะเป็นอันตรายก่อให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง ได้แก่ บริเวณทางโค้งทางแยกการปรับปรุงแก้ไขป้ายสัญญาณป้ายเตือน ป้ายบอกทาง เพื่อให้เกิดความชัดจนลดการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในบริเวณจุดเสี่ยง[17] ป.ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ควรทำเป็นพื้นฐานเพื่อให้คนส่วนใหญ่มีความเข้าใจ ยอมรับมาตรการด้านกฎหมายและวิศวกรรมจราจร การให้ความรู้ หรือการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางจะทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตัว และสนับสนุนต่อการบังคับใช้กฎหมาย[18]

ผลการประเมินหลังนำรูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี พบว่า การมีส่วนร่วมกลไกของของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปีอยู่ในระดับมาก ซึ่งขับเคลื่อนโดยใช้กรอบเครื่องมือ 5 ชิ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน จังหวัดศรีสะเกษ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และ การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา รวมถึงมีการทำมาตรการของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม ก่อนนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด เพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนร่วมกัน[11-12,18] และพบว่าระหว่างหลังดำเนินงาน มีจำนวนการบาดเจ็บจากเกิดอุบัติเหตุทางถนนลดลงกว่าก่อนการดำเนินงาน ทั้งด้านการบาดเจ็บลดลงร้อยละ 34.07 และจำนวนผู้เสียชีวิตลงร้อยละ 25.80 เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไล ศปถ. ส่งผลต่อการลดอุบัติเหตุทางถนน[19-20]

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการขับเคลื่อนกลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภออย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม และเกิดการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ในการกำหนดทิศทางของการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดในด้านคน รถ ถนน และสิ่งแวดล้อมเสี่ยง ตลอดจนการประชาสัมพันธ์สื่อสารมาตรการดำเนินงานอย่างคลอบคลุมและมีประสิทธิภาพกับประชาชนในพื้นที่

2) ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อนำข้อมูลและประสบการณ์การดำเนินงานไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานของแต่ละพื้นที่ให้มีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ได้ดีมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายอำเภอกุมภวาปี คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอกุมภวาปี ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรกุมภวาปี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนราชการทุกหน่วยงาน ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนในการลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอกุมภวาปี ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2023. Geneva: World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health

Organization; 2018.
3. วิทยา ชาติบัญชาชัย. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนและการจัดการกับปัญหาของประเทศไทย. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย 2565; 2(2): 187-198.
4. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก: http://dip.ddc.moph.go.th/new/3base_status_new
5. ปัญญ์ จันทร์พาณิชย และคณะ. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560
6. ศูนย์ข้อมูลกลางด้านการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance : IS). [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dip.ddc.moph.go.th/new/บริการ/is-real-time
7. บุญยืน ศรีสว่าง. แนวโน้มอุบัติเหตุทางถนนและความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนนเขต พื้นที่อำภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2561; 32(4): 1451-1462
8. ธนภัทร สมใจ. รูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข 2564; 1(3): 45-59.
9. Kemmis, S., & Mctaggart, R. The action research planner, Waurn Ponds (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press; 1988.
10. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. รายงานสถิติผู้ประสบภัยจากรถทั่วประเทศ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค.2566].เข้าถึงได้จาก:https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZWFkZWYzNjMtMzlmNy00ZGI1LWJkNTItNGQ3ZDk2MDNkMGVmIiwidCI6IjBiNTRkMTRlLTMyYTktNGEyMC1iOTVhLTgzMWQ0ZTQ5MmE5NyIsImMiOjEwfQ%3D%3D
11. รังสรรค์ ศรีคราม. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2566; 2(3): 52-66.
12. ศรีสมบูรณ์ คำผง. การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม 2564; 1(2): 72-86.
13. ธนบดี โจทย์กิ่ง. ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพด่านครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ทางถนน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2565; 5(1): 130-154.
14. อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์, ชญานิน กฤติยะโชติ, ณัฐกร โต๊ะสิงห์,ทิพย์สุดา กุมผัน, โชติรส นพพลกรัง. การแปลงธรรมนูญตาบลสู่การปฏิบัติ ประเด็นการจัดการความปลอดภัยทางถนน ตำบลเสียว อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2564; 4(2): 122-133.
15. สุดนิรันดร์ เพชรัตน์, รุ่งอรุณ บุญถ่าน, ศานติ จินตรัตน์. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะย้อนศร:กรณีศึกษาจังหวัดนครนายก. วารสารวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2559; 11(2) : 141-152.
16. ปิยนุช ภิญโย,กิตติภูมิ ภิญโย,กล้วยไม้ ธิพรพรรณ,ประภัสสร ชาวงษ์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565; 49(1): 160-174.
17. ชรินทร์ สุวรรณภูเต. การศึกษาการดำเนินการตามนโยบายป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดหนองคาย. [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552
18. สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์, วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์, อรชร อัฐทวีลาภ, ลักขณา ไทยเครือ. การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วม โดยอาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่ วงรอบที่ 3 จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557; 23(4): 580-590.
19. สารสิน กิตติโพวานนท์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2565; 5(3): 233-245.

20. มนัญชัย รูปต่ำ.การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2563; 7(3): 206-214

ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ

DIGITAL HEALTH LITERACY OF PUBLIC HEALH WORKFORCE IN HEALTH CARE SYSTEM

(Received: December 18,2023 ; Revised: January 15,2024 ; Accepted: January 17,2024)

ศุภรัตน์ ชินวัฒน์โสภณ[1] วิยดา ใจแก้ว[1] จิรวุฒิ คงคา[1] ณฐกร นิลเนตร[1] พัชนา เฮ้งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี[1*]
Suparat Chinwatsopol[1] Wiyada Jaikeaw[1] Jirawut Kongka[1] Nathakon Nilnate[1] Patchana Hengboriboonpong Jaidee[1*]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลและทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 301 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์เพียรสัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.10) มีช่วงอายุ 28-31 ปี (ร้อยละ 61.10) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 97.00) ทำงานตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 93.70) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 55.50) ความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 84.00) ส่วนทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.00) และความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.70) จากการศึกษาพบว่า ระดับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (χ^2 = 8.514, p < 0.010) ส่วนปัจจัยด้านความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลและทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (r = 0.281, p < 0.001; r = 0.575 p < 0.001 ตามลำดับ)
คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล นักสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพ

Abstracts

This study was a cross-sectional survey research aimed to studying the relationship between personal factors, the knowledge of digital, attitude of digital usage with the digital health literacy of public health workforce health care systems. The data was collected from online questionnaires for 301 people. Data were analyzed using descriptive Statistics and Pearson's correlation statistics.

The results of the study found that the majority of the sample were female (79.10%) aged 28-31 years (61.10%) graduated with a bachelor's degree (97.00%) and worked as public health academics (93.70%) in a health promotion hospital Sub-district (55.50%) knowledge of digital is a high level (84.00%), attitude of digital usages is a high level (97.00%) and digital health literacy is high level (96.70%). From the study it was found that the level of information technology use is related to digital health literacy (χ^2 = 8.514, p < 0.010). Knowledge of digital and attitude of digital usages were positively related to digital health literacy. (r = 0.281, p < 0.001; r = 0.575 p < 0.001 respectively).
Keyword: Digital Health Literacy, Public Health Workforce, Health Care System

บทนำ

ในปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากยุคอนาล็อก (Analog) ไปสู่ยุคดิจิทัล (Digital) และยุค

[1] สาขาวิชาการสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
*Corresponding author E-mail: patchana@buu.ac.th

หุ่นยนต์ (Robotic) จึงทำให้เทคโนโลยีดิจิทัลมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตและการทำงาน ข้าราชการซึ่งเป็นแกนหลักของการพัฒนาประเทศ จึงต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบทของการเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดวัฒนธรรมใหม่ (Culture Shock) เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านเทคโนโลยี และเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม[1,2] กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth strategy) (พ.ศ. 2560-2569) เพื่อให้ เทคโนโลยีดิจิทัลและบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร (Information and ommunication technology: ICT) เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและประชาชน สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั่วถึง เป็นธรรมและปลอดภัย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องมีทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในงานสุขภาพ หรือ Digital health literacy ซึ่งเป็นทักษะในการนำเครื่องมือ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาทิ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ แท็บเล็ต โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และสื่อออนไลน์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการสื่อสาร การปฏิบัติงานและการทำงานร่วมกันหรือใช้เพื่อพัฒนากระบวนการทำงานหรือระบบงานในองค์กรให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงนักสาธารณสุขจำเป็นต้องมีทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับที่ดีเพื่อเชื่อมโยงเทคโนโลยีมาสู่การดูแลสุขภาพประชาชน[3]

แนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital health literacy) เกิดขึ้นจากความรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทของเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งสองแนวคิดนี้มีคำจำกัดความในการปฏิบัติงานเหมือนกัน[4] ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลถูกกำหนดให้เป็น “ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และเพื่อใช้ความรู้ที่ได้รับเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ”[5] แม้ว่าเทคโนโลยีจะมีศักยภาพในการปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลและเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ และนำไปสู่การปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ขณะเดียวกันก็อาจเป็นอุปสรรคได้หากผู้รับบริการไม่สามารถใช้เทคโนโลยีได้ ทำให้ไม่สามารถค้นหา ตรวจสอบ และแบ่งปันข้อมูลพร้อมทั้งปกป้องความเป็นส่วนตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลถือเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นสำหรับการแปลงระบบการดูแลสุขภาพแบบอิงผู้รับบริการเป็นระบบการดูแลสุขภาพแบบดิจิทัล[6] ปัจจุบันความรู้ด้านสุขภาพและการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้รับการยอมรับว่าเป็น “ปัจจัยกำหนดสุขภาพขั้นสูงสุดทางสังคม” เนื่องจากสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อรอบรู้ด้านสุขภาพในวงกว้าง และการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตเพิ่งได้รับการยอมรับว่าเป็น “ปัจจัยกำหนดสุขภาพขั้นสูงสุดทางสังคม” ดังนั้นสิ่งเหล่านี้จึงมีผลกระทบต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมที่กว้างขึ้น และปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม[7]

ปัจจุบันการใช้เทคโนโลยีของนักสาธารณสุขมีความสำคัญอย่างมาก รัฐบาลจึงได้ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีที่มีต่อมิติการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ จึงให้ความสำคัญและสนับสนุนให้นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาระบบราชการของประเทศ ที่ผ่านมาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital health literacy) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อวงการแพทย์และการบริการด้านสาธารณสุขของไทย สาธารณสุขจึงมีนโยบายส่งเสริมให้ประเทศพัฒนาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างมีคุณภาพมากขึ้นกว่าเดิม โดยในงานของนักสาธารณสุขจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลรวมถึงทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงาน ทั้งในเรื่องการจัดทำเอกสารวิชาการ จัดทำฐานข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข ทำรายงานและสรุปรายงาน สื่อ

สุขศึกษา สื่อประชาสัมพันธ์ เป็นต้น โดยเน้นเรื่องการจัดการข้อมูลให้เกิดความปลอดภัย และการพัฒนาคุณภาพข้อมูลในระบบฐานข้อมูล ให้เป็นข้อมูลที่มีคุณภาพ สามารถนำมาใช้อ้างอิงและนำมาวางแผนการจัดการด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับการทำงานในปัจจุบัน[1] จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงได้เล็งถึงความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลที่มีความจำเป็นมากขึ้น จึงได้จัดทำงานวิจัยนี้เพื่อหาปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ความรู้ด้านการใช้ดิจิทัล (Knowledge of digital) และทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัล (Attitude of digital usage) ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านดิจิทัลและนำผลของงานวิจัยที่ได้ไปใช้ในการเสริมทักษะทัศนคติด้านความรอบรู้สุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านการใช้ดิจิทัล ระดับทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัล และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการใช้ดิจิทัล ทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงตุลาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักสาธารณสุขที่มีตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขที่จบการศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพชุมชน (หลักสูตร 2554) และสาขาสาธารณสุขชุมชน (หลักสูตร 2559) มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพ สุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenient sampling) และคำนวณหาขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยในกรณีที่ไม่ทราบขนาดประชากรของ Daniel[9] ได้จำนวนทั้งหมด 273 คน เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนและไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามจึงได้เก็บแบบสอบถามสำรองไว้อีกร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 301 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) ปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการขณะที่ทำแบบสอบถาม 3) ยินดีที่จะตอบและสมัครใจที่จะให้ข้อมูลตลอดการทำแบบสอบถาม และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถตอบคำถามได้ครบถ้วน 2) ขอถอนตัวจากการเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นรูปแบบคำถามปลายปิด ซึ่งมีจำนวนคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา หลักสูตรที่สำเร็จการศึกษา ระยะเวลาในการ และระดับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นรูปแบบคำถามปลายเปิด จำนวนคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ ตำแหน่งงาน ลักษณะงาน และประวัติการอบรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านการใช้ดิจิทัล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก โดยในส่วนนี้จะมีคะแนนเต็มทั้งหมด 10 คะแนน ซึ่งถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน และถ้าตอบ

ผิดจะได้ 0 คะแนน คะแนนความรู้ด้านการใช้ดิจิทัล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามแบบของ Bloom[10] ได้แก่ ความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลต่ำ (คะแนนรวม น้อยกว่า 6 คะแนน) ความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลปานกลาง (คะแนนรวม ระหว่าง 6-7 คะแนน) และความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลระดับสูง (คะแนนรวม ระหว่าง 8-10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัล จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 5 ตัวเลือก มีคะแนนเต็มทั้งหมด 70 คะแนน โดยแบ่งตามเกณฑ์ของ Best[11] ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนรวม 14-32 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนรวม 33-51 คะแนน) ระดับสูง (52-70 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ 1) ทักษะการใช้งาน 2) ทักษะการนำทาง 3) การค้นหาข้อมูล 4) การปกป้องความเป็นส่วนตัว 5) การเพิ่มเนื้อหา 6) การกำหนดความเกี่ยวข้อง และ 7) การประเมินความน่าเชื่อถือ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ 5 ตัวเลือก โดยในส่วนนี้จะมีคะแนนเต็มทั้งหมด 105 คะแนน โดยแบ่งตามเกณฑ์ของ Best[11] ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนรวม 21-49 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนรวม 50-76 คะแนน) และระดับสูง (คะแนนรวม 77-105 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว ได้นำเครื่องมือวิจัยไปตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) อยู่ในช่วง 0.67-1.00 และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่ตัวอย่างคือ ตัวแทนนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาซ (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามของความรู้ด้านการใช้ดิจิทัล ทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัล และความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล เท่ากับ 0.930, 0.983, 0.885 ตามลำดับ โดยผลการทดสอบถือว่าเป็นแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และสามารถนำไปใช้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านการใช้ดิจิทัล ทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัล และความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียรสัน (Pearson's Correlation) เพื่อวิเคราะห์สัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลและทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยคำนึงถึงหลักการในการเคารพในบุคคลจึงแสดงรายละเอียดของงานวิจัยไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาก่อนที่จะตอบแบบสอบถาม โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ในหน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Application (Google form) รวมถึงการขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบคำยินยอมก่อนเริ่มตอบแบบสอบถาม อีกทั้งแบบสอบถามไม่ได้ระบุชื่อผู้หนึ่งผู้ใดในการตอบ การ

ตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์นี้จึงถือเป็นความสมัครใจและยินยอมของผู้ตอบแบบสอบถาม หลังจากที่ได้รับทราบรายละเอียดของงานวิจัยเรียบร้อยแล้วถือได้ว่าเป็นการให้ความยินยอมโดยการกระทำ (Consent by action) อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาตามความสมัครใจ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 301 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 238 คน ร้อยละ 79.10 มีช่วงอายุ 28-31 ปี จำนวน 184 คน ร้อยละ 61.10 โดยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 292 คน ร้อยละ 97.00 สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรการจัดการสุขภาพชุมชน หลักสูตร 2554 จำนวน 220 คน ร้อยละ 73.10 มีตำแหน่งงานนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 282 คน ร้อยละ 93.70 มีลักษณะงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 167 คน ร้อยละ 55.50 มีช่วงระยะเวลาในการทำงาน 1-5 ปี จำนวน 175 คน ร้อยละ 58.10 ไม่เคยมีประวัติการอบรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 229 คน ร้อยละ 76.10 และมีระดับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศบ่อยครั้ง (6-7 วันต่อสัปดาห์) จำนวน 234 คน ร้อยละ 77.70

จากการศึกษาระดับความรู้ด้านการใช้งานดิจิทัล ทัศนคติต่อการใช้งานดิจิทัล และความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพ พบว่า ระดับความรู้ด้านการใช้งานดิจิทัลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.00 ในส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดในเรื่องของการปฏิบัติตนในการใช้เทคโนโลยี ร้อยละ 99.30 ในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องน้อยที่สุดคือเรื่องของการเข้ารหัสที่ปลอดภัย ร้อยละ 72.40 ทัศนคติต่อการใช้งานดิจิทัลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.00 ในส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติในระดับสูงในเรื่องของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการทำงานด้านสุขภาพร้อยละ 98.00 แต่มีประเด็นที่มีทัศนคติในระดับปานกลางในเรื่องของเทคโนโลยีให้ประโยชน์มากกว่าโทษร้อยละ 7.60 และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.70

เมื่อวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลรายด้าน พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในระดับสูงที่สุดในด้านทักษะการใช้งาน (4.66 ± 0.25) รองลงมาคือ ด้านทักษะการนำทาง (4.59 ± 0.05) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลด้านปกป้องความเป็นส่วนตัว (4.31 ± 0.30) อยู่ในระดับน้อยที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานของนักสาธารณสุข จำแนกตาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ภาพรวมและรายด้าน (n=301)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล	$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลโดยรวม	4.52	0.14	สูง
ด้านทักษะการใช้งาน	4.66	0.25	สูง
ด้านทักษะการนำทาง	4.59	0.05	สูง
ด้านการค้นหาข้อมูล	4.58	0.01	สูง
ด้านการปกป้องความเป็นส่วนตัว	4.31	0.30	สูง
ด้านการเพิ่มเนื้อหา	4.44	0.02	สูง
ด้านการกำหนดความเกี่ยวข้อง	4.53	0.01	สูง
ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือ	4.52	0.01	สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลและทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพ พบว่า ความรู้ด้านการใช้งานดิจิทัลมีสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมาก ($r = 0.281$, $p < 0.001$) และทัศนคติต่อการใช้งานดิจิทัลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ ($r = 0.575$, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลและทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (n=301)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล	ค่า r	p-value
ความรู้ด้านการใช้ดิจิทัล	0.281	< 0.001*
ทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัล	0.575	< 0.001*

*p-value <0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาระดับความรู้ด้านการใช้ดิจิทัล ระดับทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัล และความรอบรู้สุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลเฉลี่ย ($\overline{X}$=8.88 ± 1.30) อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 84.00 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับที่สูงทำให้มีประสบการณ์และได้เรียนรู้ความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลหรือความรู้ในการใช้งานที่เพิ่มขึ้นมาด้วย อีกทั้งจากการศึกษาระดับทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัล ของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลเฉลี่ย ($\overline{X}$=64.08 ± 7.08) อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 97.00 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุวัยเริ่มต้นทำงานจึงเป็นเหตุให้มีความเข้าใจในเรื่องของการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ยุคดิจิทัลจึงมีการยอมรับการเรียนรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลได้ง่ายเป็นเหตุให้มีทัศนคติที่ดีอยู่ในระดับสูงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mohammedjud Hassen Ahmed et.al.[5] ที่พบว่าบุคลากรทางแพทย์ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.35 และมีระดับทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 66.33 ส่วนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลเฉลี่ย ($\overline{X}$=95.00 ± 9.92) อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 96.70 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศและมีความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลในระดับที่สูงจึงเป็นเหตุให้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในระดับสูงตามไปด้วย ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Mohammedjud Hassen Ahmed et.al.[5] ที่พบว่าบุคลากรทางแพทย์ในประเทศเอธิโอเปียส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 56.40

จากการศึกษาสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลและทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล พบว่า ความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลมีสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ($r = 0.281$, $p < 0.001$) เนื่องจากการที่มีความรู้ความเข้าใจด้านการใช้ดิจิทัลดีจึงทำให้มีความสามารถความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูง จึงเป็นเหตุให้มีสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mohammedjud Hassen Ahmed et.al.[5] ที่พบว่าความรู้ด้านการใช้ดิจิทัลมีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลที่ ($p < 0.001$) และผลการศึกษาพบว่าทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลมีสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลที่ ($r =$

0.575, p < 0.001) เนื่องจากการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัลมีทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลที่ดีจะทำให้มีความสามารถความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูง จึงเป็นเหตุให้มีสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mohammedjud Hassen Ahmed et.al.[5] ที่พบว่าทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลมีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลที่ (p < 0.040) ซึ่งโดยทั่วไปความรอบรู้ด้านสุขภาพและดิจิทัลมักมีการกำหนดแนวคิดผ่านกรอบการทำงานที่อิงตามความสามารถความรอบรู้ด้านสุขภาพแสดงออกมาอย่างละเอียดผ่านเมทริกซ์ 4 มิติ ได้แก่ การเข้าถึง/รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ประมวลผล/ประเมินข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และนำไปใช้/ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมนี้นำไปสู่การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพต่อไป[12]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลทั้งหมด อยู่ในระดับสูง แต่พบว่าข้อมูลทักษะในเรื่องของการปกป้องความเป็นส่วนตัวที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงเพียงเล็กน้อย ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งนักสาธารณสุขควรพิจารณาแนวทางในการที่จะต้องรักษาและปกป้องสิทธิ์เรื่องของการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพไม่แบ่งปันข้อมูลนี้ให้กับบุคคลอื่นทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ

2. เนื่องจากนักสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการใช้อยู่ในระดับสูง แต่มีบางส่วนที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่ามีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องรหัสผ่านที่สะดวกต่อการเข้ารหัสและปลอดภัยต่อการใช้งาน ดังนั้น หากต้องการให้นักสาธารณสุขมีความรู้ด้านการใช้งานดิจิทัลเพิ่มมากขึ้น ควรมีการจัดให้ความรู้ในเรื่องของการสร้างรหัสผ่าน ความปลอดภัยของรหัสผ่าน การเข้าถึง และด้านการใช้ดิจิทัลที่ถูกต้องและทันสมัย

3. จากผลการศึกษาพบว่า ระดับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศไม่น้อยกว่า 6 วันต่อสัปดาห์ ความรู้ด้านการใช้ดิจิทัล และทัศนคติต่อการใช้ดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและนักสาธารณสุขจึงควรนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในงานอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งพัฒนาความรู้และทัศนคติที่มีต่อการใช้ดิจิทัลเพื่อให้สามารถนำมาปรับใช้ในการทำงานได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการปรึกษาสอบถามข้อมูล และขอขอบคุณนักสาธารณสุขทุกท่าน ที่เสียสละเวลาตอบแบบสอบถามและสนับสนุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข. บทสรุปและสาระสำคัญของการปฏิรูปเขตสุขภาพ ระยะที่ 1 มกราคม 2564 - มิถุนายน 2564. [Internet]. 2566. [cited 2023 July 20]. Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/08/บทสรุปและสาระสำคัญ.pdf

2.สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2566). Digital literacy Project โครงการพัฒนาทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีของข้าราชการและบุคคลกรภาครัฐ. [Internet]. 2566. [cited 2023 July 20]. Available from: https://www.ocsc.go.th/DLProject/mean-dlp.

3.เอื้องพร พิทักษ์สังข์ เจียมรัตน์ โพธิ์เย็น จันทนา นามเทพ ราตรี ฉิมฉลอง ธนวัฒน์ ปัญญาวงศ์ วัฒนพรรณ ฤกษ์มงคล และ ศิริพร เลาหสุวรรณพานิช. ทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารสภาการพยาบาล 2566; 38(2): 38-48.

4.Michael Krausz, Jean Nicolas Westenberg, Daniel Vigo Richard Trafford Spence, Damon Ramsey. Emergency Response to COVID-19 in Canada: Platform Development and Implementation for eHealth in Crisis Management. JMIR Public Health Surveillance. 2020; May 15(6): e18995. doi: 10.2196/18995.

5.Mohammedjud Hassen Ahmed, Habtamu Alganch Guadie, Habtamu Setegn Ngusie, Gizaw Hailiye Teferi, Monika Knudsen Gullslett, Samuel Hailegebreal, et al (2022). Digital Health Literacy During the COVID-19 Pandemic Among Health Care Providers in Resource-Limited Settings: Cross-sectional Study. JMIR Nursing, 2022; May 5(1): e39866. doi: 10.2196/39866.

6.Patrick Dunn. Eric Hazzard. Technology approaches to digital health literacy. International Journal of Cardiology. 2019; 293: 294-296.

7.Cynthia J. Sieck, Amy Sheon, Jessica S. Ancker, Jill Castek, Bill Callahan, Angela Siefer. Digital inclusion as a social determinant of health. npj Digital Medicine. 2021;4(1):1–3. doi: 10.1038/s41746-021-00413-8.

8.Jahanpour Alipour, Abolfazl Payandeh. (2022). Assessing the level of digital health literacy among healthcare workers of teaching hospitals in the southeast of Iran. Informatics in Medicine Unlocked, 29(2022). doi: 10.1016/j.imu.2022.100868.

9.Wayne W. Daniel. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons. 1999.

10.Benjamin Bloom, John Thomas Hastings. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw Hill. 1997.

11.John W. Best. Research is Evaluation. (3rded). Englewood cliffs: N. J. Prentice Hall. 1977.

12.Kristine Sorensen, Stephan Van den Broucke, James Fullam, Gerardine Doyle, Jurgen Pelikan, Zofia Slonska, et.al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. [Internet]. 2566. [cited 2023 July 20]. Available from: http://:www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80.

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ในโรงพยาบาลสามชัย ปี พ.ศ.2566

A Case Study : Nursing Care for Patients with Type 2 Diabetes with High Blood Sugar Levels In Samchai Hospital, year 2023.

(Received: December 27,2023 ; Revised: January 29,2024 ; Accepted: February 6,2024)

พรทิพย์ บุษบง[1]
Pornthip Busabong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อเปรียบเทียบการดูแลรักษาและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในโรงพยาบาลสามชัย ปี พ.ศ.2566 และนำผลการศึกษาไปปรับใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นและพัฒนาแนวทางการให้บริการภายในแผนกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 36 ปี เป็นเบาหวานมา 5 ปี มารับยาหลังนัด ไม่ขาดยา ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย อายุ 59 ปี เป็นเบาหวานมา 10 ปี มารับยาตามนัด กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จาก 1) พฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร 2) ไม่ออกกำลังกาย 3)การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีความรู้เรื่องเบาหวานแต่ขาดความตระหนักควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนปัญหาที่ต่างกัน ได้แก่ 1) การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 2) ปัญหาเศรษฐกิจ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือ รูปแบบการให้บริการที่รวมแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยใช้การใช้รูปแบบการลดระดับน้ำตาลในเลือดแบบรายกรณีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This study is a case study of 2 cases. To compare care and nursing processes for patients with type 2 diabetes. with high blood sugar levels in Samchai Hospital in 2023 and apply the results of the study to nursing patients more efficiently and effectively and develop service guidelines within the noncommunicable disease (NCD) department to enable patients to control their sugar levels and reduce complications in diabetic patients.

The results of the study found that the first case study was a 36-year-old Thai man who had been diabetic for 5 years, came to receive medicine after his appointment, and did not miss a dose. The second patient is a Thai woman, age 59 years, who has been diabetic for 10 years, coming to receive medicine as per appointment. Found the same nursing problem: unable to control blood sugar levels. From 1) self-care behaviors such as eating 2) Not exercising 3)Self-awareness and self-concept Have knowledge about diabetes but lack awareness of controlling blood sugar levels. The different problems include: 1) Taking medicine is not continuous 2) Economic problems. Factors for success in providing nursing care to both patients are: A service model that includes a problem-solving approach using a case-by-case blood sugar reduction model that is appropriate for each patient.

Keywords : Nursing care for patients with type 2 diabetes

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่เป็นปัญหาต่อการสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากรายงานสถิติโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1,622 ราย พ.ศ. 2565 จำนวน 1,677 ราย และ 2566 จำนวน 1,734 ราย เมื่อศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี พบว่า ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 288 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.76 % ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 383 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.84% และปี พ.ศ. 2566 จำนวน 221ราย คิดเป็นร้อยละ 12.75% จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ ทั้งที่มีการให้บริการตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งเชิงรับและเชิงรุก รวมทั้งการทำกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบท วิถีชีวิตของประชาชนตามชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่นิยมบริโภคข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก อีกทั้งมีผลไม้รสหวานมากมายตามฤดูกาล ดังนั้น หากขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เหมาะสม จึงเป็นตัวแปรที่สำคัญ อันจะส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้ ทั้งภาวะแทรกซ้อนในระยะสั้นซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน เช่น การเกิดเลือดเป็นกรดจากคีโตน ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว เช่น โรคจอประสาทตาจากเบาหวาน โรคไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ นำไปสู่ความพิการและการสูญเสียชีวิตได้ ความเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวมที่เพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น ดังนั้นการศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จึงมีความจำเป็นเพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล การดูแลรักษาและวางแผนการพยาบาลแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง ผู้จัดทำจึงมีความสนใจในการทำกรณีศึกษาโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อจะได้วางแผนการพยาบาลและจัดทำแนวทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ให้เป็นมาตรฐานในการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นและนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการให้บริการภายในแผนกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลรักษาและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจำนวน 2 ราย

2. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นและพัฒนาแนวทางการให้บริการภายในแผนกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ผู้ศึกษาได้ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนโรงพยาบาลสามชัยย้อนหลัง 6 เดือน และคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเป็นกรณีศึกษา โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (ตั้งแต่ 180 mg/dl ขึ้นไป) และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ระดับปกติติดต่อกันมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ในช่วงเวลา 6 เดือน 2) มีอายุ 35 - 60 ปี 3) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลสามชัย 4) เป็นผู้มีการรับรู้ดี สามารถสื่อสารความหมายได้เข้าใจตรงกัน 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 6) มีผู้ดูแลและมารับการรักษาในโรงพยาบาล ในวันเดียวกัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่โครงการวิจัย KLS.REC 153/2566 เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 โดยทำการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 วันที่ 1 สิงหาคม 2566 – 31 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทย อายุ 36 ปีเป็นเบาหวานมา 5 ปีจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (FBS) เนื่องจากขาดความตระหนักในการคุมระดับน้ำตาลในเลือดและต้องทำงานเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวตลอด ผลการตรวจวินิจฉัย พบว่ามารับยาเบาหวานหลังนัด ไม่ขาดยา ปฏิเสธการแพ้ยา การตรวจสภาพร่างกายมีรูปร่างท้วม ไม่มีความพิการ การตรวจสภาพช่องปากฟันมีครบใช้งานได้ปกติ ผลการ ตรวจจอประสาทตาปกติ ผลการตรวจโปรตีนในปัสสาวะ และการทำงานของไตปกติผลการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า ปกติไม่พบบาดแผลที่เท้า และมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ก่อนทำการศึกษา เท่ากับ 250 mg/dl

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทยอายุ 59 ปี 4 เดือน สัญชาติไทย นับถือ ศาสนาพุทธ เป็นเบาหวานมา 10 ปี ไม่มีประวัติทางพันธุกรรม รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสามชัย ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (FBS) ปฏิเสธการแพ้ยา ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน พบว่ามารับยาต่อเนื่องตามนัด การตรวจสภาพร่างกาย มีรูปร่างท้วม ไม่มี ไม่พบบาดแผลที่เท้า มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ก่อนทำการศึกษาเท่ากับ 200 mg/dl ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอรีย์กอร์ดอน (4) เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลและประเมิน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัญหาสุขภาพเหมือนกัน 3 แบบแผน ได้แก่1) โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร เช่น ชอบกินขนมจุบจิบและ อาหารหวาน ผลไม้รสหวาน เครื่องดื่มรสหวาน 2) ไม่ออกกำลังกาย และ 3) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคนี้มานานจึงขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่วนปัญหาสุขภาพที่ต่างกันพบ 2 แบบแผน ได้แก่ การปรับตัวและเผชิญกับความเครียดและบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนในครอบครัวทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากินไม่ได้คิดถึงเรื่องมารับยาที่โรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัด

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ผลจากการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทั้ง 2 ราย

ประเด็น การเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	ชายไทย อายุ 36 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ยังไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลไม่ได้ (FBS) เนื่องจากขาดความตระหนักในการคุมระดับน้ำตาลในเลือดและต้องไปทำงานรับจ้างเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวตลอด รายได้ต่อเดือน 8,000 – 10,000 บาท มีภาระที่ต้องเลี้ยงดูภรรรยาและส่งเสียบุตรในวัยเรียน 1 คน	หญิงไทยอายุ59 ปีสัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธจบการศึกษาชั้นประถมปีที่ 4 มีประวัติเป็นเบาหวานเมื่ออายุ 49 ปี ไม่มีประวัติ ทางพันธุกรรม ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลและยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้(FBS) ขาดความตระหนักในการคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีรายได้ จากบุตรและหลานให้ประมาณ 3,000 - 5,000 บาท ต่อเดือน	ผู้ป่วยรายที่ 1 อยู่ในวัยทำงาน มีภาระที่ต้องเลี้ยงดูภรรยาและส่งเสียบุตรในวัยเรียน 1 คน ต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว แตกต่างจากผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุไม่มีภาระ เพราะบุตรทำงานมีรายได้มีครอบครัวแล้ว การให้การพยาบาล ที่มีคุณภาพโดยคำนึงถึงด้านวัย อายุ เศรษฐานะ การให้ความรู้ การแนะนำ การรักษา และความวิตกกังวลจึงมีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ผลจากการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทั้ง 2 ราย

ประเด็น การเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
2. สาเหตุและปัจจัย ของการเกิดโรค	ประวัติครอบครัวมียาย เป็นโรคเบาหวาน	ไม่มีประวัติทางพันธุกรรม	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกัน พฤติกรรมการกิน ส่วน การวางแผน การพยาบาลทั้ง 2 ราย จึงเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร
3. การวินิจฉัย 3.1 อาการนำ 3.2 ประวัติทาง การแพทย์ 3.3 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3.4 การตรวจสภาพ ร่างกาย 3.5 การตรวจตา 3.6 การตรวจไต 3.7 การตรวจหัวใจ 3.8 การตรวจเท้า 3.9 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- มารับยาต่อเนื่องหลังนัด - เป็นเบาหวานมา 5 ปี รับยาต่อเนื่อง - 5 ปีก่อนมา เป็นเบาหวาน รักษาต่อเนื่องโพยาบาลสามชัย มีนัดรับยา - รูปร่างท้วม ไม่มีความพิการ - ปกติ - ปกติ - ปกติ - ปกติ - FBS =250 mg/dl	- มารับยาต่อเนื่องตามนัด - เป็นเบาหวานมา 10 ปี รับยาต่อเนื่อง - 10 ปีก่อนมา เป็นเบาหวาน รักษาต่อเนื่องโพยาบาลสามชัย มีนัดรับยา - รูปร่างท้วม ไม่มีความพิการ - ปกติ - ปกติ - ปกติ - ปกติ - FBS = 200 mg/dl	ทั้ง 2 ราย มีรูปร่างท้วม ระยะเวลาการเป็นเบาหวานต่างกัน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ส่วนการตรวจรางกายด้านตา ไต เท้า และหัวใจ พบว่าปกติ ทั้ง 2 ราย ดังนั้นการวางแผน การพยาบาลทั้ง 2 ราย จึงเน้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรค คำนึงถึงด้านวัย อายุ เศรษฐานะ การให้ความรู้การแนะนำ การรักษา และความวิตกกังวล จึงมีความแตกต่างกัน

จากตารางที่ 1 ผู้ศึกษาจึงได้ ดำเนินการวางแผนทางการพยาบาล ดังนี้

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบปัญหาทางการพยาบาล คือ เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง การดูแลตนเองไม่ถูกต้องเนื่องจากความบกพร่องความรู้ในการดูแลตนเอง มีความรู้แต่ขาดความตระหนัก ผู้ศึกษาจึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรมร่วมในการแก้ปัญหาด้วย โดยมโนทัศน์ทฤษฎีของโอเรม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นโดยมีจุดเน้นเรื่อง การดูแลตนเองระดับบุคคล ได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคล ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลช่วยเหลือเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังตารางที่ 2 และการใช้รูปแบบการลดระดับน้ำตาลในเลือดแบบรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 2 ราย ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความพร่องในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเรม

การประเมิน	วางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติพยาบาล	การประเมินผล
1. การรับประทานอาหาร และน้ำที่เหมาะสม พบว่า ผู้ป่วย มีความรู้ว่าอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง แต่ขาดความตระหนัก	ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธี - การชี้แนะให้แนวทาง - การสอน	- สอบถามอาหารที่บริโภคเป็นประจำ - จัดให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะโภชนาการและให้ความรู้เรื่องอาหารโดยนักโภชนาการ	- ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม งด รับประทานอาหารรสเค็ม และมัน งดการดื่มกาแฟ ผลไม้รสหวาน

ตารางที่ 2 การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความพร่องในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเรม

การประเมิน	วางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติพยาบาล	การประเมินผล
ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	- จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์	และใช้โมเดลอาหารเป็นสื่อการสอน - จัดให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และมีภาวะแทรกซ้อนทั้ง ทางตา ไต และเท้า - พูดคุยให้กำลังใจและกระตุ้นผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับบริการ การชักจูงด้วยคำพูดและให้คำปรึกษารายบุคคล	
2. การรับประทานยา พบว่า - รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ลืมกินยา เนื่องจากเร่งรีบในการไปทำงาน	ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธี - การชี้แนะให้แนวทางการรับประทานยาที่ถูกต้อง - ส่งเสริมความร่วมมือของญาติในการกระตุ้นการกินยารับประทานยา	- ให้ความรู้ด้านยา การรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง - หาวิธีในการป้องกันการลืมรับประทานยา - เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลการกินผู้ป่วยและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยเมื่อถึงเวลากินยา	- ผู้ป่วยเข้าใจ และตระหนักในการรับประทานยาต่อเนื่อง - ผู้ป่วยรับประทานยา ตรงเวลาทุกครั้ง
3. การรับรู้และการจัดการอาการ ผิดปกติที่เกิดขึ้น พบว่าก่อนการศึกษา ผู้ป่วย 2 ราย เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง	ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธี - การชี้แนะให้แนวทาง - การสนับสนุนทางด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคม	- ประเมินอาการ ของภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง - ให้ความรู้เรื่องอาการผิดปกติเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง - อธิบายและเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการบอกเล่าอาการแก่บุคลากรสุขภาพ	- ผู้ป่วยและญาติสามารถสำรวจอาการ ผิดปกติเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ - ผู้ป่วยบอกอาการ และอาการแสดงของกลุ่มอาการกำเริบ ได้ถูกต้อง - เมื่อมีอาการดังข้อที่ 2 ผู้ป่วยและญาติจะรีบมาโรงพยาบาลทันที
4. การออกกำลังกาย ทำ	ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธี - การชี้แนะให้แนวทาง - การสอนการออกกำลังกาย	- อธิบายความสำคัญของการออกกำลังกายกับโรคเบาหวาน - ให้ความรู้การออกกำลังกาย ที่เหมาะสม	ผู้ป่วยบอกวิธีการออก กำลังกายได้ถูกต้อง - ผู้ป่วยสาธิตการออกกำลังกายให้พยาบาล และทีมประเมิน ได้ถูกต้อง
5. การดูแลตนเองด้านจิต สังคม พบว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค เนื่องจากสภาพเจ็บป่วยเรื้อรังและขาดการสนับสนุนจากครอบครัว	ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธี - การสนับสนุนทางด้าน จิตใจ และสังคมแก่ผู้ป่วย	- ให้กำลังใจเรื่องควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ - จัดให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้ง ทางตา ไต และเท้า	- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้ม พูดคุย เป็นกันเองกับพยาบาล - ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และตระหนัก ในการควบคุมน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ตารางที่ 2 การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความพร่องในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเรม

การประเมิน	วางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติพยาบาล	การประเมินผล
		- ส่งเสริมให้ญาติมีในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย - กระตุ้นการสนับสนุนของครอบครัวและสังคม ให้กำลังใจ	

ตารางที่ 3 การใช้รูปแบบการลดระดับน้ำตาลในเลือดแบบรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 2 ราย

รูปแบบกิจกรรมการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การใช้รูปแบบ ครั้งที่ 1	- ประเมินสภาพปัญหา พบว่าผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ใช้รูปแบบการลดระดับน้ำตาลในเลือดแบบรายกรณี ครั้งที่ 1 วันที่ 1 สิงหาคม 2566 FBS =250 mg/dl - ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูง คือ รับประทานของจุบจิบ และดื่มกาแฟประจำ ไม่ออกกำลัง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ลืมกินยา วิตกกังวลจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง นัด 2 สัปดาห์	- ประเมินสภาพปัญหา พบว่าผู้ป่วยดูแลไม่ถูกต้อง ใช้รูปแบบการลดระดับน้ำตาลในเลือดแบบรายกรณี ครั้งที่ 1 วันที่1 สิงหาคม 2566 FBS =200 mg/dl - ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูง คือ ชอบกินข้าวเหนียวกับผลไม้รสหวาน เช่น กล้วย น้อยหน่า ลำไย เป็นต้น ไม่ออกกำลังกาย นัด 2 สัปดาห์
การใช้รูปแบบ ครั้งที่ 2	การใช้รูปแบบ ครั้งที่ 2 วันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ.256 FBS=180 mg/dl ติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยลดการกินอาหารจุบจิบลง ยังดื่มกาแฟ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยการวิ่ง ให้คำแนะนำเพิ่มเติม กระตุ้นผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจ และนัดหมายอีก 2 สัปดาห์	การใช้รูปแบบ ครั้งที่ 2 วันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ.256 FBS=160 mg/dl ติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย กินข้าวเหนียวกับผลไม้รสหวานลดลง ยังไม่ออกกำลังกาย ให้คำแนะนำเพิ่มเติม กระตุ้นผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจ และนัดหมายอีก 2 สัปดาห์
การใช้รูปแบบ ครั้งที่ 3	การใช้รูปแบบ ครั้งที่ 3 วันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ.2566 FBS=168 mg/dl ติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเลิกกินอาหารจุบจิบ งดดื่มกาแฟ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ให้คำแนะนำเพิ่มเติม กระตุ้นผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจ และนัดหมายอีก 2 สัปดาห์	การใช้รูปแบบ ครั้งที่ 3 วันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ.2566 FBS=152 mg/dl ติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เลิกกินข้าวเหนียวกับผลไม้รสหวาน ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ให้คำแนะนำเพิ่มเติม กระตุ้นผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจ และนัดหมายอีก 4 สัปดาห์
การใช้รูปแบบ ครั้งที่ 4	การใช้รูปแบบ ครั้งที่ 4 วันที่ 26 กันยายน พ.ศ.2566 FBS=150 mg/dl ติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยลดการกินอาหารจุบจิบลง งดดื่มกาแฟ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ให้คำแนะนำเพิ่มเติม กระตุ้นผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจ และนัดหมายอีก 4 สัปดาห์	การใช้รูปแบบ ครั้งที่ 4 วันที่ 26 กันยายน พ.ศ.2566 FBS=140 mg/dl ติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ให้คำแนะนำเพิ่มเติม กระตุ้นผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจ และนัดหมายอีก 4 สัปดาห์
การใช้รูปแบบ ครั้งที่ 5	ใช้รูปแบบครั้งที่ 5 วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2566 FBS=140 mg/dl ติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดูแลตนเองได้ต้อง ผู้ป่วยลดการกินอาหารจุบจิบลง ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยการวิ่ง กระตุ้น	การใช้รูปแบบ ครั้งที่ 5 วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2566 FBS=136 mg/dl ติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย งดกินข้าวเหนียวกับผลไม้รสหวาน ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง กระตุ้นผู้ป่วยให้ทำต่อเนื่อง พูดคุยให้

ตารางที่ 3 การใช้รูปแบบการลดระดับน้ำตาลในเลือดแบบรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 2 ราย

รูปแบบกิจกรรมการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	ผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจ และนัดหมายอีก 4 สัปดาห์ นัดเข้าคลินิกตามปกติ	กำลังใจ และนัดหมายอีก 4 สัปดาห์ นัดเข้าคลินิกตามปกติ

หลังการใช้รูปแบบการลดระดับน้ำตาลในเลือด แบบรายกรณี ผู้ป่วย 2 ราย จำนวน 5 ครั้ง ไม่พบผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง เมื่อวิเคราะห์แล้ว พบว่า สาเหตุหรือปัจจัยที่ ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คือ ขาดความตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบปัญหา ทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้สาเหตุและปัจจัยคือพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัญหาสุขภาพ เหมือนกัน ได้แก่ 1) โภชนาการและการเผลาผลาญ อาหาร เช่น ชอบกินขนมจุบจิบและอาหารหวาน ผลไม้ รสหวาน เครื่องดื่มรสหวาน กาแฟ 2) ไม่ออกกำลังกาย และ3) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีความรู้เรื่องเบาหวานแต่ขาดความตระหนักควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนปัญหาสุขภาพที่ต่างกัน ได้แก่ 1) การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 2) ปัญหาเศรษฐกิจต้องรับผิดชอบครอบครัว หารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือ การใช้รูปแบบการลดระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะกับผู้ป่วย รวมทั้งการเสริมพลังผู้ป่วย และการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายครั้งนี้ โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในการประเมินภาวะสุขภาพ พบปัญหาทางการพยาบาล คือ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง การดูแลตนเองไม่ถูกต้องเนื่องจากบกพร่องความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง[5] พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัญหาสุขภาพ เหมือนกัน ได้แก่ 1) โภชนาการและการเผลาผลาญ อาหาร เช่น ชอบกินขนมจุบจิบและอาหารหวาน ผลไม้ รสหวาน เครื่องดื่มรสหวาน กาแฟ 2) ไม่ออกกำลังกาย และ3)การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีความรู้เรื่องเบาหวานแต่ขาดความตระหนักควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนปัญหาสุขภาพที่ต่างกัน ได้แก่ 1) การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 2) ปัญหาเศรษฐกิจต้องรับผิดชอบครอบครัว หารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวสอดคล้องกับกรณีศึกษาของเฉลาศรีเสงี่ยม พบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทั้งในด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย พยาบาลต้องประเมินและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความรู้ คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ สร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง จัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี [1] นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรม การทำConference case ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนการจัดรูปแบบการลดระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่ได้ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย ทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในส่วนที่ยังบกพร่องได้เป็นอย่างดี มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามที่พยาบาลให้คำแนะนำอย่างเคร่งครัด ถูกต้องเหมาะสมกับโรคเบาหวานและไม่มีภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันเกิดขึ้นผู้ป่วยและญาติมารับบริการตามนัดทุกครั้ง จึงนัดเข้าคลินิกเบาหวานอีก 1 เดือนตามปกติ[2]

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรทำความเข้าใจผู้ป่วยแต่ละรายและจัดรูปแบบการลดระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2. ควรมีการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้งที่มารับบริการ

3. ควรมีช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถปรึกษาพยาบาล หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพได้อย่างสะดวกในกรณีที่ปัญหา หรือข้อสงสัยในการปฏิบัติตัว

4. ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย

5. กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อให้รับทราบปัญหาและแนวทางแก้ไขมาปรับใช้กับผู้ป่วยได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการโรงพยาบาลสามชัย ที่ให้คำปรึกษาอันเป็นและให้ความช่วยเหลือให้การศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษา ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จด้วยดี ผู้ศึกษาหวังว่าการวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์กับการพัฒนางานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อม ไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์กระทรวง สาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
2. เฉลาศรีเสงี่ยม .การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน. ในศิริอรสินธุ,พิเชตวงรอต, บรรณาธิการ. การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วัฒนาการพิมพ์; 2558 : 46-9.
3. จตุภูมิ นีละศร และอรพิมล ธนภูวนนท. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลสะสม HbA1c ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 โรงพยาบาลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 39(4), 714-728.
4. ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(3), 515-522.
5. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์/มหาวิทยาลัยนเรศวร.
6. ชานนท์เชาวะรรมรงสกุล. การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสีดา ว. ศูนย์อนามัยที่ 9 2563;9(14):314–329.
7. สุนิสา คำประสิทธิ์. ผลการพัฒนาศักยภาพครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคเบาหวานชนิดที่2โดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. ว.ชัยภูมิเวชสาร 2561 ; 38(3) : 39–49.
8. ไกรพิชิต ปรุงฆ้อง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร.ว. โรงพยาบาลสกลนคร2563 ; 23(3) :14–26.
9. ธีรศักดิ์ พาจันทร์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 ,285-298

การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for Preterm Labor who use drugs : 2 case studies.

(Received: December 21,2023 ; Revised: January 29,2024 ; Accepted: February 4,2024)

นันท์นภัส เพรงมา[1]
Nunnapat Prengma[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลกรณีศึกษามารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและยังไม่หยุดใช้สารเสพติดตลอดการตั้งครรภ์ 2 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด 2 รายโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 18 ปี G2P0-0-1-0 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเขาสวนกวาง เมื่ออายุครรภ์ 18^{+3} สัปดาห์ ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (Tetanus toxoid) กระตุ้น 1 เข็ม มาตรวจตามนัด 4 ครั้ง ในระหว่างตั้งครรภ์ทำงานร้านอาหารเป็นเด็กเสิร์ฟต้องเดินบ่อยและทำงานล่วงเวลา พักผ่อนน้อยรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา คลอดเมื่ออายุครรภ์ 36^{+2} สัปดาห์ คลอดปกติทารกเป็นเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,510 กรัม ตัวยาว 50 cm. ประเมิน APGAR SCORE = 9 , 10 ทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกตรวจ DTX = 91 มก/ ดล. , Hct = 67% ทารกหลังคลอดมีปอดอักเสบร่วมด้วยจึงอยู่รักษาต่อที่โรงพยาบาลอีก 7 วัน อาการดีขึ้นแพทย์จึง อนุญาตให้กลับบ้านได้ กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยอายุ 25 ปี G4P2-0-1-2 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเขาสวนกวาง เมื่ออายุครรภ์ 24^{+3} สัปดาห์มีภาวะซีดได้รับยาFerrous Sulfateไปรับประทานที่บ้านเป็นระยะเวลานาน 1 เดือน ติดตามผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2 พบ Hct เพิ่มขึ้น มาตรวจตามนัดเพียง 2 ครั้ง ในระหว่างตั้งครรภ์มีการเสพยาแอมเฟตามีนและดื่มแอลกอฮอล์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เมื่อมีการร่วมสังสรรค์กับเพื่อนๆโดยเสพยาและดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องมาจนคลอด เจ็บครรภ์คลอดมา 3 ชั่วโมง 40 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล คลอดเมื่ออายุครรภ์ 35^{+4} สัปดาห์ คลอดปกติทารกเป็นเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 2,130 กรัม ตัวยาว 48 cm. ประเมิน APGAR SCORE = 10, 10 ทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกตรวจ DTX = 40 มก/ ดล, Hct = 66% ทารกหลังคลอดมีปอดอักเสบร่วมด้วยจึงอยู่รักษาต่อที่โรงพยาบาลอีก 7 วัน แต่มีอาการหายใจหอบแพทย์จึงส่งต่อทารกไปรักษาที่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด

คำสำคัญ: ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด,การใช้สารเสพติด, การพยาบาล

Abstract

This study was 2 case study aimed to study nursing care in a case study of 2 pregnant women with prematurity who received treatment at the delivery room of Khaosuankwang Hospital. Khon Kaen. Case study comparing two pregnant women with preterm labor by applying the concept of 11 health patterns in planning for pregnancy.

Results: Case Study 1: A Teenage pregnacncy 19-year-old patient, G2P0-0-1-0, received antenatal care at Khaosuankwang Hospital at 18^{+3}weeks' gestational age, received a booster dose of Tetanus toxoid vaccine, and came to check up 4 times during pregnancy. Factory work in shifts and working overtime, taking little rest, not having meals at all Birth at 36^{+2}weeks gestational age. Normal labor. The baby is a male. Birth weight 2,510 gm, body length 50 cm, APGAR SCORE = 9 , 10 The first 2 hours postpartum, DTX = 91 mg/dL, Hct = 67%, requiring further observation and hospitalization. But the baby also had pneumonia. Therefore, he continued to be treated at the hospital for another 7 days. Case Study 2: A thai women pregnancy 25-year-old patient, G4P2-0-1-2, received antenatal care at Khaosuankwang Hospital at 24^{+3} weeks gestational age, received Ferous Sulfate orally at home for 1 months, and followed up on blood test results. 2 Found an increase in Hct. Came to check up only 2 times during pregnancy.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

Had amphetamine abuse. Drink alcohol once a week when socializing with friends. By taking drugs and drinking alcohol continuously until birth The labor was 3 hours and 40 minutes before coming to the hospital. Birth at 35^{+4} weeks gestational age. Normal labor. The baby was a female. Birth weight 2,130 gm, body length 48 cm, APGAR Score 10 , 10 Infants after birth, first 2 hours, DTX = 40 mg/dL, Hct = 66%, requiring further observation and hospitalization. But the baby also had pneumonia. Therefore, continue treatment at the hospital for another 7 days, but has a shortness of breath The doctor therefore referred the baby to a provincial tertiary hospital for treatment.
keywords: Preterm Labor, Drug abuse, Nursing

บทนำ

การใช้สารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย ซึ่งยาบ้าหรือ เมทแอมเฟตามีน เป็นสารเสพติดที่พบว่ามีการใช้เพิ่มมากขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ในสถานพยาบาลมีการเสพเมทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.0 ในปี ค.ศ. 1994 เป็นร้อยละ 24.0 ในปีค.ศ. 2006 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยหญิงกลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 12.0 การเสพสารเมทแอมเฟตามีนตั้งแต่อายุครรภ์น้อยหรือตลอดการตั้งครรภ์จะส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกเพิ่มขึ้น จากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าการเสพเมทแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์จะเพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์, ทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อย ทำให้มีภาวะรกเสื่อม และเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้สูง สาเหตุเกิดจากฤทธิ์ของยาเอง ร่วมกับการที่มารดามักมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ไม่มีการฝากครรภ์ มีการติดเชื้อต่าง ๆ ระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้แล้วยากลุ่มแอมเฟตามีนยังสามารถผ่านสู่นมแม่ได้ ทำให้ทารกเกิดความเสี่ยงต่อการได้รับสารเสพติด

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด(Preterm labor) เป็นอาการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไปถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ มีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 6 ครั้งใน 60 นาที และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปและ/หรือปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 cm.มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลเช่น อายุมารดาอาชีพ เศรษฐานะ ส่วนสูง ภาวะทุพโภชนาการ ปัจจัยด้าน สุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เช่น การใช้สารเสพติดการสูบบุหรี่ ลำดับการคลอด คอมดลูกมีลักษณะผิดปกติ (U,V,Y shape) คอมดลูกสั้นกว่า 2.0 cm.และคอมดลูกสั้นกว่า 2.5 cm. ในรายที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ประวัติการ ผ่าตัดมดลูก ประวัติการแท้งในครรภ์ก่อนหน้า ประวัติการติดเชื้อ ขณะตั้งครรภ์ภาวะซีดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างตามมา ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปัญหาระบบทางเดิน หายใจ เช่น Respiratory distress syndrome (RDS) ปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาระบบ หัวใจและหลอดเลือด เช่น Patent ductus arteriosus (PDA) ปัญหาระบบทางเดินอาหาร เช่น Necrotizing enterocolitis (NEC) รวมถึงปัญหาทางพฤติกรรมส่งผล ให้เกิดการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดซึ่งอาจคงอยู่ต่อเนื่อง ในระยะยาวส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและคุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัว

อุบัติการณ์ของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2563 – 2565 พบร้อยละ 12.38 , 12.47 และ11.61 ตามลำดับ ในจังหวัดขอนแก่นพบอุบัติการณ์ของภาวการณ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 903 คน 873 คน และ 769 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 9.56 , 9.41 และ 9.77 ตามลำดับ(ข้อมูลมาจาก Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2566) จากข้อมูลสถิติ 5 อันดับโรคของห้องคลอดโรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น 1 ใน 5 ยังคงเป็นภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดย พ.ศ.2563 –

2565 มีผู้รับบริการคลอดจำนวน 114 ,92 และ113 ราย พบมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 18 คน 12 คน และ 21 คน คิดเป็นร้อยละ15.78, 13.04 และ 18.58 ตามลำดับ ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ที่เสพยาเสพติดจำนวน 13 คน 11 คน และ 8 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 72.22, 91.66 และ 38.09 ตามลำดับ ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดสำเร็จ 9 คน 7 คน และ 14 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 50 , 58.33 และ 66.66 ตามลำดับ มีการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ระหว่างปี พ.ศ.2563 – 2565 พบจำนวน 7 คน 4 คน และ 6 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 12.50, 8.70,1.61 ตามลำดับ และมีอัตราตายปริกำเนิด คิดเป็น 0 : 1000 การเกิดมีชีพทั้ง 3 ปี หรือมีอัตราการส่งต่อทารกไปโรงพยาบาลระดับจังหวัด จำนวน 4 , 0 , 1 คน ตามลำดับ ปัจจุบันแม้ว่าจะมีการจัดทำแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่สอดคล้องกับคู่มือการดูแลรักษาสตรีที่มีความเสี่ยงสูง และโรคสตรีทางนรีเวช เขตสุขภาพที่ 7 แต่ยังมีผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมารับบริการอย่างต่อเนื่อง ด้วยสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน โดยเฉพาะในมารดาที่ใช้สารเสพติดที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแย่ลง ผู้ศึกษาจึงได้เลือกกรณีศึกษา ผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติดรวบรวมข้อมูลสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดผลกระทบให้มารดาและทารกปลอดภัยตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด จนถึงเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ลดอัตราการตายของมารดาทารก ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและโรงพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของมารดา ทารกและครอบครัวดีขึ้น

วัตถุประสงค์

การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด 2 ราย ซึ่งมารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา. (Retrospective descriptive study) จากข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ สังเกต เก็บรวบรวมข้อมูลจากกรณีศึกษาตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระบุกิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนคลอด **ข้อที่1** ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว **ข้อมูลสนับสนุน** S : “เริ่มเจ็บท้อง ท้องปั้นมีน้ำสีเขียวขุ่นๆ แตกออกมาพร้อมๆกันตอนเวลาตีหนึ่ง เจ็บหลายเลยมาโรงพยาบาล” O : มารดานิ่วหน้าขมวดคิ้ว แรกรับ PV.Cx.2 cm.ความบาง 75 % station +1 MR มดลูกหดรัดตัวInterval 2 นาที Duration 45 วินาที **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม **กิจกรรมพยาบาล** 1. ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย 2.แจ้งผลการตรวจแนวทางการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว และพูดคุย ให้กำลังใจ สัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนคลอด** **ข้อที่ 1** ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว **ข้อมูลสนับสนุน** S : มารดา“เจ็บท้องหลายเริ่มเจ็บตอนตีสี่แต่บ่อยากตื่น ต่อมาเจ็บขึ้นเรื่อยๆ ย่านคลอดยุบ้านเลยมา รพ.” O : มารดานิ่วหน้าขมวดคิ้ว เม้มปาก ร้องครางเมื่อมดลูกหดรัดตัว แรกรับ PV Cx. 10 cm.ความบาง 100 % station +1 MI มดลูกหดรัดตัว Interval 3 นาที Duration 45 วินาที **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสมและคลอดปลอดภัย **กิจกรรมพยาบาล** 1.ย้ายเข้าห้องคลอดเพื่อทำคลอด 2.ประเมิน FHS , UC ทุก 15 นาทีจนกระทั่งคลอด 3.หากการคลอดล่าช้าเกิน 30 นาทีรายงานแพทย์เวรทราบ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3. ตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐานการคลอดและบันทึกใน WHO patograph ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 4.สอนการหายใจเพื่อผ่อนคลายอาการเจ็บครรภ์ 5. ประเมิน Pain score ถ้าปวดมากรายงานแพทย์ 6. ดูแลให้ได้ O2 Mask with bag 10LPM 7.จัดให้นอนตะแคงซ้ายและดูแลความสุขสบายทั่ว ๆ ไป **การประเมินผล** : วันที่ 23 มีนาคม 2566 เวลา 03.00น.มารดา ไม่ร้องดัง ไม่ดิ้นไปมา ร่วมมือในการคลอดดี	4.ปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อลดความวิตกกังวลต่อการคลอด 5.เชียร์เบ่งคลอดเมื่อมดลูกมีการหดรัดตัว 6.ทำคลอดตามมาตรฐานการคลอด **การประเมินผล** : มารดาไม่ร้องดัง ไม่ดิ้นไปมา ให้ความร่วมมือในการคลอด คลอดปกติปลอดภัย
ข้อที่ 2 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดรัด ตัวแรงมากขึ้น **ข้อมูลสนับสนุน** S: “เริ่มเจ็บท้อง ท้องปั้นมีน้ำสีเขียวขุ่นๆ แตกออกมาพร้อมๆกันตอนเวลาตีหนึ่ง เจ็บหลายเลยมาโรงพยาบาล” O : GA 36^{+2}wk. HF 27 cm. มีน้ำคร่ำสีเขียวขุ่นออกมาทางช่องคลอด แรกรับBP.154/104mmHg. **วัตถุประสงค์** : ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ตรวจ NST แรกรับใหม่พร้อมรายงานแพทย์ทราบเพื่อแปลผลทุกครั้ง 2. ให้ O2 Mask with bag 10 LPM 3. On monitor EFMไว้เพื่อเฝ้าระวังภาวะ Fetal distress 4. แนะนำมารดาให้นอนตะแคงซ้ายและหายใจลึกๆไม่กลั้นหายใจเมื่อเจ็บครรภ์ 5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแนวทางการรักษา **การประเมินผล** :FHS 140 -148 bpm.สม่ำเสมอชัดเจนดี EFM ผล reassuring	
ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อเนื่องจากมีถุงน้ำแตกและน้ำคร่ำสีเขียว **ข้อมูลสนับสนุน** S: “ เริ่มเจ็บครรภ์และมีน้ำเดินเวลาตี 1” O : แรกรับ PV.Cx.2 cm. ความบาง 75% station +1 MR มีน้ำคร่ำสีเขียวขุ่น **วัตถุประสงค์** : เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้นอนพักบนเตียงโดยจัดให้นอนตะแคงซ้าย 2. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 3. หลีกเลี่ยงการตรวจทางช่องคลอดโดยไม่จำเป็น 4. ดูแลให้ใส่ผ้าอนามัยไว้ เปลี่ยนทุกครั้งเมื่อชุ่ม	
5. บันทึกลักษณะน้ำคร่ำ สี กลิ่น และปริมาณ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ **การประเมินผล** : วันที่ 23 มีนาคม 2566 - 25 มีนาคม 2566 มารดาหลังคลอด ไม่ไข้ ไม่มีปวดท้อง น้ำคาวปลาปกติ	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด**

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดจากการคลอด **ข้อมูลสนับสนุน** S : "เจ็บท้องแฮง แทบบ่ได้เซา" O : วันที่ 23 มีนาคม 2566 เจ็บครรภ์เพียง 2 ชั่วโมง 45 นาที แล้ว PV. พบ Cx. 10 cm. มดลูกหดรัดตัว Interval 2 นาที Duration 40 วินาที **วัตถุประสงค์** : ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดเนื่องจากการคลอด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้ได้รับยา oxytocin 1 Amp. IM. ทันทีหลังทารกคลอด 2. ทำคลอดรกอย่างนุ่มนวลถูกวิธี ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มรกให้ครบถ้วน 3. ดูแลเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บแล้วใส่ผ้าอนามัยให้ เพื่อสังเกต ลักษณะและปริมาตรเลือดที่ออกมา 4. สอนมารดานวดคลึงมดลูกทุก 15 นาที 5. ให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงภาวะตกเลือดหลังคลอดให้มารดาทราบเพื่อแจ้งพยาบาลได้ทันที 6. ดูแลให้ได้รับ RLS 1000 ml IV.120ml/hr.ตามแผนการรักษา **การประเมินผล** :วันที่ 23 มีนาคม 2566 เวลา 05.45 น.(หลังคลอด 2 ชั่วโมง) มดลูกหดรัดตัวดี เสียเลือดจากการคลอด 250 ml. ไม่มีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้าง	**ข้อที่ 1** เสี่ยงต่อภาวะตกเลือด เนื่องจากการคลอด **ข้อมูลสนับสนุน** S :" เจ็บคักทนบ่ไหวแล้ว เบ่งตอนนี้ได้บ่" O :G4P2-0-1-2 GA 35^{+4}wk.แรกรับ PV.Cx.10 cm.ความบาง 100 % station+1 MI มดลูกหดรัดตัว Interval 3 นาที Duration 45 วินาที **วัตถุประสงค์** : ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดเนื่องจากการคลอด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้ได้รับยา oxytocin 1 Amp.IM. ทันทีหลังทารกคลอด 2. ทำคลอดรกอย่างนุ่มนวลถูกวิธี ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มรกให้ครบถ้วน 3. ดูแลเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บและดูแลใส่ผ้าอนามัยไว้ เพื่อสังเกตลักษณะและปริมาตรเลือดที่ออกมา 4. สอนมารดานวดคลึงมดลูกทุก 15 นาที 5. ให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงภาวะตกเลือดหลังคลอดแก่มารดาเพื่อแจ้งพยาบาลได้ทันที 6. ดูแลให้ได้รับ RLS 1000 ml IV.120ml/hr.ตามแผนการรักษาการ **ประเมินผล** : วันที่ 28 มิถุนายน 2566 เวลา 10.26 น.(หลังคลอด 2 ชั่วโมง) มดลูกหดรัดตัวดี เสียเลือดขณะคลอด 300 ml. ไม่มีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้าง
ข้อที่ 2 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** S : " เหนื่อยหลายตอนนี้ ลูกใกล้ออกไป่" O : FHS 110 - 148 bpm.ไม่สม่ำเสมอ ขณะเบ่งคลอดมดลูกหดรัดตัว Interval 2 นาที 50 วินาที Duration 45 วินาทีและมีน้ำคร่ำสีเขียวขุ่นไหลออกจากช่องคลอด **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ	**ข้อที่ 2** ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** S :“เจ็บหลายจนบ่ได่หยุดพัก”“ยังเสพยา เบียร์เหล้าก็กินยุใกล้คลอดก็ห่างแนยุ เสพน้อยลงยุ” O : FHS 118 -168 ครั้งนาที ไม่สม่ำเสมอ มารดาร้องและกลั้นหายใจขณะเบ่งคลอด มดลูกหดรัดตัว Interval 2 นาที 30วินาที Duration 45 วินาที
กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้มารดาได้รับ O2 mask with bag 10 LPM 2.จัดให้นอนในท่าตะแคงซ้ายเพื่อการไหลเวียนเลือดไปยังมดลูกได้ดี 3.On RLS 1000 ml IV.120ml/hr.ตามแผนการรักษาการ 4. On monitor EFM ไว้ประเมินทารกในครรภ์ 5. ประสานแพทย์ให้มารอรับทารกเมื่อแรกคลอดพร้อมเตรียมทีมและเตรียมอุปกรณ์สำหรับ NCPR 6. เมื่อทารกคลอดให้เช็ดตัวทารกให้แห้ง และวางทารกอยู่ใต้เครื่อง radiant warmer ดูดน้ำคร่ำในปากและจมูก ประเมินAPGAR score ให้ ออกซิเจนหากทารกเขียว และห่อตัวทารกไปให้ดูดนมมารดา **การประเมินผล** :วันที่ 23 มีนาคม 2566 เวลา 03.30 น.FHS 140-148 bpm.สม่ำเสมอชัดเจนดี ประเมินหลังคลอด ทารกแรกคลอด APGAR SCORE =9,10	**วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้มารดาได้รับ O2 mask with bag 10 LPM 2.จัดให้นอนในท่าตะแคงซ้ายเพื่อการไหลเวียนเลือดไปยังมดลูกได้ดี 3.On RLS 1000 ml IV.120ml/hr.ตามแผนการรักษาการ 4. On monitor EFM ไว้ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ 5. ประสานแพทย์ให้มารอรับทารกเมื่อแรกคลอดพร้อมเตรียมทีมและเตรียมอุปกรณ์สำหรับ NCPR 6. เมื่อทารกคลอดให้เช็ดตัวทารกให้แห้ง และวางทารกอยู่ใต้เครื่อง radiant warmer ดูดน้ำคร่ำในปากและจมูก ประเมินAPGAR score ให้ออกซิเจนหากทารกเขียว และห่อตัวทารกไปให้ดูดนมมารดา **การประเมินผล** :วันที่ 28 มิถุนายน 2566 เวลา 08.00 น. FHS136 -148 bpm.สม่ำเสมอชัดเจนดี ประเมินหลังคลอด ทารกแรกคลอด APGAR SCORE =10,10
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังคลอด **ข้อที่ 1** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี **ข้อมูลสนับสนุน**	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังคลอด** **ข้อที่ 1** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี **ข้อมูลสนับสนุน**

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
O : G2P0-0-1-0 GA 36^{+2}wk. O : คลอดปกติวันที่ 23 มีนาคม 2566เวลา 03.45 น. **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. คลึงมดลูกตรวจสอบแผลฝีเย็บและซ่อมแซมให้ดีตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มรก รายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ 2.สอนมารดาให้คลึงมดลูกตนเองทุก 15 นาที และให้ข้อมูลมารดาเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดเพื่อให้แจ้งพยาบาลทันที 3. ดูแลให้ใส่ผ้าอนามัยและเปลี่ยนทุก 2 ชั่วโมงหรือเมื่อผ้าอนามัยชุ่มเพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 4. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4ครั้ง ,30 นาทีx 2ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ แล้ววัดทุก 4ชั่วโมง 5. ตรวจประเมินการหดรัดตัวของมดลูกแผลฝีเย็บและกระเพาะปัสสาวะใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและทุกเวรรายงานแพทย์เมื่อพบผิดภาวะปกติ 6.ดูแลให้มารดาให้นมบุตรบ่อยๆเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวดี 7. ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อทดแทนปริมาณเลือดและสารน้ำที่สูญเสียไปในระหว่างการคลอด **การประเมินผล** :วันที่ 23 มีนาคม 2566 หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวดีมีเลือดออก 250 ml. ไม่มีรกค้าง วันที่ 24-25 มีนาคม 2566 มดลูกหดรัดตัวดีน้ำคาวปลาปกติ	O : G4P2-0-1-2 GA 35^{+4} wk. O :คลอดปกติวันที่ 28 มิถุนายน 2566 เวลา08.26 น. **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. คลึงมดลูกตรวจแผลฝีเย็บและซ่อมแซมให้ดี ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มรก รายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ 2.สอนมารดาให้คลึงมดลูกตนเองทุก 15 นาที และให้ข้อมูลมารดาเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดเพื่อให้แจ้งพยาบาลทันที 3. ดูแลให้ใส่ผ้าอนามัยและเปลี่ยนทุก 2 ชั่วโมงหรือเมื่อผ้าอนามัยชุ่มเพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 4. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15นาทีx 4ครั้ง,30 นาที x 2ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่แล้ววัดทุก 4 ชั่วโมง 5. ตรวจประเมินการหดรัดตัวของมดลูกแผลฝีเย็บและกระเพาะ ปัสสาวะใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและทุกเวร รายงานแพทย์เมื่อพบภาวะผิดปกติ 6.แนะนำมารดาให้นมบุตรบ่อยๆ จะกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวดี 7. ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อทดแทนปริมาณเลือดและสารน้ำที่สูญเสียไปในระหว่างการคลอด **การประเมินผล** :วันที่ 28 มิถุนายน 2566 หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวดีมีเลือดออก 300 ml. ไม่มีรกค้าง วันที่ 29-30 มิถุนายน 2566 มดลูกหดรัดตัวดีน้ำคาวปลาปกติ
ข้อที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลฝีเย็บและปวดมดลูก **ข้อมูลสนับสนุน** S : "ปวดแผล...ให้คะแนนความปวด 5 " O : มารดา G2P0-0-1-0 GA 36^{+2} wk.คลอดปกติวันที่ 23 มีนาคม 2566 เวลา 03.45 น. มีแผลตัดฝีเย็บ RML with suture all catgut 2/0 **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มารดาบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บและปวดมดลูก **กิจกรรมการพยาบาล** 1.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2.แนะนำมารดารักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และแผลฝีเย็บ และแนะนำมารดาใส่ผ้าอนามัยโดยเปลี่ยนเมื่อชุ่มหรือเมื่อครบ 2 ชั่วโมง 3.แนะนำมารดาให้นอนตะแคงหรือท่านอนคว่ำ 4. สอนนวดคลึงมดลูกเพื่อลดอาการปวดมดลูก 5. พูดคุยปลอบโยนจิตใจ 6.สังเกตลักษณะของแผลฝีเย็บ ถ้ามีการอักเสบให้รายงานแพทย์ 7.ประเมิน Pain score ถ้ามีอาการปวดมากให้ยาแก้ปวด Paracetamol(500 mg) ตามแผนการรักษา **การประเมินผล** :วันที่ 23-25 มีนาคม 2566 มารดาปวดบริเวณ แผลฝีเย็บและปวดมดลูกทุเลาลง pain score 3 แผลฝีเย็บไม่อักเสบ REEDA score = 0 คะแนน	**ข้อที่ 2** ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลฝีเย็บและปวดมดลูก **ข้อมูลสนับสนุน** S : "ปวดแผลกับมดลูกความปวด = 8 " O :มารดา G4P2-0-1-2 GA 35^{+4} wk. คลอดปกติวันที่ 28 มิถุนายน 2566 เวลา 08.26 น. มีแผลตัดฝีเย็บ RML with suture all catgut 2/0 **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มารดาบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บและปวดมดลูก **กิจกรรมการพยาบาล** 1.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2.แนะนำมารดารักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และแผลฝีเย็บและแนะนำมารดาใส่ผ้าอนามัยโดยเปลี่ยนเมื่อชุ่มหรือเมื่อครบ2ชั่วโมง 3.แนะนำมารดาให้นอนตะแคงหรือท่านอนคว่ำ 4. สอนนวดคลึงมดลูกเพื่อลดอาการปวดมดลูก 5. พูดคุยปลอบโยนจิตใจ 6.สังเกตลักษณะของแผลฝีเย็บ ถ้ามีการอักเสบให้รายงานแพทย์ 7.ประเมิน Pain score ถ้ามีอาการปวดมากให้ยาแก้ปวด Paracetamol(500 mg) ตามแผนการรักษา **การประเมินผล** :วันที่ 29-30มิถุนายน 2566 มารดาปวดบริเวณแผลฝีเย็บและปวดมดลูกทุเลาลง pain score 4 แผลฝีเย็บไม่อักเสบ REEDA score = 0 คะแนน
O : ท่าอุ้มให้นมบุตรไม่ถูกต้อง ทารกงอแง	O : อุ้มให้นมบุตรไม่ถูกต้อง ประเมิน Latch Score = 5

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประเมิน Latch Score = 7 **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้มารดามีน้ำนมเพียงพอและอุ้มให้นมบุตรถูกต้อง **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการให้นมบุตร 2. ให้ข้อมูลคำแนะนำเรื่องนมแม่และสอน/สาธิตการอุ้มให้นมบุตร 3. ดูแลให้มารดาได้รับอาหารครบ 5 หมู่ 4. นวดประคบเต้านม 5.ประเมิน Latch score ทุกเวร 6.เชิญทีมแพทย์แผนไทยเข้าเยี่ยมหลังคลอด เพื่อให้ความรู้แพทย์ทางเลือกรวมถึงสมุนไพรกระตุ้นน้ำนม **การประเมินผล** : วันที่ 23 มีนาคม 2566 น้ำนมไหลน้อย Latch Score =7 วันที่ 25 มีนาคม 2566 น้ำนมไหลดี Latch Score =10 มารดาอุ้มให้นม บุตรได้ถูกต้อง **ข้อที่ 4** วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก **ข้อมูลสนับสนุน** S: " ลูกจะหายบ่ มีใครเคยเป็นแบบนี้บ่" O : มารดามีสีหน้าวิตกกังวลซักถามเกี่ยวกับเจ็บป่วยของทารกบ่อยๆ ทารกหายใจหอบแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Congenital Pneumonia จาก Chest X-ray ทารก **วัตถุประสงค์** : เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ช่วยเหลือตามความต้องการมารดาหลังคลอด 2. เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุยซักถาม และให้ข้อมูลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร 3.แจ้งให้มารดาก่อนให้การพยาบาลทารกทุกครั้งเพื่อให้มารดาเข้าใจและคลายความวิตกกังวล 4.ให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะที่พยาบาลให้การพยาบาล เพื่อคลายความกังวลและลดความกลัวต่ออุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับทารก **การประเมินผล** : วันที่ 25-30 มีนาคม 2566 มารดามีสีหน้าสดชื่น ไม่ถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก วันที่ 30 มีนาคม 2566 ทารกอาการ ดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้าน	**วัตถุประสงค์** : เพื่อให้มารดามีน้ำนมเพียงพอและอุ้มให้นมบุตรถูกต้อง **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการให้นมบุตร 2. ให้ข้อมูลคำแนะนำเรื่องนมแม่และสอน/สาธิตการอุ้มให้นมบุตร 3. ดูแลให้มารดาได้รับอาหารครบ 5 หมู่ 4. นวดประคบเต้านม 5.ประเมิน Latch score ทุกเวร 6.เชิญทีมแพทย์แผนไทยเข้าเยี่ยมหลังคลอด เพื่อให้ความรู้แพทย์ทางเลือกรวมถึงสมุนไพรกระตุ้นน้ำนม **การประเมินผล** : วันที่ 29 มิถุนายน 2566 น้ำนมไหลดี ประเมิน Latch Score =10 อุ้มให้นมบุตรได้ถูกต้อง **ข้อที่ 4** วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก **ข้อมูลสนับสนุน** S : "ลูกคือได้ให้น้ำเกลือ...จะหายบ่ " O : มารดามีสีหน้าวิตกกังวลถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารกบ่อยๆ ทารกหายใจหอบแพทย์วินิจฉัย Congenital Pneumonia จาก Chest X-ray ทารก **วัตถุประสงค์** : เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับอาการ เจ็บป่วยของทารก **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ช่วยเหลือตามความต้องการมารดาหลังคลอด 2. เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุยซักถาม และให้ข้อมูลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร 3.แจ้งให้มารดาก่อนให้การพยาบาลทารกทุกครั้งเพื่อให้มารดาเข้าใจ และคลายความวิตกกังวล 4.ให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะที่พยาบาลให้การพยาบาล เพื่อคลายความกังวลและลดความกลัวต่ออุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับทารก **การประเมินผล** : วันที่ 30 มิถุนายน -4 กรกฎาคม 2566 มารดามีสีหน้าสดชื่นไม่ถาม เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารกอีกจนวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ทารก อาการไม่ดีขึ้น ต้องส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่ามารดามีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารกอีกครั้งหลังจากให้ข้อมูลให้กำลังใจแก่มารดา จึงเริ่มคลายความวิตกกังวล
ข้อที่ 5 ต้องการคุมกำเนิดเนื่องจากไม่ต้องการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น **ข้อมูลสนับสนุน** S:“บ่อยากท้องอีก ตอนคลอดเจ็บหลาย” O : มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตร 2 วัน **วัตถุประสงค์** : เพื่อมารดาวัยรุ่นไม่ตั้งครรภ์ซ้ำ **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแต่ละประเภท ข้อดี-ข้อเสีย รวมทั้งการปฏิบัติตัวก่อนทำ-หลังทำการคุมกำเนิดตามประเภทที่มารดาหลังคลอดเลือกคือการฝังยาคุมซึ่งคุมกำเนิดได้นาน 3 ปี	**ข้อที่ 5** มีพฤติการณ์การเลี้ยงดูทารกไม่เหมาะสมเนื่องจากมารดายังไม่เลิกเสพยาเสพติด **ข้อมูลสนับสนุน** S : " ท้องแต่ยังเสพยาอยู่ เพราะเสพมาแต่ได๋ สิให่เลิกกะยากยุ" O : ดูไม่นิ่งหลุกหลิกตลอดเวลา ไม่สบตาเวลาพูดคุย สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงดูทารกได้เหมาะสมและเลิกใช้เสพยาเสพติด **กิจกรรมการพยาบาล**

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
2.ประสานงานไปยังฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้พยาบาลที่อบรมการฝังยาคุมกำเนิดมาฝังยาให้มารดาหลังคลอด **การประเมินผล** : มารดาได้รับการฝังยาคุมกำเนิด เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2566 ก่อนการจำหน่ายทารก	1. ให้กำลังใจในการเลิกเสพยา และแจ้งระบบเพื่อเข้าสู่การบำบัดในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเขาสวนกวาง 2. อธิบายผลเสียของการเสพยา ผลดีเมื่อเลิกเสพยา 3. ประสานพยาบาลคลินิกคลินิกจิตเวชและยาเสพติด ให้มาพบพูดคุยโน้มน้าวให้เข้ารับการบำบัดอีกครั้ง 4. ประสาน รพ. สต. โนนสมบูรณ์และเครือข่ายในชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมหลังคลอด ดูแลติดตามการมารับการบำบัดรวมถึงเฝ้าระวังและสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงที่จะกลับไปใช้สารเสพติด **การประเมินผล** : วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 มารดาได้เข้ารับคำปรึกษาจากคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเขาสวนกวาง เพื่อรับการบำบัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทารกระยะหลังคลอด **ข้อที่ 1** ทารกมีภาวะปอดติดเชื้อแต่กำเนิดเนื่องจากมารดามีการติดเชื้อแฝงขณะตั้งครรภ์ **ข้อมูลสนับสนุน** S : " มีน้ำเดินสีเขียวขุ่น " O : PV พบมีน้ำคร่ำสีเขียวขุ่นขณะคลอด และแพทย์วินิจฉัย Congenital Pneumonia **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ทารกปลอดภัยจากภาวะปอดติดเชื้อแต่กำเนิด **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ดูแลประเมินสัญญาณชีพ และ O2 sat ทุก 4 ชั่วโมง 2.ดูแลให้ได้รับ O2 box 10 LPM ตามแผนการรักษา 3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ampicillin 210 mg. IV q 12 hr. และ Gentamicin 8 mg.+D5W upto 5ml. IV drip in 1 hr. OD ตามแผนการรักษา	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทารกระยะหลังคลอด** **ข้อที่ 1** ทารกมีภาวะปอดติดเชื้อแต่กำเนิดเนื่องจากมารดาอาจมีการติดเชื้อแฝงขณะตั้งครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน S : " ปไข้บ่มีน้ำเดินหยังดอก " O : มารดาเสพยาแอมเฟตามีนสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี และทารกแพทย์วินิจฉัยว่า Congenital Pneumonia จาก Chest Xray **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ทารกปลอดภัยจากภาวะปอดติดเชื้อแต่กำเนิด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลประเมินสัญญาณชีพและ O2 sat ทุก 4 ชั่วโมง 2.ดูแลให้ได้รับ O2 box 10 LPM ตามแผนการรักษา 3.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ampicillin 210 mg. IV q 12 hr.และ Gentamicin 8 mg.+D5W upto 5 ml. IV drip in 1 hr. OD ตามแผนการรักษา
4. กระตุ้นมารดาให้นมบุตรบ่อยๆ ทุก 2 -3 ชั่วโมง 5. ให้การพยาบาลด้วย Aseptic technique และ Sterile technique และจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด **การประเมินผล** : เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2566 เวลา11.00น. ทารก BT 37 ℃ RR 70 bpm.หายใจไม่หอบไม่มี retraction O2 sat 97 % วันที่ 27 มีนาคม2566เวลา 10.00น. BT 37.7 ℃ RR66 bpm., O2 sat 97 % วันที่ 30 มีนาคม 2566 ทารกได้รับปฏิชีวนะครบ 7 วัน อาการดีขึ้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน	4. กระตุ้นมารดาให้นมบุตรบ่อยๆ ทุก 2 -3 ชั่วโมง (ผลตรวจปัสสาวะของมารดาปกติไม่พบฉี่ม่วง) 5. ดูแลให้การพยาบาลด้วย Aseptictechnique , Sterile techniqueและจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด **การประเมินผล** :วันที่ 30 มิถุนายน เวลา 14.00 น. ทารก. BT 38 ℃ RR 64 bpm., O2 sat 98 % วันที่ 3 กรกฎาคม 2566เวลา 10.00น. BT 37.8 ℃ RR56 bpm., O2 sat 98 % วันที่ 5 กรกฎาคม 2566ทารกได้รับปฏิชีวนะ 7 วัน อาการไม่ดีขึ้น RR 65 bpm.,หายใจมี retraction ฟัง ปอดมีเสียงRhonchi แพทย์พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น

สรุปและอภิปรายผล

การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษา 2 ราย มีข้อมูลทั่วไป คือ ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสเหมือนกันทั้ง 2 ราย แตกต่างกันที่อายุ อาชีพและที่อยู่ปัจจุบัน โดย กรณีศึกษาที่ 1 เป็นวัยรุ่นแต่มีงานทำ มีรายได้ประจำ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นวัยผู้ใหญ่ ไม่ทำงาน ไม่มีรายได้ประจำ เป็นคนในพื้นที่อำเภอเขาสวนกวางทั้งคู่ ข้อมูลการเจ็บป่วยมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใกล้ครบกำหนด 37 wk. และไม่ได้ยายับยั้งคลอดเหมือนกัน สาเหตุเพราะกรณีศึกษาที่ 1 มาโรงพยาบาลเมื่อมีน้ำเดิน น้ำคร่ำสีเขียวขุ่นร่วมปากมดลูกเปิด 2 cm.เข้าสู่ระยะ True labor ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาถึงโรงพยาบาลขณะที่ปากมดลูกเปิดหมด คลอดหลังจากมาถึงโรงพยาบาล 36 นาที ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเหมือนกันทั้ง 2 รายคือ

ฝากครรภ์ล่าช้าไม่ได้คุณภาพ มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคลอดปกติ ทารกน้ำหนักน้อย ทารกแรกคลอดไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ผลการตรวจร่างกายพบว่ากรณีศึกษาที่ 1 สุขวิทยาส่วนบุคคลดี มี BP 150/104 mmHg. แต่กรณีศึกษาที่ 2 พร่องสุขวิทยาส่วนบุคคล มีคราบเหงื่อไคล ผมและเล็บยาวสกปรก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ทั้ง 2 ราย กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับยาฝังคุมกำเนิดเพื่อป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังจากคลอด กรณีศึกษาที่ 2 ได้เข้ารับคำปรึกษาเพื่อเลิกยาเสพติด ที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติดหลังคลอด[5] การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ซึ่งจะนำเสนอเฉพาะแบบแผนสุขภาพที่มีปัญหา คือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ ทั้ง2 รายรับรู้การตั้งครรภ์แต่มาฝากครรภ์ช้า แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เมื่อเสพยาแล้วไม่มีความอยากอาหารและมีภาวะซีดตลอดการตั้งครรภ์น้ำหนักเพิ่มขึ้น 5 กิโลกรัมซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ พบว่าบทบาทมารดาไม่เหมาะสมเนื่องจากยังเสพยาขณะตั้งครรภ์ แบบแผนที่ 11 ความเชื่อพบว่า ทั้ง 2 รายมีความเชื่อตามคำบอกเล่าแต่โบราณเหมือนกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 เชื่อเรื่องการอยู่ไฟหลังคลอด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เชื่อเรื่องอาหารแสลง สรุปปัญหาทางการพยาบาลในระยะก่อนคลอดที่แตกต่างกันคือกรณีศึกษาที่ 1 ให้การพยาบาลระยะก่อนคลอดนาน 2 ชั่วโมง มีปัญหาเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อ เนื่องจากมีการเปิดขยายของปากมดลูกและมีน้ำคร่ำสีเขียว แต่กรณีศึกษาที่ 2 มาถึงโรงพยาบาลเกือบจะคลอด เพราะตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิดหมดจึงให้การพยาบาล 10 นาทีแล้วย้ายเข้าไปทำคลอดเลย ส่วนการพยาบาลในระยะคลอดไม่แตกต่างกันคือคลอดปกติ มารดาและทารกปลอดภัย การพยาบาลในระยะหลังคลอดส่วนใหญ่เหมือนกัน และแก้ไขได้ทุกข้อ[6,7] ปัญหาการพยาบาลระยะหลังคลอดที่แตกต่าง คือกรณีศึกษาที่ 1 ต้องการคุมกำเนิดป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีพฤติการณ์การเลี้ยงดูทารกไม่เหมาะสมเนื่องจากมารดายังไม่เลิกเสพยาเสพติด ซึ่งทุกปัญหาได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติและแผนการพยาบาล ทำให้กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้จำหน่ายกลับบ้านเมื่อหลังคลอด 2 วัน บุตรของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะปอดติดเชื้อแต่กำเนิดเนื่องจากมารดามีการติดเชื้อแฝงขณะตั้งครรภ์ ได้รับยาปฏิชีวนะครบ 7 วันเหมือนกัน แต่บุตรของกรณีศึกษาที่ 2 อาการไม่ดีขึ้นต้องส่งต่อโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด ทำให้กรณีศึกษาที่ 2 มีความวิตกกังวลมากขึ้นมาอีกครั้ง ส่วนบุตรของกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการดีขึ้นได้จำหน่ายกลับบ้าน

ในกรณีศึกษาที่ 1 รีบมาตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์มาถึงโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 45 นาทีแต่ เนื่องจากปากมดลูกเปิด 2 cm. มีนำเดิน น้ำคร่ำเขียวขุ่น จึงไม่ได้รับยายับยั้งการคลอดเนื่องจากมารดาเจ็บครรภ์คลอด มีอายุครรภ์ 36^{+2} wk.ประเมินสุขภาพของมารดาและทารกแล้วสามารถดูแลทำคลอดตามมาตรฐานได้อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตามหากกรณีศึกษาที่ 1 มาโรงพยาบาลล่าช้าอาจมีโอกาสที่ทารกจะคลอดระหว่างนำส่งมารดามาโรงพยาบาลได้จากการคลอดเฉียบพลัน (Precipitate Labor) ทารกอาจติดเชื้อขาดออกซิเจนขณะคลอดจนเสียชีวิตได้ สำหรับกรณีศึกษาที่ 2 หากรีบมาตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์ จะได้รับยายับยั้งการคลอดตามมาตรฐานการดูแล รักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจยับยั้งการคลอดสำเร็จแต่เนื่องจากเจ็บครรภ์ 3 ชั่วโมง 40 นาที จึงมาโรงพยาบาล เมื่อมาถึงโรงพยาบาลปากมดลูกเปิดหมดต้องย้ายเข้าทำคลอดเลย จึงไม่ได้รับยายับยั้งการคลอด ซึ่งมารดารายนี้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 35^{+4} wk.และเป็นครรภ์หลัง มีโอกาสที่ทารกจะคลอดระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งจะเกิดความเสี่ยงต่อมารดาและทารกอย่างมากโดยเฉพาะทารก อาจติดเชื้อขาดออกซิเจนขณะคลอดจนเสียชีวิตได้ใน การฝากครรภ์คุณภาพต้องเน้นให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะการให้ข้อมูลอาการ สำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันทีจะทำให้สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้[7]

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557.นนทบุรี สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2557
2. บุศรินทร์ เขียนแม้น เยาวเรศ ก้านมะลิ และวรรณวิมล ทุมมี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565;15 (3): 286-300
3. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขาสวนกวาง ประจำปี 2563-2565. โรงพยาบาลเขาสวนกวาง. 2563-2565.
4. นงเยาว์ เอื้อตรงจิตต์. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด.วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2562; 10 (1): 1-10.
5. มานัส โพธาภรณ์. เสพยาขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตทั้งแม่และเด็ก. วันที่สืบค้น 25 สิงหาคม 2566
6. ศิริวรรณ แสงอินทร์. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2557; 22 (1): 27-38.
7. สินี แจ่มกระจ่าง. การพยาบาลมารดาคลอดที่ใช้สารเสพติด. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปีที่ 31 ฉบับที่ 2.วันที่สืบค้น 25 กันยายน 2566
8. Pinhom S, Sananreangsak S, Terarungsikul N. Effect of maternal coaching program on maternal behaviour in caring for children with pneumonia. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2021; 15(2): 82-93. (In Thai)
9. Chamninork K, Aree P, Lamchang S. Related factors of maternal practices for recurrent pneumonia prevention among children. Nursing Journal.2020;47(1): 77-87. (In Thai).
10. Sueram K. Nursing care for children with respiratory disorders. 2nd ed. Khon Kaen: Faculty of Nursing,Khon Kaen University; 2021. (In Thai)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อรุนแรงของเยื่อหุ้มคอชั้นลึกโพรงใต้คาง กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients with respiratory failure due to severe infection of the deep cervical membrane beneath the chin : Case study 2 cases

(Received: December 31,2023 ; Revised: January 29,2024 ; Accepted: February 6,2024)

ยุภาพร ศรีภา[1]
Yupaporn sripa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบจำนวน 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อรุนแรงของเยื่อหุ้มคอชั้นลึกโพรงใต้คาง ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นมีสาเหตุการติดเชื้อ จากฟันผุ ทั้ง 2 ราย แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รายที่ 1 ผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน มีอาการอักเสบระยะเวลาหลายวัน ที่เป็นปัจจัยส่งผลให้การเกิดความรุนแรงของโรคโดยกรณีศึกษาที่ 1 ทำให้มีพยาธิสภาพการติดเชื้อได้ง่ายประกอบกับ สูบบุหรี่ ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ไม่มี มีโรคประจำตัว แต่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ปริมาณมากถึง20 มวน/วัน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มาโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อยรายแรก มีไข้สูง รายที่2 ไม่มีไข้ และยาปฏิชีวนะรายที่1ได้รับยา Augmentin 1.2 กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ได้รับยาปฏิชีวนะClindamycin600 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง รายที่ 2ได้รับยา Augmentin 1.2 กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ได้รับการช่วยหายใจฉุกเฉินด้วยวิธีแบบAwake tracheal stylet Video laryngoscopeประเมิน ทางเดินหายใจผ่านVideo laryngoscope ผ่านการพ่นยาชาในช่องปาก LA 10% lidocaine spayโดยทีมวิสัญญีและศัลยแพทย์ หู คอ จมูก ที่ห้องฉุกเฉิน ทั้ง 2ราย ตามหลัก FASTHUG and BANDAIDS

คำสำคัญ: ภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อรุนแรงของเยื่อหุ้มคอชั้นลึกโพรงใต้คาง, การพยาบาล

Abstract

The purpose of this comparative case study of 2 cases was to study and compare nursing care of patients with respiratory failure caused by severe infection of the deep cervical membrane beneath the chin. who were admitted to the intensive care unit Sirindhorn Hospital Khon Kaen Province.

Results: Both case studies were caused by infection from tooth decay, but there were related factors. Case 1 was an elderly person and had a congenital disease, namely diabetes, and had symptoms of inflammation for several days. That is a factor that results in the severity of the disease. Case study 1 has pathology and is easily infected along with smoking, while case study 2 does not have any congenital disease. But they had the habit of smoking up to 20 cigarettes/day. Both patients came to the hospital with symptoms of shortness of breath, the first with a high fever, the second with no fever, and the first with antibiotics. The first received Augmentin 1.2 grams as an injection. Intravenously every 8 hours, received the antibiotic Clindamycin 600 milligrams, injected intravenously every 8 hours. The second person received Augmentin 1.2 grams, injected intravenously every 8 hours, received emergency ventilation using the Awake tracheal stylet Video method. laryngoscope assessment Respiratory tract via video laryngoscope through intraoral anesthesia LA 10% lidocaine spay by a team of anesthesia and ear, nose, and throat surgeons at the emergency room for both cases according to FASTHUG and BANDAIDS principles.

Keyword: Respiratory failure due to severe infection of the deep cervical membrane, nursing care

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรงพยาบาลสิริธร เริ่มทำการผ่าตัด เมื่อปีพ.ศ. 2557 และได้ทำการพัฒนาทีมที่ดูแลผู้ป่วย ทางด้านต่างๆเพิ่มมากขึ้น เป็นการผ่าตัดยุ่งยากซับซ้อนและใช้เทคโนโลยีชั้นสูง โดยเราเป็นโรงพยาบาล ขนาด M 1 ที่รับส่งต่อดูแลโรงพยาบาลทางโซนใต้ดังนี้ มีโรงพยาบาล บ้านไผ่, โรงพยาบาลชนบท, โรงพยาบาลแวงใหญ่, โรงพยาบาล แวงน้อย, โรงพยาบาลพล , โรงพยาบาลหนองสองห้อง,โรงพยาบาลโนนศิลา, โรงพยาบาลโคกโพธิ์ชัย, โรงพยาบาลมัญจาคีรี โรงพยาบาลพระยืน,ปัจจุบันมีนโยบายรับโรงพยาบาลโซนกลางของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งสามารถทำผ่าตัดช่วยแบ่งภาระโรงพยาบาลใหญ่ๆในจังหวัดขอนแก่นได้ โดยที่มีความพร้อมของแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นรวมถึงศัลยกรรม หู คอ จมูก เวชศาสตร์วิกฤตฉุกเฉิน มีหอผู้ป่วยวิกฤติ ICUรวม และทีมวิสัญญี ทีมผ่าตัด ที่มีประสบการณ์จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อเนื้อเยื่อชั้นลึก ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี ปี 2559-2565 จำนวน 3 ,5 5,7,5,6,7ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่เกิด Cardiac Arrest ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต1 ราย พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต จึงต้องมีความรู้ให้ทันกับเทคโนโลยีและวิทยาการใหม่ๆที่เปลี่ยนแปลง มีความรู้ สามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วย

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อรุนแรงของเยื่อหุ้มคอชั้นลึกโพรงใต้คาง ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อรุนแรง ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อรุนแรงของเยื่อหุ้มคอชั้นลึกโพรงใต้คาง ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ตามหลัก FASTHUG and BANDAIDS ประกอบด้วย

Feeding: เริ่ม feed ให้เร็วที่สุด

Analgesia: ประเมินความปวดให้ได้และควบคุมให้ได้

Sedation: การให้ยาระงับประสาท

Thromboembolic prevention: การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ

Head of the bed evaluation: การปรับเตียงให้หัวสูง

Stress ulcer prophylaxis: การให้ยาป้องกันเลือดออกในกระเพาะอาหาร

Glucose control: ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง 80-200 mg%

Bowels address; ดูแลเรื่องการขับถ่ายเพื่อลดของเสียคั่ง

Increased daily activity: ส่งเสริมการเคลื่อนไหว

Night time rest : ดูแลเรื่องการนอนหลับ

Disability prevention and discharge planning : การป้องกันโรคแทรกซ้อนและการวางแผนจำหน่าย

Aggressive alveolar maintenance : การปกคลุมถุงลมในปอด

Infection prevention : การป้องกันการติดเชื้อ

Delirium assessment and treatment : การประเมินและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน

Skin and spiritual care : การดูแลผิวหนังและการดูแลมิติจิตวิญญาณ

ร่วมกับ

1.การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)

2. การวินิจฉัย ทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning)

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวจากพยาธิสภาพของโรค	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้ปอดขยายตัวจากัดการเคลื่อนไหวที่ไม่จาเป็นเพื่อลดงานการหายใจ 2.วัดและบันทึกPR-BP-RRทุก 15 นาที 4 ครั้ง30 นาที 2 ครั้ง และทุกชั่วโมง เมื่อพบว่าสัญญาณชีพคงที่ ประเมินลักษณะการหายใจและอาการ cyanosis 3.ประเมินระดับความรู้สึกตัว รูม่านตา อาการปลายมือปลายเท้าเขียวซีดทุกชั่วโมง 4.ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาเพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจขยายและมีระบายอากาศได้เพียงพอและให้ยาทางหลอดเลือดดำ Dexamethasone 8 mg IV Stat then 4 mgทุก 8 ชม. Berodual (1:3) NB จานวน 3 dose บันทึกและติดตามหลังผู้ป่วยได้รับยา 5.ฟังปอดประเมินเสียงหายใจที่ผิดปกติ เช่นลักษณะเสมหะอาการหายใจลาบากทุก 2 ชั่วโมง ประเมินเสียงหายใจที่เบาลงแสดงถึงการมีลมเข้า-ออกปอดได้น้อย 6.ตรวจวัดและบันทึกค่า O2 sat ≥92%% ตามแผนการรักษา 7.ประเมินสีผิวอาการเขียวคล้าทุก 1ชั่วโมงเพราะแสดงถึงภาวะเนื้อเยื่อส่วนปลายขาดออกซิเจน 8..ได้รับใส่แผนการใส่ท่อช่วยหายใจชนิดให้คนไข้รู้สึกตัว Awake tracheal stylet Video laryngoscopeผ่านการพ่นยาชาในช่องปาก LA 10% lidocaine spay 3 puff 3 ครั้ง ใส่ET -tube ขนาด 7.0 ลึก 23 เซนติเมตร.ได้ยาระงับปวด fentanyl 100mcg	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้ปอดขยายตัวจากัดการเคลื่อนไหวที่ไม่จาเป็นเพื่อลดงานการหายใจ 2.วัดและบันทึกPR-BP-RRทุก 15 นาที 4 ครั้ง30 นาที 2 ครั้ง และทุกชั่วโมง เมื่อพบว่าสัญญาณชีพคงที่ ประเมินลักษณะการหายใจและอาการ cyanosis 3.ประเมินระดับความรู้สึกตัว รูม่านตาอาการปลายมือปลายเท้าเขียวซีดทุกชั่วโมง 4.ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาเพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจขยายและมีระบายอากาศได้เพียงพอและให้ยาทางหลอดเลือดดำDexamethasone 10mg IV Stat, Berodual(1:3) NB จานวน 3 dose บันทึกและติดตามหลังผู้ป่วยได้รับยา 5.ฟังปอดประเมินเสียงหายใจที่ผิดปกติ เช่นwheezing Crepitation สังเกตอาการไอลักษณะเสมหะอาการหายใจลาบากทุก2 ชั่วโมง ประเมินเสียงหายใจที่เบาลงแสดงถึงการมีลมเข้า-ออกปอดได้น้อย 6. ตรวจวัดและบันทึกค่า O2 sat ≥92%%ตามแผนการรักษา 7.ประเมินสีผิวอาการเขียวคล้าทุก 4 ชั่วโมงเพราะแสดงถึงภาวะเนื้อเยื่อส่วนปลายขาดออกซิเจน 8.ใส่แผนการใส่ท่อช่วยหายใจชนิดให้คนไข้รู้สึกตัวAwake tracheal stylet Video laryngoscopeผ่านการพ่นยาชาในช่องปาก LA 10% lidocaine spay 4 puff 3 ครั้งใส่ ET -tube ขนาด 7.5 ลึก 23 เซนติเมตร.ได้ยาระงับปวด fentanyl 100mcg
2 . ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจนคือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงกระสับกระส่ายสับสนหายใจแรงและเร็วหรือหายใจลาบากหัวใจเต้นเร็ว ผิดจังหวะความดันโลหิตสูงในช่วงแรก เหงื่อออก ผิวชื้น ริมฝีปากและปลายมือปลายเท้า ซีด เย็น เขียว หยุดหายใจ 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา Dexamethasone 8 mg IV Stat then 4 mg ทุก 8 ชม. Berodual (1:3)NB จานวน 3 dose then Berodual 1NB ทุก	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจนคือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงกระสับกระส่ายสับสนหายใจแรงและเร็วหรือหายใจลาบากหัวใจเต้นเร็ว ผิดจังหวะความดันโลหิตสูงในช่วงแรก เหงื่อออก ผิวชื้น ริมฝีปากและปลายมือปลายเท้า ซีด เย็นเขียว หยุดหายใจ 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษ Dexamethasone 10 mg IV Stat then OD. Berodual(1:3) NB จานวน 3 dose then Berodual 1NB ทุก 4 ชั่ว โ ม ง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	4 ชั่วโมง 3.จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้ปอดขยายตัว 4 . สอนการหายใจและการไอให้มีประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าออกติดต่อกัน 2-3 ครั้งแล้วกลั่นหายใจแล้วจึงค่อยไอเพื่อช่วย ให้เสมหะขับเคลื่อนออกมาได้ดีขึ้น 5..หลังได้รับยาและการพยาบาลตามแผนการรักษาอาการหายใจหอบลดลง on O2 T-piece 10 LPM หายใจได้เองและOFF Et tube ได้ RR=16-20 ครั้งต่อนาที 6.ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว O2 saturation 97-99%	ติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด 3.จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้ปอดขยายตัว 4.สอนการหายใจและการไออย่างมประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าออกติดต่อกัน 2-3 ครั้งแล้วกลั่นหายใจแล้วจึง ค่อยไอเพื่อช่วยให้เสมหะขับเคลื่อนออกมาได้ดีขึ้น 5..หลังได้รับยาและการพยาบาลตามแผนการรักษาอาการหายใจหอบลดลง on O2 T-piece 10 LPM หายใจได้เองและOFF Et tube ได้ RR=14-20 ครั้งต่อนาที 6.ปลายมือปลาย เท้าไม่ซีด เขียว O2saturation 98-100%
3.มีการติดเชื้อในระบบทางเดิน หายใจส่วนต้น	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 2.วัดอุณหภูมิร่างกายเพื่อประเมินภาวะไข้ทุก 4 ชั่วโมงและบันทึกข้อมูล 3.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ยา Augmentin 1.2 กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ได้รับยาปฏิชีวนะ , Clindamycin600mg IV ทุก8 ชั่วโมง 4.สังเกตอาการอาการแสดงอื่น เช่น อ่อนเพลียระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์ 5.ดูแลความสะอาดในช่องปากทุกครั้งหลังบ้วนเสมหะและน้ำลายเพื่อช่วยลดการติดเชื้อในช่องปาก 6.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขับเสมหะออกได้ 7.สังเกตลักษณะเสมหะ สี กลิ่น ติดตามผลHemocultureทั้ง 2ขวด ผลตรวจ No growth after 24 hrs 8.เช็ดตัวลดไข้ หลังเช็ดตัวดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่แห้ง สะอาด เพื่อช่วยให้มีความสุขสบาย 1.วัดอุณหภูมิร่างกายลดลง 36-37ºC ใน 24 ชั่วโมง 2.SOS Score<2 หลัง Admit วันที่ 3 3.ปัสสาวะปกติ/รู้สึกตัวดี	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 2.วัดอุณหภูมิร่างกายเพื่อประเมินภาวะไข้ทุก 4 ชั่วโมงและบันทึกข้อมูล 3.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ ยา Augmentin 1.2 กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ได้รับยาปฏิชีวนะ ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของยา 4.สังเกตอาการการแสดงอื่นๆเช่น อ่อนเพลีย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์ 5.ดูแลความสะอาดในช่องปากทุกครั้งหลังบ้วนเสมหะและน้ำลายเพื่อช่วยลดการติดเชื้อในช่องปาก 6.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขับเสมหะออกได้ 7.สังเกตเสมหะ สี กลิ่น ติดตามผล Hemocultureทั้ง 2 ขวด ผลตรวจ No growth after 24 hrs 8.เช็ดตัวลดไข้ หลังเช็ดตัวดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่แห้ง สะอาด เพื่อช่วยให้มีความสุขสบาย 1.วัดอุณหภูมิร่างกาย ไม่มีไข้ 2.ปัสสาวะปกติ/รู้สึกตัวดี
4 .มีภาวะ Shock เนื่องจากการติดเชื้อในร่างกาย (กรณีศึกษาที่ 1) หรือ เสี่ยงต่ออันตรายจากการติดเชื้อในร่างกาย (กรณีศึกษาที่ 2)	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการ SOS scores อย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยและการเกิดภาวะกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome: MODS) 2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique ล้างมือตามหลัก 5 moments 3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะและยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา 4. เพื่อป้องกัน Phlebitis โดยประเมินอาการบวมแดงหรือมีสิ่งคิดหลั่งซึมบริเวณ IV site 5. การดูแล Foley's Catheter ตามหลัก Catheter-associated urinary tract infections (CAUTI) โดยดูแล	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการ SOS scores อย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยและการเกิดภาวะกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome: MODS)21 2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique ล้างมือตามหลัก 5 moments 3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะและยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา 4. การดูแล Foley's Catheter ตามหลัก Catheter-associated urinary tract infections (CAUTI) โดยดูแลไม่ให้สายหักพับหรืองอ จัดถุงปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะแขวนให้สูงจากพื้นและอยู่ในระบบปิด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ไม่ให้สายหักพับหรืองอ จัดถุงปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะแขวนให้สูงจากพื้นและอยู่ในระบบปิด สังเกตและบันทึกลักษณะปัสสาวะ และดูแลทำความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศของผู้ป่วยทุกเช้า-เย็น 6. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา 7. ยากลุ่ม Vasopressor เช่นNorepinephrine 4mg + D5W 100 ml IV 5ml/hr titrate ถึง 75 ml/hr เพื่อเพิ่มระดับความดันโลหิต ให้มีค่า MAP > 65 มม.ปรอท ช่วยให้หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัว ซึ่งเป็นยา high alert drug จำเป็นต้องบริหารยาผ่านทาง infusion pump และเฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในระหว่างการให้ยา 9. สังเกตและบันทึกสารน้ำเข้าออก หาก urine output < 0.5 ml/kg/hr ภายใน 4 ชั่วโมงให้รายงานแพทย์ทันที **ประเมินผล** **กรณีศึกษาที่1** Norepinephrine 12mg +ครั้งเดียวที่ในห้องผ่าตัด, EKG show sinus 86-100/min รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ BT 36.7 C SOS scores 2-3 คะแนน urine output 30 ml/kg/hrรู้สึกตัวดี	สังเกตและบันทึกลักษณะปัสสาวะ และดูแลทำความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศของผู้ป่วยทุกเช้า-เย็น 5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา 6. สังเกตและบันทึกสารน้ำเข้าออก หาก urine output < 0.5 ml/kg/hr ภายใน 4 ชั่วโมงให้รายงานแพทย์ทันที **ประเมินผล** **กรณีศึกษาที่2** ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ BT 36.7 C PR = 70-80/min RR = 16-20/min Bp= 120/68 mmhg อยู่ในเกณฑ์ปกติ SOS score 0 คะแนน ระดับความรู้สึกตัวปกติ WBC อยู่ในค่าปกติ urine output 50 ml/kg/hr
5. เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของน้ำ สารอาหารและเกลือแร่ เนื่องจากรับประทานอาหารเองไม่ได้ ข้อมูลสนับสนุน O: .1 ผู้ป่วยสูญเสียน้ำจากการหายใจเหนื่อยหอบ 2. ใส่ท่อช่วยหายใจ ET tube ให้อาหารทางสายยาง 3. ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำทางปากได้ **วัตถุประสงค์** มีความสมดุลของสารน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย สังเกตอาการไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ เช่นหอบเหนื่อย จากการกรดด่าง การติดต่อของผิวหนังไม่มีริมฝีปากแห้ง เหงื่อออกมาก 2. ดูแลได้รับสารตามแผนการรักษา Control ด้วย Infection pump 3. ดูแลให้อาหารเหลวทางสายยาง Blendura (1.2: 1) 300 ml น้ำตาม 50 ml x 4 feed น้ำ ระหว่างมีอาการ 100 ml รักษาความสะอาดสายยางโดยให้น้ำตามหลังอาหารทุกมื้อ เพื่อไม่ให้ อาหารไหลย้อนมาตามสาย เพราะอาหารอาจเสีย เมื่อให้อาหารครั้งต่อไปผู้ป่วยอาจมีอาการท้องเสียได้ 4. ดูแลเปลี่ยนอิริยาบถบนเตียง เพื่อลดอาการท้องอืด 5. ดูแลทาความสะอาดปาก ฟันด้วยน้ายาบ้วนปาก และทาความสะอาดในโพรงจมูกที่ใส่สาย ยางให้อาหาร เพื่อให้เกิดความสุขสบาย 6. ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ ถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์ 7. บันทึกปริมาณน้าที่ร่างกายได้รับและขับออกทุก 8 ชั่วโมงเพื่อควบคุมสมดุลของน้าใน ร่างกาย **การประเมินผล** ไม่อ่อนแรงกล้ามเนื้อตึงตัวดี ริมฝีปากผิวหนังชุ่มชื่นไม่แห้ง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย สังเกตอาการไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ เช่นหอบเหนื่อย จากการกรดด่าง การติดต่อของผิวหนังไม่มีริมฝีปากแห้ง เหงื่อออกมาก 2. ดูแลได้รับสารตามแผนการรักษา Control ด้วย Infection pump 3. ดูแลให้อาหารเหลวทางสายยาง Blendura (1.2: 1) 300 ml น้ำตาม 50 ml x 4 feed น้ำ ระหว่างมีอาการ 100 ml รักษาความสะอาดสายยางโดยให้น้ำตามหลังอาหารทุกมื้อ เพื่อไม่ให้ อาหารไหลย้อนมาตามสาย เพราะอาหารอาจเสีย เมื่อให้อาหารครั้งต่อไปผู้ป่วยอาจมีอาการท้องเสียได้ 4. ดูแลเปลี่ยนอิริยาบถบนเตียง เพื่อลดอาการท้องอืด 5. ดูแลทาความสะอาดปาก ฟันด้วยน้ายาบ้วนปาก และทาความสะอาดในโพรงจมูกที่ใส่สาย ยางให้อาหาร เพื่อให้เกิดความสุขสบาย 6. ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ ถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์ 7. บันทึกปริมาณน้าที่ร่างกายได้รับและขับออกทุก 8 ชั่วโมงเพื่อควบคุมสมดุลของน้าใน ร่างกาย **การประเมินผล** ไม่อ่อนแรงกล้ามเนื้อตึงตัวดี ริมฝีปากผิวหนังชุ่มชื่นไม่แห้ง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ได้รับสารอาหารและน้ำตามแผนการรักษา รับอาหารทางสายยางได้หมด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน หลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ รับประทานอาหารอ่อนได้ครั้งละ 1 ถาดต่อมื้อ สามารถทานอาหารปกติได้ก่อนวันกลับไปรักษาตัวต่อที่รพ.หนองสองห้อง -ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ ปกติ	ได้รับสารอาหารและน้ำตามแผนการรักษา รับอาหารทางสายยางได้หมด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน หลังจาก OFF ET-tubeหายใจ รับประทานอาหารอ่อนได้ครั้งละ 1 ถาดต่อมื้อ และอาหารปกติได้มากจนถึงวันกลับบ้าน -ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ ปกติ
6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวการณ์เจ็บป่วยที่รุนแรงและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยและญาติ มี สีหน้าแววตา ท่าทางวิตกกังวล 2. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามว่าผู้ป่วยจะต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจนานแค่ไหน จะกลับไปทางานได้เหมือนเดิมหรือไม่ **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สามารถปรับตัวเผชิญต่อภาวะการเจ็บป่วย	**กิจกรรมพยาบาล** 1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีพูดคุยด้วยท่าทางที่อ่อนโยน ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยไว้วางใจและเชื่อมั่นในการพยาบาล แนะนาเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและญาติ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ เช่น หายใจหอบเหนื่อย เสมหะจานวนมาก ให้เข้าใจถึงการดาเนินของโรค ขั้นตอนการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัยต่างๆ อธิบายให้ทราบถึงเครื่องมือที่ผู้ป่วยจาเป็นต้องใช้ ให้ทราบถึงประโยชน์และผลของการได้รับ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเกี่ยวกับปัญหาสิ่งที่กังวลใจ รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ เข้าใจยอมรับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร แสดงออกให้ทราบว่าพยาบาลเข้าใจความรู้สึกกังวลของผู้ป่วยและญาติไม่ละเลยต่อความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่ญาติสงสัย จัดสถานที่ให้ญาติร่วมปรึกษากับแพทย์ อานวยความสะดวกตามความเหมาะสม 4. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สัมผัสผู้ป่วยด้วยท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตร บอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย 5. อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองในขณะที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ แนะนำผู้ป่วยรู้จักวิธีติดต่อสื่อสาร เช่นการใช้มือทาสัญลักษณ์ต่างๆที่สามารถสื่อสารให้เข้าใจตรงกันได้ 6. ให้ญาติที่ผู้ป่วยต้องการให้เยี่ยมเข้าเยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอุ่นใจ มีกาลังใจ อธิบายให้ทราบถึงความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลายสดชื่นขึ้น รับทราบแผนการรักษา ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาล นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงในช่วงเวลากลางคืน ไอขับเสมหะได้ดีไม่มีดึงท่อช่วยหายใจ	**กิจกรรมพยาบาล** 1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีพูดคุยด้วยท่าทางที่อ่อนโยน ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยไว้วางใจและเชื่อมั่นในการพยาบาล แนะนาเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและญาติ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ เช่น หายใจหอบเหนื่อย เสมหะจานวนมาก ให้เข้าใจถึงการดาเนินของโรค ขั้นตอนการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัยต่างๆ อธิบายให้ทราบถึงเครื่องมือที่ผู้ป่วยจาเป็นต้องใช้ ให้ทราบถึงประโยชน์และผลของการได้รับ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเกี่ยวกับปัญหาสิ่งที่กังวลใจ รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ เข้าใจยอมรับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร แสดงออกให้ทราบว่าพยาบาลเข้าใจความรู้สึกกังวลของผู้ป่วยและญาติไม่ละเลยต่อความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่ญาติสงสัย จัดสถานที่ให้ญาติร่วมปรึกษากับแพทย์ อานวยความสะดวกตามความเหมาะสม 4. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สัมผัสผู้ป่วยด้วยท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตร บอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย 5. อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองในขณะที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ แนะนาให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีติดต่อสื่อสาร เช่นการใช้มือทาสัญลักษณ์ต่างๆที่สามารถสื่อสารให้เข้าใจตรงกันได้ 6. ให้ญาติที่ผู้ป่วยต้องการให้เยี่ยมเข้าเยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอุ่นใจ มีกาลังใจ อธิบายให้ทราบถึงความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลายสดชื่นขึ้น รับทราบแผนการรักษา ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาล นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงในช่วงเวลากลางคืน สามารถถอดท่อช่วยหายใจภายใน 4 วัน ใช้ชีวิตได้ตามปกติที่บ้าน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
7. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำจากการและขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดการมาตรวจตามนัด 2. เมื่อเจ็บป่วยซื้อยารับประทานเองที่บ้าน **วัตถุประสงค์** รับรู้และเข้าใจในการดูแลตนเอง ปฏิบัติตัวถูกต้องเหมาะสม ไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค	**กิจกรรมพยาบาล** 1. ประเมินผู้ป่วยและญาติโดยการสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติในเรื่องฟันผุ จนเกิดการอักเสบติดเชื้อรุนแรง สาเหตุพยาธิสภาพของโรค การรักษา การดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการสูบบุหรี่ เน้นการทำความสะอาดปากและฟัน แนะนำการปรึกษาทันตกรรม เมื่อมีอักเสบในช่องปากและฟัน 2. แนะนาการสังเกตอาการไข้ไอ การหายใจเหนื่อยหอบ การจัดการเบื้องต้น อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งข้อมูลต่างๆ แจ้งเบอร์โทรศัพท์สายด่วน 1669 พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานเพื่อปรึกษาปัญหาได้ 3. เน้นย้ำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล การดูแลความสะอาดช่องปาก การออกกาลังกาย การไอขับเสมหะอย่าง 4. ส่งต่อแผนการดูแลต่อเนื่องไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อให้ติดตามเยี่ยมและติดตามดูเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และสนับสนุนให้กาลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ	**กิจกรรมพยาบาล** 1. ประเมินผู้ป่วยและญาติโดยการสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติในเรื่องฟันผุ ที่เป็นสาเหตุการติดเชื้อ สาเหตุพยาธิสภาพของโรค การรักษา การดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการสูบบุหรี่ เน้นการทำความสะอาดปากและฟัน แนะนำการปรึกษาทันตกรรม เมื่อมีอักเสบในช่องปากแลพฟัน 2. แนะนาการสังเกตอาการไข้ไอ การหายใจเหนื่อยหอบ การจัดการเบื้องต้น อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งข้อมูลต่างๆ แจ้งเบอร์โทรศัพท์สายด่วน 1669 พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานเพื่อปรึกษาปัญหาได้ 3. เน้นย้ำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การออกกาลังกาย การไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ และกระบังลม การฝึกการหายใจ 4ผู้ป่วยเข้าใจรับรู้การปฏิบัติตัวร่วมหาแนวทางการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม การมาตรวจตามนัด รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ญาติดูแลผู้ป่วยปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการอักเสบที่รุนแรงจากฟันผุได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

แนวคิดทางการพยาบาล FASTHUG และ BANDAIDS สามารถนำมาใช้ประเมินปัญหาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม จากการศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกรณีศึกษานี้ สามารถนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคที่มีการติดเชื้อรุนแรงในทางเดินหายใจส่วนต้น จนทำให้ภาวการณ์หายใจล้มเหลวได้ทั้งจากการติดเชื้อ หรือมีการอุดกลั้นทางเดินหายใจ อีกยังชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีปัญหาหาทางการพยาบาลที่มีความเฉพาะของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ยังพบว่าพยาบาลนั้นมีบทบาทสำคัญในการประเมินและเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและหายจากโรค จึงต้องมีการพัฒนาสมรรถนะและเทคนิคการพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวทาง การรักษาโรคที่มีการพัฒนาอยู่เสมอ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจ และดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาเพื่อก่อให้เกิดแนวปฏิบัติทาง การพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกปัญหา และสามารถต่อยอดได้โดยการทำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น[4,5,11]

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2561
2. ชวน ชีพเจริญรัตน์. (2560). ลักษณะการติดเชื้อลำคอส่วนลึกและการเสียชีวิตในโรงพยาบาลประชานุเคราะห์. วารสาร หู คอ จมูก และใบหน้า, 18(1):44-55

3. ชลวิทย์ วงศ์ไพโรจนพานิช. การติดเชื้อรุนแรงในบริเวณขากรรไกรและใบหน้า ภาวะ Ludwig's Angina.วารสารโรงพยาบาลพิจิตร. 2562; 34(1):136-140.
4. ทนันชัย บุญบูรพงศ์. (2553). การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หจก. บ้านหนังสือโกสินทร์.
5. ปราณี ทู้ไพเราะ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนจากความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนและ ขนส่งออกซิเจน. ใน
6. พรอรุณ สิริโชติวิทยากร. (2552). หลักการดูแลผู้ป่วย Difficult Airway. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญี วิทยา. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์
7. เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา และพรรณิภา สืบสุข. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. ใน ปราณี ทู้ไพเราะ และคณะ ,บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. กรุงเทพฯ:หจก. เอ็นพีเพรส; 2555:44-59.
8. เพ็ญศรี อุ่นสวัสดิพงษ์. ผลของกิจกรรมพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรกต่อความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ Sepsis. ว.พยาบาลศาสตร์ 2554;29(2):102-110
9. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. แนวทางการปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ ท่อช่วยหายใจหรือใส่ท่อช่วยหายใจยาก(difficult airway management
10. โรงพยาบาลขอนแก่น. (2562). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
11. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผันแปรของออกซิเจน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2556: 80-87.

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing care of patients with hip fractures who have comorbidities and who haveundergone hip replacement surgery : Two comparative case studies.

(Received: January 8,2024 ; Revised: February 2,2024 ; Accepted: February 13,2024)

ยุพิน พิมพ์สวัสดิ์[1]
Yupin Pimsawat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกและมีโรคร่วม ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์หญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ชาย โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลจากการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวร่วม ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทยอายุ 60 ปี มีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนคือ ภาวะโปแตสเซี่ยมในเลือดต่ำ มีความเสี่ยงการผ่าตัด ได้รับแก้ไข, เตรียมการผ่าตัดและปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ได้รับการประเมินจากอายุรแพทย์และวิสัญญีแพทย์ก่อนผ่าตัด ได้รับการผ่าตัดตามกำหนดเวลาที่กำหนด หลังผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัยดี ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทยอายุ 79 ปี มีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมได้ดี แต่มีโรคแทรกซ้อนก่อนผ่าตัดได้แก่ ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ได้รับการประเมินและร่วมรักษาจากอายุรแพทย์ จนปลอดภัยจึงได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัยดี

คำสำคัญ: ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for patients with hip fractures who were treated with hip replacement surgery Compare 2 case studies choose a specific design. They are patients who have had hip surgery and have comorbidities. who received treatment at the female surgical and orthopedic ward and male surgical and orthopedic wards. Sirindhorn Hospital Khon Kaen Province By collecting information from medical records Information from talking with patients and relatives Comparative data analysis according to Gordon's 11 health models. Set a nursing diagnosis Plan and perform nursing actions using the nursing process.

Results : The results of the study found that the two case study patients were elderly. Have co-morbidities Patient 1 is a 60-year-old Thai man with comorbidities including high blood pressure. And there are complications. Hypokalemia There are risks of surgery. Corrects, prepares for surgery, and performs patient care for hip fractures. Be evaluated by an internist and anesthesiologist before surgery. Had surgery according to the specified schedule. After surgery, the patient is safe. The second patient is a 79-year-old Thai woman with co-morbidities including diabetes and high blood pressure. Can control well But there were complications before surgery including: urinary tract infection Receive evaluation and treatment from a general practitioner. Until it was safe, he received hip replacement surgery. After surgery, the patient is safe.

Keywords: hip fracture patients with comorbidities, hip replacement surgery

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ภาวะกระดูกข้อสะโพกหักพบบ่อยในสตรีสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 80 ปี สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของระบบต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกที่บางลงและมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง ทำให้โครงสร้างของร่างกายไม่แข็งแรง มีความ เสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกหักได้ง่าย ในรายที่กระดูกสะโพกหัก ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทรงตัวไม่ได้ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลาอาจเกิดภาวะทุพพลภาพและอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจึงควรได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว การรักษาที่ได้ผลดี คือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและการผ่าตัดตรึงกระดูกไว้ภายใน ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมี 2 แบบ ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนแบบสองชั้น (Bipolar hemi arthroplasty) ซึ่งวิธีนี้กระดูกอ่อนที่เบ้าสะโพกยังดีอยู่ และการผ่าตัดเปลี่ยนทั้งหัวสะโพกและเบ้าเทียม (Total hip arthroplasty) การรักษาแบบนี้เนื่องจากมีการเสื่อมของกระดูกอ่อนที่เบ้าสะโพก[2]

ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ส่วนใหญ่จะกลัวว่าตนจะไม่สามารถการจัดการตนเองหลังผ่าตัดตามที่เจ้าหน้าที่สอนได้ ขาดความมั่นใจในการฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการฝึกยืนหรือฝึกเดินหลังผ่าตัด นอกจากนั้นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างรักษาตัว อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ช้า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ค่อนข้างสั้น ทำให้มีเวลาเรียนรู้ในการจัดการตนเองในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้านน้อย การมีนักกายภาพบำบัดและพยาบาลประจำการไม่เพียงพอ ทำให้มีข้อจำกัดของการสอนผู้สูงอายุให้มีทักษะที่ดี ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัด ซึ่งการฟื้นหายของการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักนั้นค่อนข้างใช้เวลานานกว่าวัยหนุ่มสาว[1]

จากการสถิติข้อมูลของผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปี 2564-2566 มีจำนวน 18 , 22 , 38 ตามลำดับ ซึ่งเป็นหัตถการผ่าตัดใหญ่ใน 5 ลำดับแรกของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์[3]

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เข้าใจพยาธิสภาพของโรค สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อน ติดตามอาการให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที รวมทั้งการให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและญาติ ซึ่งมีความสำคัญทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย[4] เพื่อให้กลับมา มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้รวดเร็วขึ้น ดลอดจนแนะนำการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขในสังคมได้ดังเดิม ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 2 รายที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

ขั้นตอนและวิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ของกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ ย้อนหลัง 3 ปี จากผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานที่ได้ให้การดูแล 2 ราย

2. เลือกศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เนื่องจากเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่มีผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพ ต่อความสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขในสังคมได้ดังเดิม

3. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคกระดูกสะโพกหัก การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กายวิภาค และสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก

4. ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

5. ศึกษาผู้ป่วยรายกรณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจดังนี้

5.1 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนบูรณาการกับแบบแผนสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพื้นฐานสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัว ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิต ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ (11 แบบแผนของกอร์ดอน) การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ แผนการรักษาของแพทย์และยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยรายกรณี หัตถการการผ่าตัด อาการ อาการแสดงและการพยาบาลที่ได้รับ

5.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

5.3 การปฏิบัติการพยาบาล

5.4 ประเมินผลการพยาบาล แก้ไขปรับปรุงให้เหมาะ

6. สรุปผลการศึกษา ปัญหา และอุปสรรค

7. เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

8. จัดทำเป็นเอกสารวิชาการและเผยแพร่ผลงานแก่หน่วยงานต่างๆ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี เดินลื่นล้ม สะโพกขวากระแทกพื้น ปวดสะโพกข้างขวาลุกเดินไม่ได้ เป็นก่อนมา 1 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นแรกรับ รู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.5 °C ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 183/101 mmHg Hct 33 vol% มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่องไม่ขาดยา ส่งปรึกษาแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ตรวจร่างกายและผลการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ แพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกข้อสะโพกข้างขวาหัก แพทย์จึงรับไว้ในโรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วยศัลกรรมและออร์โธปิดิกส์ชาย มีภาวะ Hypokalemia K = 3.3 และให้ E.KCL oral 2 dose ทุก 3 hr วันที่ 1 รักษาโดยการถ่วงน้ำหนักที่ขาขวาน้ำหนัก 3 กิโลกรัม และ replete Potassium= 3.6 วันที่ 2 รักษาโดยการถ่วงน้ำหนักที่ขาขวาน้ำหนัก 3 กิโลกรัม Plan set ผ่าตัด Bipolar hemi arthroplasty พรุ่งนี้ วันที่ 3 ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม(Bipolar hemiarthroplasty) ในห้องผ่าตัดมี Early blood loos 300 ml แรกรับหลังผ่าตัด at ward: Hct = 40 vol% ให้keep ≥ 25 vol% มีสายระบาย(Radivac drain)เป็นเลือดสีแดงจาง 200 ml คาสายสวนปัสสาวะไว้ ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS และได้รับยา Cefazolin 1 กรัม vein ทุก 6 hr อุณหภูมิ 36.6 °C ชีพจร 76 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 163/84 mmHg แพทย์สั่งให้ยา MO 3 mg vein prn ทุก 6 ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยปวดแผลในระดับ mild รับประทานยา Paracetamal (500 mg) 1 เม็ดเมื่อปวดทุก 4-6 ชั่วโมง จึงไม่ได้ยา MO วันที่ 4 แพทย์ให้off สารน้ำและoff foley'cath ,Hct ทุก 12 hr วันที่ 5 เจาะHct at 6.00 น.= 25 vol% แพทย์สั่งให้ PRC vein drip in 3 hr และHct หลังให้เลือด= 29 vol% วันที่ 6 off Radivac drain และฝึกเดินกับwalker สามารถเดินได้ดี วันที่ 7 แพทย์พิจารณาให้จำหน่าย รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน นัดตรวจติดตามอาการ 1 สัปดาห์

กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี ลื่นล้ม ก้นซ้ายกระแทกพื้น ปวดสะโพกข้างซ้ายลุกเดินไม่ได้ เป็นก่อนมา 3 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นแรกรับ รู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.5 °C ชีพจร 94 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดัน

โลหิต 163/93 mmHg เจาะ DTX= 248 mg% ให้ NPH 4 unit subcutaneouse มีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่งปรึกษาแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ตรวจร่างกายและผลการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ แพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกข้อสะโพกข้างซ้ายหัก แพทย์จึงรับไว้ในโรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วยศัลกรรมและออร์โธปิดิกส์หญิง at ward ผล Hct 29 vol% สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 38 °C ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/63 mmHg ให้ on skin traction 2 kgs วันที่ 1 เจาะ DTX= 346 mg% ให้ RI 8 unit วันที่ 2 ส่งปรึกษาอายุรแพทย์วินิจฉัย เรื่องPre-op เพื่อ Plan set ผ่าตัด ให้ส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์ร่วม ,ส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์ให้ go on surgery ถ้าไม่มีไข้ วันที่ 3 ไม่มีไข้ เจาะ DTX= 366 mg% ให้ NPH 6 unit subcutaneouse ส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Bipolar hemiarthroplasty) ในห้องผ่าตัดมี Early blood loos 150 ml แรกรับหลังผ่าตัด at ward มีสายระบาย(Radivac drain)เป็นเลือดสีแดงจาง 150 ml คาสายสวนปัสสาวะไว้ ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS at ward : Hct = 27 vol% ให้ keep ≥ 25 vol% อุณหภูมิ 37.2 °C ชีพจร 88 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/60 mmHg ปวดแผลระดับ Severe ได้รับยา MO 3 mg vein prn ทุก 6 ชั่วโมง วันที่ 4 เจาะHct at 6.00 น.= 24 vol% แพทย์สั่งให้ PRC vein drip in 3 hr และHct หลังให้เลือด= 28 vol% วันที่ 5 เจาะHct at 6.00 น.= 31 vol% วันที่ 6-9 ฝึกลุกนั่ง-ยืน-เดินรอบเตียง ยังเดินไม่ค่อยถนัดเนื่องจากยังไม่ได้ off Radivac drain และ off foley'cath วันที่ 10 off Radivac drain และ off foley'cath นักกายภาพสอนฝึกเดินร่วมกับสอนญาติ เดินได้ไม่คล่อง แพทย์พิจารณาให้จำหน่ายและPlan ส่งปรึกษาอายุรแพทย์รพ.ใกล้บ้านและฝึกเดินต่อที่รพ.ใกล้บ้านต่อรวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน นัดตรวจติดตามอาการ 1 เดือน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	การวิเคราะห์
1. อายุกรณีศึกษา รายที่ 1 อายุ 60 ปี กรณีศึกษา รายที่ 2 อายุ 79 ปี	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงในการหกล้ม จากการศึกษา พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดสะโพกหักเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ระบบของร่างกายเกิดความเสื่อมถอย การรับรู้ การสัมผัส การทำงานของระบบประสาท กล้ามเนื้อ ข้อต่อต่างๆ ลดลง ทำให้ขาดความมั่นคงขณะเดิน บางรายมีความบกพร่องในการมองเห็น ทำให้เกิดการหกล้มง่าย
2.เพศ กรณีศึกษา รายที่ 1 ชาย กรณีศึกษา รายที่ 2 หญิง	กรณีศึกษารายที่2 เป็นผู้สูงอายุ และเป็นเพศหญิง อยู่ในภาวะหมดประจำเดือนเหมือนกัน ทำให้ขาดฮอร์โมนเกี่ยวกับการสร้างของกระดูก มีโอกาสเกิดกระดูกหักได้มากกว่าปกติ อุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักในเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 3:1
3. สาเหตุและปัจจัย กรณีศึกษา รายที่ 1 เดินล้ม ขณะเดินอยู่ในสวนหลังบ้าน กรณีศึกษา รายที่ 2 ลื่นล้ม ขณะเดินในบ้าน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสาเหตุการณ์เกิดสะโพกหักจากการล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดสะโพกหักในผู้สูงอายุ พบได้ร้อยละ 79 และมักหกล้มเวลาทำกิจกรรม นอกจากนั้นยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพลักตกหกล้ม ได้แก่ สภาพพื้นบ้านที่ลื่น ลาดเอียง มีพื้นที่ขรุขระ แสดงสว่างไม่เพียงพอ เป็นต้น
4.โรคประจำตัว กรณีศึกษา รายที่ 1 ความดันโลหิตสูง กรณีศึกษา รายที่ 2 เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัวร่วมเหมือนกัน จำนวน 1 โรค ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มโดยผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกหัก 3.02 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.04 รองลงมาคือ โรคเบาหวานร้อยละ 27.30
5.การวินิจฉัยโรค กรณีศึกษา รายที่ 1 Close fracture neck of femur	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กระดูกหักบริเวณคอกระดูกต้นขาซ้าย (closed fracture neck left femur) เกิดขึ้นภายในข้อและเบ้าของสะโพก (intra capsular) การหักของกระดูกสะโพกนี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	การวิเคราะห์
กรณีศึกษา รายที่ 2 Close fracture neck of femur	
6.การรักษา กรณีศึกษา รายที่ 1 Bipolar hemiarthoplasty กรณีศึกษา รายที่ 2 Bipolar hemiarthoplasty	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมบางส่วน Bipolar hemiarthroplasty left เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกหักเท่านั้น (femoral head) เหมาะกับผู้สูงอายุที่กระดูกหักชนิดมีการเคลื่อนของกระดูก ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี
7.โรค/ภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษา รายที่ 1 Hypokalemia กรณีศึกษา รายที่ 2 Hypokalemia UTI	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อนที่เหมือนกัน คือ Hypokalemia อาการของ Hypokalemia จะไม่รุนแรงมากนัก แต่ผู้ป่วยอาจเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ถ้าระดับโพแทสเซียมของผู้ป่วยต่ำมากจนอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรรักษาระดับโพแทสเซียมในเลือดให้อยู่เกณฑ์ปกติคือ 3.4-4.7 มิลลิโมล/ลิตร
7.ระยะเวลา กรณีศึกษา รายที่ 1 = 7 วัน กรณีศึกษา รายที่ 2 Hypokalemia UTI = 17 วัน	กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมักพบในผู้หญิงมากกว่าชาย และผู้ป่วยหญิงสูงอายุมักพบภาวะกระดูกพรุนร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดมากและไม่สามารถลุกเดินได้ และลุกเดินฟื้นตัวได้ช้ากว่าผู้ชายหลังผ่าตัด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวิเคราะห์ผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ก่อนผ่าตัด 1. ปวดสะโพกขวาเนื่องจากกระดูกสะโพกหัก	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการปวดบริเวณสะโพกขวาที่กระดูกหัก รักษาโดยการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง เพื่อดึงกระดูกให้เข้าที่ลดอาการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและบรรเทาอาการปวดขณะรอการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1 ถ่วงน้ำหนัก 2 kgs มีความปวด Pain score = 7 รายได้รับยาตามแผนการรักษา คือ MO 3 mg iv prn q 6 hr /Pain score ลดลง=3-4 กรณีศึกษาที่ 2 ถ่วงน้ำหนัก 3 kgs : Pain score = 8 ได้รับยา MO 3 mg iv prn q 6 hr /Pain score = 4 คะแนน หลังให้การพยาบาลและยาลดปวด
2.วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาก่อน และยังไม่เคยรับการผ่าตัดอื่นๆมาเลย การไม่มีประสบการณ์และความรู้ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตน เมื่อได้รับการพยาบาลและรับข้อมูลแนวทางการรักษาของโรค ทำให้ผู้ป่วยและญาติรับเข้าใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
3. มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะ Hypokalemia จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีศึกษาที่ 1 Potassium =3.3 ได้รับการรักษาโดยให้ E.KCL 30 ml oral x 2 dose และreplete Potassium=3.6 กรณีศึกษาที่ 2 Potassium =3.28 ได้รับการรักษาโดยให้ E.KCL 30 ml oral x 2 dose และreplete Potassium=4.7
4. กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะ Hyperglycemia กรณีศึกษาที่ 1 ไม่พบ	กรณีศึกษาที่ 1 มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน การเตรียมผ่าตัดได้ใช้ Protocol DM เพื่อรักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย เพื่อให้กระบวนการหายของแผลและการซ่อมแซมเนื้อเยื่อเป็นไปตามระยะเวลาที่ควรจะเป็น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวิเคราะห์ผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
5. เสี่ยงต่อภาวะแผลกดทับเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความเสี่ยงต่อภาวะแผลกดทับเนื่องจากแผลกดทับเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้สูงอายุและในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ต้องใส่อุปกรณ์ในการดึงรั้ง,ใส่เครื่องถ่วงน้ำหนักรอการผ่าตัด เช่น skin traction โดยเฉพาะกรณีศึกษาที่ 2 ที่ต้องนอนรอผ่าตัดนานถึง 7 วัน ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผิวหนังและเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการได้รับแรงกดอยู่เป็นเวลานาน เลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้มากขึ้น แต่กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการเฝ้าระวังและให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทำให้ไม่เกิดแผลกดทับ
6. กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการขับถ่ายปัสสาวะเปลี่ยนแปลงไป กรณีศึกษาที่ 1 ไม่พบ	ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะประมาณร้อยละ 25-50 พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเล็กน้อย(สิริภา ช้างศิริกุลชัย,2547) กรณีศึกษาที่ 2 มีปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหานี้ จากการที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก เป็นผู้ป่วยหญิงสูงอายุ และมีโรคประจำตัวคือเบาหวานซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย พยาบาลมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงดังกล่าว รวมทั้งอาการสัญญาณชีพ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการรายงานแพทย์ทราบและผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นจึงได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา
7. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัวเหมือนกันคือ ความดันโลหิตสูงขาดยาในวันที่ล้ม ประกอบกับมีภาวะปวดจากกระดูกข้อสะโพกหัก จึงเป็นปัจจัยให้ความดันโลหิตสูงได้ แต่ทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามกระบวนการจนอาการดีขึ้นและปลอดภัย
หลังผ่าตัด 8.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะช็อก ซึ่งอธิบายดังนี้ กรณีศึกษาที่ 1 ในห้องผ่าตัดมี Early blood loos 300 ml หลังผ่าตัดวันที่ 2 เจาะHct=25 vol% (Hct แรกรับ 33 vol%) ให้ PRC 1 unit และHct หลังให้เลือด= 29 vol% ผู้ป่วยไม่มีวิงเวียนศีรษะ สามารถAmbulationและฝึกเดินได้เร็ว กรณีศึกษาที่ 2 ในห้องผ่าตัดมี Early blood loos 400 ml หลังผ่าตัดวันแรกเจาะHct=28 vol% (Hct แรกรับ 33.5 vol%) ให้ PRC 1 unit และHct หลังให้เลือด= 34 vol% ลุกAmbulationและฝึกเดินได้ช้า จากปัจจัยการผ่าตัดล่าช้า มีโรคแทรกซ้อนทำให้ร่างกายฟื้นฟูสภาพได้ช้าไปด้วย
9. เสี่ยงต่อการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม	การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมสาเหตุเกิดจากข้อเทียมยังไม่มั่นคง เนื้อเยื่อหุ้มข้อและกล้ามเนื้อรอบข้อไม่แข็งแรง 1-3 สัปดาห์ เนื้อเยื่อระบบข้อสะโพกจะแข็งแรง ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม
10. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณสะโพก	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1 ปวดแผล pain score 2-5 ลดปวดโดยยาParacetamal/ Napoxen ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยลุก Amburation ได้ดี สามารถขยับตัวลุกนั่งได้เองหลังผ่าตัดสามารถฟื้นตัวและฝึกเดินได้เร็ว ส่วนกรณีศึกษาที่ที่ 2 ปวดแผล pain score 3-5 ได้รับลดปวดเป็น MO syrup oral ทุก 6 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยง่วงบ่อยได้รับการดูแลเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง หลังผ่าตัดลุก Amburation น้อย ทำให้ฟื้นตัวและฝึกเดินล่าช้า แต่ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือดีจึงฟื้นตัวได้และสามารถจำหน่ายได้
11. ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1 มีผู้ดูแลที่บ้านคือ ภรรยาและบุตร ขณะนอนโรงพยาบาลมาเฝ้าดูแลและร่วมเรียนรู้การดูแลที่สหสาขาวิชาชีพแนะนำและสอน ให้ความร่วมมือและสามารถทำได้ดี กรณีศึกษาที่ 2 มีผู้ดูแลที่บ้านคือ บุตรและหลาน ขณะนอนโรงพยาบาลมาเฝ้าดูแลและร่วมเรียนรู้การดูแลที่สหสาขาวิชาชีพแนะนำและสอน ให้ความร่วมมือ แต่จากปัจจัยและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย จึงทำให้มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก การพยาบาลหลังผ่าตัดได้เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองควบคู่ไปด้วยจึงทำให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและจำหน่ายได้ตามแผนการรักษา

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี ซึ่งอายุน้อยกว่ารายที่ 2 และมีโรคประจำตัว 1 โรค คือ ความดันโลหิตสูง พบภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะ Hypokalemia ในช่วงก่อนผ่าตัดได้รับการดูแลรักษาเป็นปกติดีก่อนผ่าตัด และได้เข้ารับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ในระหว่างผ่าตัดมี Early blood loos 300 ml หลังผ่าตัดได้รับ PRC 1 unit และความดันโลหิตไม่เกิน 160/90 mmHg ผู้ป่วยปวดแผล

pain score 2-5 ลดปวดโดยยา Paracetamal/ Napoxen ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง Amburation ขยับตัวลุกนั่งได้เองหลังผ่าตัด และสามารถฟื้นตัวได้เร็ว ส่วนรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยหญิง อายุ 79 ปี ซึ่งอายุมากกว่ารายที่ 1 มีโรคประจำตัว 2 โรค คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง พบภาวะHyperglycemia & Hypokalemia ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด พบความดันโลหิตสูง ในช่วงก่อนผ่าตัด ได้รับการดูแลรักษาจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ และได้เข้ารับการผ่าตัดวันที่ 8 เนื่องจากมีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อายุรแพทย์ให้รักษาด้วยAntibiotic ก่อน ในระหว่างผ่าตัดมี Early blood loos 400 ml พอหลังผ่าตัดได้รับ PRC 2 unit ผู้ป่วยปวดแผล pain score 3-5 ได้รับลดปวดเป็น MO syrup oral ทุก 6 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยง่วงบ่อยได้รับการดูแลเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง หลังผ่าตัดลุก Amburation น้อย ทำให้ฟื้นตัวได้ช้า แต่ทั้ง 2 รายกรณีได้รับการดูแล การผ่าตัด ให้การรักษาและแก้ไขปัญหาตามกระบวนการที่เหมือนและแตกต่างกันๆไป แต่ก็สามารถแก้ไขได้ตามอาการและการดำเนินของโรค และได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ป่วย และญาติ ทำให้ปัญหาทุกอย่างได้รับการแก้ไขและบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ [4,5,7,8]

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลรักษาพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก และมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ซึ่งมีความซับซ้อนในการดูแล มีโอกาสเกิดภาวะจากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลรักษาพยาบาลจำเป็นต้องประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย พยาบาลออร์โธปิดิกส์ซึ่งเป็นผู้ที่ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความรู้เรื่องพยาธิสภาพของกระดูกหัก รวมทั้งโรคร่วมที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ การรักษา การพยาบาล การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับสู่ชุมชน ควรต้องมีการพัฒนาคุณภาพ/ปรับปรุงแนวทางการดูแลการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมปรับปรุงกระบวนงาน การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเชิงนโยบาย เพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล และจัดทำแนวทางคู่มือการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยกระดูกและข้อสะโพกหักเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. ฐิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย. ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเลิศสิน.วารสารกรมการแพทย์.2561
2. กุลพัชร จุลสำลี. (2562). หลักการพื้นฐานในกระดูกและข้อเลื่อนหลุด. ในพงศธร ฉันท์พลากร บรรณาธิการและคณะ. หนังสือตำราการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพ: บริษัท ทรัส อัส จำกัด.
3. กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. (2564-2566). รายงานสถิติประจำปี. ขอนแก่น: โรงพยาบาลสิรินธร
4. จิณพิชญ์ชา มะมม. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2 ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
5. ธิราวรรณ เชื้อตาเล็ง และณัฐมา ทองธีรธรรม. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส
6. บวรฤทธิ์ จักรไพวงศ์ และคณะ. (2556). การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
7. พรสินี เต็งพานิชกุล. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกเทียม. ใน อรพรรณ โตสิงห์, พรสินี เต็งพานิชกุล, ธิราวรรณ เชื้อตาเล็ง, ณัฐมา ทองธีรธรรม (บรรณาธิการ),การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์.กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส

8. ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี.
9. สุภาวดี เลิศสำราญ. (2566). Nursing Theory:Orem's Self-Care Deficit Theory. สืบค้น 2 มิถุนายน 2566. จาก http://www.elnurse.ssru.ac.th
10. Peeters C M M, Visser E, Van de Ree C L P, Gosens T, Oudsten BLD, Vries JD.Quality of life after hip fracture in the elderly : A systemic literature review. International Journal of The Care of the Injury. 2016
11. ยศ เขียวอมร. อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกับอัตราตายปีแรกของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ผ่าตัดในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช.วารสารกรมการแพทย์เขต 4-5.2564

การพยาบาลมารดาและทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอนจาน: กรณีศึกษา

Nursing care of mothers and infants born before hospital arrival in obstetric emergencies Nursing for emergency accident patients and the forensic medicine department, Don Chan Hospital: Case Study.

(Received: January 7,2024 ; Revised: February 2,2024 ; Accepted: February 13,2024)

นรินทร์ ภารวิจิตร[1]
Narin Panvijit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาทางการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาและทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเปรียบเทียบ 2 รายที่มารับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอนจาน ระยะเวลาในการศึกษาเดือนสิงหาคม-เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 เป็นมารดาครรภ์ที่ 2 คลอดทางช่องคลอดพร้อมรกที่บ้านก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ให้การดูแลตัดสายสะดือที่โรงพยาบาล มารดามีภาวะเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและอุณหภูมิกายต่ำ กรณีศึกษาที่ 2 เป็นมารดาครรภ์ที่ 2 มีประวัติแท้ง มีอาการเจ็บครรภ์คลอดได้คลอดเองที่บ้าน รถโรงพยาบาลออกรับผู้ป่วยพร้อมบุตร ทำการคลอดรกที่โรงพยาบาล มารดามีความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด ภาวะติดเชื้อช่องทางคลอดฉีกขาด และทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยทั้งสองได้รับการส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่ามารดาและทารกปลอดภัย

คำสำคัญ: การคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล, การพยาบาล, ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม, ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This nursing case study aimed to examine the care provided to mothers and infants experiencing pre-hospital births during obstetric emergencies. It compared two cases seeking nursing for emergency accident patients and the forensic medicine department at Don Chan Hospital. Data collected from August to November 2023, including patient records, observation, and interviews, were analyzed using the Gordon Health Model framework and nursing process.

The study's findings revealed that in case study 1, a second-time mother gave birth vaginally at home with the placenta, an hour before reaching the hospital. Care included umbilical cord cutting at the hospital. The mother faces a postpartum hemorrhage risk, while the baby suffers from oxygen deficiency, hypoglycaemia, and hypothermia. Case study 2 involved a mother with a history of miscarriage who reached a hospital via hospital buses, with the placenta delivered upon arrival. Both mothers faced risks, including postpartum hemorrhage and vaginal rupture infection, with their babies having low blood sugar. Consequently, both patients were referred for treatment at a hospital with advanced maternal and infant safety capabilities.

Keywords: birth before arrival, nursing, obstetric emergencies, community hospital emergency room

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอนจาน

บทนำ

การคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล (Birth Before Arrival: BBA) ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาล ในปี 2564 พบว่ามีทารกแรกเกิดประมาณ 2.8 ล้านคนทั่วโลกที่คลอดก่อนกำหนด (ก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์) ร้อยละ 10 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด ในประเทศไทย โดยทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดมีประมาณ 75,000 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 10 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด[1,2] จังหวัดกาฬสินธุ์ พบการเกิดมีชีพในโรงพยาบาล 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2564-2566) เท่ากับ 99.5, 99.6, 99.6 ต่อการเกิดมีชีพทั้งหมด อัตราทารกแรกเกิดตายเท่ากับ 9.3, 2.3, 3.2 ต่อเกิดมีชีพ 1,000 คน[3,4] อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลระดับจังหวัดกาฬสินธุ์พบร้อยละ 10.50 ระดับอำเภอดอนจานร้อยละ 2.3-3.9[5]

จากการวิเคราะห์ด้านข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ พบว่าผู้คลอดฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ ANC มากถึงร้อยละ 72.5 [6] ผู้คลอดฉุกเฉินส่วนมากไม่ได้ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลในเขตพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ย้ายเข้ามาอยู่กับครอบครัวในพื้นที่ไม่ทราบประวัติการฝากครรภ์ และยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์บางส่วนมีประวัติการตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง ประกอบกับการตั้งครรภ์เป็นความเสี่ยงที่มารดาสามารถคลอดฉุกเฉินที่บ้านจึงทำให้มารดาผู้คลอดฉุกเฉิน และทารกมีโอกาสได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ เช่น การตกเลือดหลังคลอด ช่องคลอดฉีกขาด ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน ทารกมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีโอกาสติดเชื้อในร่างกายสูง[7,8] ในปีพ.ศ. 2566 พบมีผู้คลอดฉุกเฉินที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับมารดาทำให้เกิดภาวะตกเลือด และทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน และมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[9-11] เป็นเหตุให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจให้ทารกและส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจากสถานการณ์ข้างต้น การคลอดฉุกเฉินที่เกิดขึ้นก่อนถึงโรงพยาบาลจึงถือเป็นเป็นภาวะฉุกเฉิน (Emergency illness) เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลันมีภาวะวิกฤตต่อชีวิตและมีความเสี่ยงอย่างรุนแรงต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารก[8,12,13]

จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอนจานได้เห็นความสำคัญในปัญหาการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลจึงคัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้คลอดฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาการจัดบริการพยาบาลมารดาทารกที่อยู่ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเพื่อเป็นประโยชน์ในการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาและทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษาที่มารับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอนจาน

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive studies) ในรูปแบบกรณีศึกษา (Case study) มารดาและทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมโดยการเปรียบเทียบการพยาบาล 2 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลที่เข้ารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 2 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ (1) ผู้ป่วยเพศหญิงวัยเจริญพันธ์ที่ตั้งครรภ์ อายุ 15 – 45 ปี ได้รับการวินิจฉัยคลอดทางช่องคลอดและภาวะคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล (3) ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพร้อมและยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธี ได้แก่ (1) ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลบุคคล ประวัติทางการแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และบันทึกทางการพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดผ่านการขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลบุคคลโดยหนังสือราชการ (2) จากการสังเกตการณ์และปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด และ ระยะหลังคลอด และระยะส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและระหว่างการส่งต่อ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ KLS.REC 169/2566 ออกให้วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566

ผลการศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลมารดา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	มารดารายที่ 1	มารดารายที่ 2	วิเคราะห์
1.เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีและการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ	ข้อมูลสนับสนุน คลอดที่บ้านพร้อมรก มีภาวะคลอดเร็ว มีแผลฝีเย็บฉีกขาด และมี active bleeding เป็นนานมากกว่า 1 ชั่วโมง กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกหลังคลอด ปริมาณเลือดที่ออก แผลฝีเย็บ 2. V/S ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และก่อนการส่งต่อ 1 ครั้ง 3.ดูแลให้ยา syntocinon 20 unit IV 80 ml/hr. ตามแผนการรักษา 4.ดูแลสวนปัสสาวะให้ว่างเพื่อให้มดลูกหดรัดตัว 5. กระตุ้น Breast Feeding 6. สอนมารดาคลึงมดลูก 7. ปรึกษาแพทย์เย็บฝีเย็บที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง การประเมินผล มดลูกหดรัดตัวดี และยังพบเลือดซึมออกจากช่องทางคลอดส่งต่อเพื่อเย็บซ่อมแซมที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	ข้อมูลสนับสนุน คลอดที่บ้าน คลอดรกที่โรงพยาบาล มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ปัสสาวะเต็ม มีแผลฝีเย็บฉีกขาด กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินโอกาสเสี่ยงจากภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด 2.ดูแลตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง และก่อนส่งต่อ 1 ครั้ง 3.ดูแลให้ยา syntocinon 20 unit IV 80 ml/hr. ตามแผนการรักษา 4.ดูแลเฝ้าระวังอาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น มีอาการช็อค 5.สอนและสาธิตการคลึงมดลูกที่ถูกวิธี การขับถ่ายปัสสาวะและการสวนทิ้งปัสสาวะ 6.ดูแลตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด 7.ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM การประเมินผล มดลูกหดรัดตัวดีขึ้น มารดามีอาการเหนื่อยเพลีย สัญญาณชีพปกติ	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายคลอดเองที่บ้าน รายที่ 1 มีภาวะคลอดเร็วอาจทำให้มดลูก แผลฝีเย็บ และช่องทางคลอดมีโอกาสฉีกขาด รายที่ 2 มีการเจ็บครรภ์คลอดรุนแรงและคลอดเองที่บ้านในช่วง 30 นาที มีแผลฝีเย็บฉีกขาด ผู้ป่วยทั้งสองมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจากการมีช่องทางคลอดฉีกขาดและยังมี Active Bleeding ร่วมกับมีอาการแสดงทางคลินิกเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย ค่า Hct.ต่ำ ก่อนให้การพยาบาลพบกระเพาะปัสสาวะเต็มจึงทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดีที่เป็นความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด
2.เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลฉีกขาดของช่องทาง	ข้อมูลสนับสนุน มารดามีแผลช่องทางคลอดฉีกขาดและคลอดที่บ้านมีโอกาสติดเชื้อที่ฝีเย็บ กิจกรรมการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน มารดามีแผลฉีกขาดของช่องทางคลอด เปื้อนอุจจาระและปัสสาวะ กิจกรรมการพยาบาล	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีโอกาสติดเชื้อของแผลช่องทางคลอดและฝีเย็บเท่ากัน เนื่องจากคลอดเองที่บ้านมีการปนเปื้อนของอุจจาระ ปัสสาวะ ปาก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลมารดา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	มารดารายที่ 1	มารดารายที่ 2	วิเคราะห์
คลอดฝีเย็บจากการคลอดเร็ว	1. ประเมินการติดเชื้อของแผลฝีเย็บและช่องทางคลอด 2. ดูแลทำความสะอาดแผลและร่างกายมารดาที่ห้องฉุกเฉิน 3. ดูแล foley's catheter 4. ดูแลเปลี่ยนผ้าซับเลือด 5. รายงานแพทย์เพื่อวางแผนให้ยาปฏิชีวนะหลังการส่งต่อการรักษา 6.ดูแลสัญญาณชีพขณะรักษาและก่อนส่งต่อการรักษา การประเมินผล มารดามีแผลที่ฝีเย็บและช่องทางคลอดแผลเริ่มมีอาการบวม มีเลือดไหลซึม วางแผนส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเย็บซ่อมแซมและให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา	1.ประเมินสัญญาณชีพ 2.ดูแลเฝ้าระวังอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลฝีเย็บมาก แผลฝีเย็บมีหนอง มี discharge ซึม 3.แนะนำการป้องกันการติดเชื้อหลังคลอดโดยการทำความสะอาดอวัยวะ 4.ดูแลเปลี่ยนผ้าถุงและผ้าอนามัยเมื่อเปียกชุ่ม 5.แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ปวดแผลฝีเย็บ น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น การประเมินผล มารดายังไม่ได้เย็บแผลช่องคลอดวางแผนส่งต่อให้สูตินารีแพทย์เย็บที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แผลยังคงมีอาการบวม มีอาการปวดแผลเล็กน้อย	แผลมีอาการบวมอักเสบ ในการป้องกันการติดเชื้อได้รับกาทำความสะอาดแผล ได้ทำการเย็บซ่อมแซมแผลช่องทางคลอด และได้รับยาปฏิชีวนะต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต่อในระยะ 3 วัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการติดตามการรักษาพบว่าไม่มีอุบัติการการติดเชื้อที่แผลช่องทางคลอดและแผลฝีเย็บ
3.ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดช่องทางคลอด การหดรัดตัวของมดลูกและอาการวิงเวียนศีรษะ	ข้อมูลสนับสนุน มารดามีแผลฉีดขาดของช่องทางคลอด Pain score 5/10 คะแนน Hct 32.0% กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความปวดของอาการปวดแผลฝีเย็บและอาการวิงเวียนศีรษะ 2.ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย 3.แนะนำให้นอนในท่าที่สบายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด 4.สอนเทคนิคการหายใจลดปวด 5. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาคือ Paracetamol 500 mg 1tab. stat. 6.สังเกตลักษณะของแผล และอาการบวมแดง 7. วัดสัญญาณชีพทุก 15นาที 4 ครั้งและก่อนส่งต่อการรักษา การประเมินผล มารดามีอาการปวดแผลลดลง pain score 3/10 คะแนน ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ การรับรู้และสัญญาณชีพปกติ	ข้อมูลสนับสนุน มารดามีแผลฉีดขาดของช่องทางคลอด Pain score 6/10 คะแนน Hct 34.6% หายใจเหนื่อย กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความปวดของอาการปวดแผลฝีเย็บและวิงเวียนศีรษะ 2. ให้กำลังใจมารดาในการเผชิญอาการปวด 3.สอนเทคนิคการหายใจลดปวด 4.ดูแลจัดท่านอนให้นอนราบหรือปรับหัวเตียงสูงเล็กน้อย 5.ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM 6.ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาคือ Paracetamol 500 mg 1tab. stat. 7.วัดสัญญาณชีพทุก 15นาที 4 ครั้งและก่อนส่งต่อการรักษา การประเมินผล มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่นเพิ่มขึ้น ยังมีอาการปวดแผลฝีเย็บหลังได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ระดับความปวดลดลง Pain score 4/10 คะแนน ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ การรับรู้และสัญญาณชีพปกติ	มารดาหลังคลอดทั้ง 2 รายมีภาวะคลอดเร็วร่วมกับมีแผลช่องทางคลอดและแผลฝีเย็บจึงพบว่าคะแนนความปวดไม่แตกต่างกัน แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยา Paracetamol 500 mg เพื่อบรรเทาอาการปวด พบว่าช่วยลดอาการปวดได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 คนยังคงมีอาการปวดแผลเล็กน้อย
4.มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก	ข้อมูลสนับสนุน ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทารก Admit NICU ทารกได้ใส่ ET tube กิจกรรมการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทารกถูกแยกจากมารดา ทารก Admit Sick newborn กิจกรรมการพยาบาล	มารดารายที่ 1 มีความกังวลมากกว่าเนื่องจากทารกมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่เข้ารับบริการช้า คลอดเองที่บ้านนานมากกว่า 1 ชั่วโมงจึงทำให้ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลมารดา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	มารดารายที่ 1	มารดารายที่ 2	วิเคราะห์
	1.สร้างสัมพันธภาพกับมารดาและญาติ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพอละอาการของทารก 2. ให้ข้อมูลทารกแก่มารดาได้รับทราบเป็นระยะ แนะนำให้ไปเยี่ยมทารกที่หออภิบาลทารกวิกฤต (NICU) และให้ข้อมูลทารกแก่ผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง 3. สนับสนุนให้มารดาไปเยี่ยมและให้นมบุตรทันทีที่ทำได้ 4. จัดสถานที่ให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันอย่างเหมาะสม 5. พยาบาลให้ข้อมูลในการดูแลบุตรและสอนการ Breast feeding 6. ช่วยประสานงานการส่งต่อรักษากับกุมารแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การประเมินผล มารดายังคงมีความกังวลเกี่ยวภาวะสุขภาพของบุตรในระยะก่อนส่งต่อการรักษา จากการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่ายังมีความกังวลอยู่เนื่องจากบุตรมีภาวะขาดออกซิเจน และมีภาวะชักขณะรักษาที่ตึก NICU กังวลกับพัฒนาการของทารกไม่สมวัยและอาการชักกำเริบ	1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาและครอบครัว เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและความจำเป็นของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอทารกป่วย 2. แนะนำการดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรงและมีความพร้อมที่จะไปเยี่ยมลูก พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการไปเยี่ยมทารกของโรงพยาบาล เพื่อให้มารดาและครอบครัวรับทราบและกระตุ้นให้มารดาไปเยี่ยมลูกเมื่อมีความพร้อมโดยให้ญาติมีส่วนร่วมพาไป 3. แนะนำมารดาให้บีบเก็บน้ำนมไว้ให้ลูกทุก 2-3 ชั่วโมง พร้อมบอกเหตุผล ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกที่ป่วย 4. ดูแลช่วยเหลืออย่างเอาใจใส่ และให้กำลังใจมารดาและครอบครัว 5. ช่วยประสานงานการส่งต่อรักษากับกุมารแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การประเมินผล ก่อนส่งต่อการรักษามารดามีความกังวลสูงที่จะแยกจากทารกและภาวะสุขภาพของทารก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทารกแข็งแรงดี มารดาไม่มีความกังวล สีหน้าสดชื่น เลี้ยงลูกได้เอง	จากการติดตามทารกที่หออภิบาลทารก (NICU) ทารกได้ใส่ทอช่วยหายใจ ร่วมกับมีภาวะตัวเหลืองและภาวะเลือดข้นซึ่งเกิดจากรถติดกับตัวทารกไม่ได้ตัดในช่วงเวลาที่เหมาะสม และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทารกมีแนวโน้มที่จะมีพัฒนาการล่าช้าจากภาวะพร่องออกซิเจนอและอาการชัก สำหรับมารดารายที่ 2 มีความกังลเกี่ยวกับทารกเฉพาะช่วงแรกที่แยกจากกันไปอยู่ที่แผนกทารกป่วย แต่มารดาสามารถเข้าเยี่ยมได้ การติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงพบว่าไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ทารกรายที่ 1	ทารกรายที่ 2	วิเคราะห์
1.ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน	ข้อมูลสนับสนุน ทารกคลอดพร้อมรกยังไม่ได้ตัด รกเริ่มแห้งเหี่ยว สีคล้ำ ริมฝีปาก ปลายมือเท้าเริ่มมีคล้ำ At ER. APGAR 8-9-9 คะแนน O_2 saturation 90-95% O_2 saturation 89-95% at ER รพ.กาฬสินธุ์ กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนจากลักษณะการหายใจแบบ Retraction, grunting, Nasal flaring, ผิวหนังซีดเย็น คล้ำ ปลายมือปลายเท้าสีม่วง 2. ดูแลตัด cord ส่งต่อให้มารดาสัมผัสโอบกอดให้ความอบอุ่น ดูดนมภายใต้ผ้าอุ่น	ไม่มีปัญหาการพร่องออกซิเจน ทารกแดงดี ทารก Active ดี ดูดนมจากเต้ามารดาได้	ทารกรายที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากผ่านการคลอดที่บ้านมากกว่า 1 ชั่วโมงรกเริ่มแห้งเหี่ยวสีคล้ำ สายสะดือคล้ำม่วง ทารกเริ่มมีปลายมือเท้า ริมฝีปากม่วงจึงทำให้ทารกอาจมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเลือดข้น เนื่องจากเลือดที่อยู่ในรกและสายสะดือเป็นเลือดที่มีค่าออกซิเจนในเลือดต่ำจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ซึ่งแตกต่างจากทารกรายที่ 2 ที่หลังจากคลอดที่บ้านพยาบาลออกเหตุรับที่บ้านและช่วยตัดสายสะดือก่อนนำส่งโรงพยาบาลจึงทำให้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ทารกรายที่ 1	ทารกรายที่ 2	วิเคราะห์
	3. ประเมิน Apgar score นาทีที่ 1-5-10 ถ้าต่ำกว่า8รายงานแพทย์ 4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ โดยดูดเสมหะทุกครั้งเมื่อมีเสมหะทั้งทางปากและจมูก 5.ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา ควบคุมให้ > 95% สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน 6.ดูแลทารกเปลี่ยนผ้าเมื่อเปียกชื้นอย่างสม่ำเสมอ เช็ดตัวให้แห้ง กระตุ้นการหายใจ จัดท่าศีรษะ เปิดทางเดินหายใจ 7. เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อม ได้แก่ ลูกยาง เครื่องดูดเสมหะ สายดูดเสมหะ ออกซิเจน สารน้ำและยาที่จำเป็นต้องใช้ เช่น 5%D/W, NSS, Ringer's lactate, epinephrine 1:1,000, naloxone 0.4 mg/ml, sodium bicarbonate, sterile water การประเมินผล At ER. ก่อนส่งต่อรักษาทารกหายใจได้เอง ริมปีปาก ปลายมือเท้าเริ่มเป็นสีชมพู O_2 saturation 90-98% ยังไม่ได้ใส่ ET tube At NICU ทารกได้ใส่ท่อช่วยหายใจและดูแลใกล้ชิดจากทีมแพทย์ ทารกปลอดภัย		ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนเหมือนกับทารกรายที่ 1
2.ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	ข้อมูลสนับสนุน DTX 50 mg% กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินและสังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำ 2. ดูแลให้ทารกได้ดูดนมจากเต้า 3. เตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือฟื้นคืนชีพทารกเมื่อเกิดภาวะวิกฤติจากภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรง 4. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 5. บันทึกสัญญาณชีพ เตรียมส่งต่อการรักษา 6.ส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การประเมินผล ทารกได้รับไว้ในการรักษาของแผนก NICU ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้รับการแก้ไขปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำจนอาการเป็นปกติ	ข้อมูลสนับสนุน DTX_1 83 mg%, DTX_2 59 mg% กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินและสังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำ 2. ดูแลให้ทารกได้ดูดนมจากเต้า 3. เตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือฟื้นคืนชีพทารกเมื่อเกิดภาวะวิกฤติจากภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรง 4. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 5. บันทึกสัญญาณชีพ เตรียมส่งต่อการรักษา 6.ส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การประเมินผล ทารกได้รับนมจากมารดาและการป้อนนมจากทีมพยาบาลจึงทำให้ทารกไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	ทารกรายที่ 1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากกว่า เนื่องจากเข้ารับบริการที่ ER รพ.ดอนจานช้า และมารดาไม่ได้ให้นมจากเต้าหลังคลอด ซึ่งแตกต่างจากทารกรายที่ 2 ที่พยาบาลออกรับทารกที่บ้าน หลังตัดสายสะดือได้ให้ดูดนมจากเต้ามารดาจากนั้นจึงนำเข้ามาดูแลรักษาต่อที่โรงพยาบาลดอนจานระดับน้ำตาลในเลือดจึงต่ำไม่มากเหมือนทารกรายที่ 1
3.ทารกมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ	ข้อมูลสนับสนุน APGAR 8-9-9 คะแนน BT 36.3°C, RR 65/min,	ข้อมูลสนับสนุน APGAR 9-10-10 คะแนน BT 36.4°C, RR 66/min,	ทารกรายที่ 1 ในช่วงก่อนรักษาอยู่ที่บ้านนาน 1 ชั่วโมง ไม่ได้การห่อผ้าไม่ได้ตัดสายสะดือตั้งแต่ระยะ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ทารกรายที่ 1	ทารกรายที่ 2	วิเคราะห์
	HR 168/min กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการแสดงของอุณหภูมิกายต่ำด้วยการสังเกตอาการแสดง สังเกตสีผิว ผิวลาย อาการเขียวตามปลายมือปลายเท้า การตื่นตัวของทารก การร้องเสียงดัง 2.ดูแลรักษาความอุ่นของร่างกายด้วยการห่อตัว โดยใช้ผ้าแห้งอุ่นหนา และสวมหมวก 3.ควบคุมอุณหภูมิห้องไว้ที่ 25-36^{0}C 4.ดูแลให้ทารกได้รับการดูแลทำหัตถการรวมความรวดเร็ว นิ่มนวล ก่อนสัมผัสตัวทารกมีการเพิ่มความอบอุ่นให้กับมือทุกครั้ง 5.ดูแลให้ทารกนอนจัดท่านอนให้เด็กเพื่อรักษาความอบอุ่นของร่างกายคือ Ovoid Position และดูแลให้ทารกได้พักผ่อนเพื่อลดการใช้พลังงานของร่างกาย 6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีกระแสลมจากธรรมชาติพัดผ่านตำแหน่งที่ทารกนอน 7.ดูแลวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ BT, PR, RR at ER, ก่อนRefer และบันทึกค่า O_2 Saturation หากผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที การประเมินผล ทารก Active ดี ได้รับการรักษาความอุบอุ่นร่างกายด้วยผ้าหนา และสะอาด BT 36.8-37.3^{0}C ผิวทารกสีชมพู ไม่มีปลายมือเท้าเย็น ริมฝีปากสีชมพู	HR 178/min, กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการแสดงของอุณหภูมิกายต่ำ 2.ให้การช่วยเหลือภาวะอุณหภูมิกายต่ำของทารกโดยเร็ว ด้วยการห่อตัว โดยใช้ผ้าแห้งอุ่นหนา และสวมหมวก 3.ตรวจสภาพสายสะดือว่ามีการผูกเพื่อป้องกันเลือดออกจากทำรกแล้ว 4.ควบคุมอุณหภูมิห้องไว้ที่ 25-36^{0}C 5.ดูแลให้ทารกนอนจัดท่านอนให้เด็กเพื่อรักษาความอบอุ่นของร่างกายคือ Ovoid Position และดูแลให้ทารกได้พักผ่อนเพื่อลดการใช้พลังงานของร่างกาย 6.ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีกระแสลมจากธรรมชาติพัดผ่านตำแหน่งที่ทารกนอน 6.ดูแลวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ BT, PR, RR at ER, ก่อนRefer และบันทึกค่า O_2 Saturation หากผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที การประเมินผล ทารก Active ดี ได้รับการแก้ไขภาวะอุณหภูมิต่ำโดยการหอผ้าทำให้อุณหภูมิปกติ BT 36.8-37.3^{0}C ริมฝีปากสีชมพู ไม่มีปลายมือม่วงคล้ำและไม่เย็น	เริ่มแรก ทารกเปียกน้ำคล่ำและเลือดของมารดาจึงทำให้ปลายมือ-เท้าเย็น ริมฝีปากเริ่มคล้ำ หลังให้การรักษาที่ ER ได้รับการเช็ดตัวให้แห้งและห่อผ้าเพื่อรักษาอุณหภูมิกายจึงทำให้อุณหภูมิกายปกติ ทารกรายที่ 2 คลอดที่บ้านเป็นก่อนมา 30 นาที ตัวเปียกจากน้ำคล่ำ ญาติเปิดพัดลม สัมผัสผิวกายเด็กจึงทำให้อุณหภูมิกายต่ำ พยาบาลออกเหตุช่วยเหลือที่บ้านให้การดูแลรักษาอุณหภูมิกาย ตัดสายสะดือ ห่อผ้ารักษาอุณหภูมิกายได้เร็วซึ่งแตกต่างจากทารกรายที่ 1 ซึ่งเข้ารับบริการช้ากว่า แต่ทารกทั้งสองได้รับการแก้ไขปัญหานี้หมดไปก่อนส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
4.ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตาและสะดือ	ข้อมูลสนับสนุน ทารกคลอดที่บ้านเปื้อนสารคัดหลั่งของมารดา ทารกตาเปียกชื่น รกติดกับทารก ตัดรกที่โรงพยาบาล กิจกรรมพยาบาล 1.ประเมินสุขภาพทารกและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตาและสายสะดือจากสารคัดหลั่งและสิ่งแวดล้อม 2.ดูแลเช็ดทำความสะอาดตาและป้ายยา terramycin ophthalmic ointment ตาทั้งสองข้าง 3.ดูแลตัดสายสะดือและป้ายยา povidine ตามแผนการรักษา 4.เช็ดทำความสะอาดตัวทารกและห่อด้วยผ้าสะอาด	ข้อมูลสนับสนุน ทารกคลอดที่บ้านเปื้อนสารคัดหลั่งของมารดา ได้รับการตัดสายสะดือที่บ้าน ทารกมีตาเปียกชื่น กิจกรรมพยาบาล 1.ประเมินสุขภาพทารกและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตาและสายสะดือจากสารคัดหลั่งและสิ่งแวดล้อม 2.ดูแลเช็ดทำความสะอาดตาและป้ายยา terramycin ophthalmic ointment ตาทั้งสองข้าง 3.ดูแลตัดสายสะดือและป้ายยา povidine ตามแผนการรักษา 4.เช็ดทำความสะอาดตัวทารกและห่อด้วยผ้าสะอาด 5.งานแพทย์ทำการปรึกษากุมารแพทย์ในการรักษาโดยยาปฏิชีวนะต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	ทารกทั้งสองรายได้รับการป้องกันการติดเชื้อที่ตาและสะดือเหมือนกันทุกประการ ขณะอยู่ภายใต้การดูแลยังไม่พบปฏิกิริยาการอักเสบหรือการติดเชื้อ ติดตามทารกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่ากุมารแพทย์ได้ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาหลังดูแลต่อที่บ้านไม่มีการติดเชื้อเพิ่มเติม

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ทารกรายที่ 1	ทารกรายที่ 2	วิเคราะห์
	5.งานแพทย์ทำการปรึกษากุมารแพทย์ในการรักษาโดยยาปฏิชีวนะต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประเมินผล ทารกได้รับการป้องกันการติดเชื้อที่ตาและสายสะดือก่อนส่งต่อการรักษา ตาไม่แฉะ ไม่มีขี้ตา สะดือไม่บวมแดง ไม่มีไข้	ประเมินผล ทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อที่ตาและสายสะดือ ตาไม่เปียกชื่น ตาไม่บวม สะดือไม่มีปฏิกิริยาการอักเสบ ไม่บวมแดง ไม่มีไข้	

สรุปและอภิปรายผล

มารดาทั้งสองรายมีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยได้คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลซึ่งมีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะคลอดเร็วจึงทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดา ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอดจากช่องทางคลอด ฝีเย็บฉีกขาด การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ อาการปวดแผลช่องคลอดและฝีเย็บฉีกขาด และเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารก ผู้ป่วยได้รับการพบาบาลจากทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลตามมาตรฐานจึงทำให้มารดาปลอดภัยและมีภาวะสุขภาพที่ดี

ทารกทั้งสองรายมีภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์เนื่องจากการคลอดที่บ้านทำให้ทารกเข้าถึงบริการได้ช้าจึงทำให้มีปัญหาด้านการพยาบาล ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน (เฉพาะทารกรายที่ 1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตาและสายสะดือ หลังให้การดูแลรักษาพยาบาลพบว่าทารกปลอดภัยแต่ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ หลังส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงโดยการปรึกษากุมารแพทย์รับไว้ในการดูแล ทารกรายที่ 1 อยู่ที่หอผู้ป่วยทารกวิกฤติ (NICU) มีอาการซัดและพร่องออกซิเจน ทารกจึงได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทารกปกติดี มีติดตามตรวจพัฒนาการและวัคซีนที่โรงพยาบาล ทารกรายที่ 2 อยู่ที่หอทารกป่วย (Sick newborn) หลังรับไว้ในการรักษาทารกมีภาวะตัวเหลือง ทีมแพทย์และพยาบาลวางแผนส่องไฟเพื่อการรักษา 5 วัน อาการดีขึ้นจึงถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีนัดติดตามตรวจสุขภาพทารกทั่วไปและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

สรุปได้ว่ามารดาและทารกที่ผ่านการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่พยาบาลวิชาชีพต้องให้การดูแลตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสมจึงจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีพของมารดาและและทารกและลดภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรม กุมารเวชกรรมฉุกเฉินเกิดขึ้นภายหลัง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องพัฒนาทักษะและสมรรถนะในการช่วยเหลือภาวะการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล

มารดาทั้งสองรายมีภาวะคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล และมีโอกาสสูงที่เกิดภาวะคลอดเร็วเฉียบพลัน (Precipitate of labor) ทำให้มารดาทั้งสองมีโอกาสตกเลือดหลังคลอดสูงเพิ่มขึ้น จากการตรวจร่างกายพบว่ามารดาทั้งสองมีการฉีกขาดของช่องทางคลอดและแผลฝีเย็บ มี Active bleeding เปื้อนผ้าอนามัยร่วมกับมีอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกมีอาการเหนื่อย หายใจเร็ว ค่าความเข้มข้นของเลือดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ พิมพ์ดี ที่พบว่ามารดาหลังคลอดในการดูแลมีภาวะคลอดติดขัด มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ช่องทางคลอดฉีกขาด ปริมาณการเสียเลือด 500-600 มิลลิลิตรเป็นสาเหตุของภาวะ ตกเลือดหลังคลอด[14] แพทย์ได้วางแผนส่งต่อรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงร่วมกับให้ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM และ

วัดสัญญาณชีพตามมาตรฐาน นอกจากนั้นพบว่ามารดามีปัสสาวะเต็มกระเพาะปัสสาวะจึงเป็นสาเหตุให้มดลูกมีการหดรัดตัวได้ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของถิรนัน สาสุนีย์ และและสินีนาฏ หงส์ระนัย และคณะ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกของมารดาหลังคลอดจากปัจจัยการตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง มีภาวะซีด การคลอดเฉียบพลัน ปัสสาวะเต็ม มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ปากมดลูกและฝีเย็บฉีกขาดมีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-Value<0.05[7,8] แพทย์จึงวางแผนการรักษาโดยให้ syntocinon 20 unit IV 80 ml/hr. พร้อมกับกระตุ้นให้มารดามีการนวดคลึงมดลูกเพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก และกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะเองและสวนปัสสาวะทิ้ง ซึ่งกระบวนการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานข้างต้นจะช่วยรักษาและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติวรดา ไชยฤทธิ์ ได้ศึกษาการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะตกเลือดที่เกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีได้[15]

ทารกรายที่ 1 ภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากคลอดพร้อมรกที่บ้านไม่ได้รับการตัดสายสะดือในเวลาที่เหมาะสมจึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเลือดเข้มข้น และเลือดที่อยู่ในรกและสายสะดือมีค่าออกซิเจนต่ำ รวมกับการตรวจร่างกายพบทารกมีริมฝีปากเริ่มม่วงคล้ำ ปลายมือ-เท้าเริ่มเย็น จึงทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติวรดา ไชยฤทธิ์ และปรเมศวร์ วงศ์ประเสริฐ ซึ่งพบว่าทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำมากถึงร้อยละ 51.8 โดยมีความรุนแรงระดับเล็กน้อยร้อยละ 26.5 รุนแรงปานกลางร้อยละ 25.3 กลุ่มที่อุณหภูมิปานกลางใช้เวลาเดินทางโรงพยาบาล 90 นาทีนานกว่ากลุ่มอุณหภูมิกายต่ำเล็กน้อยซึ่งใช้เวลา 60 นาที[11,15] จึงทำให้ทารกรายที่ 1 ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและรับไว้ในการรักษาแผนก NICU สำหรับทารกรายที่ 2 ไม่พบปัญหาพร่องออกซิเจน ปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกทั้งสองกรณีเกิดจากหลังคลอดในระยะแรกไม่ได้ดูดนมจากเต้ามารดา อยู่ในสภาพอากาศที่ถ่ายเทจึงทำให้เกิดการสูญเสียความร้อนและน้ำใต้ผิวหนัง ร่วมกับการทำงานของระบบเผาพลาญพลังงานของร่างกายและการหลั่งของฮอร์โมนไม่สมบูรณ์จึงทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรนันท์ เดชอินทรนารักษ์ พบว่าอุบัติการณ์เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกความเสี่ยงสูงร้อยละ 9.0 ของทารกแรกเกิด และร้อยละ 28.3 ของทารกที่มีความเสี่ยงสูง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ทารกเกิดก่อนกำหนด ($p < .001$) แรกเกิดน้ำหนักน้อย ($p = .028$) และมารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($p < .0011$)[11] สำหรับปัญหาภาวะอุณหภูมิกายต่ำของทารกทั้งสองมีสาเหตุจากการคลอดที่บ้านไม่ได้รับการตัดสายสะดือ เช็ดตัวให้แห้ง และห่อผ้าเพื่อรักษาอุณหภูมิกายในเวลาที่เหมาะสมจึงทำให้เกิดปัญหานี้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยธิดา ศรีพงษ์สุทธิ์และคณะ ได้ศึกษาแนวทางปฏิบัติการช่วยคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลในระยะคลอดและระยะหลังคลอดที่ต้องห่อตัวทารกแรกเกิดเพื่อให้ทารกอบอุ่นช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอุณหภูมิกายต่ำในทารก [16]

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล (1) ควรส่งเสริมความรอบรู้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลและการคลอดก่อนกำหนด (2) โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีมีเหตุฉุกเฉิน ทางสูติกรรมเข้าบริการที่ห้องฉุกเฉิน (3) ควรมีการจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นในการดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมให้กับพยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายกู้ชีพระดับตำบล

ด้านผู้รับบริการ (1) ควรแสวงหาช่องทางการช่วยเหลือที่เป็นแหล่งความรู้จากพยาบาลและแหล่งประโยชน์ในการช่วยกรณีมีอาการเจ็บครรภ์คลอด

การคลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัย (2) สตรีตั้งครรภ์ในพื้นที่ควรเข้ารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ 8 ครั้งเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของมารดาและบุตรในครรภ์

ด้านการวิจัย (1) ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรณีการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (2) ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (MERT/Mini MERT) ให้กับทีมกู้เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลดอนจาน และหน่วยกู้ชีพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยกรณีศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากนายแพทย์สุยันต์ ลวงพิมาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ดอนจาน นางจิรประภา ประคำ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และบุคลากรเจ้าหน้าที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอนจาน ขอบคุณผู้ป่วยและญาติที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดบริการทางการแพทย์และข้อมูลวิจัยที่ทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. Wattanaruangkowit W. Birth Before Arrival (BBA) at Yasothon Hospital, 5 Year Descriptive and Retrospective Analytic Study. J Health Sci [อินเทอร์เน็ต] 2008 [อ้างถึง 2023 ธค 27];SII369-378. Available from: https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/2722
2. World Health Organization. Born too soon: decade of action on preterm birth [อินเทอร์เน็ต]. 2024 [อ้างถึง 2024 มค 1];Available from: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240073890
3. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายทารก อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [อ้างถึง 2566 มค 1];Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนและอัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน) อัตราการตายทารก (ต่ำกว่า 1 ปี) จำแนกตามเพศ และอัตราตายมารดา พ.ศ. 2555 - 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [อ้างถึง 2567 มค 1];Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=305
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [อ้างถึง 2566 มค 1];Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [อ้างถึง 2567 มค 1];Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?
7. ถิรนัน สาสุนีย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเทอร์เน็ต] 2565 [อ้างถึง 2024 มค 4];7(3):45–56. Available from: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/258236
8. สินีนาฏ หงษ์ระนัย, พรทิพย์ เรืองฤทธิ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร [อินเทอร์เน็ต] 2565 [อ้างถึง 2024 มค 4];14(1):44–54. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/251118
9. จันทิมา นวะมะวัฒน์, ปราโมทย์ วงศ์สวัสด, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เขตภาคเหนือตอนล่าง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี [อินเทอร์เน็ต] 2558 [อ้างถึง 2023 ธค 27];9(1). Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/41825

10. จิรนันท์ เดชอินทรนารักษ์. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 [อินเทอร์เน็ต] 2566 [อ้างถึง 2024 มค 6];42(2):187–98. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/263922
11. ปรเมศวร์ วงศ์ประเสริฐ. อุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาล. Thai J Emerg Med [อินเทอร์เน็ต] 2563 [อ้างถึง 2024 มค 4];2(2):51–63. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJEM/article/view/251127
12. จตุพร แจ่มจันทร์. การพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเทอร์เน็ต] 2566 [อ้างถึง 2024 มค 4];8(4):172–81. Available from: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/268692
13. อนงค์ เอื้อวัฒนา. การพัฒนาระบบการพยาบาลมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต] 2557 [อ้างถึง 2024 มค 4];32(3):127–36. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/27576
14. ปาริชาติ พิมพ์ดี. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเทอร์เน็ต] 2566 [อ้างถึง 2024 มค 4];8(4):133–41. Available from: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/268555
15. ฐิติวรดา ไชยฤทธิ์. รูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเทอร์เน็ต] 2566 [อ้างถึง 2024 มค 4];8(4):638–44. Available from: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/269540
16. Sriphongsut P, Sawangtook S, Kerdmakmee C, Karuna S. Clinical Practice Guideline for Giving Birth before Arrival in Urban City. Kuakarun J Nurs [อินเทอร์เน็ต] 2019 [อ้างถึง 2023 ธค 27];26(2):169–80. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/220631

การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for People with HIV/AIDS Infection with Opportunistic Infections : Case studies.

(Received: January 9,2024 ; Revised: February 2,2024 ; Accepted: February 13,2024)

อำพร เพ็งมา[1]
Amporn Pengma[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ 2 ราย ที่มารับการรักษาที่ รพ สิรินธรจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ.2565- 2566

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาเมื่อร่างกายแสดงถึงภาวะเอดส์ชัดเจน เริ่มการรักษาเมื่อระดับภูมิคุ้มกันถูกทำลายไปอย่างมาก (CD4 0.67% 67 cell) พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคฉวยโอกาส ติดเชื้อ Pneumocystis carinii Pneumonia หรือ Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP) ไข้ เหนื่อยหอบ มีภาวะเชื้อราในปาก ลิ้นเป็นฝ้าขาว ติดเชื้องูสวัสที่ผิวหนัง น้ำหนักลด หลังจากทราบผลว่าติดเชื้อHIV มีความกังวลเรื่องสุขภาพ กลัวถูกเปิดเผย กลัวสังคมรังเกียจ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีบทบาทให้ความรู้ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยพบปัญหา ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งพยาบาลเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการมีส่วนร่วมในการดุแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ , ติดเชื้อฉวยโอกาส

Abstract

This study is a case study with the objective of studying the nursing process for people with HIV/AIDS who have opportunistic infections. The study was conducted on 2 patients infected with HIV/AIDS who received treatment at Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province, year 2022-2023.

The results of the study found that patients came for treatment when their bodies clearly showed signs of AIDS. Begin treatment when the immune system is severely damaged (CD4 0.67% 67 cells). Complications are found from opportunistic diseases, infection with Pneumocystis carinii Pneumonia or Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP), fever, fatigue, candidiasis in the mouth. Tongue has a white coating Had a herpes zoster infection on the skin, lost weight after finding out that she was infected with HIV. Have health concerns Afraid of being exposed Afraid of social shunning It shows that patients have physical and mental illnesses. Nurses in charge need to play a role in providing knowledge and advice. Be a consultant Provide encouragement when patients encounter problems. Promote patients' ability to take care of themselves so they can manage themselves appropriately. Including nurses as co-ordinators between the multidisciplinary team in participating in patient care. So that patients receive continuous treatment and have good health and quality of life.

Keywords: Nursing care of people with HIV/AIDS, opportunistic infections

บทนำ

การติดเชื้อ Pneumocystis carinii Pneumonia หรือ Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP) Pneumocystis เป็นเชื้อราและมีลักษณะเหมือนกับโปรโตซัวที่พบได้เสมอในสัตว์เชื้อที่เกิดโรคสัตว์เรียก Pneumocystis carinii แต่เชื้อที่ทำให้เกิดโรคใน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น

คนเราเรียก Pneumocystis jiroveci เชื้อพวกนี้เป็นปรสิตที่อยู่ในเซลล์ ก่อนที่จะมีโรคเอดส์จะไม่ค่อยได้พบโรคนี้ แต่หลังจากการมีระบาดของโรคเอดส์ก็พบว่ามีอัตราการติดเชื้อ Pneumocystis 60-80%แต่หลังจากที่มีการให้ยาต้านไวรัสเอดส์และยาป้องกันการติดเชื้อ Pneumocystis ก็ทำให้การติดเชื้อลดลง การเกิดโรคPneumocystis carinii เชื่อว่ามีการเกิดโรคได้สองวิธี คือเชื่อว่าคนเราได้รับเชื่อนี้ตั้งแต่เด็กโดยสามารถตรวจพบภูมิต่อเชื้อนี้ถึง2/3ของเด็ก และเมื่อร่างกายมีภูมิต้านทานลดลง เชื้อในร่างกายก็จะทำให้เกิดโรคเรียกวิธีนี้ว่า reactivation อีกวิธีหนึ่งคือติดเชื้อใหม่

อาการและอาการแสดงของโรค Pneumocystis carinii อาการสำคัญของผู้ป่วยจะมีเหนื่อยง่ายไข้ ไอแห้งๆไม่มีเสมหะ เหนื่อยง่ายหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้ร้อยละ 50ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อPneumocystis น้ำหนักลด เหงื่อออกกลางคืนอ่อนเพลีย หากเป็นไม่มากจะตรวจร่างกายไม่พบอะไร แต่ในรายที่เป็นมาก ผู้ป่วยจะมีอาการหอบอย่างมากและเขียว โรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้และยังไม่มีวัคซีนป้องกัน ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 38.4 ล้านคน ในปี 2021. มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั่วโลก 1.5 ล้านคน ในปี 2021. มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุที่สืบเนื่องจากโรคเอดส์ 650,000 คน ในปี 2021 ในจำนวนนี้ 110,000 คนเป็นเยาวชน (อายุ 0-19 ปี) จากข้อมูลของศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านHIV ของประเทศไทย(HIV info hub) พบว่าผู้ติดเชื้อHIV รายใหม่ ร้อยละ 50 ของประเทศ เกิดในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี นนทบุรี เชียงใหม่ ขอนแก่น ปทุมธานี สมุทรปราการ และนครราชสีมา สาเหตุของการติดเชื้อหลัก คือชายรักชาย 67.9% พนักงานบริการชาย 42.6% ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด 36.5% ตามลำดับ

ปัจจุบันกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ได้มีการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อHIV ในประเทศไทย ระบุว่า ข้อมูล ณ วันที่ 27 เมษายน 2566 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 560,000 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 9,200 คน (เฉลี่ย 25 คน/วัน) และมีผู้เสียชีวิตจากเอชไอวี 11,000 ราย/ปี (เฉลี่ย 30 ราย/วัน) กำลังรับยาต้านไวรัส 457,133 คน ดังนั้นยังคงมีผู้ติดเชื้ออย่างน้อย 102,867 คน ที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการรักษา ประเทศไทยวางแผนยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ.2573 โดยแผนปฏิบัติเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2562-2573 มุ่งเน้นในการเพิ่มประสิทธิผลการป้องกันจากการรักษาด้วยยาต้านHIVโดยเร็ว (Treatment as Prevention)และส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่การเข้าสู่บริการตรวจหาการติดเชื้อ HIV และการรักษาด้วยยาต้าน HIV และการคงอยู่ในการรักษา โดยมีเป้าหมาย95-95-95 คือร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อได้รับการตรวจหาการติดเชื้อ HIV และทราบสถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง ร้อยละ95 ของผู้ที่รู้ว่าตัวเองติดเชื้อได้รับการรักษาด้วยยาต้าน HIV ร้อยละ95 ของผู้รับยาต้าน HIV กดระดับไวรัสในเลือดได้สำเร็จ

จากการสำรวจของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยการดำเนินการทั่วประเทศพบว่ายังมีช่องว่างที่เกิดจากผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งรับรู้สถานะการติดเชื้อของตนเองแล้วยังไม่ได้เริ่มการรักษาหรือหายไปจากระบบบริการก่อนการรักษาด้วยยาต้านHIVด้วยสาเหตุหลายประการ เช่นปัญหาสิทธิการรักษา คนไทยยังมีทัศนคติการเลือกปฏิบัติและการถูกตีตรา26.7% ช่องว่างของระบบบริการการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการตรวจHIV และหน่วยบริการดูแลรักษา รวมทั้งความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเรื่องการรักษาของผู้ติดเชื้อที่อาจยังไม่เป็นปัจจุบัน จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องหาแนวทางให้ผู้ติดเชื้อHIV เข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยากดไวรัสให้เร็วที่สุด และรับยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยไม่ต้องคำนึงถึงระดับ CD4 เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อจะทำให้เกิดการทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยตรงส่งผลให้ผู้ป่วยสุขภาพ อ่อนแอ ติดเชื้อฉวยโอกาสได้เนื่องจากเป็นโรคมีอัตราการ ป่วยและอัตราการตายสูง แพร่กระจายออกไปใน ประชากรกลุ่มต่างๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ มี

เพียงแต่ยาที่ออกฤทธิ์ ยับยั้งการลุกลามของเชื้อเอชไอวีโดยใช้ยาต้านไวรัสเอชวี ผลกระทบที่จะตามมาหลังจากผู้ติดเชื้อรับทราบสถานะของตนเองมี 3 ประเด็นหลักได้แก่ 1)ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำใจไม่ได้เมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีปฏิเสธไม่ยอมรับความเป็นจริงคิดวิตกกังวล เครียด นอนไม่หลับ ทานอาหารลดลง กลัวสูญเสียคนรอบข้างสูญเสียสังคมที่เคยเข้าร่วม 2) ผลกระทบด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีวินัยในการดูแลตนเอง และค่าใช้จ่ายในการรักษา 3) ผลกระทบในการใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนสังคมไม่ยอมรับ คำนินทา บุคลากรสุขภาพ จึงควรตระหนักและให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพจึงต้อง มีความสามารถในการประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติเพื่อการวางแผนการ พยาบาลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม บทความนี้นำเสนอ แนวคิดการประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน**5** เพื่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาเฉพาะราย โดยมีความเชื่อว่ากรณีตัวอย่างจะช่วยให้บังเกิดความ เข้าใจการดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมทุกมิติเป็น แบบองค์รวม โดยใช้แนวคิดในการดำเนินการ ได้แก่ กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล แนวคิดการวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 5 ประเภท ได้แก่ Actual nursing diagnosis Risk nursing diagnosis, Possible nursing diagnosis, Wellness nursing diagnosis, และ Sign and symptom nursing diagnosis ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ กรอบแนวคิดและทฤษฎีการตีตราและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส

2. เพื่อนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV

3. เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

วิธีการศึกษา

เป้าหมายและกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ ที่มารับการรักษาที่ รพ สิรินธรจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ.2565-2566

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่1

ผู้ป่วยชายอายุ27 ปี สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ สิทธิการรักษาบัตรทอง 30 บาท ที่อยู่ ม. 10 ต. โนนสมบูรณ์ อ. บ้านแฮด จ.ขอนแก่น มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้ไอมีเสมหะ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ขึ้นทะเบียนในระบบ D4-2020-968764 ขาดยาต้านไวรัส 6 เดือน อุณหภูมิร่างกายแรกรับ 39.2 องศา ฟังปอด crepitation right lobe แพทย์วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย จึงรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล วันที่ 26 พฤศจิกายน 2566 เวลา20.30 น. เลขที่ผู้ป่วยนอก.10327 เลขที่ผู้ป่วยใน.650011836 สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 39.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 117ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/64 mmhg ออกซิเจนในร่างกาย95% CD4 5.31% 84cell VL <20 log1.3ตรวจ ครั้งสุดท้าย วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 ที่ โรงพยาบาลขอนแก่น แพทย์ให้การรักษาโดย on iv Nacl 1000 ml v 80 cc/hr ,sputum AFB ×3 day sputum c/s ,CXR infilltration RL , CBC , Bun ,Cr ,E' lyte , LFT, ATK ,Flu A,B ,CD4 DTX , on O2 cannular 3LPM, lactase , HC ×2 specimen, HbsAg,Anti HCV ,VDRL,TPHA พบผล

เลือดที่ผิดปกติคือ มีภาวะเลือดจาง Hct 25.1% Hb 8.0% MCV 60.2 MCH 19.2 MCHC 31.9 แพทย์ให้ยา Cef-3 2 g v OD ,Azitromycin 2×1 o pc, Paracetamal 1 tab o prn for pain ทุก 6-8 hr ,Folia 1×1 o pc วันที่27 พฤศจิกายน 2566 ผลตรวจเลือดพบเชื้อซิฟิลิส TPHA Positive,VDRL Reactive 1:4 , Cryptococcus Ag Positive แพทย์วินิจฉัยเป็น1. VP loss follow up with poor compliance 2.PCP suspected 3.2nd syphilis เคยรักษาที่ โรงพยาบาลขอนแก่น มกราคม 2563 แพทย์ให้ยาเป็น Fluconazole 2×1 o pc ทุกวันจันทร์ ,Bactrim (80/400) 3 amp+5%dw 100ml v drip in30 min ทุก 8 hr ,Prednisolone (5) 8×2 o pc วันที่1- วันที่5 80 tab / 8×1 o pc วันที่6- วันที่10 40 tab / 4×1 o pc วันที่11- วันที่21 44 tab ,Clindamycin 600mg iv drip in 30 min ทุก 8 hr วันที่ 28 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยมีภาวะแพ้ยา Bactrim แพทย์ให้หยุดยา Azithromycin และ Bactrim ที่ให้ทางหลอดเลือด วันที่ 29-30 พฤศจิกายน 2565 แพทย์เปลี่ยนสารน้ำให้ทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 nss 1000 ml V 80 cc /hr หากน้ำเกลือหมดให้หยุดได้ และให้ยากินคงเดิม วันที่1 ธันวาคม 2565แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านให้ฉีด Benzathine Pennicillin G 1.2 mu IM ต้นแขน 2 ข้าง weekly x 3 week นัดติดตามอาการที่คลินิกอายุร กรรม พร้อมเจาะเลือดติดตามภาวะโลหิตจาง CXR และฟังผลเจาะ CD4 รวมระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 5วัน

วันที่8 และ 15 ธันวาคม ผู้ป่วยมาฉีดยา Benzathine Pennicillin G 1.2 mu IM ต้นแขน 2 ข้าง ตามนัด มี อาการผื่นแดงตามตัวแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นลมพิษ จึงให้ยาทาแก้แพ้และยากินแก้คันร่วมด้วย

วันที่ 3 มกราคม 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดรับยาต้านไวรัส ไม่มีไข้ไอ หายใจสะดวกดี ไม่มีอาการวิงเวียนหรือปวดศรีษะ สูตรยาที่ใช้ TEEVIR 1×1 o hs , Fluconazole 200mg 2 เม็ด ต่อสัปดาห์

วันที่ 21 มีนาตม2566 มาตามนัด รับยาต้านไวรัส และเจาะเลือดติดตามผลVDRL ผลยังReactive 1:8 แพทย์ให้ฉีด Benzathine Pennicillin G 1.2 mu IM ต้นแขน 2 ข้าง ซ้ำอีก 3 ครั้ง และนัดมาติดตามอาการวันที่18 กรกฎาคม 2566มาตามนัด หลังจากรับยาต้านไวรัสต่อเนื่องมา 6 เดือน นัดติดตามฟังผลเจาะเลือด CD4 ผลได้ 13.75% 347 cell

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่2

ผู้ป่วยหญิง สถานภาพสมรส อายุ 59 ปี HN 13106 AN 660007790 ที่อยู่ ท่าพระ อำเภอเมือจังหวัดขอนแก่น วันที่ 25 กรกฎาคม 2566 มาโรงพยาบาลด้วย อาการสำคัญ ไข้ เหนื่อยหอบก่อนมา 1 วัน อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 เดือนก่อนมา มีฝ้าขาวในช่องปาก และเป็นบ่อย แพทย์จึงขอให้ตรวจหาเชื้อHIV ผู้ป่วยยินยอมตรวจ ผลตรวจ Positive และ Hbs Ag ผล Positive 3 สัปดาห์ก่อนมา เหนื่อยวิงเวียน เจ็บในปาก ทานได้น้อย มาตรวจที่ รพ แพทย์ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน 1 วันก่อนมา เหนื่อยหอบ มีไข้ จึงมา โรงพยาบาล สัญญาณชีพแรกรับ 25 กรกฎาคม 2566อุณหภูมิ 39.5องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 46 กิโลกรัม ความดันโลหิต 98/65 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 88% E4V5M6 ส่วนสูง150 เซนติเมตร ถามตอบรู้เรื่อง ท่าทางดูเหนื่อยเจ็บหน้าอกทะลุไปหลัง วินิจฉัยเป็น HIV diease resulting in PCP with oral cacdidiasis with sepsis with septic shock ส่งตรวจ Chest X ray พบreticular interstitial infiltration both lung lower lobe และ crepitation both lung , Hct 29.4% เลือดจาง BUN, Cr, Electrolyte, PT PTT INR, LFT,ca,Mg ,Po4 ,Hemoculture 2 specimen ,UA, UC, ATK fore Covid 19, sputum AFB for G/S,C/S, sputum AFB*3 day , blood gas analysis, lactase ,influenza Aและ B ผลปกติ CD4 0.67% 11 cell ค่าน้อยมาก, แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก 0n O2 cannular 3Lและ on HFNC Temp 31 flow20 Fio2 30% keep o2sat ≥ 92% พ่นยาขยายหลอดลมทุก 6 hr หลังพ่นยาและ on O2 ผู้ป่วยอาการเหนื่อยหอบลดลง O2

เพิ่มขึ้น เป็น 98%ได้รับสารน้ำชนิด LRS 1000 Ml v 100 Ml / hr ได้รับการรักษาด้วยhydrocortison 100 mg v stat then 50 mg v ทุก 8 hr, Fluconazole 200 mg 1 เม็ดต่อสัปดาห์ Bactrim 2 amp +5%DW 500 Ml v drip in 2 hr ทุก 8 hr วันที่ 26 กรกฎาคม2566 แพทย์ หยุดให้เครื่องช่วยออกซิเจนแรงดันสูง ปรับมาเป็น ออกซิเจนธรรมดา canular 3 L แพทย์เปลี่ยนยามาเป็น meroperam 2 g + 5%DW 100 ml v in 1 hr then 1 g v ทุก 8hr v เก็บเสมหะส่งตรวจเพาะเชื้อ PCR รอผล 1 เดือน คนไข้ ไม่มีหอบเหนื่อย สัญญาณชีพคงที่ ทานอาหารได้ ขับถ่ายปกติ หลังน้ำเกลือหมด off IV on Heparin lock และปรับเป็นยากิน ให้off Fluconazole 200 mg 1 เม็ดต่อสัปดาห์เป็น Fluconazole 200 mg 2×1 po pc ,prednisolone (5) 3×1 o pc ,omepazole (20) 1×1 o pc วันที่ 29 กรกฎาคม 2566 สัญญาณชีพคงที่off ออกซิเจน ย้ายมาที่ตึกอายุรกรรมหญิง อุณหภูมิ 36.5องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที o2 sat 99% ความดันโลหิต 105/72 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ได้ปรับยาเป็น Fluconazole 200 mg 2×1 po pc, Prednisolone 5 mg 3×1 po pc ,Bactrim 3 amp +5%dw500ml v drip in 2 hr ทุก 8 hr วันที่31 กรกฎาคม 2566 แพทย์สั่งเจาะ E lyte ค่า K 3.15 ให้ E kcl 30 ml o stat และ off Bactrim 3 amp +5%dw500ml v drip ให้เป็น Bactrim (80/400) 4 tab o bid pc ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่หอบ รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ วันที่ 3 สิงหาคม 2566 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการที่คลินิกรับยาต้านไวรัส รวมนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 9 วัน

วันที่ 15 สิงหาคม2566 มาตามนัดอาการทั่วไปน้ำหนัก 49 kg สูง 150 cm BMI 21.7 อุณหภูมิ 36.5องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที o2 sat 99% ความดันโลหิต 130/72 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีวิงเวียน หรือเหนื่อยหอบ E4V5M6 ยังมีเจ็บในช่องปาก ลิ้นมีฝ้าขาว รับยาต้านไวรัสสูตร TEEVIR 1×1 o ac เย็น (Tenofovir+ Efavienz+ Emtrictabine 300/600/200 mg), MTV 1×2 o pc, Triamnisolone paste ทาปาก bid ,Bactrim 480 mg 2×1 o pc, Fluconazole 200mg 2tab/สัปดาห์ Viral load ส่งตรวจได้เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องครบ3 เดือน นัดครั้งต่อไป 19 ธันวาคม 2566

วันที่ 5 พฤศจิกายน 2566 มาก่อนนัดของคลินิกรับยาต้านไวรัส เนื่องจาก เหนื่อยเพลีย หายใจลำบากเล็กน้อย วิงเวียน เป็นมา 1 วัน น้ำหนัก 47 kg อุณหภูมิ 36.9องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที o2 sat 99% ความดันโลหิต 107/73 มิลลิเมตรปรอท CXR ผลปกติ รอยโรคเดิม ไม่มีรายการส่งเจาะเลือด ได้รับยา MTV 1×2 o pc , Triamnisolone paste ทาปาก bid และนัดติดตามอาการ 19ธันวาคม2566

กระบวนการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาเมื่อร่างกายแสดงถึงภาวะเอดส์ชัดเจน เริ่มการรักษาเมื่อระดับภูมิคุ้มกันถูกทำลายไปอย่างมาก (CD4 0.67% 67 cell) พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคฉวยโอกาส ติดเชื้อ Pneumocystis carinii Pneumonia หรือ Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP) ไข้เหนื่อยหอบ มีภาวะเชื้อราในปาก ลิ้นเป็นฝ้าขาว ติดเชื้องูสวัสที่ผิวหนัง น้ำหนักลด หลังจากทราบผลว่าติดเชื้อHIV มีความกังวลเรื่องสุขภาพ กลัวถูกเปิดเผยกลัวสังคมรังเกียจ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีบทบาทให้ความรู้ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยพบปัญหา ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งพยาบาลเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพบุคคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคฉวยโอกาสอื่นๆได้อีกด้วย

การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยโดยใช้ 11 แบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน พบว่าผู้ป่วยทั้ง2 รายได้รับ ผลกระทบทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ดังข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล ต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะ เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซ ลดลง จากการติดเชื้อที่ปอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : ติดเชื้อฉวยโอกาส เนื่องจากภูมิคุ้มกันลดลงจากการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : มีโอกาสเกิดภาวะ สูญเสียสารน้ำและเกลือแร่จากภาวะแผลในปากจากการติดเชื้อราในช่องปาก รับประทานอาหารได้น้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 :ความทนต่อกิจกรรม ลดลงเนื่องจากอ่อนเพลียและซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5:แบบแผนการพักผ่อน นอนหลับเปลี่ยนแปลงโดยมีอาการนอนไม่หลับ หรือพักผ่อน ได้ไม่เพียงพอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : ขาดความรู้ในการ ปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 : เครียด วิตกกังวล กลัวเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อเอชไอวีของตน กลัวคนอื่นรับทราบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 : ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้พึ่งพาและขาดรายได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 : ความมั่นใจในตนเองลดลงจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 : มีโอกาสแพร่เชื้อ เอชไอวีและรับเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษานี้ทำให้เห็นถึงกระบวนการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมะสม ได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การ พยาบาล กระบวนการให้คำปรึกษา ประเมินปัญหาของผู้ป่วย ค้นหาปัญหา ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วย ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส สุขภาพ แข็งแรงมากขึ้นตามลำดับ กล้าเปิดเผยให้สามีทราบ ชักชวนสามีมาตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ HIV สามียอมรับในความเจ็บป่วยของภรรยา เปิดใจยอมรับในการติดเชื้อ HIV แต่ยังไม่ยอมเจาะเลือด ให้เหตุผลว่า จะติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อHIV ก็สามารถอยู่ร่วมกันได้ เจ็บป่วยก็ดูแลกันเหมือนเดิม[3,5] อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลทั้งหมดมานำเสนอในเอกสาร ได้ครบถ้วนทำให้มีบางส่วนขาดหายไป แก้ไขโดยพยายาม นำข้อมูลที่สำคัญ และประเด็นที่เป็นปัญหามานำเสนอ ในเอกสารรายงาน กรณีศึกษาผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการ ที่ล่าช้าของผู้ป่วย เนื่องจากเข้ามารับการรักษาเมื่อระดับ ภูมิคุ้มกันถูกทำลายไปอย่างมาก ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส สภาพร่างกายของผู้ป่วย แสดงถึงภาวะเอดส์ชัดเจน และมีระดับ CD4 < 100 cells/mm3 เหตุจากความไม่รู้สถานะติดเชื้อเอชไอวี ของตนเองตั้งแต่ก่อนมีอาการ แสดงถึงการให้บริการเชิงรุก ในการค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ยังคงเป็นปัญหา ของระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน[6]

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพควรสร้างตระหนักให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอมากกว่าหรือเท่ากับ 95% เพื่อหลีกเลี่ยง การเกิดไวรัสดื้อยา และการติดเชื้อฉวยโอกาส

2. การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการ ดูแลที่ต่อเนื่องและผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่การป้องกันตนเองจาก การติดเชื้อฉวยโอกาส การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การ

รับประทาน อาหารที่มีประโยชน์การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การมี สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมและครอบครัว การจัดการกับความเครียด และการพัฒนาทางด้านจิต วิญญาณอย่างสม่ำเสมอ

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีต่อบุคคลในครอบครัว เพราะครอบครัว เป็นสถาบันที่สำคัญที่คอยดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจ ผู้ป่วยที่ดีที่สุด

4. การรักษาผู้ติดเชื้อHIV ระบบการส่งตรวจ CD4 ยังไม่เอื้อต่อแพทย์ผู้รักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้ให้ประสบการณ์ เกี่ยวกับผู้ที่ที่ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ที่ติดเชื้อ เอชไอวีมากขึ้น และทำให้สามารถวางแผนการดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขอบคุณแพทย์เจ้าของไข้ เจ้าหน้าที่ตึก ICU ตึกอายุรกรรมหญิง ขอบคุณโรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่นที่อนุญาตให้นำเอาข้อมูลผู้ป่วยมาศึกษา ที่เอื้อเฟื้อในการให้ดูแลและวางแผนการพยาบาลกรณีศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1.กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.2564 คู่มือการจัดบริการเพื่อส่งเสริมการเริ่มยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษาภายในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัย. พิมพ์ที่บริษัท เรดิเอชั่น จำกัด.

2.กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.2565
แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย 2564/2565. พิมพ์ครั้งที่ 1 .พิมพ์ที่ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

3.กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.2563 แนวทางการจัดบริการรับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางตามบริบทของหน่วยบริการสุขภาพในไทย.พิมพ์ที่บริษัท เรดิเอชั่น จำกัด.

4.กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.2566 รายงานประจำปี 2565.

5.ศุภรัตน์ เพ็ญพาส.การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส : กรณีศึกษา 2564.**website online** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ 8-11สิงหาคม2565 หน้า 9-15. สืบค้นเมื่อ 20พฤศจิกายน2566.

6.เพ็ญพักตร์อุทิศ, ชมพูนุช โสภาจารีย์, ปริยศ กิตติธีระศักดิ์. คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560

7.**https://www.nhso.go.th.**บริการออนไลน์.การบริหารจัดการระบบบันทึกข้อมูลให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แห่งชาติ (NAPPLUS).สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2566

8.**https://www.nhso.go.th.**บริการออนไลน์.ระบบรายงานข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ (NAP WEB REPORT) **https://www.nhso.go.th.**บริการออนไลน์.การบริหารจัดการระบบบันทึกข้อมูลให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แห่งชาติ (NAPPLUS).สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2566.

9. **https:// workpointtoday.com.**สถาณการณ์ HIVในปัจจุบัน.2565 สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2566.

10.**https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php.**ที่มา: Spectrum-AEM ปรับปรุง 27 เมษายน 2566 หมายเหตุ ข้อมูลการรับยาต้านไวรัส เป็นข้อมูลจากระบบบริการสุขภาพ.สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2566.

การศึกษาอัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือดสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลเปิดทะลุ

Survival proportion and prognostic factor after damage control laparotomy in blunt abdominal injured patients

(Received: January 10,2024 ; Revised: January 18,2024 ; Accepted: January 29,2024)

วีรยุทธ ชัยน้ำอ้อม[1]
Wirayuth Chainamaom[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลเปิดทะลุ ที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือด (Damage control laparotomy) ในโรงพยาบาลอุดรธานี โดยเป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2565 มีเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องท้องที่มีการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกรานตั้งแต่ 1 อวัยวะ โดยได้รับการวินิจฉัยจากศัลยแพทย์และได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือด ใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่แบ่งออกเป็นสองส่วนคือ 1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย 2) ข้อมูลทางคลินิก ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากร รวมถึงอัตราการรอดชีวิตหลังการผ่าตัด ใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาและแสดงผลในรูปแบบ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตใช้สถิติ logistic regression

ผลการศึกษาพบผู้ป่วย 64 ราย เข้ารับการผ่าตัด Damage control laparotomy มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 76.56 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย(ร้อยละ 78.13) และมีอายุน้อยกว่า 55 ปี (ร้อยละ 76.56) การบาดเจ็บมีสาเหตุจากอุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 87.50 การบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องตั้งแต่ 2 อวัยวะขึ้นไป พบร้อยละ 71.81 อวัยวะภายในช่องท้องที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียเลือดมากที่สุดคือ ตับ (ร้อยละ 57.81) รองลงมาคือ เยื่อแขวนลำไส้ (ร้อยละ 15.63) และม้าม (ร้อยละ 12.50) หัตถการที่ทำในการผ่าตัดครั้งแรกมากที่สุด คือ Abdominal packing คิดเป็นร้อยละ 93.75 รองลงมาเป็น Hepatorrhaphy ร้อยละ 18.75 และ Bowel repair ร้อยละ 15.62 โดยพบว่าการสูญเสียเลือด (AOR=9.61, 95%CI=1.62-56.95) การบาดเจ็บช่องท้องที่พบร่วมกับการบาดเจ็บของสมองรุนแรง (AOR=40.89, 95%CI=2.12-786.85) และค่าไบคาบอเนตในเลือด (AOR=10.00, 95%CI=1.65-60.51) เป็นปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต

คำสำคัญ : การผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือด, การบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลทะลุ, อัตราการรอดชีวิต

Abstract

This study aims to investigate survival proportion and factors that influence survival in patients who had blunt abdominal injury and received damage control laparotomy at Udonthani Hospital. The study used retrospective data of patients from Udon Thani Hospital who suffered severe abdominal injuries between January 1, 2018 and December 31, 2022. The research tool comprised two parts: 1) patient's demographic data and 2) clinical data. For patient characteristics and survival rates, descriptive statistics was employed. Logistic regression was used to investigate risk factors that influence survival rates.

The results of 64 patients who underwent damage control laparotomy revealed a survival percentage of 76.56%, predominantly among males (78.13%), those under the age of 55 (76.56%), and victims of traffic accidents

[1]นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

(87.50%). The results showed that patients who had 2 or more injured organs in the abdominal cavity accounted for 71.81%. The internal abdominal organs that were the primary causes of bleeding were the liver (57.81%), followed by the mesentery (15.63%), and the spleen (12.50%). The most prevalent surgical technique in first operation was abdominal packing (93.75%), followed by Hepatorrhaphy (18.75%) and bowel repair (15.62%).Blood loss (AOR=9.61, 95% CI=1.62-56.95), blunt abdominal injuries with severe brain injury (AOR=40.89, 95% CI=2.12-786.85), and serum bicarbonate level (AOR=10.00, 95%CI=1.65-60.51) were discovered as significant factors affecting survival rates in the study.

Keywords: Damage control laparotomy, Blunt abdominal injured, Survival rate.

บทนำ

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บต่ออวัยวะในช่องท้องอย่างรุนแรง จะมีการเสียเลือดอย่างมากตั้งแต่เริ่มมีการบาดเจ็บ ซึ่งจะส่งผลให้ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว เกิดภาวะเลือดเป็นกรด(Metabolic acidosis) ภาวะอุณหภูมิกายลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง (Hypothermia) และเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) ในที่สุดจะยิ่งทำให้การเสียเลือดดำเนินต่อเนื่องไปอย่างรุนแรงและควบคุมได้ยาก จนระบบอื่นๆ ของร่างกายล้มเหลวและนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด[1-4] เคยมีการศึกษาพบว่า การบาดเจ็บต่ออวัยวะในช่องท้องเป็นการบาดเจ็บที่พบบ่อยเป็นลำดับที่ 3 และมากกว่าร้อยละ 25 ของผู้บาดเจ็บต่ออวัยวะในช่องท้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Trauma laparotomy)[5] ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการตายหลังผ่าตัดร้อยละ 22.9-59.6[6, 7] และอัตราการตายจะยิ่งสูงมากขึ้นในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤตหรือมีสัญญาณชีพไม่คงที่ตั้งแต่แรก โดยในปัจจุบันการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือด(Damage control laparotomy) ได้รับการยอมรับว่าสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องรุนแรงที่ได้รับการรักษาแบบ Damage control laparotomy มีอัตราการตายหลังผ่าตัดร้อยละ 35-47.5[7, 8] ซึ่งต่ำกว่าการผ่าตัดด้วยวิธีซ่อมแซมให้เสร็จสิ้นในครั้งเดียว (Definite repair) แบบดั้งเดิมที่มีอัตราการตายอยู่ที่ร้อยละ 90[7]

การผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือด เป็นวิธีการผ่าตัดที่มีการวางแผนอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีหลักการคือ ร่างกายที่อยู่ในภาวะไม่คงที่จากการเสียเลือดอย่างมากจากการบาดเจ็บ ผู้ป่วยจะไม่สามารถที่จะทนการผ่าตัดที่ยาวนานจนเกินไปได้ ศัลยแพทย์จึงจะทำเพียงหัตถการเท่าที่จำเป็นในการผ่าตัดครั้งแรก โดยมุ่งหวังจะจำกัดการเสียเลือดให้เร็วที่สุดและจำกัดการปนเปื้อนในช่องท้องเท่านั้น จากนั้นจะทำการปิดช่องท้องชั่วคราวด้วยวิธีต่างๆ อย่างรวดเร็ว โดยจะหลีกเลี่ยงการทำหัตถการอื่นๆ ที่ยุ่งยากซับซ้อนหรือใช้ระยะเวลาผ่าตัดที่เนิ่นนาน เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดและเสียอุณหภูมิร่างกายอย่างต่อเนื่อง จนส่งผลให้เกิดภาวะระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว ภาวะเลือดเป็นกรด และการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติมากยิ่งขึ้น จากนั้นนำผู้ป่วยเข้ารับการดูแลช่วยชีวิตต่อในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเพื่อแก้ไขภาวะผิดปกติต่างๆ จนอยู่ในสภาวะที่พร้อมกว่า เพื่อจะรับการผ่าตัดรักษาการบาดเจ็บอื่นที่ซับซ้อนในขั้นถัดไป[1,3,4] ทั้งนี้ผลของการผ่าตัดอาจแตกต่างกันเนื่องมาจากสถานการณ์และบริบทต่างๆ ซึ่งเคยมีการศึกษาพบว่า ภาวะความดันซิสโตลิกที่ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท การได้รับสารน้ำเกิน 2000 มิลลิลิตรในระยะก่อนผ่าตัด ระดับค่าคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ(Severity of the trauma injury scores) การบาดเจ็บร่วมอื่นๆนอกช่องท้องที่รุนแรง เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง หรือทรวงอก กระดูกต้นคอหรือกระดูกเชิงกรานหักร่วมด้วย การมีภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนหรือขณะผ่าตัด มีระบบหายใจล้มเหลวตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด และระยะเวลาที่ต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้[2,4,8,9]

ดังนั้นการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือด มีความสำคัญต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย

บาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลเปิดทะลุ แต่ไม่มีการศึกษาถึงอัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีนี้ในโรงพยาบาลอุดรธานี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือด สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลเปิดทะลุ เพื่อช่วยให้ศัลยแพทย์สามารถวางแผนการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสำเร็จในการรักษาและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยในอนาคตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือดสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลเปิดทะลุ

2. เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานีและได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือด

วิธีการวิจัย

การศึกษารูปแบบ Retrospective descriptive study จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาหรือได้รับการส่งต่อเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งผู้ป่วยทุกคนได้รับการผ่าตัดรักษาจากศัลยแพทย์ทั่วไป ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2565 ที่ถูกบันทึกลงในฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลอุดรธานี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกข้อมูลดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกรานตั้งแต่ 1 อวัยวะขึ้นไป

2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากศัลยแพทย์ว่าได้รับบาดเจ็บรุนแรง ซึ่งมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการผ่าตัดแบบ Damage control laparotomy ได้แก่ ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้[10] 1) ไม่ตอบสนองต่อการให้เลือดหรือสารน้ำ 2) เสียเลือดและต้องให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดในปริมาณมาก 3) มีการทำหัตถการที่ซับซ้อนเพื่อห้ามเลือด เช่น Post ED thoracotomy หรือ REBOA 4) มีการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกรานอย่างรุนแรง 5) มีการบาดเจ็บของหลอดเลือดสำคัญ 6) มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำรุนแรง 7) ระบบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ 8) มีภาวะเลือดเป็นกรด

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บต่อช่องท้องจากอุบัติเหตุแบบมีแผลเปิดทะลุ (Penetrating injury)

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (Non-operative management)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูล (Case record form) ซึ่งสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สาเหตุการบาดเจ็บ การส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ระยะเวลาที่ได้รับอุบัติเหตุก่อนมาโรงพยาบาล ระยะเวลารอคอยผ่าตัด และระยะเวลาจากที่ได้รับบาดเจ็บจนได้รับการผ่าตัด และ 2) ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ อวัยวะที่เลือดออกมากที่สุด การสูญเสียเลือด ลักษณะการบาดเจ็บร่วมนอกเหนือจากบริเวณช่องท้อง สัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล และสาเหตุของการตาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลทำภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และผ่านการอนุมัติจากโรงพยาบาลให้เข้าถึงเวชระเบียนของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการคัดเลือกข้อมูลตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้ หลังจากได้ข้อมูลผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ใช้เป็นเครื่องมือวิจัยจนครบถ้วน และนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากร รวมถึงอัตราการรอดชีวิตหลังการผ่าตัด ตัวแปรเชิงคุณภาพ เช่น เพศ สาเหตุการบาดเจ็บ อัตราการรอดชีวิตจะแสดงเป็นข้อมูลแจงนับ โดยนำเสนอเป็นความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ เช่น อายุ ระยะเวลาที่ได้รับอุบัติเหตุก่อนมาโรงพยาบาล ระยะเวลารอคอยผ่าตัด เป็นข้อมูลต่อเนื่อง แสดงเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต โดยใช้สถิติ logistic regression และกำหนด p-value < 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (Statistical significance) แสดงผลด้วยค่าสถิติ Odd ratio (OR) และ 95% confidence interval ร่วมด้วย

การวิเคราะห์ทั้งหมดในการศึกษานี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS Version 26

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ UDH REC No.2/2566

ผลการศึกษา

จากจำนวนผู้เข้ารับการผ่าตัด Damage control laparotomy ทั้งหมด 64 ราย มีผู้รอดชีวิตจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.56 และเสียชีวิต 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.44 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 78.13) อายุน้อยกว่า 55 ปี ร้อยละ 76.56 สาเหตุของการบาดเจ็บที่พบบ่อยมากที่สุดคือ อุบัติเหตุทางถนน (ร้อยละ 87.50) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 65.63 ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บมากกว่า 2 อวัยวะ (ร้อยละ 39.06) อวัยวะที่มีเลือดออกมากที่สุด คือ ตับ (ร้อยละ 57.81) ระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ยอยู่ 60.03 ± 24.92 นาที พบการบาดเจ็บทางสมองขั้นรุนแรงร่วมด้วย ร้อยละ 10.94 มีการสูญเสียเลือดน้อยกว่า 2,000 มิลลิลิตร ร้อยละ 60.94 มีระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 21 ± 15.17 วัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

ข้อมูลของผู้ป่วย	ผู้ป่วยทั้งหมด (N=64)	ผู้ป่วยรอดชีวิต (N=49)	ผู้ป่วยเสียชีวิต (N=15)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
-เพศชาย	50 (78.13)	39 (79.59)	11 (73.33)
-อายุ < 55 ปี	49 (76.56)	39 (79.59)	10 (66.67)
-ค่าเฉลี่ยอายุ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	39 (18.01)	37.10 (16.51)	45.20 (21.69)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

ข้อมูลของผู้ป่วย	ผู้ป่วยทั้งหมด (N=64)	ผู้ป่วยรอดชีวิต (N=49)	ผู้ป่วยเสียชีวิต (N=15)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
-สาเหตุของการบาดเจ็บ			
อุบัติเหตุทางถนน	56 (87.50)	42 (85.71)	14 (93.33)
โดนทำร้ายร่างกาย	2 (3.13)	2 (4.08)	0 (0.00)
พลัดตก หกล้ม	3 (4.69)	3 (6.12)	0 (0.00)
อื่นๆ	3 (4.69)	2 (4.08)	1 (6.67)
-ผู้ป่วยถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น	42 (65.63)	32 (65.31)	10 (66.67)
-ระยะเวลาจากที่ได้รับบาดเจ็บจนได้รับการผ่าตัด < 120 นาที	7 (10.94)	5 (10.20)	2 (13.33)
-ค่าเฉลี่ยระยะเวลาจากที่ได้รับบาดเจ็บจนได้รับการผ่าตัด (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	424.41 (526.61)	429.33 (508.49)	408.33 (600.87)
-อวัยวะที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียเลือด (Major bleeder)			
ตับ	37 (57.81)	29 (59.18)	8 (53.33)
ม้าม	8 (12.50)	5 (10.20)	3 (20.00)
Mesentery	10 (15.63)	8 (16.33)	2 (13.33)
Pelvis	7 (10.94)	5 (10.20)	2 (13.33)
อื่นๆ	2 (3.13)	2 (4.08)	0 (0.00)
-จำนวนอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ			
1 อวัยวะ	18 (28.13)	14 (28.57)	4 (26.67)
2 อวัยวะ	21 (32.81)	18 (36.73)	3 (20.00)
> 2 อวัยวะ	25 (39.06)	17 (34.69)	8 (53.33)
-มีอาการบาดเจ็บสมองรุนแรงร่วมด้วย	7 (10.94)	1 (2.04)	6 (40.00)
-มีอาการบาดเจ็บทรวงอก (Chest injury) ร่วมด้วย	38 (59.38)	27 (55.10)	11 (73.33)
-มีการเสียเลือด ≥ 2000 มิลลิลิตร	25 (39.06)	14 (28.57)	11 (73.33)
-ระยะเวลาผ่าตัด ≥ 60 นาที	34 (53.13)	28 (57.14)	6 (40.00)
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาผ่าตัด (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	60.03 (24.92)	60.82 (22.48)	57.47 (32.45)
-ระยะเวลานอนโรงพยาบาล >15 วัน	40 (62.50)	31 (63.27)	9 (60.00)
-ค่าเฉลี่ยระยะเวลานอนโรงพยาบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	21.22 (15.17)	21.16 (12.17)	21.4 (22.96)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 60 รายจากทั้งหมด 64 ราย หรือร้อยละ 93.75 ได้รับการผ่าตัดทำ Abdominal packing ซึ่งเป็นหัตถการที่ทำมากที่สุดในการผ่าตัดครั้งแรก (Primary damage control procedures) รองลงมาเป็น Hepatorrhaphy ร้อยละ 18.75 และ Small bowel/Large bowel repair ร้อยละ 15.62 สำหรับ Definite repair procedures พบว่าหัตถการที่ทำมากที่สุด คือ Remove packing ร้อยละ 90.62 รองลงมาเป็น Hepatorrhaphy ร้อยละ 37.50 และ Splenorrhaphy ร้อยละ 9.37 (ผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้รับการผ่าตัดหลายหัตถการที่จำเป็นในคราวเดียวกัน) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการทำหัตถการ Primary damage control procedure และ Definite repair procedure (N=64)

Primary damage control procedure	N (%)	Definite repair procedure	N (%)
-Abdominal packing[a]	60 (93.75)	- Remove packing	58 (90.62)
-Hepatorrhaphy	12 (18.75)	- Hepatorrhaphy	24 (37.50)
-Bowel repair[b]	10 (15.62)	- Splenorrhaphy	6 (9.37)
-External pelvic fixation	8 (12.50)	- Bowel anastomosis	4 (6.25)
-Preperitoneal packing	5 (7.81)	- Splenectomy	3 (4.68)
-Splenectomy	5 (7.81)	- Distal pancreatectomy	3 (4.68)
-Mesenteric vessels ligation for stop bleeding	5 (7.81)	- Pancreatic debridement and drainage	3 (4.68)
-Small bowel resection without anastomosis	4 (6.25)	- Colectomy	3 (4.68)
-Splenorrhaphy	2 (3.12)	- Bowel repair	3 (4.68)
-Inferior vena cava repair	1 (1.56)	- Nephrectomy	3 (4.68)
		- Repair perineal wound	2 (3.12)
		-อื่นๆ[c]	4 (6.25)

[a] *รวมถึง perihepatic packing,* [b] *Small bowel / large bowel repair*

[c] *อื่นๆ ได้แก่ Hepatic artery ligation 1 ราย, Embolization of hepatic artery 1 ราย ,Repair diaphragm 1 ราย และ Pelvic fixation 1 ราย*

จากวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดแบบ Univariate analysis พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับรอดชีวิต ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโทลิก (OR=6.67, 95%CI=1.89-23.52) การมีภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนผ่าตัด (OR=17.45, 95%CI=1.77-171.87) ค่าไบคาบอเนตในเลือด (OR=13.41, 95%CI=2.69-66.67) การให้เลือดก่อนผ่าตัด (OR=6.67, 95%CI=1.89-23.52) การให้ Crystalloid ก่อนผ่าตัด (OR=12.38, 95%CI=1.51-101.63) การสูญเสียเลือด (OR=6.88, 95%CI=1.87-25.26) และการพบอาการบาดเจ็บสมองขั้นรุนแรงร่วมด้วย (OR=32.00, 95%CI=3.42-298.64) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัด(Univariate analysis)

ปัจจัย	OR (95%CI)	P-value
เพศชาย	1.42 (0.37, 5.41)	0.609
อายุ < 55 ปี	1.95 (0.54, 7.00)	0.306
ระยะเวลาจากได้รับบาดเจ็บจนได้รับการผ่าตัด < 120 นาที	1.35 (0.94,10.20)	0.735
ความดันซิสโตลิก ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท	6.67 (1.89,23.52)	0.003*
ไม่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนผ่าตัด	17.45 (1.77,171.87)	0.014*
ฮีโมโกลบิน (HB) ≥ 10 g/dL	2.58 (0.79,8.45)	0.116
ค่าไบคาบอเนตในเลือด (HCO_3) ≥ 18 mEq/L	13.41 (2.69,66.67)	0.002*
ค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) < 1.5	0.38 (0.11,1.34)	0.132
ได้รับเลือดก่อนผ่าตัด < 2 unit	6.67 (1.89,23.52)	0.003*
ได้รับสารน้ำ Crystalloid ก่อนผ่าตัด < 2000 มิลลิลิตร	12.38 (1.51,101.63)	0.019*

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัด(Univariate analysis)

ปัจจัย	OR (95%CI)	P-value
ได้รับ Tranexamic Acid ก่อนการผ่าตัด	1.74 (0.48,6.27)	0.396
เสียเลือด < 2000 มิลลิลิตร[a]	6.88 (1.87,25.26)	0.004*
ระยะเวลาการผ่าตัดครั้งแรก < 60 นาที	0.50 (0.15,1.62)	0.249
จำนวนอวัยวะในช่องท้องที่ได้รับบาดเจ็บ < 2 อวัยวะ	1.75 (0.43,7.08)	0.433
Isolated solid organ injury	1.60 (0.39,6.55)	0.513
ไม่มีการบาดเจ็บสมองรุนแรงร่วมด้วย[b]	32 (3.42,298.64)	0.002*
ไม่มีการบาดเจ็บทรวงอก(Chest injury) ร่วมด้วย	2.24 (0.63,8.02)	0.215
ไม่มีกระดูกเชิงกรานหัก(Pelvic fracture) ร่วมด้วย	2.56 (0.69,9.53)	0.160
ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด[c]	3.39 (0.82,14.06)	0.920

**P<0.05 , [a]สูญเสียเลือด คือ เสียเลือดในช่องท้องก่อนผ่าตัดและระหว่างผ่าตัดในการผ่าตัดครั้งแรก , [b]บาดเจ็บสมองรุนแรง คือ มีการบาดเจ็บบริเวณศีรษะและมีเลือดออกในสมอง หรือช่องเยื่อหุ้มสมอง หรือมีเนื้อสมองช้ำ (Brain contusion) , [c]ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด คือ ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการในช่องท้องเพื่อห้ามเลือด หรือจำกัดการปนเปื้อนในช่องท้อง (Damage control laparotomy) รวมทั้งจากการทำหัตถการเพื่อซ่อมแซมรักษาการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องทั้งหมด (Definite repair)*

ทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า P<0.05 จากการวิเคราะห์แบบ Univariate analysis เพื่อทำการวิเคราะห์แบบ Multivariate analysis พบว่า การสูญเสียเลือด (AOR=9.61, 95%CI=1.62-56.95) อาการบาดเจ็บสมองขั้นรุนแรง (AOR=40.89, 95%CI=2.12-786.85) และค่าไบคาบอเนต (AOR=10.00, 95%CI=1.65-60.51) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4 ในการศึกษานี้พบรายงานภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในผู้ป่วยจำนวน 33 คน (ร้อยละ51.56) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือ การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด (Surgical site infection) ซึ่งพบในผู้ป่วย 24 คน (ร้อยละ 37.5) แบ่งเป็น Superficial incisional surgical site infection 18 ราย Deep Incisional surgical site infection (Wound dehiscence or Wound evisceration) 3 ราย และ Abdominal collection/Abscess 3 ราย ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ Rebleeding with unexpected operation 3 ราย (ร้อยละ 4.68) Enteric anastomosis leakage 3 ราย (ร้อยละ4.68) Biliary leakage 1 ราย (ร้อยละ1.56) Pancreatic leakage 1 ราย (ร้อยละ 1.56) และ Hepatic artery pseudoaneurysm 1 ราย (ร้อยละ 1.56) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัด(Multivariate analysis)

ปัจจัย	Adjusted odds ratio	95% CI	P-value
มีการสูญเสียเลือด < 2000 มิลลิลิตร	9.61	1.62, 56.95	0.013*
ไม่มีการบาดเจ็บสมองรุนแรงร่วมด้วย	40.89	2.12, 786.85	0.014*
ค่าไบคาบอเนตในเลือด (HCO_3) ≥ 18 mEq/L	10.00	1.65, 60.51	0.012*

*P<0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลเปิดทะลุ ที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือดแบบ Damage control laparotomy ในโรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่าง พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ.2565 ทั้งหมด 64 ราย มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 76.56 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 78.13) และมีอายุน้อยกว่า 55 ปี (ร้อยละ 76.56) สาเหตุการบาดเจ็บที่พบมากที่สุดคืออุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 87.50 การผ่าตัด Damage control laparotomy ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยอยู่ที่ 60.03 ± 24.92 นาที มีการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,000 มิลลิลิตรขึ้นไป ร้อยละ 39.06 และพบมีอาการบาดเจ็บทางสมองรุนแรงร่วมด้วยร้อยละ 10.94

ผลการศึกษาพบว่า มีอัตราการรอดชีวิตของผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดเพื่อควบคุมการเสียเลือดแบบ Damage control laparotomy ร้อยละ 76.56 มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Silvania Klug Pimentel และคณะ[8] ซึ่งพบอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ร้อยละ 63.53 และการศึกษาของ H. Harlan Stone และคณะ[11] ที่พบอัตราการรอดชีวิตในกลุ่มผู้เข้ารับการผ่าตัด Damage control laparotomy ร้อยละ 65 ขณะที่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Luiza Leonard และคณะ[7] พบว่าในกลุ่มผู้เข้ารับการผ่าตัดเพื่อควบคุมการเสียเลือดแบบ Damage control surgery จำนวน 62 คน มีอัตราการรอดชีพเพียงร้อยละ 40.32 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่เข้าร่วมวิจัย กล่าวคือ การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบที่ไม่มีแผลเปิดเพียงกลุ่มเดียว แต่การศึกษาข้างต้นได้ศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลเปิดทะลุเพียงร้อยละ 19.4 แต่เป็นผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บช่องท้องแบบมีแผลเปิดทะลุถึงร้อยละ 80.6 โดยในจำนวนนี้ได้รับบาดเจ็บจากอาวุธปืนกว่าร้อยละ 74.2 และพบการบาดเจ็บของเส้นเลือดสำคัญในช่องท้อง (Major abdominal vascular injury) สูงถึงร้อยละ 37.8 ซึ่งบ่งชี้ถึงลักษณะการบาดเจ็บที่รุนแรงกว่าที่พบจากการศึกษานี้ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ลักษณะและประเภทของการบาดเจ็บในช่องท้องมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการตาย[12] ด้วยเหตุนี้จึงอาจเป็นสาเหตุให้การศึกษานี้มีอัตราการรอดชีวิตที่สูงกว่า ในทำนองเดียวกับการศึกษาในไทยของ สุชาติ เลิศการช่าง[13] พบว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลเปิด ที่เข้ารับการผ่าตัดจำนวน 150 คน มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 87.78 ซึ่งอัตราการรอดชีวิตที่สูงกว่าการศึกษานี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยในการศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.7) พบการบาดเจ็บของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งในช่องท้องเพียงอวัยวะเดียว แตกต่างจากในการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ป่วยมีการบาดเจ็บตั้งแต่สองอวัยวะขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 71.81 ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ได้รับบาดเจ็บรุนแรงกว่า

จากผลการศึกษาพบอวัยวะภายในช่องท้องที่บาดเจ็บและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียเลือดมากที่สุดคือ ตับ ร้อยละ 57.81 รองลงมาคือ เยื่อแขวนลำไส้ ร้อยละ 15.63 และ ม้าม ร้อยละ 12.50 สอดคล้องกับการศึกษาของ Jayant V และคณะ[14] ทำการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลเปิดทะลุจำนวน 104 คน พบอวัยวะที่บาดเจ็บมากที่สุดคือตับ ร้อยละ 31.91 ตามด้วยม้าม ร้อยละ 29.78 และลำไส้ ร้อยละ 19.14 และการศึกษาของ Arumugam S และคณะ[15] พบอวัยวะภายในช่องท้องที่บาดเจ็บมากที่สุดคือ ตับ ร้อยละ 36 ตามด้วยม้าม ร้อยละ 32 และไต ร้อยละ 18 และการศึกษาของ Fatih Gönültaş และคณะ[16] พบว่า อวัยวะภายในช่องท้องที่บาดเจ็บมากที่สุดคือ ตับ ร้อยละ 77 รองลงมาคือ Retroperitoneal ร้อยละ 23 และม้าม ร้อยละ 20.3 และการศึกษาในไทยของ อรวรรณ จุลปานนท์ และคณะ[17] ที่ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผล 183 คน พบว่า อวัยวะที่บาดเจ็บมากที่สุดคือ ตับ ร้อยละ 34.4 รองลงมาคือไต ร้อยละ 14.8 และม้าม ร้อยละ 14.2 จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงถึงความสอดคล้องกัน ที่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลเปิดทะลุมีอวัยวะภายในช่องท้องที่มักพบบาดเจ็บมากที่สุดได้แก่ ตับ ม้าม รองลงมาคือไตและลำไส้[14-17]

ในการศึกษานี้พบว่า หัตถการที่ทำมากที่สุดในการผ่าตัดครั้งแรก คือ Abdominal packing คิดเป็นร้อยละ 93.75 รองลงมาคือ Hepatorrhaphy ร้อยละ 18.75 และ Small bowel/Large bowel repair ร้อยละ 15.62 คล้ายคลึงกับการศึกษาของ A Kruger และคณะ[18] ที่พบว่าหัตถการที่ทำมากที่สุดคือ Abdominal packing ร้อยละ 76.6 รองลงมาคือ Bowel ligation ร้อยละ 63.83 และ Vascular ligation ร้อยละ 19.15 และการศึกษาของ Amit Gupta และคณะ[19] ที่พบหัตถการที่ทำมากที่สุด ได้แก่ Splenectomy ร้อยละ 31.15 Perihepatic packing และ Bowel stomas ร้อยละ 24.59 และยังมีการศึกษาของ John A Harvin และคณะ[20] ที่พบว่าหัตการที่ทำมากที่สุด ได้แก่ Hepatorrhaphy ร้อยละ 39 และ Splenectomy ร้อยละ 28 ในส่วนของ Definite repair procedures พบหัตถการที่ทำมากที่สุด คือ Remove packing ร้อยละ 50.00 Hepatorrhaphy ร้อยละ 20.69 และ Splenorrhaphy ร้อยละ 5.17 ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ John A Harvin และคณะ[20] ที่พบว่า Definite procedures ที่ทำมากที่สุด ได้แก่ Splenectomy ร้อยละ 52 รองลงมาคือ Colectomy ร้อยละ 43 และ Hepatorrhaphy ร้อยละ 24

ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังจากการผ่าตัดเปิดช่องท้องในภาวะวิกฤต ได้แก่ ผู้ที่เสียเลือดน้อยกว่า 2,000 มิลลิลิตร มีโอกาสรอดชีวิตสูงกว่าผู้ที่เสียเลือดมากกว่าเท่ากับ 2000 มิลลิลิตร ถึง 9.61 เท่า (AOR=9.61, 95%CI=1.62-56.95) และผู้ป่วยที่มีค่าไบคาร์บอเนตในเลือดมากกว่าเท่ากับ 18 mEq/L มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีค่าไบคาบอเนตต่ำกว่า 18 mEq/L ถึง 10 เท่า (AOR= 10.00, 95%CI=1.65-60.51) และผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ไม่มีอาการบาดเจ็บสมองขั้นรุนแรงร่วมด้วยมีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บสมองขั้นรุนแรงร่วมด้วยถึง 40.89 เท่า (AOR=40.89, 95%CI=2.12-786.85) สอดคล้องกับการศึกษาของ อติชาต ชมภูคำ[6] ที่พบว่า การสูญเสียเลือดน้อยกว่า 1,500 ลูกบาศก์เซนติเมตรมีผลต่อการพยากรณ์โรคที่ดีของผู้ป่วย โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่สูญเสียเลือดมากกว่า 1,500 ลูกบาศก์เซนติเมตรมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่สูญเสียเลือดน้อยกว่า 1,500 ลูกบาศก์เซนติเมตรถึง 9 เท่า (OR=9.54, 95%CI=4.36-20.89) และการศึกษาของ Luiza Leonardi และคณะ[7] ที่พบว่า ค่าไบคาบอเนตมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าไบคาบอเนตที่น้อยกว่า 14.5 มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีค่าไบคาบอเนตมากกว่า 14.5 ถึง 1.41 เท่า (OR=1.41, 95%CI=1.17-1.71) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเสียเลือดเลือดระหว่างผ่าตัดสามารถทำนายการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้[21, 22] เนื่องจากการเสียเลือดทำให้ร่างกายเสียสมดุลในการทำงาน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุและมีการเสียเลือดมากตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ร่างกายจึงมีความเป็นกรดในเลือดเพิ่มขึ้น และส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์ในร่างกายตามมา เสี่ยงต่อสภาวะทางคลินิกต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลง[23] นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Shilanaiman Hilary Ntundu และคณะ[24] ที่พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมด้วย มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 4.4 เท่า (OR= 4.4, 95%CI=1.6-12.4) และการศึกษาของ Blasisdell FW และคณะ[25] ที่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ช่องท้อง หากมีการบาดเจ็บอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะ จะมีอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มถึงร้อยละ 45 และยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การได้รับบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางและรุนแรงถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต[26-28] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองรุนแรงมักจะมีภาวะหายใจล้มเหลวและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน[29] และเคยมีการศึกษาของ Rubano และคณะ[30] พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานจะพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ปอดติดเชื้อ และ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous Thromboembolism) สูงกว่ากลุ่มอื่น

การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการผ่าตัด Damage control laparotomy และมีรายงานจากการศึกษาในอดีต พบอุบัติการณ์ร้อยละ 13.83 ถึงร้อยละ 41.9[10, 31-33] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบการติดเชื้อที่บริเวณผ่าตัดโดยรวม ร้อยละ 37.5 ทั้งนี้เคยมีการศึกษาพบว่า ปัจจัยต่างๆ เช่น การมีภาวะปนเปื้อนในช่องท้องจากของเสียในทางเดินอาหาร มีภาวะ Shock จากการเสียเลือดมาก จำนวนครั้งและระยะเวลาในการผ่าตัด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และโรคประจำตัว อาจเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้[31-33]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ โรคประจำตัวผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่ไม่ได้จำเพาะจากการผ่าตัด(General complication) ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บแต่ละอวัยวะ (Abbreviated Injury Scale: AIS) และค่าคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บโดยรวม (Injury Severity Score: ISS) ซึ่งอาจมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน อาจทำให้มีข้อมูลบางส่วนที่ไม่ครบถ้วนหรือขาดหายไป การพัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุตั้งแต่แรกรับจนสิ้นสุดการรักษา ทั้งข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการวินิจฉัย ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด กระบวนการรักษา และแบบบันทึกรายงานการผ่าตัด ให้มีรูปแบบมาตรฐานเดียวกัน จะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1.J. A. Morris, Jr., V. A. Eddy, E. J. Rutherford. The trauma celiotomy: the evolving concepts of damage control. Curr Probl Surg 1996;33(8):611-700.

2.Rattanachai Pipatvilikul, Amonpon Kanlerd. Trauma-induced coagulopathy. Journal of the Association of General Surgeons of Thailand under the Royal of Patronage of HM the King. 2022;7(1).

3.D. J. Roberts, N. Bobrovitz, D. A. Zygun, A. W. Kirkpatrick, C. G. Ball, P. D. Faris, et al. Evidence for use of damage control surgery and damage control interventions in civilian trauma patients: a systematic review. World J Emerg Surg 2021;16(1):10.

4.M. L. Walker. The damage control laparotomy. Journal of the National Medical Association. 1995;87(2):119-22.

5.Mark R Hemmila, Wendy L Wahl. Management of the injured patient. J Current Surgical Diagnosis Treatment. 2008:227-8.

6.Atichart Chompookum. Good prognostic factors of operated blunt abdominal injured patients in Mahasarakham hospital. Mahasarakham Hospital Journal. 2020;17(3):199-209.

7.L. Leonardi, M. K. Fonseca, N. Baldissera, Cebd Cunha, Y. T. M. Petrillo, R. R. Dalcin, et al. Predictive factors of mortality in damage control surgery for abdominal trauma. Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes. 2022;49:e20223390.

8.S. K. Pimentel, G. V. Sawczyn, M. M. Mazepa, F. G. da Rosa, A. Nars, I. A. Collaço. Risk factors for mortality in blunt abdominal trauma with surgical approach. Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes. 2015;42(4):259-64.

9.M. Hommes, S. Chowdhury, D. Visconti, P. H. Navsaria, J. E. J. Krige, D. Cadosch, et al. Contemporary damage control surgery outcomes: 80 patients with severe abdominal injuries in the right upper quadrant analyzed. Eur J Trauma Emerg Surg. 2018;44(1):79-85.

10.N. Rajkumari, K. Sharma, P. Mathu, S. Kumar, A. Gupta. A study on surgical site infections after trauma surgeries in a tertiary care hospital in north India. Indian J Med Res. 2014;140(5):691-4.

11.H. H. Stone, P. R. Strom, R. J. Mullins. Management of the major coagulopathy with onset during laparotomy. Ann Surg. 1983;197(5):532-5.

12.M. A. Gad, A. Saber, S. Farrag, M. E. Shams, G. M. Ellabban. Incidence, patterns, and factors predicting mortality of abdominal injuries in trauma patients. N Am J Med Sci. 2012;4(3):129-34.

13.Suchart Lertkarnchang. Factors predicting mortality of operated abdominal injured patients at Suratthani Hospital. Reg 11 Med J. 2015;29(2):327-37.

14.Vikash Jayant, Lekh Kumari Kurrey, Survind Kumar, Priyank Sharma, Ashok Nayak, APS Ghaharwar. Role of computed tomography in the evaluation of blunt injury abdomen. IJSS j surg. 2017;3(3):34-9.

15.S. Arumugam, A. Al-Hassani, A. El-Menyar, H. Abdelrahman, A. Parchani, R. Peralta, et al. Frequency, causes and pattern of abdominal trauma: A 4-year descriptive analysis. J Emerg Trauma Shock. 2015;8(4):193-8.

16.F. Gönültaş, K. Kutlutürk, A. F. K. Gok, B. Barut, T. T. Sahin, S. Yilmaz. Analysis of risk factors of mortality in abdominal trauma. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2020;26(1):43-9.

17.Orawan Jullapanont. Pattern of Blunt Abdominal Injuries and Predictors of Operative Treatment by Computed Tomography in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. R3 Med PHJ. 2022;19(3):183-95.

18.A. Kruger, D. McPherson, A. Nicol, S. Edu, P. Navsaria. Damage control laparotomy outcomes in a major urban trauma centre. S Afr J Surg. 2022;60(2):84-90.

19.A. Gupta, S. Kumar, S. Sagar, P. Sharma, B. Mishra, M. Singhal, et al. Damage control surgery: 6 years of experience at a level I trauma center. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2017;23(4):322-7.

20.J. A. Harvin, S. D. Adams, S. M. Dodwad, K. D. Isbell, C. Pedroza, C. Green, et al. Damage control laparotomy in trauma: a pilot randomized controlled trial. The DCL trial. Trauma Surg Acute Care Open. 2021;6(1):e000777.

21.Chosigawan Maneechot, Wallada Chanruangvanich, Prangtip Chayaput, Kris Keorochana. Factors Predicting Urgent-Surgery Trauma Patients' Postoperative Admission to ICU. J Thai Journal of Nursing Council. 2022;37(01):89-107.

22.S. H. Kim, S. Na, S. Y. Park, J. Lee, Y. S. Kang, H. H. Jung, et al. Perioperative Factors for Predicting the Need for Postoperative Intensive Care after Major Lung Resection. J Clin Med. 2019;8(5).

23.V. Rajagopalan, R. S. Chouhan, M. P. Pandia, R. Lamsal, G. P. Rath. Effect of Intraoperative Blood Loss on Perioperative Complications and Neurological Outcome in Adult Patients Undergoing Elective Brain Tumor Surgery. J Neurosci Rural Pract. 2019;10(4):631-40.

24.S. H. Ntundu, A. M. Herman, A. Kishe, H. Babu, O. F. Jahanpour, D. Msuya, et al. Patterns and outcomes of patients with abdominal trauma on operative management from northern Tanzania: a prospective single centre observational study. BMC Surg. 2019;19(1):69.

25.Blasisdell FW, Trunkey DD. Abdominal trauma management: Thieme-stration Inc; 1982.

26.Linda M Gerber, Ya-Lin Chiu, Nancy Carney, Roger Härtl, Jamshid Ghajar. Marked reduction in mortality in patients with severe traumatic brain injury. J Neurosurg. 2013;119(6):1583-90.

27.N. Stocchetti, M. Carbonara, G. Citerio, A. Ercole, M. B. Skrifvars, P. Smielewski, et al. Severe traumatic brain injury: targeted management in the intensive care unit. Lancet Neurol. 2017;16(6):452-64.

28.A. Watanitanon, V. H. Lyons, A. V. Lele, V. Krishnamoorthy, N. Chaikittisilpa, T. Chandee, et al. Clinical Epidemiology of Adults With Moderate Traumatic Brain Injury. Crit Care Med. 2018;46(5):781-7.

29.V. Della Torre, R. Badenes, F. Corradi, F. Racca, A. Lavinio, B. Matta, et al. Acute respiratory distress syndrome in traumatic brain injury: how do we manage it? J Thorac Dis. 2017;9(12):5368-81.

30.J. A. Rubano, M. F. Paccione, D. N. Rutigliano, J. A. Vosswinkel, J. E. McCormack, E. C. Huang, et al. Outcomes following prolonged mechanical ventilation: analysis of a countywide trauma registry. J Trauma Acute Care Surg. 2015;78(2):289-94.

31.S. Chowdhury, S. Bahatheq, A. Alkaraawi, M. M. Falatah, R. F. Almutairi, S. Alfadhel, et al. Surgical site infections after trauma laparotomy. An observational study from a major trauma center in Saudi Arabia. Saudi Med J. 2019;40(3):266-70.

32.C. H. Morales, R. M. Escobar, M. I. Villegas, A. Castaño, J. Trujillo. Surgical site infection in abdominal trauma patients: risk prediction and performance of the NNIS and SENIC indexes. Can J Surg. 2011;54(1):17-24.

33.J. E. Mazuski, W. J. Symons, S. Jarman, B. Sato, W. Carroll, G. V. Bochicchio, et al. Reduction of Surgical Site Infection After Trauma Laparotomy Through Use of a Specific Protocol for Antibiotic Prophylaxis. Surg Infect (Larchmt). 2023;24(2):141-57.

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Pregnant Women with Overt and Gastational Diabetes Mellitus During Pregnancy : Two Case Studies

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 10,2024 ; Accepted: March 12,2024)

สารณี ไชยวิเศษ[1]
Saranee Chaivised[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เพื่อศึกษาและพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ อาการทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการพยาบาล ผลลัพธ์การรักษา ผลลัพธ์ด้านทารก และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล การศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มี 4 ระยะ ได้แก่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ระยะจำหน่าย การวางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-METHOD

ผลการศึกษาพบว่า : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนำมาปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยที่มาเองและผู้ป่วยที่ส่งต่อรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน และได้จัดการปัญหาเพื่อช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จนกระทั่งปลอดภัยและจำหน่ายกลับบ้านทั้งมารดาและทารก

คำสำคัญ : สตรีตั้งครรภ์ , เบาหวานขณะตั้งครรภ์ , การดูแล

ABSTRACT

This study was to examine the characteristics of Pregnant Women with Overt and Gastational Diabetes Mellitus During Pregnancy. Clinical symptoms, complications, treatment and nursing care Treatment results Infant outcomes and Number of days spent in hospital The study of Pregnant Women with Gastational Diabetes Mellitus During Pregnancy has 4 phases: the waiting period, the delivery period, the postpartum period, the discharge period, and discharge planning according to D-METHOD principles.

The results were found : This study was a comparative study of nursing care for Pregnant Women with Gastational Diabetes Mellitus During Pregnancy . who were admitted to the obstetrics and gynecology ward. Sirindhorn Hospital Khon Kaen Province. Nursing of pregnant women using patient assessment concepts according to the 11 health plans, Gordon's model. To find problems and needs of patients and bring them into practice in the nursing process. The pregnant women who come to receive services are self-employed patients and patients referred for treatment from community hospitals. and has managed the problem Until it is safe and both mothers and babies can be sent home.

Keywords: Pregnant women , gastational diabetes mellitus , Nursing care

บทนำ

ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีความบกพร่องในการทนต่อกลูโคส (impaired glucose tolerance) ซึ่งตรวจพบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์อุบัติการณ์ของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจำนวน 20.9 ล้านคนหรือร้อยละ 16.2 โดยร้อยละ 85.1 วินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes) และร้อยละ 7.4 ในไทยพบผลจากการศึกษาวิจัยที่หลากหลายในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า ภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์สูงขึ้นซึ่งมีการคาดการณ์ความชุกพบว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนอันดับหนึ่งในหญิงตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 22.9[1-3]

สำหรับงานฝากครรภ์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นพบสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 45, 69 และ 62 คน ตามลำดับ หญิงตั้งครรภ์บางรายอาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะนี้มากกว่าสตรีทั่วไป ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการ

[1] งานห้องคลอด โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

เกิดภาวะดังกล่าว ได้แก่ ญาติพี่น้องมีประวัติเป็นเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 4,000กรัมขึ้นไป เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม เคยคลอดบุตรที่มีความพิการแต่กำเนิดโดยไม่ทราบสาเหตุ เคยมีประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์ โดยไม่ทราบสาเหตุ เคยมีภาวะเบาหวานแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน อ้วน ดัชนีมวลกายมากกว่า 23 มีภาวะความดันโลหิตสูง ตรวจพบภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ มีประวัติแท้งหลายครั้ง และตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานจะได้รับผลกระทบทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ คือ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดครรภ์เป็นพิษ หรือความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ยังมีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่ายขึ้น เป็นต้น ส่วนผลเสียต่อทารกในครรภ์นั้น โอกาสที่จะแท้งบุตรอาจสูงขึ้น และอาจเพิ่มโอกาสที่ทารกจะเสียชีวิตในครรภ์ได้ นอกจากนี้ยังมีโอกาสที่จะเกิดความพิการแต่กำเนิดสูงขึ้น รวมถึงทารกอาจมีน้ำหนักตัวมากทำให้คลอดลำบาก และมีโอกาสเกิดอันตรายระหว่างการคลอดได้สูงขึ้น นอกจากนั้นในระยะหลังคลอด อาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ,ตัวเหลือง, ระดับเกลือแร่ต่าง ๆ ผิดปกติไปได้อีกด้วย ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงลงได้ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องตั้งแต่อายุครรภ์น้อย ๆ และได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมในระหว่างการตั้งครรภ์[2,3]

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M1) ที่ให้บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) ให้บริการผู้ป่วยครบวงจรครอบคลุม 4 มิติ ทั้งด้านการป้องกัน รักษา ส่งเสริม ฟื้นฟูทาง ด้านร่างกายและจิตใจตลอด 24 ชั่วโมง มีการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ให้บริการสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและภาวะวิกฤติ รับส่งต่อโซนใต้และโซนกลางจังหวัดขอนแก่น จากสถิติการให้บริการพบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน เข้ารับบริการในตึกห้องคลอดโรงพยาบาลสิรินธรปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 24, 27 และ 25 ราย โดยจากข้อมูลพบว่าร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานมาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในช่วง พ.ศ. 2564 - 2566 ได้แก่ 4.21, 6.12 และ 7.26 (อ้างอิงข้อมูลสถิติการคลอดทั้งหมดปี พ.ศ. 2564 - 2566 ดังนี้ 569 , 441 , 344 ณ ตึกห้องคลอดโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 จะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานมาคลอดที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่าจำนวนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับสถิติงานฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสิรินธร พบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น เช่น เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน ส่วนด้านทารกคือเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากมารดาเป็นเบาหวาน เช่นกัน[4,5] ดังนั้นจึงเหมาะที่จะให้คำปรึกษาด้านอาหารและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตั้งแต่ฝากครรภ์จนถึงคลอด

วัตถุประสงค์

เป็นการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ กรณีศึกษา 2 ราย ที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 1 มีนาคม 2566 โดยศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และการพยาบาลหลังคลอด การดูแลต่อเนื่องจากการติดตามเยี่ยมหลังคลอด

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาที่จะให้การพยาบาล เพื่อศึกษาย้อนหลัง 3 ปี จำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาเกี่ยวกับ อาการสำคัญ การตรวจร่างกาย ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

3. ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

4. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค

5. ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษา

6. ศึกษาและปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

7. สรุปผลการการพยาบาล และสรุปปัญหาอุปสรรคในการพยาบาล

ผลการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบสตรีตั้งครรภ์ 2 ราย สตีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ ที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 โดยศึกษาจาก ประวัติผู้คลอด ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพของ 11 กอร์ดอน ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

การวินิจฉัยการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1.ระยะรอคลอด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่อง จากมดลูกหดรัดตัว	**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสมและคลอดปลอดภัย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. Augmentation ด้วย Synto10 U + 5%DN/2 1000ml v drip 20 CC/hr 2.ประเมินความก้าวหน้าด้านการคลอดทุก 1-2 ชั่วโมง หรือเมื่อคนไข้ร้องอยากเบ่งคลอด 3. อธิบายให้มารดาเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด รวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และความรู้สึกปลอดภัยในการคลอด 4 .ประเมินความเจ็บปวด ลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยสังเกตจากสิ่งต่อไปนี้ 5. ซักถามพูดคุยถึงความเจ็บปวดสังเกตและบันทึกพฤติกรรม การแสดงสีหน้าและการเคลื่อนไหวเช่น ขมวดคิ้วกำมือแน่นบิดตัวไปมา 6. สังเกตและบันทึกพฤติกรรม เกี่ยวกับการออกเสียงและการพดู เช่น เสียงร้อง ครวญคราง ร้องกรี๊ด เสียงสูดปาก เสียงพูดบ่นถึงความเจ็บปวด หรือเสียงร้องขอความช่วยเหลือ 7. สังเกตหรือบันทึกพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว 8. ตรวจและบันทึก ความถี่ ความแรง และระยะเวลาของการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที 9. จัดท่านอนให้มารดารู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมากที่สุด โดยให้นอนตะแคงซ้ายใช้หมอนรองรับตามข้อต่างๆ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้มากขึ้น 10. ประคับประคองทางด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดให้กำลังใจผู้คลอดด้วยการพดูปลอบโยนแสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้หญิงผู้คลอดเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บปวดได้ **การประเมินผล :** กรณีศึกษาที่ 1 จากการสังเกตพบว่าขณะมดลูกมีการหดรัดตัวผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ได้อย่างเหมาะสม และสามารถใช้เทคนิคการหายใจและผ่อนคลายได้ถูกต้องเกือบทุกครั้งที่มดลูกหดรัดตัว สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล **กรณีศึกษาที่ 2** จากการสังเกตพบว่าขณะมดลูกมีการหดรัดตัวผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ได้อย่างเหมาะสม และสามารถใช้เทคนิคการหายใจและผ่อนคลายได้ถูกต้องเกือบทุกครั้งที่มดลูกหดรัดตัว สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล	
1.ระยะรอคลอด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา Hypo-hyperglycemia เนื่องจากมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์	**วัตถุประสงค์** มารดามีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ **กิจกรรมทางการพยาบาล** 1. ให้ความรู้มารดาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างตั้งครรภ์ 2. ให้ความรู้มารดาในการสังเกตอาการ Hypo-hyperglycemia 3. ดูแลทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ 4. แนะนำให้มารดามาตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้ง ตามเกณฑ์ เพื่อตรวจประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ 5. การตรวจหาน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะ ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการตรวจหาน้ำตาลและ โปรตีนในปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้าน รวมทั้งการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ซึ่งจะช่วยในการควบคุมเบาหวานได้ผลดีและเร็วขึ้น 6. ให้มารดาบันทึกการนับลูกดิ้น โดยปกติทารกควรดิ้น ประมาณ 10 ครั้ง ใน 10-12 ชั่วโมง หากดิ้นลดลงควรรีบมาโรงพยาบาลทันที แนะนำมารดาออกกำลังกายแบบ upper-body muscle **ประเมินผล** กรณีศึกษาที่ 1 ภายหลังการให้ยา RI และ NPH มารดาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ดีขึ้น 2hrpp ไม่เกิน 140% ไม่มีอาการแสดงภาวะ Hypo-hyperglycemia ไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตแต่ละครั้งที่มาฝากครรภ์อยู่ในช่วง 90-120/60-72 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงปกติ ปัสสาวะได้ตามปกติไม่มีแสบขัด สีเหลืองใส ไม่มีเลือดปนอุณหภูมิกายปกติ 36.5-37ºC อัตราการหายใจปกติ EFM เป็น Category I ทารกดิ้นดีเป็นปกติได้ประมาณ 10 ครั้ง/วัน กรณีศึกษาที่ 2 ภายหลังการให้ยา RI และ NPH มารดาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ดีขึ้น 2hrpp ไม่เกิน 140% ความดันโลหิตแต่ละครั้งที่มาฝากครรภ์อยู่ในช่วง 120-149/63-85 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงปกติ มารดาไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูง คือ ไม่มีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ ตามัว อ่อนล้า คลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะได้ตามปกติไม่มีแสบขัด สีเหลืองใส ไม่มีเลือดปนอุณหภูมิกายปกติ 36.5-37.5ºC อัตราการหายใจปกติ EFM เป็น Category I ทารกดิ้นดีเป็นปกติได้ประมาณ 10 ครั้ง/วัน	
1.ระยะรอคลอด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่3 มารดารู้สึก	**วัตถุประสงค์:** เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความกลัวของมารดาขณะก่อนคลอด **กิจกรรมทางการพยาบาล** 1. พยาบาลแสดงความเป็นมิตร ปลอบโยนให้รู้สึกอบอุ่น คลายความวิตกกังวลและความกลัว มั่นใจว่ามีคนคอยดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจ	

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

การวินิจฉัยการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
วิตกกังวลเกี่ยวกับ กลัวอันตรายต่อตนเองและบุตร เนื่องจากเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์	2. ซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและความกลัว 3. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ ผลของโรคเบาหวานต่อการตั้งครรภ์ ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรคเบาหวาน แนวทางการรักษาพยาบาล ประเมินความสนใจ และการยอมรับของผู้ป่วย 4. ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้รับบริการ เช่น การให้กำลังใจ และ การพูดคุย **ประเมินผล** ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล มารดาบอกว่าพอได้รู้ก็เริ่มหายเครียดบ้างทั้งเรื่องอันตรายของโรคเบาหวานต่อตนเองและบุตร	
1.ระยะรอคลอด **ทารก** **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล4** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารก เช่น ทารกตัวโต, Fetal distress, Fetal death เนื่องจากมารดามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์	**วัตถุประสงค์** ทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทารกตัวโต, ทารกคลอดก่อนกำหนด ,Fetal distress ,fetal death มารดามีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดปกติ **กิจกรรมทางการพยาบาล** 1.ประเมิน Uterine contraction ร่วมกับแปลผลกราฟ เฝ้าระวังและติดตามภาวะอันตรายที่เกิดขึ้นพิจารณาจากการแสดงผลของกราฟ 2. แนะนำให้มารดานอนตะแคงซ้าย 3. แนะนำให้มารดาสังเกตลูกดิ้น และนับลูกดิ้น 4. ถ้าเกิดมีการผิดปกติของ FHS ให้ติดตามโดยการ on monitor (EFM) หากพบ early deceleration ควรเฝ้าระวังต่อเนื่อง หากพบ late deceleration ควรให้การดูแล IUR แก้ไขเบื้องต้น 5. แนะนำวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของมารดา และควบคุมน้ำหนักตัวของมารดา 6. เจาะ DTX ทุก 2 ชั่วโมงหลังเข้าระยะ Active phase Keep 80-120 mg/dL **ประเมินผล** การเต้นของหัวใจทารกปกติ อยู่ในช่วง134-150bpm EFMเป็น Category I 2 hrpp ไม่เกิน 120 mg/dL	
2. ระยะคลอด **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5** มารดามีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน	**วัตถุประสงค์:** เพื่อไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ **กิจกรรมพยาบาล** 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการของภาวะน้ำตาลสูง 2. จัดให้นอนท่าศีรษะสูงเล็กน้อย (semi Fowler's position)หรือนอนตะแคงศีรษะและไหล่สูงเล็กน้อย 3. เจาะระดับกลูโคสทุก 2 ชั่วโมง ถ้าระดับกลูโคสน้อยกว่า 80 mg% หรือมากกว่า 120 mg% ให้รายงานแพทย์ 4. ประเมินสภาพทารกในครรภ์ โดยการฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมง **ประเมินผล** กรณีศึกษาที่ 1 มารดา ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง สัญญาณชีพปกติ RR=20 bpm, Pulse= 84 bpm, BP= 110/66 mmHg. ,FHS อยู่ในช่วง 130-140 bpm และ DTX เวลา 15.00น. ได้ 91 mg% กรณีศึกษาที่ 2 มารดาหลังคลอด ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง สัญญาณชีพ ปกติ BP = 102-139/72-96 mmHg. RR 20 bpm, Pulse 70-106 bpm, และ DTX อยู่ระหว่าง 63-120 mg% ช่วงที่น้ำตาลต่ำ ไม่มีอาการแสดง Hypoglycemia หลังได้ 5%DN/2 1000ml v 12occ/hr 2hr,DTX= 80mg%	
2. ระยะคลอด **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6** ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง	**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนเพียงพอ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลมารดาได้รับ O_2 mask with bag 10 LPM 2. ON EFM ไว้ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ 3. ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ 4. ประสานแพทย์ให้มารอรับทารกเมื่อแรกคลอด เพื่อให้การช่วยเหลือทันทีหากทารกวิกฤต 5. ทำคลอดทารกอย่างนุ่มนวล เมื่อทารกคลอดให้การช่วยเหลือทารกแรกคลอด 6. เมื่อทารกคลอดให้เช็ดตัวทารกให้แห้งและวางทารกอยู่ใต้เครื่อง radiant warmer ดูดน้ำคร่ำในปากและจมูก ประเมิน APGAR SCORE ให้ออกซิเจนเมื่อทารกเขียวและห่อตัวทารกไปให้ดูดนม.มารดา **การประเมินผล** : วันที่ 17/11/2565 เวลา 19.18 น. ทารกคลอดปกติไม่มีภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกคลอดประเมินทารกแรกคลอด APGAR SCORE =9,10,10 ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขแล้ว	
3.ระยะหลังคลอด **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7** มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกถูกยืดขยายมากขณะตั้งครรภ์และมีแผลในโพรงมดลูก	**วัตถุประสงค์:** เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้ได้รับยา Oxytocin 1 Amp.IM. ทันทีหลังทารกคลอด 2. ทำคลอดรกอย่างนุ่มนวล ถูกวิธีและตรวจสอบรก 3. ดูแลเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ 4. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 15 นาที 4 ครั้ง และ 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง หากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีให้คลึงมดลูก โดยสังเกตจากปริมาณเลือดที่ออกมาทางช่องคลอด ซึ่งควรออกมาไม่เกินผ้าอนามัย1 ผืน(50mL) ใน 1 ชั่วโมง 5. สอนมารดานวดคลึงมดลูก 6. ให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงแก่มารดา เพื่อแจ้งพยาบาลได้ทันที	**วัตถุประสงค์:** เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด **กิจกรรมพยาบาล** 1. ดูแลให้ได้รับยาDuratocine1 Amp.V ทันทีหลังทารกคลอด 2. ประเมินอาการบ่งบอกการตกเลือด ได้แก่ แผลผ่าตัดซึม เลือดออกจากช่องคลอดมากกว่า 50 cc/hrน้ำคาวปลาออกมามากกว่าปกติปลายมือปลายเท้าเย็นชีด 3. ประเมินอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ตัวเย็น ถ้าหากมีอาการเหล่านี้ต้องวัดสัญญาณชีพ และให้มารดาพักผ่อนบนเตียง เฝ้าระวังป้องกันภาวะช็อค 4. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 15 นาที 4 ครั้ง และ 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง พร้อมกับให้คำแนะนำมารดาเกี่ยวการหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งควรออกมาไม่เกินผ้าอนามัย 1 ผืน (50 mL) ใน 1 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

การวินิจฉัยการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	7. ประเมินสภาพ อาการหลังคลอดเกี่ยวกับปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด แผลฝีเย็บ การหดรัดตัวของมดลูก และกระเพาะปัสสาวะ 8. กระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะ ถ้าหลังรกคลอดไปแล้ว 6 ชั่วโมงยังไม่ถ่ายปัสสาวะให้แจ้งพยาบาลเพื่อแจ้งแพทย์พิจารณาแผนการรักษาต่อไป 9. คลึงมดลูกให้และสอนให้รู้วิธีการทดสอบการแข็งตัวของมดลูกโดยบอกตำแหน่งและให้มารดาหลังคลอดได้คลำมดลูกของตัวเอง ถ้ามดลูกเริ่มอ่อนตัวให้คลึงมดลูกเป็นวงกลมไปในทางเดียวกันจนแข็งแล้วหยุดคลึง เพราะจะทำให้กล้ามเนื้อมดลูกอ่อนล้า เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ ให้ทำทุก 2-4 ชั่วโมง หรือเมื่อรู้สึกว่าเลือดออกทางช่องคลอดมากผิดปกติ แต่ถ้าคลึงมดลูกแล้วไม่พบก้อนแข็งหรือยังมีเลือดไหลออกไม่หยุดให้รีบแจ้งพยาบาลทันที **การประเมินผล :** มดลูกหดรัดตัวดี คลำมดลูกได้ลักษณะกลมแข็ง มี bleed per vagina ปกติ ไม่มี active bleed ยอดมดลูกอยู่ที่ระดับสะดือ ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่มีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้าง ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขแล้วบางส่วนแต่ต้องเฝ้าระวัง ภาวะตกเลือดเนื่องจากการคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด	5. ประเมินสัญญาณชีพหลังผ่าตัด 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และวัด 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะคงที่ 6. Retained Foley's catheter หลังคลอด 24 ชั่วโมง และหลัง off Foley's catheter ประเมินกระเพาะปัสสาวะ ลักษณะ Bladder full 7. แนะนำท่าออกกำลังกายที่ส่งเสริมการหดรัดตัวของมดลูกและการไหลของน้ำคาวปลาได้สะดวก พร้อมกระตุ้นให้เข้าฟังสุขศึกษาเรื่องการออกกายบริหารสำหรับมารดาหลังคลอด คือ ท่านอนคว่ำใช้หมอนรองบริเวณหน้าท้องไว้ ท่านี้ช่วยให้น้ำคาวปลาไหลออกมาได้สะดวก มดลูกกลับสู่ช่องเชิงกรานได้ดีขึ้นและลดอาการปวดมดลูกได้ โดยนับ 1-10 ภายหลังแผลผ่าตัดที่หน้าท้องหายดี ตัดไหมแล้ว 8. ดูและให้ได้รับสารน้ำ และยากระตุ้นการหดรัดตัวมดลูก 5% DN/2 1000 ml v 120 ml/hr. x 3 ขวด **ประเมินผล** มารดาไม่มีอาการและอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว ปลายมือปลาเท้าเย็น capillary refill time < 2 วินาที ไม่มีอาการกระสับ กระส่าย ใจสั่นตัวเย็นหน้ามืด และเหงื่อออกมาก เป็นต้น แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม และ Hematocrit หลังคลอด = 35- 37 % BT=36.8 ^{0}C , Pluse=86/min , Respiratory=20/min , BP=129/84 mmHg
3.ระยะหลังคลอด **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8** ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลฝีเย็บและปวดมดลูกกรณีที่ 1 **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล8** ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดกรณีที่2	**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** เพื่อให้ผู้คลอดได้รับความสุขสบายและบรรเทาอาการเจ็บดึงแผลฝีเย็บและปวดมดลูก **กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้มารดาเกิดความไว้วางใจ แสดงความจริงใจที่จะช่วยเหลือ 2. ประเมินระดับของอาการปวดแผล เพื่อประกอบการพิจารณาเลือกวิธีบรรเทาอาการปวด 3. สังเกตอาการผิดปกติของแผลเช่นปวด บวม แดงร้อน 4. อธิบายสาเหตุของการปวด 5. ดูแลความสะอาดร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทสะดวกและไม่มีเสียงรบกวนเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ 6. แนะนำมารดาใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด ๗. ดูแลและแนะนำมารดาให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ 8. กระตุ้นให้มี Early ambulation ช่วยในการไหลเวียนเลือดดีขึ้น เพื่อบรรเทาอาการปวด 9. แนะนำวิธีทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทุกคลอดหลังเข้าห้องน้ำ ช่วยลดเชื้อโรค ทำให้แผลหายเร็วไม่มีการติดเชื้อและสุขสบายขึ้น 10. ให้รับประทานยาบรรเทาปวด Paracetamal (500 mg) 1 เม็ด ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดอาการเจ็บปวดและสุขสบายขึ้น 11.แนะนำมารดาให้พักผ่อนท่านอนตะแคงหรือท่านอนคว่ำ เลี่ยงการนั่งหรือยืนนานๆ เพื่อลดการคั่งของน้ำเลือดที่ฝีเย็บและผนังช่องคลอดซึ่งจะทำให้ความเจ็บปวดลดลง ๑๒.แนะนำให้มารดาหมิบก้นและฝีเย็บ วันละ 34 ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะต้องหมิบ 5 รอบ เพื่อให้การไหลเวียนดี อาการปวดฝีเย็บจะลดลง และสอนนวดคลึงมดลูก เพื่อลดอาการปวดมดลูก **การประเมินผล :** วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 มารดาปวดบริเวณแผลฝีเย็บ/ปวดมดลูกทุเลาลง pain score=3 แผลฝีเย็บไม่อักเสบนอนหลับได้ดี	**วัตถุประสงค์** บรรเทาความปวด และให้มารดาสุขสบายมากขึ้น **กิจกรรมพยาบาล** 1. ประเมินความเจ็บปวดของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยประเมินจากสิ่งต่อไปนี้ 1.1 สังเกตอาการแสดงความเจ็บปวด เช่น สีหน้าแสดงความเจ็บปวด หรือร้องขอความช่วยเหลือ 1.2 ซักถามถึงอาการปวดต่าง ๆ หลังคลอด 1.3 ใช้การบอกความรู้สึกเป็นตัวเลข (numerical rating scales: NRS) เป็นการประเมินความปวดด้วยตัวเลขโดยพยาบาลจะบอกผู้ป่วยว่าถ้าไม่ปวดเลยแทนด้วยเลข 0 และ ปวดรุนแรงมาก แทนด้วยเลข 10โดยทั่วไปจะพบว่าผู้ป่วยให้คะแนนความปวด (painscore) 1-2 คือ ยอมรับได้ 3-4 มีอาการปวดเล็กน้อย 5-6 ปวดปานกลางบางครั้ง > 6 ขึ้นไป ถือว่าควรได้รับการบำบัดรักษาอาจใช้ยาแก้ปวดร่วมด้วยซึ่งไม่ควรรอให้ถึง 10 หรือจนผู้ป่วยบอกว่าทนไม่ไหว 2.ประเมินVital sign ทุก 4 ชั่วโมง 3. สร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดจาปลอบโยนและเชื่อว่าผู้รับบริการมีอาการปวดจริง แสดงท่าทียอมรับปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย 4. อธิบายกลไกของการเจ็บปวดที่เกิดจากการผ่าตัดและภายหลังคลอด เพราะมดลูกหดรัดตัวเพื่อเข้าสู่สภาพปกติ 5. แนะนำเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ 6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและลดตัวกระตุ้น 7. ดูแลจัดท่าให้อยู่ในท่าสุขสบาย 8. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เบามือ 9. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา paracetamol (500) 1 tab o prn q 4 hr พร้อมทั้งติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยา 10. พูดคุยให้กำลังใจ ช่วยให้บรรเทาความเจ็บปวดลดลง **ประเมินผล**

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

การวินิจฉัยการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
		27 มกราคม 66 มารดาสีหน้าสดชื่นมากขึ้น แต่ยังคงมีอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัดอยู่ pain score 6 คะแนน แผลไม่ซึม มดลูกหดรัดตัวดี v/s ปกติ และสามารถนอนหลับพักได้
3.ระยะหลังคลอด **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล9** มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด เนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและแผลในโพรงมดลูก มีเฉพาะกรณีที่ 2 (กรณีศึกษาที่ 2	-**วัตถุประสงค์:** เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด **กิจกรรมพยาบาล** 1. ล้างมือให้สะอาดอย่างถูกวิธีก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้งและให้การพยาบาลโดยใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ 2. วัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมงในรายที่มีไข้ หรือมีภาวะแทรกซ้อน เพื่อทราบอาการนำของการติดเชื้อ 3. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น และทุกครั้งหลังขับถ่าย และแนะนำผู้รับบริการห้ามให้แผลผ่าตัดถูกน้ำ 4. ติดตามประเมินและสังเกตลักษณะแผลผ่าตัดทุกวัน เช่นลักษณะของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล แผลปริ แผลบวม รอบแผลแดง และบริเวณแผลร้อน 5. สังเกต จำนวน สี ลักษณะ และกลิ่นของน้ำคาวปลาถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 6. วัดระดับยอดมดลูกและลงบันทึกทุกวันว่าลดลงหรือไม่ 7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงหรือการแพ้ยา - cefazolin 1 g. v q 6 hr. x 3 dose 8. ดูแลและสอนการดูแลตัวเองในเรื่อง การรักษาความสะอาดของปากฟัน การรักษาความสะอาดของร่างกาย เปลี่ยนผ้าอนามัยและเปลี่ยนทุก 2-4 ชั่วโมง 9. ประเมินการคั่งค้างของปัสสาวะ ถ้ามีอาการเจ็บปวดแสบเมื่อปัสสาวะ ให้รายงานแพทย์ 10. ส่งและติดตามผลการตรวจ WBC ตามแผนการรักษา **ประเมินผล** มารดามีแผลผ่าตัดคลอดบริเวณหน้าท้องลักษณะ mild line ยาวประมาณ 15 cm. แผลไม่มีเลือดซึม มีอาการปวดแผล 5 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT เท่ากับ 36.5-37.0 ^{0}C และน้ำคาวปลามีสีแดง มดลูกหด รัดตัวดี ถ่ายปัสสาวะได้สะดวกดี ไม่มีอาการแสบขัด และไม่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	
3.ระยะหลังคลอดทารก **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล10** ทารกมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากมารดามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์	**วัตถุประสงค์:** ป้องกันการเกิดอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ **กิจกรรมพยาบาล** 1. แก้ไข และป้องกันสาเหตุที่ส่งเสริมให้ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ภาวะที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะขาดออกซิเจน เป็นต้น โดยดูแลให้ทารกแรกเกิดได้รับความอบอุ่น และประเมินระบบหัวใจและการหายใจ 2. เจาะเลือดเพื่อประเมินระดับน้ำตาลใน2ชั่วโมงแรกหลังคลอด และหลังจากนั้นประเมินทุก 6 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลที่ปลอดภัยควรอยู่ในช่วง 60-90 มก./ดล. ถ้าน้อยกว่า 40 มก./ดล. รายงานแพทย์(สุปราณี พิริยะพิเศษพงศ์,2559) 3. สังเกตและบันทึกอาการทั่วไปของทารก ตรวจระดับความรู้สึกตัว ประเมินอาการทางคลินิกของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น สั่นระริวของมือและเท้า (Tremor) สั่นกระตุก (Jitteriness) หายใจไม่สม่ำเสมอ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อไม่ดี (Hypotonia) หยุดหายใจ (Apnea) รับนมไม่ดี (Poor feeding) ร้องเสียงแหลม ชักและอุณหภูมิกายต่ำ เป็นต้น 4. ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูกลูโคส แคลเซียม บิลลิรูบิน ฮีมโตคริต **ประเมินผล** ในเวรทารกมีระดับของน้ำตาลในเลือดปกติ ค่า DTX 60 mg% และไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ สั่นระริวของมือและเท้า (Tremor) สั่นกระตุก (Jitteriness) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อไม่ดี (Hypotonia) หยุดหายใจ (Apnea) ร้องเสียงแหลม ชักและอุณหภูมิกายต่ำ เป็นต้น	
3.ระยะหลังคลอดทารก **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 11** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากพื้นที่ผิวกายมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว และมีไขมันสะสมน้อย	**วัตถุประสงค์** อุณหภูมิร่างกายทารกอยู่ในระดับปกติ **กิจกรรมพยาบาล** 1. keep warm โดยในระยะทันทีหลัง เกิดต้องเช็ดตัวทารกให้แห้งจากทั้งคราบเลือดและน้ำคร่ำ แล้วห่อตัวทารก ด้วยผ้าอ้อม และผ้าขนหนู วางทารกใต้ Radian warmer 2. ประเมินอุณหภูมิทารก ทุก 4 ชั่วโมง โดย Keep ที่ 36.5-37.4 ^{0}C โดยวัดทางทวารหนัก หากพบว่าอุณหภูมิน้อยกว่า 36.5 ^{0}C ควรรีบให้การ keep warm โดยการห่อตัวทารก หากพบว่าอุณหภูมิมากกว่า 37.4 ^{0}C ควรรีบให้การคลายผ้า และกระตุ้นให้ทารกดูดนม 3. หลังออกจาก Radian warmer จัดให้ทารกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เสี่ยงต่อการสูญเสียความร้อนได้ง่าย ไม่เปิดพัดลมใส่ทารกโดยตรงหรือให้นอนใต้แอร์ 4. สังเกตอาการของ Hypothermia เช่น เขียวตามปลายมือปลายเท้า ซึม กระสับกระส่าย ผิวหนังซีดและเย็น หายใจเร็ว รับนมไม่ได้ เมื่อพบว่าทารกมีอาการดังกล่าว ควรให้การดูแลโดยการห่อตัวทารกให้อบอุ่น และสังเกตอาการของHyperthermia เช่น ผิวหนังแดงขึ้น และร้อน หายใจเร็วขึ้น ที่อาจเกิดจากการห่อตัวทารกที่มากเกินไป 5. เปลี่ยนผ้าอ้อมทันทีเมื่อทารกปัสสาวะหรืออุจจาระ **ประเมินผล** ทารกตื่นตัวดี ไม่ซึม ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะอุณหภูมิกายต่ำ คือ ตัวเขียว หนาว สั่น มือเท้าเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว เป็นต้น และวันที่ 17/11/2565 : สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT เท่ากับ 36.8-37.2 ^{0}C และ วันที่ วันที่ 18/11/2565 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT เท่ากับ 36.9-37.1 ^{0}C	
4. ระยะจำหน่าย	**วัตถุประสงค์** มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน **กิจกรรมพยาบาล**	**วัตถุประสงค์** มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน **กิจกรรมพยาบาล**

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

การวินิจฉัยการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
การวางแผนการจำหน่ายก่อนกลับบ้าน (discharge planning) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล12 มีความพร้อมสำหรับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	1. อธิบายความหมายของระยะหลังคลอดบุตร ระยะหลังคลอดบุตร เป็นระยะที่อวัยวะต่างๆ ในระบบสืบพันธุ์ มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อกลับสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งจะใช้เวลา 6 สัปดาห์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นไปได้เองโดยธรรมชาติ แต่ถ้ามีปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดอาการผิดปกติที่อันตรายได้ 2. การปฏิบัติตัวในระยะหลังคลอด 2.1 การพักผ่อนและการทำงาน ควรนอนหลับในช่วงกลางคืนให้ได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง 2.2 การรับประทานอาหาร โปรตีน เช่น เนื้อปลา เนื้อหมู เนื้อไก่ เป็นต้น 2.3 ป้องกันภาวะตกเลือดการคลึงมดลูกกระทำได้โดยใช้มือข้างที่ถนัดคลำบริเวณยอดมดลูกแล้วใช้อุ้งมือคลึงบริเวณยอดมดลูกเบาๆ 2.4 การป้องกันการติดเชื้อ โดยการดูแลความสะอาดของร่างกาย ได้แก่ การอาบน้ำ: ควรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น 2.5 การมีประจำเดือน - สำหรับมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสม จะกลับมามีประจำเดือนประมาณสัปดาห์ที่ 7-9 หลังคลอด - สำหรับมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเอง จะมีประจำเดือนครั้งแรกประมาณเดือนที่ 6–9 หลังคลอด 2.6 การมีเพศสัมพันธ์ ให้งดการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด 2.7 การวางแผนครอบครัว เพื่อให้เลี้ยงดูลูกได้เต็มที่ ป้องกันปัญหาจิตสังคมของลูกคนแรก ควรเว้นระยะ การมีลูก อย่างน้อย 2 ปี 2.8 การนัดตรวจหลังคลอด มารดาจะได้รับการนัดไปตรวจหลังคลอดประมาณ 6 สัปดาห์ โดยนับจากวันคลอด โดยสามารถไปตรวจที่รพสต. หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ติดตามเรื่องเบาหวานโดยการทำ 75gm OGTT 3. อาการผิดปกติของมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด ไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด 3.1 อาการผิดปกติของมารดา ได้แก่ - ตกเลือด จะพบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมากผิดปกติ - แผลแยก แผลอักเสบ โดยจะมีอาการปวดมากขึ้น แผลแยก แผลบวม มีหนองหรือมีเลือดซึมออกจากแผล - มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ มีไข้สูงตัวร้อนมาก หนาวสั่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ถ่ายปัสสาวะขัดหรือถ่ายปัสสาวะไม่ออก - น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็นเน่า หรือมีสีแดงเหมือนเลือดสดนานเดิน 2 สัปดาห์ ปริมาณไม่ลดลง - คลำพบก้อนผิดปกติที่เต้านม หรือเต้านมคัดตึงมากร่วมกับมีอาการบวมแดง อักเสบ บวมมากผิดปกติ 3.2 อาการผิดปกติของทารก ได้แก่ - ตัวเหลืองมาก ร่วมกับซึมลงไม่ค่อยตื่นมาดูดนมเหมือนปกติ - มีอาการใดอาการหนึ่งดังนี้ มีไข้สูง ตัวร้อนมาก ซึมลง ชัก - หายใจเร็วมากกว่า 60 ครั้งใน 1 นาทีหรือหอบ มีปีกจมูกบานเวลาหายใจ หายใจลำบาก - สะดือบวมแดงอักเสบมีหนองหรือมีเลือดซึมออกมา - ตาบวมแดง ตาแฉะหรือมีขี้ตามากผิดปกติ - ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำไม่มีเนื้อปนปริมาณมากผิดปกติ หรืออุจจาระมีมูกมีเลือดปน ร่วมกับมีอาการซึมลง - อาเจียนพุ่ง (ไม่ใช่แหวะนม)	1. อธิบายความหมายของระยะหลังคลอดบุตร ระยะหลังคลอดบุตร เป็นระยะที่อวัยวะต่างๆ ในระบบสืบพันธุ์ มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อกลับสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งจะใช้เวลา 6 สัปดาห์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นไปได้เองโดยธรรมชาติ แต่ถ้ามีปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดอาการผิดปกติที่อันตรายได้ 2. การปฏิบัติตัวในระยะหลังคลอด 2.1 การพักผ่อนและการทำงาน ควรนอนหลับในช่วงกลางคืนให้ได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง 2.2 การรับประทานอาหาร โปรตีน เช่น เนื้อปลา เนื้อหมู เนื้อไก่ เป็นต้น 2.3 การป้องกันการติดเชื้อ โดยการดูแลความสะอาดของร่างกาย ได้แก่ การอาบน้ำ: ควรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น 2.4 การมีประจำเดือน - สำหรับมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสม จะกลับมามีประจำเดือนประมาณสัปดาห์ที่ 7-9 หลังคลอด - สำหรับมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเอง จะมีประจำเดือนครั้งแรกประมาณเดือนที่ 6–9 หลังคลอด 2.5 การมีเพศสัมพันธ์ ให้งดการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด 2.6 การนัดตรวจหลังคลอด มารดาจะได้รับการนัดไปตรวจหลังคลอดประมาณ 6 สัปดาห์ โดยนับจากวันคลอด โดยสามารถไปตรวจที่รพสต. หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน นัดตรวจหลังคลอดเจาะ FBS โดยไม่ต้องทำ 75gm OGTT 3. อาการผิดปกติของมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด ไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด 3.1 อาการผิดปกติของมารดา ได้แก่ - ตกเลือด จะพบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมากผิดปกติ - แผลแยก แผลอักเสบ โดยจะมีอาการปวดมากขึ้น แผลแยก แผลบวม มีหนองหรือมีเลือดซึมออกจากแผล - มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ มีไข้สูงตัวร้อนมาก หนาวสั่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ถ่ายปัสสาวะขัดหรือถ่ายปัสสาวะไม่ออก - น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็นเน่า หรือมีสีแดงเหมือนเลือดสดนานเดิน 2 สัปดาห์ ปริมาณไม่ลดลง - คลำพบก้อนผิดปกติที่เต้านม หรือเต้านมคัดตึงมากร่วมกับมีอาการบวมแดง อักเสบ บวมมากผิดปกติ 3.2 อาการผิดปกติของทารก ได้แก่ - ตัวเหลืองมาก ร่วมกับซึมลงไม่ค่อยตื่นมาดูดนมเหมือนปกติ - มีอาการใดอาการหนึ่งดังนี้ มีไข้สูง ตัวร้อนมาก ซึมลง ชัก - หายใจเร็วมากกว่า 60 ครั้งใน 1 นาทีหรือหอบ มีปีกจมูกบานเวลาหายใจ หายใจลำบาก - สะดือบวมแดงอักเสบมีหนองหรือมีเลือดซึมออกมา - ตาบวมแดง ตาแฉะหรือมีขี้ตามากผิดปกติ - ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำไม่มีเนื้อปนปริมาณมากผิดปกติ หรืออุจจาระมีมูกมีเลือดปน ร่วมกับมีอาการซึมลง - อาเจียนพุ่ง (ไม่ใช่แหวะนม) **ประเมินผล** มารดาสามารถบอกพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังคลอดได้ถูกต้องประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์และสามารถบอกอาการผิดปกติหลังคลอดทั้งของมารดาและทารกได้อย่างน้อย 4 ข้อ

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

การวินิจฉัยการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	ประเมินผล มารดาสามารถบอกพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังคลอดได้ถูกต้องประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ และสามรถบอกอาการผิดปกติหลังคลอดทั้งของมารดา และทารกได้อย่างน้อย 4 ข้อ	

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษา หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น GDMA2 กับ Overt DM ดูแลระหว่างฝากครรภ์จำนวน 18 ครั้ง กับ 16 ครั้ง หลังวินิจฉัยโรค สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยอาศัย Insurin มีพฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสมกับโรค จนถึงหลังคลอด ทารกในครรภ์สุขภาพดีไม่หอบไม่มีภาวะ Hypo-Hyper glycemia มารดาหลังคลอดไม่มีภาวะ Hypo-Hyper glycemia ไม่มีตกเลือดหลังคลอด ปัญหาทั้ง 2 เคสกรณี ที่ต้องได้รับการดูแลต่อคือ มารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูก มีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน ด้านทารกคือเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากมารดาเป็นเบาหวาน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากพื้นที่ผิวกายมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว และมีไขมันสะสมน้อย และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากภูมิต้านทานต่ำจากเม็ดเลือดขาวมีความสามารถในการทำลายเชื้อต่ำ, มีช่องทางเปิดเข้าสู่ร่างกาย (สายสะดือ) และผิวหนังบอบบางถูกทำลายได้ง่าย [7,8]

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพ ให้ใช้องค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์มาประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาล เช่น ประเมินหญิงตั้งครรภ์ก่อนที่จะให้ความรู้ โดยประเมินความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ร่วมพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อในขณะตั้งครรภ์และการปฏิบัติตัว ปรับความเชื่อที่ไม่เหมาะสม โดยการสนับสนุนความเชื่อที่ถูกต้องและปรับความเชื่อที่ไม่ถูกต้องด้วยการให้ความรู้และร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้การพยาบาลมีความชัดเจนและครอบคลุม และขยายผลในการพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์รายอื่นได้จนกระทั่งถึงคลอด

2. พัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพ ให้ใช้วิธีการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจให้แก่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และมีทักษะสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. สุชยา ลือวรรณ. (2558). โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2567 จาก, https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1094:2015-02-23-01-52-19&catid=38&Itemid=480
2. วิทยา ถิฐาพันธ์.(2561) ภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ & โภชนาการในช่วงแรกของชีวิต: ปัญหาและความท้าทาย.กรุงเทพ
3. นันทพร แสนศิริพันธ์และฉวี เบาทรวง (บ.ก.) (2561). การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. สมาร์ทโคตรติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.
4. กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และอรพินท์ สีขาว. (2557). การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลทหารบก. 15(2), 50-59.
5. กนกวรรณ ฉันธนะมงคล. (2559). การพยาบาลหญิงที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ : ส.เจริญการพิมพ์.
6. วิทยา ถิฐาพันธ์ (บ.ก.) และคณะ. (2562). ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม (Obstetrics crisis). พิมพ์ครั้งที่ 3.พี.เอ.ลีฟวิ่ง. จำกัด.
7. โรงพยาบาลลำพูน. (ม.ป.ป.). แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับยาที่มีความเสี่ยงสูง (high-alert drugs). สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2567 จาก, http://www.lpnh.go.th/web_nurse/cop_admin/HAD/HighAlert.doc
8. สุปราณี พิริยะพิเศษพงศ์. (2559).การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกครบกำหนดที่มีมารดาเป็นเบาหวาน. กรุงเทพ

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอดโรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

Effects of a continuous support program for nurses during labor on pain coping behavior and satisfaction of birth workers. Kut Chap Hospital Udon Thani Province.

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 6,2024 ; Accepted: March 7,2024)

ดวงใจ หาพรหม[1]
Duangjai Haphrom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิด โดยใช้ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมิสและแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Plan) 2) การลงมือปฏิบัติและการสังเกต (Act & Observe) และ 3) การสะท้อนคิด (Reflect) li4) การปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Revised plan) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้คลอดที่มาคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - เดือนธันวาคม 2566 จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความเจ็บปวด และแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติการทดสอบค่าไคว์สแคว์ และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาล ประกอบด้วย กิจกรรม การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านความสุขสบาย และการสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ์ พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลมีระดับความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาสมเพิ่มขึ้นหลังที่ได้รับการพยาบาลในทุกระยะของการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .01$) และมีความพึงพอใจในการคลอด โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = 4.03)

คำสำคัญ : โปรแกรม/การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด/พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด/ความพึงพอใจ

ABSTRACT

This research is action research to develop and study the results of a continuous support program for nurses during labor where the cervix opens slowly. Using the action research steps of Kemmis and McTaggart (Kemmis and McTaggart, 1988) consisting of 1) planning (Plan), 2) taking action and observing (Act & Observe), and 3) Reflect (Reflect) li4) Improving the work plan (Revised plan) The sample group includes birth attendants who come to give birth in the delivery room at Kut Chap Hospital. Udon Thani Province Between October 2023 - December 2023, a total of 30 people. Research tools include Nurse Continuing Support Program Personal information questionnaire Pain level assessment form and observation of pain coping behavior during childbirth Analyze data with frequency distribution, percentage, mean, and square value test statistics. and t-test

The results of the research found that the continuous support program for nurses consisted of activities to support mental and emotional aspects. Information support Comfort support and rights protection support. It was found that birth workers who received a continuous support program from nurses had a statistically significant reduction in pain levels ($p < 0.001$) and a high average pain coping behavior

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

score in All stages of birth were statistically significant ($p < .01$) and were satisfied with birth. Overall, it is at the highest level ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = 4.03).

Keywords: Program/Coping with labor pain/Pain coping behavior/Satisfaction

บทนำ

ระยะคลอดผู้คลอดจะมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอเป็นผลต่อการเปิดขยายของปากมดลูกแรงบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกในการผลักดันให้ทารก และรกคลอดออกจากโพรงมดลูก ทำให้เกิดความปวด ความปวดในระยะคลอด ถือเป็นปัญหาทางการพยาบาลที่พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อการจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดในขณะคลอด บทบาทหน้าที่นี้เป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด การปล่อยให้ผู้คลอดทรมานจากความปวดเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดความกลัว ซึ่งความกลัวก่อให้เกิดความเครียด ความเครียดเป็นสาเหตุทำให้เกิดการต่อต้านการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกส่งผลให้เกิดความปวด ความปวดในระยะคลอดเป็นความปวดชนิดรุนแรง ทำให้ผู้คลอดวิตกกังวลและมีภาวะเครียด จึงเป็นวงจรของอาการกลัว-เครียด-ปวด (FearTension-Pain syndrome) ทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้แสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เอะอะโวยวาย ส่งเสียงดังดิ้นทุรนทุราย กระสับกระส่ายและเรียกร้องการดูแลรักษามากกว่าปกติ ตลอดจนไม่ให้ความร่วมมือในขณะคลอด และยังส่งผลให้เกิดการคลอดล่าช้า หรือมีโอกาสต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ ซึ่งการเผชิญความเจ็บครรภ์ในระยะคลอดของผู้คลอดแต่ละรายมีความแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ของผู้คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดจะมากหรือน้อยเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประสบการณ์คลอดครั้งก่อน สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมและการเตรียมคลอด[6]

ผลของการสนับสนุนระยะคลอดโดยเฉพาะด้านร่างกาย ด้านจิตอารมณ์ และข้อมูลข่าวสาร จะทำให้ผู้คลอดสามารถปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้นให้ได้อย่างเหมาะสม ยอมรับความเจ็บปวดในทางบวก มีความเข้าใจธรรมชาติการคลอด เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญการเจ็บคลอดได้ ส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย ช่วยลดความกลัวความวิตกกังวลของผู้คลอด ให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ควบคุมตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้มดลูกมีการหดรัดตัวดี ทำให้ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดดีขึ้น ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้คลอดไม่ได้รับการสนับสนุนระยะคลอด ส่งผลให้ระยะเวลาคลอดยาวนานขึ้น ผู้คลอดจะรู้สึกอ่อนเพลียหมดแรงทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด[11]

ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม จึงได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอด ที่ประกอบด้วย การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (Physiological coping) และการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psychological coping method)โดยพัฒนาและปรุงใช้ของ ปาริฉัตร อารยะจารุ และคณะ (2555)[12] เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดแก่ผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมาก่อนให้สามารถเผชิญต่อการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีประสบการณ์การคลอดที่ดี และสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจของผู้คลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจของผู้คลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1990) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนผลการปฏิบัติ ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลพื้นที่วิจัย คือ ห้องคลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งที่มีกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คลอดที่มีอาการเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม.ที่มาคลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 256

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้คลอดที่อายุมากกว่า 18 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดที่มีอาการเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม.ที่มาคลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าและออกจากการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) กำหนดคุณสมบัติเพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาและเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้คลอดที่โรงพยาบาลกุดจับทุกราย อายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์ latent phase มีระยะเวลาน้อยกว่า 20 ชั่วโมงในครรภ์แรก และระยะเวลาน้อยกว่า 14 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง (F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Dwight J. Rouse, Catherine Y. Spong., 2010) ซึ่งระยะปากมดลูกเปิด ทารกอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หรือมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. มีความประสงค์ที่จะคลอดด้วยตนเอง และมีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอด เป็นกิจกรรมรายบุคคลโดยใช้สื่อมีกิจกรรมที่ประกอบด้วย

(1) โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอด ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์-ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม.ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. และปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.

(2) คู่มือสำหรับผู้คลอดในระยะคลอด มีเนื้อหาเกี่ยวกับระยะของการคลอด การปฏิบัติตัวตามระยะของการคลอด วิธีการเผชิญความเจ็บปวด

(3) แผ่นพับวิธีการหายใจบรรเทาปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนการคลอด โดยประยุกต์สำหรับใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้คลอดระยะคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์และคลอด จำนวนครั้งและประวัติการฝากครรภ์ ความตั้งใจหรือต้องการมีบุตร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด ใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (numeric rating scales) ของวิคตอเรีย ควอลลิท เคานซิล (Victoria Quality Council, 2007) ซึ่งเป็นเส้นตรงที่กำหนดด้วยตัวเลขและมีความต่อเนื่องกันตลอด จาก 0-10 คะแนน โดยคะแนนต่ำสุดคือไม่มีความเจ็บปวดและคะแนนสูงสุด คือ มีระดับความเจ็บปวดมากที่สุด ซึ่งความเจ็บปวดจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับจากเลขจำนวนน้อยไปหาเลขจำนวนมาก การประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดโดยให้ผู้คลอดระบุคะแนนบนเส้นตรง ตัวเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยตนเอง (self-report)

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะ latent phase มีระยะเวลาน้อยกว่า 20 ชั่วโมงในครรภ์แรก และระยะเวลาน้อยกว่า 14 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของ วิภารัตน์ (2548) มีค่าความเที่ยงของแบบสังเกต 0.82 สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้คลอด 5 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกของใบหน้า การแสดงออกของคำพูด การแสดงออกของเสียง การแสดงออกของการเคลื่อนไหว และการแสดงออกของการหายใจ โดยแบบวัดนี้เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ช่วง คะแนน คือ 0, 1, 2 ตามลำดับ ซึ่งการให้คะแนนตามลักษณะและการแสดงออก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอด ได้แก่ ด้านการให้บริการพยาบาล ด้านความรู้และการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการให้บริการทั่วไป ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ในแต่ละข้อให้เลือกตอบตามระดับ ความพึงพอใจมากน้อย 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือพึงพอใจมากที่สุด ได้ 5 คะแนน พึงพอใจมาก ได้ 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง ได้ 3 คะแนน พึงพอใจน้อย ได้ 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจความตรง ความถูกต้อง ครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความและภาษาที่ใช้ การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) นำแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิดช้าที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้คลอดตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 10 ราย โดยให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด จำนวน 5 คนประเมิน จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสังเกตไปหาค่าความเที่ยง (inter-rater reliability) จากการทดลองใช้ ผลของค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ ซึ่งใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 05 โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ เพื่อคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอด โดยใช้สถิติทีอิสระ เนื่องจากก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยทดสอบการแจกแจงปกติ (test of normality – Kolmogorov Smirnov: K – S test) Z – test ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) โดยพบว่าคะแนนความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ทั้ง 5 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normal distribution)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 3867

ผลการศึกษา

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน – กันยายน พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจของผู้คลอด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม (Focus Group) ระหว่างผู้คลอด และพยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า โรงพยาบาลกุดจับ จากข้อมูลปีงบประมาณ 2564 - 2566 มีผู้คลอด 163, 115, 133 เฉลี่ยต่อเดือน 14, 10 และ 12 ราย มีผู้คลอดที่ไม่ผ่านการเตรียมความพร้อมในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด คิดเป็นร้อยละ 19.63,14.78 และ 16.54 ตามลำดับ (สถิติงานห้องคลอด โรงพยาบาลกุดจับ, 2566) ข้อมูลจากสถิติดังกล่าวพบว่า ผู้คลอดร้อยละ 80 มีพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์ คือ การร้องไห้ ร้องเสียงดังโวยวาย ดิ้นทุรนทุราย ขอยาบรรเทาปวด เรียกร้องต้องการขอผ่าตัดคลอด โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกร้อยละ 90 เกิดผลกระทบ ได้แก่ ไม่พึงพอใจต่อการมารับบริการคลอด เกิดประสบการณ์ในการคลอดไม่ดี จากรายละเอียดข้างต้น หากผู้คลอดเกิดความเครียดในระยะรอคลอดยาวนานอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ระยะการคลอดยาวนาน (Cunningham, 2019) ดังนั้น การส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อให้ผู้คลอดทนต่อความเจ็บปวดและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดอย่างเหมาะสมจะสามารถทำให้ผู้คลอดลดผลกระทบในระยะคลอดได้

2. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้คลอดมีอายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 34 ปี อายุเฉลี่ย 27.28 ปี (SD = 1.24) ด้านสถานภาพสมรส ร้อยละ 100.00 และอาศัยอยู่กับอยู่กับสามีร้อยละ 66.67 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและมัธยมตอนปลาย/ปวส ร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 40.00 รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 6,000 - 20,000 บาท ข้อมูลการตั้งครรภ์พบว่ามีการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 7-12 สัปดาห์ ร้อยละ 40.00 มีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ร้อยละ 53.33 ประวัติการฝากครรภ์สม่ำเสมอตามนัดร้อยละ 80.00 มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์หรือต้องการมีบุตรร้อยละ 86.67

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล พบว่า ระดับความเจ็บปวดระยะคลอด ระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด (M = 3.56 SD = 0.65) และหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด (M = 2.20 SD = 0.50) ดังนั้น หลังได้รับโปรแกรมผู้คลอดมีระดับ

ความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตรต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8,28, p < .001)

ระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด (M = 7.60 SD = 0.50) และหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด (M = 5.84 SD = 0.68) หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตรต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 10.34, p < .001)

ระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด (M = 9.72 SD = 0.45) และหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด (M = 7.88 SD = 0.60) ดังนั้น หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตรต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 12.18, p < .001)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล พบว่า ระดับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร ก่อนที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด (M= 7.84 SD = 0.89) และหลังที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด (M = 10.00 SD = 0.00) ดังนั้น หลังที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร เหมาะสมมากกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 12.02, p < .001)

ระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ก่อนที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด (M = 5.60 SD = 0.57) และหลังที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด (M = 8.16 SD = 0.74) ดังนั้น หลังที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร เหมาะสมมากกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 13.56, p < .001)

ระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ก่อนที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด (M = 3.88 SD = 0.52) และหลังที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด (M = 6.56 SD = 0.65) ดังนั้น หลังที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร เหมาะสมกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 16.01, p < .001)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอด พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดของผู้คลอด มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 5.00, S.D. = 4.03) และเมื่อพิจารณาแต่ละหัวข้อ พบว่า ความสุภาพ อ่อนน้อม ยิ้มแย้มแจ่มใส วาจาสุภาพ ความสนใจเอาใจใส่เต็มใจช่วยเหลือ การตอบข้อสงสัยแก่ท่านและญาติด้วยความเต็มใจ การให้ข้อมูลคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ มีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเอาใจใส่ดูแล และความชัดเจนในการให้ข้อมูลและตอบข้อสงสัย มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 5.00, S.D. = 4.32)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอด พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <

.001) ซึ่งแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ (Schaffer, 2013)[13] กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการแลกเปลี่ยนแหล่งประโยชน์ที่ทั้งผู้ให้การสนับสนุน และผู้รับการสนับสนุนต่างรับรู้ว่าจะช่วยส่งเสริมสุขภาวะที่ดีให้แก่ผู้รับการสนับสนุน ผู้ให้แรงสนับสนุนต้องมีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการก่อนที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อเข้าใจตรงกัน แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้คลอดระยะคลอดที่ได้จากพยาบาลช่วยทำให้ผู้คลอดมีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกปลอดภัย มีความพึงพอใจต่อการคลอดและมีผลลัพธ์การคลอดที่ดี ดังนั้น ในระยะคลอดผู้ให้การสนับสนุนที่สำคัญจึงเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้รับการสนับสนุนผู้คลอด ดังนั้น การดูแลผู้คลอดที่เป็นผู้คลอดโดยให้การสนับสนุนในระยะคลอดทั้ง 4 ด้าน โดยพยาบาลที่สอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ เป็นการดูแลที่ครอบคลุมความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ การสนับสนุนดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับแบบต่อเนื่องตลอดการคลอด ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด สามารถเผชิญการคลอด ดได้ดีขึ้น และมีพฤติกรรมการแสดงออกในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดเหมาะสมกว่ากลุ่มหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ สามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดทำให้กลุ่มทดลองรู้สึกไม่ได้อยู่โดยลำพัง พยาบาลห้องคลอดที่ให้การสนับสนุนได้ให้การดูแล เห็นอกเห็นใจ พูดคุยสร้างกำลังใจ สร้างความมั่นใจช่วยเหลือให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายส่งผลให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองและมีพฤติกรรมการเผชิญในระยะคลอดที่เหมาะสมจึงเป็นผลให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีสอดคล้องกับ ที่ศึกษาผลการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดพบหลังใช้โปรแกรมมีความเจ็บปวดในระหว่างคลอดน้อยกว่าแต่มีประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมและจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดโดย พบว่าการสนับสนุนในระยะคลอดเป็นโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกโดยเฉพาะถ้าผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดเป็นบุคคลที่ผู้คลอดเลือกเองจะยิ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกมากขึ้น[2]

การวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอด ทำให้ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดเหมาะสมกว่าผู้คลอดก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้สามารถอธิบายผลการศึกษาดังกล่าวด้วยหลักของการสนับสนุนการคลอดทั้ง 4 ด้าน อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนคลอด ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ ทำให้รู้สึกว่าได้รับความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้สามารถบรรเทาความเจ็บปวด ช่วยให้ตัดสินใจและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ด้วยความมั่นใจ (2) การสนับสนุนด้านข้อมูล ทำให้ได้รับความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเจ็บปวด เกิดการจัดรูปแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม (3) การสนับสนุนด้านความสุขสบาย ทำให้ได้รับการดูแลความสุขสบายทั่วไป ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายมีพลังสำรองพร้อมที่จะปรับตัวและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ต่อไป (4) การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ์ ทำให้ได้รับการดูแลตามสิทธิที่ควรได้รับจากผู้ให้บริการในระยะคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลเป็นคุณภาพการให้บริการที่ครอบคลุมทุกด้านและตรงกับความต้องการทุกระยะของการคลอด ทำให้ผู้คลอดบรรเทาความเจ็บปวดและสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม[6,7]

ข้อเสนอแนะ

1. ห้องคลอดสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลมาให้บริการผู้คลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 ซม. ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สอดคล้องตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะปากมดลูกเปิด โดยกิจกรรมการสนับสนุนครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ตามระยะของการคลอด คือ การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ การสนับสนุนด้านความสุขสบาย การสนับสนุนด้านข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ เพื่อช่วยให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลงและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม ส่งผลให้มีผลลัพธ์ที่ดีต่อการคลอด

2. ผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะปากมดลูกเปิด โดยให้พยาบาลห้องคลอดนำโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในผู้คลอดไปใช้ในการดูแลผู้คลอดร่วมกับการให้บริการพยาบาลตามปกติในแต่ละระยะของการคลอด เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และมีการประเมินผลการใช้เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้น

3. นำผลที่ได้จากการวิจัยถ่ายทอดแก่พยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้คลอดให้มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลตลอดระยะคลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอกับความต้องการและสามารถปฏิบัติได้ตามบทบาทหน้าที่อิสระ เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดให้มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สินีนาฏ หงษ์ระนัย, อรุณีพึ่งแพง. การใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะที่หนึ่งของการคลอด: การใช้ผลงานวิจัย. กรุงเทพฯ: แคเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น; 2555.
2. 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.
3. Adolescent MothersPanyoi, P., Phumdoung, S., & Thiptamphong, B. (2015). Fear of childbirth and coping strategies of adolescent pregnant women. Journal of Nursing Science and Health, 38(4), 34-43. [In Thai]
4. Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. Acta Obstetricia & Gynecologica Scandinavica, 80, 315-320
5. Amen Ness, MDJay Goldberg, MD Vincenzo Berghella, MD. Abnormalities of the First and Second Stages of Labor. Obstet Gynecol Clin N Am. 2005;32: 201-220
6. 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]
7. Balaskas, J. (1992). Active birth: The new approach to giving birth naturally. Harvard Common.
8. Bodil Wilde-Larsson RNT, PhD, Ingegerd Hildingsson RNMT, PhD, Ann-Kristin Sandin-Bojo RNMT, PhD. Prevalence of Prolonged Latent Phase and Labor Outcomes: Review of Birth Record in Swedish Population.Journal of midwifery & woman's Health. |Published online:08 Feb 2023–Volume 63-Issue1. [Internet]. Available from: https://doi.org/10.1111/jmwh.12704.
9. Varney H, Kriebs JM, Gegor CL. Varney's midwifery. 4thed. Massachusetts: Jones and Bartlett; 2004.
10. WHO Health Organization. (2014). Adolescent pregnancy. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/publication/ publist.htm.

11. ปาริฉัตร อารยะจารุ. (2555) ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก . มหาวิทยาลัยมหิดล/กรุงเทพฯ. DOI : https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/MU.the.2012.135
12. Schaefer MA. Social Support: Journal of middle Range Theories Application to Nursing Research. 2nded. Philadephia: Lippincott Williams and Wilkins.2013

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ:กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Rehabilitation Stroke Patients: A Case Study of Two Patients.

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 6,2024 ; Accepted: March 7,2024)

เครือวัลย์ โควินทะสุด[1]
Krueawan Kovintasud[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คัดเลือกจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลซำสูง ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2566 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้ป่วย และญาติ โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทำการรวบรวม สรุป นำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี อาการสำคัญ ซึมลง แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง การวินิจฉัย Acute Ischemic stroke (Stroke fast track; S/P rt-PA) โรคร่วมคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัลไซเมอร์ หลังการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ไม่พบภาวะเลือดออก ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลซำสูง แรกรับประเมิน Glasgow coma scale(GCS) E3V4M6 แขนขาซ้ายอ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade 3 ด้านขวา grade 4, Modified Rankin Scale; MRS = 5 คะแนน ขณะรักษามีปัญหาที่พบคือแขน ขาด้านซ้ายอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย รับประทานอาหารได้น้อย ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาและการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 5 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้นตามลำดับ ประเมิน Glasgow coma scale(GCS) E4V5M6, Modified Rankin Scale; MRS = 3 คะแนน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 79 ปี อาการสำคัญแขนขาด้านขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด การวินิจฉัย Acute Ischemic stroke โรคร่วมคือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด รับส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อมาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลซำสูง แรกรับประเมิน Glasgow coma scale(GCS) E4V5M6 มีแขนขาด้านขวาอ่อนแรง Motor power ด้านขวา grade 0 ด้านซ้าย grade 4, Modified Rankin Scale; MRS = 5 คะแนน ขณะรักษามีปัญหาที่พบคือแขน ขาด้านขวาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ พูดไม่ชัด ท้องผูก ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาและการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 3 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้นตามลำดับ ประเมิน Glasgow coma scale(GCS) E3V4M6, Modified Rankin Scale; MRS = 4 คะแนน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน, ระยะฟื้นฟูสภาพ, การพยาบาล

Abstract

This study was to study and compare nursing care for rehabilitation stroke patients in a case study of two patients through purposive sampling from rehabilitation stroke patients admitted to the ward of Sam Sung Hospital from January to June 2023. Data were collected from patients' medical records, patients, and relatives using Gordon's functional health. Collection, summary, determination of nursing diagnoses, nursing action planning, and the evaluation of nursing results were conducted.

The findings revealed that the first case study was a Thai female patient aged 69 years old. The key symptoms included lethargy and a weak left limb. The diagnosis was acute ischemic stroke (Stroke fast track; S/P rt-PA). Co-

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลซำสูง

morbidities included diabetes, high blood pressure, and Alzheimer's. After treatment with an anticoagulant, no bleeding was found. The patient was referred for rehabilitation at Sam Sung Hospital. For first received evaluation for the Glasgow Coma Scale (GCS) E3V4M6, a weak left limb with motor power at left side of grade 3 and the right of grade 4 was found. The Modified Rankin Scale (MRS) was 5 points. During treatment, there was a weak left limb. The patient could help herself and consume food at a low level. High blood sugar and low potassium levels in the blood were found as well as infection in the urinary system. Receiving medication and rehabilitation, the patient was hospitalized for 5 days with no complications found. Her symptoms gradually improved. For the Glasgow Coma Scale (GCS) and E4V5M6, Modified Rankin Scale (MRS) at 3 points, the patient can be sent home. The second case study was a Thai male patient aged 79 years old. The key symptoms included a weak right limb, a crooked mouth, and unclear speech. The diagnosis was an acute ischemic stroke. The co-morbidity was ischemic heart disease. The patient was referred from Khon Kaen Hospital for rehabilitation at Sam Sung Hospital. For a first received evaluation for Glasgow Coma Scale (GCS) E4V5M6, a weak right limb with motor power at the right of side grade 0 and the left side of grade 4 was found. The Modified Rankin Scale (MRS) was 5 points. During treatment, a weak right limb was found. The patient could help himself at a low level. Low blood potassium levels, slurred speech, and constipation were found. Receiving medication and rehabilitation, the patient stayed in the hospital for 3 days without any complications. Symptoms gradually improved. For the Glasgow coma scale (GCS) E3V4M6 and Modified Rankin Scale (MRS) at 4 points, the patient can be sent home.

Keywords: Ischemic stroke, Rehabilitation, Nursing care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 11. 6 ของผู้ที่เสียชีวิตในปี 2019[12] และเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้เกิดภาวะทุพลภาพอันดับ 3 ทั่วโลก[10] ในปี 2020 คาดการณ์ว่าทุกๆ 3 นาที จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกจำนวน 7.08 ล้านคน เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 3.48 ล้านคน เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเลือดออกจำนวน 3.25 ล้านคน และ เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองจำนวน 0.35 ล้านคน[8] ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และประเทศชาติ โดยในระดับบุคคลทำให้เสียชีวิต และทุพลภาพได้ ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 86 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีภาวะทุพลภาพคิดเป็นร้อยละ 89.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยในประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ปานกลาง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายที่สูง โดยทั่วโลกมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามูลค่ามากกว่า 891 พันล้านดอลล่าหรือคิดเป็นร้อยละ 1.12 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมโลก[10] สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 278.49 รายต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 330.72 รายต่อประชากรแสนคน[7] พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดพบได้ร้อยละ 87 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด[5] จากข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อ(2563)พบว่าในปีพ.ศ. 2564 จังหวัดขอนแก่นพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 7 โดยพบผู้ป่วยจำนวน 964 รายต่อประชากร 1789,131 ราย[2]

โรงพยาบาลชำสูงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ในเขตอำเภอชำสูง และนอกเขตมีพื้นที่รับผิดชอบได้แก่ เขตอำเภอชื่อชม และอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ในกรณีที่ต้องให้การรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนจึงมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลและรับผู้ป่วย

เพื่อกลับมาให้การรักษา ดูแล และฟื้นฟูสภาพ ตามแต่สภาพปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับกลับมาส่วนใหญ่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน และอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ จากข้อมูลย้อนหลัง3 ปี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับกลับมาเพื่อฟื้นฟูสภาพในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 20 ราย 36 ราย และ 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.05, 64.28 และ 64.18 รายตามลำดับ เป็นกลุ่มที่มีปัญหาจากความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง)Modified Rankin Scale; MRS (ขณะที่อยู่โรงพยาบาล โดยมีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียง ปัสสาวะ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (ระดับ 5 คะแนน) จำนวน 5 ราย 7 ราย และ 11 ราย ตามลำดับ[3] จากสถิติดังกล่าวพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีจำนวนสูงขึ้น และพบผู้ป่วยที่มีปัญหาจากความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง)Modified Rankin Scale; MRSขณะที่อยู่โรงพยาบาล (สูงขึ้น ซึ่งอาจนำสู่ภาวะทุพพลภาพ หากไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นมากที่สุดเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม สภาพแวดล้อมจะเอื้ออำนวย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีและใกล้เคียงปกติมากที่สุด[1] การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะเฉียบพลัน เป็นระยะที่มีการฟื้นตัวของระบบประสาทตามธรรมชาติ (Natural spontaneous neurological recovery) หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม การฟื้นตัวตามธรรมชาติมักจะเกิดขึ้นภายใน 1 เดือนหลังเป็นโรค 2) ระยะฟื้นตัว ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น การฟื้นตัวนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัว (Adaptation) หรือได้รับการฝึกฝนให้ใช้ส่วนอื่นมาชดเชย ทดแทน (Compensation) ซึ่งการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่ 1) การฟื้นฟูสภาพในระยะเฉียบพลัน (Rehabilitation in acute phase) 2) การฟื้นฟูสภาพในระยะฟื้นตัว (Rehabilitation in recovery phase) 3) การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย (Follow up after discharge)[1]

พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพภายในระยะเวลาหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้เร็วที่สุด เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว(Promote stroke recovery) ลดภาวะทุพพลภาพ ลดการพึ่งพาจากบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[5] ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยและครอบครัวและเป็นการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพกรณีศึกษา 2 ราย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟู

รูปแบบและวิธีวิจัย/วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย ที่เข้ามารับการรักษาโรงพยาบาลซำสูง ในปี พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟู 2 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซำสูง ในระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน 2566 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทำ

การสรุป รวบรวม นำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ ทางการพยาบาล โดยเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี สถานภาพ หม้าย รับย้ายจากโรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัย Acute Ischemic stroke (Stroke fast track; S/P rt-PA) เพื่อมาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน การรักษาที่ได้รับ

Ceftriaxone 2 gm. Vien OD, Paracetamol 1 tab oral prn q 4-6 hrs., ASA (81) 1 tab oral pc OD, Atrovastatin (40) 1 tab oral hs, Losec 1 tab oral ac OD, vit B Complex 1 tab oral pc bid, Hadol (0.5) 1 tab oral pc bid, Trazadone (50) 1 tab oral hs, Metformin (500) 1 tab oral pc tid, Glipizide(5) 1 tab oral ac OD, Manidipine (20) 1 tab oral pc OD, Donepezil (10) ½ tab oral hs ปัญหาที่พบคือ แขน ขาด้านซ้ายอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ทานอาหารได้น้อย ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ มีภาวะติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ หลังพักรักษาในโรงพยาบาลได้รับการรักษาและดูแลด้วยการให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องร่วมกับการได้รับยารับประทาน การฟื้นฟูสภาพจากนักกายภาพบำบัด ร่วมกับแนะนำการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านให้กับญาติและผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยดีขึ้น จึงจำหน่ายกลับบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อ

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 79 ปี สถานภาพ หม้าย รับย้ายจากโรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัย Acute Ischemic stroke เพื่อมาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน การรักษาที่ได้รับ ASA (325) 1 tab oral pc OD, Atrovastatin (40) 1 tab oral hs, vit B Complex 1 tab oral pc OD , Folic 1 tab oral pc OD ปัญหาที่พบคือ แขน ขาด้านขวาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ พูดไม่ชัด ท้องผูก หลังพักรักษาในโรงพยาบาลได้รับการรักษาและดูแลด้วยการให้ยาร่วมกับการฟื้นฟูสภาพจากนักกายภาพบำบัด และแนะนำการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านให้กับญาติและผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยดีขึ้น จึงจำหน่ายกลับบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อ จากการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้ให้การพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและวางแผนการจำหน่าย โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทำการสรุป รวบรวม นำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยได้ทำการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 69 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซำสูงเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2566 ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic stroke (Stroke fast track) กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 79 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซำสูงเมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2566 ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic stroke

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์นำสู่การพยาบาล
1. แบบแผนสุขภาพ	หญิงไทย อายุ 69 ปี ซึมลงแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรงเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง	ชายไทยอายุ 79 ปี อ่อนแรงด้านขวา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1วัน	กรณีศึกษาทั้ง2ราย พบว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มาด้วยอาการซึมลง อ่อนแรงด้านซ้าย กรณีศึกษาที่2 แขนขาด้านขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ทั้ง2 รายมีภาวะโรคร่วมกรณีศึกษาที่1 คือ เบาหวาน ความ

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์นำสู่การพยาบาล
			ดันโลหิตสูง อัลไซเมอร์ พบปัญหาการหลงลืมในการรับประทานยากรณีศึกษาที่ 2 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบปัญหาขาดการรับประทานยาต่อเนื่อง
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	ผู้ป่วย GCS E3V4M6 pupil 2 mm react to light both eyes, motor power left arm grade 3, left leg grade 3, right arm grade4, right leg grade 4,สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7°c ชีพจร78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/87มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation=98%	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 2 mm react to light both eyes, motor power right arm grade 0, right leg grade 0, left arm grade 4, left leg grade 4, dysarthria, right facial palsy, สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียสชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/56 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation=98%	กรณีศึกษาทั้ง2ราย พบว่ามีอาการมีพยาธิสภาพต่างกัน กรณีศึกษาที่1 มีอาการซึมลง อ่อนแรงเนื่องจากหลอดเลือดสมองบริเวณ Middle cerebral artery (MCA) ขาดเลือด ซึ่งหลอดเลือดดังกล่าวเป็นหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่ไปเลี้ยงสมองหลายส่วน ได้แก่ส่วนลึกของเนื้อสมอง บางส่วนของสมอง frontal,parietal และ temporal เมื่อสมองส่วนดังกล่าวขาดเลือดจึงทำให้ในระยะเฉียบพลัน(acute stage) ผู้ป่วยรายที่1มีอาการรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยกรณีที่2 ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการอ่อนแรงปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เนื่องจากหลอดเลือดสมองบริเวณ antero superiorpart of left external เป็นหลอดเลือดขนาดเล็ก เมื่อขาดเลือดไปเลี้ยงจึงทำให้การทำหน้าที่ในการเชื่อมต่อเปลือกสมองกับบริเวณเยื่อหุ้มสมองส่วนอื่นๆลดลงโดยเปลือกสมองทำหน้าที่ในการควบคุมการเคลื่อนไหว เชื่อม ความรู้สึก เมื่อมีการตีบตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงในบริเวณดังกล่าวจึงทำให้การส่งสัญญาณประสาทไป motor cortex,sensory cortex ลดลง ส่งผ การเคลื่อไหวและการพูดลำบาก[5]โดยผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของแขนขาด้านขวา การพูดไม่ชัด ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง2 ราย พยาบาลไดh ดูแล ป้องกันและฟื้นฟูอย่างใกล้ชิดซึ่งการดูแลดังกล่าวต้องมีความรู้ และมีทักษะในการประเมินอาการทางระบบประสาทหากมีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทลดล 1-2 ต้องรีบรายงานแพทย์และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์นำสู่การพยาบาล
3. แผนการรักษา	CT Brain: right Middle cerebral artery (MCA) infarction and moderate brain atrophy **ยาต่อเนื่อง** -Ceftriaxone 2 gm. Vien OD, -Paracetamol 1 tab oral prnq 4-6 hrs. -ASA (81 (1tab oral pc OD -Atrovastatin) 40) 1 tab oral hs -Losec 1 tab oral ac OD -vit B Complex 1 tab oral pc bid, -Hadol (0.5) 1 tab oral p.c. Bid -Trazadone (50) 1 tab oral hs -Metformin (500) 1 tab oral p.c. tid -Glipizide)5(1tab oral a.c. OD -Manidipine (20) 1 tab oral p.c. OD -Donepezil (10) ½ tab oral hs	CT Brain: small old Infarction at anterosuperior part of left external capsule and moderate brain atrophy **ยาต่อเนื่อง** -ASA (325 (1 tab oral p.c. OD -Atrovastatin) 40) 1 tab oral hs -vit B Complex 1 tab oral p.c. OD -Folic 1 tab oral p.c. OD	กรณีศึกษาทั้ง2 รายมีภาวะสมองขาดเลือดตำแหน่งของสมองแตกต่างกันจึงทำให้มีพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงแต่งกัน **แผนการรักษา** กรณีศึกษาที่1 มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองจึงได้รับยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือดและยาลดระดับไขมันในเลือด มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจึงได้รับยาฆ่าเชื้อ ผู้ป่วยมีโรคร่วมคือโรคเบาหวาน มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงบางช่วงจึงได้รับยาลดระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงจึงได้รับยาลดความดันนอกจากนี้ผู้ป่วยมีโรคอัลไซเมอร์จึงได้รับยาช่วยป้องกันการทำลายของสารสื่อประสาทในสมอง กรณีศึกษาที่2 มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองจึงได้รับยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือดและยาลดระดับไขมันในเลือด ซึ่งจากการดูแลพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ช่วงแรกมีปัญหาที่ซับซ้อนมากกว่ากรณีศึกษารายที่2 อาจเกิดจากหลายปัจจัยทั้งพยาธิสภาพของโรค โรคร่วม เมื่อให้การดูแลและฟื้นฟูพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วตอบสนองมากขึ้นและสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากสมองขาดเลือด 2.มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากระดับโพแทสเซียมในร่างกายต่ำ 4.เสี่ยงต่อการภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เนื่องจาก การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ข้อติด ข้อไหล่เคลื่อน	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากสมองขาดเลือด 2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากระดับโพแทสเซียมในร่างกายต่ำ 3. เสี่ยงต่อการสำลักอาหารเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนอ่อนแรงลงจากภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ 4. มีภาวะท้องผูกเนื่องจากมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงร่วมกับการได้รับอาหารที่มีกากใยน้อย	ปัญหาที่พบในกรณีศึกษาทั้ง2ราย มีความแตกต่างกันเนื่องจากพยาธิของโรคทำให้การดูแลต้องมีความเหมะสมเหมาะสมในแต่ละบุคคล ซึ่งจากการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่าปัญหาทางการพยาบาลได้รับการดูแลและแก้ไขโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ยังคงเหลือเฉพาะปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน เช่น 1.การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อ 1)ป้องกันการหกล้ม 2)การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) ป้องกันข้อติดแข็ง

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์นำสู่การพยาบาล
	5.เสี่ยงต่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 6.เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากมีอาการอ่อนแรงด้านขวาและช่วยเหลือตนเองได้น้อย 7.ความทนในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง 8. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรลดลง เนื่องจากแขนขาด้านขวาอ่อนแรง 9.แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม 10.ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้ 11.เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากขาดความรู้และขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัว	5. เสี่ยงต่อการภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เนื่องจาก การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ข้อติด ข้อไหล่เคลื่อน 6. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากมีอาการอ่อนแรงด้านขวาและช่วยเหลือตนเองได้น้อย 7.ความทนในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง 8. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรลดลง เนื่องจากแขนขาด้านขวาอ่อนแรง 9.การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากมีภาวะหูตึงและมีพยาธิสภาพที่สมองด้านเด่นที่ทำหน้าที่ควบคุมการพูดและการสื่อสาร 10.แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม 11.ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้ 12.บทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรงจากหลอดเลือดสมองตีบ 13.เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากขาดความรู้และขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัว	2.การส่งเสริมการเคลื่อนไหว เพื่อ 1) ป้องกันการหกล้ม 2)การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) ป้องกันภาวะท้องผูก 3.การฝึกกล้ามเนื้อและการออกเสียงเพื่อส่งเสริมการพูดและการสื่อสาร 4. การฝึกการเคี้ยวกลืนเพื่อป้องกันการสำลัก เป็นต้น
5. ระยะฟื้นฟูสภาพ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยอาการดีขึ้นกลับบ้านได้ อาการทางระบบประสาทไม่ลดลงจากเดิม GCS E4V5M6 pupil 2 mm react to light both eyes, motor power left arm grade 3, left leg grade3, right arm grade4, rightleg grade 4, Modified Rankin Scale; MRS = 3 คะแนน ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติโดยยึดหลัก D-M-E-T-H-O-D ดังนี้	ผู้ป่วยอาการดีขึ้นกลับบ้านได้ อาการทางระบบประสาทไม่ลดลงจากเดิม GCS E4V5M6 pupil 2 mm react to light both eyes,motor power right arm grade 0, right leg grade 0, left arm grade 4 Modified Rankin Scale; MRS = 4 คะแนน ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติโดยยึดหลัก D-M-E-T-H-O-D ดังนี้ D = Disease : ให้ความรู้เกี่ยว	การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นมากที่สุด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด และใกล้เคียงปกติมากที่สุด[1] ซึ่งการฟื้นตัวของแต่ละบุคคลแตกต่างกันโยในระยะเวลา 1-3 เดือนแรกหลังจากเกิดโรคเป็นระยะที่ร่างกายเป็นการฟื้นตัวของระบบประสูงสุดและการฟื้นตัวของการทำหน้าที่เกิดขึ้สูงสุดระยะนี้เรียกว่า Golden period [6] ดังนั้นผู้ป่วยทั้ง 2

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์นำสู่การพยาบาล
	D = Disease : ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคอัลไซเมอร์ E = Environment and Economic : แนะนำเกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การฟื้นฟูร่างกาย การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจตลอดจนการเตรียมการด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา และดำรงชีวิต T = Treatment :การให้ความรู้เรื่องการรักษาและการดูแลตนเอง เรื่องการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องการติดเชื้อทางเดินหายใจ การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การดูแลการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย H = Health : แนะนำเกี่ยวกับการการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การนอนหลับ การป้องกันภาวะท้องผูก การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์ O = Out Patient : แนะนำการมารับการตรวจรักษาตามกำหนดเวลา การดูแลต่อเนื่อง และแหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือหากมีกรณีฉุกเฉิน เช่น ซึมลง อ่อนแรงมากขึ้น เป็นต้น ผู้ป่วยรายนี้มีนัดติดตามอาการอีกครั้งวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 D = Diet : แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจ หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	กับโรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด E = Environment and Economic : แนะนำเกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การฟื้นฟูร่างกาย การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจตลอดจนการเตรียมการด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา และดำรงชีวิต T = Treatment :การให้ความรู้เรื่องการรักษาและการดูแลตนเอง เรื่องการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องการติดเชื้อทางเดินหายใจการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การดูแลการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย H = Health : แนะนำเกี่ยวกับการการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การนอนหลับ การป้องกันภาวะท้องผูก การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์ O = Out Patient : แนะนำการมารับการตรวจรักษาตามกำหนดเวลา การดูแลต่อเนื่อง และแหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือหากมีกรณีฉุกเฉิน เช่น ซึมลง อ่อนแรงมากขึ้น เป็นต้น ผู้ป่วยรายนี้มีนัดติดตามอาการอีกครั้งวันที่ 14 สิงหาคม 2566 D = Diet : แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจ หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมอาการในชุมชน	รายจึงยังอาจพบอาการและอาการแสดงที่ที่เกิดจากสมองขาดเลือด เช่น อ่อนแรง พูดไม่ชัด ได้ ในการดูแลระยะนี้ผู้ศึกษาได้มีประเมิน วางแผน ดูแล เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของระบบประสาทและฟื้นฟูการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยยึดหลัก D-M-E-T-H-O-D และวางแผนติดตามเยี่ยมประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามอาการต่อในชุมชน

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์นำสู่การพยาบาล
	ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมอาการในชุมชน		

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 2 ราย ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ผู้ป่วยรายกรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการซึมลง แขนขาอ่อนแรง ซึ่งผู้ดูแลถือว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เป็นผู้มีความรู้ เห็นความสำคัญในอาการและอาการแสดงดังกล่าว สามารถนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้ทันเวลา ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามเวลาที่กำหนด ส่งผลให้เพิ่มการไหลเวียนเลือดสู่สมอง ลดการตายของเนื้อสมอง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ในการประเมินระดับความพิการของผุ้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Rankin Scale; MRS) ก่อนผู้ป่วยกลับบ้านได้ 3 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีความผิดปกติพอสมควร ต้องการผู้อื่นช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ในกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการไม่ชัดเจนทำให้ผู้ดูแลยังไม่ได้นำส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลส่งผลให้การรักษาล่าช้า กรณีศึกษารายที่ 2 จึงไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ทำให้พบอาการและอาการแสดงที่หลงเหลืออยู่เนื่องจากการตายของสมองที่ขาดเลือดได้มากกว่า จากการประเมิน

ระดับความพิการของผุ้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Rankin Scale; MRS) ก่อนผู้ป่วยกลับบ้านได้ 4 คะแนน ซึ่งหมายถึง มีความผิดปกติมาก สามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองโดยไม่มีคนช่วยได้ ซึ่งจากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้จะเห็นได้ชัดว่าพยาบาลมีบาทสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความซับซ้อนทั้งทางด้านพยาธิสภาพของโรค จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเมื่อต้องให้การดูแลในระยะฟื้นฟู พยาบาลต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ในการดูแล สามารถให้คำแนะนำทั้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามศักยภาพผู้ป่วยที่กระทำได้สูงสุด

การศึกษาครั้งนี้มีการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำสู่การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาที่พบตามพยาธิสภาพของสมองที่ขาดเลือด เช่นอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว กลืนลำบาก เป็นต้น การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งร่างกายอยู่ในระยะที่มีการฟื้นตัวของการทำหน้าที่โดยจะเกิดขึ้นมากที่สุดภายใน 1 เดือนแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และภายในระยะเวลา 1-3 เดือนแรกเป็นระยะที่ร่างกายมีการฟื้นตัวของระบบสูงที่สุด เหมาะสมในการฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัว เพื่อลดภาวะทุพพลภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[5] จากการศึกษาพบว่าการฟื้นตัวของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เกิดจากปัจจัยที่แตกต่างกัน โดยปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัย[11] ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุโดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการฟื้นตัวของร่างกาย เพศ ดัชนีมวลกาย 2) ลักษณะทางคลินิก ได้แก่ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติ ระยะเวลาของนอนโรงพยาบาล ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ 3) ด้านประวัติครอบครัว 4) ประวัติโรคประจำตัวที่ทำให้การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นสภาพเป็นไปได้ช้า ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 5) ปัจจัยภายนอก บทบาทของทีมสหสาขาวิชีพ พยาบาล ครอบครัว ผู้ดูแล สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและกิจกรรมและ

เทคโนโลยีที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพ[6] นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยคือสถานภาพทางด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เคริ์กและคณะที่ศึกษาเกี่ยวกับเศรษฐานะที่ส่งผลเกี่ยวกับการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเศรษฐานะถือเป็นพื้นฐานเบื้องต้นในการตัดสินใจของผู้ดูแลในการทำสิ่งต่างๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[9] โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การซื้ออาหาร ของใช้ที่จำเป็น ดังนั้นจึงถือว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ถือเป็นอีกปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ซึ่งพบว่ากรณีศึกษารายที่1 มีการฟื้นตัวได้เร็วเนื่องจากปัจจัยด้าน 1) อายุ โดยพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1มีอายุ 69 ปี น้อยกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งอายุ 79 ปี การทำหน้าที่ร่างกาย เช่น ความยืดหยุ่นของหลอดเลือด การไหลเวียนเลือด มีความเสื่อมน้อยกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kakkad และRathod ที่ศึกษาพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง[11] 2) การเข้ารับรักษาของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยราย 1 เมื่อมีอาการจึงรีบเข้ารับการรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมงและได้รับยาละลายลิ่มเลือด โดยผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์การได้รับยาละลายลิ่มเลือดทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบประสาทได้เร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ รักษ์พงษ์สิริ ที่กล่าวว่าการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมงจะช่วยให้ระบบประสาทมีการฟื้นตัวได้ดีขึ้น[4] กรณีศึกษาที่ 2 เข้ามารับการรักษาหลังมีอาการมากว่า 4.5 ชั่วโมง ดังที่กล่าวจะพบว่าการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย แต่สิ่งสำคัญคือพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ ต้องมีความเข้าใจทั้งโรค ในแต่ละระยะเพื่อดูแลได้อย่างเหมาะสม การประสานงานกับทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล การประสานงานกับครอบครัวและวางแผนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการการดูแล การให้คำปรึกษา และ การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะจะทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับดูแลในระยะการฟื้นฟู ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของความพิการ และเหมาะสมแต่ละบุคคล ซึ่งจะช่วยฟื้นตัวของระบบประสาท(Neurological recovery) ลดการเกิดภาวะทุพพลภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้ในการฟื้นฟูเนื่องจากต้องมีการฟื้นฟูในหลายๆด้านตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยควรเพิ่มสื่อหรือช่องทางอื่นๆให้ผู้ป่วยและญาติได้ดูและจดจำ เช่น วิดิโอการการสอนการให้อาหารทางสายยาง การออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อเพิ่มความมั่นใจและญาติสำหรับผู้ป่วยระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลก่อนกลับบ้าน

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคทั้งผู้ป่วยรายใหม่และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยรายเดิมมีความสำคัญ ดังนั้นควรมีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งการรณรงค์การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันในกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. กฤษณา พิรเวช. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน: ดุษใจ ชัยวานิชศิริ และ วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552. หน้า 165-185.

2. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.กองโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. [cited 2023. Dec 24]. Available from:http://www.thaincd.com/2016.

3.กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลซำสูง.รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2564-2566 ขอนแก่น: โรงพยาบาลซำสูง. 2566.

4.กรรณิการ์ รักษ์พงษ์สิริ. ศึกษาประสิทธิผลในการให้ยาละลายลิ่มเลือด(rt-PA) ในผู้ป่วย Stroke Fast track เปรียบเทียบระหว่างระยะเวลาให้ยา Door to needle time ใน 30 นาทีแต่ไม่เกิน 60 นาทีในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม 2565. [cited 2023. Dec 24]. Available from:https://nkphospitaljournal.wordpress.com/2022/02/25

5.ราตรี สุดทรวง. ประสาทสรีรวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550

6. ศิริอร สินธุ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: ยิ้มการพิมพ์. ๒๕๖๕.

7.สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย; 2023; 39(2): 39-46.

8. American Heart Association. ๒๐๒๓ Heart Disease and Stroke Statistics Update Fact Sheet. 2023. [cited 2023. Dec 18]. Available from: https://professional.heart.org/-/media/PHD-F.

9.Craig LE, Wu O, Bernhardt J, Langhorne P. Approaches to Economic Evaluations of Stroke Rehabilitation. Int J Stroke off J Int Stroke SOC, 2014; 9:88-100.

10. Feigin v, Brainin M , Norrving B, Martins S, Sacco5 R., Hacke W., et al. World Stroke Organization (WSO). Global Stroke Fact Sheet 2022. International Journal of Stroke; 2022; 17(1): 18-19.

11. Kakkad A. and Rathod, P. Factors affecting Recovery after Stroke: A Narrative Review. Indian Journal of Physiotheraphy and Occupational Therapy; 2018;12(4): 22-27.

12. Pu, L., Wang, L., Zhang, R., Zhao, T., Jiang, Y and Han, L. Projected Global Trends in Ischemic Stroke Incidence, Deaths and Disability-Adjusted Life Years From 2020 to 2030. Stroke; 2023; 54(5): 1330-1339.

การวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มโรคสำคัญ โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Cost Analysis of Drug Expenditures in Major Diseases Samchai Hospital Kalasin Province.

(Received: December 27,2023 ; Revised: March 2,2024 ; Accepted: March 6,2024)

ศรีสุดา วรสาร[1]
Srisuda Worasan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ในกลุ่มโรคสำคัญที่มีต้นทุนค่ายาสูง เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยทำการศึกษาย้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - 2566 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยทุกสิทธิ์การรักษาที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า ต้นทุนค่ายารวมในการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 4,995,360.27 บาท เป็น 7,097,684.48 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.09 โดยจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจาก 38,546 ครั้ง เป็น 41,840 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.56 ต้นทุนค่ายาต่อครั้งเพิ่มขึ้นจาก 129.59 บาท เป็น 169.63 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.90 กลุ่มโรคที่มีจำนวนครั้งมารับบริการสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคคอหอยส่วนจมูกอักเสบเฉียบพลัน กลุ่มโรคที่มีต้นทุนค่ายาสูง ได้แก่ โรคเบาหวาน ต้นทุนค่ายา 2,138,634.97 บาท (ร้อยละ 30.13) เท่ากับ 285.68 บาทต่อครั้ง, โรคความดันโลหิตสูง ต้นทุนค่ายา 793,794.64 บาท (ร้อยละ 11.18) เท่ากับ 203.28 บาทต่อครั้ง และโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังต้นทุนค่ายา 587,219.86 บาท (ร้อยละ 8.27) เท่ากับ 428.94 บาทต่อครั้ง ลักษณะกลุ่มโรคที่มีต้นทุนค่าใช้จ่ายยาและจำนวนครั้งในการรับบริการสูง คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยาที่มีผลทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้น คือ กลุ่มยาเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นยาที่มีต้นทุนค่ายาสูง การเพิ่มจำนวนของผู้ป่วย และการมีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มากขึ้นในกลุ่มโรคที่มีการใช้ยาเฉพาะโรคที่ต้นทุนค่ายาสูง ซึ่งมีผลต่อต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยา

คำสำคัญ : การวิเคราะห์ต้นทุน , ค่าใช้จ่ายด้านยา , กลุ่มโรคสำคัญ

Abstract

This research has the objective to study the cost of medicines among outpatients receiving medical treatment at Samchai Hospital Kalasin Province. In important disease groups with high drug costs. It is a descriptive research. By conducting a retrospective study From the fiscal year 2019 - 2023 from the hospital's electronic database. Data were analyzed using descriptive statistics. The sample group includes electronic prescriptions of patients with all treatment rights who receive services at the outpatient department. Data were analyzed both quantitatively and qualitatively.

The results of the research found that the total cost of medicines in outpatient services increased from 4,995,360.27 baht to 7,097,684.48 baht, representing 42.09 percent. The number of service recipients increased from 38,546 times to 41,840 times, accounting for 8.56 percent. The cost of medicine per session increased from 129.59 baht to 169.63 baht, accounting for 30.90 percent. The top 3 disease groups with the highest number of service visits are diabetes and high blood pressure and acute pharyngitis. Disease groups with high drug costs include diabetes, drug costs of 2,138,634.97 baht (30.13 percent), equal to 285.68 baht per time, high blood pressure, drug costs of 793,794.64 baht (11.18 percent), equal to 203.28 baht per time, and asthma. and COPD, drug costs were 587,219.86 baht (8.27 percent) equal to 428.94 baht per time. Characteristics of disease groups with high drug costs and number of times receiving services are chronic non-communicable diseases. The drugs that result in higher drug

[1] โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

costs are the drugs specifically for chronic non-communicable diseases. Especially diabetes which is a drug with high drug costs increasing the number of patients and there are more disease complications in disease groups that use specific drugs for diseases where drug costs are high which affects the cost of medicines.

Keywords : Cost Analysis , Drug Costs , Important Disease Groups

บทนำ

การปรับตัวด้านการบริหารเวชภัณฑ์จะมีศักยภาพสูงสุดในการลดต้นทุนบริการ เพราะมีสัดส่วนรายจ่ายสูง ยาเป็นสินค้านำเข้าทั้งในรูปยาสำเร็จรูปและวัตถุดิบ การปรับตัวด้านการบริหารยานอกจากเป็นการลดภาระแก่ผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยระบบเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม[1] การวิเคราะห์ต้นทุนของหน่วยบริการทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้บริหารใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ[2] โดยต้นทุนค่ายาเป็นหนึ่งในต้นทุนของการให้บริการทางการแพทย์ที่มีความสำคัญในการกำหนดนโยบาย[3] และนำมาประเมินการใช้ยาได้อย่างเป็นระบบ[4] ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายด้านยามีสัดส่วนค่อนข้างสูงในภาพรวมของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2556 มากกว่าร้อยละ 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product : GDP) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาในปี พ.ศ. 2556 คือ ประมาณร้อยละ 24 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (มูลค่ายาที่ราคาของผู้ผลิตประมาณ 140,000 ล้านบาท) ประเทศไทยมีคาใช่จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 86,544 ลานบาท ในป พ.ศ.2551 เป็น 180,585 ลานบาท ในป พ.ศ.2561 เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก โดยคาใชจ่ายด้านยาต่อหัวของประเทศไทยสูงเป็นอันดับต้น ๆ เทียบเทากับประเทศที่พัฒนาแลว การใชยาในระดับสถานพยาบาลในป พ.ศ.2553 มูลคาการบริโภคยาผ่านโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 62.52 ของการบริโภคยา ในประเทศที่มีมูลค ารวม 144,570,906,916 บาท ซึ่งเป็นสัดสวนสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับการบริโภคยาผ่านชองทางอื่น ๆ[5] ดังนั้น ค่าใช้จ่ายด้านยา จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในหมวดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลมีผลกระทบอย่างมากต่องบดุลของโรงพยาบาล[4] ปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งมุ่งเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย แต่ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงเรื่องของการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด การบริการรักษาพยาบาลในแต่ละโรค อาจมีความจำเป็นในการใช้ทรัพยากรไม่เท่ากัน ส่งผลทำให้มีค่าใช้จ่ายไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงต้องมีการบริหารจัดการควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ

โรงพยาบาลสามชัยเป็นโรงพยาบาลชุมชน รับผิดชอบดูแลประชากรของอำเภอสามชัยทั้งหมด 20,144 คน เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ขนาด 30 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการมากที่สุดจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่ต้องรักษาเป็นเวลานาน ส่งผลให้ได้รับยามากขึ้นหลายรายการ ประกอบกับได้รับยาที่ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จึงมีการพิจารณาบรรจุรายการยาโรคเรื้อรังเข้าเพิ่มในบัญชียาหลักของโรงพยาบาลสามชัย ส่งผลให้ต้องใช้งบประมาณในการจัดซื้อยาเพิ่มมากขึ้นทุกปี และในปีงบประมาณ 2566 มีการขยายตัวด้านการให้บริการคลินิกวาร์ฟาริน การขยายการให้บริการยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และคลินิกผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในหมวดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่มีมูลค่าสูง ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาที่ให้บริการกับผู้ป่วย ดังนั้น การศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาโดยเฉพาะกลุ่มโรคที่มีการใช้ยาเฉพาะโรคที่ต้นทุนค่ายาสูง จึงน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งในการประเมินการใช้ยาในทางเศรษฐศาสตร์ ผลที่ได้จากงานศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการทราบสถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านยาที่จะมีผลต่อสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาล สามารถนำมาพัฒนาเป็นแนวทางในการบันทึกข้อมูลต้นทุนค่ายาที่ดี ซึ่งเป็น

ค่าใช้จ่ายที่มีส่วนสำคัญในการให้บริการ เพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจในการกำหนดทิศทางวางแผน และช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในเชิงนโยบายทั้งในด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาในแต่ละกลุ่มโรคที่สำคัญต่อจำนวนครั้งของการรับบริการเปรียบเทียบกับต้นทุนยาทั้งหมด
3. เพื่อศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาเฉพาะโรคที่มีผลต่อต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยทำการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยทุกสิทธิ์การรักษาที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสามชัย อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของปีงบประมาณ 2562 - 2566 เท่ากับ 58,930 , 53,734 , 63,464 , 82,566 และ 63,821 ครั้ง ตามลำดับ รวมทั้งหมด 322,515 ครั้ง โดยแหล่งที่มาของข้อมูลต้นทุนค่ายาจากใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการโรงพยาบาลจากโปรแกรม HIS งานบริการผู้ป่วยนอก (HOSxP Version 4) และเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนผู้ป่วย, จำนวนครั้งที่มารับบริการ, ปริมาณการใช้ยาต่อรายการยา ราคายาต้นทุนต่อหน่วย และรหัสโรค (ICD-CODE) โดยศึกษากลุ่มโรคที่มีต้นทุนค่ายาสูงของผู้ป่วยนอก จากข้อมูลการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal Diagnosis)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยทุกสิทธิ์การรักษาที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสามชัย อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของปีงบประมาณ 2562 - 2566 เท่ากับ 38,546 , 35,497 , 31,810 , 37,228 และ 41,840 ครั้ง ตามลำดับ รวมทั้งหมด 184,921 ครั้ง และที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1) ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยทุกสิทธิ์การรักษาที่มีการสั่งใช้ยาหรือวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข 2) ใบสั่งยาที่มีการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle) ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาพยาบาล โดยไม่นับรวมการวินิจฉัยโรคอื่น ๆ ที่เป็นโรคร่วมด้วยในครั้งนั้น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยทุกสิทธิ์การรักษาที่ไม่มีการสั่งใช้ยาหรือวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข 2) ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยทุกสิทธิ์การรักษาที่มีการสั่งใช้วัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโควิด -19 3) ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยที่บันทึกการรักษาและข้อมูลไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการโรงพยาบาล จากโปรแกรม HIS ของงานบริการผู้ป่วยนอก (HOSxP Version 4)
2. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft excel 2021 version 2301

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก
2. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล
3. รวบรวมข้อมูลที่บันทึกการให้บริการจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โปรแกรม HIS ของโรงพยาบาลสามชัย ซึ่งเป็นข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อโรคจากข้อมูลการวินิจฉัยและลงรหัสโรค (ICD-10) จำนวนครั้งที่มารับบริการ และมูลค่าต้นทุนค่ายา

4. เก็บข้อมูลจากใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยทุกสิทธิ์การรักษาที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสามชัย อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปีงบประมาณ 2562 - 2566 โดยเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนผู้ป่วย จำนวนครั้งที่มารับบริการ ปริมาณการใช้ยาต่อรายการยา ราคายาต้นทุนต่อหน่วย และรหัสโรค (ICD-CODE) โดยศึกษากลุ่มโรคที่มีต้นทุนค่ายาสูงของผู้ป่วยนอก

5. ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบต้นทุนค่ายารายกลุ่มโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ทางผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และแสดงการกระจายด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และแสดงข้อมูลการกระจายเป็น ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด (Max : Min) นำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่ และค่าร้อยละ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft excel 2021 version 2301

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ KLS.REC 188/2566

ผลการศึกษา

1. ต้นทุนค่ายารวมและต้นทุนค่ายาต่อครั้ง ในการให้บริการผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 - 2566 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยต้นทุนค่ายารวมเพิ่มขึ้นจาก 4,995,360.27 บาท เป็น 7,097,684.48 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.09 จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจาก 38,546 ครั้ง เป็น 41,840 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.56 ต้นทุนค่ายาเฉลี่ยต่อครั้งเพิ่มขึ้นจาก 129.59 บาท เป็น 169.63 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.90 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ต้นทุนยารวมผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2562 - 2566

ปีงบประมาณ	ต้นทุนค่ายารวม (บาท)	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับยา (ครั้ง)	ต้นทุนค่ายาเฉลี่ย/ครั้ง (บาท)
2562	4,995,360.27	38,546	129.59
2563	5,237,778.53	35,497	147.56
2564	5,301,277.01	31,810	166.65
2565	6,016,216.14	37,228	161.60
2566	7,097,684.48	41,840	169.64

2. กลุ่มโรคที่มีจำนวนครั้งมารับบริการสูงสุด จากข้อมูลการวินิจฉัยและลงรหัสโรค (ICD-10) ปีงบประมาณ 2562 - 2566 พบว่า กลุ่มโรคที่มีจำนวนครั้งมารับบริการสูง 3 ลำดับแรก คือ โรคเบาหวาน [E119] โรคความดันโลหิตสูง [I10] และโรคคอหอยส่วนจมูกอักเสบเฉียบพลัน (ไข้หวัด) [J00] โดยในปี 2562 - 2566 โรคเบาหวานมีจำนวนครั้งที่มารับบริการเพิ่มขึ้นจาก 5,999 ครั้ง เป็น 7,486 ครั้ง สูงขึ้นร้อยละ 24.79 ส่วนโรคความดันโลหิตสูงจำนวนครั้งมารับบริการเพิ่มขึ้นจาก 3,257 ครั้ง เป็น 3,905 ครั้ง สูงขึ้นร้อยละ 19.90 และโรคคอหอยส่วนจมูกอักเสบเฉียบพลัน (ไข้หวัด) จำนวนครั้งมารับบริการลดลงจาก 2,772 ครั้ง เป็น 2,614 ครั้ง ลดลงร้อยละ 5.70 โดยในปี 2566 จำนวนครั้งมารับบริการรายโรค 3 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคคอหอยส่วนจมูกอักเสบเฉียบพลัน (ไข้หวัด) เท่ากับ 7,486 ครั้ง, 3,905 ครั้ง และ 2,614 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 17.89, 9.33 และ 6.25 จากจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 กลุ่มโรคที่มีจำนวนครั้งสูงสุด ที่มารับบริการและได้รับยา ปีงบประมาณ 2562 – 2566

รายการ	จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง)	ร้อยละจากผู้รับบริการทั้งหมด
ปีงบประมาณ 2562		
จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด	38,546	100
[E119] Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, without Complications	5,999	15.56
[I10] Essential (primary) Hypertension	3,257	8.45
[J00] Acute Nasopharyngitis [Common Cold]	2,772	7.19
ปีงบประมาณ 2563		
จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด	35,497	100
[E119] Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, without Complications	6,821	19.22
[I10] Essential (primary) Hypertension	3,453	9.73
[J00] Acute Nasopharyngitis [Common Cold]	1,902	5.36
ปีงบประมาณ 2564		
จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด	31,810	100
[E119] Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, without Complications	7,165	22.52
[I10] Essential (primary) Hypertension	3,429	10.78
[J00] Acute Nasopharyngitis [Common Cold]	1,335	4.20
ปีงบประมาณ 2565		
จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด	37,228	100
[E119] Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, without Complications	5,590	15.02
[I10] Essential (primary) Hypertension	3,713	9.97
[J00] Acute Nasopharyngitis [Common Cold]	3,928	10.55
ปีงบประมาณ 2566		
จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด	41,840	100
[E119] Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, without Complications	7,486	17.89
[I10] Essential (primary) Hypertension	3,905	9.33
[J00] Acute Nasopharyngitis [Common Cold]	2,614	6.25

3. กลุ่มโรคที่มีต้นทุนยาสูงเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs : Non-Communicable Diseases) จำนวน 3 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง คือ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัส ([B24] Unspecified Human Immunodeficiency Virus [HIV]) Disease (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 กลุ่มโรคที่มีต้นทุนค่ายาและต้นทุนยาต่อครั้งสูง ปีงบประมาณ 2562 – 2566

	ต้นทุนยาทั้งหมด	[E119]	[I10]	[J449/J459]	[B24]
ปีงบประมาณ 2562					
ต้นทุนค่ายารวม (บาท) [ร้อยละเทียบกับต้นทุนยาทั้งหมด]	4,995,360.27 [100]	1,317,420.28 [26.37]	480,185.13 [9.61]	383,161.62 [7.67]	374,654.10 [7.50]
จำนวนที่มารับบริการ (ครั้ง)	38,546	5,999	3,257	1,250	261
ต้นทุนยาต่อครั้ง (บาท)	129.59	219.61	147.43	306.53	1,435.46
ปีงบประมาณ 2563					
ต้นทุนค่ายารวม (บาท) [ร้อยละเทียบกับต้นทุนยาทั้งหมด]	5,237,778.53 [100]	1,781,437.76 [34.01]	537,637.24 [10.26]	344,561.91 [6.58]	430,663.75 [8.22]
จำนวนที่มารับบริการ (ครั้ง)	35,497	6,821	3,453	1,097	225
ต้นทุนยาต่อครั้ง (บาท)	147.56	261.17	155.70	314.09	1,914.06
ปีงบประมาณ 2564					
ต้นทุนค่ายารวม (บาท) [ร้อยละเทียบกับต้นทุนยาทั้งหมด]	5,301,277.01 [100]	1,945,995.79 [36.71]	556,114.37 [10.49]	311,542.94 [5.88]	390,466.81 [7.37]
จำนวนที่มารับบริการ (ครั้ง)	31,810	7,165	3,429	786	235
ต้นทุนยาต่อครั้ง (บาท)	166.65	271.60	162.18	396.37	1,661.56
ปีงบประมาณ 2565					
ต้นทุนค่ายารวม (บาท) [ร้อยละเทียบกับต้นทุนยาทั้งหมด]	6,016,216.14 [100]	1,595,041.60 [26.51]	696,032.69 [11.57]	376,180.59 [6.25]	429,167.20 [7.42]
จำนวนที่มารับบริการ (ครั้ง)	37,228	5,590	3,713	728	248
ต้นทุนยาต่อครั้ง (บาท)	161.60	285.34	187.31	516.73	1,730.51
ปีงบประมาณ 2566					
ต้นทุนค่ายารวม (บาท) [ร้อยละเทียบกับต้นทุนยาทั้งหมด]	7,097,684.48 [100]	2,138,634.97 [30.13]	793,794.64 [11.18]	587,219.86 [8.27]	472,924.10 [6.66]
จำนวนที่มารับบริการ (ครั้ง)	41,840	7,486	3,905	1,369	270
ต้นทุนยาต่อครั้ง (บาท)	169.64	285.68	203.28	428.94	1,751.57

[E119] Non-insulin-dependent diabetes mellitus, without complications [I10] Essential (primary) hypertension [J459] Asthma, nspecified [J449] COPD, unspecified [B24] Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] disease

4. ร้อยละต้นทุนค่ายาเมื่อเทียบกับต้นทุนค่ายาทั้งหมด ในปี 2562 - 2566 โรคเบาหวาน มีต้นทุนค่ายาเพิ่มขึ้นจาก 1,317,420.28 บาท เป็น 2,138,634.97 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.37 เป็น 30.13 โรคความดันโลหิตสูงมีต้นทุนค่ายาเพิ่มขึ้นจาก 480,185.13 บาท เป็น 793,794.64 บาท คิดเป็นร้อยละ 9.61 เป็น 11.18 โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีต้นทุนค่ายาเพิ่มขึ้นจาก 383,161.62 บาท เป็น 587,219.86 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.67 เป็น 8.27 ส่วนโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัสลดลงจากร้อยละ 7.50 เป็น 6.60 สำหรับในปี 2566 ต้นทุนค่ายาสูงสุด 4 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัส 2,138,634.97 , 793,794.64 , 587,219.86 และ 472,924.10 บาท คิดเป็น ร้อยละ 30.13, 11.18, 8.22 และ 6.66 จากต้นทุนค่ายาทั้งหมด ตามลำดับ

5. ต้นทุนยาต่อครั้งในการรับบริการในแต่ละโรค ในปี 2562 - 2566 โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 219.61 เป็น 285.68 บาทต่อครั้ง โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 147.43 เป็น 203.28 บาท/ครั้ง และโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพิ่มขึ้นจาก 306.53 เป็น 428.94 บาท/ครั้ง และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัสลดลงจาก 1,438.46 เป็น 1,751.57 บาท/ครั้ง สำหรับปี 2566 ต้นทุนยาต่อครั้งในการรับบริการ 4 อันดับแรก คือ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัส โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง 1,751.57 , 428.94 , 285.68 และ 203.28 บาท/ครั้ง ตามลำดับ

6. กลุ่มยาที่มีผลทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้น คือ ยาที่ใช้ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs : Non-Communicable Diseases) จำนวน 3 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยจัดกลุ่มยาที่ใช้เฉพาะโรคแยกตามรายโรค (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 กลุ่มยาที่ใช้สำหรับกลุ่มโรคที่มีต้นทุนยาสูง 3 โรค

รายการ	จำนวนยา (รายการ)	จำนวนกลุ่มยา	กลุ่มยา/รายการ ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2566
ยาที่ใช้เฉพาะโรคเบาหวาน	8	2	- Insulins - Oral antidiabetic drugs
ยาที่ใช้เฉพาะโรคความดันโลหิตสูง	20	8	- Diuretics, - Calcium channel blockers - ACE inhibitors, - Vasodilator - Beta-blockers, - Alpha-blockers - Angiotensin Receptor Blockers (ARB) - Centrally Acting Sympatholytic Agents
ยาที่ใช้เฉพาะโรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	12	6	- Short Acting Beta2-Antagonist, - Inhaled Corticosteroid - Short Acting Beta-Antagonist+ Short Acting Muscarinic-Antagonist (SABA/SAMA) - Inhaled Corticosteroid/ Long Acting Beta2-Antagonist - Oral xanthine derivatives - Leukotriene receptor antagonist

7. ต้นทุนยาแยกกลุ่มยาที่ใช้เฉพาะโรค ปี 2562 – 2566 (ตารางที่ 5)

7.1 โรคของโรคเบาหวาน มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี มูลค่า 834,083.88, 1,088,778.28, 1,198,606.02, 1,595,041.60 และ 2,138,634.97 บาท ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 63.31, 61.12, 61.59, 56.66 และ 52.55 เมื่อเทียบกับต้นทุนยารวมของโรคเบาหวาน

7.2 โรคความดันโลหิตสูง มูลค่า 289,844.18 , 326,756.10 , 315,908.93 , 360,725.28 และ 396,383.97 บาท ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 60.36 , 60.78 , 56.81 , 51.83 และ 49.93 เมื่อเทียบกับต้นทุนยารวมของโรคความดันโลหิตสูง

7.3 โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง มูลค่า 340,664.85, 313,015.99, 283,470.40, 447,281.55 และ 528,327.46 บาท ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 88.91, 90.84, 90.99, 93.93 และ 89.97 เมื่อเทียบกับต้นทุนยารวมของโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 5 ต้นทุนค่ายาเฉพาะโรคกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีต้นทุนค่ายารวมสูงปีงบประมาณ 2562 - 2566

	[E119]	[I10]	[J449/J459]
ปีงบประมาณ 2562			
ต้นทุนค่ายารวม (บาท)	1,317,420.28	480,185.13	383,161.62
ต้นทุนค่ายาเฉพาะโรค (บาท)	834,083.88	289,844.18	340,664.85
[ร้อยละเทียบกับต้นทุนยารวม]	63.31	60.36	88.91
ต้นทุนค่ายาอื่นๆ (บาท)	483,336.40	190,340.95	42,496.77
[ร้อยละเทียบกับต้นทุนยารวม]	36.69	39.64	11.09
ปีงบประมาณ 2563			
ต้นทุนค่ายารวม (บาท)	1,781,437.76	537,637.24	344,561.91
ต้นทุนค่ายาเฉพาะโรค (บาท)	1,088,778.28	326,756.10	313,015.99
[ร้อยละเทียบกับต้นทุนยารวม]	61.12	60.78	90.84
ต้นทุนค่ายาอื่นๆ (บาท)	692,659.48	210,881.14	31,545.92
[ร้อยละเทียบกับต้นทุนยารวม]	38.88	39.22	9.16
ปีงบประมาณ 2564			
ต้นทุนค่ายารวม (บาท)	1,945,995.79	556,114.37	311,542.94
ต้นทุนค่ายาเฉพาะโรค (บาท)	1,198,606.02	315,908.93	283,470.40
[ร้อยละเทียบกับต้นทุนยารวม]	61.59	56.81	90.99
ต้นทุนค่ายาอื่นๆ (บาท)	747,389.77	240,205.44	28,072.54
[ร้อยละเทียบกับต้นทุนยารวม]	38.41	43.19	9.01
ปีงบประมาณ 2565			
ต้นทุนค่ายารวม (บาท)	1,595,041.60	696,032.69	476,180.59
ต้นทุนค่ายาเฉพาะโรค (บาท)	903,675.58	360,725.28	447,281.55
[ร้อยละเทียบกับต้นทุนยารวม]	56.66	51.83	93.93
ต้นทุนค่ายาอื่นๆ (บาท)	691,366.02	335,307.41	28,899.04
[ร้อยละเทียบกับต้นทุนยารวม]	43.34	48.17	6.07
ปีงบประมาณ 2566			
ต้นทุนค่ายารวม (บาท)	2,138,634.97	793,794.64	587,219.86
ต้นทุนค่ายาเฉพาะโรค (บาท)	1,123,817.85	396,383.97	528,327.46
[ร้อยละเทียบกับต้นทุนยารวม]	52.55	49.93	89.97
ต้นทุนค่ายาอื่นๆ (บาท)	1,014,817.12	397,410.67	58,892.40
[ร้อยละเทียบกับต้นทุนยารวม]	47.45	50.07	10.03

สรุปและอภิปรายผล

ต้นทุนค่ายารวมในการให้บริการผู้ป่วยนอกในช่วงปี 2562 - 2566 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 4,995,360.27 บาท เป็น 7,097,684.48 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.09 ส่วนจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจาก 38,546 ครั้ง เป็น 41,840 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.56 ต้นทุนค่ายารวมเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สูงกว่าจำนวนผู้รับบริการต้นทุนค่ายาต่อครั้งในการรับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2562 - 2566 เท่ากับ 129.59, 147.56, 166.65, 161.60 และ 169.64 บาท/ครั้ง ตามลำดับ โดยจากปี 2562 มีต้นทุนค่ายาต่อครั้ง 129.59 บาท เป็น 169.64 บาท ในปี 2566 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 30.90 ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของ เพียงฤทัย (2543)[6] ที่ศึกษาต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบรรพต

พิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ต้นทุนค่ายาต่อครั้งเท่ากับ 80.84 บาท ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนเช่นกัน แต่ปีทำการศึกษาระยะเวลาห่างกันมาก ทำให้มีผลต่อราคาต้นทุนค่ายาที่จะแตกต่างกัน ซึ่งต้นทุนค่ายาจะต่ำกว่าการศึกษานี้ ที่ใช้ต้นทุนค่ายา ปี 2560 เป็นต้นไป และแตกต่างกับรายงานฉบับสมบูรณ์ ผลการวิเคราะห์ต้นทุนรายโรค ระยะที่ 1 ปีที่ 3 ของสำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [1] ซึ่งได้วิเคราะห์ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของผู้ป่วยนอก พบว่า ในภาพรวมต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 1,173 บาท ต้นทุนยาเฉลี่ย 471 บาทต่อครั้ง เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนรายโรคของโรงพยาบาล 23 แห่ง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ขนาด M1 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ขนาด M2 5 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด F1 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด F3 2 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช 1 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 เพียง 4 แห่งเท่านั้น และเป็นข้อมูลต้นทุนปีงบประมาณ 2562 ปีเดียวเท่านั้น

การศึกษาต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสามชัย ให้ผลใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ จันทภรณ์ (2564)[7] การวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มโรคสำคัญ โรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยทำการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยใช้ข้อมูลของปีงบประมาณ 2560 - 2564 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 - 2564 ต้นทุนค่ายารวมในการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น จาก 11,238,158.65 บาท เป็น 17,866,762.90 บาท คิดเป็นร้อยละ 58.98 โดยจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจาก 83,206 ครั้ง เป็น 90,217 ครั้ง (ร้อยละ 8.43) ต้นทุนค่ายาต่อครั้ง ปี 2560 - 2564 คือ 135.06 , 133.53 , 175.66 , 203.60 และ 198.04 บาท ตามลำดับ ต้นทุนต่อครั้งเปรียบเทียบปี 2560 และ ปี 2564 เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.63 หากพิจารณาจากข้อมูลการวินิจฉัยและลงรหัสโรค (ICD-10) ปีงบประมาณ 2560 - 2564 พบว่า กลุ่มโรคที่มีจำนวนครั้งมารับบริการสูง เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs : Non-Communicable Diseases) คือ โรคไตวายเรื้อรัง ([N189] และ [N185]), โรคเบาหวาน [E119] และโรคความดันโลหิตสูง [I10] โดยโรคไตวายเรื้อรังมีจำนวนครั้งมารับบริการสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยปี 2560 - 2564 เพิ่มขึ้นจากจำนวน 3,933 ครั้ง เป็น 9,517 ครั้ง (ร้อยละ 141.98) จากการขยายบริการการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดในปี 2562 ด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis, HD) และการล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD) ในปีงบประมาณ 2564 กลุ่มโรคที่มีต้นทุนค่ายาสูง คือ โรคไตวายเรื้อรัง [N185] ต้นทุนค่ายา 6,481,112.02 บาท (ร้อยละ 36.27) ต้นทุนค่ายา 681 บาทต่อครั้ง, โรคเบาหวานต้นทุนค่ายา 2,593,201.99 บาท (ร้อยละ 14.51) ต้นทุนค่ายา 372.05 บาทต่อครั้ง และโรคความดันโลหิตสูงต้นทุนค่ายา 1,478,356.70 บาท (ร้อยละ 8.27) ต้นทุนค่ายา 267.92 บาทต่อครั้ง ถึงแม้ว่าต้นทุนค่ายาของโรงพยาบาลหัวตะพานจะมีมูลค่าสูงกว่าโรงพยาบาลสามชัย เนื่องจากจำนวนประชากรที่รับผิดชอบมากกว่า และจำนวนผู้ป่วยมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนต่อครั้งโรงพยาบาลหัวตะพาน คือ 135.06 บาท (ปี 2560) ต้นทุนต่อครั้ง ของโรงพยาบาลสามชัย คือ 129.59 บาท/ครั้ง (ปี 2562) เนื่องด้วยโรงพยาบาลหัวตะพาน มีการขยายบริการการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือด ในปี 2562 ส่งผลให้ต้นทุนค่ายาต่อครั้งเพิ่มขึ้นมาก จากปี 2560 - 2564 คิดเป็นร้อยละ 46.63 สำหรับโรงพยาบาลสามชัย ซึ่งไม่มีบริการการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือด มีต้นทุนค่ายาต่อครั้งเพิ่มขึ้นจากปี 2562 - 2566 ร้อยละ 30.90 ซึ่งเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่น้อยกว่าโรงพยาบาลหัวตะพาน

จากข้อมูลของต้นทุนค่ายา ปี 2562 - 2566 ลักษณะกลุ่มโรคที่มีจำนวนครั้งการรับบริการสูง กับกลุ่มโรคที่มีต้นทุนค่ายาสูง มีความสัมพันธ์กัน คือ เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 3 โรคหลัก คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหืดและ

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรยุทธ พิลาดี และคณะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารักษาด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคดังกล่าวจะเป็น 3 โรคอันดับแรก ของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาพยาบาลมากที่สุด[8] ทั้งนี้ โรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2562 ก่อนสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 เป็นโรคที่มีจำนวนครั้งการรับบริการ 5,999 ครั้ง และต้นทุนค่ายาคิดเป็น ร้อยละ 26.37 (1,317,420.28) เมื่อเทียบกับต้นทุนค่ายาทั้งหมด มีต้นทุนค่ายาต่อครั้ง 219.61 บาท ในปี 2563 - 2564 สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 คลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD Clinic) มีการปรับระบบบริหารจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นการส่งยากลับบ้าน โดยระยะเวลาการนัดผู้ป่วยเท่าเดิม คือ นัด 2 เดือน เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 จำนวนครั้งมารับบริการเพิ่มขึ้นจากปี 2562 โดยในปี 2563 และ 2564 จำนวนครั้งมารับบริการ 6,821 , 7,165 ครั้ง ตามลำดับ ต้นทุนค่ายาคิดเป็น ร้อยละ 34.01 (1,781,437.76 บาท) , ร้อยละ 36.71 (1,945,995.79 บาท) มีต้นทุนค่ายาต่อครั้ง 261.17 บาท, 271.60 บาท ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในปี 2563 - 2564 จำนวนครั้งที่มารับบริการเพิ่มขึ้น ต้นทุนค่ายาต่อครั้งก็เพิ่มขึ้น อาจมาจากสาเหตุจำนวนวันนัดเท่าเดิมคือ 2 เดือน พร้อมกับมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นหรือมีผู้ป่วยอาจจะควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ไม่ได้มาพบแพทย์ จึงทำให้แพทย์นัดติดตามอาการผู้ป่วยบ่อยครั้งมากขึ้น สำหรับใน ปี 2565 โรงพยาบาลสามชัยมีการปรับนโยบายระบบบริหารจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นการส่งยากลับบ้าน โดยเพิ่มระยะเวลาการนัดผู้ป่วย 3 - 4 เดือน สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตามได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้บริการและยังลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ส่งผลให้จำนวนครั้งที่มารับบริการลดลงเป็น 5,590 ครั้ง ต้นทุนค่ายาลดลงเป็น ร้อยละ 26.51 (1,595,041.60 บาท) เมื่อเทียบกับต้นทุนค่ายาทั้งหมด มีต้นทุนค่ายาต่อครั้งเพิ่มขึ้น 285.34 บาท และในปี 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 เป็นโรคติดเชื้อประจำถิ่น จึงมีการแจ้งให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์และรับยาที่โรงพยาบาลตามปกติ พบว่าจำนวนครั้งที่มารับบริการเพิ่มขึ้นเป็น 7,486 ครั้ง ต้นทุนค่ายาเพิ่มขึ้นจากปี 2565 เป็นร้อยละ 30.13 (2,138,634.97) เมื่อเทียบกับต้นทุนค่ายาทั้งหมด โดยมีต้นทุนค่ายาต่อครั้งใกล้เคียงกับปี 2565 คือ 285.68 บาท

สำหรับกลุ่มยาที่ใช้เฉพาะโรคเบาหวาน 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม Insulins 5 รายการ (Humulin 70/30 300 units/หลอด (Pen), Humulin 70/30 Injection 1,000 units, Isophane Human Insulin (NPH) 1000 units, Isophane Human Insulin (NPH) 300 units/หลอด (Pen), Regular Human Insulin Injection, (RI) และกลุ่มOral Antidiabetic Drugs 3 รายการ (Glipizide 5 mg, Metformin tablet 500, Pioglitazone 15 mg) ปี 2562 - 2566 ต้นทุนยาเฉพาะโรคของโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 26.37, 34.01, 36.71, 26.51 และ 30.13 ของต้นทุนยารวมของโรคเบาหวาน ตามลำดับ ซึ่งลดลงในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 โดยเมื่อเปรียบเทียบปี 2562 และ 2566 มีต้นทุนยาเฉพาะโรคของโรคเบาหวาน 834,083.88 บาท เพิ่มเป็น 1,123,817.85 บาทคิดเป็น ร้อยละ 34.74 และจำนวนครั้งรับบริการจาก 5,999 ครั้ง เพิ่มเป็น 7,486 ครั้ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.79 ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนค่ายาอื่น ๆ ของโรคเบาหวาน ต้นทุนยาเฉพาะโรคจะมีต้นทุนมากกว่า โดยต้นทุนค่ายาเฉพาะโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละประมาณ 60 - 70 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจจะมีภาวะโรคเรื้อรังหรือโรคแทรกซ้อนอื่นน้อยกว่า โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง และไขมันในเลือด ซึ่งอาจมีการใช้ยาเพื่อรักษาภาวะอาการที่แทรกซ้อนหรือโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วยเป็นมูลค่าที่น้อยกว่ายาที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน สำหรับโรคความดันโลหิตสูง เมื่อ

เปรียบเทียบปี 2562 และ 2566 ต้นทุนค่ายาเพิ่มขึ้นจาก 480,185.13 บาท เป็น 793,794.64 บาท คิดเป็นร้อยละ 65.31 ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนครั้งมารับบริการที่เพิ่มจาก 3,257 ครั้ง เป็น 3,905 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 19.90 ส่งผลให้ต้นทุนค่ายาต่อครั้ง 147.43 บาท เพิ่มขึ้นเป็น 203.28 บาท คิดเป็น ร้อยละ 37.88 เมื่อวิเคราะห์กลุ่มยาที่ใช้เฉพาะโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 กลุ่ม 20 รายการ โดยต้นทุนยาเฉพาะโรคของโรคความดันโลหิตสูงจากปี 2562 - 2566 ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนักคิดเป็นร้อยละ 64.64, 67.85, 68.62, 70.82 และ 68.37 เมื่อเทียบกับต้นทุนยารวมของโรคความดันโลหิตสูง ต้นทุนยาเฉพาะโรคกับต้นทุนค่ายาอื่น ๆ มูลค่าใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย เช่น โรคไตวายเรื้อรัง และไขมันในเลือด และราคายาของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยารูปแบบเม็ดรับประทาน และเป็นกลุ่มยาที่ใช้กันมานาน มีราคาไม่แพง เมื่อเทียบกับโรคเบาหวาน และโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อเปรียบเทียบปี 2562 และ 2566 ต้นทุนค่ายาเพิ่มขึ้นจาก 340,664.85 บาท เป็น 528,327.46 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.09 ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนครั้งมารับบริการที่เพิ่มจาก 225 ครั้ง เป็น 270 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 20.00 ส่งผลให้ต้นทุนค่ายาต่อครั้ง 306.53 บาทเพิ่มขึ้นเป็น 428.94 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.39 เมื่อวิเคราะห์กลุ่มยาที่ใช้เฉพาะโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 6 กลุ่ม 12 รายการ โดยต้นทุนยาเฉพาะโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากปี 2562 - 2566 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก คิดเป็นร้อยละ 88.91, 90.84, 90.99, 93.93 และ 89.97 เมื่อเทียบกับต้นทุนค่ายารวมโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยกลุ่มโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีต้นทุนค่ายาต่อครั้งที่ค่อนข้างสูง เนื่องจากรายการยาแต่ละชนิดราคาต่อหน่วยค่อนข้างแพง ประกอบกับวิธีการใช้ยาพ่นค่อนข้างซับซ้อน ต้องอาศัยการได้รับฝึกสอนวิธีใช้ให้เข้าใจอย่างถูกต้อง จึงจะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะนัดแค่ 1 - 2 เดือน เพื่อติดตามประเมินอาการและการใช้ยาอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ และคณะ[9] ศึกษาต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก ในมุมมองของผู้ให้บริการ ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561 ใช้รูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลและต้นทุนบริการด้วยวิธีมาตรฐาน (Standard Costing Method) แบบบนลงล่าง (Topdown Method) และวิเคราะห์ต้นทุนรายผู้ป่วยด้วยวิธีจากล่างขึ้นบน (Bottom-up Method) พบว่ากลุ่มโรคที่มีจำนวนครั้งมารับบริการสูง เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs : Non-Communicable Diseases) คือ โรคไตวายเรื้อรัง ([N189] และ [N185]), โรคเบาหวาน [E119] และโรคความดันโลหิตสูง [I10] โดยโรคไตวายเรื้อรังมีจำนวนครั้งมารับบริการสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยปี 2560 - 2564 เพิ่มขึ้นจากจำนวน 3,933 ครั้ง เป็น 9,517 ครั้ง (ร้อยละ 141.98) จากการขยายบริการการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis, HD) และการล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD) ในปีงบประมาณ 2564 กลุ่มโรคที่มีต้นทุนค่ายาสูง คือ โรคไตวายเรื้อรัง [N185] ต้นทุนค่ายา 6,481,112.02 บาท (ร้อยละ 36.27) ต้นทุนค่ายา 681 บาทต่อครั้ง, โรคเบาหวานต้นทุนค่ายา 2,593,201.99 บาท (ร้อยละ 14.51) ต้นทุนค่ายา 372.05 บาทต่อครั้ง และโรคความดันโลหิตสูงต้นทุนค่ายา 1,478,356.70 บาท (ร้อยละ 8.27) ต้นทุนค่ายา 267.92 บาทต่อครั้ง อย่างไรก็ตาม กันยารัตน์ แสนสันเทียะ และ อุษณา แจ้งคล้อย[9] ได้ศึกษาต้นทุนต่อสิทธิรักษาพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมาเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบย้อนหลังในมุมมองของผู้ให้บริการ พบว่า เพื่อแก้ไขปัญหาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ผู้บริหารควรนำข้อมูลต้นทุนไปใช้ในการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับประชาชน เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วย เมื่อประชาชนมีสุขภาพที่ดี จะส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถลดต้นทุน ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาวัสดุการแพทย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ลงได้[10]

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรโรงพยาบาลสามชัย ที่ให้คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ที่ให้ความช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี ผู้วิจัยหวังว่าการวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์กับการพัฒนางานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย ส่วนงานมาตรฐานและการบริการสารสนเทศระบบบริการสาธารณสุขสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ผลการวิเคราะห์ต้นทุนรายโรค ระยะที่ 1 ปีที่ 3. (2563).
2. อาทร ริ้วไพบูลย์. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล Unit Cost Analysis of Hospital Medical Services. สืบค้นจาก http://irem.ddc.moph.go.th/uploads/tiny/research/course/HTA/Cost%20Evaluation%20Workshop/5%20Cost-Hospital-District-22Nov16.pdf
3. อรพรรณ ศฤงคาร. ต้นทุนต่อวันนอนในการให้บริการการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5451
4. มูลนิธิเพื่อการวิจัยและพัฒนาระบบยา. การบริหารทรัพยากรสุขภาพด้านยา. สืบค้นจาก http://phared.org/home/index.php?option=com_content&view=article&id=5&catid=32&Itemid=112&lang=th
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2563). ระบบยาของประเทศไทย 2563 (Thai Drug System 2020).กรุงเทพ.
6. เพียงฤทัย มงคลชาติ (2542). ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. การค้นคว้าอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. จันทภรณ์ โสมอินทร์. (2566). การวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มโรคสำคัญ โรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิทยาการสิ่งแวดล้อมไทย ปีที่ 6 (1) (2566) :206-215
8. ธีรยุทธ พิลาดี และคณะ. (2018). การวิเคราะห์ต้นทุนต่อสิทธิรักษาพยาบาล และต้นทุนรายโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา. JOURNAL OF NAKHONRATCHASIMA COLLEGE. Vol.12 No.1 January-April 2018, 192-204.
9. สุชาติ และคณะ (2563). ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2563 : 175-188.
10. กันยารัตน์ แสนสันเทียะ และอุษณา แจ้งคล้อย. (2559). การวิเคราะห์ต้นทุนต่อสิทธิรักษาพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาการจัดการ ปีที่ 3 (1) (2559) : 83-108.

การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Rehabilitation Stroke Patients in Community: A Comparison of 2 Case Studies.

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 6,2024 ; Accepted: March 7,2024)

นภาพร ธีระนันท์[1]
Napaporn Theeranan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน 2 ราย วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดูแลต่อเนื่องระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบการศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME SSS แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) การสัมภาษณ์ และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงการรักษา แบบแผนสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรค ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการดูแลฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยการประสานงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพทั้งในและนอกองค์กร กรณีศึก: เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 85 ปี อาการสำคัญ ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย 40 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic stroke รายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 83 ปี อาการสำคัญ ซึม พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic stroke ผู้ป่วยทั้งสองรายรับไว้รักษา ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน หลังผ่านช่วงวิกฤตของโรคสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ แพทย์จำหน่ายและส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามสภาพปัญหา ในรายที่มาถึงโรงพยาบาลล่าช้า เกินกว่า 4.5 ชั่วโมง จึงไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดูแลติดตามอาการตั้งแต่แรกรับ ระยะนอนรักษาในโรงพยาบาล และระยะที่กลับไปอยู่ในชุมชนเพื่อฟื้นฟูสภาพ ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ญาติ ผู้ดูแล และเครือข่ายมีความรู้ในการดูแลฟื้นฟูและลดปัจจัยเสี่ยงโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และมีช่องทางสื่อสารที่สะดวกรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยและญาติต้องการความช่วยเหลือ

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, ชุมชน, ระยะฟื้นฟูสภาพ

Abstract

The purpose of this study is to compare nursing care for 2 stroke patients undergoing rehabilitation in the community. Methods: This study was to compare stroke patients receiving continuous care during rehabilitation in the community, Area of responsibility of Kranuan Crown Prince Hospital, 2 cases. Tools used for the study include: Information from patient medical records, Home visit information recording form according to guidelines IN HOME SSS, Daily routine assessment form, barthel ADL Index (Barthel Activities of Daily Living: ADL), interview and observation, data analysis, compare, pathology, signs and symptom, treatment, health plan, health risk factors that affect the development of disease, problems and diagnoses in nursing and rehabilitation care in the community. By coordinating with multidisciplinary teams both inside and outside the organization. Case Study: Comparing 2 stroke patients, Case 1: 85 -years- old Thai female, major symptoms: trouble speaking, dysarthria and left hemiparesis 40 minutes before coming to the hospital. Diagnosed with Acute Ischemic stroke. Case 2: 83 -years- old Thai female patient with significant symptoms,alteration of consciousness, dysarthria, facial palsy and left hemiparesis 6 hours

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

before coming to the hospital. Diagnosed with Acute Ischemic stroke. Both patients were admitted for treatment at Kranuan Crown Prince Hospital. After passing through the critical period of the disease to the rehabilitation period, doctors discharge and refer them for continued care during the rehabilitation period at home by the continuous care team in the community together with the multidisciplinary team.

From this study it was found that, patients receive treatment according to their problem. In cases where arrival at the hospital was delayed by more than 4.5 hours. Therefore, the blood clot-dissolving drug rt-PA cannot be administered. Professional nurses play an important role in providing care follow up on symptoms from the beginning, length of stay in hospital, and the period of returning to live in the community for rehabilitation, both physically and mentally. Reduce the anxiety of patients and relatives when the patient returns home. It also encourages relatives, caregivers and networks have knowledge in rehabilitation care, and reduce risk factors for the chance of recurrence, No complications occurred. By following up and visiting patients regularly. And there is a quick and convenient communication channel when patients and relatives need help.

Keywords: Stroke,community, Rehabilitation period

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน เกิดจากลิ่มเลือดไปอุดหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองทำให้ขาดเลือด ส่งผลให้สมองขาดออกซิเจน เกิดการตายของเนื้อสมอง ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) พบได้บ่อยถึง 85% ของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานไขมันในเลือดสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา[5] อาการแสดงที่พบ ได้แก่ แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด วิงเวียนศีรษะหรือวิงเวียน หมดสติ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันและ 2) การพยาบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู โดยพยาธิสภาพของโรคขึ้นอยู่กับการถูกทำลายของเนื้อสมองและมีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งในปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันระยะเฉียบพลันตามหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมง[2] หลังมีอาการจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิต โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และทุพลภาพได้ แต่อาจจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูร่างกายอยู่ไม่มากก็น้อย ขึ้นอยู่กับเนื้อสมองที่ถูกทำลาย และปัจจัยเสี่ยงทั้งภายในและภายนอกบุคคล เช่น อายุ ความเครียด ภาวะโรคร่วม ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น โดยผู้ป่วยบางส่วนพบพยาธิสภาพของโรคที่มีต่อสมองทำให้ผู้ป่วยมักประสบปัญหาเกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลายด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง แขนขายกไม่ขึ้น กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดข้อต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ ปัญหาการกลืนลำบาก บางรายร่างกายผิดปกติด้านการรับรู้ การพูดและการสื่อสาร ต้องได้รับการฟื้นฟูเมื่อกลับมาอยู่ในชุมชน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยในชุมชนจึงมีความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร การเกิดข้อติดแข็ง และมีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

จากการสำรวจในปี 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน ในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการ[8]จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลสถิติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2563 - 2565 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ของประเทศไทย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328.00, 330.22 และ 330.72 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในปี

2563 -2565 เป็นร้อยละ 10.35, 11.00 และ10.92 ตามลำดับ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566) โดยไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง จากสถานการณ์ในพื้นที่อำเภอกระนวน ข้อมูลจาก HDC ปี 2564 -2566 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปอัตรา ต่อแสนประชากรเป็น 61.7, 60.45 และ 87.74 ตามลำดับ และอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทุกกลุ่มอายุในปี 2564-2566 จำนวน 955, 950 และ 1,039 รายตามลำดับ[7] ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ที่ให้บริการสุขภาพครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ดูแลแรกรับขณะผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องฟื้นฟูสภาพในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับมาดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต การกลืนลำบาก การรับรู้และการสื่อสารไม่ชัดเจน จะพบว่าผู้ป่วยอาจมีความคิดที่ช้า การเคลื่อนไหวที่ช้าลง ความจำ และประสิทธิภาพในการทำกิจวัตรประจำวันถดถอยลง จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูเมื่อกลับมาพักฟื้นในชุมชนนั้นมีความสำคัญมาก เนื่องจากช่วงเวลาที่ฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีที่สุด คือ 3 เดือนแรกหลังจากเกิดอาการ[4] โดยอาศัยความร่วมมือจากญาติและครอบครัวเป็นสำคัญ การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลเพื่อลดความพิการและทุพลภาพ ลดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะฟื้นฟู จึงมีความสนใจศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานพยาบาลชุมชน และเพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชนในเขตรับผิดชอบในเขตพื้นที่อำเภอกระนวน จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME SSS แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ พยาธิสภาพแบบแผนสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพมีผลกระทบกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องในชุมชน ในประเด็น แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
1. แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยหญิงไทยสูงอายุ อายุ 85 ปี รูปร่างเล็กสมส่วนไม่อ้วน BMI=20.69 มีโรคประจำตัวคือข้อเข่าอักเสบรักษามา 2 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง ญาติซื้อยาให้กินเอง เป็นยาสมุนไพร ยาแก้ปวดตามร้านขายขายใกล้บ้านเป็นประจำ	**1. แบบแผนสุขภาพ** ผู้ป่วยหญิงสูงอายุ อายุ 83 ปี รูปร่าง อ้วนเตี้ย BMI=34.66 มีโรคประจำตัว HT, CKD3 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากต้องย้ายที่อยู่บ่อยจากการเปลี่ยนผู้ดูแลหลัก จึงทำให้ขาดยา ไม่กล้าเดินเองเพราะกลัวล้ม ชอบนั่งบนเตียง ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงตั้งแต่ก่อนนอนรักษาด้วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ	- ผู้ป่วยรายที่ 1 เนื่องจากเป็นเพศหญิงวัยสูงอายุ มักเป็นโรคหลอดเลือดสมองเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การซื้อยากินเองจากร้านขายยา และการจำกัดจากความเสื่อมของอายุและโรคเข่าข้ออักเสบทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เท่าที่ควร เช่น การเดินออกกำลังกาย เป็นต้น มีความกังวลต่อความเจ็บป่วยสงสารลูกสาว
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มีน้องสาวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีลูกสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ชอบรับประทานอาหารอีสานพื้นบ้าน แจ่ว ปลาร้า ผักลวก และผลไม้รสหวาน กังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวเดินไม่ได้ กังวลจะเป็นภาระให้ลูกสาวเพราะอยู่กับลูกสาว 2 คน	**ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว** มีน้องสาวและน้องชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีลูกชายซึ่งเป็นผู้สูงอายุดูแลหลัก ชอบรับประทานอาหารรสหวาน เค็ม ไม่เผ็ด กังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ไม่กล้าเดินเอง กลัวหกล้ม	ที่ต้องรับภาระดูแลตนเองและหลานวัย 4 เดือน - ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความเสี่ยงสูงกว่ารายที่ 1 เนื่องจากมีโรคประจำตัวที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ HT และ CKD3 ขาดการออกกำลังกายทำให้น้ำหนักตัวมาก และเป็นผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลจึงจำกัดจากความเสื่อมของร่างกายและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์และรับประทานอาหารรสเค็มและ ของทอด เป็นต้น
2. พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง - ผู้ป่วยมีอาการพูดช้า ลิ้นแข็ง แขนขาซ้ายอ่อนแรง หายใจสม่ำเสมอ ไม่หอบเหนื่อย ตรวจร่างกาย พบว่า Glasgow Coma Scale E4V5M6 pupil 3 mm reaction to light both eyes Moter power left upper 4/5, lower3/5 DTR 2+, decrease sensation left side NIHSS=6 left facial palsy, no dysarthria, no aphsia DTX=124mg% อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 149/84mmHg. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 95% ส่ง CT Brain พบ Lacunar infarction at right lentiform nucleus. chronic right cerebellar infarction. No evidence of intracranial hemorrhage.	**2. พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง** - ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ตอบสนองช้า ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงข้างขวา ตรวจร่างกาย พบว่า Glasgow Coma Scale E4V5M6 pupil 3 mm reaction to light both eyes. Moter power Right grade 4/5, left 4/5, NIHSS=3 N0 facial palsy DTX=111mg% ร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/90 mmHg. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 97% ส่ง CT Brain พบ - Chronic cerebral infraction at right parietal lobe and right temporal lobe. - Multiple Lacunar infarction and small vessel disease, as described	- ผู้ป่วยรายที่ 1 เนื่องจากเป็นเพศหญิงวัยสูงอายุ มักเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การซื้อยากินเองจากร้านขายยา และการจำกัดจากความเสื่อมของอายุและโรคเข่าข้ออักเสบทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เท่าที่ควร เช่น การเดินออกกำลังกาย หรือการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะกับวัยเพื่อช่วยส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี เป็นต้น - กรณีศึกษาที่ 2 มีรอยโรคเกิดขึ้นหลายจุดทั้งบริเวณกลีบสมองด้านข้างสองส่วน และมีจุดเล็ก ๆ ที่เป็นร่องรอยของการขาดเลือดหลายจุด จากภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ และมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบจากปัจจัยเสี่ยงทั้งภายในและภายนอกบุคคลมากกว่ากรณีศึกษารายที่ 1
3. การรักษา - CT Brain - EKG 12 lead	**3. การรักษา** - CT Brain - EKG 12 lead	- จะเห็นได้ว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการและอาการแสดงไม่แตกต่างกันมาก คือ มีการอ่อนแรงซีกซ้ายและมีการตอบสนองช้า

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
- CXR - On 0.9% NSS1000 ml 80ml/hr. - Omeprazole inj. 40mg.iv - ให้ยา Recombinant tissue Plasminogen activator (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ **ยารับประทาน** - ASA(300) 1x1oral pc. เช้า - Atovastatin (40) 1xhs	- CXR - On 0.9% NSS1000 ml80ml/hr. **ยารับประทาน** - ASA gr.V 1 tab oral stat. - F0lic acid 1x1 oral PC. - Omeprazole 20mg. 1x1 oral ac เช้า - Amlodipine (10mg.) 1x1oral PC	เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาเหมือนกันแต่การรักษาแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่แพทย์นำมา ซึ่งข้อวินิจฉัยรักษาที่แตกต่างกัน แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบของแพทย์มีหลัก คือ 1. หากผล CT Scan พบมีหลอดเลือดอุดตัน แพทย์จะพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic agent) ได้แก่ rt-PA ต้องให้ภายใน 4.5 ชั่วโมง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยปกติครั้งสุดท้าย (last seen normal) (จุฑากานต์ โชติรัตนะศิริ และยงชัย นิละนนท์, 2562) และผล CT Scan ไม่พบเลือดออก กรณีศึกษาที่ 1 สามารถให้ rt-PA ได้เพราะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ในเวลาที่รวดเร็ว onset to needle time=50 นาที และผลตรวจเลือด PL, INR ไม่พบค่าความผิดปกติ ผล CT scan ไม่พบจุดเลือดออกหลังได้รับยาไม่มี Abnormal bleeding และผลลัพธ์ การรักษามีแนวโน้มที่ดี อาการแขนขาอ่อนแรงดีขึ้นกว่ากรณีศึกษาที่ 2 - กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยไม่สามารถให้ยา rt-PA ได้เนื่องจาก ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล มากกว่า 4.5 ชั่วโมง และมีการอุดตันของหลอดเลือดสมองหลายตำแหน่ง และ NIHSS=3 แพทย์จึงพิจารณาไม่ให้ rt-PA แต่ให้ ASAgr.V แทนและรับไว้ที่โรงพยาบาลรักษานาน 3 วัน ก่อนกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน
4. การพยาบาล แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ **4.1 ระยะจำหน่าย** 1) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค และการดูแลระยะฟื้นฟู 2) ต้องการความรู้และความตระหนัก ในการปฏิบัติตัวที่บ้านตามหลัก D-M-T-H-O-D **การพยาบาล** ได้แก่ ประเมินการรับรู้ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่ออยู่บ้าน การประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการประเมินอาการผิดปกติร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	**4. การพยาบาล** แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ **4.1 ระยะจำหน่าย** 1) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคและการดูแลระยะฟื้นฟู 2) ต้องการความรู้และความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่บ้านตามหลัก D-M-T-H-O-D **การพยาบาล** ได้แก่ ประเมินการรับรู้ ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่ออยู่บ้าน การประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการประเมินอาการผิดปกติร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	- กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเช่นเดียวกัน จากการประเมิน ADL ของกรณีศึกษาที่ 1 เท่ากับ 6 คะแนน มีผู้ดูแลหลักเป็นลูกสาววัยกลางคน ลูกสาวมีภาระต้องดูแลหลานอายุ 4 เดือนร่วมด้วย ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 จากการประเมิน ADL เท่ากับ 7 คะแนน มีลูกชายเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยที่แตกต่างกันจากความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ รวมทั้งบริบทที่แตกต่างกัน จึงเป็นบทบาทของพยาบาลชุมชนที่จะต้องวางแผนการดูแลผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มีทักษะ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
		ในการดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด รวมทั้งการหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนทั้งจากภาครัฐและเอกชนเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
4.2 ระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน ผู้ศึกษาได้รับการส่งต่อจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยหลังแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน จึงได้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติจึงประสานทีมสหวิชาชีพในการออกเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ และติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน รวมระยะเวลาการติดตามอาการระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน 3 เดือน พบปัญหาในกรณีศึกษาที่ 1 ดังนี้ 1. ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากกำลังของกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกซ้าย Moter power left upper 4/5, lower3/5 DTR2+ การพยาบาล ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลัง D/C 1 สัปดาห์โดยการประเมิน motor power, ADL และ INHOME SSSเพื่อวางแผนการดูแลตามสภาพและบริบทของผู้ป่วยและญาติ แนะนำญาติดูแล passive exercise และประสานทีมกายภาพบำบัดเพื่อให้คำแนะนำและประเมินการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ และฝึกเดิน 1) เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากแขนและขาซ้ายอ่อนแรงเคลื่อนไหวลำบาก การพยาบาล ได้แก่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติช่วยในการดูแล พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง แนะนำญาตินวดปุ่มกระดูกบริเวณก้นกบกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดลดการเกิดแผลกดทับ และดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล 2) เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอ เนื่องจากกลืนลำบากรับประทานอาหารได้น้อย การพยาบาล ได้แก่ แนะนำญาติจัดอาหารอ่อนย่อยง่าย เหมาะกับผู้สูงอายุ เช่น ข้าวต้มปลา และอาหารที่ผู้ป่วยชอบ	**4.2 ระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน** ผู้ศึกษาได้รับการส่งต่อจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยหลังแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน จึงได้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติจึงประสานทีมสหวิชาชีพในการออกเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ และติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน รวมระยะเวลาการติดตามอาการระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน 3 เดือนพบปัญหาในกรณีศึกษาที่ 2 ดังนี้ 1. ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากกำลังของกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกซ้าย Moter power left upper 4/5, lower3/5 DTR2+ การพยาบาล ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลัง D/C 1 สัปดาห์โดยการประเมิน motor power, ADL และINHOME SSS เพื่อวางแผนการดูแลตามสภาพและบริบทของผู้ป่วยและญาติ แนะนำญาติดูแล passive exercise และประสานทีมกายภาพบำบัดเพื่อให้คำแนะนำและประเมินการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อและฝึกเดิน 1) เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากแขนและขาซ้ายอ่อนแรงเคลื่อนไหวลำบาก การพยาบาล ได้แก่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติช่วยในการดูแล พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง แนะนำญาตินวดปุ่มกระดูกบริเวณก้นกบกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดลดการเกิด แผลกดทับ และดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล 2. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอ เนื่องจากกลืนลำบากรับประทานอาหารได้น้อย การพยาบาล ได้แก่ แนะนำญาติจัดอาหารอ่อนย่อยง่าย เหมาะกับผู้สูงอายุเช่น ข้าวต้มปลา และอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน และไม่ขัดต่อโรค และติดตามประเมินน้ำหนักและภาวะโภชนาการทุกเดือนเมื่อออกเยี่ยมบ้าน	- จากการศึกษา และเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน พบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้ 1. ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากกำลังของกล้ามเนื้ออ่อนแรง 2. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากแขนและขาซ้ายอ่อนแรงเคลื่อนไหวลำบาก 3. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากกลืนลำบากรับประทานอาหารได้น้อย 4. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้มเนื่องจากแขนและขาซ้ายอ่อนแรง 5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคและการดูแลระยะฟื้นฟูสภาพการวางแผนฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยทีมฟื้นฟูเสริมพลังญาติผู้ดูแล ในเรื่องการทำกายภาพต่อเนื่องที่บ้านสนับสนุนให้ caregiver ในชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผลการติดตามเยี่ยม พบว่า **ผู้ป่วยรายที่ 1** ช่วยเหลือตนเองได้น้อย สามารถลุกนั่งบนเตียงได้โดยมีผู้ดูแลช่วยพยุงเดินได้เองหลังฝึกเดินและทำกายภาพบำบัด แต่เดินได้ไม่มั่นคง ใช้ walker และญาติดูแลใกล้ชิดขณะเดิน **ผู้ป่วยรายที่ 2** เดิมมีรูปร่างอ้วนและ มีโรคกระดูกพรุนเดินลำบาก หลังเจ็บป่วยมีความกังวลไม่กล้าลุกเดิน ชอบทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง จึงต้องกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเอง ปัญหาการพยาบาลที่แตกต่างกัน ได้แก่ - ปัญหาที่เป็นปัญหาเดิมก่อนการเจ็บป่วยและบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เนื่องจากกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องมีผู้ดูแลหลักเป็นสำคัญ จึงส่งผลต่อการฟื้นฟูต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง **กรณีศึกษาที่ 1** มีผู้ดูแลหลัก เป็นบุตรสาววัยกลางคน มีความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย แต่

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
รับประทาน และไม่ขัดต่อโรค และติดตามประเมินน้ำหนักและภาวะโภชนาการทุกเดือนเมื่อออกเยี่ยมบ้าน 3) ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดข้อเข่าทั้งสองข้างเข่าบวมผิดรูป กิจกรรมการพยาบาลในช่วงแรกแนะนำประคบเย็นเพื่อลดการอักเสบของข้อที่มีการอักเสบรุนแรง จากนั้นเมื่ออาการดีขึ้นจึงประคบเย็นเพื่อคลายกล้ามเนื้อ จำกัดกิจกรรมของข้อที่อักเสบมาก ๆ เมื่ออาการดีขึ้น จึงให้ทำกายบริหาร แนะนำใช้ ยาแก้ปวดที่เหมาะสมถูกต้องจากโรงพยาบาล ไม่ซื้อยากินเอง กระตุ้นทำกิจวัตรประจำวันให้มากขึ้น 4) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม เนื่องจากแขนและขาซ้ายอ่อนแรง กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยกับผู้ป่วย พูดคุยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี Active exercise และเคลื่อนไหวอย่างระมัดระวัง โดยมีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน 5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรงเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคและการดูแลระยะฟื้นฟูสภาพ การพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องพยาธิสภาพของโรคและการดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องตามสภาพผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย รวมถึงการแนะนำเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการหาแหล่งประโยชน์ จากชุมชนเพื่อช่วยเหลือดูแล เช่น เครือข่ายอสม.หมอคนที่ 1 ประสานความช่วยเหลือด้านสิทธิประโยชน์ต่างๆ เช่น ออกบัตรผู้พิการเมื่อครบเวลาตามกำหนด เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ ที่ได้รับกำลังใจและการดูแลจากเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง	4) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม เนื่องจากแขนและขาซ้ายอ่อนแรง กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัยกับผู้ป่วย พูดคุยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี Active exercise และเคลื่อน ไหวอย่างระมัดระวังโดยมีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน 5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแขนและขาข้างซ้าย อ่อนแรงเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคและการดูแลระยะฟื้นฟูสภาพ การพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องพยาธิสภาพของโรคและการดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องตามสภาพผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยรวมถึงการแนะนำการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการหาแหล่งประโยชน์จากชุมชนเพื่อช่วยเหลือดูแล เช่นเครือข่ายอสม.หมอคนที่ 1 ประสานความช่วยเหลือด้านสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เช่นออกบัตรผู้พิการเมื่อครบเวลาตามกำหนด เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ ที่ได้รับกำลังใจและการดูแลจากเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง	มีภาระในการดูแลหลานซึ่งเป็นทารกวัย 4 เดือน จึงไม่เต็มที่กับการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดเข่า แนะนำให้รับประทานยาแก้ปวดที่รับจากโรงพยาบาล ห้ามซื้อยาต้ม ยาหม้อ กินเอง เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีค่าความเสื่อมของไตและตรวจพบว่าเป็นเบาหวานหลัง D/C 1 เดือน **กรณีศึกษาที่ 2** มีโรคประจำ ตัวเดิมคือ HT,CKD3, Iron deficiency anemia แนะนำอาหารที่เหมาะกับโรค งดอาหาร รสเค็ม มัน ทอดเพิ่มอาหารธาตุเหล็กสูง เนื่องจากมีภาวะซีด - การป้องกันการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงอันตรายของการกลับเป็นซ้ำของโรค เน้นย้ำการรับประทานยาละลายลิ่มเลือดอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ จากการติดตามเยี่ยมทั้ง 2 กรณี มาพบแพทย์ตามนัด ไม่พบอาการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ
5. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	**5. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ**	

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่พบในกรณีศึกษาที่ 1 ที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ 1) เพศและอายุ ผู้ป่วยอายุ 85 ปี 2) ภาวะโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อนจึงไม่เคยรับการรักษา ตรวจพบข้อเข่าอักเสบรุนแรงเข่าผิดรูปจึงมาโรงพยาบาล 3) มีระดับไขมันในเลือดสูง LDL=196 GFR=62.68 20ml/min1.73m2 4) พฤติกรรมการบริโภคยาที่ไม่เหมาะสม ซื้อยากินเองยาชุด ยาแก้ปวด	ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่พบในกรณีศึกษาที่ 2 ที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ 1) เพศและอายุผู้ป่วย 83 ปี 2) ภาวะโรคร่วม ความดันโลหิตสูง และโรคไตระยะที่ 3 3) มีภาวะซีด Hct=29.6% มีระดับไขมันในเลือดสูง LDL=210 GFR=43.20ml/min/1.73m2 4) ขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่องเนื่องจากเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ย้ายไปอยู่กับลูกสลับกันดูแล	- เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา ของทั้ง 2 กรณี พบข้อที่เหมือนและแตกต่างกันดังนี้ 1) เพศและอายุ ทั้งสองกรณีเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงเหมือนกัน 2) ภาวะโรคร่วม กรณีศึกษาที่ 1 ไม่เคยมีประวัติการรักษาด้วยโรคประจำตัวอื่นนอกจากข้อเข่าอักเสบจึงไม่ทราบว่าเป็นเบาหวานมาก่อนแรกรับ DTX stat=124mg% แพทย์ตรวจวัดซ้ำระหว่างการนอนรักษาและ F/U ภายหลัง D/C HbA1C=11 และมีไขมันสูง LDL=196 กรณีศึกษาที่ 2 มีโรคประจำตัวและความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบเช่นกัน เพราะนอกจากจะเป็นผู้สูงอายุแล้วยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเช่นกัน คือ การขาดยา ไม่กินยาตามแพทย์สั่งและขาดการติดตามอาการบ่อยครั้ง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี จะเห็นได้ว่า การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะฟื้นฟูสภาพ ในชุมชนนั้น พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การวางแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยการนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น โดยประเมินจากคะแนนADL ที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยทั้งสองราย กรณีศึกษาที่ 1 ADL จาก 6 คะแนน เพิ่มเป็น 8 คะแนน สามารถใช้ walker ฝึกเดินได้ตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 คะแนน ADL จากเดิม 7 คะแนน เพิ่มเป็น 8 คะแนน ภายหลังจากการติดตามเยี่ยมระยะฟื้นฟูสภาพ 3 เดือน ทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยรายที่2 มีการฟื้นฟูสภาพช้ากว่ารายที่ 1 เนื่องจากเนื่องจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลช้ากว่าเวลาที่จะเข้าระบบ Fast track ไม่สามารถให้ rt-PA ได้และเนื้อสมองขาดเลือดพบหลายตำแหน่ง ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะหลงลืม พูดสับสนในบางครั้ง มีอาการของโรคสมองเสื่อมร่วมด้วย[4] ทำให้ญาติวิตกกังวลเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน พยาบาลชุมชนได้ออกติดตามเยี่ยมให้คำปรึกษาคำแนะนำในการลดภาวะแทรกซ้อนและไม่กลับมาเป็นซ้ำ เสริมพลังให้ญาติและผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจ ยอมรับความเจ็บป่วย พร้อมสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแล มีทีม Care giver ในชุมชนเข้ามาเป็นกำลังเสริมในการดูแลและหาแหล่งสิทธิประโยชน์จากชุมชนให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าระบบดูแลระยะยาว (Long -term care)[1,2] เพื่อรับอุปกรณ์ วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ ลดภาระค่าใช้จ่าย ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความพิการ ผู้ป่วยและญาติสามารถยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาดังกล่าวผู้เขียนจึงมีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานให้การพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ดังนี้

1. การนำกระบวนการพยาบาลใช้ในการพยาบาลชุมชน ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้ตามเป้าหมาย นอกจากการใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแล้ว พยาบาลชุมชนยังเป็น Care Management หลักในการประสานงานและจัดหาทรัพยากรให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ให้ได้มากที่สุด เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายและลดความเครียด ความกังวลกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยของญาติและผู้ดูแลหลัก

2. การส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจเสริมสร้าง พลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญปัญหาและดูแลตนเองได้ มีการกำหนดแนวทางให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น รวมถึงการให้ความรู้ เพื่อตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถป้องกันได้

3. การสร้างเครือข่ายไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และบางรายเกิดความพิการ เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้การเดินทางไปโรงพยาบาลเป็นไปได้ยาก การใช้ระบบ Homeward และTelemedicine ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นประโยชน์และคุ้มค่าลดภาระรายจ่ายในการไปพบแพทย์ได้มากเพราะในผู้ป่วยบางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเหมารถรับจ้างมาโรงพยาบาลเพื่อมาพบแพทย์ เมื่อใช้ระบบ Homeward และ Telemedicine แล้วผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจ ลดความวิตกกังวลเมื่อกลับมาอยู่ในชุมชนเพราะมี 3 หมอดูแล ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในการมีชีวิตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
2. มินตรา ธรรมกุล. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองตีบในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต,1(2), 64-76.
3. จุฑากานต์ โชติรัตนะศิริ และยงชัย นิละนนท์. (2562). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางเร่งด่วน (stroke fast track) ของโรงพยาบาลศิริราช. คืนเมื่อ 26 ตุลาคม 2566, จาก https://www.sirirajstrokecenter.org/2019/3641.html
4. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (2559). ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
5. ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. (2554). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแล. คืนเมื่อ 26 ตุลาคม 2566, จาก https://shorturl.asia/dOMLX
6. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย,39(2), 39-46.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2566). ข้อมูลผู้ป่วยจากฐานระบบ Health data center ขอนแก่น. ค้นเมื่อ 26 ตุลาคม 2566, จาก https://www.kkpho.go.th/index.php
8. World Stroke Organization [WSO]. (2019). About World Stroke Day. Retrived October 22, 2023, from https://ncdalliance.org/news-events/news/worldstrokeday2019

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

Development of nursing practice guidelines by recording warning signs (Search out Severity Score : SOS score) in patients with sepsis at Sangcom Hospital. Udon Thani Province.

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 6,2024 ; Accepted: March 7,2024)

อัจชราณี อุดน้อย[1]
Atcharani Udnoi[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลสร้างคอม ขั้นตอนการศึกษา 3 กระบวนการ ดังนี้ (1) กระบวนการพัฒนา (2) กระบวนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ (3) กระบวนการการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ จำนวน 30 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน จำนวน 24 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (SOS Score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต แบบบันทึกสัญญาณเตือน (SOS Score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และแบบสอบถามความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติฯ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และ .89 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสโลหิตในกลุ่มทดลองหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต มีภาวะอวัยวะล้มเหลวลดลงและไม่พบการเสียชีวิต ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ (M= 3.79, SD= .33) และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ (M= 3.73, SD= .38) อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, การติดเชื้อในกระแสโลหิต, การบันทึกสัญญาณเตือน (SOS Score)

ABSTRACT

This study is action research to develop and study the results of nursing practices by recording warning signs (Search out Severity Score: SOS score) in patients with sepsis. Sangcom Hospital The study process consists of 3 processes: (1) development process, (2) guideline implementation process, and (3) guideline evaluation process. The sample group consisted of 60 patients with bloodstream infections, divided into 30 control groups, 30 patients in the guideline trial group, and 24 professional nurses working in inpatient wards. specific The tools used include nursing practice guidelines with recording of warning signs (SOS Score) in patients with sepsis. Warning signal recording form (SOS Score) in patients with sepsis and a questionnaire on the feasibility and satisfaction of professional nurses with the guidelines. which had reliability values of .87 and .89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics

The research results found that Patients with bloodstream infections in the experimental group after using the nursing guidelines There is a high rate of complications from bloodstream infections. There was a reduction in organ failure and no deaths. This is different from the control group before using the guidelines. Statistically significant at the .05 level, professional nurses had opinions on feasibility (M= 3.79, SD= .33) and satisfaction with using the guidelines (M= 3.73, SD= .38). at a high level

Keywords: nursing practice guidelines, bloodstream infections, recording of warning signs (SOS Score)

[1] โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญ เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่องจนทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด[1] โดยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(sepsis) จำนวน 20 –30 ล้านรายทั่วโลก และทุก 1 ชั่วโมง จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) จำนวน 1,000 ราย หรือ 24,000 รายต่อวัน [2] ดังนั้น ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) จึงนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก[3] สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ประมาณ 175,000 รายต่อปี และมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เสียชีวิต ประมาณ 45,000 รายต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 32.03[4]

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะที่เกิดหลังการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ซึ่งส่งผลให้ร่างกายมีระดับความดันโลหิตลดต่ำผิดปกติจนเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ไม่เพียงพอ จนเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เกิดการทำลายเซลล์ ทำให้อวัยวะทำงานลดลงหรือทำงานผิดปกติและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ สามารถแก้ไขได้จากความรวดเร็วในการวินิจฉัย การแก้ไขสาเหตุของการติดเชื้อ ติดตามเฝ้าระวัง และประเมินผลการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วทันทีภายใน 1 ชั่วโมง ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงจากการล้มเหลวของอวัยวะได้[5] สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกาได้รณรงค์ Surviving Sepsis Campaign (SSC) และพัฒนาแนวปฏิบัติสากลในการจัดการดูแลและรักษาผู้ที่มีภาวะ severe sepsis และ septic shock ปี 2012 ซึ่งประกอบด้วยการคัดกรองการวินิจฉัย กระบวนการจัดการเกี่ยวกับภาวะ sepsis แบบเร่งด่วน การให้ยาปฏิชีวนะ การกำจัดและควบคุมเชื้อโรค การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนเลือด และการนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกายให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย[1] จากการศึกษา พบว่า การค้นพบผู้ป่วยตามลักษณะอาการของกลุ่มผู้มีอาการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ได้รวดเร็วและให้การรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้[5] การได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ด้วยการติดตามประเมินระบบไหลเวียนโลหิต โดยการติดตามสัญญาณชีพ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการนำ Search out Severity Score (SOS score) Search out Severity Score (SOS score) นำมาใช้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต[6] สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างใกล้ชิดโดยพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้นและมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง[7]

โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีอันดับโรคที่มีการส่งต่อด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นลำดับต้น จากสถิติโรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2564 และ 2565 พบข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 11.57 และ 17.86 ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ทั้งหมด และในปี 2564 พบผู้ป่วยมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 13.04 อัตราการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่าร้อยละ 31.19 ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะ septic shock ส่งดูแลต่อที่หอผู้ป่วยร้อยละ 86.5 มีอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยร้อยละ 17.86[9] เมื่อนำเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) พ.ศ. 2565 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสร้างคอม มาวิเคราะห์กระบวนการดูแลรักษาพบว่าแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ยังไม่ชัดเจน ไม่มีข้อกำหนดในการปฏิบัติการ

พยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีพยาบาลจบใหม่และประสบการณ์น้อย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ส่งผลให้ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการดีขึ้น เช่น อัตราตาย ภาวะแทรกซ้อน[8] ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice: Guidelines: CNPG) เป็นข้อกำหนดเพื่อช่วยพยาบาลตัดสินใจโดยใช้การคิดวิเคราะห์ร่วมกับความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ทำให้รูปแบบการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน แนวปฏิบัติการพยาบาลถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการส่งผลให้คุณภาพการบริการดีขึ้น[10]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลสร้างคอม ให้มีการเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline : CNPG) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ได้ประยุกต์ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย[8] มากำหนดเป็นขั้นตอนการศึกษา 3 กระบวนการ ดังนี้ (1) กระบวนการพัฒนา การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC (2) กระบวนการนำแนวปฏิบัติ CPG-PDC ไปใช้ และ (3) กระบวนการการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC มาใช้ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้กระบวนการวิจัยและพัฒนานำไปสู่การแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลสร้างคอม
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลสร้างคอม

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) สถานที่ทำวิจัย คือ หอผู้ป่วยโรงพยาบาลสร้างคอม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย และ 2) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสร้างคอม โรงพยาบาลสร้างคอม ระหว่างเดือนมกราคม 2567 – เดือน มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสร้างคอม

เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 2) มีอายุตั้งแต่ 18ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก กลุ่มตัวอย่างย้ายโรงพยาบาล

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.2 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ .50 (Cohen, 1977)

ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) .05 และค่า Power .90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และจำแนกออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ตามช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯประยุกต์ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสร้างคอม ที่ได้รับการดูแลก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม –30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 30 ราย

กลุ่มตัวอย่างหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ระหว่าง เดือน มกราคม 2567 – เดือนมีนาคม 2567 จำนวน 30 คน โดยการจับคู่ (Matched pairs) เพื่อให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน

2. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสร้างคอม ทุกคนจำนวนทั้งสิ้น 24 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score :SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างน้อย 1ครั้ง 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก กลุ่มตัวอย่างย้ายหน่วยงานหรือลาออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งดัดแปลงมาจากการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ (รัฐภูมิ ชามพูนท, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, และบุญส่ง พัจนสุนท, 2558) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (มัณฑนา จิระกังวาน, ชลิดา จันเทพา, และเพ็ญนภา บุบผา, 2558) โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ เมื่อรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดเข้าสู่หอผู้ป่วยในแล้ว พยาบาลวิชาชีพทำการประเมินผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยการให้คะแนนบันทึก และปฏิบัติการพยาบาลตามระดับคะแนนที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ร่วมกับติดตามประเมินผลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 แบบบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต Search Out Severity Score (SOS Score) ดัดแปลงมาจาก Baines and Kanagasundarum (2008) โดยมีรายการประเมินจำนวน 6 องค์ประกอบ ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 Search Out Severity Score (SOS Score)

การประเมิน	ระดับคะแนน						
	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥ 38.5	
ความดันซิสโตลิก (mmHg)		81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200	
ชีพจร (ครั้ง/นาที)	≤ 80		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที)	≤ 40	ใส่เครื่อง ช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score: GCS)	≤ 8		สับสน กระสับกระส่าย	ตื่นดี พูดคุยรู้เรื่อง	ซึม เรียกแล้วลืมตาสะลึม	ซึมมาก ต้อง	ไม่รู้สึกตัว แม้จะ

ตารางที่ 1 Search Out Severity Score (SOS Score)

การประเมิน	ระดับคะแนน						
	3	2	1	0	1	2	3
					สะลือ	กระตุ้นจึงจะ ลืมตา	กระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/วัน		≤ 500	501-999	≥ 1,000			
ปัสสาวะ/8 ชั่วโมง		≤ 160	161-319	≥ 320			
ปัสสาวะ/4 ชั่วโมง		≤ 80	81-159	≥ 160			
ปัสสาวะ/1 ชั่วโมง		≤ 20	21-39	≥ 40			

ที่มา: Champunot, Tansuphaswasdikul, Kamsawang, Tuandoung, & Thimsri, 2016 สืบค้นเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2566

1.2 เกณฑ์การประเมินการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน Search Out Severity Score (SOS Score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและแนวทางการดูแลของพยาบาลวิชาชีพจำแนกเป็น 4 ระดับ (กรรณิกา ศิริแสน, 2558) ดังนี้

1-2 คะแนน ให้การพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น อาการปวด ไข้ ติดตามการเปลี่ยนแปลงเวรละครั้ง

3-4 คะแนน รายงานหัวหน้าเวรติดตามการเปลี่ยนแปลงซ้ำทุก 30 นาที ภายใน 2 ชั่วโมง

5-6 คะแนน รายงานแพทย์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยภายในเวลา 30 นาที ติดตามการเปลี่ยนแปลงซ้ำทุก 15 นาที

≥7 คะแนน รายงานแพทย์ดูแลผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลทั่วไปทันที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score: SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งเป็นแบบเติมคาและตรวจสอบรายการ (Check list) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และแบบบันทึกค่าทางสรีระตามระบบสัญญาณเตือน ได้แก่ ความดันโลหิตอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิกาย ค่าร้อยละของออกซิเจนในเลือดวัดจากปลายนิ้ว ระดับความรู้สึกตัวและจำนวนปัสสาวะใน 4 ชั่วโมง

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับจำนวน 6 ข้อ โดยคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ น้อยที่สุด จนถึงคะแนนมากที่สุด คือ 5 คะแนน หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มากที่สุด

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับจำนวน 12 ข้อ โดยคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ระดับต่ำมาก ถึงคะแนนมากที่สุดคือ 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ระดับสูงมาก

2.4 แบบสอบถามแบบปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

โดยแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีเกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 –5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 –4.49 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 –3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 –2.49 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 –1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์อายุรกรรม อาจารย์พยาบาลและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง.60 -1.00 จากนั้นเมื่อนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และ .89 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การดำเนินงาน และประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 24 คน รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม- 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 30 คน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา ได้แก่ การประเมินสภาพและบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score)

2) วิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (Root cause analysis) โดยร่วมประชุมกับทีมดูแลรักษาในประเด็นการประเมิน ปัญหาผลกระทบการจัดการการดูแลการประเมินสภาพและบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมกับสังเกตการณ์ปฏิบัติการพยาบาล และทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ใช้ในโรงพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ จากนั้นสรุปข้อมูลทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลสร้างคอม ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและสรุปปัญหาทางคลินิกอื่นๆ รวมทั้งความต้องการในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

3) พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โดย

3.1) ตั้งทีมพยาบาลเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

3.2) พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3.3) ทดสอบการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต รอบที่ 1 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ

วินิจฉัยว่ามีมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วย จำนวน 30 คน

3.4) วิเคราะห์ผลนำมาปรับปรุงแนวทางแล้วนำไปทดลองรอบที่ 2 จากนั้นปรับแนวทางปฏิบัติฯ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริง

4) การประชุมทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยและทีมนำเพื่อทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมา รวมทั้งประชุมชี้แจงเรื่องการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยรับไว้ในหอผู้ป่วย มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลสร้างคอม โดยผู้วิจัยดำเนินการจัดการดูแลและประสานงานกับทีมนำสร้างพลังอำนาจแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลสร้างคอม ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

1) การบริหารจัดการแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วมภายในทีมพยาบาล โดยจัดให้มีพยาบาลผู้นิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล สื่อสารนโยบายและเป้าหมาย การส่งเสริมให้ทีมมีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นในการสร้างเครื่องมือต่าง ๆ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและเรื่องการใช้บันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตให้มีความเข้าใจเพื่อเป็นมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน

2) การติดตามสะท้อนกลับระหว่างดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลสร้างคอม ร่วมกับทีมการพยาบาล โดยการสังเกตและให้ข้อมูลย้อนกลับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลสร้างคอม อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลติดตามผลลัพธ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตและรวบรวมจัดส่งผู้วิจัยภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป หลังจากนั้นนำข้อมูลมาประชุมปรึกษากับทีมพยาบาลวิชาชีพทุกวันพุธสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน เพื่อทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลสร้างคอม และวิเคราะห์สาเหตุที่ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมายร่วมกับการสนทนากลุ่มและระดมสมองหาแนวทางแก้ไขขณะดำเนินการ

ระยะที่ 3 การประเมินผลและสรุปผลการวิจัย กลุ่มผู้ร่วมการศึกษาในระยะนี้ ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยที่ในหอผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 30 คน

2) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ จำนวน 24 คน

3) ทีมผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต แบบมีส่วนร่วมในช่วงเวลา 08.00-16.00 น. และรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและตรวจสอบความถูกต้อง

4) สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้น

ใหม่และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฯ และประเมินผลในภาพรวม

5) จัดประชุมพยาบาลจากหอผู้ป่วยเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ระบบการดูแลรักษาทบทวนตรวจสอบระบบการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยบันทึกสัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต แล้วสะท้อนผลการปฏิบัติงาน สาเหตุ ปัญหาอุปสรรค เมื่อสิ้นสุดการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีเลขที่ UDREC 5567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย(M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะช็อก อวัยวะล้มเหลวหลายระบบและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือน Search out Severity Score (SOS score)ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.66 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 60.20 ได้รับการวินิจฉัยหลักว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตร้อยละ 66.77

สำหรับกลุ่มทดลองผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ร้อยละ 60.00 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 59.50 ร้อยละ 88.66 ได้รับการวินิจฉัยหลักว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยทั้ง 2 กลุ่ม มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมากที่สุด ร้อยละ 46.70 และ 50.00 ตามลำดับ

2. ความเป็นไปได้และความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือน Search out Severity Score (SOS score) ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัย พบว่า โดยรวมมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในระดับมาก (M= 3.79, SD= .33) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (M= 3.88; SD= .34) และมีประโยชน์ต่อหน่วยงานและองค์กร (M= 3.88; SD= .34) รองลงมา คือ เนื้อหาของแนวปฏิบัติมีความชัดเจนเข้าใจง่าย (M=3.83, SD= .56) สามารถนำไปใช้ได้ง่าย (M= 3.83, SD= .56) และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การระบุทางเลือกสำหรับการจัดการแต่ละสถานการณ์ (M= 3.67, SD= .65) รายละเอียด

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M= 3.73, SD = .38) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (M= 3.92, SD= .50) รองลงมา คือ การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปปฏิบัติจริง (M= 3.88, SD= .45) และข้อต่ำสุด คือ ความยาก-ง่ายในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ (M= 3.50, SD = .51)

สรุปและอภิปรายผล

การเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส

โลหิตในกลุ่มควบคุมจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และหลังจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 86.70 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 36.77 แสดงว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ช่วยให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง โดยภาวะช็อกลดลงจากร้อยละ 40.00 เป็นร้อยละ 16.77 และภาวะอวัยวะล้มเหลวลดลงจากร้อยละ 46.77 เหลือเพียงร้อยละ 20.00 อีกทั้งก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10.00 แต่ไม่พบอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ลดลงแสดงให้เห็นว่า ค่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของ Search out Severity Score (SOS score) ทำให้พยาบาลสามารถรับรู้อาการ อาการแสดงเฝ้าระวัง และตัดสินใจขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง Search out Severity Score (SOS score) จึงถือได้ว่าเป็นเครื่องมือช่วยทำนายความรุนแรงของผู้ป่วยและช่วยวินิจฉัยก่อนเกิดอาการรุนแรงได้[10,11]

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผลการวิจัยพบว่า ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ตามความความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก (M= 3.79, SD= .33) สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อยู่ในระดับมากแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพเห็นประโยชน์ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ซ้ำซ้อนและไม่จำเป็น เกิดการปรับปรุงคุณภาพการบริการ เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ส่งผลให้คุณภาพการบริการดีขึ้น เช่น ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อีกทั้งในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ[11]

ผู้วิจัยได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ อธิบายทำความเข้าใจขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เปิดโอกาสให้สอบถามประเด็นสงสัยหรือไม่แน่ใจ และเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ นิเทศการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเมื่อพบข้อสงสัย ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีการรับรู้ มั่นใจและมีทัศนคติเชิงบวกกอปรกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ มีขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการประเมิน เฝ้าระวัง ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยส่งผลให้พยาบาลรับรู้ถึงความเป็นไปได้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ว่าทำให้เกิดผลดีระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (M= 3.73, SD= .38) อภิปรายได้ว่า เป็นผลมาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สร้างขึ้นจากทีมปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทีมผู้พัฒนาได้เห็นจุดเด่น/จุดด้อย ได้รับการประเมินและปรับปรุงให้สอดคล้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถใช้ปฏิบัติได้ในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามขั้นตอนของสภาการวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย[8] ที่กล่าวว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีกระบวนการสังเคราะห์หลักฐานที่น่าเชื่อถือ ส่งผลให้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ นี้ มีความน่าเชื่อถือเป็นที่ยอมรับ รวมทั้งนำขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการใช้ผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้โดยกำหนดเป็นประเด็นสำคัญของหน่วยงาน บุคลากรจึงมีส่วนร่วมในการแก้ไขเพื่อป้องกันปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาล ใน

การศึกษาครั้งนี้ คือ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ความสำคัญของปัญหา ความจำเป็นที่ต้องนำมาใช้ในหน่วยงาน ทำให้พยาบาลเกิดความตระหนัก นอกจากนี้การทดลองใช้เพื่อสร้างความคุ้นเคยเป็นการเสริมสร้างทักษะส่งผลให้ผู้ใช้มีทัศนคติที่ดี เกิดความร่วมมือในการพัฒนา ผู้วิจัยมีการติดตามนิเทศอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้มีกระบวนการติดตาม แก้ปัญหาได้ทันต่อเหตุการณ์ ช่วยให้ได้ผลงานตามความมุ่งหวัง ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ส่งผลให้พยาบาลพึงพอใจและภาคภูมิใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล[10]

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือน Search out Severity Score (SOS score) ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตไปใช้ในหน่วยการพยาบาลอื่นๆ เช่น แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. ควรจนจัดอบรมให้พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้เข้าใจรายละเอียดแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ รวมทั้งมีการปรับปรุงพัฒนาจัดทำคู่มือให้เหมาะสมและสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์

3. ควรทำการวิจัยและพัฒนาการใช้ระบบสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยจำแนกโรคหรืออาการทางคลินิกอื่นๆ ตลอดจนศึกษาผลลัพธ์ในด้านอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายและระยะเวลานอนโรงพยาบาล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Dallinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. Crit Care Med 2013; 41(2):580 –637.
2. Reinhart K, Denial R and Machado FR. The burden of sepsis : a call to action in support of World Sepsis Day 2013. J Crit Care 2013;28:526 –530.
3. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. แผนการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. อินเตอร์เน็ต] 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2566 สิงหาคม 20]. เข้าถึงได้จาก:http://www.data. ptho.moph.go.th> inspec/2561/ inspec1/doc22dec/pdf.
4. Masoud El-SS. The nursing strategy for caring patients with septic shock. [online] 2015 [cited 2023 Oct 12];Available from:http://www. rmsolutions.net/ sccs/sites/ default/files/ 061001.pdf.
5. Bentley, J., Henderson, S., Thakore, S., Donald, M. and Wang, W. 2016. Seeking Sepsis in the Emergency Department-Identifying Barriers to Delivery of the Sepsis 6. BMJ Quality Improvement Reports 2016, Retrieved December 14, 2016 u206760.w3983 doi:10.1136/bmjquality. u206760.w3983.
6. สาคร เสริญไธสง. (2561).ผลของการใช้ระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านผือ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี,27(2), 223-230.
7. Chen, Q.H., Zheng, R.Q., Lin, H., Lu, N.F., Shao, J. , Yu J.Q. , et al. The impact of different fluid management on mortality in patients with septic shock. Zhongguo Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue 2011; 23(3):142-145.
8. National Health and Medical Research Council. A guideline to the developmental, implementation and evaluation f clinical practice guidelines [Internet]. 1999 [Cited
9. กลุ่มภารกิจด้านเวชสถิติ โรงพยาบาลสร้างคอม, 2564.
10. ดาวเรือง บุญจันทร์. (2556). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนใน
11. ศิรดา ทวีวัน. (2561). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มี2023 Aug 9. Available from: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf.

ผลของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย โรงพยาบาลกุดจับ

The results of the patient screening model by the role of professional nurses and the use of the waiting period emergency severity index Kut Chap Hospital.

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 6,2024 ; Accepted: March 7,2024)

รุ่งลาวรรณ์ ฤทธิวงศ์[1]
Runglawan Ritthiwong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน และประสิทธิผลของการใช้รูปแบบต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดแยกแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 16 คน เครื่องมือ ได้แก่ รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย แบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วย แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและเชิงปริมาณ ด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ One sample t-test statistic และ Paired t-test statistic ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

พบว่า รูปแบบฯ กำหนดประเภทผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ วิกฤต (Immediate) ได้รับการดูแลรักษาทันทีเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) ได้รับการรักษาภายใน 10 นาที เจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) ได้รับการรักษาภายใน 30 นาที เจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที และเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency) สามารถรอรับการรักษาได้ภายใน 120 นาที ด้านประสิทธิผลของการใช้ รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบการคัดแยก ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย (เฉลี่ย 0.02 นาที, <0 นาที)

คำสำคัญ: การคัดกรองผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ การใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย

Abstract

This research is an action research to study and develop a patient triage model using the independent role of professional nurses. Emergency Severity Index and the effectiveness of using the model on patient waiting times. Conducted between October 2023 - March 2024. The sample group was professional nurses performing triage duties in the accident and emergency department. Kut Chap Hospital, Kut Chap District, Udon Thani Province, 16 people. Tools include a patient screening model using the role of professional nurses and the use of the waiting period emergency severity index. Patient classification observation form Patient waiting time recording form and a questionnaire on the independent role practice of professional nurses. Data were analyzed using content and quantitative analysis. With frequency, percentage, mean, standard deviation, One sample t-test statistic and Paired t-test statistic at the statistical significance level of 0.05.

It was found that the model defines patient types into 5 levels: Critical (Immediate) receives immediate care; Severe Illness (Emergency) receives treatment within 10 minutes; Moderate Illness (Urgency) receives treatment within 30 minutes; Mild illness (Semi-Urgency) receive treatment within 60 minutes and general illnesses (Non-Urgency) can wait to receive treatment within 120 minutes. In terms of the effectiveness of using the format, after using the triage format Critical patient waiting times were equal to Australian standards (average 0.02 minutes, <0

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุดจับ

minutes). As for the waiting times of patients with severe illness (average 3.13 minutes, ≤10 minutes), moderate illness (average 15.27 minutes, ≤30 minutes), mild illness (average 22.08 minutes, ≤60 minutes), and general illness (average 45.56 minutes, ≤ 120 minutes) is less than the Australian standard with statistical significance at the 0.05 level. And regarding the practice of the independent role of professional nurses, it was found that after using the professional nursing model Able to perform independent roles better Statistically significant at the 0.05 level.
Keyword: Patient screening, professional nurse, Using the Waiting Period Emergency Severity Index

บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์ที่ความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอย่างจำกัด ซึ่งกระบวนการแก้ไขปัญหาในภาพรวมสามารถทำได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือ กระบวนการการคัดกรองผู้ป่วย (Triage) (การคัดกรองผู้ป่วย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) ระบบการคัดกรองผู้ป่วยมีการใช้มาเป็นเวลานาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉิน รอตรวจไม่ได้ และจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ก่อน และเนื่องจากโรงพยาบาลเป็นแหล่งบริการชุมชนด้านสุขภาพอนามัย เมื่อประชาชนเพิ่มขึ้น จำนวนผู้มารับบริการที่เพิ่มมากขึ้น การคัดแยกผู้ป่วยตั้งแต่จุดคัดแยกที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นขบวนการซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเพื่อตัดสินความรีบด่วนของปัญหา และส่งไปรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองความต้องการในการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้เร็วขึ้น[1]

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานที่สำคัญในโรงพยาบาลเป็นด่านแรก ที่ให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีอาการฉับพลัน และอยู่ในภาวะฉุกเฉินจากการเจ็บป่วยอย่างกะทันหันซึ่งต้องการการช่วยเหลือที่เร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้องทันเวลาและปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงจำเป็นที่ต้องมีเครื่องมือเป็นเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยที่แม่นยำและน่าเชื่อถือในการคัดกรองอาการของผู้ป่วยที่ต้องการ การรักษาอย่างเร่งด่วนและใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ประโยชน์อย่างสูงสุด[1]

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในต่างประเทศและต่างประเทศพบว่า ระบบการคัดแยกที่มีความละเอียด เที่ยงตรง และมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดจะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วนสามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษา ลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น และลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดแยก และในหลายประเทศ เช่น ประเทศแคนนาดา (Canadian Triage and AcuityScale (CTAS) และประเทศสหรัฐอเมริกา (Emergency Severity Index (ESI) ได้ใช้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อคัดแยกผู้ป่วยได้รวดเร็วทำให้ระยะเวลารอพบแพทย์ และระยะเวลาอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินลดลง สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ อีกทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพ ในบทบาทของพยาบาลผู้ประเมินครั้งแรกที่พบผู้ป่วย เพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของ ส่วนระบบการคัดแยกที่มีความคลาดเคลื่อนมาก จะส่งผลทำให้ภาระงานของหน่วยงานเพิ่มมากขึ้น มีการใช้ทรัพยากรที่มาก เกินความจำเป็น เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจเอ็กซเรย์เพื่อการวินิจฉัย เป็นต้น เพิ่มอัตราบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานโดยไม่มีความจำเป็น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นรวมถึงระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษา สำหรับผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉินอาจจะเกิดความล่าช้าอาจส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย[2]

ในประเทศไทยกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย (Triage) ได้มีการพัฒนาต่อเนื่องเรื่อยมา เดิมในประเทศใช้ของสภาการพยาบาลในการแบ่งประเภทผู้ป่วย ซึ่งแบ่งระดับการคัดกรองออกเป็น 3 ระดับ

คือ Emergent (E), Urgent (U), Non-emergent (N) มาใช้ในระบบบริการของห้องฉุกเฉิน และมีการประกาศใช้หลักเกณฑ์ในการคัดแยก เพื่อการคำนวณภาระงานการพยาบาลห้องฉุกเฉินในปี 2545 โดยแบ่งคนไข้เป็น 4 ระดับ คือ Emergent, Urgent, Acute illness และ Non-acute illness จนกระทั่งในปัจจุบัน ได้เริ่มมีการปรับใช้ระบบคัดกรองที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับความรุนแรง โดยอ้างอิงจากหลากหลายวิชาการ เช่น Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) ของประเทศแคนาดา และ Emergency Severity Index (ESI) ของสหรัฐอเมริกา กระทั่งล่าสุดได้มีการปรับเป็น Version 4 ส่วนในสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉินตามระบบ ESI Version 4 มีการแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง 4) ผู้ป่วยทั่วไป และ 5) ผู้ป่วยใช้บริการสาธารณสุขอื่น[3]

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับมีการคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาล (อัมภา ศรารัชต์, จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตท์, 2547) โดยแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนมาก ตรวจวัดสัญญาณชีพไม่ได้ หรือมีความผิดปกติของสัญญาณชีพอย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่าหรือน้อยกว่าร้อยละ 40 ได้รับการตรวจรักษาภายใน 0-4 นาที 2) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการแย่ลงถ้าไม่รีบรักษาภายใน 1-2 ชั่วโมง ได้รับการตรวจรักษาภายใน 30 นาที และ 3) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ไม่มีภาวะที่จะคุกคามชีวิต ได้รับการตรวจรักษาภายใน 60 นาที[4] ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวถูกนำมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบัน ถึงแม้ว่าจากสถิติข้อมูลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรธานีในปีงบประมาณ 2565 ที่ผ่านมา พบว่า ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยฉุกเฉินมาก 1.50 นาที ผู้ป่วยฉุกเฉิน 23 นาที และผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน 48 นาที หากพิจารณาแต่ละรายโรคจะพบว่า ผู้ป่วยบางกลุ่มมีระยะเวลารอคอยในการพบแพทย์ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด กล่าวคือ ผู้ป่วยอาการเร่งด่วนที่ควรมีระยะเวลารอคอยต่างกันถูกจัดมารวมเป็นกลุ่มเดียวกัน ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) ที่มีภาวะคุกคามเสี่ยงต่อการเสียชีวิตต้องการช่วยเหลือทันที เช่น ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ไม่หายใจ ไม่มีชีพจร กับผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมลง สับสน เมื่อเทียบกับระดับความรู้สึกตัวเดิม ซึ่งสามารถรอรับการตรวจรักษาภายใน 10 นาที ถูกรวมอยู่ในระดับ 1 เหมือนกัน ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินจริงๆ ที่ควรถูกจัดอยู่ในผู้ป่วยวิกฤต (ไม่ใช่ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง) ไม่ได้รับการช่วยเหลือในทันที ในปัจจุบันจากเกณฑ์หยาบๆ ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลารอคอยนานขึ้น เนื่องจากถูกจัดไว้ผิดประเภท ซึ่งส่งผลต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้[4]

ที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลกุดจับมีผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergency) มาใช้บริการทั้งหมด 112 คน และผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) จำนวน 319 ตามลำดับ โดยลักษณะผู้ป่วยฉุกเฉินมากมากกว่าร้อยละ 65 เป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Non-Trauma) และผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Non-Trauma) เช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวบางส่วนควรได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องรับการช่วยเหลือทันที และบางส่วนควรได้รับการคัดกรองเป็นเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือเจ็บป่วยทั่วไปที่สามารถรอแพทย์ตรวจมากกว่า 1 ชั่วโมง หรือนัดมาคลินิกอื่น มากกว่าจะถูกจัดเป็นกลุ่มฉุกเฉินมาก หรือกลุ่มฉุกเฉิน และนอกจากนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบว่าในปีงบประมาณ 2563-2565พบว่ามีการคัดกรองผิดพลาดถูกคัดกรองให้อยู่ในกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงน้อยกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง (Under triage) ร้อยละ 16.67, 13.33 และ 15 ตามลำดับพบมากในกลุ่มโรค หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และหอบหืด ร้อยละ 25.69, 18.77,15.09 ตามลำดับ

ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตเมื่อผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้งด้วยอาการที่รุนแรงขึ้นถึงขั้นวิกฤต ในขณะที่พบกลุ่มอาการปวดท้อง วิตกกังวล เมาสุรา ถูกคัดกรองให้ไปอยู่ในกลุ่มฉุกเฉินมากกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง (Over triage)ร้อยละ 18.44,15.33,13.09 ตามลำดับ[4] ในขณะที่มีผู้ป่วยอื่นรอตรวจทำให้เกิดความเสี่ยงในการรอคอย อย่างไรก็ตามหน่วยงานได้แก้ปัญหา โดยการประชุมทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น ผลของการแก้ปัญหาพบว่าร้อยละของการคัดกรองผิดพลาดในปีแรกๆ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาจากการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ ในขณะที่ปีหลังๆ เป็นปัญหาจากการคัดกรองสูงกว่าเกณฑ์ หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีการประชุมบุคลากรในแผนก เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ และในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเป็นผู้ที่ร่วมรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน จึงได้รับมอบหมายให้ดำเนินการพัฒนาเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยใหม่ เพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงสนใจการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย และการกำหนดระยะเวลาการได้รับการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน สามารถปรับเปลี่ยนระยะเวลาได้ตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล การพัฒนารูปแบบการคัดกรองตามลำดับความรุนแรงจึงต้องใช้ความคิดเห็นร่วมกันของบุคลากรหลายๆ ฝ่าย เพื่อให้ได้รูปแบบการคัดกรองที่เหมาะสมกับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลกุดจับ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการณ์ (Action Research) เพื่อศึกษาและพัฒนาผลของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ณ. หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้รูปแบบฯ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยที่มาใช้บริการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) ผ่านการอบรม MOPH ED Triage 3) ยินดีเขาร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ติดภาระงานหรือเรียนต่อ 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis ใช้ test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: differences between two independent means (two groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) = 0.05 และค่า power = 0.95 คำนวณได้ 10 คน โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเผื่อการออกกลางคันหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ประกอบ ด้วยคู่มือการคัดกรอง

ผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

1.2 แบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย คู่มือการคัดแยกผู้ป่วย และแบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4) ตามแนวคิดของ Gilboy และคณะ (2015) และ Australian Government (2019)[5] เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่เปิดโอกาสที่ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดรายละเอียดของเกณฑ์แต่ละระดับ พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองได้มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการระบุระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้อง ใช้เวลาในการคัดกรองผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้นและสามารถควบคุมเวลาในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น รวมทั้งแสดงบทบาทในฐานะผู้ประเมินอาการแสดงที่สำคัญต่อภาวะคุกคามชีวิต แล้วพิจารณาการความรุนแรง เพื่อจัดลำดับการเข้ารับการตรวจรักษาได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น เป็นผู้สอนและให้คำปรึกษาสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติให้ยอมรับตลอดจนการปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการของความเจ็บป่วย เป็นผู้ประสานงานส่งต่อข้อมูลกับแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ กับผู้ป่วยและญาติ ขณะรอพบแพทย์อย่างชัดเจนและง่ายต่อความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ

แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยตามเกณฑ์ของ Australian Government และแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Maas & Jacox(10) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและบทบาทผู้ประสานงานเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน แพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน เพื่อตรวจสอบเนื้อหาสาระความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ดังนี้ แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ผ่านเกณฑ์ ค่า IOC มากกว่า 0.50 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแล้วมาหาค่าความเที่ยง คือ ทดลองใช้แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 20 คน แล้ววิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 91 และ 0.92

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลองและระยะประเมินผลการทดลอง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. เตรียมเครื่องมือในการทำการทดลองทั้งหมด ประกอบด้วย

1.1 รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 1) เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 2) แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3) คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.2 แบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

1.3 แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย

1.4 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ

2. เตรียมผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด โดยแจ้งล่วงหน้าถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบ

3. ทำหนังสือขอความร่วมมือถึงหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล เพื่อขออนุมัติพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นผู้เข้าร่วมสนทนาเพื่อกำหนดคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

4. เตรียมแพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุละฉุกเฉินและพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ โดยแจ้งล่วงหน้าถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบของการสนทนากลุ่ม นัดเวลาและสถานที่ในการสนทนากลุ่มสนทนากลุ่มร่วมกับแพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 16 คน รวมทั้งสิ้น 17 คน โดยมีกำหนดการ ดังนี้ การให้ความรู้เรื่องแนวคิดพื้นฐานของรูปแบบการคัดกรอง 5 ระดับ รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (The Emergency severity index : ESI) โดยแพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรองผู้ป่วย 5 ระดับ โดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ความรู้ดังกล่าวจะนำมาใช้ในการสนทนากลุ่มในภาคบ่าย

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนาร่วมกับแพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพ โดยขออนุญาตผู้ร่วมประชุมบันทึกเสียงและจะมีการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ภายหลังสนทนากลุ่มผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนาสรุปเป็นเครื่องมือรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ประกอบด้วย 1) เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 2) แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3) คู่มือการคัดกรองผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ

5. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการขอใช้ข้อมูลในเวชระเบียน เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหน่วยเวชระเบียน เพื่อขอยืมเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้เวชระเบียน จำนวน 150 แฟ้ม หลังจากได้รับอนุญาตในการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนแล้ว ผู้วิจัยทำการสุ่มเวชระเบียนโดยจับฉลากจากหมายเลขเวชระเบียนจนครบ 150 แฟ้ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนทดลองและระยะทดลอง ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) ขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตอบแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยสำรวจ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน

2) ระยะทดลองใช้เครื่องมือรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ผู้วิจัยนำเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับที่พัฒนาแล้วมาทดลองใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในระยะนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาหากผู้ใช้เครื่องมือประสบปัญหาจากการใช้เครื่องมือ เป็นเวลา 1 เดือน ในระหว่างนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คน ติดตามสังเกตโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในการคัดกรองของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองทุกคน คนละ 2 ชั่วโมง ในช่วงการคัดกรองของเวรเช้า และบ่าย (08.00-16.00 น. และ 16.00-24.00 น.) และประเมินการคัดกรองดังกล่าวด้วยแบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วย กรณีพบ

ข้อผิดพลาด ให้คำปรึกษารายบุคคล หรือจัดประชุมทุกอาทิตย์ เพื่อแก้ไขส่วนที่เป็นปัญหา หรือเข้าใจไม่ตรงกัน จนกว่าการปฏิบัติงานจะคงที่

ระยะทดลอง พยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยเริ่มใช้ คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน เป็นเวลา 28 วัน โดยผู้วิจัยยังเสนอให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ต้องการคำแนะนำพบหรือปัญหาจากการใช้รูปแบบการคัดกรองโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง

1. เก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยโดยสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยงานหลังทดลอง ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือก ให้ผู้ป่วยมีลำดับความเร่งด่วนเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ระดับละ 30 คน รวม 150 คน นำมาเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยโดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินครั้งที่ 2 หลังการทดลอง 1 เดือน เป็นลักษณะการควบคุมโดยกลุ่มของตัวเอง เนื่องจากแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ เป็นเครื่องมือประเมินผลการทดลอง โดยครั้งแรกเป็นการเปรียบเทียบการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพจากข้อมูลก่อนการทดลอง ครั้งที่ 1 และข้อมูลหลังทดลอง ครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบความ แตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยกับระยะรอคอยตามเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย โดยใช้ค่าสถิติทดสอบที (One sample t-test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินโดยใช้ค่าสถิติทดสอบที (Paired t-test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยก่อนทดสอบได้ดำเนินการวิเคราะห์การแจกแจงปกติ (Tests of Normality) ด้วยสถิติ (Shapiro-Wilk)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีเลขที่ UDREC 1267

ผลการศึกษา

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย พบว่าระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ผู้ป่วยวิกฤตมีระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย 0.02 นาที ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง มีระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย 3.13 นาที ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลางมีระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย 15.27 นาทีผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยมีระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย 22.08 นาที และผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไปมีระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจเฉลี่ย 45.56 นาที

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินกับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียพบว่าหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย ส่วนระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยเจ็บป่วย

ทั่วไปน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.3) มีอายุระหว่าง 3–40 ปี (ร้อยละ 68.7) มีประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5–10 ปี (ร้อยละ 43.7) ระยะเวลาที่ได้รับการฝึกอบรมการ ปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยและนำมาใช้บริการงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉินจวบจนถึงปัจจุบัน ไม่เกิน 5 ปี และระหว่าง 11–15 ปี เท่ากัน คือ (ร้อยละ 31.2) ด้านประสบการณ์ในการฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรอบรมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (ร้อยละ 62.5) ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ร้อยละ 68.8)

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ด้วยค่าสถิติทดสอบทีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 (t=-5.66, p-value=0.00) โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล (t=-2.49, p-value= 0.02) บทบาทผู้ประสานแนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (t=-5.65, p-value= 0.00) และบทบาทผู้ประสานงาน (t=-3.83, p-value= 0.00) ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย ด้วยค่าสถิติทดสอบที

การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
บทบาทผู้ดูแล	3.98	0.51	4.21	0.21	-2.49	0.02*
บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ	3.83	0.29	4.24	0.16	-5.65	0.00*
บทบาทผู้ประสานงาน	3.91	0.45	4.22	0.24	-3.83	0.00*
ภาพรวม	**3.91**	**0.42**	**4.21**	**0.20**	**-5.66**	**0.00***

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย โรงพยาบาลกุดจับ ประยุกต์ใช้เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4) ตามแนวคิดของ Gilboy และคณะ(2015)[6] และ Australian Government (2019)[7] กำหนดประเภทผู้ป่วย แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยและผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป เป็นการเน้นการคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต หรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วนร่วมกับการคำนึงถึงแนวโน้มทรัพยากรที่จะต้องใช้ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ ซึ่งการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินได้ผ่านการนำไปทดสอบการใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่า เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย มีรายละเอียดของเกณฑ์ต่าง ๆ อย่างชัดเจน ทำให้โอกาสในการมีความเห็นตรงกันสูงและมีความถูกต้อง ใช้ระยะเวลาในการคัดแยกสั้น นอกจากนั้นดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีความถูกต้องมากกว่าการคัดแยกรูปแบบอื่น ขั้นตอน

การปฏิบัติมีจุดแข็งที่ความเรียบง่ายในการใช้งาน และมีความสามารถในการลดการใช้ความรู้สึกของผู้คัดแยก ตลอดจนการคัดแยกด้วยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีความเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่นในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุ[8] และจากการทบทวนการนำมาใช้ในบริบทประเทศไทย พบว่า มีความเที่ยงตรงและแม่นยำสูง สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริง โดยช่วยให้ระบบการดูแลผู้ป่วยเร็วขึ้นกว่าเดิมและมีคุณภาพดีขึ้น[9] จากการศึกษาการนำดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินมาปรับใช้ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่นของกงทอง ไพศาล[1] พบว่า การคัดแยกด้วยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและจำแนกประเภทผู้ป่วยได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น และมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน รายด้านและโดยรวมดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องด้วยรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ เป็นรูปแบบที่ใช้ง่าย มีความถูกต้อง ใช้ระยะเวลาในการคัดแยกสั้น และขั้นตอนการปฏิบัติมีความเรียบง่ายในการใช้งาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติบทบาทอิสระในการปฏิบัติการคัดแยกได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการคัดแยกด้วยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินมาทดลองใช้ในโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าโดยรวมหลังการใช้รูปแบบส่งผลให้ลักษณะงาน ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[1]

3. ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยหลังใช้การคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน พบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) หรือกลุ่มผู้ป่วยที่จัดเป็นประเภทที่ 1 ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงมีภาวะคุกคามที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือระบบการทำงานของร่างกายล้มเหลว ได้รับการดูแลรักษาทันทีรวดเร็วและทันเวลา ไม่แตกต่างกับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลารอคอยพบแพทย์ที่ตามความต้องการการรักษาสำหรับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) ปานกลาง (Urgency) เล็กน้อย(Semi-Urgency) และทั่วไป (Non-Urgency) น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ สามารถจัดการกับระยะเวลารอคอยให้สอดคล้องกับระดับความเร่งด่วนตามเวลาที่กำหนดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยแต่ละระดับหลังการทดลองต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย[7]

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินมีขั้นตอนการดูแลหรือขั้นตอนการปฏิบัติในรูปแบบและเป็นมาตรฐานเดียวกัน มีแนวปฏิบัติที่ทำให้พยาบาลคัดแยกสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการจัดผู้ป่วยให้อยู่ในระดับความรุนแรงประเภทไหน และได้รับการดูแลที่ทันตามเวลา ทำให้ได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมและช่วยพยาบาลในการแสดงบทบาทอิสระในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานตลอดจนการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินซึ่งเป็นรูปแบบการคัดแยกที่ดีทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจในบทบาทพยาบาลคัดแยกที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กงทอง ไพศาล. (2554). การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น, วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 34 (3) : 57-64
2. อัมภา ศรารัชต์, จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ และอมรรัตน์ อนุวัฒ นนทเขตท์. (2547). การจำแนกประเภทผู้ป่วย งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน กรุงเทพ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).

3. สุดาพรรณ ธัญจิรา และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์. (2546). การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติภัยหมู่ พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพ : สามเจริญพาณิชย์
4. โรงพยาบาลกุดจับ. ความเสี่ยงกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุดจับ.; 2565.
5. Australian Government. (2007). Emergency Triage Education Kit [Online]. Available from: http://www.ag.gov.au/cca [2023, August 20]
6. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau, AM. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication No.12-0014. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
7. Australian Government. EmergencyTriage Education Kit 2019. [Online]. 2019 [2023, August 20]. Available from: www.ag.gov.au/cca
8. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา. การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.bcn.ac.th/infomation/Files/Attachfile
9. ภุมรินทร์แซ่ลิ่ม, ประสิทธิ์วุฒิสุทธิเมธาวี. การคัดแยกด้วยเกณฑ์คัดแยกและมาตรความเฉียบพลันแคนาดาในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2556;28(4):205-11.

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลท่าลี่

Effects of a participatory home visiting and education program on health promotion for the elderly with uncontrolled high blood pressure. Tha Li Hospital.

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 6,2024 ; Accepted: March 7,2024)

สุชารัตน์ ชาวตวันตก[1]
Sucharat ChaoTawantok[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในเขตอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในเขตอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 22 คน โดยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโครงการโดยการให้ความรู้ สร้างความตระหนักและการปฏิบัติตัวโดยเน้นเกี่ยวกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยา การมารักษาตามนัด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความตระหนัก และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน คือ Independent t-Test และ One way repeated measure ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของความตระหนักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของความตระหนักทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของความตระหนักและการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของความตระหนักและการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยในกลุ่มทดลอง หลังทดลองทันทีและระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตลดต่ำลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วม การให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Abstract

This study was quasi-experimental study aimed to studying the effects of a participatory home visiting program and providing knowledge on promoting the health of the elderly with uncontrolled high blood pressure. In Tha Li District, Loei Province, the sample group were elderly people with uncontrolled high blood pressure. In Tha Li District, Loei Province, a total of 44 people were divided into an experimental group and a comparison group of 22 people each. The comparison group received normal services. As for the experimental group, they participated in the project by providing knowledge. Raise awareness and practice by emphasizing treatment of high blood pressure, medication use, and keeping up with appointments. The tools used to collect data were awareness interviews. and practice interview form Data were analyzed by finding frequency distributions, percentages, standard deviations (S.D.). Statistics used in hypothesis testing were Independent t-Test and One way repeated measure ANOVA.

[1] โรงพยาบาลท่าลี่ จังหวัดเลย

The results of the study found that Mean awareness between the experimental and comparison groups It was found that before the experiment the average awareness of the two groups was not different. Immediately after the experiment and during the follow-up period It was found that in the experimental and comparison groups the mean values of awareness and practice were significantly different ($p<0.05$). in the experimental group There is an increase in average awareness and practice. and more than the comparison group As for the mean blood pressure levels of the hypertensive elderly between the experimental and comparison groups, it was found that the mean blood pressure levels before the experiment in both groups were not different. Immediately after the experiment and follow-up period It was found that there was a statistically significant difference ($p<0.05$) In the experimental group. Immediately after testing And during the follow-up period, the mean blood pressure level decreased more than the comparison group.

Keywords: participatory home visiting, education, health promotion elderly uncontrolled high blood pressure

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาตินั่น คือ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ และจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - Aged Society) ในปี พ.ศ. 2574 สัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่เรื้อรัง ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สานักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยได้คาดประมาณงบประมาณที่ต้องใช้ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยเฉลี่ยแล้วสูงถึงประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 0.1 ของ GDP ในช่วงปีพ.ศ. 2558 - 2565 จึงต้องเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพก่อนวัยสูงอายุและเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศ สังคม และครอบครัว[1]

จากการที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อระบบบริการสาธารณสุขเนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทำให้สุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม ด้วยความสูงวัยเป็นช่วงของการพัฒนาการในทางเสื่อมถอยทั้งด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกระบบ จึงทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและรุนแรงกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกาย ซึ่งค่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก คือค่าแรงดันเลือดมีการสูบฉีดเลือดที่กระทำต่อพื้นผิวบนหลอดเลือด บุคคลในวัยสูงอายุจะมีการเสื่อมสภาพร่างกายทางด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต คือ หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลงและมีการแข็งตัวบริเวณหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น จากพยาธิสภาพของหลอดเลือดดังกล่าวมาข้างต้น หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ตามเป้าหมายของระดับความดันโลหิตได้ ส่งผลต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอัมพฤกษ์อัมพาตได้มากกว่าวัยอื่น ซึ่งมีความสอดคล้องกับสถิติสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2556)[2] พบว่า อัตราการตายด้วยโรคอัม

พฤกษ์อัมพาตต่อแสนประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี จาก 2,071 ราย ในปี 2563 เพิ่มเป็น 2,281 ราย และ 2,448 ราย ในปี 2564 และ 2565 ตามลำดับ ซึ่งโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ ถ้าผู้สูงอายุมีระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายที่วางไว้[3] ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 50 ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 60-69 ปี มากถึงร้อยละ 43 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2017) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว[4]ทำให้ต้องสูญเสียทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมากและยังพบว่า ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ส่วนใหญ่เกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ทั้งในด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง[4] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุขต้องหากลวิธีในการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งเบคเกอร์ 8 เชื่อว่าหากผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) และรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ในทำนองเดียวกันหากผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง แต่รับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ต่ำจะทำให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงปฏิบัติพฤติกรรมที่ควบคุมความดันโลหิต[5] สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพทำให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการใช้ยารักษายังพบว่าปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การสนทนากลุ่มในปัญหาการใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่องพบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องพอทุเลาลงก็เลิกรับประทานเพราะคิดว่าหายจากโรคแล้ว จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้การรักษาไม่ได้ตามเป้าหมาย[6] และผลการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการดูแลรักษาผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีและมีการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจให้การสนับสนุนให้สื่อการเรียนรู้ การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านเป็นบริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการ มีทีมเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขให้การสนับสนุนแนะนำช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย โดยมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย ทำให้เกิดเครือข่ายสุขภาพครอบครัวและชุมชน ญาติพี่น้องก็จะเข้าใจภาวะเจ็บป่วยให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้ฟื้นหายเร็ว การรักษาได้ผลดีผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[7] ในการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นั้น การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน คอยกระตุ้นเตือนทบทวนความรู้ในส่วนที่ยังไม่เข้าใจเป็นระยะๆ ทำให้ผลการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ผลดียิ่งขึ้น[7]

โรงพยาบาลท่าลี่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ได้จัดบริการเยี่ยมบ้านสำหรับการดูแลส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชน สถิติในปี 2565 พบว่าผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายการรักษามีเพียงร้อยละ 30.20เท่านั้น ซึ่งเมื่อเทียบกับสถิติของจังหวัดเลยในปี 2564 มีผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมายการรักษาเพียงร้อยละ 36.45 จะเห็น

ได้ว่าต้องมีการพัฒนาหาแนวทางเพื่อดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้ศึกษาค้นคว้าคิดค้นโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเชิงรุกมีการติดตามลงเยี่ยมบ้าน ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้และดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้ดีขึ้น มีการปฏิบัติตัวได้ดียิ่งขึ้นอันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวและเป็นผลดีต่อหน่วยงานและประเทศชาติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความตระหนักและการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสุ่มสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pre test – Post test design) เก็บข้อมูล 3 ระยะ คือก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตาม เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักและการปฏิบัติตัว ระดับความดันโลหิต และความพึงพอใจของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ โดยศึกษาในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่อาศัยอยู่ ณ. ชุมชนเขตอำเภอท่าลี่ ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลท่าลี่ทั้งเพศหญิงและเพศชายและได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงด้วยยาชนิดรับประทาน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่อาศัย อยู่ในเขตอำเภอท่าลี่ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย และได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาชนิดรับประทาน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่อาศัย อยู่ในเขตอำเภอท่าลี่ และได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาชนิดรับประทาน กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์ในการเลือก คือ 1) เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) มีอายุ ระหว่าง 60-70 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90- 180/99 มม.ปรอท ย้อนหลัง 3 เดือน และได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต (จากการวินิจฉัยของแพทย์) 4ได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าสามารถออกกำลังกายได้ 5) ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง มีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ คัดกรองโดยใช้เครื่องมือ MMSE-Thai (2000) ต้องมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ 6) สามารถจัดการความเครียดในชีวิตประจำวันได้ คัดกรองโดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต ต้องมีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-17 คะแนน 7) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาในการรับรู้และมีความพิการผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ได้แก่ พิการทางเคลื่อนไหว พิการทางสติปัญญา ตาบอดและหูหนวก 3) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อให้ข้อมูลในระดับหนึ่งแล้วผู้ป่วย

สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis ใช้ test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: differences between two independent means (two groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) = 0.05 และค่า power = 0.95 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 คน โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเผื่อการออกกลางคันหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 44 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 22 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย

1.1สื่อประกอบในการจัดการตนเอง ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้สูงอายุ และแผนการสอนเรื่องส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

1.2โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเอง11,12 โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรรมประกอบด้วย 1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นรายกลุ่ม การค้นหาปัญหาและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายบุคคล ฝึกทักษะการจัดการตนเองฯ และการใช้คู่มือฯ ใช้เวลา 180 นาที 2) กิจกรรมติดตามทางโทรศัพท์จนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที 3) กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 30 นาที เพื่อกำกับติดตามเป้าหมายของผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกผลการตรวจระดับความดันโลหิต 2) แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ 2.1) แบบสัมภาษณ์ความตระหนักเป็นคำถาม แบบประมาณค่า (Rating scale) แบบ 5 ตัวเลือก 2.2) แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเป็นคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) แบบ 4 ตัวเลือก 2.3) แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก

3. ส่วนเครื่องมือทางการแพทย์ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดปรอท ยี่ห้อ Riester รุ่น diplomat-presameter แบบตั้งโต๊ะ จำนวน 1 เครื่อง และหูฟังทางการแพทย์ยี่ห้อ 3M รุ่น Littmann classic II ที่ได้รับการตรวจสอบมาตรฐาน โดยหน่วยงานโรงพยาบาลท่าลี่กลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างคนเดิม 2 ครั้ง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 และใช้เครื่องเดิมตลอดการวิจัยเพื่อประเมินความดันโลหิตก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยวัดที่แขนซ้ายหลังจากพัก 15 นาทีในท่านั่ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำนวน 10 คน และได้นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนการนำไปทดลองใช้จริง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยด้านการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและการพยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้ศึกษาได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้ก่อนกับกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน 20 คน ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของความตระหนักเท่ากับ 0.85 การปฏิบัติเท่ากับ 0.75

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งผู้ดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจง และตกลงกติกากลุ่มร่วมกัน หลังจาก

นั้นจึงจัดกิจกรรมให้ความรู้ตามแผนการสอน แจกคู่มือดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และสอนวิธีการใช้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และวางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกัน ใช้เวลา 1 วัน หลังจากให้ความรู้แล้วก็ติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการเยี่ยมบ้าน คือ หลังให้ความรู้ สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 เก็บข้อมูล 3 ระยะ คือ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 6 สัปดาห์โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการก่อนการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 1 1) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยกับกลุ่มทดลองที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลท่าลี่ และให้ลงนามในใบยินยอม ในผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วันพฤหัสบดีที่ 1 ของเดือน 2) ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ใช้เวลา 30 นาที 3) ผู้วิจัยจัดกิจกรรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายกลุ่ม การค้นหาปัญหาและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายบุคคลฝึกทักษะการจัดการตนเองฯ และการใช้คู่มือฯ (ใช้เวลา 180 นาที)

2. ระยะปฏิบัติการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 1,3,5 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที เพื่อติดตามพฤติกรรม และปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายต่อไป

สัปดาห์ที่ 2,4,6 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ ปัญหาและอุปสรรคแนวทางการแก้ไข และบันทึกลงในคู่มือฯ

3. ระยะติดตามและประเมินผลสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และวัดความดันโลหิตที่บ้านของกลุ่มทดลอง ใช้เวลา 30 นาที

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และให้ลงนามในใบยินยอม หลังจากนั้นเก็บข้อมูลครั้งแรกในวันพฤหัสบดีที่ 2 ของเดือน รับการสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และวัดความดันโลหิต ใช้เวลา 30 นาที ตลอดการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐานโรงพยาบาลท่าลี่และในสัปดาห์ที่ 6 ของการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลโดยการสอบถามพฤติกรรมและวัดความดันโลหิตที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง และมอบคู่มือ ฯ ใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน คือ Independent t-Test และ One way repeated measure ANOVA

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยเลขที่ P6608005

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ทั้งสองกลุ่มส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.60 เพศชายร้อยละ 36.40 เท่ากัน อายุเฉลี่ย 61 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD= 2.01) สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนมากร้อยละ 68.20 หม้ายและแยกกันอยู่ร้อยละ 18.20 โสดร้อยละ 2.30 การศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนมากร้อยละ 81.80 จบมัธยมศึกษาร้อยละ 18.20 ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD= 2.01) การมีคนคอยดูแลร้อยละ 81.80 และไม่มีคนคอยดูแลร้อยละ 18.20 ทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน

2. การเปรียบเทียบความตระหนัก การปฏิบัติ ระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการเปรียบเทียบก่อนทดลอง พบว่า ความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับความดันโลหิต ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับความดันโลหิต ก่อนทดลอง

ตัวแปร		จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ความตระหนัก						
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	22	4.01	0.38	1.08	0.27
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	3.90	0.33		
การปฏิบัติตัว						
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	22	2.71	0.37	1.09	0.28
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	2.60	0.30		
ระดับความดันโลหิต						
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	22	160.24	11.54	-1.07	.29
Systolic Blood Pressure (mmHg)	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	156.96	10.06		
Diastolic Blood Pressure (mmHg)	กลุ่มทดลอง	22	97.52	5.14	-.48	.63
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	96.76	6.00		

ผลการเปรียบเทียบหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล พบว่า ความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับความดันโลหิต ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับความดันโลหิต หลังทดลอง

ตัวแปร		จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ความตระหนัก						
หลังทดลองทันที	กลุ่มทดลอง	22	4.70	0.21	9.91	0.001*
(สัปดาห์ที่ 1)	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	3.92	0.31		
ระยะติดตามผล	กลุ่มทดลอง	22	4.70	0.29	8.66	0.001*
(สัปดาห์ที่ 6)	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	3.93	0.3		
การปฏิบัติตัว						
หลังทดลองทันที	กลุ่มทดลอง	22	3.53	0.21	10.50	0.001*
(สัปดาห์ที่ 1)	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	2.65	0.34		
ระยะติดตามผล	กลุ่มทดลอง	22	3.54	0.33	8.77	0.001*
(สัปดาห์ที่ 6)	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	2.67	0.33		
ระดับความดันโลหิต						
หลังทดลองทันที (สัปดาห์ที่ 1)						
Systolic Blood Pressure	กลุ่มทดลอง	22	136.16	6.60	6.56	0.001*
(mmHg)	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	154.76	12.54		
Diastolic Blood Pressure	กลุ่มทดลอง	22	82.16	4.20	9.23	0.001*
(mmHg)	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	93.04	4.12		
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 6)						
Systolic Blood Pressure	กลุ่มทดลอง	22	126.16	5.60	5.56	0.001*

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับความดันโลหิต หลังทดลอง

ตัวแปร		จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p
(mmHg)	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	156.76	12.54		
Diastolic Blood Pressure	กลุ่มทดลอง	22	72.16	4.00	8.23	0.001*
(mmHg)	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	932.04	4.12		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน หลังทดลองสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการ นำมาทดสอบตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 ด้วย One Sample t-test พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจในด้านเนื้อหาความรู้ในระดับมากที่สุดร้อยละ 86 และน้อยที่สุดคือด้านการนัดหมายเวลาพอใจมากถึงมากที่สุดร้อยละ 77.20

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ ผลการเปรียบเทียบความตระหนักและการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการให้ความรู้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม มีปัจจัยสนับสนุนและมีแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับการเยี่ยมบ้านกระตุ้นเตือนเป็นระยะแรกไม่ห่างกันมากทำให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เกิดการเรียนรู้ ทำให้มีความตระหนักและมีการปฏิบัติตัวต่อการรักษาเพิ่มมากขึ้น ส่วนผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตหลังการทดลองระดับน้ำตาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มทดลองพบว่า ระดับความดันโลหิต ลดต่ำลงตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ก่อนทดลองเท่ากับ 168.68 (SD= 15.21) หลังทดลองทันทีลดลงเหลือ 152.55 (SD= 14.05) ระยะติดตามลดลงเหลือ 144.23 (SD=13.85) อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เกิดความตระหนักและมีการปฏิบัติตัวเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง

ในการเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษาในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความรู้และการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นและมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ลดลง ในการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเอง สนทนากลุ่ม และการเยี่ยมบ้าน ส่วนคะแนนความพึงพอใจนั้นพบว่า ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 โดยพอใจด้านความรู้มากที่สุด น้อยที่สุดคือด้านการนัดหมายตรงเวลาเนื่องจากพยาบาลและผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เองมีภาระกิจต้องทำในวันนัดหมายจึงมีการเลื่อนนัดหมาย โดยมีทั้งทีมพยาบาลเลื่อนเอง อาสาสมัครสาธารสุขและผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เลื่อนอภิปรายว่าการนัดหมายควรมีการยืดหยุ่นตามความเหมาะสมในการเยี่ยม เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง[7]

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในครั้งนี้ ควรมีการเยี่ยมบ้านเพื่อเพิ่มทักษะการจัดการตัวเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ในระยะยาว ควรสนับสนุนให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ให้มากขึ้น และควรพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในระยะยาว โปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีความความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 ควรมีการนำไปพัฒนาปรับใช้ในกรณีต้องดูแลอย่างเคร่งครัดในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีระดับความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผน ยุทธศาสตร์ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ : อิโมชั่น อาร์ตจำกัด; 2560.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: บริษัท อิโมชั่น อาร์ต จำกัด.
3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการ รักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 [ออนไลน์]. 2562 [อ้างเมื่อ 17 สิงหาคม 2566]. จาก http://www.thaihypertension.org/files/HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf
4. Xie H, Cheng C, Tao Y, Zhang J, Robert D, Jia J, Su Y. Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. Health Qual Life Outcomes 2016;14(1):99. doi:10.1186/s12955-016-050
5. สำนักการพยาบาล. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (พิมพ์ครั้งที่ 1).กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556
6. บันเทิง พลสวัสดิ์. กระเป๋ายาคู่ชีพ อสม.ร่วมใจแก้ปัญหายาเหลือใช้ ลดค่าใช้จ่ายเป็นแสน.ใน จรวยพร ศรีศลักษณ์ และ สมพนธ์ ทัศนิยม (บรรณาธิการ),รวมบทคัดย่อผลงานR2R เล่ม1ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย. กรุงเทพ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่งจำกัด; 2554.
7. สำนักการพยาบาล. (2557). เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย: กรุงเทพมหานคร.

การพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยใช้หลักการ 3อ.2ส. บ้านโคกมะนาว ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

Developing a model community for changing health behavior among people at risk for diabetes Using the principles of 3A.2S. Ban Khok Manao, Nong Pling Subdistrict, Nikhom Nam Oon District. Sakon Nakhon Province

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 6,2024 ; Accepted: March 7,2024)

คำวรรณ์ ปราศรัยงาม[1]
Khamwan Prathangam[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นมีรูปแบบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้กระบวนเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method) ทั้งเชิงปริมาณ ได้แก่ การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามและเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส. ในพื้นที่บ้านโคกมะนาว ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 22 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดย ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ pearson correlation, paired – t test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้หลังได้รับการอบรมมีระดับความรู้ดีขึ้นทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหารปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ด้านอารมณ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ด้านการออกกำลังกายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ด้านบุหรี่ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและด้านสุราปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2สของผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ตลอดระยะเวลา 3 เดือน ที่ได้ใช้โปรแกรมมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ได้แก่ ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักและรอบเอว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความพึงพอใจต่อการพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส จากการสอบถามผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส. ทั้งรูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ หลังจากปฏิบัติตัวที่บ้าน และมีความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพราะทำรู้สึกสบายตัวขึ้น มีความสุขกับการทำกิจกรรมที่ทำร่วมกับชุมชน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

Abstract

This research was based on action research method. Use a mixed data collection process (Mixed Method), both quantitative, including surveys using questionnaires, and qualitative, including in-depth interviews. group chat Participatory observation For the development of a model community for changing health behavior in people at risk for diabetes using the principles of 3A.2S in the area of Ban Khok Manao, Nong Pling Subdistrict, Nikhom Nam Un District. Sakon Nakhon Province A purposive sample of 22 people was analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Data analysis used pearson correlation, paired – t test statistics and content analysis.

[1] โรงพยาบาลนิคมน้ำอูน อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

The results of the study found that After receiving the training, the level of knowledge improved in all 5 areas, including food and changing health behaviors in people at risk for diabetes. Emotional aspects change health behavior in people at risk for diabetes. Exercise changes health behavior in people at risk for diabetes. In the area of cigarettes and changing health behavior in people at risk for diabetes, and in the area of alcohol and changing health behaviors in people at risk for diabetes. Before and after the training were different at the statistical significance level of 0.05. Health outcomes of the diabetic risk group using the principles 3A.2S of the activity participants found that throughout the 3 months of using the program, they had better health results, including blood sugar values. BMI Weight and waist circumference Before and after joining the program, they were significantly different at the 0.05 level.

Satisfaction with the development of a model community for modifying health behavior in the diabetic risk group using the principles of 3A.2S. From the questionnaire of the activity participants, it was found that they were satisfied with the model for modifying behavior in the diabetic risk group using the principles. 3A.2S. Both activity patterns and health outcomes. After practicing at home and are satisfied with the change in their body because they feel more comfortable Happy with activities that we do with the community.

Keywords: model development, health behavior modification, diabetes risk group

บทนำ

โรคเบาหวาน(Diabetes)เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการผลิตฮอร์โมนอินซูลินทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติน้ำตาลที่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายจะถูกนำไปเปลี่ยนเป็นพลังงานโดยการควบคุมของอินซูลินในเมื่ออินซูลินมีปัญหาทำให้ไม่สามารถดึงน้ำตาลไปใช้ได้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลตกค้างในกระแสเลือดมากขึ้นไตจึงขับของเสียออกมาทางปัสสาวะอันเป็นเหตุให้ปัสสาวะหวานนั่นเอง โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในศตวรรษที่ 21 ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบของร่างกายตามมาส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงประเทศชาติ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Diabetic risk group) คือผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานซึ่งได้มีการศึกษาพบว่าร้อยละละ 40-50 ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจะพัฒนาไปเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 50 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มปกติ การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน (ยกเว้นหญิงมีครรภ์) ให้ตรวจคัดกรองในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งใช้เกณฑ์ความเสี่ยง คือ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ผู้ที่อ้วนและมีพ่อแม่พี่ หรือน้องเป็นโรคเบาหวาน เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่ มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่ มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็นความทนทานต่อกลูโคสบกพร่อง มีโรคหัวใจและหลอดเลือด มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ผู้ที่มีเกณฑ์เสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งใน และควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานถ้าปกติควรตรวจซ้ำทุกปี[1]

แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวไว้ว่าปัญหาด้านสุขภาพมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพโดยตรงเช่นการไม่ออกกำลังกายการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ซึ่งต้องดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมโดยใช้กระบวนการสุขศึกษา เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพทั้งในลักษณะของการปลูกฝังการสร้างเสริมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเป้าหมายให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้มากพอที่จะลดปัญหาสาธารณสุขในกลุ่มเป้าหมายได้ นโยบายหมู่บ้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมสนับสนุนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนในชุมชนตั้งแต่ ปีพ.ศ.2552 ภายใต้โครงการ

เฉลิมพระเกียรติ 57 พรรษามหาวชิราลงกรณ์: หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพบริโภคอาหารและออกกำลังกายที่ถูกต้องตามเกณฑ์ซึ่งมีแนวทางดังนี้ (Health Education Division Department of Health Service Support Ministry, of Health,2013) สร้างและพัฒนาทีมแกนนำพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีและใช้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้านและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อกำหนดเป้าหมายทิศทางและแผนการพัฒนาได้ตรงความต้องการและสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของชุมชน เข้าใจปัญหาและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในคนไทย ได้แก่ ในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานควรมีการปฏิบัติตนป้องกันโรคยึดหลัก คือใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ได้แก่ อ.อาหาร เลือกรับประทานอาหารที่ไม่หวาน มันน้อย และเค็มน้อย ชิมก่อนเติมเครื่องปรุง กินผักหลากสีและผลไม้สดที่ไม่หวานจัดเพิ่มขึ้น กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน บริโภคเกลือหรือผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำไม่ควรเกิน 1 ช้อนชาต่อวัน และน้ำตาลไม่เกิน 4-6 ช้อนชาต่อวัน อ.ออกกำลังกาย วันละ 30-60 นาที อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ อ.อารมณ์ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย เช่นทำงานอดิเรก ปรึกษากับผู้ที่ไว้วางใจได้ เป็นต้น ส. ไม่สูบบุหรี่ ควรงดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงจากสถานที่มีควันบุหรี่ และ ส. ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นหลักการที่ดีในการป้องกันโรคได้[2]

อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร มีผลการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป เดือน ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนิคมน้ำอูน ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ประชากรรับผิดชอบทั้งหมด 2,606 พบว่า จำนวนประชาการกลุ่มเสี่ยง 1,255 คน คิดเป็นร้อยละ 48.15 กลุ่มสงสัยป่วยจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 3.66 ของกลุ่มเสี่ยงและพบเบาหวานรายใหม่จำนวน 7 คน จากกลุ่มเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 15.22 ซึ่งเกินมาตรฐานที่กำหนดว่าอัตราการตรวจพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ต้องไม่เกินร้อยละ 5 และหากพิจารณาถึงความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่กำลังรักษาตัวในเขตรับผิดชอบตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 13.15 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 40 ขึ้นไป (Chumphae District Health office, 2016)

ปี 2566 จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการหาน้ำตาลในเลือด พบว่าบ้านโคกมะนาว ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 26 ราย การพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส. เป็นการส่งเสริมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันโรคเบาหวาน ลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาให้เป็นต้นแบบที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาชุมชนและลดอัตราการป่วยได้อย่างยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน บ้านโคกมะนาว ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส.บ้านโคกมะนาว ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยฉบับนี้ใช้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods) ใช้กระบวนเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method) ทั้งเชิงปริมาณ ได้แก่ การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามและเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนบ้านโคกมะนาว ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ทั้งหมด 22 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) กลุ่มเสี่ยงคือผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองและมีระดับน้ำตาลในเลือดที่งดน้ำ งดอาหารมาแล้ว 8 ชั่วโมง โดยเจาะเลือดที่ปลายนิ้วมีค่าในช่วง 100-125 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ 2) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การพูด มีสติสัมปชัญญะดี 3 ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ ไม่อยู่ในในภาวะตั้งครรภ์ ลมชัก ไตระยะสุดท้าย 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 5) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย

1. เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามชนิดเติมคำและเลือกคำตอบ ข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้เฉลี่ย การมีหนี้สิน ระดับการศึกษา อาชีพหลัก จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ความรู้ในการออกกำลังกาย การรับรู้ในประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามความรู้เป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1986) ดังนี้

ระดับความรู้ดี คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 – 100

ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79

ระดับความรู้น้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร การปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย การปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แบบสอบถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1- 5 คะแนน การแปลความหมาย

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปฏิบัติสม่ำเสมอ

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปฏิบัติบางครั้ง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปฏิบัติน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับไม่เคยปฏิบัติเลย

2. แนวข้อคำถามการสนทนากลุ่มในด้านทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ

3. แบบบันทึกติดตามเยี่ยมบ้านชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอวและตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเดือนละ 1 ครั้ง บันทึกผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดำเนินการ 3 เดือน

4. แบบบันทึกการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินกิจกรรมโดยบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านผ่านกิจกรรมเพื่อนอสม. (บัดดี้อสม.)

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.98 เป็นค่าที่ยอมรับได้ ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามหลังจากปรับแก้ตาม คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้กับพื้นที่ใกล้เคียงจำนวน 30 ชุด โดยได้ทดสอบกับตำบลใกล้เคียง โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ $\alpha \geq 0.75$ เป็นค่าที่ยอมรับได้ แบบสอบถามแต่ละส่วนมีค่าความเชื่อมั่นดังนี้ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ความรู้ในการออกกำลังกาย การรับรู้ในประโยชน์ของการดูแลสุขภาพวัดด้วยสูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson formula 21) ได้ค่าเฉลี่ยความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 2) การปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร การปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย การปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพ วัดความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's. Alpha Method) ได้ค่าเฉลี่ยความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการอบรม ชี้แจงรายละเอียดของข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหัวหน้าคณะผู้วิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกัน

ระยะที่ 2 การศึกษาการพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส.

1. การศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานแบบมีส่วนร่วมจากวิจัยต่างๆ

2. นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เพื่อวางแผนดำเนินการ

3. ประชุมเพื่อเลือกหมู่บ้านต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

4.ดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

4.1 เลือกหมู่บ้านตัวอย่างเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

4.2 ประชาคม เพื่อรับรู้ปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันกำหนดแนวทางและบทบาทเพื่อให้ได้แผนชุมชนและประเมินผล

4.3 กลุ่มเสี่ยงร่วมออกแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลัก 3อ. 2ส. ใช้การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบรายกลุ่มและบุคคล

4.5 ติดตามเยี่ยมบ้านชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอวและตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเดือนละ 1 ครั้ง บันทึกผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดำเนินการ 3 เดือน

5. เปรียบเทียบผลชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอวและตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด

6. บันทึกการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินกิจกรรมโดยบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านผ่านกิจกรรมเพื่อนอสม. (บัดดี้อสม.)

7. ประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส.

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ Pair – t test ทดสอบค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองใช้การพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส.

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปโดยการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) ประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มอย่างละเอียด ชนิดคำต่อคำ (Transcribing Interview)

ขั้นที่ 2 การจัดเตรียมข้อมูล (Data Management)โดยจดบันทึกเตรียมเป็นลักษณะแฟ้มต่าง ๆ

ขั้นที่ 3 การให้รหัส (Coding) จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categoring) งานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับคำ คุณภาพน้ำในแหล่งน้ำสาธารณะ

ขั้นที่ 4 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการตัดทอนข้อมูล (Memoing Data Reduction)

ขั้นที่ 5 การเสนอข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และการนำเสนอ (Displaying Data for Analysis and Presentation) เป็นการนำข้อสรุปย่อย ๆ มาเชื่อมโยงกันเพื่อหาข้อสรุปโดยใช้แผนภูมิ (Charts)

ขั้นที่ 6 การประมวลและสรุปข้อเท็จจริง (Drawing and Verifying Conclusions) โดยการระบุความสัมพันธ์ของสถานการณ์ปัญหาคุณภาพน้ำในพื้นที่กับการเชื่อมโยงแนวคิด ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์

ขั้นที่ 7 การพิสูจน์บทสรุปโดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2023-069

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนบ้านโคกมะนาว ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ทั้งหมด 22 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.36 รองลงมาเพศชาย ร้อยละ 36.36 ส่วนใหญ่มีอายุ 35-45 ปี ร้อยละ 54.55 รองลงมา อาบุ 46-56ปี ร้อยละ 27.27 กลุ่มอายุ 57-67 ปี ร้อยละ 9.09 น้อยที่สุดคือ 68-78 ปีและ79 ปีขึ้นไป ร้อยละ 4.55 ตามลำดับ

สถาภาพการสมรส ส่วนใหญ่ มีคู่สมรส ร้อยละ 81.82 น้อยที่สุดคือโสด ร้อยละ 4.55 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.36 และส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ใช้แรงงาน ทำสวนทำไร่ ร้อยละ 54.55

ข้อมูลทางด้านสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 51-60 กิโลกรัม ร้อยละ 54.55 ส่วนสูง ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 156-165 เซนติเมตร ร้อยละ 54.55 รอบเอว อยู่ระหว่าง 60-80 เซนติเมตร ร้อยละ 54.55 และดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 19-24 (กก./ม2) ร้อยละ 59.09 ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งแรกส่วนใหญ่มีค่าน้ำตาล 100-124 (mg%) ร้อยละ 72.73 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ โรคเบาหวานเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ร้อยละ 100 รองลองมา คือ บุคคลที่อ้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ร้อยละ 81.12 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ อาการเท้าชาในผู้ป่วยเบาหวานเกิดจากระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม ตอบถูกเพียง ร้อยละ 27.27 การแปลผลระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับ

ความรู้อยู่ในระดับความรู้ดี ร้อยละ 68.18 รองลงมามีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 22.73 และน้อยที่สุดคือระดับความรู้น้อย ร้อยละ 9.09

พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน พบว่า ในภาพรวมมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.84 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานเช่น ทุเรียน มะม่วงสุก มะขามหวาน อื่นๆ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.86 รองลงมารับประทานอาหารที่ไม่มีแป้ง คาร์โบไฮเดรต มีค่าเฉลี่ย 3.42 และน้อยที่สุดคือรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม มีค่าเฉลี่ย 2.20 การแปรผลระดับการปฏิบัติการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน พบว่า มากที่สุดคือมีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 40.91 รองลงมา คือปฏิบัติบ่อยร้อยละ 27.27 และ ระดับการปฏิบัติบางครั้ง 13.64 น้อยที่สุดคือ ระดับการปฏิบัติน้อยและน้อยที่สุด ร้อยละ 9.09

ทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าในชุมชนของท่านมีสวนสาธารณะในการส่งเสริมการออกกำลังกาย ร้อยละ 100 ในชุมชนของท่านมีอุปกรณ์ออกกำลังกายเพื่อให้บริการแก่คนในชุมชน ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมกิจกรรมอบรมการออกกำลังกายหรือการป้องกันโรคเบาหวาน ร้อยละ 54.54 และเทศบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุขเคยมาให้ความรู้ในการป้องกันโรคเบาหวาน ร้อยละ 100 และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนเคยมาให้ความรู้ในการป้องกันโรคเบาหวาน ร้อยละ 86.36

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสื่อต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากหน่วยงานสาธารณสุขหรือเทศบาลร้อยละ 100 รองลงมาคือ อสม.ในชุมชน ร้อยละ 90.91 และสื่ออินเตอร์เน็ตกับสื่อโทรทัศน์ร้อยละ 86.36 น้อยที่สุดคือสื่อวิทยุ ร้อยละ 18.18

การได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ร้อยละ 59.09 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ร้อยละ 54.55 และไม่เคยได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากเพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 68.18

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน บ้านโคกมะนาว ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนครพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน บ้านโคกมะนาว ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ได้แก่ปัจจัยด้านอาชีพ อายุและโรคประจำตัว ที่ p-value ‹ 0.05 ส่วนปัจจัยเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ไม่มีความพันธ์ทางสถิติ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ปัจจัยระดับน้ำตาลในเลือดครั้งแรกและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ p-value ‹ 0.05 ส่วนปัจจัยน้ำหนักส่วนสูง รอบเอวและดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ปัจจัยทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า ไม่มีปัจจัยทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทางสถิติ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสื่อต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า ปัจจัยสื่อบุคคลมีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่ม

เสี่ยงโรคเบาหวาน ที่ p-value 0.02 ส่วนปัจจัย สื่ออินเตอร์เน็ต วิทยุ โทรทัศน์และสิ่งตีพิมพ์ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ การได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า การเคยได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ p-value ‹ 0.05 ส่วนการได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน การเคยได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน และการได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากเพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

การพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส.หลังจากการอบรมให้ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสียงเบาหวาน มีผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลัง พบว่า ความรู้หลังได้รับการอบรมมีระดับความรู้ดีขึ้นทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหารปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (t-13.26) ด้านอารมณ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (t-5.54) ด้านการออกกำลังกายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (t-9.84) ด้านบุหรี่ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (t-5.84)และด้านสุรากับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน(-8.84) ก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2สของผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ตลอดระยะเวลา 3 เดือน ที่ได้ใช้โปรแกรมมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ได้แก่ ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักและรอบเอว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสียงเบาหวาน(n=22)

ความรู้	ก่อน		หลัง		ค่าt	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.		
ด้านอาหารปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	44.25	6.48	56.94	2.65	-13.26	≤0.001*
ด้านอารมณ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	42.08	2.67	48.16	2.50	-5.54	≤0.001*
ด้านการออกกำลังกายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	41.12	10.34	44.48	3.58	-9.84	≤0.001*
ด้านบุหรี่ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	48.04	4.64	54.12	3.26	-5.84	≤0.001*
ด้านสุรากับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	42.03	6.52	54.12	2.84	-8.84	≤0.001*

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส จากการสอบถามผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส. ทั้งรูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ หลังจากปฏิบัติตัวที่บ้าน และมีความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพราะทำให้รู้สึกสบายตัวขึ้น มีความสุขกับการทำกิจกรรมที่ทำร่วมกับชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน บ้านโคกมะนาว ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ได้แก่ปัจจัยด้านอาชีพ อายุและโรคประจำตัว ที่ p-value ‹ 0.05 นั่นอาจจะแสดงให้เห็นว่า อาชีพ อายุ และ โรคประจำตัว มีผลต่อการดูแลสุขภาพที่ทำให้คนเราอยากหันมาใส่ใจสุขภาพภาพมากขึ้น สอดคล้องกับฉวีวรรณ ศรีดาวเรืองและจิราพร วรวงศ์[3] พบว่า เพศ (r=0.450) และการเข้าร่วมกิจกรรมสุข ศึกษาของ รพ.สต. (r=0.302) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ปัจจัยระดับน้ำตาลในเลือดครั้งแรกและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ p-value ‹ 0.05 นั่นแสดงให้เห็นว่าหากตรวจพบค่าน้ำตาลในเลือดสูงมีความเสี่ยงต่อโรคแล้วคนจะเริ่มสนใจสุขภาพและแสวงหาความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับ ทรรศนีย์ บุญมั่น[4] กล่าวว่า ทักษะการสื่อสารมีผลทางบวกต่อพฤติกรรม 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรม 3อ. 2ส. จะเพิ่มขึ้น 0.057 หน่วย อาจเนื่องมาจากทักษะการสื่อสารจะเป็นการทบทวนความเข้าใจของตนเองเพื่อสามารถช่วยอธิบายให้คนอื่นมีความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ที่ถูกต้องได้ พัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส. การพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส.หลังจากการอบรมให้ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสียงเบาหวาน มีผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลัง พบว่า ความรู้หลังได้รับการอบรมมีระดับความรู้ดีขึ้นทั้ง 5 ด้าน ก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 เนื่องจากการได้รับการถ่ายทอดความรู้จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาความรู้ขึ้นได้[6]

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใช้เป็นแนวการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส.

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับควรสร้างแนวปฏิบัติและจัดโครงการเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในกลุ่มประชาชนทุกกลุ่มวัย

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชนโดยใช้วิธีระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ที่นอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สสส.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.(2564). ยกระดับ อสม. เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน.สืบค้นจาก http://www.thaihealth.or.th

2. กรฐณธัช ปัญญาใส, พีสสลัลณ์ ธำรงศ์วรกุล, และสุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล. (2560). ความรอบรู้ทางด้าน

3. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรืองและจิราพร วรวงศ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.16(2): 454-468.

4. ทรรศนีย์ บุญมั่น. (2566). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น. 4(1):137-152.

5. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). โครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ปีงบประมาณ 2563-2564.
6. ธนิดา ผาติเสนะ. (2560). เอกสารประกอบการสอน รายวิชาพฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. 113 นครราชสีมา: โปรแกรมวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา

Nursing care of advance maternal age woman with comorbidities of gestational hypertension and overt diabetes mellitus: A case study.

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 6,2024 ; Accepted: March 7,2024)

ลำเพย พิมพ์ทอง[1]
Lampeay Pimthong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยง และผลลัพธ์ทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การศึกษากรณีศึกษาจำนวน 1 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่เข้ารับบริการที่งานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต ได้นำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน เพื่อการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม

ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์พบภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากข้อมูลเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์แต่ขาดยา ภาวะเบาหวานพบขณะฝากครรภ์ แพทย์สงสัยว่าเกิดก่อนการตั้งครรภ์และตรวจพบขณะตั้งครรภ์ ได้รับอินซูลินขนาดที่สูงร่วมกับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อปรับระดับน้ำตาล ยาควบคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมอาหาร ได้รับการดูแลตามมาตรฐานตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ กระทรวงสาธารณสุข นำกระบวนการพยาบาลร่วมกับกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน ใช้ในการประเมินและการวางแผนการพยาบาล สามารถดำเนินการตั้งครรภ์จนถึงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ได้ มารดาและทารกคลอดอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: การพยาบาล, หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี, เบาหวานขณะตั้งครรภ์, ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

Abstract

This study was case study aimed to study the risk factors and nursing outcomes for pregnancy in advance maternal age with comorbidities of gestational hypertension and overt diabetes mellitus. This is a single-case study focusing specifically on pregnancy in advance maternal age with comorbidities of gestational hypertension and overt diabetes mellitus. The study involves one patient who received care at the antenatal care unit of Banpong hospital. Data was collected from medical records, patient and family interviews, and observations. A 5-step nursing process was implemented along with the Gordon's 11 Functional Health Patterns framework, to comprehensively plan the nursing care for the patient.

Results : It was found that a pregnant woman developed gestational hypertension and overt diabetes mellitus. Based on the data, she had pre-existing hypertension without medication use. The physician suspected pre-existing diabetes conditions and conducted examinations during pregnancy. She received insulin along with hospitalization for blood sugar adjustment. Anti-hypertensive drug, dietary control, and standard antenatal care. The nursing process, combined with the Gordon's 11 Functional Health Patterns framework, was used for assessment and care planning. The pregnancy was successfully managed until 37 weeks, preventing preterm delivery and ensuring a safe delivery for both mother and baby.

Keywords: Nursing care, Advance maternal age woman, Overt diabetes mellitus, Gestational hypertension

[1] กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง

บทนำ

ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในสตรีที่อายุมาก คือมีอายุ 35 ปี หรือมากกว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศที่ประชากรมีรายได้สูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางเศรษฐกิจสังคม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้ามากขึ้น การดำเนินชีวิตของสตรีในปัจจุบันร่วมกับระดับการศึกษาของสตรี รวมทั้งความสามารถและโอกาสในการทำงานในระดับที่สูงขึ้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้สตรีแต่งงานช้า หรือตั้งครรภ์และมีบุตรเมื่อมีอายุมากขึ้น สตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากมีข้อได้เปรียบสตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่าในด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และการมีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมแต่ในขณะเดียวกัน การตั้งครรภ์เมื่ออายุมากก็ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและอันตรายทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์เพิ่มมากขึ้น เช่น การเกิดโรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำ การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด การคลอดบุตรยาก การคลอดบุตรที่มีความพิการหรือมีความผิดปกติแต่กำเนิด ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของโครโมโซมโดยเฉพาะการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome)

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์[1,2] คือการมีความดันโลหิตสูง 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ร่วมกับตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ อาจพบในสตรีตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพดี โดยมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ตั้งครรภ์ในขณะอายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ตั้งครรภ์แฝด เคยมีประวัติครรภ์เป็นพิษหรือโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว มีภาวะเลือดแข็งตัวง่าย และมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไต เบาหวาน โรคแพ้ภูมิตนเอง เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ และอาจมีความเสี่ยงทำให้เสียชีวิตได้ ได้แก่ ชัก การทำงานของไตผิดปกติหรือไตวาย ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด มีเลือดออกในระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเลือดออกในสมอง น้ำท่วมปอด ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับทารก ได้แก่ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกเสียชีวิตในครรภ์ ปัจจุบันมีการตรวจคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษซึ่งช่วยให้แพทย์สามารถพยากรณ์โรค และดูแลรักษาได้ตั้งแต่เริ่มเกิดภาวะนี้ ส่งผลต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดต่อทั้งมารดาและทารกได้

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์[9] เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อาทิ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestation hypertension) ทารกตัวโต ภาวะคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) เพิ่มอัตราตายปริกำเนิด (Perinatal death) ภาวะทารกน้ำตาลในเลือดต่ำภาวะหลังคลอด และสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้น หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์และไม่เคยเผชิญมาก่อนในขณะตั้งครรภ์จึงต้องอาศัยการจัดการภาวะตนเองอย่างเหมาะสมจึงจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ที่อาจเกิดขึ้นได้

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมหลายอย่าง ซึ่งต้องการการดูแลระหว่างตั้งครรภ์และการติดตามในระยะคลอดที่เหมาะสม จากการค้นคว้างานวิจัย เอกสารวิชาการ รายงานต่างๆ[3] พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นทั้งในระยะตั้งครรภ์ เช่น การแท้งบุตร ความผิดปกติของทารก โรคประจำตัวของมารดาที่เพิ่มขึ้นได้แก่ เบาหวาน ความดันสูง และปัญหาในช่วงการคลอดบุตรทั้งต่อมารดาและทารก

สถิติของโรงพยาบาลบ้านโป่ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวนของหญิงตั้งครรภ์อายุ

มากกว่า 35 ปีขึ้นไปทั้งในมารดาตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง 3 ปีย้อนหลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีจำนวนเท่ากับ 135, 191, และ 167 รายตามลำดับ พบมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวนเท่ากับ 24, 24, และ 35 รายตามลำดับ และภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เท่ากับ 100, 124, และ 111 รายตามลำดับ[6] จากสถิติแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ดังที่กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง รกเกาะต่ำ และโรคเบาหวาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดการสูญเสียทารกในครรภ์ได้ มีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ จึงนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา แต่การดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุมากสามารถให้การป้องกันตั้งแต่ในระดับปฐมภูมิ คือ การเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยง และให้ความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการคลอด ลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และป้องการอันตรายถึงชีวิตในหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจทำกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุมากที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยง และผลลัพธ์ทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วิธีการดำเนินงาน

คัดเลือกกรณีศึกษาที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่งยากและซับซ้อนโดยหญิงรายนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการที่งานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ระหว่างวันที่ 22 มกราคม 2565 - 14 กันยายน 2565 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งต้องใช้การประเมินที่ถูกต้องแม่นยำ ครอบคลุมและรวดเร็ว กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนและกระบวนการพยาบาล[5,8] มาประยุกต์ใช้ เพื่อการประเมินและวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : หญิงตั้งครรภ์ อายุ 44 ปี สัญชาติไทย อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนา จังหวัดราชบุรี

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : 3 วันก่อนมาฝากครรภ์ ผู้ป่วยขาดประจำเดือนมา 3 เดือน จึงตรวจการตั้งครรภ์ด้วยตัวเองพบว่าตั้งครรภ์

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยตรวจพบว่าตนเองขาดประจำเดือนมา 3 เดือน จึงตรวจการตั้งครรภ์ด้วยตัวเองพบว่าตั้งครรภ์ จึงมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง

ประวัติการตั้งครรภ์และคลอด : หญิงตั้งครรภ์ที่ 3 มีประวัติแท้ง 1 ครั้ง ในครรภ์แรก ครรภ์สอง คลอดครบกำหนด Last child 16 ปี บุตรคนแรกอายุ 16 ปี น้ำหนักแรกคลอด 3,000 กรัม คลอดปกติ ตรวจพบภาวะครรภ์เป็นพิษขณะตั้งครรภ์ ครรภ์ปัจจุบัน (GA 11^{+6} wks) ตรวจพบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากผลตรวจน้ำตาลหลังอาหาร 287 mg/dl และพบภาวะความดันโลหิตสูง LMP 19 ตุลาคม 2564 EDC 10 สิงหาคม 2565

ประวัติในครอบครัว : มารดาหญิงตั้งครรภ์มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง บิดามีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยแรกรับ : แพทย์วินิจฉัย G3P1A1 with chronic hypertension with overt diabetes mellitus with low MCV with advance maternal age

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[7,9]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
ข้อที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ และเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์เนื่องจากเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม	1. ดูแลแนะนำผู้ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 4 ครั้งต่อวัน เวลา 7, 11, 15, 20 น. ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ สอนการฉีดอินซูลินด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน แนะนำการใช้ยาอินซูลินชนิด RI ปรับตามระดับน้ำตาล และ Mixtard 70/30, NPH ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ 2. ให้ความรู้ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้หลังฉีดอินซูลิน เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วแรง สามารถแก้ไขโดยการดื่มน้ำหวาน รับประทานผลไม้รสหวานหรือลูกอมทันที 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และบุตร แนวทางการรักษาของแพทย์ 4. ให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์ดิ้นน้อย หรือเสียชีวิตในครรภ์
	5. ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นักโภชนบำบัด เภสัชกร อายุรแพทย์ เพื่อให้คำแนะนำการใช้ยา การปรับพฤติกรรมสุขภาพ หลักโภชนบำบัด 6. ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ในการตรวจประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ โดยอัลตราซาวด์หรือเครื่องตรวจอิเล็กทรอนิกส์ (Non-stress test) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตั้งแต่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป 7. ให้คำแนะนำในการวางแผนเตรียมคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แนะนำให้รอคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบ 40 สัปดาห์ แต่ถ้าหากพบภาวะเสี่ยงในมารดาและทารกแนะนำผ่าตัดคลอด 8. แนะนำภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น คลื่นไส้อาเจียน มีไข้ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น ถ้ามีอาการผิดปกติควรมารับการตรวจทันที เพราะอาการต่างๆ เหล่านี้อาจทำให้การควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีพอเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย 9. แนะนำให้นับการดิ้นของทารกในครรภ์ โดยการนับการดิ้นของทารกในครรภ์หลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ นั่งพักและนับการดิ้นของทารกนาน 1 ชั่วโมง ถ้าได้ 3 ครั้งขึ้นไปถือว่าปกติ แต่ถ้าน้อยกว่า 3 ครั้ง ให้นับต่อไปอีก 1 ชั่วโมง ในอีก 1 ชั่วโมง หลัง ทารกควรดิ้นไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง ถ้าน้อยกว่า 4 ครั้ง หรือนับจนครบหลังอาหาร 3 มื้อ รวมกันแล้วน้อยกว่า 10 ครั้ง แสดงว่าทารกมีภาวะผิดปกติ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที 10. แนะนำเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ เพราะขณะตั้งครรภ์ผิวหนังแห้ง เกิดแผลได้ง่ายมีตกขาวมากและปัสสาวะบ่อย ส่งผลให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย สอนการป้องกันการเกิดบาดแผลที่เท้า โดยแช่เท้าในน้ำอุ่นวันละ 5 นาที ร่วมกับบริหารเท้าเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น 11. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อการตรวจประเมินอาการและให้การรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ถึงอายุครรภ์ 28 สัปดาห์

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[7,9]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
	นัดตรวจทุก 4 สัปดาห์ อายุครรภ์ 29-31 สัปดาห์ นัดตรวจทุก 2 สัปดาห์และอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไปนัดตรวจทุกสัปดาห์ 12. ส่งตรวจและติดตามผล FBS, 1hrpp ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ **การประเมิลผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง FBS 85-154 mg/dl, 1hrpp 100-248 mg/dl, HbA1c 6.3%
ข้อที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอาการชัก และอาการของโรคความดันหิตสูง เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชัก	1. ประเมินสัญญาณชีพ และสังเกตอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว เจ็บแน่นชายโครง จุกแน่นลิ้นปี่ การโต้ตอบผิดปกติ เช่น ซึม มึนงง ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ 2. ดูแลตรวจโปรตีนไข่ขาวในปัสสาวะทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ 3. แนะนำการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาของแพทย์ methyldopa (250) 2 x 2 po pc, aspirin (81) 1x1 po pc และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์[4] 4. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และบุตร แนวทางการรักษาของแพทย์ 5. ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาฝากครรภ์หากพบความดันโลหิตสูง ดูแลให้นอนพักบนเตียงเต็มที่ โดยให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อไม่ให้ความดันโลหิตเพิ่มทำให้เลือดเลี้ยงไตมากขึ้น จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและไม่กระตุ้นอาการชัก **การประเมิลผลการพยาบาล** ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว และไม่มีภาวะชัก urine albumin negative - trace, ความดันโลหิต 122/57 -151/93 มิลลิเมตรปรอท
ข้อที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแท้งระหว่างตั้งครรภ์ เนื่องจากมีเลือดออกจากช่องคลอด **วัตถุประสงค์** สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนด	1. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการพักผ่อนบนเตียง (Bed rest) เพื่อลดการกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก 2. อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแท้งคุกคาม เช่น สาเหตุ ผลกระทบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง และแนวทางการดูแลรักษาพยาบาล 3. แนะนำหญิงตั้งครรภ์งดการยกของหนัก ทำงานหนัก ร่วมกับงดการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างที่มีเลือดออกทางช่องคลอด ถ้ายังมี
	อาการเลือดออกทางช่องคลอดซ้ำให้มาโรงพยาบาล 4. ให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เน้นย้ำให้สตรีตั้งครรภ์ ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้การตั้งครรภ์ครั้งนี้ดำเนินไปจนกระทั่งครบกำหนดคลอด **การประเมิลผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์มาตรวจตามนัดไม่พบภาวะแท้งคุกคาม เลือดออกทางช่องคลอด สามารถตั้งครรภ์จนคลอดบุตรในอายุครรภ์ 37 สัปดาห์
ข้อที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาลดความดันโลหิตสูง และเบาหวานขณะตั้งครรภ์ **วัตถุประสงค์** ปลอดภัยจากการได้รับยาลดความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์	1. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงพยาธิสภาพของภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ผลข้างเคียงของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะความดันโลหิตสูง อาการข้างเคียงของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่ อาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการข้างเคียงของการได้รับยาลดระดับความดันโลหิตสูง ได้แก่ มือและเท้าบวม ซึมเศร้า อ่อนแรง กระสับกระส่าย วิงเวียน หัวใจต้นข้า ความดันโลหิตต่ำ หากมีอาการดังที่กล่าวมาให้แจ้งพยาบาลและแพทย์ทันที 2. แนะนำการใช้ยาตรงตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ห้ามหยุดยา หรือปรับขนาดยาเอง 3. ประเมินสัญญาณชีพและตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[7,9]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
	การประเมิลผลการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
ข้อที่ 5 ทารกแรกเกิดมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงแรกคลอด เนื่องจากมารดามีพาหะโรคธาลัสซีเมีย **วัตถุประสงค์** เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดเมื่อตรวจพบโรคโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง	1. ให้คำแนะนำชักชวนสามีเจาะเลือดตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียโดยสมัครใจ (สามีหญิงตั้งครรภ์รายนี้ยินยอมตรวจ) 2. ดูแลเจาะเลือดสามีส่งตรวจคัดกรอง Hb typing 3. ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์และสามี ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคธาลัสซีเมียในทารก ถ้าหากสามีตรวจพบพาหะของโรคธาลัสซีเมียเช่นเดียวกัน แนวทางการดูแลทารกหลังคลอดที่เป็นธาลัส ซีเมีย 4. ติดตามผลเลือด Hb typing พร้อมทั้งแจ้งผลให้หญิงตั้งครรภ์และสามีรับทราบ
	5. พูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้คลายความวิตกกังวล **การประเมิลผลการพยาบาล** ผลการตรวจเลือดของสามี Hb typing : ผลปกติ ทำให้ทารกแรกเกิดไม่มีความเสี่ยงการเกิดโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง
ข้อที่ 6 ทารกแรกเกิดมีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ เนื่องจากมารดาอายุมากกว่าเท่ากับ 35 ปี **วัตถุประสงค์** เพื่อค้นหากลุ่มอาการดาวน์ในทารก และแนวทางการดูแลหลังทราบผลการคัดกรอง	1. สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์และสามี เพื่อสร้างความคุ้ยเคยก่อนให้คำปรึกษา 2. อธิบายให้ความรู้การตรวจคัดกรอง ทางพันธุศาสตร์ทารกกลุ่มอาการดาวน์ โอกาสเสี่ยงของการเกิดเด็กกลุ่มอาการดาวน์ อาการของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ผลกระทบต่อตัวเด็ก 3. บอกขั้นตอนและวิธีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ เปิดโอกาสให้ตัดสินใจร่วมกัน ในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ 4. อธิบายเกี่ยวกับผลการตรวจคัดกรอง - กรณีผลเลือดตรวจคัดกรองอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ - กรณีผลเลือดตรวจคัดกรองอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง 5. การนัดหมายคู่หญิงตั้งครรภ์และสามีในการมาตรวจคัดกรองโดยใช้การตรวจ Quadruple test **การประเมิลผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์และสามียินยอมตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ผลตรวจคัดกรองพบความเสี่ยงสูง (1:8) ร่วมกับผู้ป่วย มีอายุมากกว่า 35 ปี แพทย์แนะนำทำการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์โดยวิธีเจาะน้ำคร่ำเพิ่มเติม หญิงตั้งครรภ์และสามียินยอม ผลเจาะน้ำคร่ำตรวจโครโมโซม ผลปกติ 46, XY ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อจนคลอดบุตรในอายุครรภ์ 37 สัปดาห์
ข้อที่ 7 ทารกแรกเกิดมีความเสี่ยงน้ำหนักตัวมาก/น้อยกว่าปกติ เนื่องจากมารดามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ **วัตถุประสงค์** ทารกแรกเกิดปลอดภัย ไม่มีภาวะน้ำหนักตัวมาก/น้อยกว่าปกติ	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของทารกเมื่อน้ำตาลในกระแสเลือดมารดาสูง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทารกแรกคลอด 2. ติดตามผลการตรวจทารกในครรภ์ด้วยคลื่นความถี่สูง ติดตามน้ำหนักทารกและน้ำคร่ำ 3. ติดตามผลการตรวจน้ำตาลในเลือดของมารดาอย่างต่อเนื่องขณะตั้งครรภ์ 4. แนะนำการควบคุมอาหาร โดยเฉพาะอาหารหวาน น้ำตาลสูง การออกกำลังกาย 5. ตรวจวัดน้ำหนักตัวหญิงตั้งครรภ์และน้ำตาลในปัสสาวะทุกครั้ง
	ที่มาฝากครรภ์ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง 6. แนะนำมารดานับลูกดิ้น ติดเครื่องฟังเสียงหัวใจทารก (NST) ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป 7. สังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาโรงพยาบาล ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ เจ็บครรภ์มากผิดปกติ น้ำเดิน ลูกดิ้นน้อยลง

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[7,9]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
	การประเมิลผลการพยาบาล ทารกแรกเกิดเพศชาย น้ำหนัก 3,160 กรัม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด
ข้อที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูง และเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย **วัตถุประสงค์** หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย	1. แนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยมีแนวทางในการปรับพฤติกรรม ดังนี้ 1.1 การควบคุมอาหาร หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับพลังงานในแต่ละวันเฉลี่ยวันละ 1,300 - 2,000 กิโลเคลอรี แบ่งมื้ออาหารเป็น 3 มื้อหลัก และควรมีอาหารว่าง 3 มื้อ และหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องฉีดอินซูลินจะต้องรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและมีปริมาณที่คงที่ ปริมาณพลังงานที่ต้องได้รับแต่ละวัน คือ 1,800 -2,000 แคลอรี/วัน ปริมาณของอาหารมื้อร้อยละ 10 ของปริมาณอาหารที่ต้องการในแต่ละวัน และมื้อเที่ยง มื้อเย็น อาหารระหว่างมื้อ แบ่งเป็นร้อยละ 30 1.2 แนะนำการเลือก อาหารที่ไม่ควรรับประทาน คือ น้ำตาลและอาหารที่หวานจัด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ผลไม้กระป๋อง น้ำผลไม้ ทุเรียน เป็นต้น อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องจำกัด ได้แก่ ผลไม้ที่มีรสหวานน้อย เช่น มะละกอสุก ฝรั่ง พุทรา แตงโม อาหารที่สามารถรับประทานได้ไม่จำกัด คือ ผักใบเขียวทุกชนิด งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ **การประเมิลผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำ
ข้อที่ 9 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับความผิดปกติของตนเอง และทารกในครรภ์ เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง และเบาหวานขณะตั้งครรภ์	1. สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ซักถาม 2. สังเกตอาการ สีหน้า ท่าทาง เพื่อประเมินอาการ 3. .อธิบายแนวทางการรักษาของแพทย์ 4. สอนสาธิตการประเมินทารกในครรภ์ด้วยตนเอง
วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์	**การประเมิลผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์ สีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวลให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลด้วยดี
ข้อที่ 10 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการคลอด **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มารดาปฏิบัติตัวหลังคลอดได้ถูกต้อง	1. อธิบายและแนะนำการให้นมแม่ที่ถูกวิธีทุก และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน 2. แนะนำการคลึงมดลูกที่ถูกวิธีให้เป็นก้อนกลมแข็งอยู่เสมอ 3. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ งดอาหารหมักดอง และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 4. แนะนำการดูแลทารก การเช็ดตา เช็ดสะดือ การรักษาความสะอาดร่างกายและของใช้ 5. แนะนำอาการที่ผิดปกติของมารดาและทารกที่ต้องมาพบแพทย์ 6. แนะนำการมาตรวจหลังคลอดตามนัด **การประเมิลผลการพยาบาล** หลังคลอดสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก มาตรวจหลังคลอดตามนัด

สรุปและอภิปรายผล

ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ และทักษะทางการพยาบาลมารดาและทารกในครรภ์ขณะอยู่ในภาวะวิกฤติให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและรอดชีวิตอย่างมีคุณภาพ พยาบาลต้องใช้ความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน การพยาบาลแบบองค์รวม ทักษะในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง[2] เบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้ครอบคลุม

ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การประเมินประวัติสูติกรรมในอดีต ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วย ระดับดัชนีมวลกาย การเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิต และหลักสำคัญการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวหญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI) เพื่อสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้[3,9]

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำแนวปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับหญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี และจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และความจำเป็นในการตรวจคัดกรองความผิดปกติของโครโมโซมทารกในครรภ์ รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

2. จัดฝึกอบรมแก่บุคลากรในหน่วยงานและทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องงานคลินิกฝากครรภ์ให้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการบริการสุขภาพแบบองค์รวมในคลินิกฝากครรภ์ เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก

3. จัดบริการให้คำแนะนำปรึกษาสำหรับหญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี โดยเฉพาะ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และจัดระบบบริการสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์เป็นแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One-stop service)

เอกสารอ้างอิง

1.โฉมพิลาศ จงสมชัย. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://mahidol.ac.th/th/division/nursing/NDivision/N APN/.../ 3_ 100_1.pdf.

2.ตวงสิทธิ์ วัฒกนารา. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. พี่.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2560.

3.นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง. การพยาบาลและการผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: บ.สมาร์ทโคตรติ้งเซอร์วิส จำกัด คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.

4.ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือยา Handbook of drugs. พิมพ์ครั้งที่14. กรุงเทพฯ: N P Press Limitef Partnership; 2559.

5.พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลและระบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 20). สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2560.

6.เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบ้านโป่ง. รายงานสถิติประจำปี 2563-2565. ราชบุรี: โรงพยาบาลบ้านโป่ง; 2566.

7.อุษณีย์ หลิมกุล. คู่มือการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล. กรงุเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาลวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล; 2561.

8.อรนันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์; 2565.

9.อัจฉรา บุญหนุน. การพยาบาลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ Nursing care of Gestational diabetes mellitus class A II: A case study. Journal of Environmental and Community Health 2565;7(1):61-67.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลวในแผนกผู้ป่วยนอก : กรณีศึกษา

Nursing care of patient with coronary artery and stent insertion presenting with congestive heart failure in the outpatient department: A case study.

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 6,2024 ; Accepted: March 7,2024)

อารีย์ สมบัติรงรอง[1]
Aree Sombutrongrong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ ผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลวในแผนกผู้ป่วยนอก โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยผ่านการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีซ้ำ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด รูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมความสำเร็จ คือ การพยาบาลแบบองค์รวมเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ศึกษา และครอบครัว ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลกับผู้ป่วยที่ทำได้จริง

Abstract

This study was case study aimed to study the risk factors, pathophysiology, and nursing outcomes in patients with coronary artery disease who undergo coronary angioplasty with stent placement and experience congestive heart failure in the outpatient department. This is a case study involving one patient by using a 5-step nursing process, along with the Gordon's 11 Functional Health Patterns framework and Orem's self-care theory. The study involves four home visits over a three-month period.

Results : It was found that the patient is at risk of developing acute congestive heart failure and recurrent coronary artery spasm due to inappropriate behaviors and a lack of knowledge in postoperative self-care following coronary angioplasty with stent placement. The nursing approach promoting success involves comprehensive care emphasizing patient and family involvement, setting mutual goals among patients, healthcare providers, and families, leading to nursing outcomes for patients who adhere to the care plan.

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่มีอุบัติการณ์สูงในประเทศไทยและทั่วโลก นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำหลังจากได้กลับออกจากโรงพยาบาลแล้ว ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่การดำเนินโรคอยู่ในระยะท้ายของโรคหัวใจเกือบทุกชนิด ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย และการสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวนมาก ปัญหาดังกล่าวมีผลต่อกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและประเทศชาติ ทั้งในด้านอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลและงบประมาณที่ต้องแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยปัจจัยในการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน เมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีภาวะหัวใจขาดเลือดจะส่งผลเสียทวีคูณต่อประสิทธิภาพกล้ามเนื้อหัวใจให้มีการทำงานที่เลวร้าย

[1] กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง

มากขึ้น การเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น ปัจจุบันการรักษาโรคหัวใจล้มเหลวพัฒนาไปมากทั้งการรักษาด้วยยา รักษาผ่านทางสายสวนหัวใจหรือการผ่าตัด มียามากมายหลายกลุ่มที่ถูกพัฒนาเพื่อนำมาใช้ในคนไข้กลุ่มนี้ที่ได้ผลดี การเข้าถึงบริการดูแลรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว และได้รับการเปิดหลอดเลือดโดยเร็วที่สุด ทำให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤตส่งผลต่อการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจไม่รุนแรง หรือทรุดลงไปจากเดิม ผู้ป่วยจึงมีโอกาสรอดชีวิตได้สูง และมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยต้องดูแลตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยครอบครัวเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เพราะถือว่าสำคัญอย่างยิ่งที่จะลดการตีบซ้ำของหลอดเลือด และไม่ทำให้การดำเนินของโรคแย่ลง ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการศึกษาข้อมูลสถิติประเทศไทย สาเหตุการป่วยตาย/ตาย พบว่าข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2564-2566 สาเหตุการป่วยตาย/ตาย 4 อันดับแรก คือ วัยชรา หัวใจล้มเหลวไม่ระบุรายละเอียด การติดเชื้อในกระแสเลือดไม่ระบุชนิด และหัวใจล้มเหลว โดยทั้ง 4 กลุ่มโรคเป็นสาเหตุของ การเสียชีวิตถึงร้อยละ 67.19 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรไทย[5]

สถิติข้อมูลจังหวัดราชบุรี ปี 2564-2566 พบว่า จำนวนประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 422 , 442 และ 454 ราย[5] และจากการเก็บรวบรวมข้อมูล งานคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลบ้านโป่ง ปี 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสีดูหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Angiography : CAG) เพื่อดูการตีบหรือตันของหลอดเลือด จำนวน 164 , 273 และ286 ราย ตามลำดับ ได้รับการรักษาด้วยการขยายด้วยบอลลูนร่วมกับการใส่ขดลวดค้ำยัน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) จำนวน 86 , 179 และ 169 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 52.44 , 65.57 และ 59.09 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบการตีบ/ตันของหลอดเลือด[6] ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลบ้านโป่ง จากข้อมูลข้างต้นและวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการ พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดที่ได้รับการรักษาทั้งแบบ 1) การรักษาทางยา 2) การรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดหัวใจ PCI 3) การรักษาโดยการผ่าตัด CABG หลังได้รับการรักษามีการกลับมาเป็นซ้ำ มีภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจล้มเหลว โดยสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ขาดความรู้ที่เหมาะสมเมื่อมีภาวะโรคหัวใจหลอดเลือด จึงเป็นแนวคิดให้ผู้ศึกษาสนใจศึกษาและพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โดยมีเป้าหมายในการลดอาการกำเริบของผู้ป่วยที่จะทำให้การกลับเข้ามารักษาซ้ำลดลง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับโรคได้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ ผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลวในแผนกผู้ป่วยนอก

วิธีการดำเนินงาน

คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับบริการคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 1 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 2 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต ประเมินภาวะสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล

(Nursing Process) กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework)[3,10] ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem 's self care Theory)[4,8] เป็นการเปลี่ยนผ่านจากบทบาทของผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลตนเองที่บ้านซึ่งต้องรับผิดชอบตนเองในเรื่องการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านตามแผนการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือน กำหนดการเยี่ยมบ้าน ดังนี้ ครั้งที่ 1 วันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 256 ครั้งที่ 2 วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2566 ครั้งที่ 3 วันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2566 และ ครั้งที่ 4 วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาครด้วยการวินิจฉัยพบเจอการตีบของหลอดเลือดหัวใจ (Double vessel disease : DVD) ทั้งหมด 2 เส้น เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และใส่ขดลวดบริเวณ left anterior descending artery and right coronary artery ขณะทำการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่ามีการตีบซ้ำของหลอดเลือดต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และใส่ขดลวด ทั้งหมด 4 ครั้ง จนกระทั่งอาการผู้ป่วยคงที่จึงส่งตัวกลับเพื่อมารับการรักษาตามสิทธิ์ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้ป่วย ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจพบความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ขณะส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร วันที่ 2 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยกลับมาเข้ารับการรักษาคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลบ้านโป่ง ขณะที่รับการรักษาคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้ป่วย มีอาการเหนื่อยง่าย เหนื่อยมากขึ้นเวลาออกแรง ทำงานได้น้อยลง นอนราบไม่ได้ต้องนอนหมอนสูง ปัสสาวะออกน้อยลง ขาบวม หลังเท้าบวม ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะ Acute heart failure และ R/O NSTEMI วันที่ 15 สิงหาคม 2566 เวลา 8.01 น. ผู้ป่วยมารับยาตามนัด รู้ตัวดี มีอาการเหนื่อยง่าย นอนราบได้ ปัสสาวะออกดีปกติ เบื่ออาหาร เป็นมา 4 วัน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจร 98 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 91/54 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย 99% ตรวจร่างกายฟังเสียงปอดทั้งสองข้าง : clear, no crepitation ขาไม่บวม ไม่มีกดบุ๋ม ผู้ศึกษาประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอรีย์ กอร์ดอน และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem 's self care Theory) เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลจากการประเมินตามหลักการประเมินสุขภาพตามทฤษฎีของโอเร็ม[3,10]

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	- ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 52 ปี สัญชาติไทย สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ ค้าขาย ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจพบความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ขณะส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมด 4 คน คือ ผู้ป่วย ภรรยา ลูกสาว 2 คน อายุ 14 ปี และ 12 ปี ได้รับการศึกษาตามช่วงอายุ ฐานะเศรษฐกิจทางบ้านอยู่ในระดับชนชั้นกลาง ไม่มีหนี้สิน - ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านครอบครัวบิดาเสียชีวิตตอนอายุ 48 ปี ด้วยโรคหัวใจ มารดา อายุ 72 ยังมีชีวิตอยู่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง - ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน เดือนกุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาครด้วยการวินิจฉัยพบเจอการตีบของหลอดเลือดหัวใจ (Double vessel disease: DVD) ทั้งหมด 2 เส้น ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และใส่ขดลวดบริเวณ left anterior descending artery and right coronary artery ขณะทำการรักษาที่

ตารางที่ 1 ข้อมูลจากการประเมินตามหลักการประเมินสุขภาพตามทฤษฎีของโอเร็ม[3,10]

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา
	โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่ามีการตีบซ้ำของหลอดเลือดต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และใส่ขดลวด ทั้งหมด 4 ครั้ง จนกระทั่งอาการผู้ป่วยคงที่จึงส่งตัวกลับเพื่อมารับการรักษาตามสิทธิ์ที่โรงพยาบาล
	บ้านโป่ง ขณะที่รับการรักษาคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย เหนื่อยมากขึ้นเวลาออกแรง ทำงานได้น้อยลง นอนราบไม่ได้ต้องนอนหมอนสูง ปัสสาวะออกน้อยลง ขาบวม หลังเท้าบวม ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะ Acute heart failure และ R/O NSTEMI วันที่ 15 สิงหาคม 2566 เวลา 8.01 น. ผู้ป่วยมารับยาตามนัด รู้ตัวดี มีอาการเหนื่อยง่าย นอนราบได้ ปัสสาวะออกดีปกติ เบื่ออาหาร เป็นมา 4 วัน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจร 98 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 91/54 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย 99% ตรวจร่างกายฟังเสียงปอดทั้งสองข้าง : clear, no crepitation ขาไม่บวม ไม่มีกดบุ๋ม
การดูแลสุขภาพกายของตนเอง	**- ออกกำลังกาย :** ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกาย **- โภชนาการ :** รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ไม่ตรงเวลา ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารรสจัด เค็ม เผ็ด ชอบรับประทานเครื่องในสัตว์ ของทอดของมัน แกงกะทิ ชอบรับประทานหวาน ขนมไทย ชอบผลไม้รสหวาน เช่น เงาะ ขนุน ลำไย มีประวัติการสูบบุหรี่ วันละ 8-10 มวน/วัน และดื่มเบียร์วันละ 1-2 กระป๋อง เป็นประจำทุกวัน **- การนอนหลับพักผ่อน :** นอนหลับวันละ 5-7 ชั่วโมง ในบางครั้งเมื่อมีภาวะเครียดทำให้นอนไม่หลับ ไม่ได้รับประทานยานอนหลับ **- ตรวจสุขภาพเป็นประจำ :** ผู้ป่วยไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี
การดูแลตนเองด้านอารมณ์	เมื่อมีปัญหาเกิดภาวะเครียดผู้ป่วยจะปรึกษาภรรยา เข้าวัดทำบุญให้จิตใจสงบ
การดูแลตัวเองด้านความสัมพันธ์	- ผู้ป่วยมีสังสรรค์กับเพื่อนเดือนละ 2-3 ครั้ง ซึ่งทุกครั้งจะดื่มสุราค่อนข้างหนัก - สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน
การดูแลตนเองด้านจิตใจ	ผู้ป่วยเป็นคนอารมณ์ดี พูดคุยสนุก แต่เมื่อเกิดปัญหาจะเป็นคนคิดมาก เมื่อมีภาวะเครียดจะชอบสูบบุหรี่เพราะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย
การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร รอบเอว เซนติเมตร BMI = 18.78 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ขาบวม หลังเท้าบวม กดบุ๋ม 2+
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- EKG 12 lead: Suspect antero lateral wall infarction - Echocardiogram: Left ventricular ejection fraction (LVEF) 18% Global wall hypokinesia no valvular lesion - Potassium = 3.0 mmol/L

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ ประเมินตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework)[4,8]

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา
การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองสุขภาพแข็งแรง จึงไม่ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี
โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ไม่ตรงเวลา ชอบรับประทานอาหารรสจัด เค็ม เผ็ด ชอบรับประทานเครื่องในสัตว์ ของทอดของมัน แกงกะทิ ชอบรับประทานหวาน ขนมไทย ชอบผลไม้รสหวาน เช่น เงาะ ขนุน ลำไย มีประวัติการสูบบุหรี่ วันละ 8-10 มวน/วัน และดื่มเบียร์วันละ 1-2 กระป๋อง เป็นประจำทุกวัน
การขับถ่ายของเสีย	ปัสสาวะเวลากลางวัน 5-6 ครั้ง กลางคืน 1 ครั้ง

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ ประเมินตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework)[4,8]

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา
กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ก่อนการเจ็บป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่ได้ออกกลังกาย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทำกิจวัตรประจำวันเองได้ แต่ช้าลง ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังค่อนข้างมากได้ เหนื่อยง่าย
การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง ภาวะเครียดทำให้นอนไม่หลับ
การรับรู้และสติปัญญา	รับรู้ดี ความจำปกติ รับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ไม่ถูกต้อง รับรู้ภาวะวิตกกังวลของตนเอง
การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยว่าตนเองเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดความกังวล เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมด 4 คน คือ ผู้ป่วย ภรรยา ลูกสาว 2 คน อายุ 14 ปี และ 12 ปี ได้รับการศึกษาตามช่วงอายุ สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี
เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ไม่เบี่ยงเบนทางเพศ หลังการเจ็บป่วยไม่ได้มีเพศสัมพันธ์เนื่องจากกลัวอันตรายจากการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง
การปรับตัวและเผชิญกับความเครียด	วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว
แบบแผนสุขภาพ	**ผู้ป่วยกรณีศึกษา**
คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ใส่สร้อยห้อยพระที่คอ

จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอรีย์ กอร์ดอน และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem 's self care Theory) ข้อมูลจากตารางที่ 1 และ 2

พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้(9)

1. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวในขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอก
2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ
3. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีซ้ำ จากการขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด
5. ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคเนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย โดยผ่านแผนการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะนำกิจกรรมตามแผนการปรับพฤติกรรมสุขภาพมาประยุกต์ใช้ตามปัญหาที่พบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนสามารถควบคุมโรคได้ ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการตีบซ้ำ ฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีมาตรฐานเชื่อมโยงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งกิจกรรมเป็น 2 ระยะ ดังนี้(1-2, 7)

ระยะกระบวนการ Health Coaching รายบุคคล

ผู้ศึกษาจะเป็นที่ปรึกษาในการดูแลสุขภาพมีกิจกรรมเพื่อทำความเข้าใจถึงความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยใช้ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivationa interviewing skill) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถออกแบบวิธีการฟื้นฟูสุขภาพที่ที่เหมาะกับกับตนเอง และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และยอมรับ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยกิจกรรมได้แก่ การสอน (Coaching) โดยสร้างความรอบรู้แก่ผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยฟื้นฟูหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย โภชนบำบัดการรับประทานยาที่สำคัญเฉพาะโรค การจัดการด้านภาวะอารมณ์ การจัดการเมื่อเกิดความผิดปกติ รายละเอียดดังนี้

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

1.1การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน หรือเบอร์ 1669 เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ผิดปกติ

1.2 ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดควรมีความเข้าใจในการสังเกตอาการ อาการแสดงที่ผิดปกติ รวมทั้งอาการสำคัญที่เข้ารับการรักษา

1.3ทักษะการสื่อสาร (Community) เป็นทักษะพื้นฐานที่มีความสำคัญในการติดต่อสื่อสารหรือค้นหาข้อมูลเมื่อต้องการความช่วยเหลือ การติดต่อประสานงานทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการ

1.4ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความผิดปกติหรือขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เช่น เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกทราบว่าเป็นอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจสามารถขอความช่วยเหลือในเบื้องต้นที่เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินเบอร์ 1669 ได้

1.5การจัดการตนเอง (self-management) ผู้ป่วยทราบขั้นตอนการปฏิบัติตนในการแก้ไขหรือจัดการตนเองเมื่อเจ็บป่วย เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ในปัจจุบันผู้ป่วยสามารถค้นหาข้อมูลโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้โดยผ่านช่องทางที่สะดวก เช่น การค้นหาข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต เป็นต้น

2. ความรอบรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดในแผนกผู้ป่วยนอก

2.1 การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การบริหารยาแก่ผู้ป่วยมีความสำคัญเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายจากการใช้ยา การป้องกันความคลาดเคลื่อนประกอบด้วย ประเมินสภาวะของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ เศรษฐกิจ ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วย อธิบายความจำเป็นในการใช้ยาตามแผนการรักษา จุดประสงค์ของการใช้ยาแต่ละชนิด และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยากำหนดเวลารับประทานยาเพื่อป้องกันการลืม ควรให้ทำปฏิทินหรือสมุดเล็กๆ หรือบันทึกการตั้งเตือนในโทรศัพท์มือถือ แนะนำให้ได้รับน้ำดื่มและอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกาย หลีกเสี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา ประเมินผลการรับรู้ ความเข้าใจ ท่าทีของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ และให้ความเป็นกันเองสร้างความคุ้นเคยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

2.2 การออกกำลังกาย สร้างความรอบรู้ด้านการออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ความหนักของการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย

2.3 โภชนบำบัด ผู้ป่วยควรหลีกเสี่ยงอาหารที่มีไขมันมากและคอเรสเตอรอลสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน หนังไก่ ไข่แดง หมูสามชั้นและอาหารทอดต่างๆ เลือกรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตลดน้อยลง เพื่อเป็นการลดปริมาณพลังงานให้น้อยลง โดยรับประทานอาหารประเภทข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ เผือก มัน แต่ควรลดอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลและขนมต่างๆ ให้น้อยลง อาหารควรเลือกใช้น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำหรือน้ำมันทานตะวัน อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดได้แก่ ผักใบเขียว ใยอาหารที่มีอยู่จะช่วยชะลอการดูดซึมน้ำตาลได้และยังป้องกันอาการท้องผูก

2.4 การจัดการด้านภาวะอารมณ์ ค้นหาแนวทางการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นความพยายามทางความคิดและการกระทำของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกาย ทั้งภายในและภายนอกบุคคลซึ่งจะต้องใช้แหล่งประโยชน์มากกว่าที่บุคคลมีอยู่ การเผชิญปัญหาถือเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และไม่มีการตัดสินว่าวิธีการเผชิญปัญหาวิธีใดมีประสิทธิภาพมากกว่า ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับบริบทนั้นๆ บุคคลที่เผชิญปัญหาได้ดีคือบุคคลที่รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การพูดคุยกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นเดียวกันมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันผู้ป่วย มีความเข้าใจและยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนต่างๆ เกี่ยวกับสภาวะของตนเอง มีความสนใจและรับรู้สิ่งใหม่ๆ การเปลี่ยนแปลงของสังคม ปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้อย่างมีความสุข

2.5การจัดการเมื่อเกิดความผิดปกติ การรับรู้และการจัดการเมื่อเกิดความผิดปกติกับผู้ป่วย การสังเกตอาการที่มีความผิดปกติของร่างกาย ได้แก่ อาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติ อาการบวมตามร่างกาย เช่น หน้า แขน ขา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีอาการนอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก เหนื่อยหอบหรือสามารถประเมินและสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการนับอัตราการเต้นของชีพจรของตนเองในระยะพักและระยะเวลาออกกำลังกายได้

ระยะการติดตามผล

โดยติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2,3, และ 4 และติดตามที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลบ้านโป่ง วัดผลหลังการวางแผนเยี่ยมบ้านโดยประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FBS, BUN, Cr, Lipid profile การใช้ยาอมใต้ลิ้น และอาการ Chest pain เพื่อประเมินความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลวในแผนกผู้ป่วยนอก โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)[9] กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework)[10] ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem 's self care Theory)[8] เป็นการเปลี่ยนผ่านจากบทบาทของผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลตนเองที่บ้านซึ่งต้องรับผิดชอบตนเองในเรื่องการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยผ่านแผนการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะนำกิจกรรมตามแผนการปรับพฤติกรรมสุขภาพมาประยุกต์ใช้ตามปัญหาที่พบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนสามารถควบคุมโรคได้ ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการตีบซ้ำ ฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีมาตรฐานเชื่อมโยงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ขณะศึกษาพบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวในขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอก
2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ
3. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีซ้ำ จากการขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด
5. ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคเนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลโดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การปฏิบัติตัวหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในด้านการรับประทาน

อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การพักผ่อนนอนหลับ และการจัดการด้านภาวะอารมณ์ การจัดการเมื่อเกิดความผิดปกติ การพยาบาลแบบองค์รวมเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการวางแนวทาง ตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ศึกษา และครอบครัว ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลกับผู้ป่วยที่ทำได้จริง จากการประเมินผลทางการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามที่ผู้ศึกษาให้คำแนะนำอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในส่วนที่ยังบกพร่องได้เป็นอย่างดี ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน การตีบตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีซ้ำได้ สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงตามปกติถึงแม้กิจกรรมบางอย่าง เช่น เตะบอล วิ่งเร็ว ไม่สามารถทำได้เหมือนเช่นเคย แต่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาเห็นคุณค่าในตนเอง สร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะตนเองของผู้ป่วย สรุประยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 2 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลา 122 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โดยการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ และการเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับเครือข่ายในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืน แก้ปัญหาได้ตรงจุดอย่างแท้จริง นำพามาซึ่งผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

2. ควรให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจอุด ตีบ ตัน เช่น แจกแผ่นพับ จัดนิทรรศการประจำปี

เอกสารอ้างอิง

1.จินตนา มีวรรณสุขกุล, คุณญา แก้วทันคำ. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังทำบอลลูนหัวใจคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร่. Journal of the Phrae Hospital 2565;30(1):52-68.

2.ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือยา Handbook of drugs. พิมพ์ครั้งที่14. กรุงเทพฯ: N P Press Limitef Partnership; 2559.

3.พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลและระบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 20). สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2560.

4.พารุณี วงษ์ศรี, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลตำรวจ 2561;10(1):209-219.

5.ระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center : HDC [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

6.เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบ้านโป่ง. รายงานสถิติประจำปี 2564-2566. ราชบุรี: โรงพยาบาลบ้านโป่ง; 2566.

7.สุภาวรรณ ชินพันธุ์, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, สมบัติ อ่อนศิริ, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน. วารสารพยาบาลทหารบก 2562;20(3):218-226.

8.สุนิสา เดชพิชัย, จิราภรณ์ ชูวงศ์. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ: กรณีศึกษา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563;3(2):207-223.

9.อุษณีย์ หลิมกุล. คู่มือการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล. กรงุเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาลวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล; 2561.

10.อรนันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์; 2565.

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567

VOL.9 NO.1 January - March 2024

Part II

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.9 NO.1 January - March 2024 Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลลัพธ์โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น 239
อรอุมา แก้วเกิด ,นันทนา ควรรสุ ,ชิณกรณ์ แดนกาไสย ,ศศกรณ์ อินทรชัยศรี ,ศิริวรรณ สงจันทร์

ผลของการพัฒนาการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกแบบใหม่ต่อระยะเวลาในการเตรียม เครื่องมือผ่าตัด ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู 249
ศิวดาตี๋ คำภีระ

ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร 257
อภิญญา ถามูลแสน

ประสิทธิผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต โรงพยาบาลสกลนคร 267
ภัททิยา สุขสมบูรณ์ ,นำพล สุทธิสุวรรณ ,จิตรภัทรา งันลาโสม

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ทรวงอก ช่องท้อง และกระดูกไหปลาร้าหัก : กรณีศึกษา 278
ประไพ จอมสูง

การประเมินผลการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร 285
ทนง คำศรี ,นวรัตน์ สิงห์คำ ,นิภารัตน์ แสงกุล

การพยาบาลผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว: กรณีศึกษา 293
เพ็ญจันทร์ ธรรมเกษร

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียมหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 301
ศิริวรรณ แป้นน้อย

การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดอุบลราชธานี 309
ปภัสพร พันธ์จูม

การตรวจสอบคุณภาพทางจุลินทรีย์และเอกลักษณ์ทางเคมีของเครื่องดื่มนมกระชาย 319
ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์ ,วนิษา ปันฟ้า ,ดวงนภา แดนบุญจันทร์ ,สุวศิน พลนรัตน์ ,นวรัตน์ วิริยะเขษม

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาเขตสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเรณูนคร 328
กนกพร โพชะโน

การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง 335
สัญญา สาวิสัย

ผลลัพธ์โปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ 345
จิรัชญา ต้นสวรรค์ ,อรอุมา แก้วเกิด ,นันทยา นนเลาพล

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังคลอดในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 353
สุกัญญา พงษ์ศิริรักษ์ ,นฤมล สินสุพรรณ ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา

กระบวนการเสริมสร้างทักษะพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูหลักเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ... 364
วิชิตา ถิ่นวัน

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลปากพนัง 375
อาริยา จันทร์นวล ,ธเนศ สังข์ศรี

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 387
รัชนี วุฒา

ผลการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 397
พรทิพย์ ยศประสงค์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย 407
เฟื่องฝน เบ้าจรรยา

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ตปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.8 NO.1 January - March 2024 Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 417
พัชลาวัล สาระพันธ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันร่วมกับระยะฟื้นฟู : กรณีศึกษา 428
ณัฐกมล มุกดา

การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลจากรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 435
วาทินี จันทร์เจริญ ,อัญธิกา บรรจงสวัสดิ์ ,ปิยมาภรณ์ ดวงมนตรี

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนในพื้นที่ตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี 445
เมืองแมน มนัสศิลา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลอาจสามารถอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด .. 455
เลิศวิทย์ เหลือผล

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร 467
ชัญญาภัค กฤตประวีร์

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 33 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา มกราคม – มีนาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ป่วยหายใจล้มเหลวจากภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากการใช้ยาเมทฟอร์มินร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อกและไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เทคนิคการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อรุนแรงของเยื่อหุ้มคอชั้นลึกโพรงใต้คาง ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส การรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือดสาหรับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มโรคสำคัญ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน สัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต การคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย การเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกแบบใหม่ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต การจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพ ผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียมหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) การตรวจสอบคุณภาพทางจุลินทรีย์และเอกลักษณ์ทางเคมีของเครื่องดื่มนมกระชาย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ การประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป

ผลลัพธ์โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น

Outcomes of the Buddhist spiritual well-being promotion program on quality of life and levels of spiritual satisfaction among early elderly caregivers.

(Received: March 6,2024 ; Revised: March 18,2024 ; Accepted: March 22,2024)

อรอุมา แก้วเกิด[1] นันทนา ควรรสุ[2] ชิณกรณ์ แดนกาไสย[3] ศศกรณ์ อินทรชัยศรี[3] ศิริวรรณ สงจันทร์[3]
รัตติยา ทองอ่อน[3] เนตรฤทัย ภูนากลม[4] วศินภัทร์ ปิยะพงศ์สกุล[3]
Onuma Kaewkerd[1] Nuntana Khavansu[2] Chinnakorn Dankasai[3] Sasakorn Intarachaisri[3] Siriwan Songchan[3]
Rattiya Thongon[3] Nedruetai Punaglom[4] Vasinbhatra Piyapongsakul[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลผลลัพธ์โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลอาจสามารถ จำนวน 70 คน สุ่มอย่างง่ายเลือกแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบตรวจสอบ 2) แบบสอบถามความรู้ เรื่องการทำกิจวัตรทางศาสนากับ การนั่งสมาธิ เดินจงกรม 3) แบบสอบถามความเครียดโดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของของ องค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF) และ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ วิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิต นำเสนอด้วยค่า Independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัย ประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ความเครียด และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นหลังให้โปรแกรม คะแนนความเครียดลดลงหลังให้โปรแกรม และมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นหลังให้โปรแกรมและอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความผาสุกทางจิตวิญญาณ โปรแกรม คุณภาพชีวิต ผู้ดูแล

Abstracts

The quasi-experimental design aimed to study the outcomes of the Buddhist Spiritual Well-being Promotion Program on Quality of Life and Levels of Spiritual Satisfaction Among Early Elderly Caregivers among the control group and the experimental group. The sample group was caregivers of the elderly, At the Samat Subdistrict, with 70 participants. Simple random sampling was divided into 35 subjects, 35 subjects. Measurements included a personal information questionnaire a checklist, a knowledge questionnaire, stress questionnaires using the Suan Prung stress scale, a Quality of life questionnaire Spiritual Satisfaction Questionnaire. Collected data from 10 June to 31 August 2023 (12 weeks).

Research results: Effectiveness of the program between the experimental groups and control group, with the variables spiritual satisfaction, quality of life, and stress. It was found that spiritual satisfaction, stress, and quality of life

[1] ปร.ด.อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล์: nsokk@npu.ac.th
[2] พย.บ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
[3] พย.ม.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
[4] ปร.ด.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

between the experimental group and the control group were statistically significant at the level of .05. However, it was found that the experimental group was significantly higher than the control group at the level of .05.

Keywords: Spiritual well-being, Program, Quality of life, Caregivers

บทนำ

แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญา (spiritual well-being) เป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในศตวรรษที่ 21 โดยแนวคิดนี้ได้ถูกเสนอโดยองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าสุขภาพคือสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[1] ในประเทศไทย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 3 ได้มีการระบุว่าสุขภาพนั้นครอบคลุมไปถึงมิติทางจิตวิญญาณโดยมีการให้ความหมาย “สุขภาพ” คือ “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม โดยมีการเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”[2] จากแนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะเจ็บป่วย (A middle-range theory of spiritual well-being in illness) ของ O’Brien ระบุว่าบุคคลค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณผ่านประสบการณ์ความเจ็บป่วย ส่งผลให้บุคคลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีปัจจัยต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนดังนี้ 1) ความเชื่อศรัทธาส่วนบุคคล (Personal faith) 2) ความพอใจทางจิตวิญญาณ (Spiritual contentment) 3) การปฏิบัติทางด้านศาสนา (Religious practice) 4) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) 5) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Severity of illness) และ 6) เหตุการณ์กดดันชีวิต (Stressful life events)[3] ดังนั้นความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงเกิดจากการผสมกลมกลืนในความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว และอำนาจเหนือธรรมชาติหรือพระศาสดา เป็นสิ่งที่ช่วยบำรุงหล่อเลี้ยงและแสดงออกถึงความเป็นตัวตนของบุคคล มีความเป็นพลวัตและสามารถเจริญงอกงามได้ ช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายและเป้าหมาย มีความเข้มแข็งภายในจิตใจ สามารถเผชิญปัญหาหรือความยากลำบาก เสริมสร้างความหวัง การให้อภัยตนเองและผู้อื่น การยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง[4]

ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน และการลดบทบาทในครอบครัวส่งผลทำให้รายได้และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัย นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางส่วนยังต้องเผชิญกับโรคเรื้อรัง จึงมีความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นภายในครอบครัว ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่สามารถการปรับตัวจากการสูญเสียนี้ได้ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านลบที่ส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างได้ เช่น ขี้หงุดหงิด ดื้อ เอาแต่ใจ เรียกร้องความสนใจ ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม[5,6] ผลการศึกษาทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุในบริบทครอบครัวไทยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดแบบเหมารวมว่าผู้สูงอายุมีทักษะความสามารถที่ลดลง มีนิสัยย้ำคิดย้ำทำ มีอาการหลงๆลืมๆ ดื้อรั้นเอาแต่ใจ ยึดติดในความคิด แต่ผู้ดูแลยังต้องให้การดูแลเนื่องจากเป็นหน้าที่ของบุตรธิดา ในการแสดงความกตัญญูต่อบิดามารดา ดังนั้นพฤติกรรมที่ผู้ดูแลแสดงออกต่อผู้สูงอายุที่พบ ได้แก่ การยอมตามใจ การนิ่งเฉย และการทำใจให้เย็น[7] จากหลักฐานเชิงวิชาการที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมด้านลบของผู้สูงอายุ อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกอึดอัดใจ และไม่สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย[8-10] และจิตใจ[10-12] อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้ดูแลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร้ายแรง หรือผู้สูงอายุที่อยู่ระยะท้ายของชีวิต เช่น โรคสมองเสื่อม โรคมะเร็ง โรคไม่

ติดต่อเรื้อรัง[10,13] ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ดูแลโดยไม่สามารถจะแยกออกจากกันได้ ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ดูแลควบคู่ไปกับผู้สูงอายุ[14]

ในปี 2562 กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ได้สนับสนุนการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังใจในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง[15] เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งทางใจ อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง อาจมีความแตกต่างจากการดูแลผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังสุขภาพดี นอกจากนี้ผลจากการสำรวจชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนม พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องเหตุการณ์กดดันชีวิต (Stressful life events) ปรับตัวจากการทำงานประจำมาดูแลผู้สูงอายุที่เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ มีความเหงา ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ขาดกิจวัตรทางศาสนา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามหลักพระพุทธศาสนา ซึ่งถูกเสนอโดยพระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร และคณะ[16] ต่อคุณภาพชีวิตและระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคล การฟื้นฟูสภาพ การหยุ่นตัว ความสมดุลทางอารมณ์ คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ความเครียด ในการดูแลผู้สูงอายุตอนต้นที่อยู่ในระยะแรกของการสูญเสียบทบาททางสังคมสามารถปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาผลผลลัพธ์โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนม จำนวน 486 คน กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งผู้ดูแลจะถูกคัดเข้าร่วมโครงการตามคุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion criteria) คือเป็นผู้ที่มีเพศชายหรือเพศหญิงอายุ 20-59 ปี เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ที่เป็นสมาชิกครอบครัว มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอาจสามารถ จังหวัดนครพนม และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้คัดผู้ดูแลออกจากโครงการวิจัยตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ผู้ที่มีอาการป่วยร้ายแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ มีการย้ายภูมิลำเนาและผู้ที่ต้องการถอนตัวออกจากงานวิจัย การเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จาก G*Power10 โดยใช้สถิติ Independent t-test ค่า effect size จากค่ามาตรฐานกลาง ได้เท่ากับ 0.8 (เนื่องจากไม่มีงานวิจัยลักษณะเดียวกัน) Power 0.95 ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ได้กลุ่ม ควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง: โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่เกี่ยวกับการส่งเสริม ความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น ประกอบด้วย บทสวดมนต์ วิธีการนั่งสมาธิ การบันทึกจำนวนครั้งของการสวดมนต์ การนั่งสมาธิ ความรู้ในการทำกิจวัตรทางศาสนา

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล:

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบตรวจสอบ (Check list) และแบบเขียนตอบคำถามพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ กิจวัตรทางศาสนา เป็นต้น

2.2 แบบสอบถามความเครียดโดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ[17] แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ แบ่งเป็นปัจจัยภายในร่างกาย ปัจจัยภายนอกด้านสาธารณสุข ปัจจัยภายนอกด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยภายนอกด้านสิ่งแวดล้อม เกณฑ์การให้คะแนน ไม่รู้สึกเครียด ให้ 1 คะแนน เครียดเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน เครียดปานกลาง ให้ 3 คะแนน เครียดมากให้ 4 คะแนน เครียดมากที่สุด ให้ 5 คะแนน การแปลความหมายรับความเครียด มีดังนี้ เครียดต่ำ (0 – 23 คะแนน) เครียดปานกลาง (24 – 41 คะแนน) เครียดสูง (42 – 61 คะแนน) เครียดรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะเจ็บป่วยของ O'Brien[3,18] จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) พึงพอใจในความเชื่อ 2) ความรู้สึกใกล้ชิดพระศาสดา 3) การปราศจากความกลัว 4) ความรู้สึกปรองดองหรือคืนดี 5) ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในรักของพระศาสดา และ 6) ความสัตย์ซื่อต่อสิ่งที่ยึดมั่นศรัทธา ลักษณะเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์ดังนี้ 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณระดับน้อยที่สุด 1.49-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณระดับน้อย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณระดับมาก 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณระดับมากที่สุด

2.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถาม ของกรมสุขภาพจิต ยึดแบบวัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF)[19] 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม WHOQOL – 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และ ทางลบ 3 ข้อ มีคะแนน 26-130 คะแนน การแปลความหมายระดับคุณภาพชีวิต ดังนี้ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (61-95 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน)

ตารางที่ 1 กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธ จำนวน 10 ครั้ง

ครั้งที่	กิจกรรม	แบบประเมิน
1	ทดสอบก่อนเรียน ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้หาปัญหาร่วมกัน ประกอบด้วยการวางเป้าหมายชีวิตการมีเพื่อนร่วมทีม การร่วมสร้างข้อตกลงสัญญา	ทำแบบสอบถามความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ แบบสอบถามความเครียด และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต
	ให้ความรู้เรื่องการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตโดยพยาบาลวิชาชีพและคณะวิจัยแนะนำ ความ	

ตารางที่ 1 กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธ จำนวน 10 ครั้ง

ครั้งที่	กิจกรรม	แบบประเมิน
	เชื่อศรัทธาส่วนบุคคล ความพอใจทางจิตวิญญาณ การปฏิบัติทางด้านศาสนา การสนับสนุนทางสังคม การสะท้อน ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเมื่อต้องเผชิญของผู้ดูแล และของผู้สูงอายุตอนต้น วิถีเผชิญ เหตุการณ์กดดันชีวิต	แจกคู่มือ โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น
2	การสวดมนต์ การสอนสมาธิ	
3	ประเมินความเครียด การฝึกเกร็งคลายกล้ามเนื้อ	
4	การปรับพฤติกรรม การเพิ่มคุณภาพชีวิต	
5	การเขียนรายงานการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสวดมนต์ การสอนสมาธิ และ ทำรายงานตามบ้าน	
6	ทดสอบหลังทำโปรแกรม	ทำแบบสอบถามความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ แบบสอบถามความเครียด และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านพยาบาลผู้สูงอายุ การวิจัย อาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.50-1.00 ผู้วิจัยปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำก่อนนำไปใช้ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะเดียวกัน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงติ้ว จำนวน 30 รายนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ผลการหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความเครียด (0.74) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (0.82) แบบสอบถามความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ (0.84)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอาจสามารถ ผู้นำชุมชนในพื้นที่วิจัย

2. ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างที่สนใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล เพื่อใช้ในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

3. กลุ่มตัวอย่างรายใดที่ให้ความยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการโดยการจับคู่ (Matching) จากนั้นกลุ่มตัวอย่างของทั้ง 2 กลุ่มจะต้องตอบแบบสอบถามก่อนเริ่มโปรแกรม หลังจากทำแบบสอบถามกลุ่มทดลองจะได้รับ ตอนทำโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธ ซึ่งเป็นการทำกิจกรรม 6-10 ครั้ง รายละเอียดกิจกรรมได้อธิบายไว้ดังตารางที่ 1 กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมฯ เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถามอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิต นำเสนอด้วยค่า Independent t-test และ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือเสนอขออนุมัติการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม โดยได้รับการรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการ IGH-GCP 115/66 ลงวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน พบว่า อายุ พบว่าอายุต่ำกว่า 35 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.86 อายุระหว่าง 36 – 39 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และอายุ 40-59 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 37.14 เพศ พบว่า เพศชาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 และเพศหญิง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 88.6 ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 40 สถานภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีสถานะคู่ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60 อาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้าง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน แม่บ้าน พ่อบ้าน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 สถานภาพทางการเงิน พบว่าส่วนใหญ่ พอใช้ ไม่เหลือเก็บ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 โรคติดต่อเรื้อรัง พบว่ามีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 และไม่มีโรค จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 กิจกรรมทางศาสนา พบว่าส่วนใหญ่ทำกิจกรรมทางศาสนาโดยการ ตักบาตรทุกวันไม่ไปวัด จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 การอยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่อยู่แบบครอบครัวใหญ่ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน พบว่า อายุ พบว่าอายุต่ำกว่า 35 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.86 อายุระหว่าง 36 – 39 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และอายุ 40-59 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 37.14 เพศ พบว่า เพศชาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.40 และเพศหญิง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 88.60 ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.40 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 สถานภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีสถานะคู่ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 อาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้าง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 54.30 รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน แม่บ้าน พ่อบ้าน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 31.40 สถานภาพทางการเงิน พบว่าส่วนใหญ่ พอใช้ ไม่เหลือเก็บ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 71.40 โรคติดต่อเรื้อรัง พบว่ามีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 และไม่มีโรค จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 48.60 กิจกรรมทางศาสนา พบว่าส่วนใหญ่ทำกิจกรรมทางศาสนาโดยการ ตักบาตรทุกวันไม่ไปวัด จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.40 การอยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่อยู่แบบครอบครัวใหญ่ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 42.90

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิต จากการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีตัวแปรความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิต และความเครียด พบว่าตัวแปรความเครียด และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Difference	t	*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความเครียด							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.68	0.52	3.60	0.53	0.08	0.62	0.54
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.13	0.78	3.57	0.53	-1.44	- 9.03	<0.001*
คุณภาพชีวิต							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.99	0.45	2.05	0.36	-0.06	-0.01	0.99
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.49	0.42	2.09	0.38	0.40	4.03	<0.001*
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.08	0.74	2.15	0.68	-0.07	-0.14	0.89
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.58	0.84	2.18	0.67	1.40	7.71	<0.001*

*$p<.05$

การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และก่อนและหลังการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองหลังการทดลองความเครียด หลังทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (t= 12.44, $p<.001$) คุณภาพชีวิต หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (t=7.67, $p< .001$) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ หลังทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (t=11.04, $p< .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง (Mean)		t-test	*p*	กลุ่มควบคุม (Mean)		t-test	*p*
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง			ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
ความเครียด	3.68	2.13	12.44	<0.001*	3.60	3.57	0.89	0.38
คุณภาพชีวิต	1.99	2.49	7.67	<0.001*	2.05	2.09	2.02	0.06
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	2.08	3.58	11.04	<0.001*	2.15	2.18	1.61	0.12

*$p<.05$

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุมประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีตัวแปรตามคือความพึงพอใจทางทางจิตวิญญาณ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (t= 7.71, $p<.001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมักมีความผาสุกด้านจิตวิญญาณโดยสมาชิกของครอบครัวที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน พูดคุย ปรึกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่าง ๆ ร่วมกัน แสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรกัน ทั้งทางกาย วาจา และใจ พร้อมทั้งปฏิบัติตามหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิด

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และ ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถติ (p<.001)[7] การสนับสนุนทางสังคนที่มาจากคนในครอบครัวที่แสดงให้เห็นถึงผู้สูงอายุได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ กำลังใจ คำแนะนำ คำปรึกษาต่างๆ รับรู้ว่าตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะช่วยส่งเสริมให้มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณได้ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกของข้าราชการครูในระยะเปลี่ยนผ่านของวัยเกษียณอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .44, p < .01) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทาง จิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (r = .49, p= .00) และมีอำนาจการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร้อยละ 10 สอดคล้องกับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (r = .57, p =.000) และมีอำนาจการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 2.80[20] อภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการจับคู่ (Matching) เพศ อายุ ระดับการศึกษา กิจกรรมการ 1)ให้ความรู้เรื่องการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตโดยพยาบาลวิชาชีพและคณะวิจัย (วัดผลก่อนหลัง) และแจกคู่มือโปรแกรม 2) ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้หาปัญหาร่วมกัน ประกอบด้วยการวางเป้าหมายชีวิต การมีเพื่อนร่วมทีม การร่วมสร้างข้อตกลงสัญญา และการประเมินความเครียด การฝึกเกร็งคลายกล้ามเนื้อ การปรับพฤติกรรม การเพิ่มคุณภาพชีวิต การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ การเขียนรายงานการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสวดมนต์ การสอนสมาธิ จำนวน และ ทำรายงานตามบ้าน มีผลทำให้ระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นตามกรอบแนวคิดของ อภิปรายได้ว่า กิจกรรมที่ทำให้ความรู้ กิจกรรมทางจิตวิญญาณ เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ วางเป้าหมาย และสอนสมาธิ และให้ทำกิจกรรมตามบ้านสม่ำเสมอ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ มากขึ้น และพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างเป็นตอนต้น อายุ 60-69 ปี สถานที่ศึกษาเป็นพื้นที่ตำบลอาจสามารถ ซึ่งถูกปลูกฝังเรื่องศาสนาพุทธหลักการทำความดี การดูแลผู้สูงอายุจึงทำให้คะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนตัวแปรคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (t= 4.03, p<.001) เป็นไปตามสมมุติฐานที่ 2 เนื่องมาจากการทำกิจกรรมในกลุ่มทดลอง 1)ให้ความรู้เรื่องการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตโดยพยาบาลวิชาชีพและคณะวิจัย (วัดผลก่อนหลัง) และแจกคู่มือโปรแกรม 2)ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้หาปัญหาร่วมกัน ซึ่งการเพิ่มคุณภาพชีวิต อาจไม่ได้ขึ้นกับกิจกรรม คุณภาพชีวิตคนจะดีอาจมาจากหลายปัจจัย ที่หลายมิติ ลึกซึ้ง การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช[21] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ทุกด้าน ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) สถานภาพ 4) ความมีโรค/อาการป่วย 5) ความสามารถในการอ่านหนังสือ 6) ความ สามารถในการเขียนหนังสือ 7) ระดับการศึกษา 8) การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน 9) แหล่งที่มาของรายได้ 10) รายได้ 11) ภาระหนี้สิน 12) เงินออม 13) การได้รับเบี้ยยังชีพ และ 14) บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย ไม่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05[14] การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก[22] การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่ม

ตัวอย่างเชิงประมาณ 400 คน เชิงคุณภาพ 27 ราย ผลพบว่าการมีคุณภาพชีวิตที่ดีผู้สูงอายุได้มีความเห็นสอดคล้องกันว่า มาจากครอบครัวที่อบอุ่น ลักษณะพฤติกรรมที่พึงพอใจเช่น สมาชิกในครอบครัวมีความรักความสามัคคีต่อกัน ไม่ทะเลาะให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ตอบสนองต่อความต้องการ ให้มากที่สุด การดูแลด้านร่างกายคือ จัดหาอาหารตามหลักโภชนาการ การดูแลด้านจิตใจอารมณ์ความรู้สึกสถานการณ์นี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ลูกหรือผู้ดูแลหลักต้องใช้จิตวิทยาค่อนข้างสูงเข้าถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุ[15] อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นส่วนหนึ่งที่มาพร้อมกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และลักษณะครอบครัวของชุมชนอาจสามารถเป็นลักษณะส่วนใหญ่อยู่กันแบบเครือญาติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยของขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน หัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ และทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม ปี พ.ศ. 2566

ข้อเสนอแนะนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดกิจกรรมโปรแกรม โดยมีกิจกรรม การสวดมนต์ นั่งสมาธิ การศรัทธาในศาสนา การตักบาตร การมีต้นแบบในการทำกิจกรรมทางศาสนา จะทำให้ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถเพิ่มความพึงพอใจทางจิตวิญญาณให้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้นได้ และควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อดูผลของโปรแกรมระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.Chirico F. Spiritual well-being in the 21st century: It's time to review the current WHO's health definition. Journal of Health and Social Sciences. 2016;1(1):11-6.

2.National Health Commission Office. National Health Act, B.E. 2550 (2007). 2nd ed. Nontaburi, Thailand: Sahaphattanaphaisarn Limited Partnership; 2007. (in Thai)

3.O'Brien ME. The need for spiritual integrity. In: Yura H, Walsh M, editors. Human needs and the nursing process. Norwalk, CT: Appleton- Century-Crofts; 2011. P. 82-115.

4.Chaiyasit Y, Prapassorn K, Thong-on R, Kaewkerd O. Conceptual analysis of spiritual oppression. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2021;36(2):5-17. (in Thai)

5.MauK LK. Gerontological nursing: Competencies for care. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett; 2014.

6.Charoenwong S, Kongkun P, Chansangrat N, Sriwan P. Dependent elders in a Southern rural Muslim community: Current situation of care and for long-term care. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018;5(2):231-46. (in Thai)

7.Puttummavong N. Ageism towards older adults in families: A mixed methods research [Dissertation]. Bangkok, Thailand: Srinakharinwirot University; 2020. (in Thai)

8.Türkben PH, Kiyak S. Spiritual well-being and care burden in caregivers of patients with breast cancer in Turkey. Journal of Religion and Health. 2023;62(3):1950-63.

9.Young, S. M. (2023). The influence of spirituality on caregiver burden and quality of life in older adult informal caregivers [Dissertation]. Morgantown, West Virginia: West Virginia University; 2023.

10.Spatuzzi R, Giulietti MV, Ricciuti M, Merico F, Fabbietti P, Raucci L, Bilancia D, Cormio C, Vespa A. Exploring the associations between spiritual well-being, burden, and quality of life in family caregivers of cancer patients. Palliative & Supportive Care. 2019;17(3):294-9.

11.Yeh PM, Bull M. Influences of spiritual well-being and coping on mental health of family caregivers for elders. Research in Gerontological Nursing. 2009;2(3):173-81.

12.Mahaton H, Taephant N, Relationship among mindfulness, spiritual well-being, acceptance, and psychological distress in family caregiver of chronic non-communicable disease patients (NCDS). Academic Psychiatry and Psychology Journal. 2021;37(1):17-30. (in Thai)

13.Baumgardner ML, Mayo AM. The lived experience of spiritual well-being amongst family caregivers of persons with dementia on palliative care. Geriatric Nursing. 2021;42(1):65-71.

14.Kim SS, Hayward RD, Kang Y. Psychological, physical, social, and spiritual well-being similarities between Korean older adults and family caregivers. Geriatric Nursing. 2013;34(1):35-40.

15.Department of Mental Health. Training manual for the program to strengthen the spirits of relatives who care for elderly people who are stuck at home or bedridden. 2nd ed. Nontaburi, Thailand: Department of Mental Health; 2019. (in Thai)

16.Khemaweero PW, Pattanasing T, Khankaew T, Khumtua K, Lapontan S. Enhancement of elder people's spiritual well-being according to Buddhism doctrines. Journal of MCU Peace Studies. 2017;5(1): 78-88. (in Thai)

17.Mahatnanirakul S, Tantipiwattanaskul W, Pumpaisalchai W, Wongsuwan K, Pornmanajirangul R. Comparison of World Health Organization quality of life scales. Every 100 indicators and 26 indicators. Chiang Mai: Suan Prung Hospital Chiang Mai Province, Thailand; 1997. (in Thai)

18.Saengthongdee J. A spiritual well-being care-taking program of relatives of end-stage cancer patients base on buddhist psychology. JSBA 2020;5(4):36-350. (in Thai)

19.Department of Mental Health. Assessment and analysis development research report. Stress too self for Thai citizens with a computer. 2nd ed. Samut Prakan: TCOM; 1999. (in Thai)

20.Chaiyasit, Y., Kunakote, N., Kotta, P., Chanbunlawat, K., & Piboonrungroj, P. (2020). Predicting factors of spiritual well-being among people living with HIV/AIDS. The

21.Kloadee J, Naksuwan S, Sukmaitri C. Factors affecting quality of life. (in Thai) of the elderly in Nakhon Si Thammarat Province. Rajapruek Journal. 2017;15(1): 27-32.

22. Sasawad K. (2017). Factors affecting the quality of life of the elderly in the eastern provinces. News Research Community.2017;11(2): 21-38. (in Thai).

ผลของการพัฒนาการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกแบบใหม่ต่อระยะเวลาในการเตรียม เครื่องมือผ่าตัด ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

Effects of the development of new cataract surgery equipment preparation on the time required to prepare surgical equipment in the operating room, Nong Bua Lamphu Hospital.

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 6,2024 ; Accepted: March 7,2024)

ศิวดาติ์ คำภีระ[1]
Sivadat Khamphira[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลแนวปฏิบัติในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาล 2) เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มการใช้เครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่ 3) เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่หยิบเครื่องมือเพิ่มระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มการใช้เครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่ โดยการผ่าตัดโดยการใช้เครื่องมือผ่าตัด 2 รูปแบบ คือ กลุ่มการใช้เครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่ และกลุ่มการใช้เครื่องมือแบบเดิม ในการผ่าตัดผู้ป่วยจำนวนกลุ่มละ 20 คน เก็บข้อมูลในพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เดือนพฤศจิกายน 2566ถึงเดือนมีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลของข้อมูลระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด จำนวนครั้งที่หยิบเครื่องมือเพิ่ม ในกลุ่มการใช้เครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่ดีกว่ากลุ่มการใช้เครื่องมือแบบเดิม ($p<0.001$) โดยที่ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดของพยาบาลทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัดในภาพรวมพบร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มการใช้เครื่องมือแบบเดิมมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบเดิมเพียงร้อยละ 50 ($p<0.001$)

คำสำคัญ อุปกรณ์ผ่าตัด, ห้องผ่าตัด, การเตรียมเครื่องมือผ่าตัด, ต้อกระจก

Abstract

This study was quasi-experimental research. The objectives were 1) to study the effectiveness of nurses' guidelines for preparing cataract surgery instruments. 2) to compare the time required for surgery between the control group and the group using the new pre-prepared instruments. 3) to compare the number. The number of tools picked up increased between the control group and the new pre-packaged tool group. Surgery using 2 types of surgical tools: a group using new pre-prepared tools. and groups using traditional tools In surgery, there were 20 patients per group. Data were collected by professional nurses working in the operating room. Nong Bua Lamphu Hospital November 2023 to March 2024. Data analyzed by Mean and standard deviation Data results were compared between groups using inferential statistics.

The results of the study found that the time required for surgery Number of times tools were picked up In the group using the new ready-made equipment was better than the group using the old equipment ($p<0.001$). The experience of working in the operating room of the nurses in both groups was not significantly different. Overall satisfaction with the use of the model for improving the quality of preparation of cataract surgery instruments for operating room nurses was 100%, while the group using traditional instruments was satisfied with using the original format only 100%. 50 ($p<0.001$)

Keywords: surgical equipment, operating room, surgical instrument preparation, cataract

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

บทนำ

ต้อกระจก (Cataract) คือ ภาวะที่เลนส์ภายในลูกตามีความขุ่นขาวทำให้แสงที่จะผ่านเข้าไปในดวงตาไม่สามารถผ่านเข้าไปได้ ทำให้เกิดอาการตามัว มองเห็นภาพเบลอ สีเพี้ยนและมองเห็นคล้ายมีหมอกมาบังตลอดเวลา การมองเห็นที่ดีเป็นเรื่องสำคัญในการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขการผ่าตัดต้อกระจกช่วยให้การมองเห็นกลับมาดีได้ ดวงตาเป็นอวัยวะสำคัญของร่างกาย เพราะการมองเป็นเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการดำรงชีวิต อีกทั้งเป็นอวัยวะรับรู้ประสาทสัมผัสของร่างกาย หากขาดการมองเห็นร่างกายก็ขาดประสาทสัมผัสรับรู้ที่สำคัญอย่างหนึ่งไป [9] ภาวะสายตาที่เลือนรางและนำไปสู่ตาบอดได้ โดยต้อกระจกถือเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่การเกิดตาบอด [7], International Agency for the Prevention of Blindness[11] ซึ่งรายงานที่ผ่านมาพบว่ามีภาวะตาบอดจากต้อกระจกทั่วโลกร้อยละ 47.8 และการรายงานจากองค์การอนามัยโลกพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสูงมากถึง 18 ล้านคน โดยสถานการณ์ในประเทศไทยจากการสำรวจภาวะสายตาเลือนรางและภาวะตาบอดมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น[12]และจากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้มีแนวโน้มและโอกาสการเพิ่มขึ้นของภาวะตาเลือนรางและตาบอดที่สูงขึ้น[10] การมองเห็นที่ดีเป็นเรื่องสำคัญในการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขการผ่าตัดต้อกระจกช่วยให้การมองเห็นกลับมาดีได้ การศึกษาวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดต้อกระจก สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการมองเห็นกลับคืนมาและใช้ชีวิตที่มีคุณภาพได้ เช่นอ่านหนังสือ ทำงาน เดินไปรอบๆ ทำกิจกรรมยามว่าง ขับรถในช่วงกลางวันและกลางคืน สามารถมีกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนคนปกติ

ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู บริการผ่าตัดต้อกระจก 3 ปีย้อนหลัง (ในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 1,183 1,113 และ 1,222 ราย) และมีแนวโน้มที่จะมีบริการผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี จากสภาพสังคมผู้สูงวัยที่เกิดเป็นอยู่ในปัจจุบัน ในทิศทางที่สอดคล้องกันของการศึกษาก่อนหน้าที่ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาการปฏิบัติป้องกันเครื่องมือผ่าตัดสูญหายในห้องผ่าตัด ให้การสรุปว่าการตรวจนับเครื่องมือผ่าตัดตามแนวปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ทำให้ผู้รับบริการปลอดภัยและลดความเสี่ยง ต่อการเกิดเครื่องมือผ่าตัดติดค้างในร่างกายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6] อีกทั้งยังมีการศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด ที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บทีศีรษะ โรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อประเมินความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพของพยาบาลและการทำงานในห้องผ่าตัด[1] ยิ่งไปกว่านั้นการศึกษาในปีเดียวกันของจินตนา ดาวเรือง (2559)[2] ยังได้ทำการศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด 3 กระบวนการ คือ การเตรียมผู้ป่วย การเตรียมทีมและการเตรียมเครื่องมือหากนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและนำไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นได้

การรักษาต้อกระจกมีเพียง 1 วิธี คือ การผ่าตัดต้อกระจก เพราะฉะนั้นการผ่าตัดที่มีคุณภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้สายตาได้เป็นปกติ ปัจจุบันห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภูมีผู้ป่วยต้อกระจกเข้ารับการผ่าตัด 15 คนต่อวัน ในการเตรียมเครื่องมือแต่ละครั้งไม่มีปริมาณที่แน่นอน ทำให้มีเครื่องมือเหลือหรือไม่พอเพียงต้องเตรียมเพิ่มในขณะผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดต้อกระจกในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภูมีความพร้อม สะดวกและรวดเร็ว มีการจัดเตรียมเครื่องมือจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของการจัดเตรียมชุดเครื่องมือสำเร็จแบบใหม่พร้อมใช้ แยกเป็นอุปกรณ์ผ่าตัดตาข้างซ้าย ขวาเพื่อให้บุคลากรในห้องผ่าตัดตาสามารถใช้เครื่องมือในการผ่าตัดต้อกระจกได้ด้วยความรวดเร็ว ครบถ้วน และสะดวกต่อการใช้งานในห้องผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลแนวปฏิบัติในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาล

2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มการใช้เครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่

3. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่หยิบเครื่องมือเพิ่มระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มการใช้เครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลห้องผ่าตัดที่เตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจก รพ.หนองบัวลำภู จำนวน 3 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยอ้างอิงงานวิจัยจากพวงพันธ์ นุริตมนต์, 2565[4] ที่มีความครบถ้วนของการเตรียมเครื่องมือแบบใช้ Application 84% และ ความครบถ้วนของการเตรียมเครื่องมือแบบเดิม 42% โดยใช้โปรแกรมคำนวณ G*Power 3.1.9.2 กำหนดการทดสอบเป็น two–sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (significance) ที่ 5% และ power 80% ได้จำนวนครั้งของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มละ 20 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่เตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู และเกณฑ์คัดออก คือ 1) เมื่อพยาบาลห้องผ่าตัดไม่สามารถเข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่ได้ 2) เมื่อพยาบาลห้องผ่าตัดที่เตรียมเครื่องมือผ่าตัดย้ายงานแผนก และ 3) มีความประสงค์ที่จะออกจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

1. การเตรียมเครื่องมือผ่าตัดแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่ โดยการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดแบบใหม่ที่มีการจัดเป็นชุดเตรียมสำเร็จพร้อมใช้ไว้จะสามารถทำให้เกิดความพร้อม สะดวกและรวดเร็วในการค้นหาและมีความครบถ้วน ซึ่งประกอบด้วย Castroviejo Suturing Forceps 0.21 mm, Kelman-McPherson Tying Forceps Angled, Barraquer Needle Holder, Curved with Lock, Barraquer Eye Speculum, Wire Blade, Schaedel Towel Clamp, Capsule GuardTM I/A Handpiece, Irrigating Cystotome, Formed 25 Gauge 5/box, Sinskey Hook II, Slade Refractive Spatula, Slade Refractive Spatula, Microsurgical Instrument Tray Plastic 6 x10 Inches.

2. การเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกแบบเดิม วางอุปกรณ์ไว้อย่างเป็นอิสระเพื่อการหยิบใช้

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม จะทำการดำเนินการผ่าตัดในห้องผ่าตัดอย่างเป็นปกติโดยการใช้แนวปฏิบัติแบบเดิม ใช้วิธีการเตรียมเครื่องมือแบบเดิม

2. กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่ วิธีการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกโดยชุดเตรียมสำเร็จ ทำการดำเนินการผ่าตัดในห้องผ่าตัดอย่างเป็นปกติโดยใช้วิธีการเตรียมเครื่องมือแบบใหม่

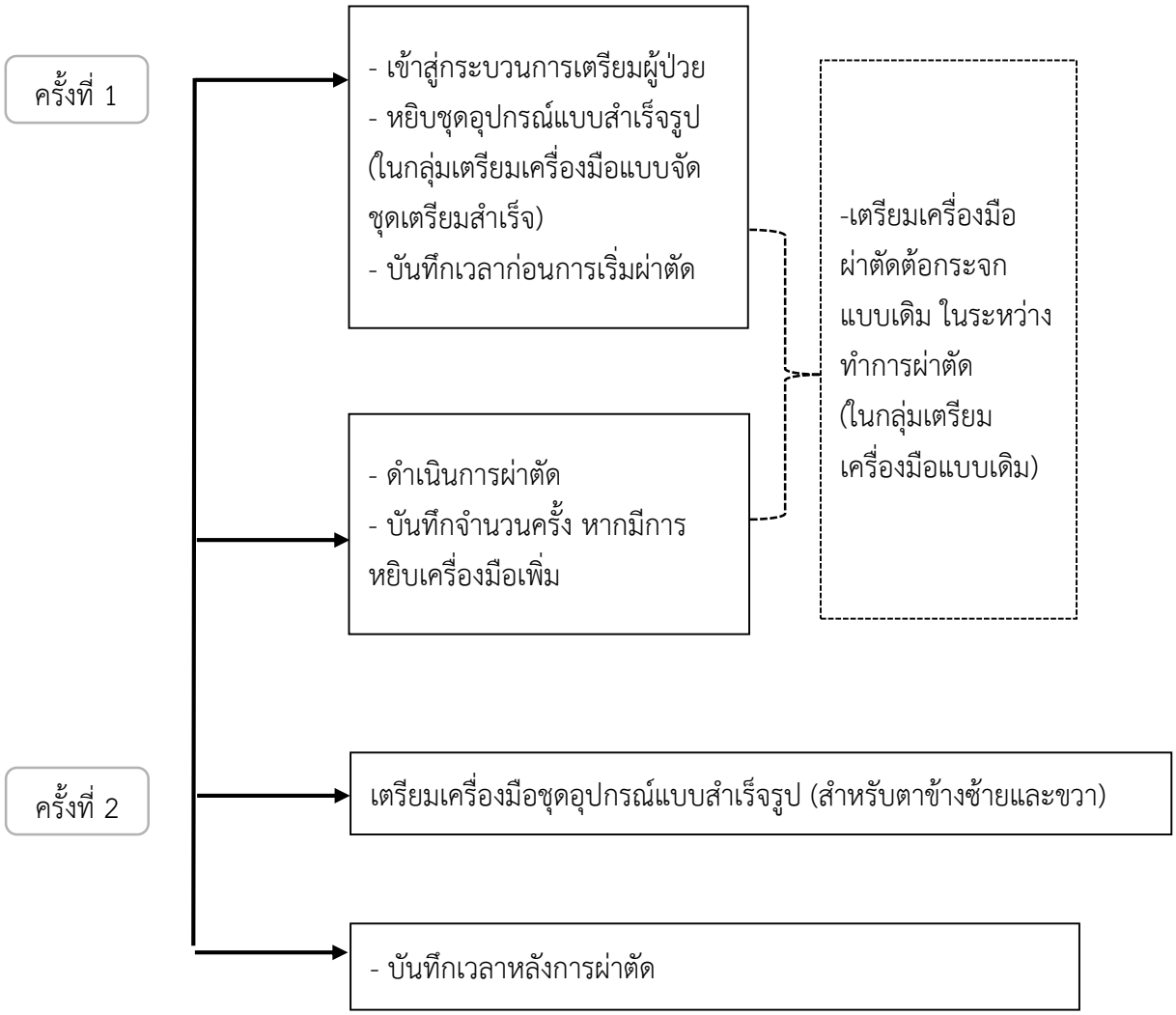


การเตรียมเครื่องมือผ่าตัดแบบเดิม



การเตรียมเครื่องมือผ่าตัดแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จ

รูปที่ 1 การเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจก



รูปที่ 2 ขั้นตอนการศึกษา

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลต่อเนื่องที่มีการกระจายแบบปกติ เปรียบเทียบผลของข้อมูลระหว่างกลุ่มโดยใช้ Independent samples t-test เมื่อข้อมูลมี

การกระจายแบบปกติ เปรียบเทียบผลของข้อมูลระหว่างกลุ่มโดยใช้ Mann-Whitney U test เมื่อข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ กำหนดค่าความแตกต่างอย่างมีนับสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานห้องผ่าตัดที่เตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจก รพ.หนองบัวลำภู **จำนวน3คน** ที่ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดของพยาบาล 18 ± 5.78 เดือน การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็นการเก็บข้อมูลในกลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่ 20 คน และ กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม 20 คน

ตารางที่ 1 ระยะเวลาในการผ่าตัดตาต้อกระจก จำนวนครั้งที่หยิบเครื่องมือเพิ่ม ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดของพยาบาลในกลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่และกลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม

ตัวแปร	กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่	กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม	P value
รวมเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที)	13.91 ± 1.20	21.00 ± 1.65**	<0.001
จำนวนครั้งที่หยิบเครื่องมือเพิ่ม (ครั้ง)	0 ± 0.00	2.85 ± 0.93**	<0.001
ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดของพยาบาล (เดือน)	16.60 ± 5.59	19.20 ± 5.82**	0.192

นำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, n=20 คนต่อกลุ่ม, **มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม p<0.01

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่ มีรวมเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด จำนวนครั้งที่หยิบเครื่องมือเพิ่มน้อยกว่ากลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม (p<0.01) โดยประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.192)

ตารางที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจก

ของพยาบาลห้องผ่าตัดในกลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่และกลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม

ตัวแปร	กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จ		กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม		P value
	ค่าเฉลี่ย SD	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย SD	ร้อยละ	
1. นโยบายหน่วยงานในการใช้รูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัด	4.15 ± 0.75	83	2.35 ± 0.49**	47	<0.001
2. วัสดุอุปกรณ์/สติ๊กเกอร์ ที่ใช้ในการปฏิบัติตามการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัดเหมาะสม	4.60 ± 0.50	92	2.30 ± 0.47**	46	<0.001
3. ได้รับความรู้เรื่องการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้น	4.45 ± 0.60	89	2.35 ± 0.59**	47	<0.001

ตารางที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจก

ของพยาบาลห้องผ่าตัดในกลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่และกลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม

ตัวแปร	กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จ		กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม		P value
	ค่าเฉลี่ย SD	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย SD	ร้อยละ	
4. ได้รับความรู้เรื่องการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัด เพิ่มขึ้น	4.65 ± 0.49	93	2.30 ± 0.47**	46	<0.001
5. เนื้อหาชัดเจนเข้าใจง่าย	4.80 ± 0.41	96	2.40 ± 0.50**	48	<0.001
6. ความเหมาะสมในการดำเนินการพัฒนารูปแบบ	4.70 ± 0.47	94	2.45 ± 0.60**	49	<0.001
7. ความเหมาะสมของระยะเวลาการจัดดำเนินการ	4.35 ± 0.75	87	2.60 ± 0.60**	52	<0.001
8. ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัดในภาพรวม	5.00 ± 0.00	100	2.50 ± 0.51**	50	<0.001

นำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าร้อยละ, n=20 คนต่อกลุ่ม, **มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม p<0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัด ด้านนโยบายหน่วยงานในการใช้รูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัด ด้านวัสดุอุปกรณ์/สติ๊กเกอร์ ที่ใช้ในการปฏิบัติตามการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัดเหมาะสม ด้านได้รับความรู้เรื่องการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้น ด้านได้รับความรู้เรื่องการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้น ด้านเนื้อหาชัดเจนเข้าใจง่าย ด้านความเหมาะสมในการดำเนินการพัฒนารูปแบบ ด้านความเหมาะสมของระยะเวลาการจัดดำเนินการ ด้านความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัดในภาพรวม ทุกด้านพบว่า กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่มีความพึงพอใจต่อการจัดชุดเตรียมสำเร็จของเครื่องมือผ่าตัดมากกว่ากลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม (p<0.01)

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัดในกลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่และกลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม

ตัวแปร	กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่		กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม		P value
	ค่าเฉลี่ย SD	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย SD	ร้อยละ	
1. ความสะดวกในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจก	4.95 ± 0.22	99	2.35 ± 0.49**	47	<0.001
2. ช่วยในการลดระยะเวลาในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจก	4.80 ± 0.41	96	2.55 ± 0.51**	51	<0.001
3. มีความเหมาะสม ใช้งานง่าย	5.00 ± 0.00	100	2.35 ± 0.49**	47	<0.001

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัดในกลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่และกลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม

ตัวแปร	กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จแบบใหม่		กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม		P value
	ค่าเฉลี่ย SD	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย SD	ร้อยละ	
4. รูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.85 ± 0.37	97	2.55 ± 0.51**	51	<0.001
5. รูปแบบการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกมีประโยชน์ต่อหน่วยงานจริง	5.00 ± 0.00	100	2.45 ± 0.51**	49	<0.001

นำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าร้อยละ, n=20 คนต่อกลุ่ม, **มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม p<0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลห้องผ่าตัด ด้านความสะดวกในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจก ด้านช่วยในการลดระยะเวลาในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจก ด้านความเหมาะสม ใช้งานง่าย ด้านรูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ด้านรูปแบบการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกมีประโยชน์ต่อหน่วยงานจริง ทุกด้านพบว่า กลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบจัดชุดเตรียมสำเร็จมีความคิดเห็นในทิศทางที่ดีต่อการจัดชุดเตรียมสำเร็จของเครื่องมือผ่าตัดมากกว่ากลุ่มเตรียมเครื่องมือแบบเดิม (p<0.01)

สรุปและอภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อประสิทธิผลแนวปฏิบัติในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาล เพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว และสามารถลดเวลาในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจก ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึง การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดในรูปแบบใหม่ และการจัดให้เป็นระบบและระเบียบส่งผลให้ระยะเวลาในการผ่าตัดลดลง และไม่หยิบเครื่องมือเพิ่มเนื่องจากชุดสำเร็จแลลใหม่ของเครื่องมือที่มีความครบถ้วนและถูกต้อง ที่เหมาะสมต่อการใช้งานผ่าตัดดวงตาทั้งข้างซ้ายและข้างขวา ที่สอดคล้องกับแนวคิด Lean ในการจัดกระบวนการการจัดเตรียมเครื่องมือ เริ่มตั้งแต่การใช้ใบตรวจสอบความถูกต้อง (checklist) ของเครื่องมือ ความเหมาสมที่ใช้งาน (ตาซ้ายหรือตาขวา) ในจำนวนที่ถูกต้อง เพื่อส่งผลให้ลดการสูญเสียเวลาในทุกกระบวนการลดความผิดพลาดในระบบการจัดเตรียมเครื่องมือและลดเวลาในการหยิบเครื่องมือเพิ่ม รวมถึงความปลอดภัยในห้องผ่าตัด สอดคล้องกับบริการปลอดภัยและลดความเสี่ยง ต่อการเกิดเครื่องมือผ่าตัดติดค้างในร่างกายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6] ยิ่งไปกว่านั้นการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนี้และแนวคิด lean ที่ศึกษาในห้องผ่าตัดและใช้ลักษณะการจัดการที่เป็นกระบวนการคือ จินตนา ดาวเรือง[2] ได้ทำการศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด 3 กระบวนการ คือ การเตรียมผู้ป่วย การเตรียมทีมและ การเตรียมเครื่องมือหากนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและนำไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นได้ ในการศึกษาในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลยังมีการการปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นการศึกษาของ บุศรินทร์ จงใจสุรธรรม และคณะ[3] ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกการศึกษาก่อนหน้าที่ได้ศึกษาในกลุ่มพยาบาลพบว่า การทำงานเป็นทีมของ

พยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมที่มีรูปแบบชัดเจนทำให้พยาบาลเข้าใจบทบาทของตนเองและเกิดการปฏิบัติเป็นรูปธรรมมากขึ้น นอกจากนี้การใช้แบบตรวจสอบความปลอดภัยเป็นเครื่องมือสื่อสารภายในทีมช่วยลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการผ่าตัดได้ อีกทั้งยังมีการศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด ที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บทีศีรษะโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อประเมินความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพของพยาบาลและการทำงานในห้องผ่าตัด[1]

จากผลความพึงพอใจและความคิดเห็นในทางบวกจากอาสาสมัครที่เป็นพยาบาลวิชาชีพของการศึกษาในครั้งนี้ในการใช้งานการจัดเตรียมชุดสำเร็จของอุปกรณ์ผ่าตัดสามารถนำไปต่อยอดพัฒนากำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตาต้อกระจกในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภูได้

ข้อเสนอแนะ

กำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตาต้อกระจก ลดระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดและการเตรียมเครื่องมือห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

เอกสารอ้างอิง

1. กนิษฐา อิสสระพันธุ์ และ เพียงฤทัย โรจน์ชีวิน. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บทีศีรษะ, วารสารวิชาการสาธารณสุข, ปีที่ 5 ฉบับที่ 25 กันยายน - ตุลาคม 2559
2. จินตนา ดาวเรือง. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2559
3. บุศรินทร์ จงใจสุรธรรม, ขนิษฐา นาคะ, วิภา แซ่เซี้ย. การปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2560 หน้า 27-40
4. พวงพันธ์ นุริตมนต์, ประสิทธิผลการพัฒนาแนวปฏิบัติในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดข้อเข่าเทียม ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู, 2565
5. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. ต้อกระจก. Online: http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/Nurse/knowl.nurse/65/07-07-65/07072022.pdf
6. ลดาวัลย์ พลวิเศษ และ นภัทร ศรีสร้อย. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันเครื่องมือผ่าตัดสูญหายในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลวานรนิวาส, วารสารโรงพยาบาลนครพนม, ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (2019): กันยายน - ธันวาคม 2562
7. วัฒนีย์ เย็นจิตร, ภฤศ หาญอุตสาหะ, โสภณ เอี่ยมศิริ, ถาวร อุดมศิริ, ผ่องพักตร์ ชูศรี, ฉวีวรรณ เย็นจิตร. สภาวะตาบอด สายตาเลือนลางและโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขไทย พ.ศ.2549-2550. จักษุสาธารณสุข 2550;21(1): 10-94.
8. ศิริพร ประลันย์. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม Online:https://ict.nkphospital.go.th/nkph/index.php/download/category/60-2021-09-28-11-20-36?download=301:01
9. สบง ศรีวรรณบรูณ์. การวิเคราะห์สภาพตา สำหรับการแก้ไขสายตาผิดปกติโดย Corneal Topography และ Wave-front Sensing. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งตีพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตรศิริราชมหาวิทยาลัยมหิดล; 2547
10. สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย [ออนไลน์]. 2560 (http://www.oppo.opp.go.th/pages/situation/ situation_01.html.)
11. International Agency for the Prevention of Blindness. Cataract [Internet] 2017. [cite 2014 Mar 11]. Available from: http://www.iapb.org/vision2017/what-is-avoidable blindness.
12. Results of RAAB Thailand 2013. RAAB Thailand Study Group, Mettapracharak (WatRaiKhing) Hospital 2013.

ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร

Effects of Diabetes Self-Management Program to self-behavior and Hemoglobin A1C of type 2 diabetes patients with uncontrolled glycemic level at Phra Ajarn Mun Bhuridatto Hospital, SaKon Nakhon Province.

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 6,2024 ; Accepted: March 7,2024)

อภิญญา ถามูลแสน[1]
Apinya Tamoolsan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2566-กุมภาพันธ์ 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพื้นฐานเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบใช้ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.23, S.D.=0.24) และหลังได้รับโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.52, S.D.=0.45) และพบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-3.526, p=0.001) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร (t=-3.731, p=0.001) ด้านการจัดการกับความเครียด (t=-2.660, p=0.013) ด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน (t=-3.003, p=0.005) ด้านการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ (t=-3.496, p=0.002) และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง (t=-2.971,p=0.006) และผลการติดตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมลดลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=5.068, p<.001)

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การจัดการตนเอง, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

Abstract

This quasi experimental research aimed to study effects of diabetes self-management program to self-behavior and hemoglobin A1C of type 2 diabetes patients with uncontrolled glycemic level at Phra Ajarn Mun Bhuridatto Hospital, SaKon Nakhon Province. The sample were patients with uncontrolled type 2 diabetes, purposive sampling of 30 sample. The study was conducted between the months of December 2023 to February 2024. The instrument of data collection included; the questionnaires of demographic, self-care behavior, recording form of fasting plasma glucose (FPG) and HbA1c. The experimental instrument was diabetes self-management program. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The comparative statistic used paired t-test.

The results showed; before receiving the diabetes self-management program, mean score of overall self-care behavior was the moderate level ($\bar{X}$=3.23, S.D.=0.24). And after receiving program, it was found the

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต

mean score of overall self-care behavior remained at a moderate level ($\bar{X}$=3.52, S.D.=0.45). Comparing mean score of overall self-care behavior found that after receiving program higher than before (t=-3.526, p=0.001), especially in diet control (t=-3.731, p=0.001), stress management (t=-2.660, p=0.013), using of diabetes medicine (t=-3.003, p=0.005), self-care of hyperglycemia or hypoglycemia (t=-3.496, p=0.002), and continuing care (t=-2.971,p=0.006), respectively. And monitoring of hemoglobin A1c found that after receiving program decreased than before, significantly (t=5.068, p<.001).

Key word: type 2 diabetes, self-management, HbA1c.

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผลจากการที่ร่างกายมีภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด[1] และข้อมูลจากภาคพื้นแปซิฟิก พ.ศ. 2560 รายงานว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 4.4 ล้านคน ซึ่งมากเป็นอันดับ 4 รองจากประเทศจีน อินเดีย และญี่ปุ่น[2] และพบว่าแต่ละวันคนไทยมากกว่า 180 คนเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งพบอัตราการตายในปี 2557 เท่ากับ 17.5 ต่อแสนประชากร และพบอัตราตายมากขึ้นในปี 2559 เป็น 22.3 ต่อแสนประชากร[3] เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[4]

การรักษาโรคเบาหวานมีเป้าหมายหลักคือป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนน้ำตาลในเลือดสูง ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง และให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ โดยควบคุมระดับน้ำตาลเป้าหมายในเลือดขณะอดอาหารให้อยู่ระหว่าง 80-130 mg/dl และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ไม่เกิน 7.0 mg% โดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ปัจจัยสำคัญที่สุดคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม ก็จะสามารถควบคุมโรคได้ดี[1]

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้และสร้างทักษะการดูแลตนเอง (Diabetes Self-Management Education and Support, DSMES) จึงเป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความมั่นใจที่ยอมรับว่าตนเองมีความรับผิดชอบในการดูแลรักษาโรคเบาหวานด้วยตนเอง และตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกับทีมผู้ให้บริการสุขภาพ (Powers et al., 2020) มีการศึกษาที่พบว่าผลลัพธ์ของการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น[5,6]

การให้การศึกษาเพื่อการจัดการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes self-management education หรือ DSME) เป็นกระบวนการต่อเนื่องในการส่งเสริมเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะและความสามารถที่จำเป็นต่อการจัดการโรคเบาหวานของตนเอง โดยจะต้องมีการนำความต้องการเป้าหมายและประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเข้าไปผสมผสานในกระบวนการนี้ด้วย รวมทั้งต้องวางอยู่บนรากฐานของมาตรฐานที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการดูแลรักษาโรค สามารถจัดการดูแลตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาและประสานการทำงานร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อยกระดับคุณภาพผลลัพธ์การดูแลรักษา สถานะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[7]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการนำแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

และพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] และได้มีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไปใช้กับผู้ป่วยที่ใช้อินซูลินพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง[9] ตลอดจนการศึกษาของเพ็ญบุญญา สัตยสมบูรณ์และคณะ[10] ที่พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของประพิมศรี หอมฉุยและคณะ[11] พบว่าหลังใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและพบว่าคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง[12] จะเห็นได้ว่าการจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานได้ดี

โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต เป็นโรงพยาบาลขนาด 78 เตียง มีการแยกคลินิกบริการเฉพาะโรคเบาหวานเปิดให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน คือวันอังคารและพุธ ผลการดำเนินงาน 3 ปีย้อนหลังที่ผ่านมาปี 2564-2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลจำนวน 1,380 คน, 1415 คน และ 1,463 คน ตามลำดับ ค่ายาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานเท่ากับ 1,897,950 บาท, 2,117,801.50 บาท และ 2,155,682.04 บาทตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้คิดเป็นร้อยละ 49.57, 53.04 และ 63.90 ตามลำดับ และจากการศึกษานำร่องด้วยสอบถามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ พบว่า ขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวานร้อยละ 37.02 ขาดความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะกับโรคเบาหวานร้อยละ 44.08 ขาดการออกกำลังกายร้อยละ 32.74 สูบบุหรี่ ร้อยละ 5.47 ดื่มสุราเป็นประจำร้อยละ 7.05 และมีปัญหาเรื่องการใช้ยารักษาเบาหวานร้อยละ 7.05 จากปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดการทบทวนการปฏิบัติและพบว่าในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น มีการให้สุขศึกษาโดยภาพรวมก่อนเข้ารับการตรวจจากแพทย์ทุกครั้ง ยังไม่มีการเน้นย้ำกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองให้กับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ กำกับความคิดความรู้สึกและการกระทำของตนให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อีกทั้งเป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีระดับน้ำตาลสะสมมากกว่า 7 mg% มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้คือ มีอายุระหว่าง 35 – 65 ปีบริบูรณ์ สามารถพูดคุยสื่อสาร อ่านออกเขียนได้ ใช้เครื่องมือสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานทางตา ไต เท้า และโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ไม่มีปัญหาทางอารมณ์หรือเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะศึกษา อาทิเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ไตวาย เป็นต้น หรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือเสียชีวิต หรือกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* powerเลือก means: difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 1-β เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) α เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพชร์ และญาดา นภาอารักษ์, มมป.) และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 (2.7 คน) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วม ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว เป็นต้น ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้[13] ข้อคำถาม 30 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำ และการดูแลรักษาต่อเนื่อง แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1-5 คะแนน ข้อคำถามเชิงบวกได้แก่ข้อ 1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,12,13,15 และ 16 ให้ 5 คะแนนเท่ากับปฏิบัติเป็นประจำ และ 1 คะแนนเท่ากับไม่ปฏิบัติ ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 4,14,17,18,19,20 ให้ 5 คะแนนเท่ากับไม่ปฏิบัติ และ 1 คะแนน เท่ากับปฏิบัติประจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30-150 คะแนน ข้อมูลเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Interval scale) แบ่งเกณฑ์ประเมินเป็น 3 ระดับ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการแปลความหมายค่าคะแนนได้ดังนี้คือ ความกว้างของอันตรภาคชั้น= (ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด-ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด)/จำนวนชั้น ได้เท่ากับ 1.33 การแปลความหมายได้ว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ระหว่าง 1.00-2.33 ระดับควรปรับปรุง 2.34-3.66 ระดับปานกลาง และ 3.67-5.0 ระดับดี[14] และส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลการติดตามการ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เก็บรวบรวมข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose: FPG) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนเริ่มโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองติดต่อกัน 3 เดือน และหลังได้รับโปรแกรมติดต่อกัน 3 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2566[1] และแบบบันทึกการตั้งเป้าหมายและการวางแผนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เป็นคำถามปลายเปิด 9 ข้อ นำมาจากหนังสือคู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน)[4] ได้แก่ เป้าหมายสุขภาพของตนที่ต้องการ สิ่งที่ต้องทำเพื่อให้ถึงเป้าหมาย สิ่งที่ต้องลดเพื่อให้ถึงเป้าหมาย สิ่งที่ต้องเลิกเพื่อให้ถึงเป้าหมาย แรงจูงใจที่จะทำให้ตนเองถึงเป้าหมายที่ต้องการ ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง คะแนนเต็ม 100 ตอนนี้ให้ตนเองกี่คะแนน ถ้าทำได้อย่างที่ตั้งใจไว้จะเกิดผลดีอย่างไร ปัญหาอุปสรรคที่จะมาขัดขวางและแนวทางแก้ไข และทีมสุขภาพมีส่วนอย่างไรที่จะสนับสนุนผู้ป่วยให้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาล 2 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC ภาพรวมของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.95 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต ในจังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือเครื่องมือพบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.85 ซึ่งยอมรับได้

วิธีดำเนินการศึกษา

ขั้นเตรียมการ 1) ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรักษาโรคและการจัดการตนเอง (Self-management) 2) เขียนเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร 3) หลังได้รับการอนุมัติผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จัดประชุมทีมงานผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่องค์กรและผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษา รวมถึงการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมงานแต่ละคน

ขั้นดำเนินการ ในการดำเนินโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมในคลินิกโรคเบาหวานโดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตั้งเป้าหมายและวางแผนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองร่วมกับผู้วิจัย หลังจากนั้นดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่มทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรักษาโรคเบาหวานโดยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบการให้สุขศึกษาใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที หลังจากนั้นนัดวันเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในสัปดาห์ต่อมา

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยแบ่งเป็นฐานเสริมสร้างทักษะการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง 6 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 การเลือกอาหารและเครื่องดื่ม ฐานที่ 2 การมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย ฐานที่ 3 การใช้ยา

รักษาเบาหวานอย่างถูกต้อง ฐานที่ 4 การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการจดบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการขอรับคำปรึกษาจากทางไลน์หากพบว่ามีอาการผิดปกติ ฐานที่ 5 การแก้ไขปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงได้ด้วยตนเองที่บ้าน การดูแลตนเองเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ฐานที่ 6 การจัดการความเครียด ใช้เวลา 1 วัน และแต่ละฐานใช้เวลาประมาณ 30 นาที (รายละเอียดในภาคผนวก)

สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรมในคลินิกเบาหวานที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการตามนัด ติดตามสอบถามพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองรายบุคคล สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากเริ่มดำเนินโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเป็นรายบุคคล ให้กำลังใจและเสริมพลังระหว่างรอพบแพทย์ตามนัด

สัปดาห์ที่ 8 โทรศัพท์ติดตามสอบถามปัญหาการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเป็นรายบุคคล ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยสงสัย และให้กำลังใจเสริมแรงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลหลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ส่วนข้อมูลค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ได้จากการให้ผู้ป่วยเจาะปลายนิ้วด้วยตนเองทุกเดือน)

หลังดำเนินกระบวนการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณ (Normal Distribution) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติอนุมาน paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2023-070 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างแบบเคร่งครัด

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.4 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 83.4 และมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ร้อยละ 63.4 เป็นโรคเบาหวานประมาณ 6-10 ปี ร้อยละ 50.0 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.7 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 93.3 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนคือตั้งแต่ 25.0 kg/m^2 ขึ้นไปร้อยละ 60.0 รอบเอวเกิน ร้อยละ 56.7

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.23, S.D.=0.24) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=3.69, S.D.=0.48) รองลงมาคือ พฤติกรรมการดูแลรักษาต่อเนื่อง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.20, S.D.=0.41) และพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมี

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.19, S.D.=0.40) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.53, S.D.=0.49)

หลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.52, S.D.=0.45) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=4.01, S.D.=0.58) รองลงมาคือ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.53, S.D.=0.55) และพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.45, S.D.=0.47) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.63, S.D.=0.60)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง โดยใช้สถิติ paired t-test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-3.526, p=0.001) และเมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร (t=-3.731, p=0.001) ด้านการจัดการความเครียด (t=-2.660, p=0.013) ด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน (t=-3.003, p=0.005) ด้านการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ (t=-3.496, p=0.002) และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง (t=-2.971,p=0.006) ส่วนด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

ตัวแปร พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ด้านการควบคุมอาหาร	3.17	0.34	3.53	0.55	29	-3.731	0.001*
ด้านการออกกำลังกาย	2.53	0.49	2.63	0.60	29	-1.795	0.083
ด้านการจัดการความเครียด	3.00	0.07	3.17	0.35	29	-2.660	0.013**
ด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน	3.69	0.48	4.01	0.58	29	-3.003	0.005*
ด้านการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ	3.19	0.40	3.45	0.47	29	-3.496	0.002*
ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง	3.20	0.41	3.43	0.50	29	-2.971	0.006*
การดูแลตนเองภาพรวม	3.23	0.24	3.52	0.45	29	-3.526	0.001*

* p<.01, **p<0.05

ระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose: FPG) เท่ากับ 175.16 mg/dl (S.D.=44.41) หลังได้รับโปรแกรมพบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FPG เท่ากับ 151.04 mg/dl (S.D.=31.05) และพบว่าหลังได้รับโปรแกรมระดับน้ำตาลในเลือด FPG ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.490, p=0.019)

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.34 mg/dl (S.D.=1.82) หลังได้รับโปรแกรมพบว่า

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เฉลี่ยเท่ากับ 7.83 mg/dl และพบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดโดยเฉลี่ยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=5.068, p<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล FPG และ HbA1C ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
FPG 3 เดือน (mg/dl)	175.16	44.41	151.04	31.05	29	2.490	0.019**
HbA1C (mg/dl)	9.34	1.82	7.83	0.92	29	5.068	<0.001*

FPG=Fasting Plasma Glucose, HbA1C=hemoglobin A1C * p<.01, **p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบมากในคนไทย มีเป้าหมายเพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังในระยะยาว ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามสุขภาวะของผู้ป่วย[2] แนวทางการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทหลักของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างเหมาะสมตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกับทีมสุขภาพ การศึกษาวิจัยนี้ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งด้านการควบคุมอาหาร การจัดการความเครียด การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ และการดูแลรักษาต่อเนื่อง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสาวิตรี นามพะธายและคณะ[8] ที่พบว่าผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมมีนัยสำคัญทางสถิติและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของเพ็ญบุญญา สัตยสมบูรณ์และคณะ[10] ที่พบว่าผลของโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยอีกหลายเรื่องที่พบว่าหลังส่งเสริมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น[15,11,16,12] สามารถอธิบายได้ว่าที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในระดับควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการในด้านการควบคุมพฤติกรรมการกิน การใช้ยา และการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการที่ร่างกายสามารถนำน้ำตาลในเลือดที่ได้จากการกินไปใช้เป็นพลังงานได้มากขึ้นจากใช้ยาที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 มีพยาธิสภาพของโรคเกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม (relative insulin deficiency) ซึ่งทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานของร่างกายได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองด้วยการควบคุมพฤติกรรมการกินอาหารที่มีน้ำตาลสูง รับประทานยารักษาโรคเบาหวานตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงได้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการออกำลังกาย ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ร่างกายสามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ดีขึ้น แต่ทั้งจะเห็นได้ว่าในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนถึงร้อยละ 60 การส่งเสริมการออกกำลังกายจึงควรจัดทำให้เหมาะสมกับวัยและสภาวะร่างกายของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นได้

กล่าวโดยสรุป การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง สามารถนำไปขยายผลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะ

1) ควรนำเสนอผลการศึกษานี้ให้กับผู้บริหารของโรงพยาบาลได้รับทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองและผลักดันกระบวนการส่งเสริมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในคลินิกโรคเบาหวานอื่นๆในอำเภอบ้านม่วง เพื่อขยายผลการวิจัยและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2) ควรมีการศึกษาผลการส่งเสริมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้จริงหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด; 2566.
2. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน พ.ศ. 2563 [Internet]. สิงหาคม 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]. แหล่งข้อมูล http://www.dmthai.org
3. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559 -2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD) [Internet]. สิงหาคม 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]. แหล่งข้อมูล http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020
4. กรมการแพทย์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM). นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
5. Chrvala Ca, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review of the effect on glycemic control. Patient Educ Couns 2016;99:926-943.
6. Humayan MA, Jenkins E, Knott J, Ryder J, Shaban C, Weiss M. et al. Intensive structured education for type 1 diabetes management using BERTIE: long-term follow-up to assess impact on glycemic control and quality of life indices. Diabetes Res Clin Pract 2018;143:275-281.

7. American Association of Diabetes Educators. AADE position statement. Individualization of diabetes self-management education. Diabetes Educ 2007, 33(1),45-49.
8. สาวิตรี นามพะธาย, วีนัส ลีฬหกุลและศากุล ช่างไม้. ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์หลักสูตรการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2561.
9. กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทัศนีย์ รวิวรกุล และ สุนีย์ ละกำปั่น. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2562, 25(2),87-103.
10. เพ็ญบุญญา สัตยสมบูรณ์, สุวรรณี สร้อยสงค์, ภัณฑิรชา เฟื่องทองและคุณญา แก้วทันคำ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มจร วิทยาเขตแพร่ 2563, 6(1), 166-180.
11. ประพิมศรี หอมฉุย, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตรและชญานินท์ ประทุมสูตร. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2563, 12(1),240-254.
12. อณัญญา ลาลุนและบษพร วิรุณพันธ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2564, 11(1),66-80.
13. สุปรียา เสียงดัง. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560, 4(1),191-204.
14. ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ. การตลาดบริการ. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีเอ็ดยูเคชั่น จำกัด;2549
15. ทัศนีย์ ขันทอง, แสงอรุณ อิสระมาลัยและพัชรี คมจักรพันธุ์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์;2555.
16. กนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนาและณัฐกมล ชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563,36(1),66-83.

.

ประสิทธิผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต โรงพยาบาลสกลนคร

The Effective of the Clinical Nursing Practice Guildelines for Perioperative Hypothermia Prevention in Pateints Undergoing Retrograde Intrarenal Surgery in Sakonnakorn Hospital.

(Received: March 6,2024 ; Revised: March 9,2024 ; Accepted: March 10,2024)

ภัททิยา สุขสมบูรณ์[1],นำพล สุทธิสุวรรณ[1],จิตรภัทรา งันลาโสม[1]
Phattiya Suksomboon[1], Namphon Suthisuwan[1], Chittapattra Nganlasom[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต โรงพยาบาลสกลนคร รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาในผู้ป่วย เข้ารับบริการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธุ์ 2567 วิเคราะห์ผลลัพธ์ ได้แก่ การเกิดภาวะหนาวสั่น และการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ขณะผ่าตัดและในห้องพักฟื้น โดยใช้ multivariable risk difference regression

ผลการศึกษาทำให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย การพยาบาลที่ห้องรอผ่าตัด การพยาบาลในห้องผ่าตัด และการพยาบาลในห้องพักฟื้น ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยวิธีส่องกล้องผ่านท่อไตที่พัฒนาขึ้นพบว่า ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต จำนวน 160 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 75 รายและกลุ่มควบคุม 85 ราย สามารถลดการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำขณะผ่าตัด 47% (95%CI: -0.67,-0.28) (p<0.001) ลดการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำห้องในห้องพักฟื้น 45% (95%CI: -0.62,-0.28) (p<0.001) ลดการเกิดภาวะหนาวสั่นในห้องพักฟื้น 28% (95%CI: -0.44,-0.12) (p=0.001) และลดภาวะอุณหภูมิต่ำก่อนจำหน่ายจากห้องฟักฟื้น 30% (95%CI: -0.47,-0.12) (p=0.001) ส่งผลต่อการรักษา shivering ด้วยยา Pethidine ลดลง 11% (95%CI: -0.23,0.01) (p=0.043) ซึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบเดิม

คำสำคัญ อุณหภูมิกายต่ำ,การผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยวิธีการส่องกล้องผ่านท่อไตแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันอุณหภูมิกายต่ำ

Abstract

This quasi-experimental study was designed to examine the effective of clinical nursing practice guidelines for perioperative hypothermia prevention in patients undergoing retrograde intrarenal surgery at Sakonnakhon hospital.During the period of December 2023 - Febuary 2024.The new clinical nursing practice guidelines intended to preventive hypothermia,including prewarming 60 minute before induction,keep warm by force-air warming and contro operation room temperature.

Pateints ages more than 18 years old and ASA physical status 1-3 who scheduled for retrograde intrarenal surgery were entrolled 160 patients devided into two groups;85 patients in intervention group and 75 patients in controlled group.Reseach instruments were data reccord from and tempanic thermometer.

The study showed that the effective of development clinical practice, it significantly reduced intraoperative hypothermia 47% (95%CI:-0.67,-0.28)(p<0.001), reduced postoperative hypothermia while staying in the recovery room 45% (95%CI:-0.62,-0,28) (p<0.001), reduced shivering 28% (95%CI: -0.44,-0.12) (p=0.001), reduced hypothermia before

[1] โรงพยาบาลสกลนคร

discharge from recovery room 30% (95%CI: -0.47,-0.12) (p=0.001) and reduced pethidine used in patients with shivering 11% (95%CI: -0.23,0.01) (p=0.043) were compared with control group.

Keyword Clinical nursing practice guideline ,Hypothermia,Retrograde Intrarenal surgery

บทนำ

การผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต (Retrograde intrarenal surgery)เป็นวิธีการผ่าตัดที่กำลังได้รับความนิยมและเป็นที่ยอมรับในการรักษานิ่วในท่อไต เนื่องจากเป็นการผ่าตัดทางกล้องที่สามารถโค้งงอได้ (Flexible ureteroscopy) ผ่านท่อไตและภายในไต แต่ขณะทำหัตถการต้องมีการสวนล้างด้วยน้ำตลอดเวลา ซึ่งการใช้สารน้ำที่เย็นในการถ่างขยายหรือสวนล้างกระเพาะปัสสาวะเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความร้อนในร่างกาย และทำให้อุณหภูมิของร่างกายลดลง 1-2 องศาเซลเซียส รวมถึงการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดแบบทั่วไป (General anesthesia) ยาสลบทางหลอดเลือดดำหรือยาดมสลบแบบไอระเหยจะมีผลทำให้ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายในการรักษาระดับอุณหภูมิร่างกายให้ปกติถูกกดการทำงาน มีผลกระจายความร้อนโดยหลอดเลือดที่ผิวหนังจะขยายตัว เกิดการถ่ายเทอุณหภูมิแกนกลางที่มีอุณหภูมิสูงกว่าไปสู่อุณหภูมิอวัยวะส่วนปลายที่ต่ำกว่า นอกจากนี้ยาระงับความรู้สึกยังมีผลทำให้เมตาบอลิซึมของร่างกายลดลงร้อยละ 20-30 ผลที่เกิดขึ้นคืออุณหภูมิแกนกลางร่างกายลดลง ขณะที่อุณหภูมิส่วนปลายสูงขึ้นแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะเริ่มต้น (innitial hypothermia phase) เป็นชั่วโมงแรกของการได้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป เป็นระยะที่อุณหภูมิแกนกลางลดลงมากที่สุด อุณหภูมิจะลดลง 0.5-1.5 องศาเซลเซียส ระยะที่2ระยะที่ลดลงอย่างช้าๆ (linear decreases phase) เป็นชั่วโมงที่ 2-4 ของการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป อุณหภูมิจะลดลง 0.3 องศาเซลเซียส ระยะที่ 3 ระยะสมดุล (plateau phase) เป็นหลังชั่วโมงที่4ของการ การสูญเสียความร้อนเท่ากับสร้างความร้อน[1]

ภาวะอุณหภูมิกายต่ำเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น 20-70% ของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด (Lopez,2018) ซึ่งการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำระหว่างการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่สำคัญเช่น การติดเชื้อในบริเวณที่ผ่าตัดและแผลหายช้า ทำให้เลือดออกเพิ่มขึ้น หรือปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะทางคลินิกที่รุนแรง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ และส่งผลให้เกิดอาการหนาวสั่น 20-41.9% ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งอาการหนาวสั่นเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายหนึ่งในสามรูปแบบในการตอบสนองของกล้ามเนื้อต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำเป็นการทำงานของกล้ามเนื้อที่อยู่นอกเหนืออำนาจจิตใจ เพื่อเพิ่มการเผาผลาญทำให้เกิดการสร้างความร้อน ทำให้ร่ากายต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการพร่องออกซิเจน ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบถึงผู้ป่วยและคุณภาพการบริการวิสัญญี การป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำนั้นทำได้หลายวิธีโดยใช้หลักการเพิ่มความร้อนให้แก่ร่างกาย (Active warming) และการป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย (Passive warming) ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและระยะผ่าตัด จากการศึกษาพบว่าหนึ่งในเทคนิคที่ใช้บ่อยที่สุดในการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำคือระบบให้ความอบอุ่นผิวกายด้วยเครื่องเป่าลมอุ่น เครื่องให้ความอบอุ่นด้วยสารน้ำและเจล เครื่องอุ่นน้ำเกลือ หรือเครื่องอุ่นสายน้ำเกลือ การใช้เครื่องเป่าลมอุ่น(Force-air warming) สามารถป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำและอาการหนาวสั่นได้ดีกว่าผ้าห่มธรรมดา และยังพบว่าการให้ความอบอุ่นด้วยเครื่องเป่าลมอุ่นร่วมกับการใช้สารน้ำเกลืออุ่นทางหลอดเลือดดำให้ผลดีที่สุดในการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำระหว่างผ่าตัดและในห้องพักฟื้น[3]

ภาวะที่อุณหภูมิแกนกลางของร่างกายลดลงต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส[1] พบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเนื่องจากการเปิดเผยร่างกายในห้องผ่าตัดที่มีอุณหภูมิต่ำ การทำความสะอาดบริเวณผิวหนังเพื่อเตรียมการผ่าตัด ผลของยาระงับความรู้สึกที่ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว การใช้สารน้ำที่เย็นสวนล้างในโพรงของร่างกายขณะทำการผ่าตัดรวมถึงการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มาได้อุ่นในปริมาณที่มาก จึง

นำไปสู่อุณหภูมิที่กายต่ำได้ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเกิดอุณหภูมิกายต่ำ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะอุณหภูมิในห้องผ่าตัดที่เย็น (20.0-21.0 องศาเซลเซียส) ประเภทการผ่าตัดที่ใหญ่และใช้เวลานาน การได้รับผลิตภัณฑ์จากเลือดและสารน้ำทางหลอดเลือดในปริมาณที่มากโดยที่ไม่ได้รับการอุ่นในขณะผ่าตัด เป็นต้น การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำหลังการได้รับในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกมีโอกาสเกิดขึ้นได้ทั้ง 3 ระยะ คือระยะก่อน ระหว่าง และระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก อัตราการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในผู้ป่วยเกิดขึ้นสูงถึงร้อยละ 50-90 ระหว่างผ่าตัดที่มีอุณหภูมิกายต่ำ เกิดจากการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายทางอวัยวะที่ถูกเปิดเผยในห้องผ่าตัดที่มีอุณหภูมิต่ำ การให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยจะลดความสามารถของร่างกายในการรักษาระดับอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติซึ่งนับว่าเป็นภาวะวิกฤติของผู้ป่วย การติดตามขั้นพื้นฐาน (Basic Standard Monitoring) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของ American Society of Anesthesiologist ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ควรได้รับการติดตามอุณหภูมิร่างกายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิกายหรือคาดว่าหรือสงสัยว่าจะเกิดขึ้น เพื่อรักษาอุณหภูมิร่างกายให้เหมาะสมและคงที่ตลอดการระงับความรู้สึก[4]

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำร้อยละ 73.5 ร้อยละ 64.2 ร้อยละ 45.4 ร้อยละ 30.72 และ ร้อยละ17 ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มศัลยกรรมกระดูก, กลุ่มผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดล่วงหน้า , กลุ่มผ่าตัดเล็ก/ใหญ่และการผ่าตัดทั่วไป รายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำหลังผ่าตัด อาจแตกต่างกันตามชนิดของการผ่าตัดและอวัยวะส่วนของร่างกายที่ผ่าตัด แต่ยังไม่พบในการรายงานที่ศึกษาในกลุ่มศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ และส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความแตกต่างกัน ปัจจัยที่มีผลต่ออุณหภูมิกายต่ำหลังผ่าตัดได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ เพศหญิง ประเภทการผ่าตัด (เปิดช่องอกหรือช่องท้อง) การผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยใช้กล้อง(Transuretharl Resection of the Prostat :TURP) ,การผ่าตัดนิ่วโดยการใช้กล้องผ่านท่อไต(Retrograte Intrarenal Surgery:RIRS) ,การรักษานิ่วโดยการส่องกล้องผ่านรูผิวหนังบริเวณเอวเข้าไปในไต(Percutaneous Nephrolithotomy:PCNL) , การผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง (Ureteroscopy with Lithotripsy:URSL)[5]

ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ มีการผ่าตัดโดยการส่องกล้องเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่มีความรุนแรงน้อยและมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง การปวดแผลหลังผ่าตัดลดลง และหายจากโรคได้อย่างชัดเจน[6] การผ่าตัดโดยการส่องกล้องในระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนใหญ่ใช้สารน้ำสวนล้างระหว่างการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดต่อมลูกหมาก ผ่าตัดเนื้องอกในกระเพาะปัสสาวะ ผ่าตัดนิ่วในไต ท่อไต และกระเพาะปัสสาวะ จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุณหภูมิกายต่ำได้มาก จากการพาความร้อนออกจากร่างกายแม้จะใช้เวลาในการผ่าตัดไม่นานอีกทั้งการประเมินความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในการผ่าตัดเล็ก และใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดสั้นๆ ผู้ให้ยาระงับความรู้สึกไม่ได้ตระหนักถึงการลดลงของอุณหภูมิกายในชั่วโมงแรกของการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งมีผลให้ความร้อนภายในร่างกายถูกถ่ายเทไปยังอวัยวะส่วนปลายที่เย็นกว่า เมื่อไม่มีการประเมินป้องกันอย่างเพียงพอระหว่างผ่าตัดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ก็อาจเกิดขึ้นได้แม้ว่าเป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดเล็ก[6]

จากการศึกษาที่ผ่านมา[7]ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกายระหว่างผ่าตัดนิ่วโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต (Retrograde Intra-Renal surgery:RIRS) พบว่าระยะเวลาในการผ่าตัด ปริมาณสารน้ำที่ใช้สวนล้าง อุณหภูมิห้องผ่าตัดและระยะเวลาในการผ่าตัด มีผลทำให้อุณหภูมิกายลดลง การpre-warming 10 นาทีก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะตัวเย็นในผู้ป่วยได้[8]

จากการสำรวจอุบัติการณ์ภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องผ่านท่อไต (Retrograde intrarenal surgery) ที่หน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลสกลนครโดยวิธีการศึกษาข้อมูลสถิติย้อนหลัง มีการเกิดภาวะหนาวสั่นระหว่างและหลังให้ยา

ระงับความรู้สึก ในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดนิ่วระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้อง ปีงบประมาณ 2563 ,2564 และ2565 มีการเกิดภาวะหนาวสั่นคิดเป็นร้อยละ 6.3 ,6.9 และ 13.1 ตามลำดับจากสถิติสะท้อนให้เห็นว่าอัตราการเกิดภาวะหนาวสั่นระหว่างและหลังผ่าตัด ซึ่งที่ผ่านมาแม้มีการให้ความอบอุ่นด้วยผ้าห่มในการคลุมร่างกายเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย แต่อุณหภูมิห้องผ่าตัดมีอากาศเย็นเมื่อเวลาผ่านไปทำให้ผ้ามีความเย็นเท่ากับอุณหภูมิห้องที่เย็น การให้สารน้ำที่อุ่นแต่ไม่ได้ทำทุกรายไม่ได้มีแนวทางที่ชัดเจนจึงทำให้ยังพบการเกิดภาวะหนาวสั่นที่ห้องพักฟื้นมีแนวโน้มที่สูงขึ้น จึงเป็นที่มาของการพัฒนาและศึกษา ประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไตเพื่อใช้เป็นแนวทางการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำระหว่างและหลังผ่าตัดและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิกายต่ำ ให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาลการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันและจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต โรงพยาบาลสกลนคร

2.เพื่อศึกษาประสิทธิผลทางคลินิกของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันและจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต โดยเปรียบเทียบภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไตที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในแนวปฏิบัติที่พัฒนาและกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำแบบเดิม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต โรงพยาบาลสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่โรงพยาบาลสกลนคร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต โรงพยาบาลสกลนคร แนวปฏิบัติเดิม โดยเก็บข้อมูลไปข้างหน้า 26 ธันวาคม 2566 - กุมภาพันธุ์ 2567

กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต โรงพยาบาลสกลนคร แนวปฏิบัติขึ้น โดยเก็บข้อมูลไปข้างหน้า โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน26 ธันวาคม 2566 - กุมภาพันธุ์ 2567

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษานำร่องในผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำแบบเดิม พบภาวะอุณหภูมิกายต่ำร้อยละ 74 และในผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำที่พัฒนาขึ้นพบภาวะอุณหภูมิกายต่ำร้อยละ 47 กำหนดการทดสอบแบบ two –sided ระดับ Significance ที่ 0.05 และ Power 0.80 กำหนดให้ ratio = 1:1 คำนวณจำนวนผู้ป่วยได้กลุ่มควบคุม 54 รายและกลุ่มทดลอง 54 ราย รวม 108 ราย โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต

2. ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวหรือเฉพาะส่วน

3. ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น

4. มี ASA Physical status 1-3 classification(American association of Anesthesiologist : ASA) ทั้งเพศชายและเพศหญิง

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อนแล้วมีBurn
2. ผู้ป่วยที่ผ่าตัดมากกว่า 2 ชนิดใน 1 คน
3. ผู้ป่วยที่ ASA มากกว่า 3
4. ไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
5.ผู้ป่วยที่ BMI มากกว่า 35
6. ผู้ป่วยที่เข้า ICU โดยไม่ผ่านห้องพักฟื้นหรือผู้ป่วยคาท่อช่วยหายใจกลับหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้วิจัยได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดอุณหภูมิร่างกายทางหู (Tempanic Thermonitor)ระบบดิจิตอลยี่ห้อ Omron รุ่น TH 839s ระบบเซ็นเซอร์ : เทอร์โมไพล์ ใช้เวลาในการวัดผลเพียง 1 วินาที มีความแม่นยำ +-0.2 C ผลิตตามฐานการผลิตเทอร์โมมิเตอร์อินฟาเรด ASTM E1965-98 มาตรฐานยุโรปEN12470-5:2003"clinical Thermometer-Part 5:Performance of Infra-red Ear Thermometer (with Maximum Device)"มาตรฐาน IEC/EN60601-1-2(EMC)และIEC/EN60601-1(Safety) นอกจากนี้การประเมินภาวะอุณหภูมิกายต่ำโดยการประเมินอาการหนาวสั่นของ Butwick AJ และคณะแปลโดย สาธร หมื่นสกุล[9]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูล ทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยจากการผ่าตัด ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทการผ่าตัด ปริมาณสารน้ำที่ใช้สวนล้าง ระยะเวลาผ่าตัด และอุณหภูมิร่างกายก่อนขณะและหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น ที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวน วรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ 1 คน หัวหน้าวิสัญญีพยาบาล 1 คน และวิสัญญีพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ขั้นสูง) 1 คน ทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นจำนวน 30 ราย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3. แบบการประเมินภาวะอุณหภูมิกายต่ำโดยการประเมินอาการหนาวสั่นของ Butwick AJ และคณะแปลโดย สาธร หมื่นสกุล แบ่งเป็น 0 - 4 ระดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการสั่น

1 คะแนน หมายถึง อาการขนลุก ปลายมือเขียว

2 คะแนน หมายถึง มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อเพียงกลุ่มเดียว(กล้ามเนื้อบริเวณคอ,ใบหน้า, แขนหรือขา)

3 คะแนน หมายถึง มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อมากกว่าหนึ่งกลุ่ม

4 คะแนน หมายถึง มีการสั่นของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ห้องรอผ่าตัดและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า เข้าพบผู้ป่วยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ชี้แจงสิทธิ์ตามมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์ และลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร ระบุกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก ประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัด ทำการวัดอุณหภูมิแรกรับที่ห้องรอผ่าตัด อธิบายภาวะอุณหภูมิกายต่ำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ และการให้ความอบอุ่นก่อนผ่าตัดด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน 60 นาที เมื่อเข้าไปในห้องผ่าตัด คลุมผ้าให้ผู้ป่วย วัดอุณหภูมิCore temp หลัง Induction 15 นาที และบันทึกทุก 15 นาที ,ให้สารน้ำที่อุ่น ,การใช้น้ำอุ่นสำหรับสวนล้าง และใช้ผ้าปิดบริเวณศีรษะ ที่ห้องพักฟื้นวัดอุณหภูมิแรกรับ และก่อนจำหน่าย ประเมินภาวะหนาวสั่นแรกรับ โดยจะใช้อุณหภูมิที่ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียสเป็นการระบุว่าผู้ป่วยมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ใช้เวลาในการเก็บ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาตัวแปรจัดกลุ่มบรรยายด้วยความถี่ ร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่องที่กระจายแบบปกติบรรยายด้วย ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตัวแปรต่อเนื่องที่กระจายแบบไม่ปกติบรรยายด้วยค่ามัธยฐานและพิสัยคลอไทล์ สถิติเชิงวิเคราะห์ ตัวแปรจัดกลุ่มวิเคราะห์ด้วย Fisher's exact probability test ตัวแปรต่อเนื่องที่กระจายแบบปกติ วิเคราะห์ด้วย Independent Student's t test วิเคราะห์ผลลัพธ์ได้แก่ การเกิดภาวะหนาวสั่น และการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ขณะผ่าตัดและในห้องพักฟื้น โดยใช้ multivariable risk difference regression การวิเคราะห์ทั้งหมดจะนำเสนอด้วยช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และถือว่าแตกต่างทางสถิติหากค่า p-value น้อยกว่า 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติ โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ 077/2566

ผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไตโดยการให้ความอบอุ่นร่างกายก่อนผ่าตัด 60 นาทีคือได้รับผ้าห่มเป่าลมร้อนตั้งแต่แรกรับที่ห้องรอผ่าตัด,การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่อุ่นจากตู้อุ่น 39 องศาเซลเซียส,การใช้น้ำอุ่นในการสวนล้างการให้ความอบอุ่นด้วยพัดลมเป่าลมร้อนในขณะผ่าตัด,ควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดไม่ต่ำกว่า 21 องศาเซลเซียส ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของอุณหภูมิร่างกาย(Thermometer) (Kurz,2018)กับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด(Sakaewan Padung,Suchanun Bamrungwong ,and Thanida Khongsamai,2019) แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต โรงพยาบาลสกลนคร

ระยะการพยาบาล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
การพยาบาลที่ห้องรอผ่าตัด	1.ประเมินภาวะอุณหภูมิต่ำของผู้ป่วย 2.วัดอุณหภูมิแรกรับ 3.ห่มผ้าห่มธรรมดาให้ผู้ป่วย	1.ประเมินภาวะอุณหภูมิต่ำของผู้ป่วย 2.วัดอุณหภูมิแรกรับ 3.ห่มผ้าห่มเป่าลมร้อนให้ผู้ป่วย 60นาที
การพยาบาลในห้องผ่าตัด	1.ให้สารน้ำอุณหภูมิห้องปรับอัตราการไหลตามความเหมาะสม 2.วัดอุณหภูมิหลังInduction 15 นาทีวัดซ้ำทุก 15 นาที 3.ห่มผ้าห่มธรรมดา 4.ควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัด 21-24 องศาเซลเซียส 5.สารน้ำสวนล้างอุณหภูมิห้อง 6.คลุมผ้าบริเวณศีรษะ	1.ให้สารน้ำอุ่นจากตู้อุ่นอุณหภูมิ39องศาเซลเซียสทางหลอดเลือดดำ 2.วัดอุณหภูมิหลังInduction 15 นาทีวัดซ้ำทุก 15 นาที 3.ห่มผ้าห่มเป่าลมร้อนแบบครึ่งตัวร่างกายส่วนบนอุณหภูมิ 38-43องศาเซลเซียส 4.ควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัด 21-24 องศาเซลเซียส 5.ใช้สารน้ำอุ่นจากตู้อุ่น 39 องศาเซลเซียสในการสวนล้าง 6.คลุมผ้าบริเวณศีรษะ

ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต โรงพยาบาลสกลนคร

ระยะการพยาบาล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
		7.เมื่อเสร็จผ่าตัดปิดเครื่องปรับอากาศก่อนที่ผู้ป่วยจะตื่น
การพยาบาลที่ห้องพักฟื้น	1.ประเมินภาวะหนาวสั่นของผู้ป่วยแรกรับ 2.วัดอุณหภูมิแรกรับ 3.ห่มผ้าห่มธรรมดาให้ผู้ป่วย 4.วัดอุณหภูมิและประเมินภาวะหนาวสั่นก่อนจำหน่าย	1.ประเมินภาวะหนาวสั่นและระดับความหนาวสั่นของผู้ป่วยแรกรับ 2.วัดอุณหภูมิแรกรับ 3.ห่มผ้าห่มเป่าลมร้อนให้ผู้ป่วย 4.วัดอุณหภูมิและประเมินภาวะหนาวสั่นก่อนจำหน่าย

จากการศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต โรงพยาบาลสกลนคร ได้ผลวิจัยดังนี้

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยวิธีส่องกล้องผ่านท่อไต จำนวน 160 ราย อุณหภูมิห้องผ่าตัดจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีการควบคุมอุณหภูมิห้องตลอดระยะเวลาการผ่าตัดอย่างจริงจัง ซึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ สัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 1:2 อายุเฉลี่ย 58.2 (±11.7) ปี อยู่ระหว่าง 24 ถึง 84 ปี BMI เฉลี่ย 23.4 (±3.9) น้อยสุด 15.8 มากที่สุด 36.1 โรคประจำตัวที่พบ ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ตามลำดับ

ตารางที่ 2 : ผลลัพธ์ทางคลินิกด้าน อุณหภูมิต่ำสุด การเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ การเกิดภาวะหนาวสั่น ขณะผ่าตัด ห้องพักฟื้น ก่อนจำหน่าย Shivering level การให้ยา Pethidine

ผลลัพธ์	**แบบเดิม (n=75)**		**ที่พัฒนาขึ้น(n=85)**		p-value
	n	(%)	n	(%)	
ขณะผ่าตัด					
อุณหภูมิต่ำสุดขณะผ่าตัด, mean (±SD)	35.57	(±0.88)	35.75	(±0.81)	0.309
การเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ	63	84.00	15	17.65	<0.001
ห้องพักฟื้น					
อุณหภูมิต่ำสุดขณะอยู่ห้องพักฟื้น, mean (±SD)	35.41	(±0.75)	35.49	(±0.81)	0.639
การเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ	71	94.67	41	48.24	<0.001
การเกิดภาวะหนาวสั่น	25	32.00	2	2.35	<0.001
Shivering level					
0 =ไม่มี	50	66.67	83	97.65	<0.001
1=ขนลุก ปลายมือปลายเท้าเขียว	17	22.67	0	0.00	
2=มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อมัดเดียว	3	4.00	1	1.18	
3=มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อมากกว่า 1 มัด	2	2.67	0	0.00	
4=มีการสั่นของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย	3	4.00	1	1.18	
การรักษา shivering					
ให้ยา Pethidine	8	10.67	2	2.35	0.047
อุณหภูมิก่อนจำหน่าย, mean (±SD)	35.54	(±0.68)	35.7	(±0.62)	0.122

ตารางที่ 2 : ผลลัพธ์ทางคลินิกด้าน อุณหภูมิต่ำสุด การเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ การเกิดภาวะหนาวสั่น ขณะผ่าตัด ห้องพักฟื้น ก่อนจำหน่าย Shivering level การให้ยา Pethidine

ผลลัพธ์	แบบเดิม (n=75)		ที่พัฒนาขึ้น(n=85)		p-value
	n	(%)	n	(%)	
การเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำก่อนจำหน่าย	68	90.67	51	60.00	<0.001

เมื่อเปรียบเทียบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบเดิม และ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่า จากการใช้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติคือ การเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำขณะผ่าตัดในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยวิธีส่องกล้องผ่านท่อไต ลดลงจาก 89.33% เหลือ 37.65% (p<.001) การเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำขณะห้องพักฟื้นลดลงจาก 94.67% เหลือ 56.47% การเกิดภาวะหนาวสั่นในห้องพักฟื้นลดลง32.00% เหลือ 2.35% Shivering level พบว่าต่างกัน การเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำก่อนจำหน่าย ลดลงจาก 90.67% เหลือ 60.00% แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (p<0.001) รวมถึงการรักษา shiveringด้วยการให้ยา Pethidine ลดลงจาก 10.67% เหลือ 2.35% (p=0.047) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 : ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยวิธีส่องกล้องผ่านท่อไต

Out come	แบบเดิม (n=75)	ที่พัฒนาขึ้น (n=85)	Adjusted risk difference	95%CI	p-value
	n (%)	n (%)			
ขณะผ่าตัด					
การเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ	63 (84.00)	15 (17.65)	-0.47	-0.67,-0.28	<0.001
ห้องพักฟื้น					
การเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ	71 (94.67)	41 (48.24)	-0.45	-0.62,-0,28	<0.001
การเกิดภาวะหนาวสั่น	25 (32.00)	2 (2.35)	-0.28	-0.44,-0.12	0.001
การรักษา shivering ด้วยยา Pethidine	8 (10.67)	2 (2.35)	-0.11	-0.23,0.01	0.043
การเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำก่อนจำหน่าย	68 (90.67)	51 (60.00)	-0.30	-0.47,-0.12	0.001

เมื่อวิเคราะห์ โดยใช้ multivariable risk difference regression หลังปรับอิทธิพล ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ BMI ASA class โรคประจำตัว อุณหภูมิผู้ป่วยก่อนผ่าตัด อุณหภูมิห้องผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด

ปริมาณการเสียเลือด ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ ปริมาณสารน้ำที่ใช้สวนล้าง ผลจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยวิธีส่องกล้องผ่านท่อไตที่พัฒนาขึ้น ทำให้สามารถลดการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำขณะผ่าตัด 47% (95%CI: -0.67,-0.28) (p<0.001) ลดการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำห้องในพักฟื้น 45% (95%CI: -0.62,-0,28) (p<0.001) ลดการเกิดภาวะหนาวสั่น 28% (95%CI: -0.44,-0.12) (p=0.001) ลดการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำก่อนจำหน่ายจากห้องฟักฟื้น 30% (95%CI: -0.47,-0.12) (p=0.001) ส่งผลให้การให้การรักษา shivering ด้วยยา Pethidine ลดลง 11% (95%CI: -0.23,0.01) (p=0.043) พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบเดิม (ตารางที่ 4)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าผลจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยวิธีส่องกล้องที่พัฒนาขึ้นพบว่าทำให้สามารถลดการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำขณะผ่าตัด 47% (95%CI: -0.67,-0.28) p<0.001) ลดการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำห้องในพักฟื้น 45% (95%CI: -0.62,-0,28) (p<0.001) ลดการเกิดภาวะหนาวสั่น 28% (95%CI: -0.44,-0.12) (p=0.001) ลดการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำก่อนจำหน่ายจากห้องฟักฟื้น 30% (95%CI: -0.47,-0.12) (p=0.001) ส่งผลให้การให้การรักษา shivering ด้วยยา Pethidine ลดลง 11% (95%CI: -0.23,0.01) (p=0.043) พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบเดิม งานวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของอุณหภูมิร่างกาย[2] ที่มีหลักว่าสภาวะปกติของร่างกายจะมีการรักษาสภาพสมดุลให้ร่างกายทุกส่วนมีการทำงานปกติ สภาวะอุณหภูมิปกติจะอยู่ช่วง 36.5-37.5องศาเซลเซียส โดยที่ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิอยู่ที่สมองส่วนของไฮโปทาลามัสที่จะทำหน้าที่รักษาอุณหภูมิกายให้คงที่ เมื่อเกิดการสูญเสียความร้อนของร่างกายแก่สิ่งแวดล้อมทางผิวหนังและทางเดินหายใจทั้งจากการแผ่รังสี การพาความร้อน การนำความร้อนและการระเหย เกิดอุณหภูมิแกนต่ำกว่าอุณหภูมิปกติ (Core temp>Peripheral temp 0.5-1 องศาเซลเซียส) สมองส่วนไฮโปทาลามัสจะสั่งการไปยังสมองส่วนปลาย (Effect organ) กลไกต่างๆของร่างกายจะพยายามรักษาสมดุลไว้เพื่อร่างกายทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิผล สอดคล้องกับNational Institutue for Health and Clinical Excellence ที่ได้รวบรวมแนวปฏิบัติสำหรับการเกิดอาการหนาวสั่นเอาไว้ว่าเมื่อมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ หรือเกิดอาการหนาวสั่นการแก้ไขที่นิยมทำมากที่สุดคือ การเป่าด้วยลมอุ่นไฟฟ้า (Air-force warming) การให้สารน้ำอุ่นทางหลอดเลือดดำ(Intravenous fluid warming) และการปรับอุณหภูมิห้องที่สูงขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาเรื่องการให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มไฟฟ้าที่ห้องรอผ่าตัด10 นาที ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกไม่สามารถลดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้[8] ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัยการให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มไฟฟ้าก่อนให้ยาระงับความรู้สึก 60 นาที พบว่าสามารถลดการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้ทั้งในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะอุณหภูมิกายต่ำและเปรียบเทียบอุณหภูมิกายระหว่างผ่าตัดระหว่ากลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวชที่มารับการผ่าตัดช่องท้องแบบไม่เร่งด่วน การอบอุ่นร่างกายก่อนผ่าตัด มีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการอุ่นร่างกายก่อนผ่าตัด สามารถลดอุบัติการณ์อุณหภูมิกายต่ำหลังให้ยาระงับความรู้สึกได้ เนื่องจากการอบอุ่นร่างกายก่อนเริ่มการระงับความรู้สึกเป็นการเก็บความร้อนไว้ในร่างกายส่วนปลายทำให้ความแตกต่างนี้ลดลง โดยปกติขณะตื่นร่างกายจะมีอุณหภูมิแกนกลางของร่างกายแตกต่างจากส่วนปลายประมาณ 5 ถึง 8 องศาเซลเซียส

ผ้าห่มเป่าลมร้อน(Force air warming blanket)เป็นการถ่ายเทความร้อนโดยการถ่ายโอนความร้อนที่เกิดขึ้นในของไหล(การพาความร้อน - convection)เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพเพราะร่างกายส่วนใหญ่สูญเสียความร้อนด้วยกลไกการแผ่รังษีความร้อน(Radiation) และการพาความร้อน(convection)ผ้าห่มเป่าลมร้อนจะให้ความร้อนโดยการพาความร้อนแล้วยังหยุดการเสียความร้อนของร่างกายด้วยเป็นเหตุผลที่เราเลือกใช้ในแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบใหม่

Intravenous fluid warmer การให้สารละลายที่อุณหภูมิห้อง(21องศาเซลเซียส) ทางหลอดเลือดดำจำนวน 1 ลิตร ทำให้อุณหภูมิแกนกลางลดลง 0.25 องศาเซลเซียส การตั้งอุณหภูมิตู้ที่ 40 องศาเซลเซียสสรน้ำที่เข้าไปในเส้นเลือดผู้ป่วยจะมีอุณหภูมิไม่เกิน 40 องศาเซลเซียส และจะลดลงเรื่อยๆเมื่อเข้าสู่ระบบหมุนเวียนเลือด ไม่มีผลทำให้เกิดการแตกของเม็ดเลือดแดงและไม่ทำให้อุณหภูมิร่างกายเพิ่มสูงขึ้นเกิน 40 องศาเซลเซียสการให้สารน้ำอุ่นเป็นการอาศัยหลักการพาความร้อน (Convection) คือสารน้ำอุ่นที่ให้จะเป็น

การถ่ายเทความร้อนด้วยการเคลื่อนที่โมเลกุลของสสาร ซึ่งมีสถานะเป็นของเหลว น้ำเกลือที่มีความอุ่นจะพาความร้อนไปตามเส้นเลือดในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอุณหภูมิสูงขึ้นหรือคงที่ ส่งผลต่อระดับอาการหนาวสั่นลดลง การให้สารน้ำอุ่นเป็นหนึ่งในแนวปฏิบัติในการป้องกันและลดอาการหนาวสั่นในทั้ง3ระยะของการผ่าตัด สามารถนำมาใช้ในระยะหลังการผ่าตัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาแนวปฏิบัติครั้งนี้ที่ให้สารน้ำอุ่นในแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น การสวนล้างสารน้ำ(Irrigate Fluid) ขณะผ่าตัดที่มากกว่า10ลิตรมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น การใช้สารน้ำสวนล้างขณะผ่าตัดโดยการส่องกล้องมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยขยายบริเวณที่ต้องผ่าตัดให้กว้างขึ้นและวนล้างเลือดหรือเนื้อเยื่อต่างๆทำให้สามารถมองเห็นตำแหน่งที่ทำการผ่าตัดได้ชัดเจนขึ้น [10] สารน้ำที่ไหลเข้าออกและออกอย่างต่อเนื่องขณะผ่าตัดจะถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกายทำให้สูญเสียอุณหภูมิกาย 1 องศาเซลเซียสต่อชั่วโมงประกอบกับการใช้สารน้ำที่อุณหภูมิห้องในปริมาณมาก ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำหลังผ่าตัดได้มากขึ้น[5] สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่ใช้สารน้ำอุ่นในการสวนล้างในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถลดภาวะอุณหภูมิกายต่ำขณะผ่าตัดลดลงจาก89.33% เหลือ 37.65%

การนำผลการวิจัยไปใช้

1.ด้านบริการนำผลของการศึกษาไปเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต

2. ด้านบริหารการพยาบาล หน่วยงานควรนำผลของการศึกษาไปวางแผนการจัดการเพื่อลดการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำและอาการหนาวสั่นในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ตลอดจนจัดหาอุปกรณ์ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และจัดให้มีตู้สำหรับอุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำและสารน้ำสำหรับสวนล้าง

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ด้านการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเพิ่มเติมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดใหญ่และมีการชะล้างอวัยวะในช่องท้อง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ทวีพล สีวิลัย ช่วยสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเป็นอย่างดียิ่ง เจ้าหน้าที่ห้องรอผ่าตัดชั้น2 ,ห้องผ่าตัดศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเป็นอย่างดียิ่ง ขอบคุณ คุณชิดชัย วงศ์เหง้า ,คุณภักดี พิมพ์สำโรง ที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเป็นอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณนางสาวเรืองศิริ ภานุเวช พยาบาลชำนาญการพิเศษด้านวิสัญญี ,หัวหน้าศูนย์วิจัยคลินิกโรงพยาบาลหนองบัวลำภูที่คอยช่วยเหลือ ชี้แนะ เป็นทั้งเพื่อนที่รักและเป็นทั้งที่ปรึกษาช่วยสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเป็นอย่างดียิ่ง ขอบคุณหัวหน้าพยาบาลวิสัญญี,พยาบาลวิสัญญี , วิสัญญีแพทย์และเจ้าหน้าที่ของวิสัญญีที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเป็นอย่างดียิ่ง ขอบคุณแพทย์หญิงจิตรภัทรา งันลาโสมวิสัญญีแพทย์ที่เป็นปรึกษาช่วยสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเป็นอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. มนทร์ยศ ปารีอนล,วัชรา ภูมิประหมัน,วารินี สาระไชย.ผลการให้ความอบอุ่นผู้ป่วยด้วยเครื่องให้ความอบอุ่นด้วยแรงลมก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกหรือข้อเข่าต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด.วิสัญญีสาร 2563;46(2):88-95.
2. Kurz A,Sessler DI,Schroeder M,Kurz M.Thermoregulatory response theshold during spinal anesthesia.Anesth Anals 1993;77:721-6

3. สมจิตร ชาโชติ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาตร์มหาบัณฑิต].กรุงเทพ:มหาวิทยาลัยคริสเตียน;2550
4. นฐกานตร์ เจริญรัตนเดชะกูล.แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่;2557
5. Pisitsak,C.,Virankabutra,T.,Deewong,K. & Pomprasertsuk,M.Postoperative Hypothermia:Incident and Associateed Factors.Thai Jounal of Anesthsiology 2011;37(2):93-103.
6. พูนเกียรติ เรืองโอภา,สมพล เพิ่มพงศ์โกศล.กายวิภาคของการผ่าตัดผ่านกล้องศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ.ใน:สมพล เพิ่มพงศ์โกศล บรรณาธิการ.การผ่าตัดแบบมีความรุนแรงน้อยในศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ เล่ม 1.กรุงเทพฯ:บริษัทบิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด;2555.หน้า 135-158.
7. Vahit GUZELBURC,Mustafa SOYTAS,M.can KIREMIT.The Factors Affecting Body Temperature Change During Retrograde Intra-Renal Surgery 2020;207-213.
8. Jae Hwa Yoo,Si Young Ok,Sang HO Kim,Ji Won Chung,Sung Young Park,Mun Gyn Kim, et al.Effects of 10-min of pre-warming on inadvertant perioperative hypothermia in intraoperative warming patients.Anesth Pain Med(Soul) 2020;15(3):356-364.
9. Butwick,A.J.Lipman,S.S.,&Carvalo,B.Intraoperative force air -warming during ceasarean delivery under spinal anesthesia dose not prevent maternal hypothermia.Anesthesia & Analgesia 2007;105(5):1413-1419.
10. สุวรรณา ชั้นประดับ และสัณฐิติ โมรากุล.วิสัญญีวิทยาในการผ่าตัดแบบมีความรุนแรงน้อย.ใน:สมพลเพิ่มพงศ์โกศล บรรณาธิการ.การผ่าตัดแบบมีความรุนแรงน้อยในศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ เล่ม 1.กรุงเทพฯ: บริษัทบิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด;2551.หน้า 135-158.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ทรวงอก ช่องท้อง และกระดูกไหปลาร้าหัก : กรณีศึกษา

Nursing care for patient with multiple injuries involving the chest and abdomen including clavicle fracture: case study

(Received: March 19,2024 ; Revised: March 23,2024 ; Accepted: March 25,2024)

ประไพ จอมสูง[1]
Prapai jomsoong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ทรวงอก ช่องท้อง และกระดูกไหปลาร้าหักส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบาดเจ็บ เป็นการวิเคราะห์กรณีศึกษาเปรียบเทียบหลักวิชาการและนำผลการศึกษาไปใช้ในชายไทย อายุ 33 ปี มาที่ห้องอุบัติเหตุด้วยอาการ ขี่จักรยานยนต์ชนสุนัข หมดสติ ไม่รู้สึกตัว กู้ภัยนำส่ง ขี่ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ชีพจร 68 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/81 มิลลิเมตรปรอท GCS: E3V1M5 = 6 pupil 2 mm RTLBE

ผลการศึกษา พบว่า แพทย์วินิจฉัยว่ามีกระดูกซี่โครง ร่วมกับกระดูกไหปลาร้าด้านซ้ายหัก เลือดออกภายในช่องท้อง และมีการบาดเจ็บของม้าม รักษาโดยใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่สาย ICD at left lung การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้รับการพยาบาลตามหลักการ Advance Trauma Life Support ตาม ABCDE ได้รับการประเมินตั้งแต่แรกรับ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และได้รับการประสานงานส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาล, ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

*

Abstract

This study was case study aimed to study analyze and compare nursing care strategies for multiple traumas patient who has injuries to the chest, abdomen, and clavicle fracture, aiming to decrease the severity of trauma-related complications. Case study analysis comparing academic principles and applying the study's findings.

Results : A 33-year-old Thai male admitted to the emergency room due to motorcycle accident. The patient was unconscious, brought in withing an hour of the accident, and presented vital signs body temperature 36.9 Celsius, respiratory rate 28 times per minute, heart rate 68 times per minute, blood pressure 129/81 mmHg, Glasgow coma scale 6 point with pupil 2 mmRTLBE. The diagnosis includes multiple ribs fracture, left clavicle fracture, intra-abdominal bleeding, and splenic injury. The patient received immediate endotracheal tube intubation, and insert an intercostal drain on the left lung. The nursing care followed the Advanced Trauma Life Support (ATLS) principles and involved an ABCDE approach. The patient was monitored, and interventions were carried out according to the treatment plan. The patient's condition remained stable without shock or complications, and a safe handover to the surgical intensive care unit was facilitated.

Keywords: Nursing care, Multiple traumas patient

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma) เป็นการบาดเจ็บจากแรงกระแทกภายนอกทำให้อวัยวะได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปส่งผลคุกคามต่อชีวิต ส่วนใหญ่การบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุและสาเหตุส่วนมากมาจากอุบัติเหตุจราจร

[1] กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหัวหิน

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก และการเกิดอุบัติเหตุจราจรแต่ละครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บได้ในหลายระบบ ทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการคัดกรองประเมินอาการแรกรับ การวินิจฉัยทางการพยาบาลและรายงานแพทย์ และหากวินิจฉัยการพยาบาลที่ล่าช้าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว การที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบเป็นภาวะที่วิกฤตมีความสำคัญมาก เพราะเป็นช่วงสำคัญที่สุดในชีวิต ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง ปลอดภัย เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและพิการ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก และสูงที่สุดเป็นอันดับ 1 ในเอเชียและอาเซียน[14] จากข้อมูลอุบัติเหตุจราจรย้อนหลังของประเทศไทยตั้งแต่ ปี 2564 – 2566 พบจำนวนผู้บาดเจ็บทางจราจร 6,915 , 6,907 และ 8,034 ตามลำดับ โดยจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมแยกตามประเภทรถ ดังนี้ รถจักรยานยนต์ 82% รถยนต์ 19% เฉลี่ยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรวันละประมาณ 35 ราย ภาวะคุกคามชีวิตที่พบได้จากการประเมินขั้นต้นและการช่วยชีวิต ร้อยละ 20[8] จากการตรวจร่างกายและตรวจวินิจฉัยร้อยละ 14 สาเหตุ ได้แก่ การบาดเจ็บบริเวณทรวงอกและช่องท้อง การช่วยเหลือที่ล่าช้า ขาดความถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จนกระทั่งเข้าห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วยหนักส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

จากสถิติของโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี พ.ศ.2564-2566 จากข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ พบว่า มีผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 19,025 ราย ,19,736 ราย และ 20,317 ราย ตามลำดับ โดย 5 อันดับโรคแรกของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหัวหิน ได้แก่ Head injury, Multiple trauma, Chest injury, Blunt abdomen, C-spine injury ตามลำดับ[12] จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บหลายระบบมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ไม่ว่าจะเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะ ใบหน้า การบาดเจ็บที่กระดูกแขนและขาของร่างกาย การบาดเจ็บในช่องท้องก็ยังมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น โดยการบาดเจ็บในตำแหน่งต่างๆ ที่ได้กล่าวมานี้ มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากสหสาขาวิชาชีพที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา พยาบาลสหสาขาวิชาชีพจึงเป็นการท้าทายต่อทีมการรักษาและผู้ศึกษา เพื่อรักษาผู้ป่วยให้รอดชีวิตร่วมกับกลับมามีคุณภาพชีวิตที่เหมือนปกติให้มากที่สุด จากการศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการศึกษาเอกสารวิชาการ การทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาล ผู้ศึกษาจึงได้นำกระบวนการพยาบาลกรอบแนวคิดการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน[6,11] แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามหลักการ Advance Trauma Life Support[2] มาประยุกต์ใช้ในการประเมินและใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องอุบัติและฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตโดยไม่สมควร ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบทรวงอก ช่องท้อง และกระดูกไหปลาร้าหักส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบาดเจ็บ

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ทรวงอก ช่องท้อง และกระดูกไหปลาร้าหัก และเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหัวหิน ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566

2. ทวนทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิดทางการ

พยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ทรวงอก ช่องท้อง และกระดูกไหปลาร้า

3. เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต โดยใช้กระบวนการพยาบาล กรอบแนวคิดการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน[6,11] แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามหลักการ Advance Trauma Life Support[2] เป็นกรอบในการศึกษา การประเมินตั้งแต่แรกรับ วิเคราะห์ปัญหาร่วมกันทั้งทีมแพทย์และพยาบาล

4. กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล[13] วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล[10,11]

5. สรุปผลการศึกษา การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ ข้อเสนอแนะพัฒนาหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการศึกษา

ประวัติผู้ป่วยทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 33 ปี สถานภาพสมรส โสด ศาสนา พุทธ อาชีพ รับจ้าง

อาการสำคัญ: กู้ภัยให้ประวัติว่า ผู้ป่วยขี่จักรยานยนต์ชนสุนัข หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่มีแขนขาผิดรูป 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขี่จักรยานยนต์ชนสุนัข หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่มีแขนขาผิดรูป กู้ภัยนำส่งผู้ป่วยที่ตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหัวหิน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตโรคประจำตัว: ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด การแพ้ยา/อาหาร

ประวัติพฤติกรรมสุขภาพ: ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มสุราบางครั้งที่นัดพบเจอเพื่อน เดือนละ 1-2 ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: บิดาและมารดาผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิต

การวินิจฉัยโรค: Splenic injury grade V with left clavicle fracture with multiple left rib fracture and Left pneumothorax

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ทรวงอก ช่องท้อง และกระดูกไหปลาร้าหัก แพทย์ได้ให้การรักษาใส่ท่อช่วยหายใจที่หลอดลมคอและใส่ ICD at left lung ต่อ 2 ขวด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีความรู้ ทักษะในการคัดกรอง การประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับ โดยเฉพาะการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บต้องมีความสามารถในการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยตามหลักการ Advance Trauma Life Support[2] ตาม ABCDE ภายใน 10 นาที มีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทุกมิติสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิตได้

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลด้วยการอภิปรายผล ตามระยะเพื่อการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย[1,3,4,7,8,10,11]

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
5.1 เสี่ยงต่อภาวะคุกคามแก่ชีวิต เนื่องจากได้รับอุบัติเหตุมีอาการซึม ไม่รู้สึกตัว ร่วมกับมีเลือดออกภายในช่องท้อง และมีการบาดเจ็บของม้าม	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ทุก 5-10 นาที วัดสัญญาณชีพ ประเมิน Gas glow coma scale 2. วัด Sat O2 เพื่อประเมินออกซิเจนในเลือด 3. ดูแลช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจหลอดลมคอ ให้ยา Valium 10 mg IV stat ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ หลังช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจที่หลอดลมคอ จัดระบบทางเดิน	ผู้ป่วยมีภาวะคุกคามแก่ชีวิตจากอุบัติเหตุ ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีเลือดออกภายในช่องท้อง ม้ามได้รับบาดเจ็บ สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ชีพจร 68 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/81 มิลลิเมตรปรอท GCS : E3V1M5 = 6, pupil 2 mm.RTLBE, ฟังเสียงปอด พบ decrease breath sound left lower lung ตรวจร่างกายบริเวณช่องท้อง พบ generalized tenderness with guarding ประเมินการ

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลด้วยการอภิปรายผล ตามระยะเพื่อการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย[1,3,4,7,8,10,11]

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
	หายใจให้โล่ง Hole Ambu bag ต่อ 10 ลิตร/นาที และสังเกตการหายใจต่อเนื่อง 4. ประเมินบาดแผล สังเกตอาการเลือดออกมากผิดปกติอย่างใกล้ชิด 5) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเพื่อทดแทนปริมาณเลือดที่สูญเสียและเพิ่ม cardiac out put	ตรวจ FAST positive at hepatorenal and splenorenal, CXR พบ multiple left rib fracture, left clavicle fracture และ left pneumo- thorax ได้รับการประเมินและรักษาตามหลักการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณทรวงอก ช่องท้อง และกระดูกไหปลาร้าหัก[10,7] มีการประเมินระยะแรกรับที่มี
	6. หลังใส่สายสวนปัสสาวะ สังเกตและบันทึกจำนวน ลักษณะปัสสาวะที่ออก 7. ปฏิบัติการพยาบาลอย่างระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง	ประสิทธิภาพและการรายงานแพทย์ที่รวดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตโดยใส่ท่อช่วยหายใจหลอดลมคอ การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่างๆ ให้สารน้ำทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังการให้การพยาบาลผู้ป่วยพ้นจากระยะคุกคามแก่ชีวิต สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
5.2 เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากม้าม มีการบวมช้ำ และฉีกขาดระดับ 5	กิจกรรมการพยาบาล 1. วัดสัญญาณชีพ ทุก 5-10 นาทีประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น 2. ดูแลให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวล เมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อหลอดลมคอช่วยหายใจ จัดท่าของผู้ป่วยจัดให้อยู่ในท่าที่หายใจได้สะดวกคือ Semi –Fowler's Position 3. ดูแลให้ Acetar 1,000 ml IV 100 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพิ่มปริมาณการไหลเวียนเลือด 4. ดูแลให้เลือด PRC 2 unit และ FFP 2 unit 5. ตรวจวัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ	กรณีศึกษาผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อก จากการบาดเจ็บหลายระบบ โดยเฉพาะบริเวณช่องท้อง มีเลือดออกภายในช่องท้อง และม้ามฉีกขาดระดับ 5 เป้าหมายการพยาบาลเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะช็อก ผู้ป่วยได้รับการดูแล ดังนี้ การประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เป็นการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน[3] หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่พบภาวะแทรกซ้อน
5.3 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลงจากการบาดเจ็บที่ทรวงอก	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการอุดกั้นทางเดินหายใจดูแลเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวลเมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อหลอดลมคอช่วยหายใจ จัดท่าของผู้ป่วยจัดให้อยู่ในท่าที่หายใจได้สะดวกคือ Semi – Fowler's Position 2. ดูแลท่อช่วยหายใจไม่ให้หักหรือพับ 3. ดูแลใส่ Oropharyngeal air way เพื่อป้องกันไม่ให้กัดท่อช่วยหายใจ 4. วัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที และประเมิน O2 saturation keep ≥95 เปอร์เซ็นต์ 5. ดูแลช่วยแพทย์ใส่สาย ICD at left lung ต่อ 2 ขวด 6. ดูแลการทำงานของ ICD ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลให้อยู่ในระบบปิด, ตรวจสอบข้อต่อ	กรณีศึกษารายนี้เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลงจากการบาดเจ็บที่ทรวงอกจากภาวะ pneumothorax แพทย์จึงให้การรักษาโดยใส่ท่อระบายทรวงอก และท่อช่วยหายใจ หลังได้รับการรักษาค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ขึ้นเป็นปกติการพยาบาลในระยะวิกฤตของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ปัญหาของผู้ป่วยจะมีความหลากหลาย ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ที่ถูกต้องและครอบคลุมในการประเมินสภาพผู้ป่วยหลายระบบเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้แม่นยำถูกต้อง รวดเร็ว กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เร่งด่วนตามลำดับความสำคัญเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต มีความสามารถในการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยตามหลักการ Advance Trauma Life Support ตาม ABCDE

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลด้วยการอภิปรายผล ตามระยะเพื่อการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย[1,3,4,7,8,10,11]

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
	ICD ให้แน่นไม่รั่ว ตรวจสอบระดับน้ำในขวดที่ 2 (under water seal) ให้แท่งแก้วอยู่ใต้น้ำ 2-3 cm ประเมิน subcutaneous emphysema 7. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็บและริมฝีปากซีด ระดับความรู้สึกตัวลดลง	ภายใน 10 นาที[2] มีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทุกมิติสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล
5.4 ผู้ป่วยมีอาการปวดเนื่องจากมีการฉีกขาดของม้ามจากอุบัติเหตุ และกระดูกซี่โครงร่วมกับกระดูก ไหปลาร้าด้านซ้ายหัก	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของความเจ็บปวดโดยใช้ Pain score 2. ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวด Fentanyl (10:1) IV 5 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่เหมาะสม 4. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยท่าที	กรณีศึกษามีอาการปวดเนื่องจากมีการฉีกขาดของม้ามจากอุบัติเหตุ และกระดูกซี่โครง ร่วมกับกระดูก ไหปลาร้าด้านซ้ายหัก ให้การพยาบาลโดยประเมินอาการปวดและให้การจัดการความปวด โดยให้ยาลดอาการปวด จากการประเมินพบว่าอาการปวดลดลง พอทนได้ สามารถนอนหลับพักผ่อนได้
5.5 ผู้ป่วยมีภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากมีเลือดออกในช่องท้องและมีภาวะซีด	กิจกรรมการพยาบาล 1. วัดสัญญาณชีพติดตามการทำงานของหัวใจและระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ GCS ทุก 15 นาที 2. ประเมินภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย ตะคริว กล้ามเนื้อ กระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชัก เป็นต้น 3. บันทึกสารน้ำเข้าออกในร่างกายเพื่อดูความสมดุลของน้ำในร่างกาย 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ คือElectrolyte	กรณีศึกษาผู้ป่วยมีเลือดออกในช่องท้อง และมีภาวะซีด อาจทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้ไตไม่สามารถขับออกเสียออกมาได้ ทำให้ร่างกายไม่สามารถรักษาสมดุลของน้ำ เกลือแร่และกรดด่างในเลือดได้ หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย[3]
5.6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลถลอกตามร่างกาย และมีเลือด ออกในช่องท้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการและอาการแสดง ลักษณะบาดแผล รอบแผลบวม แดง มี Discharge ซึม 2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล	กรณีศึกษารายนี้มีการบาดเจ็บในร่างกายหลายระบบ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบค่า WBC 20,980 cell/cu.mm (สูง) ซึ่งอาจเกิดจากเนื้อเยื่อในร่างกายได้รับการทำลายจึงเกิดการอักเสบในร่างกายขึ้น
	ทุกครั้ง 3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD, Metronidazole 500 mg IV q 8 hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ดูแลให้การพยาบาล ทำแผลโดยยึดหลักการปราศจากเชื้อ (sterile technique) 4. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล	และอาจเกิดจากบาดแผลตามร่างกายทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อ[4] โดยบาดแผลตามร่างกายสะอาดดี ไม่มีไข้ ไม่มีภาวะบ่งบอกการติดเชื้อในร่างกายเพิ่มเติม
5.7 ญาติเกิดภาวะ วิตกกังวลเนื่องจาก สภาพ	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติด้วยวาจาที่สุภาพอ่อนโยน ท่าทางที่เป็นมิตร	กรณีศึกษารายนี้อยู่ในภาวะฉุกเฉินวิกฤต อันตรายต่อการเสียชีวิต ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ขมวดคิ้ว และมีท่าทางที่วิตกกังวลมาก เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย หลังให้การ

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลด้วยการอภิปรายผล ตามระยะเพื่อการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย[1,3,4,7,8,10,11]

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
ความเจ็บ ป่วยของผู้ป่วย	2. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลการพยาบาล 3. อธิบายให้ญาติเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค สาเหตุ แผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ญาติเข้าใจลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 4. ให้ข้อมูลแกญาติเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่ ICD เหตุผลความจำเป็นและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ 5. เปิดโอกาสให้ญาติดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา 6. ประเมินความรู้สึกวิตกกังวลโดยการสังเกตจากพฤติกรรมสีหน้าท่าทาง และจากการซักถามของญาติ	พยาบาลญาติสีหน้าสดชื่นมากขึ้น ลดภาวะการสอบถามอาการของผู้ป่วย ยินยอมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามแนวทางของแพทย์[10]
5.8 ผู้ป่วยมีโอกาส เกิดความไม่ปลอดภัย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหนักเพื่อเตรียมความ	กรณีศึกษารายนี้ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานตามหลักการ Advance Trauma Life Support โดยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะที่
ประเด็นเปรียบเทียบ	**กรณีศึกษา**	**อภิปรายผล**
ในระหว่างการเคลื่อนย้ายจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วย	พร้อมสำหรับการรับผู้ป่วย 2. ก่อนการส่งต่อ จัดเตรียมรถพยาบาล ตรวจเช็คเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยชีวิตในรถให้ครบถ้วน พร้อมใช้งานเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว 3. จัดพยาบาล 1 คน ไปพร้อมกับผู้ป่วยขณะส่งต่อ เพื่อให้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ 4. ประเมินสัญญาณชีพ sign หน้าท้อง อุปกรณ์ ICD และสายปัสสาวะให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ดูแลท่อช่วยหายใจ และดูดเสมหะให้ตามความเหมาะสม ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถพยาบาล	สัญญาณชีพปกติ ทำ Secondary survey การตรวจร่างกายอย่างละเอียด ซักประวัติตามหลัก AMPLE และการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่ทำนอกห้องฉุกเฉิน เช่น การเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ เอกซเรย์กระดูกส่วนอื่นของร่างกาย เป็นต้น เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การรักษาเฉพาะทาง เช่น การผ่าตัด การนอนโรงพยาบาล เป็นต้น[2] ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมหนักอย่างปลอดภัย

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้การบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ ทรวงอก ช่องท้อง และกระดูกไหปลาร้าหัก ปัญหาและอุปสรรคในการศึกษา คือ การซักประวัติ ประเมินอาการผู้ป่วยวิกฤติเร่งด่วนรายนี้ต้องใช้เวลาภายใน 10 นาที เป็นไปได้ยาก เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลง ผู้พบเห็นเหตุการณ์ให้ข้อมูลไม่แน่ชัด เนื่องจากขณะเกิดเหตุผู้ป่วยมาคนเดียว ผู้ป่วยรายนี้มีการบาดเจ็บหลายระบบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ไม่สามารถซักประวัติข้อมูลจากผู้ป่วยได้ การบาดเจ็บบางระบบไม่สามารถตรวจพบจากการตรวจร่างกายหรือประเมินด้วยตาเปล่า จำเป็นต้องใช้เครื่องมือพิเศษร่วมในการตรวจด้วย ทำให้ถ้าหากมีการบาดเจ็บภายในที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอาจล่าช้าได้ ผู้ศึกษาต้องมีความรู้ที่ถูกต้องและครอบคลุมในการประเมินสภาพผู้ป่วยหลายระบบเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้แม่นยำ ถูกต้อง รวดเร็ว กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เร่งด่วนตามลำดับความสำคัญเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต มีความสามารถในการใช้แนว

ทางการประเมินผู้ป่วยตามหลักการ Advance Trauma Life Support ตาม ABCDE ภายใน 10 นาที มีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทุกมิติสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล[1,4]

ข้อเสนอแนะ

1. จัดอบรมแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยโดยครอบคลุมทุกระบบและสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

2. ประชาสัมพันธ์การใช้บริการสายด่วน 1669 แก่ประชาชนให้มากยิ่งขึ้น เพื่อการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่วิกฤตรุนแรง

3. ตรวจสอบเครื่องมือพิเศษในหน่วยงานให้พร้อมใช้อยู่ตลอดเวลา ส่งเจ้าหน้าที่ฝึกอบรมการใช้

เอกสารอ้างอิง

1.ดวงกมล สุวรรณ์, วิภา แซ่เซี้ย และประณีต ส่งวัฒนา. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารสภาการพยาบาล 2561;33(4):33-45.

2.นพ. วิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ. เอกสารประกอบการอบรม การดูแลผู้ป่วยขั้นสูงรุ่นที่ 13 (Advanced trauma emergency care for nurse : ATEN). ขอนแก่น: บริษัทเพ็ญพรินติ้ง จำกัด; 2564.

3.นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, และชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้ 2563;7(1):319–330.

4.ปทิตตา เสนะคุณ. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา Nursing care for multiple trauma patients with acute subdural hemorrhage and hemothorax. : case study. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2564;6(1):23-28.

5.ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือยา Handbook of drugs. พิมพ์ครั้งที่14. กรุงเทพฯ: N P Press Limitef Partnership; 2559.

6.พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลและระบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 20. สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2560.

7.ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ตำราการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทรัสต์ อัส จำกัด; 2562.

8.ระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center : HDC [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.พ. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

9.วาสนา สุขกันต์, จุฬาวรี ชัยวงค์นาคพันธ์ และกชพร พงษ์แต้. ปัญหาและอุปสรรคของการใช้แบบประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท Problems and Obstacles of Using the Initial Assessment of Form for Evaluating Multiple Injury Patients In the Trauma and Nervous System Units. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2563;12(2):100-112.

10.วิมล อิ่มอุไร. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2562;4(1):54-68.

11.วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต:แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์; 2561.

12.เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลหัวหิน. รายงานสถิติประจำปี 2564-2566. ประจวบคีรีขันธ์: โรงพยาบาลหัวหิน; 2566.

13.อุษณีย์ หลิมกุล. คู่มือการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล. กรงุเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาลวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล; 2561.

14.Frink M, Lechler P, Debus F, Ruchholtz S. Multiple Trauma and Emergency Room Management. Dtsch Arztebl Int 2017;114(29-30):497-503.

การประเมินผลการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร

Evaluation of the provision of primary care services in the Phibun Mangsahan District Health Service Network.

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 10,2024 ; Accepted: March 12,2024)

ทนง คำศรี[1] นวรัตน์ สิงห์คำ[2] นิภารัตน์ แสงกุล[3]
Tanong kamsri[1] Navarat Singkham[2] Niparat Sangkul[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร ระหว่างวันที่ 5 - 25 มกราคม 2567 โดยศึกษาในบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร จำนวน 159 คน ประชาชนที่รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 1,336 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินผลการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้วยสถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย(Means) และการวิเคราะห์เนื้อหาจำแนกรายข้อ ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ด้วย dependent T-test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้ PCU 3 แห่ง NPCU 2 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง โดยในการจัดบริการ PCU และ NPCU จะมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพออกให้บริการ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวออกให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง ผลการประเมินที่พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม(Context Evaluation) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.10 รองลงมาคือด้านความเหมาะสมของกระบวนการจัดโครงการ(Process) การประเมินด้านความพอเพียงของปัจจัยนำเข้าที่ใช้ในการดำเนินโครงการ (Input) และด้านความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการจัดโครงการ(Product) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 3.97, 3.78 และ 3.52 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยหน่วยบริการ PCU/NPCU ดีกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ แต่ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อหน่วยบริการ PCU/NPCU และหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ดังนั้นจึงยังต้องมีการพัฒนาการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการเพิ่มศักยภาพให้เป็น PCU หรือ NPCU ให้มีบริการที่แตกต่างและชัดเจนขึ้น

คำสำคัญ : หน่วยบริการปฐมภูมิ, PCU, NPCU

Abstract

This research was survey research aimed to evaluate the provision of primary care unit services in the Phibun Mangsahan District Health Service Network between 5 - 25 January 2024. The study included 159 personnel involved in the provision of services at the primary care unit of the Phibun Mangsahan District Health Service Network, 1,336 people receiving services at the primary care unit. The research tools consisted of questionnaire and evaluation form. Analyze general data of the sample. with statistics on frequency, percentage, mean, and standard deviation and analyze data for evaluation of primary care unit services in all 4 areas, namely with statistics, percentages (Percentage), averages (Means), and content analysis classified by item. with average statistics and standard deviation Compare the difference in means with dependent T-test. It was found that the development of service potential of primary care units is as follows: 3 PCUs, 2 NPCUs, 13 Subdistrict Health Promoting Hospitals. In providing PCU and NPCU services, there will be a family physician with a multidisciplinary team providing services 3 times per week There will be a family practitioner available once a month.

The results of the evaluation that found the highest average satisfaction were the evaluation of the Context Evaluation the average of satisfaction was 4.10, followed by the appropriateness of the project organizing process

,the evaluation of the sufficiency of Input factors used in project implementation and success according to project objectives and goals, average satisfaction scores of 3.97, 3.78, and 3.52, respectively. The mean control of blood sugar levels of patients in the PCU / NPCU service unit was better than other primary care units at a statistical significance of P < 0.05, but the mean satisfaction of service recipients with the PCU / NPCU service unit was NPCU and other primary care units were not different at the statistical significance level of P < 0.05.

Keyword : Primary care unit, PCU, NPCU

บทนำ

บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมาย ดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ”[5] หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ตามมาตรา 20 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีหน้าที่[7] ดังต่อไปนี้ 1) ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการ ตลอดจนเคารพสิทธิส่วนบุคคล ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเชื่อทางศาสนา 2) ให้ข้อมูลการบริการสุขภาพปฐมภูมิและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการแก่ผู้รับบริการ อย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ 3) ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ญาติ หรือผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้รับบริการเกี่ยวกับแพทย์ บุคลากร ด้านสาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคม ที่จะรับดูแลผู้รับบริการก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 4) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (1) และ (2) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย 5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐาน และบริการ รวมทั้งการขอรับค่ารักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข 6) ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามมาตรา 24[1]

สำหรับอำเภอพิบูลมังสาหาร ห่างจากจังหวัดอุบลราชธานี 45 กิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองย่อยออกเป็น เป็น 14 ตำบล 145 หมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 15 แห่ง เป็นเทศบาล 5 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 10 แห่ง ประชากรในพื้นที่ ตามทะเบียนราษฎร์ 129,508 คน อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง 92,505 คน มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 20 แห่ง โดยแบ่งเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 18 แห่ง และสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 1 แห่ง โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจำนวน 6 คนมีการพัฒนาศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) จำนวน 3 แห่งครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) จำนวน 3 แห่ง ซึ่งจะมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวออกให้บริการหน่วยปฐมภูมิดังกล่าว ซึ่งจากความหลากหลายของการจัดบริการของหน่วย

บริการปฐมภูมิผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประเมินผลการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อประเมินความสอดคล้องเหมาะสมของบริบทในการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร

2. เพื่อประเมินความเพียงพอของปัจจัยนำเข้าในการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร

3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของกระบวนการ ในการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร

4. เพื่อประเมินผลในการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research)วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566 มีวิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างวิจัยครั้งนี้เลือกแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 573 คน ประกอบไปด้วย

1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร จำนวน 173 คน 1) คณะกรรมการประสานงานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหารจำนวน 25 คน 2) แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 6 คน 3) เภสัชกรปฐมภูมิโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จำนวน 3 คน 4) หัวหน้ากลุ่มบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม จำนวน 1 คน 5) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 19 คน 6) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ จำนวน 76 คน 7) นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในในระบบบริการปฐมภูมิ จำนวน 43 คน

2. ประชาชนอายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่มาใช้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ *Daniel* (Daniel, 1995) จำนวน 383 คน จากสุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงจากทุกหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร แห่งละ 20 คน รวมเป็น 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.แบบสอบถามเพื่อประเมินการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิปรับปรุงมาจากแบบสอบถามเพื่อประเมินแบบประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จังหวัดอุบลราชธาน[6] ปีงบประมาณ 2564 และแบบสอบถามเพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ประสบการณ์การทำงาน (ปี) ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน (ปี) และสถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนที่ 2 ความเหมาะสม ความพร้อม ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าด้านกระบวนการและด้านผลผลิต ได้แก่ 1. การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation:C) ของโครงการ จำนวน 16 ข้อ 2. การประเมินด้านความพอเพียงของปัจจัยนำเข้าที่ใช้ในการดำเนินโครงการ (Input) จำนวน 13 ข้อ 3. ด้านความเหมาะสมของกระบวนการจัดโครงการ (Process) จำนวน 15 ข้อ 4. ด้านความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการจัดโครงการ (Product) จำนวน 11 ข้อ โดยมีการให้คะแนนแบบ Ranking scale 5 ระดับ

2. แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของประชาชนที่มาใช้บริการ ใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ : ในหน่วยบริการปฐม

ภูมิ (ศสม./รพ.สต.) ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ประสบการณ์การรับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ ระยะเวลารอคอยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ท่านไปใช้บริการ ส่วนที่ 2 ข้อมูลความพึงพอใจ 1. ด้านบุคลากรและเจ้าหน้าที่ จำนวน 5 ข้อ 2. ด้านกระบวนงาน ขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ 3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 10 ข้อ 4. ด้านคุณภาพการบริการ จำนวน 5 ข้อ โดยมีการให้คะแนนแบบ Ranking scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาไปให้ผู้เชี่ยวชาญรวม 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้แก่ 1. การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อมของโครงการ 2. การประเมินด้านความพอเพียงของปัจจัยนำเข้าที่ใช้ในการดำเนินโครงการ 3. ด้านความเหมาะสมของกระบวนการจัดโครงการ 4. ด้านความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการจัดโครงการ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81, 0.84, 0.81 และ 0.83 ตามลำดับ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

หลังจากได้ รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 4 มกราคม 2564 หมายเลขใบรับรอง SSJ.UB 2567-3 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่ 1. ขออนุมัติการจัดเก็บข้อมูลในพื้นที่จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร 2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจ แล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 3. รวบรวมแบบสอบถาม/หรือแบบสัมภาษณ์ ฯลฯ จนครบตามจำนวน ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ทุกฉบับก่อนเดินทางออกจากพื้นที่ 4. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินผลการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูล มังสาหาร ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ด้วยสถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย(Means) และการวิเคราะห์เนื้อหาจำแนกรายข้อ ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ด้วย Independent T-test

ผลการวิจัย

สำหรับอำเภอพิบูลมังสาหาร ห่างจากจังหวัดอุบลราชธานี 45 กิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองย่อยออกเป็น เป็น 14 ตำบล 180 หมู่บ้าน 17 ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 15 แห่ง แบ่งเป็นเทศบาลเมือง 1 แห่ง เทศบาลตำบล 4 แห่งและองค์การบริหารส่วนตำบล 10 แห่ง ประชากรในพื้นที่ตามทะเบียนราษฎร์ 126,182 คน อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง 91,345 คน มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 20 แห่ง โดยแบ่งเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 18 แห่ง และสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 1 แห่ง โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจำนวน 6 คน พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ 32 คน นักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ 36 คน มีการพัฒนาศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

1. PCU 3 แห่ง คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลกุดชมพูและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโพธิ์

2. NPCU 2 แห่ง คือ

2.1 NPCU ไร่ใต้ ประกอบด้วย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีไร่ใต้ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพธิ์

2.2 NPCU ห้วยแดง ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนจิก

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง

โดยในการจัดบริการ PCU และ NPCU จะมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพออกให้บริการ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนโรงพยาบาสส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวออกให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง

จากการประเมินการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร ในด้านความเหมาะสม ความพร้อม ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิตในกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร จำนวน 159 คน เพศหญิง ร้อยละ 74.84 เพศชาย ร้อยละ 25.15 อายุเฉลี่ย 41.09 ปี อายุน้อยสุด 23 ปี อายุมากสุด 59 ปี SD = 9.62 การศึกษาสูงสุดส่วนมากคือระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 56.61 รองลงมา คือ ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาโทร้อยละ 36.47 และ 7.54 ตามลำดับ ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนมากอายุ 11-20 ปี ร้อยละ 37.10 รองลงมาคืออายุน้อยกว่า 1-5 ปี อายุ 6-10 ปี และอายุมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 28.93, 22.01 และ12.57 ตามลำดับ เจ้าหน้าที่ที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนมากเป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิร้อยละ 91.2 และคณะกรรมการประสานงานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหารร้อยละ 8.8

โดยสรุปผลการประเมินความเหมาะสม ความพร้อม ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าด้านกระบวนการและด้านผลผลิตได้ ดังนี้

1. ผลการประเมินที่พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ บุคลากรตั้งใจปฏิบัติงานตามการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.25 รองลงมาคือ เป้าหมายของการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิมีความเหมาะสมสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข วัตถุประสงค์ของการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และหลักการของการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.18, 4.16 และ 4.15 ตามลำดับ

2. ผลการประเมินที่พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ กิจกรรมของโครงการมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.08 รองลงมา คือ มีแผนการดำเนินงานตามการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน ระยะเวลาในการดำเนินการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิมีความเหมาะสม ผู้บริหาร, ผู้ประสานงานและผู้รับผิดชอบงานมีความพร้อมในการดำเนินการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้บริหาร, ผู้ประสานงานและผู้รับผิดชอบงานมีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถในการดำเนินการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.05, 4.01, 3.98 และ 3.98 ตามลำดับ

3. ผลการประเมินที่พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ มีการขยายผลการปฏิบัติกิจกรรมแก่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่(รพ.สต.) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.15 รองลงมา คือ การวางแผนดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม มีการวางแผนการดำเนินการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิสู่การปฏิบัติ มีการกำหนดขั้นตอนรายละเอียดในการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมสอดคล้องกับเป้าหมาย ชัดเจน เหมาะสม และมีการนิเทศติดตามดำเนินงานแต่ละกิจกรรมในการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.04, 4.00, 4.00, และ 4.00 ตามลำดับ

4. ผลการประเมินที่พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวออกมา

ให้บริการตามเกณฑ์ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.03 รองลงมา คือ มีระบบเยี่ยมบ้านโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม สามารถให้บริการตรวจรักษาโรคเรื้อรังโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และมีระบบ Consult กับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.02, 4.00 และ 3.99 ตามลำดับ

5. ผลการประเมินที่พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.10 รองลงมาคือ ด้านความเหมาะสมของกระบวนการจัดโครงการ(Process) การประเมินด้านความพอเพียงของปัจจัยนำเข้าที่ใช้ในการดำเนินโครงการ (Input) และด้านความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการจัดโครงการ (Product) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 3.97, 3.78 และ 3.52 ตามลำดับ

ในส่วนของการประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจของประชาชนที่มาใช้บริการ มีผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1,336 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.60 อายุเฉลี่ย 51.69 อายุน้อยสุด 11 ปี อายุมากสุด 85 ปี SD 1.06 ส่วนมากเรียนจบระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 58.26 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ปริญญาตรี และไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 38.29, 3.06 และ 0.38 ตามลำดับ

6. ผลการประเมินหน่วยบริการ PCU/NPCU ที่พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ การให้คำแนะนำการใช้ยาของเจ้าหน้าที่ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.32 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย/การปฏิบัติตัว เจ้าหน้าที่มีความรับผิดชอบและมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน และท่านมีความเข้าใจปัญหาสุขภาพของตนเอง ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.27, 4.20 ,4.20 และ 4.20 ตามลำดับ

ผลการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ที่พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ การให้คำแนะนำการใช้ยาของเจ้าหน้าที่ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.24 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถและความเชี่ยวชาญ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย/การปฏิบัติตัว เจ้าหน้าที่มีความรับผิดชอบและมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานและสามารถเดินทางและติดต่อสื่อสารได้สะดวกค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.20, 4.18 ,4.15 และ 4.15 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ PCU/NPCUและหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ

ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ	**N**	**ค่าเฉลี่ย**	**SD**	**95% CI**	**P-value**
PCU/NPCU	520	4.13	0.93	0.018- 0.077	0.327*
หน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ	816	4.10	0.93		

* หมายถึง กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อหน่วยหน่วยบริการ PCU/NPCU และหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ P < 0.05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหน่วยบริการ PCU / NPCUและหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ

ผลการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	**N**	**ค่าเฉลี่ย**	**SD**	**95% CI**	**P-value**
PCU / NPCU	7	22.51	1.83	-1.06 – 5.94	0.002
หน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ	13	20.49	4.65		

* หมายถึง กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าเฉลี่ยการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยหน่วยบริการ PCU / NPCU ดีกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร ห่างจากจังหวัดอุบลราชธานี 45 กิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองย่อยออกเป็น เป็น 14 ตำบล 145 หมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 15 แห่ง เป็นเทศบาล 5 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 10 แห่ง ประชากรในพื้นที่ ตามทะเบียนราษฎร์ 129,508 คน อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง 92,505 คน มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 20 แห่ง โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 6 คนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ 31 คน นักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ 43 คน มีการพัฒนาศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้ PCU 3 แห่ง คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพิบูลมังสาหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดชมพูและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโพธิ์ NPCU 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่ใต้และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพธิ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนจิก[2] โดยในการจัดบริการ PCU และ NPCU จะมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพออกให้บริการ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง จะมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวออกให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง

ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร ในด้านความเหมาะสม ความพร้อม ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิตตามกรอบ CIPP Model ของ Stufflebeam(2000)[3] พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม(Context Evaluation) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.10 รองลงมา คือ ด้านความเหมาะสมของกระบวนการจัดโครงการ(Process) การประเมินด้านความพอเพียงของปัจจัยนำเข้าที่ใช้ในการดำเนินโครงการ(Input) และด้านความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการจัดโครงการ (Product) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 3.97, 3.78 และ 3.52 ตามลำดับ

ผลการประเมินหน่วยบริการ PCU / NPCU ที่พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ การให้คำแนะนำการใช้ยาของเจ้าหน้าที่ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.32 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถและความเชี่ยวชาญ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย/การปฏิบัติตัว เจ้าหน้าที่มีความรับผิดชอบและมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน และท่านมีความเข้าใจปัญหาสุขภาพของตนเอง ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.27, 4.20 ,4.20 และ 4.20 ตามลำดับ ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ที่พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ การให้คำแนะนำการใช้ยาของเจ้าหน้าที่ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.24 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถและความเชี่ยวชาญ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย/การปฏิบัติตัว เจ้าหน้าที่มีความรับผิดชอบและมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน และสามารถเดินทางและติดต่อสื่อสารได้สะดวกค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.20, 4.18 ,4.15 และ 4.15 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ ปัจจะวงษ และปิยะนุช พรหมสาขา(2563)[4] ที่ได้ศึกษาประเมินผลการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามการรับรู้ของ ประชาชนที่เคยใช้บริการ พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ พบว่า ด้านพฤติกรรมการให้บริการของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ ในระดับมาก ($\bar{x}$=4.32, S.D. 0.62) โดยพบว่าการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อหน่วยบริการ PCU / NPCU และหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การจัดบริการด้านปฐมภูมิด้านความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการจัดโครงการควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมในประเด็นการจัดบริการ Telemedicine ร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบการ Consult แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ตามลำดับ

2. การสนับสนุนด้านความพอเพียงของปัจจัยนำเข้าที่ใช้ในการดำเนินโครงการ ควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมในประเด็นงบประมาณในการดำเนินการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิมีความเพียงพอ บุคลากรในการดำเนินการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเพียงพอ และวัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเพียงพอ

เอกสางอ้างอิง

1. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ .คู่มือแนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการร่วมให้บริการ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565.[เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ย.2566] เข้าถึงได้จาก https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/52/แนวทางประเมินหน่วยบริการประจำ-ปฐมภูมิ_2561.pd
2. นันทินารี คงยืน.ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับมาตรฐานการพัฒนา. [อินเทอร์เน็ต]. 2560.[เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ย.2566] เข้าถึงได้จาก https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/3-3/12-Nantinaree%20Khongyuen.pdf
3. Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2007). Evaluation theory, models, & applications. San Fracisco, CA., John Wiley & Sons
4. มณีรัตน์ ปัจจะวงษ์ และ ปิยะนุช พรหมสาขา.ประเมินผลการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามการรับรู้ของ ประชาชนที่เคยใช้บริการ.[อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ย.2566] เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/248507/169004
5. สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ.พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ย.2566] เข้าถึงได้จาก http://www.sadathai.org/wp-content/uploads/2021/02/6_1
6. CIPP EVALUATION MODEL CHECKLIST [Second Edition] A tool for applying the CIPP Model to assess long-term enterprises Intended for use by evaluators and evaluation clients/stakeholders Daniel L. Stufflebeam March 17, 2007 International Handbook of Educational Evaluation, 31-62 T. Kellaghan, D.L.
7. กรรณิกาเรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของการจัด บริการสุขภาพอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการภายใต้เครือข่าย บริการปฐมภูมิ[อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ย.2566] เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/255697/175383

การพยาบาลผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว: กรณีศึกษา

Nursing care of Postpartum Hemorrhagic due to Uterine atony : case study

(Received: March 6,2024 ; Revised: March 8,2024 ; Accepted: March 9,2024)

เพ็ญจันทร์ ธรรมเกษร[1]

Penchan Thammakason[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว กรณีศึกษา 2 รายเลือกแบบเจาะจง โดยคัดเลือกผู้คลอดที่มีตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากผู้ป่วย และจากญาติ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 ผู้คลอดหญิงลาว อายุ 32 ปี $G_2P_1A_0L_1$ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ by ultrasound เจ็บครรภ์ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง เจ็บครรภ์คลอดทุก 5 นาที นาน 1 นาที มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน เด็กดิ้นดี ทารกเป็นเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 3,200 กรัม ใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิลิตร 1 ชั่วโมงหลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี เสียเลือด 1,000 มิลลิลิตร รวม 1,500 มิลลิลิตร นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 24 ปี $G_1P_0A_0L_0$ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 4 วัน 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ท้องปั้นแข็ง ครั้งละน้อยกว่า 2 นาที ไม่สม่ำเสมอ ร่วมกับมีน้ำเดิน คลอดทารกเป็นเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 4,050 กรัม ใช้วิธี Active management มีเลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิลิตร รกคลอดมีเลือดออกทันที 500 มิลลิลิตร หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ปากมดลูกฉีกขาด เสียเลือดรวมเป็น 1,000 มิลลิลิตร นอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 วัน

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด ภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว

ABSTRACT

This study was case study aimed to study and compare nursing care for postpartum hemorrhage caused by uterine contractions. Two case studies, purposively selected. We selected birth recipients who had postpartum hemorrhage due to uterine contractions. 2 patients receiving treatment at Kalasin Hospital. Data were collected from patient medical records, from patients, and from relatives. Determine nursing diagnosis using Gordon's 11 health model concepts. Plan nursing action according to nursing diagnosis. Summarize and evaluate nursing results.

Results: Case study 1: Lao woman giving birth, age 32 years, G2P1A0L1, gestational age 39 weeks by ultrasound, labor pains 2 hours before coming to the hospital, labor pains every 5 minutes for 1 minute, mucus bleeding from the vagina, no water, child struggling. Good, the baby is a girl. Birth weight 3,200 grams, using active management method, bleeding before birth of placenta 500 ml. 1 hour after normal birth, uterine contractions were poor, blood loss 1,000 ml., total 1,500 ml. stayed in hospital for 3 days. Case study 2: A 24-year-old Thai woman giving birth, G1P0A0L0, with a gestational age of 39 weeks, 4 days, and 4 hours before coming to the hospital. Her stomach was hard, lasting less than 2 minutes at a time, irregularly, along with water passing through. Giving birth to a female baby Birth weight was 4,050 grams. Using Active Management, there was 500 ml. of bleeding before the placenta was born. The placenta bleeds immediately 500 ml. After normal birth, there was poor uterine contraction. Cervical tear lost a total of 1,000 milliliters of blood and was hospitalized for 2 days.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Keywords: postpartum hemorrhage Uterine atony

บทนำ

การตกเลือดในสูติกรรมเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและอันตรายที่สุดของการคลอดบุตร การตกเลือดหลังคลอด (PPH) หมายถึง การสูญเสียเลือดผ่านทางช่องคลอดโดยประมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร ขึ้นไป หรือการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอดโดยประมาณมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก คือ เลือดออกที่เกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในขณะที่การตกเลือดหลังคลอดระยะที่สองมีลักษณะเป็นเลือดออกที่เกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด[1]

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 5-10 ของการคลอดทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดเป็นอันดับ 1 ของประเทศ สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่พบมากที่สุดคือ ภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว (Uterine atony) ซึ่งพบมากถึง 70% ของภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด สำหรับสถิติการตกเลือดหลังคลอดของผู้คลอดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2564-2566 พบร้อยละ 1.01, 0.96, และ 1.24 ตามลำดับ[2]

การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage : PPH) เป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้บ่อยที่สุดของผู้ป่วยสูติกรรม แม้ว่าในปัจจุบันจะมีวิธีการหรือยาใหม่ๆมาใช้เพื่อลดปัญหาการตกเลือดหลังคลอด อย่างไรก็ตามการศึกษาถึงสาเหตุ การป้องกันและการดูแลที่เหมาะสมจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ที่จะทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยลดลง ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้คลอดทุกคนจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือป้องกัน และลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของการตกเลือดหลังคลอดและให้ผู้คลอดปลอดภัย ภาวะที่มีเลือดออกปริมาณตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือมีเลือดออกร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะ hypovolemic ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด รวมการเสียเลือดช่วงที่เจ็บครรภ์คลอดด้วย (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ ศ. 2562-2564) เกือบหนึ่งในสามของการผ่าท้องทำคลอดจะมีการเสียเลือดมากกว่า 1000 มิลลิลิตร การประมาณการเสียเลือดทางคลินิกมักจะน้อยกว่าการเสียเลือดจริงประมาณครึ่งหนึ่ง[3] พบประมาณร้อยละ 1-5 ของการคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยคะเนว่าจะมีมารดาเสียชีวิต 1 คนในทุก ๆ 4 นาที ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่ามารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 1:1,000 ของการคลอด ในทวีปเอเชียพบว่าร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก[4] ประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 มีอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 39.18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนและสาเหตุโดยตรงของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 12.9[5]

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในการทำให้มารดาเสียชีวิตเช่นเดียวกับรายงานขององค์การอนามัยโลก ข้อมูลจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบภาวะตกเลือดหลังคลอด อัตราการได้รับเลือดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด และอัตราการตัดมดลูกจากภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยส่วนใหญ่เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรงระดับสูง ในกลุ่มงานผู้คลอด ถือว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นกลุ่มโรคสำคัญ เป็นความท้าทาย และประเด็นคุณภาพที่สำคัญ ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้คลอดได้เข้าถึงและเข้ารับบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ตามความเหมาะสม มีประสิทธิผล มีประสิทธิภาพ โดยการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และ การสร้างเสริมสุขภาพ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดา การเลี้ยงดูทารกในระยะหลังคลอด และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับทารกหลังคลอดดังนั้น การเฝ้าระวังก่อนที่จะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดแล้ว สิ่ง

สำคัญลำดับต่อไป คือ การดูแลช่วยเหลือให้ผู้คลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเจาะจง โดยคัดเลือกผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน กันยายน 2565 - มกราคม 2566 จำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากผู้ป่วย และจากญาติ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้คลอดหญิงลาว อายุ 32 ปี $G_2P_1A_0L_1$ 39 สัปดาห์ by ultrasound หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 10 กันยายน 2565 เวลา 18.10 น. ไม่ได้ฝากครรภ์ ส่วนสูง 152 เซนติเมตร น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 25.97 กิโลกรัม/เมตร^2 แรกรับเวลา 18.00 น. ให้ประวัติเริ่มเจ็บครรภ์ เวลา 16.00 น. ไม่มีน้ำเดิน มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/68 มิลลิเมตรปรอท Hct 30.5 Vol% ตรวจภายในแรกรับ ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร คลอดปกติ เวลา 18.13 น. ไม่มีแผลฝีเย็บ ทารกเพศหญิงน้ำหนัก 3,200 กรัม ใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิลิตร เวลา 19.00 น. หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี เสียเลือด 1,000 มิลลิลิตร รวม 1,500 มิลลิลิตร Hct stat 24 vol% รายงานแพทย์เปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ Acetar 1,000 มิลลิลิตรผสม Oxytocin 20 unit rate 60 cc/hr. Retain Foley's catheter จอง PRC 2 Units คลำมดลูกไม่กลมแข็งนวดคลึงมดลูกให้ อัตราการเต้นของชีพจร 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ให้ Cytotec 4 tabs ทางทวารหนัก คลึงนวดมดลูกให้แข็งตัวลักษณะเป็นก้อนกลมไม่พบเลือดออกเพิ่มตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ร่วมกับประเมินอาการผู้คลอดไม่มีอาการใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น มีอ่อนเพลียเล็กน้อย อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 86-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/86 -120/70 มิลลิเมตรปรอท ตรวจอัลตร้าซาวด์ไม่พบเศษรกค้างได้รับ PRC 1 unit ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ย้ายไปแผนกหลังคลอดโดยรถนอนพร้อมพยาบาล เวลา 20.30 น. การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น labour pain การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Spontaneous delivery with postpartum hemorrhage with uterine atony วันที่จำหน่าย วันที่ 13 กันยายน 2565 เวลา 11.00 น.รวมวันที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 3 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 24 ปี $G_1P_0A_0L_0$ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 4 วันฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล จำนวน 10 ครั้ง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ส่วนสูง 158 เซนติเมตร น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 31.24 กิโลกรัม/เมตร^2 รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 1 มกราคม 2566 เวลา 00.56 น. ให้ประวัติ 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ท้องปั้นแข็งครั้งละน้อยกว่า 2 นาที ไม่สม่ำเสมอ ร่วมกับมีน้ำเดินเวลา 20.00 น. มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท HF 32 cm. FHS 150 ครั้งต่อนาที PV cx 3 cm, 100%

-2, I=4 นาที D =50 วินาที MR ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที เวลา 03.40 น. PV 10 cm. eff. 100% station +1 คลอดปกติตัดฝีเย็บด้านขวา ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 4,050 กรัม Apgar score 9,10,10 มีเลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลิลิตร รกคลอดมีเลือดออกทันที 500 มิลลิลิตร หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี เสียเลือดรวมเป็น 1,000 มิลลิลิตร ตรวจพบปากมดลูกฉีกขาดที่ตำแหน่ง 9 นาฬิกา เย็บซ่อมแซมปากมดลูก คลำมดลูกไม่หดรัดตัว ให้ Cytotec 4 tabs ทางทวารหนัก ช่วยคลึงนวดมดลูก อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ได้รับ Methergin 0.2 mg. IV, Acetar 1,000 ml iv load Retain Foley's catheter ไม่มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น มีอ่อนเพลียเล็กน้อย ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80- 110/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 70-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที Hct stat 25 vol% ให้ PRC 1 U ย้ายไปดูแลที่แผนกหลังคลอดโดยรถนอนพร้อมพยาบาล เวลา 06.00 น.วันที่จำหน่าย วันที่ 3 มกราคม 2566 เวลา 14.00 น.รวมจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล 2 วัน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีผู้ป่วย 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยและการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้คลอดหญิงลาว อายุ 32 ปี $G_2P_1A_0L_1$ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ by ultrasound ไม่ได้ฝากครรภ์ การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น Spontaneous delivery with postpartum hemorrhage with uterine atony 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เจ็บครรภ์คลอดทุก 5 นาที นาน 1นาที มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ถึงห้องคลอด ปากมดลูกเปิด 10 cms. หลังคลอดทารกเพศหญิงน้ำหนัก 3,200 กรัม มีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี เสียเลือดรวม 1,500 มิลลิลิตร ได้ PRC 1 unit จากการวิเคราะห์กรณีศึกษา สรุปได้ว่า เสียเลือดรวม 1,500 มิลลิลิตร ถือว่าเป็นการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) การวิเคราะห์สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยหาสาเหตุตามวิธี 4 T's approach: Tone, Trauma, Tissue, Thrombin" พบว่าผู้ป่วยรายนี้สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดน่าจะเกิดจาก ความผิดปกติของการหดรัดตัวของมดลูก (Tone)	ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 24 ปี $G_1P_0A_0L_0$ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 4 วันฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล จำนวน 10 ครั้ง การวินิจฉัยเบื้องต้น Spontaneous delivery with postpartum hemorrhage with uterine atony with cervical tear 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ท้องปั้นแข็ง ร่วมกับมีน้ำเดิน หลังคลอดทารกเพศหญิงน้ำหนัก 4,050 กรัม มีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ร่วมกับการฉีกขาดของปากมดลูก เสียเลือด 1,000 มิลลิลิตร ได้ PRC 1 unitจากการวิเคราะห์กรณีศึกษา สรุปได้ว่าผู้ป่วยรายนี้ เสียเลือดรวม 1,000 มิลลิลิตร เป็นการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) การวิเคราะห์สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยหาสาเหตุตามวิธี 4 T's approach: Tone, Trauma, Tissue, Thrombin" พบว่าผู้ป่วยรายนี้สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดน่าจะเกิดจากความผิดปกติของการหดรัดตัวของมดลูก (Tone) ร่วมกับการฉีกขาดของปากมดลูก (Trauma)

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. มีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากร่างกายสูญเสียเลือดและ	1. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก หากพบว่ามดลูกหดรัดตัวไม่ดี ควรนวดที่ยอดมดลูกทันที โดยวางมือเหนือหัวเหน่า อีกมือข้างวางที่ยอดมดลูกนวดคลึงที่ยอดมดลูกเบาๆ ด้วยปลายนิ้วจนกว่าจะแข็ง	1.บันทึกสัญญาณชีพ ทุก15นาทีจนกว่าปกติคงที่ภายหลังคลอด จากนั้นบันทึกทุก 1 ชม. เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสียเลือดถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 2. เปิดเส้นเลือดอีกเส้น ด้วย เข็มเบอร์

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
น้ำออกจากร่างกาย	2. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างป้องกันไม่ให้เกิดการ	18 ให้สารน้ำเป็น Acetar 1,000 cc. Load และจองเลือด 2 unit
	ขัดขวางการหดรัดตัว 3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวพร้อมบันทึก ทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง 4. สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอดทั้งก่อนและหลังคลอดรก และประเมินการฉีกขาดของช่องคลอดบริเวณแผลผีเย็บ 5. เปิดเส้นเลือดดำอีกเส้น ด้วย เข็มเบอร์ 18 ให้สารน้ำเป็น Acetar 1,000 cc. Load และจองเลือด 2 unit 6. จัดท่านอนราบและให้ , mask with bag10 lit/min 7. ดูแลให้ได้รับยา Methergin 0.2 mg. ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 8. ดูแลให้ได้รับ oxytocin 20 units ในสารน้ำ5%DN/2 1,000cc. IV. Rate 120cc./hr. 9. ดูแลให้ได้รับยา Cytotec 4 tabs. per rectum 10. ดูแลให้ PRC 1 Unit ตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามอาการแพ้สารประกอบของเลือด เช่น ผื่นคันตามร่างกาย แน่นหน้าอก <u>การประเมินผลการพยาบาล</u> หลังได้รับยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก Oxytocin, Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนักมดลูกหดรัดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ ค่าความเข้มข้นของเลือดภายหลังได้รับเลือดเท่ากับ 30 vol % ชีพจร อยู่ในช่วง 80-100 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต ค่า MAP > 65 mmHg	3. ดูแลให้ได้รับ oxytocin 20 unit ในสารน้ำ 5%DN/2 1,000cc. IV. Rate 120cc./hr. 4. ดูแลให้ได้รับยา Methergin 0.2 mg. ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 5. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ป้องกันไม่ให้เกิดการขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูกสังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอดทั้งก่อนและหลังคลอดรก ประเมินการฉีกขาดของปากมดลูก 6. ดูแลให้ได้รับยา Cytotec 4 tabs. per rectum 7. บันทึกปริมาณน้ำปัสสาวะ ถ้าออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ 8. ดูแลให้ PRC 1 Unit ตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามอาการแพ้สารประกอบของเลือด เช่น ผื่นคันตามร่างกาย แน่นหน้าอก <u>การประเมินผลการพยาบาล</u> หลังได้รับยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก Oxytocin, Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนักมดลูกหดรัดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ ค่าความเข้มข้นของเลือดภายหลังได้รับเลือดเท่ากับ 32 vol % เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ
2. มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีและมีการฉีกขาดของปากมดลูก	1. ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งผ้าซับเลือดทุกชิ้นรีบรายงานแพทย์ พร้อมหาทีมการพยาบาลช่วยเหลือเพิ่มโดยด่วน และจัดให้ทีมคลึงมดลูกตลอดเวลาเวลา พร้อมวางกระเป๋าน้ำแข็งบนหน้าท้อง 2. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและนวดคลึงมดลูกทางหน้าท้องต่อเนื่องจนมดลูกกลมแข็งหลังจากนั้นนวดคลึงทุก15 นาที 3. ดูแลให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา คือ 3.1 Methergin 0.2 mg ทางหลอดเลือดดำครั้งที่ 2 เพิ่ม Oxytocin 10 Unit ใน 5%D/N/2 1000 ซีซี 3.2 Oxytocin 10 Unit ใน Acetar 1,000 ซีซี ต่อจากขวดเดิม 3.3 ให้ Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก 4. ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที พร้อมประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และการเสียเลือดเพื่อประเมินภาวะ Shock เช่น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง เหงื่อออกตัวเย็น	1. ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งผ้าซับเลือดทุกชิ้นรีบรายงานแพทย์ 2. ตรวจการหดรัดตัวของมดลูกและนวดคลึงมดลูกทางหน้าท้องต่อเนื่องจนมดลูกกลมแข็ง นวดคลึงทุก 15 นาที 3. ประเมินการฉีกขาดของปากมดลูก เย็บซ่อมแซม ในจุดที่มีเลือดออก แล้วเย็บซ่อมแซมช่องทางคลอดส่วนอื่น 4. ดูแลให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา คือ 4.1 Methergin 0.2 mg ทางหลอดเลือดดำครั้งที่ 2 เพิ่ม Oxytocin 10 Unitใน 5%D/N/2 800 ซีซี 4.2 Oxytocin 10 Unit ใน Acetar 1,000 ซีซี ต่อจากขวดเดิม 4.3 Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก 5. ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที พร้อมประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และการเสียเลือดเพื่อ 6. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยการสวนคาสายปัสสาวะไว้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	5. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยการสวนคาสายปัสสาวะไว้ 6. ดูแลให้ได้รับ Acetar 1,000 ซีซี ทางหลอดเลือดดำ ที่แขนข้างขวา 7. ตรวจความเข้มข้นของเลือด พร้อมขอเลือดด่วน 2 Unit 8. ดูแลให้ได้รับส่วนประกอบของเลือดทดแทน คือ PRC 1 Unit ตามแผนการรักษาและประเมินอาการผิดปกติหลังให้เลือด 9. ประเมินติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดและค่าการแข็งตัวของเลือดเป็นระยะ การประเมินผลการพยาบาล มดลูกหดรัดตัวแข็งดี ไม่นุ่ม คลำได้ชัดเจน	7. ดูแลให้ได้รับ Acetar 1,000 ซีซี ทางหลอดเลือดดำ ที่แขนอีกข้าง 8. ตรวจความเข้มข้นของเลือด พร้อมขอเลือดด่วน 2 Unit 9. ดูแลให้ได้รับส่วนประกอบของเลือดทดแทน คือ PRC 1 Unit ตามแผนการรักษาและประเมินอาการผิดปกติหลังให้เลือด 10. ให้ออกซิเจนชนิด mask with bag ปริมาณ 10 ลิตรต่อนาที 11. ประเมินติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดและค่าการแข็งตัวของเลือดเป็นระยะ การประเมินผลการพยาบาล มีแผลฉีกขาดของ
	เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืนสัญญาณชีพปกติ ชีพจร 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง	ปากมดลูก เย็บซ่อมแซมไม่มีเลือดออกเพิ่ม มดลูกหดรัดตัวแข็งดี ไม่นุ่มคลำได้ชัดเจน เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 100ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง
3. มารดาวิตกกังวลกลัวอันตรายจากการตกเลือดหลังคลอด	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดด้วยท่าทีเป็นมิตรเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. อธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา 3. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความกลัว วิตกกังวลและเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนคอยปลอบโยนและให้กำลังใจ 4. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้คลอดอธิบายให้มารดาเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคและแผนการรักษาพยาบาล พร้อมกับเปิดโอกาสให้มารดาซักถามปัญหา ข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งให้ความมั่นใจและให้กำลังใจมารดา 5. คอยให้กำลังใจมารดาด้วยการอยู่เป็นเพื่อน และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและเป็นกันเอง 6. อนุญาตให้ญาติและสามีเข้าเยี่ยมได้ในระยะรอคลอดและหลังคลอด 2 ชั่วโมง การประเมินผลการพยาบาล มารดาคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น พูดคุยเป็นกันเอง	1. อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นตลอดจนการรักษาพยาบาลเพื่อให้มารดาหลังคลอดและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 2. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลและรวมถึงการให้เข้ามาเยี่ยมดูอาการมารดา 3. เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของมารดาหลังคลอดและญาติ พร้อมทั้งปลอบโยนและให้กำลังใจ 4. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของมารดาหลังคลอด 5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นมิตรกับมารดาหลังคลอดและญาติ การประเมินผลการพยาบาล มารดามีสีหน้าแจ่มใสขึ้น พูดคุยเป็นกันเอง ไม่สอบถามซ้ำไปมา
4. โอกาสฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ช้ากว่าปกติเนื่องจากสูญเสียเลือดปริมาณมาก	1. ดูแลที่หอผู้ป่วยหนักระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น 2. ให้อมน้ำแข็งระยะแรกและค่อยๆจิบน้ำหวาน และให้อาหารตามแผนการรักษาเมื่ออาการคงที่ 3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ 4. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง 5. ประเมินอาการขาดน้ำเช่น ปากแห้ง ปัสสาวะออกน้อย 6. ดูแลให้นอนพักมากๆลดกิจกรรมที่รบกวนผู้ป่วยให้	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อมารดาหลังคลอดที่เสียเลือดโดยเลือกอาหารที่มีโปรตีน วิตามินเกลือแร่ เหล็ก สูงเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สูญเสียไป 2. สอนให้มารดาหลังคลอดสามารถสังเกตสิ่งผิดปกติ เช่น จำนวน สี ปริมาณ ลักษณะและกลิ่นของเลือดที่ออกทางช่องคลอด การมีไข้ ปวดมดลูก ความสูงของยอดมดลูก และอาการแสดงอื่นๆ ของการตกเลือด

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	น้อยที่สุด การประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดสดชื่น พักผ่อนได้ รับประทานอาหารได้	3. สอนมารดาให้รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและความสะอาดของร่างกายทั่วไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนมากๆและเมื่อกลับบ้านควรได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ การประเมินผลการพยาบาล มารดาคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย เมื่อสอบถามมารดาเข้าใจเหตุผลและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
5. ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก	1. การกระตุ้นให้ทารกได้ดูดนมมารดาทันทีในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด 2. ดูแลช่วยมารดาให้ทารกดูดนม โดยวิธี Skin to skin contact ด้วยเสื้ออุ่นกายใจเสริมสายใยรัก 3. ให้คำแนะนำมารดาในการสร้างความสัมพันธ์กับทารก 4. สนับสนุนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดา สามีและทารก การประเมินผลการพยาบาล มารดาให้ทารกดูดนม พูดคุยประสานสายตากับทารกขณะเย็บแผลฝีเย็บ และหลังคลอด	1. ส่งเสริมให้มารดาเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2. ให้คำแนะนำมารดาเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3. แนะนำท่าอุ้มลูกที่เหมาะสมการนำถูกเข้าเต้าเพื่อให้ดูดนมอย่างถูกวิธี 4. สอนสาธิตและช่วยเหลือมารดาขณะให้นมบุตร 5. ให้กำลังใจ และช่วยเหลือจนมารดาสามารถให้นมบุตรได้อย่างมั่นใจ 6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและ โภชนาการขณะให้นมบุตร การประเมินผลการพยาบาล มารดาอุ้มทารกดูดนม พูดคุยประสานสายตากับทารก

สรุปและอภิปรายผล

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ การค้นหาภาวะเสี่ยงตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมาฝากครรภ์ ขณะเจ็บครรภ์คลอด ขณะคลอด และหลังคลอด การป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงจากการตกเลือด ซึ่งอาจต้องมีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมส่วนที่ไม่สมบูรณ์ให้มีความสมบูรณ์ขึ้น รวมทั้งมีความถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานได้มีแนวทางในการเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้อง เหมาะสม ทันท่วงที และมีแบบแผนที่ดีมีคุณภาพ[6,9]

ผลสำเร็จของการให้การรักษาพยาบาลเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพจากทีมแพทย์และพยาบาลตั้งแต่แรกรับโดยการประเมินสภาพทั่วไป และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด[8] การรายงานแพทย์เพื่อให้มาดูอาการผู้คลอดอย่างรวดเร็ว การเตรียมความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือผู้คลอด เช่น การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยคลอด การเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตมารดาและทารก การเตรียมยาที่จำเป็นไว้พร้อมใช้ รวมทั้งการเตรียมทีมพยาบาลดูแลผู้คลอดหากเกิดภาวะฉุกเฉิน[7]

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติ-ศาสตร์: ภาวะตกเลือดหลังคลอด. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555.
2. เวชระเบียนห้องคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. สรุปรายงานคลอดปีงบประมาณ 2564-2566. กาฬสินธุ์ กลุ่มงานผู้คลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2566.
3. ธีระ ทองสง. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: พีบีบุ๊ค: 2555.

4. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2563). เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564.
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, อัตราส่วนการตายมารดาไทย. (2564) สืบค้นจาก https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2021
6. พิรุฬห์ สิทธิพล. (2020), การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด:กรณีศึกษา. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office, 277-292.
7. Alemu, F. M., Fuchs, M. C., Martin Vitale, T., & Abdalla Mohamed Salih, M. (2019). Severe maternal morbidity (near-miss) and its correlates in the world's newest nation: South
8. Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill
9. .Jensen, S. (2019). *Nursing health assessment: a best practice approach.* Edition 3.Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียมหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา

Nursing care of postoperative patient with open colostomy complicated with sepsis and acute kidney injury: A case study

(Received: March 6,2024 ; Revised: March 8,2024 ; Accepted: March 9,2024)

ศิริวรรณ แป้นน้อย[1]
Siriwan pannoy[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียมหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียมหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 1 ราย ใช้กระบวนการพยาบาล กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มประยุกต์ใช้ในการพยาบาล ตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี มีอาการปวดบิดบริเวณท้องน้อย ปวดตลอดเวลา คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว 5 ครั้ง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลขาดความรู้ในการการปฏิบัติตัวในระยะก่อน-หลังผ่าตัด การดูแลทวารเทียม มีภาวะไตวายเฉียบพลัน หลังผ่าตัดตรวจพบภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด วิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองโดยมีญาติช่วยเป็นแรงเสริม ผู้ป่วยสามารถพ้นจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียมหน้าท้อง, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะ ไตวายเฉียบพลัน

Abstract

This study was case study aimed to study the adaptation of the nursing process for postoperative patients with open colostomy complicated with sepsis and acute kidney injury.

A single case study of a postoperative patient with open colostomy procedure complicated with sepsis and acute kidney injury, treated in the female surgical ward, Banpong hospital, involving a total of one case. Nursing care processes, the Gordons' Health Plan Framework, and Orem's self-care theory were applied in preoperative, postoperative, and discharge planning.

Results : A 69-year-old Thai female patient presented with abdominal colicky pain, nausea, vomiting, and watery diarrhea five times. The patient and family lacked knowledge about pre-and postoperatively and was found to have a sepsis. Anxiety related to body image and healthcare utilization was observed. Nursing care, included with Orem's self-care theory, was used to enable the patient care for herself with the family. The patient recovered form the critical illness, and all problems were resolved before discharge. No complications were observed.

บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าของสังคมและเทคโนโลยีต่าง ๆ ส่งผลให้สภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปโดยเฉพาะสังคมเมือง (urban society) ที่ประชาชนต้องใช้ชีวิตเร่งรีบการบริโภคที่เกินความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกาย

[1] กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง

ที่ลดลง และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษสูง ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน นอกจากนี้ในประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และจะเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 กระทั่งเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (super aged society) ภายในปี พ.ศ. 2578 หรือคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด[6] ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย การใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปของสังคมเมืองและการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงระบบทางเดินอาหาร การขับถ่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังพบการเกิดโรคเกี่ยวกับลำไส้ใหญ่และทวารหนักอื่น ๆ ได้แก่ โรคผนังลำไส้ใหญ่โป่งพองอักเสบหรือกระเปาะลำไส้ใหญ่ โรคติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ และโรคลำไส้ใหญ่อุดตัน ซึ่งการรักษาโรคดังกล่าวนี้ทางเลือกหนึ่งคือการผ่าตัดโดยเฉพาะเมื่อรักษาด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผล และส่วนใหญ่โรคที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความซับซ้อนหลากหลายจากความเสื่อมของร่างกายและโรคประจำตัว

โรคกระเปาะที่ลำไส้ใหญ่ (diverticular disease) คือ โรคที่มีการเกิดกระเปาะหรือถุงโป่ง (เรียกว่า diverticula) ยื่นออกมาทางด้านนอกของผนังลำไส้ โดยอาจมีขนาดต่างๆ ทั้งเล็กและใหญ่ และอาจมีกระเปาะเดียวหรือหลายกระเปาะก็ได้ ภาวะแทรกซ้อนคือทำให้เกิด เกิดฝี (abscess) การอุดตันของลำไส้ใหญ่ ผนังเยื่อบุช่องท้องอักเสบ ลำไส้ทะลุ การติดเชื้อในกระแสโลหิต ทั้งนี้โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจทำให้การรักษาซับซ้อนขึ้นและใช้เวลามากขึ้น ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียม (Colostomy) เพื่อทำการรักษาระบายอุจจาระเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดนี้เป็นวิธีการรักษาที่ดี การผ่าตัดบางชนิดก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนได้[5] อย่างไรก็ตามด้วยวิธีการรักษาดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผลกระทบของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องเท่าที่พบคือ การสูญเสียภาพลักษณ์ และการใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ความกังวลในเรื่องกลิ่นอุจจาระ การแต่งกาย การเดินทาง ภาวะท้องผูก ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ความเหนื่อยล้า วิตกกังวลเกี่ยวกับเสียงผายลม และภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การขับถ่ายการออกกำลังกาย และการใช้ชีวิตในสังคม เป็นต้น

สถิติของโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม จำนวน 13, 19 และ 25 ราย ตามลำดับ[3] จากสถิติดังที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า การผ่าตัดทวารเทียมเป็นการผ่าตัดทางเลือกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ ความชำนาญในการพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนาเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติการดูแลตนเอง และส่งเสริมกำลังใจกับผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การติดเชื้อ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เลือดออกง่าย และภาวะสมองขาดเลือด หากผู้ป่วยได้รับการเตรียมร่างกายและจิตใจก่อนรับการผ่าตัดเป็นอย่างดี ก็จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังหลังผ่าตัดได้ รวมถึงการวางแผนจำหน่ายร่วมกับพยาบาลเฉพาะทางทวารเทียม และติดตามผู้ป่วยกระทั่งกลับมาพบแพทย์ในช่วงระหว่าง 2-4 สัปดาห์ ภายหลังกลับบ้าน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดแรงจูงใจเพื่อเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการประยุกต์กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียมหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน

วิธีการดำเนินงาน

คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียมหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 1 ราย เป็นการศึกษาเพื่อมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาล ลดอัตราการตาย และลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถยอมรับและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรคได้ นำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem 's self care Theory) [9] นำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอน โดยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติร่วมกับการสังเกต โดยวิเคราะห์ข้อมูลในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและการพยาบาล ซึ่งได้ประเมินและวิเคราะห์อาการเพื่อค้นหาปัญหาก่อนวางแผนให้การพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล[8] วางแผนให้การพยาบาลตามปัญหา ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยและประเมินผลหลังให้การพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้าย กระบวนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะวางแผนจำหน่าย [(2,4)] ออกจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษา
เพศและอายุ **ระดับการศึกษา**	เพศหญิง อายุ 69 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ
สถานภาพสมรส **อาชีพ** **สิทธิการรักษา** **ภูมิลำเนา**	คู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ บัตรทองผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
วันที่เข้ารับการรักษา **วันที่จำหน่าย**	30 ตุลาคม 2566 13 พฤศจิกายน 2566
การวินิจฉัยแรกรับ	Diverticulitis with perforate sigmoid colon
การตรวจพิเศษ	CT scan of whole abdomen: Evidence of intraperitoneal free air. Multiple sigmoid diverticula and sigmoid colonic mild wall thickening with suspicion for diverticulitis with extraluminal collection and perforation. Multiple diverticula at descending and transverse colons.
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	Diverticulitis with perforate sigmoid colon with E. coli infections with fluid overload with AKI
การผ่าตัด	- Exploratory laparotomy sigmoidectomy with Hartmann’s procedure (30 ตุลาคม 2566) - suture wound (7 พฤศจิกายน 2566)
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ผู้ป่วยมีอาการปวดบิดบริเวณท้องน้อย ปวดตลอดเวลา คลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้ง ถ่ายเหลว 5 ครั้ง เป็นมา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษา
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	- 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร ปวดบิดท้องสลับท้องอืดเป็นบางครั้ง ท้องผูกสลับท้องเสียและถ่ายมีเลือดปนบางครั้ง น้ำหนักตัวปกติ - 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดบิดบริเวณท้องน้อย ปวดตลอดเวลา อาการปวดไม่ร้าวไปไหน อาการปวดไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารและท่าทาง คลื่นไส้อาเจียน 3 ครั้ง ลักษณะเป็นอาหารที่รับประทานเข้าไป ไม่มีสีเขียวหรือสีแดงปน ถ่ายเหลว 5 ครั้ง ลักษณะเป็นน้ำมากกว่าเนื้อ ไม่มีมูก ไม่มีเลือดปน มีไข้ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไปตรวจรักษาที่คลินิก แพทย์ที่คลินิกให้ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชานคามิลโล หลังจากผู้ป่วยได้รับยารักษาตามอาการ แต่อาการยังไม่ดีขึ้นจึงมารักษาต่อที่โรงพยาบาลบ้านโป่งตามสิทธิ์การรักษา
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคหอบหืด ไม่มียาพ่น และยากินประจำ และโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยา Losartan (50) 1x1 po pc รักษาและรับยาโรงพยาบาลชานคามิลโลและคลินิก กินยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่มีประวัติแพ้สารเคมี และอาหาร
พยาธิสภาพอาการ และอาการแสดง	- 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร ปวดบิดท้องสลับท้องอืดเป็นบางครั้ง ท้องผูกสลับท้องเสียและถ่ายมีเลือดปนบางครั้ง น้ำหนักตัวปกติ - 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดบิดบริเวณท้องน้อย ปวดตลอดเวลา อาการปวดไม่ร้าวไปไหน อาการปวดไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารและท่าทาง คลื่นไส้อาเจียน 3 ครั้ง ลักษณะเป็นอาหารที่รับประทานเข้าไป ไม่มีสีเขียวหรือสีแดงปน ถ่ายเหลว 5 ครั้ง ลักษณะเป็นน้ำมากกว่าเนื้อ ไม่มีมูก ไม่มีเลือดปน มีไข้ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
ปัจจัยเสี่ยง	- ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดผนังลำไส้อักเสบได้ - ผู้ป่วยมีพฤติกรรมชอบรับประทานของทอด เครื่องในวัว

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมการพยาบาล[1,2,4]

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<u>**ระยะก่อนผ่าตัด**</u> **ข้อที่ 1 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว และการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัดและมีทวารเทียมทางหน้าท้อง** **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	1. ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจ 2. ให้ความรู้ อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับภาวะกระเปาะลำไส้ใหญ่อักเสบ การรักษา การพยาบาล เหตุผลการผ่าตัด 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด เช่น การทำความสะอาดร่างกายเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การดมยาสลบ การงดน้ำงดอาหาร การสวนอุจจาระ การควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด สอนสาธิตการบริหารการหายใจ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด[7] 4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม ดูแลและทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัดและทวารเทียม การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด **การประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี
ข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีของเสียคั่งในกระแสเลือด เนื่องจากภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะอัลบูมินต่ำ **วัตถุประสงค์** ของเสียคั่งในกระแสเลือดลดลง และค่าอัลบูมินปกติ	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน[1] 2. ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1000 ml IV load 500 ml then IV drip 120 ml/hr, และหลังผ่าตัดปรับเป็น 0.9% NSS 1000 ml IV drip 60-120 ml/hr และดูแลให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Lasix 20 mg vein เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดมาเลี้ยงไตและขับน้ำส่วนเกินและของเสียในร่างกาย

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมการพยาบาล[1,2,4]

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3. ติดตามผลการตรวจระดับเกลือแร่ในร่างกาย ค่าการทำงานของไต คือ Electrolyte, BUN, Cr เพื่อประเมินการขับของเสีย ความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายหลังได้รับยาขับปัสสาวะ 4. ติดตามหรือตรวจและบนั ทึกการเต้นของหัวใจ ส่ง Chest x-ray ฟังเสียงปอด เนื่องจากมีน้ำคั่งค้างในร่างกายมาก อาจจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอดได้[1] 5. ภาวะอัลบูมินต่ำจากการได้รับสารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย ดูแลจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้ผู้ป่วยรับประทาน 6. สังเกตและบันทึกอาการแสดงของภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือด เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาการสับสน คลื่นไส้อาเจียน[1] **การประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้ตัวดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่เหนื่อย ไม่บวม ปัสสาวะออกดี มีความสมดุลทั้งน้ำเข้าและออก ติดตามผลการตรวจหลังได้รับการรักษาและพยาบาล eGFR 31 ml/min/1.73m^2, BUN 28 mg/dl, Cr 1.81 mg/dl ระดับเกลือแร่ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานอาหารได้
ข้อที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก	1. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ 0.9% NSS 1000 ml IV drip 60 ml/hr ตามแผนการรักษา 2. ดูแลให้ O_2 canula 3-5 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา สังเกตอาการเหนื่อยหอบเขียวหรือซีดปลายมือปลายเท้า ซึมลงสับสน[1] 4. ติดตาม WBC Neutrophil ติดตามผลเพาะเชื้อ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อทราบและแก้ไข[1] 6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ ได้รับ Meropenem 1 gm IV q 8 hr ร่วมกับ Metronidazole 500 mg IV q 8 hr และ off Meropenem เปลี่ยนเป็น Ciprofloxacin 400 mg
	IV q 12 hr สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น ผื่นคันขึ้นตามตัว ท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน 7. ดูแลบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกเป็นซีซีต่อชั่วโมงและรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr. ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง 8. ประเมินการไหลเวียนเลือด โดยสังเกตและบันทึกสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว O_2 sat ทุก 2-4 ชั่วโมง และรีบรายงานแพทย์เมื่อมีอาการ เช่น ซึมลง สับสน SBP< 90 mmHg, MAP< 65 mmHg, ปัสสาวะ< 0.5 cc/kg/hr การหายใจ>30 ครั้ง/นาที ตัวลาย ปลายมือปลายเท้าเย็น Capillary refill time >2 วินาที[1] 9. ประเมิน SOS score อย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยและการเกิดกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome: MODS) [1] 10. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ **การประเมินผลการพยาบาล** หลังจากได้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยรู้ตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้พอสมควร ไม่มีภาวะช็อค สัญญาณชีพอยู่ในช่วง อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 72-90 ครั้งจต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 -142/72 มิลลิเมตรปรอท, CBC พบ WBC 25,190 cells/cu.mm ผล Hemoculture 3,5 day no growth, Urine output > 30 cc./hr.
ข้อที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด **วัตถุประสงค์** เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด	1. จัดให้ผู้ป่วยนอน Fowler's position เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน และลดอาการเจ็บตึงแผลผ่าตัด 2. ประเมินอาการประเมินระดับของอาการปวดแผลด้วยการสอบถาม สังเกตพฤติกรรม เพื่อประเมินประกอบการพิจารณาเลือกวิธีบรรเทาความเจ็บปวด

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมการพยาบาล[1,2,4]

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3. ประเมินภาวะเครียดด้านจิตใจและการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และเครียดมาก จะเกิดความเจ็บปวดมากตามวงจรความกลัวความตึงเครียด และความเจ็บปวด 4. ดูแลความสะอาดร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ
	5. ดูแลให้ได้รับยา Morphine 4 mg IV prn q 6 hr และ Tramol 50 mg IV prn q 6 hr เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินภาวะแทรกซ้อนจากยา **การประเมินผลการพยาบาล** หลังจากฉีดยาอาการปวดแผลผ่าตัดทุเลาลง Pain score 1-2 คะแนน ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้
ข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและแผลต่อสายระบายเลือด **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยปลอดจากการติดเชื้อ	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น ไข้ บวมแดงรอบ ๆ แผล และมีสารคัดหลั่งซึมจากแผล[2,4] 2. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียและลดการอักเสบ 3. ดูแลทำแผลผ่าตัดแบบ dry dressing โดยใช้หลัก aseptic technique [2,4] 4. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล 5. ดูแลวางสายระบายไม่ให้หักพับงอ ไม่ดึงรั้ง ประเมินการทำงานของสายระบายให้เป็นสุญญากาศตลอดเวลา ตรวจสอบและบันทึกปริมาณของสารคัดหลั่งอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง [2,4] **การประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและแผลต่อสายระบายเลือดไม่พบการติดเชื้อ รอบแผลไม่บวมแดง สามารถถอดสายระบายเลือดออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้องได้ สัญญาณชีพปกติ
ข้อที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัด **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัด	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินความผิดปกติ 2. ประเมินภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัด ตรวจแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมออกมาหรือไม่ สังเกตบันทึกปริมาณของเลือดที่ออกมาตามสายระบายต่างๆ รายงานแพทย์เมื่อ content เพิ่มขึ้น ≥ 400 ml/hr ใน 1 ชั่วโมง, content เพิ่มขึ้น ≥ 200 ml/hr เป็นเวลา 2 ชั่วโมง, content เพิ่มขึ้น ≥ 100 ml/hr เป็นเวลา 4 ชั่วโมง[2,4] 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อชดเชยการเสียเลือดหลังการผ่าตัด 4. หากมีเลือด/สารคัดหลั่งเต็มขวด หรือขวด Jackson drain ไม่เป็นสุญญากาศ (ไม่ทำงาน) ให้ดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายคาท่อชนิด Jackson drain[2,4]
	การประเมินผลการพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่ให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกที่แผลผ่าตัด 1-2 วันแรกหลังการผ่าตัด มีเลือดซึมติดก๊อซที่แผลผ่าตัดหน้าท้องเล็กน้อย หลังจากนั้นแผลแห้งดี ไม่มีเลือดซึม สามารถถอดสายระบาย Jackson drain ได้
ข้อที่ 7 มีภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมเนื่องจากแพ้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย **วัตถุประสงค์**	1. สอนสาธิต การดูแลรักษาผิวหนังรอบทวารเทียมที่มีผื่นแดงด้วยการทำความสะอาดด้วยสำลีฆ่าเชื้อโรคชุบน้ำเกลือ ซับให้แห้ง วัดขนาดของทวารเทียมโดยขนาดวงของรูเปิดใหญ่กว่าขนาดทวารเทียมประมาณ 2 มิลลิเมตร แล้วจึงนำไปเป็นแบบวาดลงบนแป้นด้านหลัง ตัดขนาดวงของทวารเทียมตามแบบที่วาดใช้ผงดูดซับ ความชื้น skin barrier power โรยบาง ๆ บนผื่นแดง ลูบผงแป้งออกเบา ๆ ด้วยสำลีให้เหลือผงแป้งบาง ๆ ทา Stomahesive® Paste ที่รอบทวารเทียมทับผงแป้ง เป่าลมให้แห้ง นำแป้นไปครอบทวารเทียม โดยลอกกระดาษกาวด้านหลังออก ลูบเบา ๆ ให้แป้นปิดแนบกับผิวหนัง[2,4] 2. ทบทวนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทวารเทียม และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ **การประเมินผลการพยาบาล**

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมการพยาบาล[1,2,4]

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	หลังจากได้รับคำแนะนำ และการดูแลความสะอาดผื่นรอบทวารเทียม ผิวหนังรอบทวารเทียมสะอาด ไม่มีผื่นแดง
ข้อที่ 8 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการคอแห้งเจ็บคอภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ **วัตถุประสงค์** เพื่อช่วยบรรเทาอาการเจ็บคอและคอแห้ง	1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของอาการเจ็บคอ คอแห้ง และมีเสมหะว่า อาการจะหายไปได้เองภายใน 2-3 วัน 2. ถ้ายังรับประทานไม่ได้ให้ป้วนปากบ่อย ๆ เพื่อคอจะได้ชุ่มชื่น 3. แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่น **การประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้ตัวดี อาการเจ็บคอหลังการใส่ท่อช่วยหายใจลดลง
ข้อที่ 9 สูญเสียภาพลักษณ์ทำให้ปฏิเสธการดูแลตนเอง **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป และมีทัศนคติ	1. พูดคุย ซักถาม และสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเมื่อกล่าวถึงทวารเทียม 2. แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับทวารเทียมของตนเอง โดยใช้ถ้อยคำที่นุ่มนวล กระตุ้นให้เริ่มมองและสัมผัสด้วยมือ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม ขณะให้การพยาบาลต้องระวังการแสดงออก
ที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย	ถึงความรังเกียจ และให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ[2,4] 3. สังเกตการแสดงออกของญาติต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้กาลังใจ และเสริมสร้างความมั่นใจ 4. ยกย่อง ชมเชย เมื่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
ข้อที่ 10 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย **วัตถุประสงค์** ลดภาวะเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และญาติ โดยการพูดคุยรับฟังปัญหาอย่างสนใจและตั้งใจเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงแนวทางการรักษาด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายให้ทราบถึงเหตุผลในการรักษา การดำเนินของโรคและแผนการรักษาพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ความสำคัญของการเข้ารับการผ่าตัด 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติได้ซักถาม ประเมินความรู้ความเข้าใจโดยการสอบถาม **การประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติพูดคุยด้วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ยินยอมเข้ารับการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ และคลายความวิตกกังวลลง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้รับการผ่าตัดทวารเทียมเป็นการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ ความชำนาญในการพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย[1,3,4] โดยการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะช็อก และการดูแลทางด้านจิตใจ การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด เตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อกลับเข้าสู่สังคม การได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจะสามารถสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีได้ ดังเช่นกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยมีภาวะของโรคที่รุนแรงมีกระเปาะลำไส้ใหญ่อักเสบจนเกิดภาวะมีลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยก์แตกทะลุ มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อในช่องท้อง เกิดไตวายเฉียบพลัน ซึ่งต้องได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องและทำทวารเทียมทางหน้าท้อง เสี่ยงต่อเกิดช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งอาจส่งผลกระทบถึงชีวิตด้วย และเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแผลหน้าท้องขนาดใหญ่ ใส่สายระบายสิ่งคัดหลั่ง เพื่อระบายสิ่งคัดหลั่งในช่องท้องและเลือด ต้องเฝ้าระวังภาวการณ์ติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด และดูแลบาดแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ การ

เตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเมื่อภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปจากการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความสามารถในการนำกระบวนการพยาบาลแนวคิดทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม[8,9]

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวทางหรือคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม (Colostomy) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถนำกลับไปศึกษาต่อเมื่ออยู่ที่บ้านได้ เช่น จัดทำแผ่นพับ ใบความรู้ หรือคู่มือแจกให้ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

2. ควรจัดทำแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อภายในช่องท้องและต้องได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องและทำทวารเทียมทางหน้าท้องร่วมแบบสหสาขาวิชาชีพ เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองการให้บริการตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านให้เกิดความครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1.ดารณี มิตรสุภาพ. การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2563;23(2):136-147.

2.บุศราชัยทัศน์. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2559;9(1): 19-33.

3.เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบ้านโป่ง. รายงานสถิติประจำปี 2564-2566. ราชบุรี: โรงพยาบาลบ้านโป่ง; 2566.

4.วันดี สำราญราษฎร์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า 2561;1(2):96-111.

5.สุภกิจ ชมวิลัย. เอกสารคำสอนวิชาทฤษฎีวิทยาการบาดเจ็บและภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์ เรื่อง colo-anal emergency (อินเตอร์เน็ต). 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก URL: https://www.colorectalchula.com/wp-content/uploads/2017/07/ColoanalEmergency.pdf

6.อนันต์ อนันตกูล. สังคมสูงวัย...ความท้าทาย ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักธรรมศาสตร์ และการเมือง ราชบัณฑิตยสภา; 2560.

7.อัจฉรา สุทธาวาส. โรคถุงผนังลำไส้ใหญ่ที่พบจากการตรวจพิเศษทางรังสีลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วารสารแพทย์เขต 4-5 2562;38(1):73-81.

8.อุษณีย์ หลิมกุล. คู่มือการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล. กรงุเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาลวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล; 2561.

9.อรนันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์; 2565.

การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a model rehabilitation care for mid-term patients (Intermediate Care) Ubonratchathani Province.

(Received: March 9,2024 ; Revised: March 12,2024 ; Accepted: March 13,2024)

ปภัสพร พันธ์จูม[1]
Phapatporn Phanchum[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพและทดลองใช้รูปแบบการพัฒนา และเพื่อประเมินผลรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการระหว่าง พฤศจิกายน 2566 – มกราคม 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ แบบสอบถามรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง และแบบรายงานการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังอบรมฯ ใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากคิดเป็น $\bar{x}$ = 4.02 ,SD = 0.547 ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยภายหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และบุคลากรสหวิชาชีพ มีความคิดเห็นว่าคู่มือการจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี สามารถนำไปใช้ได้ ง่ายอยู่ในระดับมาก และมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

Abstract

This research is research and development. The objective is to study the context and situation. To develop a model for rehabilitation care and experiment with the development model. and to evaluate the model of rehabilitation care for patients in the medium term. (Intermediate Care) Ubonratchathani Province Conducted between November 2023 - January 2024, selection of specific sample groups. There are 70 people. Collect quantitative data using Medium-term rehabilitation care model questionnaire and patient care report form. Data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation Compare knowledge test results before and after the training using Paired t-test statistics at a significance level of 0.05. Content analysis was used for qualitative data.

The results of the study the average level of overall satisfaction was at a high level, calculated as $\bar{x}$ = 4.02, SD = 0.547. Satisfaction of patient care practitioners after using the model was significantly higher than before developing the model ($p < .001$), and multidisciplinary personnel were Opinion that the manual for organizing rehabilitation care services for medium-term patients of hospitals in Ubon ratchathani Province Can be used Easy at a high level and there is a high level of possibility of its use in practice.

Keywords: Medium-term rehabilitation care for patients

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ก็ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรชีวิตประจำวัน ที่ต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน ผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องได้รับการบริบาล

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ฟื้นสภาพระยะกลาง พบว่ามีจำนวนได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพทันเวลาภายใต้การดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ[1] เริ่มดำเนินการดูแลใน 4 กลุ่มโรคได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคที่ได้รับบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง (Spinal cord injury)โรคบาดเจ็บที่สมอง(Traumatic brain injury) และ กลุ่มผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบจำนวน 3,420 , 2782, 2574 ราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานเฉลี่ยรายละ 2-3 เดือน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 175,000 บาทต่อราย งบประมาณดูแลปีละไม่ต่ำกว่า 5,000 ล้านบาท[2]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ของโรงพยาบาล 26 แห่งในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนารูปแบบบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care) ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ตลอดจนผลการพัฒนารูปแบบข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและปัญหาอุปสรรคเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาใน ปี 2567 และปีถัดไป โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development research) และนำแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ(Systems Theory) ของ Donabedian มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา เพื่อที่จะนำผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานในปีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์เกี่ยวกับการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีและทดลองใช้รูปแบบการพัฒนา
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development research) ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory) และประยุกต์ใช้การศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรที่ศึกษา

ได้แก่ ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 คน ผู้รับผิดชอบงานการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 26 คน ผู้ป่วยระยะกลางหรือญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยใน 4 กลุ่มโรคและผู้ดูแลของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ พฤศจิกายน 2566 – 31 มกราคม 2567 จำนวน 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ การประชุมร่วมกันระดมสมอง ของบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้รูปแบบการบริบาลผู้ป่วยระยะกลางเพื่อศึกษาเกี่ยวกับนโยบายและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มีการทบทวนวรรณกรรมและนำมาสร้างรูปแบบการบริบาลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย 40 คน

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริบาลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

1.แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะกลางระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 – 31 มกราคม 2567

2. แบบสอบถามรูปแบบการบริบาลผู้ป่วยระยะกลางและประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยสอบถามผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 26 คน

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับนโยบาย โครงการในการพัฒนาระบบบริการการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

4. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการให้บริการการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

5.การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ไปใช้กับประชากรที่ศึกษาผู้เข้าร่วมวิจัย 31 คน และผู้ป่วยระยะกลางในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นประกอบด้วย แบบสอบถามเพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง สำหรับผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะกลางและผู้ประสานงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินงานการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง แนวนโยบาย ต่อการปฏิบัติและความพึงพอใจต่อการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยระยะกลางหรือญาติผู้ดูแล โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และแบบสอบถามตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 0.83 0.82 และ 0.81 ตามลำดับ ใช้วิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของระบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางวิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) รายงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (Health data center) และรายงานประจำเดือน

2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ ยกร่างเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนแนวทางที่ยกร่างอีกครั้ง

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดอุบลราชธานี มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

2.การสร้างรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

3.การตรวจสอบคุณภาพการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

4.การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ไปใช้กับประชากรที่ศึกษา

5. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการทำแบบสอบถามในขั้นตอนที่ 2 มาสรุปวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

6. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง 1 คน มีข้อเสนอแนะในประเด็น การประเมินปัญหาผู้ป่วยหรือความต้องการการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย การวางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย การประสานการดูแลผู้ป่วยโดยสหสาขาวิชาชีพ ความแตกต่างของโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย คือความเพียงพอของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่โรงพยาบาลแม่ข่ายมีมากกว่าทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม การดำเนินงานเพื่อดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย การบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยได้แก้ไขรูปแบบโดยนำ Clinical practice guideline ,Flow chart การดูแลผู้ป่วย แบบประเมินอาการผู้ป่วย (ADL) มาใช้

7. นำรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ฉบับสมบูรณ์หาความเหมาะสม ความเป็นไปได้และประโยชน์ต่อผู้มารับบริการ ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า รูปแบบการจัดการตนเองที่ยกร่างขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการร้อยละ 100

8.นำรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ระยะที่ 3 การนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 4 การปรับปรุงพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 5 ประเมินผลรูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยระยะกลางและความพึงพอใจโดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Pair T–test

ผลการศึกษา

1.สภาพการณ์ของการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุสูงสุด 59 ปี ต่ำสุด 26 ปี เฉลี่ย 38.28 พบว่ามีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาล มากที่สุด 5 - 10 ปี ร้อยละ 32.5 รองลงมา >15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.5, 11 - 15 ปี ร้อยละ 27.5 น้อยที่สุดคือ น้อยกว่า5 ปี ร้อยละ 12.5 จบเฉพาะทาง 4 เดือน สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ (IMC Nurse) ร้อยละ 10 อบรมระยะสั้น 3 – 5 วัน ร้อยละ 30 ไม่ผ่านการอบรมเลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากรายงานการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) เขตสุขภาพที่ 9 ร้อยละ 60 มีประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะกลางมากที่สุด 11 ปี ร้อยละ 5 ไม่มีประสบการณ์เลย ร้อยละ 15 ลักษณะงานที่รับผิดชอบ เป็นคณะกรรมการservice plan ร้อยละ10 ผู้รับผิดชอบงานระดับโรงพยาบาลร้อยละ 25 ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร้อยละ 65 ได้รับผู้ป่วยเพื่อดูแลจากรับส่งกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ17.5 โรงพยาบาลแม่ข่าย ร้อยละ 55 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 5 รพ.สต.ร้อยละ 7. 5 ผู้ป่วยมาเอง(ญาติ ผู้ดูแล นำส่ง) ร้อยละ 15 สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถจังหวัดร้อยเอ็ด

2.สภาพการณ์ของการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ป่วยหรือ

ผู้ดูแลจำนวน 30 คน เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 18.8 เพศหญิง ร้อยละ 81.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 33 – 36 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.6 รองลงมาคือ อายุ 36 – 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.1 และ อายุมากกว่า 56ปี คิดเป็นร้อยละ 6.3 ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 35 ปี สถานภาพครอบครัว ส่วนใหญ่โสด คิดเป็นร้อยละ 62.5 จำนวนบุคคลที่อยู่อาศัยในบ้านเดียวกันส่วนใหญ่ จำนวน 1-2 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 รองลงมาจำนวน 3-4 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3 และน้อยที่สุดจำนวน 5 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25 จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ส่วนใหญ่ไม่มีบุตรคิดเป็นร้อยละ 75 น้อยที่สุดมีบุตรที่มีชีวิตอยู่จำนวน 1 -2 คนคิดเป็นร้อยละ 12.5 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สภาพการพักอาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ญาติพี่น้องคิดเป็นร้อยละ 68.8 รองลงมาแยกอยู่ตามลำพัง คิดเป็นร้อยละ 25 น้อยที่สุดคือไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งคิดเป็นร้อยละ 6.2 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 81.3 น้อยที่สุดระดับประถมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 12.5 มีความสามารถในการอ่านเขียน สามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบอาชีพส่วนใหญ่ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 87.5 รองลงมาประกอบอาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 6.3 ใช้สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าคิดเป็นร้อยละ 87.5 รองลงมาสิทธิจ่ายตรง คิดเป็นร้อยละ 6.3

ผลด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต่อการให้บริการตามการพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีความพึงพอใจต่อการให้บริการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี ในภาพรวมพบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก แยกเป็นรายด้านความสะดวกรวดเร็วในการรับการตรวจร่างกายในระดับดี ($\bar{X}$ =3.93) ด้านความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการพยาบาลในระดับดี ($\bar{X}$ =3.87) ด้านความสะดวกรวดเร็วในการทำกายภาพบำบัดในระดับดี ($\bar{X}$ =3.75) ด้านความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น เอกซเรย์,ทำหัตถการต่างๆ ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.75) ด้านความสะดวกรวดเร็วในได้รับยาในระดับดี ($\bar{X}$ =3.81) ด้านความสะดวกรวดเร็วในการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น(กรณีได้รับการวินิจฉัยส่งต่อในระดับดี ($\bar{X}$ =3.85) ด้านความสุภาพอ่อนโยนกิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.18) ด้านความเอาใจใส่กระตือรือร้นในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.25) ด้านความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ เช่น การประเมินสมรรถภาพในระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.18) ด้านการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยในระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.12) ด้านการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาในระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.12) ด้านความสะอาดของสถานที่ให้บริการตรวจรักษาในระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.18) ด้านความเพียงพอของเครื่องมือเครื่องใช้ในการตรวจรักษาในระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.06) การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และแผนการรักษาในระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.12) และการให้บริการอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนที่เหมาะสม ไม่ยุ่งยากในระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.06)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ	n	$\bar{x}$	SD	95%CI	P-value
ก่อนระบวนการพัฒนา	30	4.02	0.65	-0.21 – 0.17	0.83
หลังระบวนการพัฒนา	30	4.04	0.60		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < 0.05

พบว่าก่อนและหลังกระบวนการพัฒนาค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% CI : -0.013 - -0.004 (P-value < 0.05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ	n	$\bar{x}$	SD	95%CI	P-value
ก่อนระบวนการพัฒนา	40	3.92	0.52	-0.046 – -0.017	0.00*
หลังระบวนการพัฒนา	40	3.95	0.49		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < 0.05

พบว่าก่อนและหลังกระบวนการพัฒนาค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% CI : -0.046 – -0.017 (P-value < 0.05)

ระยะการประเมินผลการพัฒนา พบว่า

ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยระยะกลางได้รับการดูแลทั้งหมด 635 คน อาการดีขึ้นแต่ยังคงต้องดูแลต่อเนื่อง(BI =11-19) 144 คน ร้อยละ 22.68 อาการแย่ลง (BI <11) ร้อยละ 20.47 ได้รับการดูแลในชุมชน ร้อยละ 100 และผู้ป่วยได้รับการฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือค่า BI = 20 ร้อยละ56.85 ย้ายที่อยู่ ร้อยละ 10.18 ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care : IMC) หลังการพัฒนา

อำเภอ	Total case	Improve (BI=20)	Complication (BI=11-19)	BI<11	ย้ายที่อยู่
อ.เมือง	40	33	2	5	5
อ.ม่วงสามสิบ	40	23	8	9	4
อ.เขื่องใน	61	23	17	21	11
อ.ดอนมดแดง	9	5	3	1	1
อ.ตาลสุม	5	2	2	1	2
อ.เหล่าเสือโก้ก	3	1	2	0	0
อ.ตระการพืชผล	41	31	6	4	6
อ.เขมราฐ	13	1	2	10	4
อ.นาตาล	4	1	2	1	0
อ.โพธิ์ไทร	2	0	1	1	1
อ.กุดข้าวปุ้น	3	0	2	1	0
อ.ศรีเมืองใหม่	7	1	4	2	0
อ.วารินชำราบ	46	17	15	14	14
อ.พิบูลมังสาหาร	45	29	10	6	4

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care : IMC) หลังการพัฒนา

อำเภอ	Total case	Improve (BI=20)	Complication (BI=11-19)	BI<11	ย้ายที่อยู่
อ.โขงเจียม	3	0	2	1	0
อ.สิรินธร	12	10	2	0	0
อ.สำโรง	7	4	1	2	2
อ.สว่างวีระวงศ์	11	4	6	1	1
อ.นาเยีย	10	6	3	1	0
อ.เดชอุดม	150	98	27	25	0
อ.ทุ่งศรีอุดม	23	16	5	2	1
อ.น้ำยืน	20	7	7	6	5
อ.น้ำขุ่น	17	5	8	4	1
อ.นาจะหลวย	21	11	5	5	5
อ.บุณฑริก	42	33	2	7	5
รวม	635	361	144	130	72

ภายหลังที่โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้นำคู่มือการบริบาลผู้ป่วยระยะกลางไปใช้ พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การจัดบริการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate ward) มี 2 แห่ง จากจำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 พบว่ามีการจัดเตียงเพื่อดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย พยาบาลผ่านเกณฑ์การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กรอบแบบคิดทฤษฎีระบบ (System theory)และประยุกต์ใช้ในการศึกษา

หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบ โดยนำองค์ประกอบหลัก คือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process)และผลลัพธ์(Outcome) มาพิจารณา ให้มีรูปแบบที่ชัดเจนโดยเกิดจากการระดมสมองของบุคลากรทีมสุขภาพทั้งเครือข่ายงานการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตเข้าสู่ระยะกลางตามเกณฑ์ มีอัตราการการได้รับการบริบาล ร้อยละ 86.10

ผลการศึกษาพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของวีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์และคณะ[3]ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งพบว่าการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดมีนโยบายในการสนับสนุนให้มีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ หรือระบบข้อมูลข่าวสาร มีการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน สนับสนุนให้มีการจัดเตรียมสถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ รวมไปถึงการพัฒนาระบบให้เข้าถึงง่าย สะดวกรวดเร็วทันเวลา

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามระยะหรือวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการสร้างรูปแบบการพัฒนารูปแบบบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดอุบลราชธานี มีขั้นตอนการฟื้นสภาพระยะกลางในระยะแรก มุ่งเน้น 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic brain injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) ในปี 2566 ได้เพิ่มเป็น 4 โรคได้แก่ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก(Hip fracture) โดยใช้แนวทางการดูแลดังนี้ เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการผ่านพ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่ แต่ยังมีอาการผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรคนี้รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments (ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem) มีการจัดบริการการดูแลบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง 3 แบบได้แก่ แบบผู้ป่วยนอก แบบในโรงพยาบาลและในชุมชนเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แล้วนัดไปทำกายภาพบำบัด ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแบบผู้ป่วยนอก และแบบมีนักกายภาพบำบัด และทีมสหสาขาวิชาชีพไปฟื้นฟูที่บ้าน ในจังหวัดอุบลราชธานี ทุกโรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลชุมชนระดับเดียวกัน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นโรงพยาบาลต้นทางไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้านของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ที่ศึกษา วางระบบการพัฒนางาน การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู(Subacute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำ เนินงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการส่งผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Smart Refer Thai COC PT soft และแจ้งผ่านกลุ่มไลน์ และผู้ป่วยมาเองโดยญาติหรือผู้ดูแลนำส่ง เพื่อให้ผู้ป่วยในระยะ Golden period ได้รับการฟื้นฟูสภาพโรงพยาบาลทั้ง 26 แห่งในจังหวัดอุบลราชธานี เปิดให้บริการ Intermediate care โดยเปิดให้บริการ Intermediate ward ซึ่งผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลเขื่องใน เปิดให้บริการ Intermediate bed ซึ่งผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) จำนวน 24 แห่งจากทั้งหมด 26 แห่ง มีทีมสหสาขา

วิชาชีพได้แก่แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร นักกิจกรรรมบำบัด (มีเฉพาะในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิรา ลงกรณ) และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ได้แก่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โรงพยาบาลวารินชำราบ และโรงพยาบาลตระการพืชผล) มีบุคลากรเฉพาะทางพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองในการดูแลผู้ป่วยบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า บุคลากรทุกวิชาชีพไม่เพียงพอต่อการให้บริการ โดยพบว่าแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู มีเฉพาะที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ควรมีในโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป นักกายภาพบำบัด มีจำนวนบุคลากร ร้อยละ 61.0 ของ FTE ควรมีในโรงพยาบาลระดับ S อย่างน้อยจำนวน 2 คน แต่ในจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน 5 โรงพยาบาล ที่มีนักกายภาพบำบัด 1 คน (นาตาล, เหล่าเสือโก้ก, นาเยีย,สว่างวีระวงศ์ และดอนมดแดง) ส่วนนักกิจกรรมบำบัดมีเฉพาะที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์,โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวชิราลงกรณ และควรมีทุกโรงพยาบาลระดับ A ขึ้นไป นักวจีบำบัดมี 2 คนมีเฉพาะที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และพยาบาลที่จบหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ มีไม่ครบทุกโรงพยาบาล จัดให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตร 4 เดือน ในโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการ Intermediate care ward / bed[5] ก่อนดำเนินงานโรงพยาบาลมีการประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบงานและผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจขั้นตอนและการดำเนินงาน มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละระดับในการดำเนินการโดยมีการประสานงานในด้านต่าง ๆร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน และนำ Flow chart การดูแลผู้ป่วยมาใช้[4]การมีแพทย์เฉพาะทางโรคทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉพาะในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ยังไม่มีในโรงพยาบาลแม่ข่าย 4 แห่งได้แก่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษาฯ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โรงพยาบาลวารินชำราบ และโรงพยาบาลตระการพืชผล ในโรงพยาบาลแม่ข่ายมีวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในดูแลผู้ป่วยระยะกลางเพียงพอแต่ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กบางแห่งยังมีไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย ทุกโรงพยาบาลมีค้นหาผู้ป่วยในชุมชนและรับส่งต่อผู้ป่วยกลับเพื่อดูแลจากโรงพยาบาลนอกจากนั้นยังมีการผลิตสื่อการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้สำหรับประชาชน มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดมาตรฐานให้มีความเชื่อมโยงทั้งเครือข่าย[6]ได้แก่ โปรแกรม smart refer โปรแกรม PT soft Line กลุ่ม Intermediate Care รายงานประจำเดือนการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติกิจกรรมแก่ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี และมีการกำกับติดตามโดยการนิเทศงานการดำเนินงานโดยผู้ประสานงานระดับจังหวัด ระหว่างโรงพยาบาลและภายในโรงพยาบาลไปยังเครือข่าย ในการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง มีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างครบถ้วน ได้สอบถาม ประเมินความต้องการของผู้ป่วย ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างครบถ้วน สอนและแนะนำผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นชี้แจงผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสาเหตุและกลไกการเกิดความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ตลอดจนวิธีการในการดูแลตนเองและให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาและกลวิธีในการดูแลตนเอง แก่ผู้ป่วยและญาติ มีการประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องออกเยี่ยมบ้านให้การรักษาฟื้นฟูตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน ในผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนหรือไม่มีอาการรุนแรง BI < 15 เมื่อผู้ป่วยระดับความรุนแรง ระดับ 1,2,3 มีการประสานระบบฉุกเฉิน 1669 (EMS) หรือรถนำส่งรับผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาล และจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาทุกโรงพยาบาลมีระบบติดตามหลังจำหน่ายตลอด 6 เดือน หรือหลังจาก BI

=20 มีการเชื่องโยงการดูแลต่อเนื่องร่วมกับชุมชน เครือข่ายท้องถิ่น มีการบูรณาการทีมสหวิชาชีพร่วมกับ Long term care และ service plan อื่นๆ[7]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ด้านการบริการ

1.บุคลากรทีมบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล เช่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นแนวในการปฏิบัติในแนวทางเดียวกันและต่อเนื่อง

2.พัฒนาสื่อความรู้โดยผ่านสื่อออนไลน์เพื่อให้เหมาะสม มีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย

3.ควรมีการขับเคลื่อนของทีมสหวิชาชีพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกัน โดยเริ่มจากความต้องการของชุมชน หาแนวทาง/กิจกรรมที่ทำให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมและเกิดความรู้สึกเป็นญาติพี่น้องกับผู้ป่วย และมีการค้นหาผู้ป่วยใหม่ในชุมชนร่วมกัน ตลอดจนแนะนำแหล่งสนับสนุนงบประมาณในการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านวิชาการ และการศึกษาครั้งต่อไป

1.ควรมีการพัฒนา ปรับปรุงคู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

2.ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

3.กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมความก้าวหน้าให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยพัฒนาด้านองค์ความรู้ ในการศึกษาต่อเนื่องในหลักสูตรเฉพาะทางของแต่ละสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยในเปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกทั้งที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมในชุมชน เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย ความคุ้มค่าในการบริหารจัดการงบประมาณที่เหมาะสมส่งผลประโยชน์กับผู้ป่วยและหน่วยบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ บุคลากรทีมสุขภาพงานบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีที่ร่วมมือในการวิจัย ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู(Subacute Rehabilitation)พศ.2558-2559,การพัฒนางาน การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู(Subacute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. 2559,สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย: กรุงเทพฯ.
2. จามจุรีย์ เลิศจันทร และคณะ. (2564). โครงการพัฒนาระบบบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่ Development of Intermediate Care system for post-acute patients, Chiang Mai province ISBN: 978-616-398-538-5 ,บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด โทรศัพท์ 0 5321 6962
3. วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์.และคณะ (2565) . การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care :IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด
4. นงณภัทร รุ่งเนย และคณะ (2564). ได้ศึกษาความสำเร็จของการดำ เนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลาง วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2564 หน้า 81 – 101https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5338/hsri-journal-v15n1-p81-101.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. จเร วิชาไทย และคณะ (2552). การจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ. 2009, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.): นนทบุรี

6. นพรดา สุประภารัชต์ (2562) การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของพหุภาคี อำเภอเข้าค้อ ปี 2562
7. แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดพิมพ์โดย กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่1 สิงหาคม 2562 จำนวน 3,500 เล่ม พิมพ์ที่ บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด
8. สถาบันประสาทวิทยา, แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3,ed. พ. 1. 2559, กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

การตรวจสอบคุณภาพทางจุลินทรีย์และเอกลักษณ์ทางเคมีของเครื่องดื่มนมกระชาย

The Determination of Microbial and Chemical Identity Quality of Fingerroot Soy Milk

(Received: January 18,2024 ; Revised: February 25,2024 ; Accepted: February 27,2024)

ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์[1] วนิษา ปันฟ้า[1] ดวงนภา แดนบุญจันทร์[1] สุวศิน พลนรัตน์[1] นวรัตน์ วิริยะเขษม[2]
Siwapong Tansuwanwong[1] Wanisa Punfa[1] Duangnapa Danboonchant[1] Suwasin Polnarat[1] Nawarat Viriyakhasem[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบคุณภาพทางจุลินทรีย์และเอกลักษณ์ทางเคมีของเครื่องดื่มนมกระชาย โดยการตรวจสอบเปรียบเทียบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ของตัวอย่าง 3 กลุ่มที่เป็นองค์ประกอบของเครื่องดื่มนมกระชาย ประกอบด้วยน้ำต้มกระชายขาว นมถั่วเหลือง และเครื่องดื่มนมกระชายที่เก็บรักษาไว้ที่ตู้แช่เย็นอุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียสในวันที่ 1, 7 และ 14 ของวันที่เตรียมตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า เมื่อตรวจสอบการปนเปื้อนในวันแรกของการเตรียมเครื่องดื่มนมกระชายเปรียบเทียบกับวันที่ 7 และ 14 ของการเก็บรักษาในตู้เย็น ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อราและยีสต์, *Clostridium* spp., *Escherichia coli*, *Salmonella* spp. และ *Staphylococcus aureus* แต่เมื่อเก็บรักษาตัวอย่างต่อไปอีก 2 วันในตู้เย็น มีเพียงน้ำต้มกระชายขาวที่ยังปราศจากการปนเปื้อน ในขณะที่นมถั่วเหลืองและเครื่องดื่มนมกระชายปนเปื้อนเชื้อราและยีสต์ *Escherichia coli* และ *Salmonella* spp. แสดงว่ามาตรฐานของการเก็บรักษาและคงคุณภาพของเครื่องดื่มนมกระชายคือไม่เกิน 14 วันในตู้แช่เย็นอุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส นอกจากนี้ได้ตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีด้วยเทคนิคโครมาโทกราฟีชั้นบางสมรรถนะสูงของตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มที่วันที่ 1 และ 14 ของวันที่เตรียมตัวอย่าง พบการแยกสารของนมถั่วเหลืองและนมกระชายมีค่า R_f ใกล้เคียงกันเมื่อตรวจสอบภายใต้แสงยูวี 366 นาโนเมตร และพบการแยกสารของน้ำต้มกระชายเมื่อตรวจสอบภายใต้แสงยูวี 254 นาโนเมตร ซึ่งแต่ละชนิดมีรูปแบบการแยกและค่า R_f ที่ใกล้เคียงกัน งานวิจัยนี้แสดงโอกาสพัฒนามาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มสมุนไพร

คำสำคัญ: การตรวจสอบคุณภาพ, จุลินทรีย์, เอกลักษณ์ทางเคมี, นมถั่วเหลืองกระชาย

Abstract

The purpose of this study was to examine the quality of herbal products: fingerroot (Krachai Khao) soy milk. The study process is based on the experimental research by examination of microbial contamination of 3 groups of samples: fingerroot boiled water, soy milk, and fingerroot soy milk that were stored in the refrigerator at 4 ℃ on day 1, 7 and 14 of preparation day. The study found that all 3 samples were examined for contamination on the first day of preparation day compared to day 7 and day 14 of refrigerated storage. No contamination of fungi and yeast, *Clostridium* spp., *Escherichia coli*, *Salmonella* spp. and *Staphylococcus aureus*. However, further two days of keeping, only fingerroot boiled water was not contaminated, while soy milk and fingerroot soy milk were contaminated with fungi and yeasts, *Escherichia coli* and *Salmonella* spp. This indicated that the standard of storage and quality of fingerroot soy milk was not more than 14 days in the 4°C refrigerator. In addition, the chemical identity was examined by the high-performance thin layer chromatography (HPTLC) technique of 3 samples at day 1 and 14. The separation of soy milk and fingerroot soy milk with similar R_f values was observed under 366 nm UV light, and fingerroot boiled water was detected under 254 nm UV light. Therefore, this research showed an opportunity to develop a quality determination standard for healthy drink products.

Keywords: Quality determination, Microbial, Chemical identity, Fingerroot soy milk

[1] อาจารย์ วิทยาการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
[2] อาจารย์ วิทยาการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย Coresoponding author Email: nawarat.vir@crru.ac.th

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพต่อประชาชนทั่วโลกเป็นวงกว้าง ทุกฝ่ายต่างแสวงหาทางออกในการแก้ปัญหานี้ โดยการใช้สมุนไพรเพื่อฆ่าเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมในการรักษาโรคนี้และเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งพืชสมุนไพรหลายชนิดถูกนำมาศึกษาวิจัยถึงฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาทิ ฟ้าทะลายโจร กระชายขาว และขิง เป็นต้น จากการศึกษาวิจัยพบว่าสารสกัดเอทานอลจากกระชายขาวและสารออกฤทธิ์จากกระชายขาวคือสาร Panduratin A และ Pinostrobin สามารถยับยั้งการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (SAR-CoV-2) ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคโควิด-19 (COVID-19) ได้[1]

กระชายขาว (*Boesenbergia rotunda* (L.) Mansf.) เป็นไม้ล้มลุก ไม่มีลำต้นบนดิน ลักษณะเป็นเหง้าสั้น กระชายขาวมีรสเผ็ดร้อนในทางการแพทย์แผนไทยพบสรรพคุณคือ เหง้าใช้ลดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด แก้ปวดมวนท้อง ขับลม และบำรุงกำลัง ตำรายาแผนโบราณของไทยมีการใช้กระชายใน “พิกัดตรีกาลพิษ” คือการจำกัดจำนวนตัวยาแก้พิษตามกาลเวลา 3 อย่าง มีรากกะเพราแดง เหง้าข่า และหัวกระชาย สรรพคุณบำรุงธาตุ แก้ไข้สันนิบาต แก้เลือด เสมหะ เป็นต้น[2] จากสรรพคุณของกระชายขาวตามองค์ความรู้ดั้งเดิมประกอบกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของกระชายขาวที่มีฤทธิ์ต้านเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระชายขาวจึงมีประโยชน์และสามารถพัฒนาเป็นยาสมุนไพรหรืออาหารเป็นยา โดยการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของกระชายขาวเป็นประจำ เช่น ขนมจีนน้ำยา หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกระชายขาว หรือรับประทานในรูปแบบของยาสมุนไพรเดี่ยว ยาตำรับร่วมกับสมุนไพรอื่น ๆ หรือผลิตภัณฑ์รูปแบบอื่นๆ เช่น เยลลี่ เพื่อใช้ในการเสริมภูมิคุ้มกันและป้องกันการติดเชื้อไวรัสได้[3,4] วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์แผนไทยวิชาชีพให้มีความสามารถรักษาโรค ตลอดจนสามารถประกอบการด้านวิชาชีพการแพทย์แผนไทยได้ จึงต้องพัฒนาองค์ความรู้ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพื่อเสริมการสร้างแพทย์แผนไทยมืออาชีพ นอกจากนี้วิทยาลัยการแพทย์ฯ ยังมุ่งการพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพรไทย โดยจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ประกอบกับมีงานวิจัยที่แสดงผลการศึกษาฤทธิ์ของสารสกัดกระชายขาวในการต้านเชื้อก่อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับหลอดทดลอง[1] จึงมีแนวคิดพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพในรูปแบบเครื่องดื่มสมุนไพรนมถั่วเหลืองกระชายหรือเครื่องดื่มนมกระชาย เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรและนักศึกษาของวิทยาลัยการแพทย์ฯ ดื่มเป็นเครื่องดื่มเสริมสุขภาพ และมีโอกาสขยายผลการส่งเสริมให้ความรู้แก่ประชาชนในท้องถิ่นเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ โดยมีวิธีการผลิตที่ไม่ยุ่งยาก และใช้อุปกรณ์ในครัวเรือน ได้แก่กระบวนการต้มหรือการใช้ความร้อนที่อุณหภูมิต่ำกว่า 100 องศาเซลเซียส เพื่อเป็นการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ที่จะก่อให้เกิดการเน่าเสียของเครื่องดื่มหรือจุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยต่อผู้บริโภค[5] และมีวิธีการเก็บรักษาหลังกระบวนการผลิตส่วนใหญ่จะเก็บภายใต้อุณหภูมิต่ำเพื่อลดกิจกรรมกระบวนการเมแทบอลิซึม ยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ ชะลอการเน่าเสียและการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของเครื่องดื่ม ประมาณ 3-20 วัน[6] ดังนั้นในการพัฒนาเป็นเครื่องดื่มนมกระชาย จะต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องดื่มสมุนไพรนมถั่วเหลืองกระชายครอบคลุมอายุการเก็บรักษา การปนเปื้อนจากจุลินทรีย์และเอกลักษณ์ทางเคมีของสารสำคัญที่ปรากฏในกระชายขาวอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อตรวจสอบคุณภาพการปนเปื้อนจุลินทรีย์และเอกลักษณ์ทางเคมีของเครื่องดื่มนมกระชายเมื่อ

เก็บรักษาในช่วงเวลา 14 วัน ที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส

วิธีการศึกษา

1. การเตรียมตัวอย่างสำหรับการตรวจสอบคุณภาพ เตรียมกลุ่มตัวอย่าง 3 ชนิด คือ น้ำต้มกระชาย นมถั่วเหลือง และเครื่องดื่มนมกระชาย โดยการเตรียมตัวอย่างน้ำต้มกระชายขาว อ้างอิงจากประกาศสภาการแพทย์แผนไทย เรื่องการใช้สมุนไพรกระชายเป็นเครื่องดื่ม ตามหลักการใช้น้ำกระชายเป็นเครื่องดื่มเพื่อเสริมภูมิคุ้มกันตามภูมิปัญญาแผนโบราณ[7] ซึ่งนำกระชายขาวที่หั่นให้มีขนาดเล็กลงและล้างสะอาดแล้วใส่ลงในโถปั่น เติมน้ำสะอาดปั่นให้ได้ขนาดพอละเอียดเทกระชายลงในหม้อต้มไฟอ่อน ต้มจนกว่าฟองจะหาย เมื่อฟองหายแล้วต้มให้สุกอีก 10 นาที ปิดไฟ ยกลงจากเตาพักให้เย็น เมื่ออุณหภูมิกระชายที่ต้มเย็นแล้วนำไปกรองด้วยผ้าขาวบาง แล้วบรรจุใส่ขวดพลาสติกปราศจากเชื้อ การเตรียมตัวอย่างนมถั่วเหลือง เป็นการประยุกต์วิธีการเตรียมตัวอย่างนมถั่วเหลืองจากสุทธิดา และคณะ[8] โดยนำถั่วเหลืองซีก แช่ด้วยน้ำสะอาดให้ท่วม เป็นระยะเวลาประมาณ 6 ชั่วโมง หลังจากนั้นเทน้ำที่แช่ถั่วเหลืองทิ้ง เตรียมนำไปปั่นกับน้ำสะอาดปั่นให้ละเอียดจากนั้นกรองด้วยผ้าขาวบางบีบให้น้ำปั่นถั่วเหลืองออกผ่านผ้าขาวบางให้ได้มากที่สุด จะได้นมถั่วเหลืองดิบ นำไปต้มรวมกับใบเตยใช้ระยะเวลาในการต้มประมาณ 45 นาที แล้วบรรจุใส่ขวดพลาสติกปราศจากเชื้อ เก็บรักษาในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส และการเตรียมตัวอย่างเครื่องดื่มนมกระชาย นำน้ำนมถั่วเหลืองมาผสมกับน้ำกระชายต้มสุกโดยมีความเข้มข้นของน้ำกระชายคิดเป็น 3% (ปริมาตร/ปริมาตร) ทำการปรุงรสด้วยน้ำเชื่อมที่ได้จากน้ำตาลมะพร้าวและน้ำตาลทรายแดงคนส่วนผสมให้เข้ากัน จากนั้นเติมน้ำใบเตยปั่นผสมแต่งสีและกลิ่นใบเตยแล้วบรรจุใส่ขวดพลาสติกปราศจากเชื้อ โดยประยุกต์ความเข้มข้นของน้ำกระชายที่ผสมในน้ำนมถั่วเหลืองเพื่อให้ได้ตามวัตถุประสงค์ในการเสริมสุขภาพตามตามหลักการใช้น้ำกระชายเป็นเครื่องดื่มเพื่อเสริมภูมิคุ้มกันตามภูมิปัญญาแผนไทย[7] กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ชนิด ถูกเก็บรักษาในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส เป็นระยะเวลา 14 วัน

2. การตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ของเครื่องดื่มนมกระชายโดยวิธี Standard plate count เทคนิค Spread plate นำตัวอย่าง 3 ชนิด คือ น้ำต้มกระชาย นมถั่วเหลือง และเครื่องดื่มนมกระชาย ที่เก็บตัวอย่าง 3 ช่วงคือวันที่ 1 ของการเตรียมองค์ประกอบของเครื่องดื่มนมกระชายวันที่ 7 หลังเก็บรักษาไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส และวันที่ 14 ซึ่งเป็นวันสุดท้ายของระยะเวลาการเก็บรักษาในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส นอกจากนี้ยังได้ทำการเก็บรักษาเครื่องดื่มนมกระชายไว้เกินระยะเวลา 14 วัน โดยได้เลือกเก็บรักษาต่ออีก 2 วัน แล้วนำมาตรวจสอบการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ โดยนำตัวอย่างทำการเจือจางตัวอย่างให้ได้ความเข้มข้น 10^{-1}, 10^{-2} และ 10^{-3} แล้วนำมาทดสอบในอาหารเลี้ยงเชื้อแต่ละชนิด ได้แก่ อาหารเลี้ยงเชื้อ Potato Dextrose agar ใช้สำหรับตรวจสอบเชื้อราและยีสต์ อาหารเลี้ยงเชื้อ Clostridial agar ใช้สำหรับตรวจสอบเชื้อ *Clostridium* spp. อาหารเลี้ยงเชื้อ MacConkey agar ใช้สำหรับตรวจสอบเชื้อ *Escherchia coli* อาหารเลี้ยงเชื้อ Salmonella-Shigella agar ใช้สำหรับตรวจสอบเชื้อ *Salmonella* spp. อาหารเลี้ยงเชื้อ Mannitol salt agar ใช้สำหรับตรวจสอบเชื้อ *Staphylococcus aureus* ทำการบ่มที่อุณหภูมิ 35-37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมง นับจำนวนโคโลนีของจุลินทรีย์ทั้งหมด และรายงานผลเป็นโคโลนีต่อกรัม (Colony Forming Units หรือ CFU/mL) โดยทำการทดสอบซ้ำ 3 ซ้ำ ผลที่ได้เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานค่าความบริสุทธิ์ หรือคุณลักษณะอื่นอันมีความสำคัญต่อคุณภาพสำหรับตำรับผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ขึ้นทะเบียน แจ้งรายละเอียด หรือจดแจ้ง พ.ศ. 2564[9]

3. การตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของเครื่องดื่มนมกระชายด้วยเทคนิคโครมาโทกราฟีชั้นบางสมรรถนะสูง (High Performance Thin Layer Chromatography; HPTLC) นำตัวอย่าง 3

ชนิด คือ นมถั่วเหลือง น้ำต้มกระชายขาว และเครื่องดื่มนมกระชาย ที่เก็บตัวอย่าง 3 ช่วงคือวันที่ 1 ของการเตรียมองค์ประกอบของเครื่องดื่มนมกระชาย วันที่ 7 หลังเก็บรักษาไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียสและวันที่ 14 ซึ่งเป็นวันสุดท้ายของระยะเวลาการเก็บรักษาในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส มาทำการระเหยน้ำออกเพื่อให้ตัวอย่างมีความเข้มข้มเพิ่มขึ้นแล้วนำตรวจอย่างตรวจสอบเอกลักษณ์ด้วยเทคนิคโครมาโทกราฟีชั้นบาง แล้วนำตัวอย่างพ่นลงบนแผ่น HPTLC Siliga Gel60 F254 (Merck) ขนาด 10 x 20 เซนติเมตร ด้วยเครื่องพ่นอัตโนมัติ (Linomat 5, CAMAG®) นำแผ่น HPTLC แยกสารในถังแก้ว (Chamber) ที่อิ่มตัวด้วยเฟสเคลื่อนที่ (Mobile phase) ประกอบด้วย Toluene: Ethyl acetate: Formic acid (5:4:1) เมื่อ Mobile phase เคลื่อนจนถึงขอบเขตที่กำหนด นำแผ่น HPTLC ออกจากถังแล้วปล่อยให้แห้ง และนำไปวิเคราะห์การแยกสารโดยใช้เครื่องวัดแสง (TLC Visuallizer, CAMAG®) โดยการถ่ายรูปที่แสงธรรมชาติ (Visible light) และภายใต้แสงอัลตร้าไวโอเลต (UV) ที่ความยาวคลื่น 254 นาโนเมตร และ 366 นาโนเมตร และวิเคราะห์หาค่า Retention Factor (R_f) จาก TLC Chromatogram ที่ปรากฏ โดยประยุกต์วิธีการเตรียมตัวอย่างทดสอบและกระบวนการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีจากยุทธนา วรวุธ และคณะ[10]

ผลการศึกษา

1. การตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในตัวอย่างเครื่องดื่มนมกระชาย การตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในเครื่องดื่มนมกระชายนี้ได้ทำการติดตาม องค์ประกอบ 3 ส่วนคือ นมถั่วเหลือง น้ำต้มกระชายขาว และเครื่องดื่มนมกระชาย ทั้งนี้เนื่องจากในกระบวนการเตรียมเครื่องดื่มนมกระชายจะต้องมีขั้นตอนการเตรียมนมถั่วเหลืองและน้ำกระชายขาวก่อน แล้วจึงจะนำมาผสมกันตามสัดส่วนให้ได้เป็นเครื่องดื่มนมกระชาย ดังนั้นจึงทดสอบการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ส่วน โดยทำการตรวจเชื้อ เชื้อราและยีสต์, *Clostridium* spp., *Escherichia coli, Salmonella* spp. และ *Staphylococcus aureus* โดยได้ตรวจสอบตัวอย่างองค์ประกอบของเครื่องดื่มนมกระชายเป็น 3 ช่วงคือวันที่ 1 ของการเตรียมองค์ประกอบของเครื่องดื่มนมกระชายวันที่ 7 หลังเก็บรักษาไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส และวันที่ 14 ซึ่งเป็นวันสุดท้ายของระยะเวลาการเก็บรักษาในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส เพื่อตรวจสอบการปนเปื้อนของจุลินทรีย์กับอายุการเก็บรักษา นอกจากนี้ยังได้ทำการตรวจสอบองค์ประกอบของเครื่องดื่มนมกระชายที่เก็บรักษาไว้เกินระยะเวลา 14 วัน โดยได้เลือกเก็บรักษาต่ออีก 2 วันแล้วนำมาตรวจสอบการปนเปื้อนของจุลินทรีย์

ผลการศึกษาพบว่าในตัวอย่างนมถั่วเหลือง น้ำกระชายขาว และเครื่องดื่มนมกระชาย เมื่อทำการทดสอบการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ชนิดต่าง ๆ ในวันที่ 1, 7 และ 14 ไม่มีการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ทั้ง 5 ชนิด คือ เชื้อราและยีสต์, *Clostridium* spp., *Escherichai coli*, *Salmonella* spp. และ *Staphylococcus aureus* ดังแสดงในตารางที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามเมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ส่วนที่เก็บรักษาไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส เพิ่มเติมอีก 2 วัน เป็นเวลาครบ 16 วัน แล้วนำไปตรวจสอบการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ พบว่าตัวอย่างนมถั่วเหลืองพบการปนเปื้อนทั้งจุลินทรีย์ชนิดเชื้อราและยีสต์, *Escherichia coli*, *Salmonella* spp. ในขณะที่น้ำต้มกระชายขาวไม่พบการปนเปื้อนจากเชื้อรา ยีสต์ และแบคทีเรีย ส่วนเครื่องดื่มนมกระชายพบการปนเปื้อนลักษณะเดียวกับนมถั่วเหลืองคือพบการปนเปื้อนทั้งจุลินทรีย์ชนิดเชื้อราและยีสต์, *Escherichia coli* และ *Salmonella* spp. ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ผลการตรวจสอบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในตัวอย่างนมถั่วเหลือง

เชื้อจุลินทรีย์	เกณฑ์มาตรฐาน (CFU/mL)[9]	การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์		
		วันที่ 1	วันที่ 7	วันที่ 14
ราและยีสต์	$<5 \times 10^2$	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
Clostridium spp.	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
Escherichia coli	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
Salmonella spp.	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
Staphylococcus aureus	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ

ตารางที่ 2 ผลการตรวจสอบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในตัวอย่างน้ำกระชายขาว

เชื้อจุลินทรีย์	เกณฑ์มาตรฐาน (CFU/mL)[9]	การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์		
		วันที่ 1	วันที่ 7	วันที่ 14
ราและยีสต์	$<5 \times 10^2$	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
Clostridium spp.	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
Escherichia coli	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
Salmonella spp.	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
Staphylococcus aureus	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ

ตารางที่ 3 ผลการตรวจสอบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในตัวอย่างเครื่องดื่มนมกระชาย

เชื้อจุลินทรีย์	เกณฑ์มาตรฐาน (CFU/mL)[9]	การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์		
		วันที่ 1	วันที่ 7	วันที่ 14
ราและยีสต์	$<5 \times 10^2$	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
Clostridium spp.	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
Escherichia coli	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
Salmonella spp.	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
Staphylococcus aureus	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ

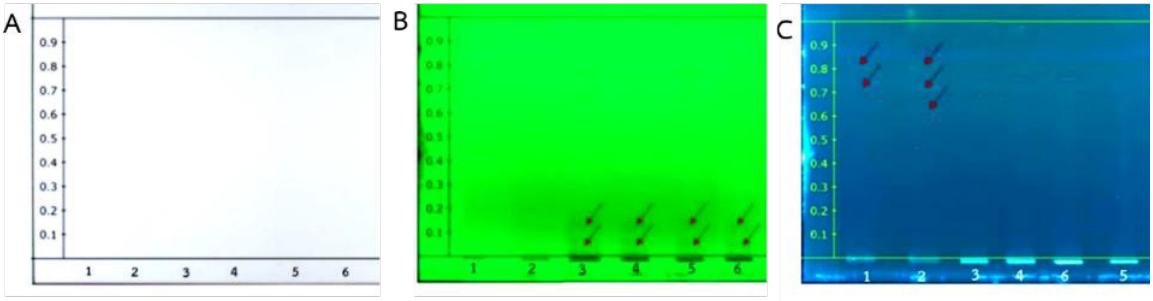
ตารางที่ 4 ผลการตรวจสอบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในตัวอย่าง 3 กลุ่ม หลังเก็บรักษาต่อเนื่องครบ 16 วัน

เชื้อจุลินทรีย์	เกณฑ์มาตรฐาน (CFU/mL)[9]	การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์		
		วันที่ 1	วันที่ 7	วันที่ 14
ราและยีสต์	$<5 \times 10^2$	พบ	ไม่พบ	พบ
Clostridium spp.	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
Escherichia coli	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ	พบ
Salmonella spp.	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ	พบ
Staphylococcus aureus	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ

2. ผลการตรวจสอบเอกลักษณ์ของเครื่องดื่มนมกระชาย การตรวจสอบเอกลักษณ์ของเครื่องดื่มนมกระชายได้ทำการตรวจสอบเพื่อเปรียบเทียบลักษณะลายพิมพ์ (Fingerprint) ทั้ง 3 ส่วนคือ นมถั่วเหลือง น้ำต้มกระชายขาว และเครื่องดื่มนมกระชาย การศึกษานี้ทำการตรวจสอบลายพิมพ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคโครมาโทกราฟีชั้นบางที่มีประสิทธิภาพสูง (High Performance Thin Layer

Chromatography, HPTLC) โดยตัวอย่างแต่ละชนิดที่นำมาทดสอบคือตัวอย่างที่ได้จากการเตรียมองค์ประกอบในวันที่ 1 และวันที่ 14 ของการเก็บรักษาไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อตรวจสอบเอกลักษณ์ลายพิมพ์ของตัวอย่างแต่ละส่วนภายใต้แสงธรรมชาติ ปรากฏว่าไม่พบแถบการแยกในตัวอย่างทั้ง 3 ส่วน ดังภาพประกอบ 1A เมื่อตรวจสอบด้วยแสงยูวีความยาวคลื่น 254 นาโนเมตร ไม่ปรากฏแถบการแยกสารในน้ำต้มกระชายในวันที่ 1 และ 14 แต่พบแถบการแยกสารในนมถั่วเหลืองจำนวน 2 แถบในวันที่ 1 ซึ่งมีค่า R_f เท่ากับ 0.01 และ 0.16 ส่วนวันที่ 14 มีค่า R_f เท่ากับ 0.01 และ 0.16 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5 นอกจากนี้ในเครื่องดื่มนมกระชายปรากฏการแยกแถบสารจำนวน 2 แถบของตัวอย่างวันที่ 1 มีค่า R_f เท่ากับ 0.01 และ 0.16 ส่วนวันที่ 14 มีค่า R_f เท่ากับ 0.01 และ 0.16 ดังตารางที่ 5 เช่นเดียวกันกับที่พบในนมถั่วเหลือง จากผลการตรวจสอบดังกล่าว เอกลักษณ์ลายพิมพ์ของนมถั่วเหลืองและเครื่องดื่มนมกระชาย ซึ่งพบแถบสารแยกจำนวนเท่ากันและมีค่า R_f ตรงกัน จึงคาดว่าจะเป็นสารชนิดเดียวกัน และเป็นสารสำคัญที่พบในนมถั่วเหลือง จึงทำให้ปรากฏแถบขึ้นในเครื่องดื่มนมกระชายด้วย แต่ไม่พบแถบในน้ำต้มกระชายขาวดังภาพที่ประกอบ 1(B) เมื่อเปลี่ยนความยาวคลื่นแสงยูวีเป็นความยาวคลื่น 366 นาโนเมตร พบว่าน้ำต้มกระชายขาวของตัวอย่างวันที่ 1 มีค่า R_f เท่ากับ 0.64, 0.74, 0.82 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5 ในขณะที่น้ำต้มกระชายขาวที่เก็บรักษาในตู้เย็นครบ 14 วัน พบแถบแยกจำนวน 3 แถบ มีค่า R_f เท่ากับ 0.65, 0.71, 0.81 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5 สำหรับนมถั่วเหลืองพบแถบแยก 1 แถบในตัวอย่างนมถั่วเหลืองหลังเก็บรักษาในตู้เย็นไว้ 14 วันโดยมีค่า R_f เท่ากับ 0.73 แต่ไม่พบแถบแยกในเครื่องดื่มนมกระชาย ดังภาพประกอบ 1(C) ทั้งนี้คาดว่าต้องเพิ่มปริมาตรของการพ่นสารตัวอย่างลงบนแผ่น HPTLC หรือควรทำสารตัวอย่างให้เข้มข้นก่อนการทดสอบเพื่อตรวจสอบเปรียบเทียบเอกลักษณ์ของเครื่องดื่มนมกระชายต่อไป



ภาพประกอบ 1 แสดงโครมาโทแกรมของตัวอย่างที่ตรวจสอบภายใต้แสงธรรมชาติ (A) , ยูวี 254 นาโนเมตร (B) และยูวี 366 นาโนเมตร (C) (1 = น้ำต้มกระชายขาววันที่ 1; 2 = น้ำต้มกระชายขาววันที่ 14; 3 = นมถั่วเหลืองวันที่ 1; 4 = นมถั่วเหลืองวันที่ 14; 5 = นมกระชายวันที่ 1;6 = นมกระชายวันที่ 14)

ตารางที่ 5 ค่า R_f แถบที่ปรากฏในตัวอย่าง 3 กลุ่ม วันที่ 1 และ 14 ภายใต้แสงธรรมชาติ ยูวี 254 นาโนเมตร และยูวี 366 นาโนเมตร

แสง	ค่า R_f น้ำต้มกระชาย		ค่า R_f นมถั่วเหลือง		ค่า R_f นมกระชาย	
	วันที่ 1	วันที่ 14	วันที่ 1	วันที่ 14	วันที่ 1	วันที่ 14
แสงธรรมชาติ	-	-	-	-	-	-
UV 254 nm	-	-	0.01, 0.16	0.01, 0.16	0.01, 0.16	0.01, 0.16
UV 366 nm	0.64, 0.74, 0.82	0.65, 0.71, 0.81	-	0.73	-	-

สรุปและอภิปรายผล

กระแสความนิยมใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งในด้านการบริโภคเพื่อเสริมสร้างร่างกายและเพื่อดูแลรักษาสุขภาพ ในด้านการผลิตจึงมีการแปรรูปสมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง วัตถุดิบพืชสมุนไพรจึงถูกนำไปผลิตเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรในหลากหลายรูปแบบ เช่น ยาสมุนไพรไทย ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เครื่องสำอาง อาหารและเครื่องดื่มเป็นยา เป็นต้น อย่างไรก็ตามการนำพืชสมุนไพรไปใช้ในการผลิตยาและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ต้องให้ความสำคัญและคำนึงถึงเรื่องการควบคุมการผลิตให้ได้คุณภาพและมีมาตรฐาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความปลอดภัยให้กับผู้บริโภค การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางพัฒนากระบวนการตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพในรูปแบบเครื่องดื่มสมุนไพร โดยวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกได้พัฒนาเครื่องดื่มสมุนไพรชนิดเครื่องดื่มนมกระชายเพื่อให้บุคลากรและนักศึกษาของวิทยาลัยการแพทย์ฯ ดื่มบำรุงสุขภาพ เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงอาศัยเครื่องดื่มนมกระชายเป็นกรณีศึกษา ให้สอดคล้องกับสิ่งที่วิทยาลัยการแพทย์ฯ กำลังพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาได้ข้อค้นพบว่าส่วนประกอบของเครื่องดื่มนมกระชาย ทั้งนมถั่วเหลือง น้ำต้มกระชายขาว และเครื่องดื่มนมกระชาย เมื่อนำมาตรวจสอบการปนเปื้อนจุลินทรีย์และเชื้อรา ไม่พบการปนเปื้อนตลอดระยะเวลาการเก็บรักษาในตู้เย็นเป็นระยะเวลา 14 วันซึ่งถือเป็นการยืนยันคุณภาพของเครื่องดื่มนมกระชายด้วยผลการตรวจสอบการปนเปื้อนโดยงานวิจัยนี้ อย่างไรก็ตามทีมผู้วิจัยได้ทดลองเก็บเครื่องดื่มนมกระชายต่อไปอีก 2 วัน เมื่อนำไปตรวจสอบการปนเปื้อนพบว่า นมถั่วเหลืองและเครื่องดื่มนมกระชายมีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์บางชนิดและเชื้อรา ในขณะที่น้ำต้มกระชายขาวยังไม่พบการปนเปื้อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Zainin และคณะ รวมถึงงานวิจัยของ Zakuan และคณะ ที่พบว่าสารสกัดกระชายขาวมีฤทธิ์ต้านแบคทีเรียและต้านเชื้อ[11,12] ซึ่งทำให้คุณภาพของน้ำกระชายขาวยังคงสภาพ ไม่มีการปนเปื้อน ในขณะที่นมถั่วเหลืองและเครื่องดื่มนมกระชายมีสารกลุ่มโปรตีนที่เป็นตัวเร่งการเสื่อมสภาพของเครื่องดื่มได้ และถึงแม้ว่าน้ำกระชายขาวจะมีฤทธิ์ในการต้านแบคทีเรีย แต่เมื่อผสมกับนมถั่วเหลือง อาจจะมีปริมาณไม่เพียงพอต่อการออกฤทธิ์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีโอกาสจะศึกษาเพื่อหาสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการเพิ่มคุณภาพการเก็บรักษาต่อไป ดังนั้นจากการศึกษาวิจัยนี้ จึงเป็นการประกันคุณภาพของเครื่องดื่มนมกระชายต่อการเก็บรักษาในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียสภายในระยะเวลา 14 วัน

นอกจากนี้ผลการศึกษาเรื่องการตรวจสอบเอกลักษณ์ของเครื่องดื่มนมกระชายด้วยเทคนิค HPTLC ซึ่งเป็นเทคนิคมาตรฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์คุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรและยาสมุนไพร[13] และมีการปรับประยุกต์ใช้เทคนิคดังกล่าวในการหาสารอาหารและสารสำคัญของสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบอยู่ในอาหารและเครื่องดื่ม[10,14] การศึกษานี้จึงนำเทคนิค HPTLC ใช้ในการตรวจสอบเอกลักษณ์ของเครื่องดื่มนมกระชาย โดยได้นำกลุ่มตัวอย่างที่เตรียมในวันที่ 1 กับวันที่ 14 มาตรวจสอบเอกลักษณ์เปรียบเทียบกัน พบว่าโครมาโทแกรมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละชนิดภายใต้แสงขาว แสงยูวีที่ความยาวคลื่น 254 และ 366 นาโนเมตร ค่อนข้างเจือจาง แต่มีลักษณะการแยกแถบและค่า R_f ที่ใกล้เคียงกัน แม้จะใช้ปริมาตรของสารตัวอย่างถึง 10 ไมโครลิตรแล้วก็ตาม ซึ่งคาดว่ามีสาเหตุมาจากการนำตัวอย่างในรูปแบบของเครื่องดื่มมาตรวจสอบโดยตรง ไม่ผ่านการทำให้เข้มข้น จึงเป็นเหตุให้ผลโครมาโทแกรมไม่ชัดเจน ทั้งนี้ในการศึกษาในระยะถัดไป ควรจะต้องวางแผนการนำเครื่องดื่มนมกระชายมาทำให้เกิดความเข้มข้น ก่อนจะนำมาตรวจสอบด้วยเทคนิคโครมาโทกราฟี

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่องเพื่อหาแนวทางพัฒนากระบวนการตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพในรูปแบบเครื่องดื่มสมุนไพร โดยใช้เครื่องดื่มนมกระชายเป็นกรณีศึกษา ซึ่งพบว่ามาตรฐานของการเก็บรักษาและคงคุณภาพของเครื่องดื่มนมกระชายคือไม่เกิน 14 วันในตู้เย็นอุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส แสดงถึงโอกาสในการพัฒนาเครื่องดื่มนมกระชายให้คงคุณภาพและเป็นเครื่องดื่มเพื่อเสริมสุขภาพต่อไป

อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนากระบวนการตรวจสอบอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของกระบวนการตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์สุขภาพในรูปแบบเครื่องดื่มสมุนไพร จนสามารถพัฒนาเป็นคู่มือในการตรวจสอบคุณภาพต่อไปได้ และสำหรับการตรวจสอบเอกลักษณ์ของเครื่องดื่มสมุนไพรด้วยเทคนิคโครมาโทกราฟีชั้นบางสมรรถนะสูง สารตัวอย่างที่จะนำมาตรวจสอบ ควรเพิ่มกระบวนการทำให้สารตัวอย่างเข้มข้นก่อนจะนำมาตรวจสอบ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนการวิจัยของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

เอกสารอ้างอิง

1. Kanjanasirirat P, Suksatu A, Manopwisedjaroen S, Munyoo B, Tuchinda P, Jearawuttanakul, K. et al. High-content screening of Thai medicinal plants reveals Boesenbergia rotunda extract and its component Panduratin A as anti-SARS-CoV-2 agents. Scientific Reports. 2020;10:19963.
2. ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. กระชาย. [อินเตอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อ 14 ม.ค. 67]. เข้าถึงจาก: http://www.thaicrudedrug.com/
3. ปริตา ธนสุกาญจน์, ณัฐกานต์ นามมะกุนา, ปุณฑริกา รัตนตรัยวงศ์ และศจี สุวรรณศรี. การพัฒนาเครื่องดื่มกระชายผสมน้ำผลไม้. วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน [อินเตอร์เน็ต]. 2554 [สืบค้นเมื่อ 14 ม.ค. 67]; 4(1): 28-38. เข้าถึงจาก: https://www.journal.nu.ac.th/JCDR/article/view/301/308
4. จินต์จุฑา ซื่อชวกรกุล. การศึกษาความต้องการของผู้บริโภคและการพัฒนาผลิตภัณฑ์เยลลี่วีแกนแคลอรี่ต่ำเสริมภูมิคุ้มกันจากกระชายขาว. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
5. Saravacos, G. and Kostaropoulos, A.E. Thermal Processing Equipment. Handbook of Food Processing Equipment. Food Engineering Series. Springer, Cham. [Internet]. 2016. [cited 2024 Feb 19]. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-25020-5_10
6. Saravacos, G. and Kostaropoulos, A.E. Refrigeration and Freezing Equipment. Handbook of Food Processing Equipment. Food Engineering Series. Springer, Cham. [Internet]. 2016. [cited 2024 Feb 19]. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-25020-5_9
7. สภาการแพทย์แผนไทย. ประกาศสภาการแพทย์แผนไทย เรื่อง การใช้สมุนไพรกระชายเป็นเครื่องดื่ม. [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 19 ก.พ. 67]. เข้าถึงจาก: https://thaimed.or.th/wp-content/uploads/2021/05/thaimed_6_5_64.pdf

8. สุธิดา อัครชนียากร, ศิริกุล นิธิธนาธร และสิริกร ลิขิตวนิชกุล. ผลของวิธีการเตรียมถั่วเหลืองต่อสมบัติทางเคมีกายภาพและประสาทสัมผัสของน้ำนมถั่วเหลือง และผลของอุณหภูมิอบแห้งและปริมาณมอลโตเด็กซ์ตรินต่อคุณภาพของนมถั่วเหลืองผงด้วยวิธีอบแห้งแบบพ่นฝอย. วารสารวิทยาศาสตร์ประยุกต์ [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 19 ก.พ. 67]; 20(1): 137-153. เข้าถึงจาก: https://thaiscience.info/Journals/Article/JASC/10995432.pdf
9. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เกณฑ์มาตรฐาน ค่าความบริสุทธิ์ หรือคุณลักษณะอื่นอันมีความสำคัญต่อคุณภาพสำหรับตำรับผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ขึ้นทะเบียน แจ้งรายละเอียด หรือจดแจ้ง พ.ศ. 2564; 2564.
10. ยุทธนา วรวุธ, ภูษิต แสงประดับ. การพัฒนาระบบตรวจสอบสารอาหารในอาหารไทยโดยเทคนิคโครมาโทรกราฟีแบบแผ่นบางประสิทธิภาพสูง. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์; 2558.
11. Zainin NSM, Lau KY, Zakaria M, Son R, Razis AFA, Rukayadi Y. Antibacterial activity of *Boesenbergia rotunda* (L.) Mansf. A. extract against *Escherichia coli*. International food research journal. 2013;20(6):3319-23.
12. Zakuan Z, Mustapa S.A., Sukor R., Rukayadi, Y. Antifungal activity of *Boesenbergia rotunda* (temukunci) extract against filamentous spoilage fungi from vegetables. International Food Research Journal. 2018; 25(1): 433-438.
13. นพมาศ สุนทรเจริญนนท์, อุทัย โสธนะพันธุ์, ประไพ วงศ์สินมั่นคง. ทีแอลซี: วิธีอย่างง่ายในการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องยา. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2551.
14. de Andrade FI, Florindo Guedes MI, Pinto Vieira ÍG, Pereira Mendes FN, Salmito Rodrigues PA, Costa Maia CS, Marques Ávila MM, de Matos Ribeiro L. Determination of synthetic food dyes in commercial soft drinks by TLC and ion-pair HPLC. Food Chemistry. 2014; 157: 193-198.

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเรณูนคร

Mixed method design: Factors Affecting Quality of Life of the Hypertension Patients a Case Study of the Public Health Office, Renu Nakhon District

Received: March 15,2024 ; Revised: March 10,2024 ; Accepted: March 11,2024)

กนกพร โพชะโน[1]
Kanokporn pochano[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาเขตสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเรณูนคร เก็บข้อมูลวิจัยตั้งแต่วันที่ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 กลุ่มตัวอย่างวิจัยเชิงปริมาณคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 10 แห่งในเขตอำเภอเรณูนคร จำนวน 109 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเครียด กลุ่มตัวอย่างวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 6 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ วิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง (B=.393, p-value=.000) ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (B=.196, p-value=.000) และตัวแปรความเครียด (B=.110, p-value= .049) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ ได้ร้อยละ 48.3 (R^2 = .438) ส่วนผลการวิจัย เชิงคุณภาพ พบว่า การรับรู้ความสามารถ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The research used a sequential explanatory mixed methods design that aimed to study factors affecting quality of life of the hypertension patients a case study of the Public Health Office, Renu Nakhon district. Research data was collected from 9 November 2023 to 9 February 2024. The quantitative research sample consisted of patients with high blood pressure in the responsibility area of 10 Subdistrict Health Promoting Hospitals in Renu Nakhon district, a total of 109 patients. Research instruments included personal information questionnaires, social support scale, stress questionnaire. The qualitative research sample consisted of 6 people. The research instrument was a semi-structured in-depth interview form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. and multiple regression analysis. Qualitative data analyzed by using content analysis.

Research results: quantitative research results found that self-efficacy variables (B=.393, p-value=.000), social support variables (B=.196, p-value=.000), and stress variables (B=.110, p-value= .049) combined to predict the quality of life of hypertensive patients. Together they were able to predict quality of life at 48.3 percent (R2 = .438). As for the qualitative research results, it was found that perception of self -efficacy, social support, and stress affected the perception of good quality of life in patients with high blood pressure.

Keywords: quality of life, factors affecting quality of life, Hypertension Patients

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเรณูนคร อีเมล์ nsokk@npu.ac.th

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการตายลำดับต้นๆในทุกพื้นที่ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ว่าจำนวนผู้ป่วยของโรคนี้ทั่วโลกมีจำนวนถึง 970 ล้านคน โดย 330 ล้านคนอยู่ในประเทศพัฒนา และ 640 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และในปี 2025 คาดว่าจะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน และเสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง7 ล้านคนในแต่ละปี นอกจากนี้ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากความดันโลหิตสูง (who, 2012)[1]สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการตายของคนเป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2558 – 2562 มีค่าเท่ากับ 12.1 , 12.2 , 13.1, 13.1 และ 14.2 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2563)[2] ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีแนวโน้มอัตราการตายของคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งส่งผลต่อร่างกายของผู้ป่วยเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 35 – 40 ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นความผิดปกติที่มาจากหลอดเลือดแดงที่ตีบแคบลงจนอุดตันเกิดเส้นเลือดที่สมองตีบและหากควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีโอกาสที่เส้นเลือดในสมองแตกทำให้เป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้และยังมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าคนปกติ 2-6 เท่า และมีโอกาสเกิดความพิการและเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ 2-4 เท่า เนื่องจากหัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อต่อต้านกับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องปรับตัวให้มีความหนามากขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดโรคหัวใจได้ง่ายทำให้การทำกิจกรรมต่างๆได้ลดลง) จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัย[2,3,5]

สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครพนม จากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมพบว่าอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2561 – 2565 มีค่าเท่ากับ 813.06,805.26,888.75,904.49 และ 792.15 ตามลำดับซึ่งยังคงมีสถิติที่สูงอยู่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม,2566) [7] สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม จากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมพบว่าอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2561 – 2565 มีค่าเท่ากับ 812.55, 1000.84, 1474.86, 1091.30 และ 880.09 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ,2566) [7] ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะเห็นได้ว่าการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังมีข้อจำกัด ส่วนใหญ่ศึกษาปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ ความเครียด และการรับรู้ความสามารถของตนเอง [2,3,4,5,6]แต่ยังไม่มีการศึกษา เพศ อายุ การสนับสนุนทางสังคม ระดับเศรษฐกิจ ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเรณูนครต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี(Mixed method design)โดยทำการวิจัยเชิงปริมาณตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม จำนวน 4,238 คน กลุ่มตัวอย่าง การเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Stratified Random sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จาก G * power (Faul, et.al., 2007)[8] โดยใช้สถิติ multiple regression ค่า effect size จากค่ามาตรฐานกลางได้เท่ากับ 0.15 Power .85 ระดับความเชื่อมั่น .05 ตัวแปรต้น 6 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 109 คน ตามคุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1)ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป 2) 2. อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเรณูนคร อย่างน้อย 1 ปี 3) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้ (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ป่วยร้ายแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ 2) ย้ายภูมิลำเนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วนดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบตรวจสอบ (Check list) และแบบเขียนตอบคำถาม พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ เป็นต้น 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (ยศยง จันทรวงศา, 2558 และสุภาวดี เนติเมธี. (2547). แบ่งออกเป็น 5 จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ 1) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ 7=เห็นด้วยอย่างมากสุด 6=เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วย 4= เฉยๆ 3= ไม่เห็นด้วย 2= ไม่เห็นด้วยอย่างมาก 1= ไม่เห็นด้วยอย่างมากสุดแปลความหมายระดับการสนับสนุนทางสังคม 3) . แบบสอบถามความเครียด โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ (กรมสุขภาพจิต, 2542) ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของโรงพยาบาลสวนปรุงนำมาจาก กรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ 4) แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ การชักจูงโดยใช้คาพูดและการกระตุ้นทางอารมณ์ รวมจานวน 24 ข้อ มีคาตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) มี 5 ระดับ ให้เลือกตอบ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด 5)แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถามของคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และ ทางลบ 3 ข้อ มีคะแนน 26-130 คะแนน (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ท่าน อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบวัดมาหาค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ (interrater agreement) และหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ความเที่ยงตรงค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.70-1.00

และความเชื่อมั่นของ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 .92 .97 และ .94 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเรณูนคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอเรณูนคร และผู้นำชุมชนในพื้นที่วิจัย

2. ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างที่สนใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล เพื่อใช้ในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

3. กลุ่มตัวอย่างรายใดที่ให้ความยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

4. หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามพร้อมให้สุขศึกษา แนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสม จากนั้นกล่าวแสดงความขอบคุณ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดย Multiple regression 3) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดย ใช้วิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม รหัสโครงการวิจัยเลขที่ REC 094/66 เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 61.7 และช่วงอายุระหว่าง 36-59 ปี จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 38.3 **เพศ** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 72.9 และเพศชาย จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 27.1 **ระดับการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 92.5 และระดับมัธยมศึกษาจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 **สถานภาพสมรส** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็น คู่ จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 60.7 รองลงมาคือ หม้าย หย่า แยกกัน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 29.9 **อาชีพ** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพใช้แรงงาน (ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้าง) จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 74.8 รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 15 **รายได้** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 83 รองลงมาคือมีรายได้ 5,000 บาท ถึง 10,000 บาท จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 15

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ตาราง 1 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โมเดลที่ 3

โมเดลที่ 3	B	S.E.	β	t-value	P-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.393	.070	.483	5.580	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.196	.048	.342	4.103	.000
ความเครียด	.110	.055	.149	1.997	.049

ค่าคงที่ = .764 F-value = 32.132 R=.695 R2=.483 sig <.001 S.E.=.404

จากตาราง 1 เมื่อพิจารณาโมเดลที่ 3 จะเห็นว่าเมื่อนำตัวแปรทั้งหมด เข้าสมการทำนายวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบ Stepwise method พบว่า มีตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง (B=.393, p-value=.000) ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (B=.196, p-value=.000) และตัวแปรความเครียด (B=.110, p-value= .049) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ เมื่อพิจารณาโมเดลพบว่า โมเดลมีค่าคงที่เท่ากับ .764 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .695 มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ .404 มีนัยสำคัญทางสถิติ <.001 สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 48.3

ตารางที่ 2 การแสดงผลร่วมผลการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเรณูนคร

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย	ตัวอย่างคำพูด (Quotes)
การรับรู้ความสามารถของตน	β = . .483, t-value = 5.580, p = .000	*“การที่เรารู้ว่าต้องรักษาตัวอย่างไร กินอย่างไร กินยาตามคำแนะนำหมอ ทำให้เราคุมเป็นคนคุณภาพชีวิตดี”* *“เราต้องมีการไปพบแพทย์ อย่าหยุดยาเอง โรคเราจะควบคุมได้”*
การสนับสนุนทางสังคม	β = .342, t-value = 4.103, p = .000	*“ การช่วยเหลือกันเป็นสิ่งที่ดีเพื่อชีวิตที่ดีให้เรา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการสนับสนุนจากญาติ รายได้ครอบครัว เครือข่ายการรักษา ”* *“อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนที่มาช่วยเหลือตามบ้านก็ช่วยวัดความดันให้เราได้ ทำให้เรามีคุณภาพชีวิตที่ดี ”*
ความเครียด	β = .149, t-value = 1.997, p = .049	*“ เครียดมากคุณภาพชีวิตก็ไม่ดี โรคก็กำเริบ ”* *“ความเครียดมาก แสดงว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างเราไม่ดี ”*

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยด้านพบว่า มีตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง (B=.393, p-value=.000) ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (B=.196, p-value=.000) และตัวแปรความเครียด (B=.110, p-value= .049) มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 48.3

ปัจจัยด้านเพศ อายุ เศรษฐกิจ ไม่มีผลต่อที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาเขตสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเรณูนคร อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายอยู่ในวัยผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มี

ประสบการณ์ วุฒิภาวะ และความมั่นคงทางด้านจิตใจอารมณ์กว่าช่วงวัยอื่น [9] สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า เพศ[6]อายุ[10,11] ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเศรษฐกิจไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอาจเนื่องจากร้อยละ 74.8 อาชีพกลุ่มเดียวกันคือ อาชีพใช้แรงงาน (ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้าง) และร้อยละ 83.0 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ทำให้ลักษณะของรายได้อาจไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต การกระจายตัวของปัจจัยเศรษฐกิจหรือรายได้ อาจไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ส่วนปัจจัยการรับรู้ความสามารถแห่งตน พบว่า มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเช่นกัน ตัวแปรการการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (B=.483, t= 5.580, p-value=.000) สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง [12] แม้จะเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแต่พบว่า หลังทำโปรแกรมทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 อภิปรายได้ว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีผลต่อคุณภาพชีวิตคนที่รับรู้ความสามารถแห่งตนมากมีผลต่อมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเช่นกัน ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (B=.196, t= 4.103, p-value=.000) ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ตามลำพัง การรณรงค์ให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ผู้สูงอายุมีโอกาสใกล้ชิดพบปะกับคนในครอบครัวและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น ทำให้รับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ส่วนความเครียด พบว่าตัวแปรความเครียดมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (B=.149, t= 1.997, p-value=.049) ปัจจัยความเครียด พบว่า มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเช่นกัน ตัวแปรความเครียดมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (B=.149, t= 1.997, p-value=.049) อภิปรายได้ว่าคนที่มีความเครียดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตความเครียดที่มีในผู้สูงอายุมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต อาจสรุปได้ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุไม่มีการข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความเครียดเป็น 2.24เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีการข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน(ORadj= 2.24; 95%CI = 1.12-4.44; p-value = 0.022)[13]

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรจัดโปรแกรมเพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และ การคลายเครียดสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อไป รวมทั้งการวิจัยเชิงทดลองที่สัมพันธ์กับตัวแปรที่ศึกษา เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Heath Organization. World Heath Statistics 2012 [Internet]. 2012 [cited 2015 July 10]. Available from: https://shorturl.asia/qcnZD

2. อรวรรณ น้อยวัฒน์. จุลสารสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช;2555 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55_3/pbhealth.htm
3. อรนิษฐ์ แสงทองสุข. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. กรุงเทพฯ: งานวิจัยนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีปทุม ปีการศึกษา 2562; 2563. Report No.: SPU_อรนิษฐ์ แสงทองสุข_T186035_2563.
4. สุชาดา ทวีสินธิ์, กุลภา วจนสาระ, และ มหาวิทยาลัยมหิดล. “ความเป็นธรรม” และ “ความเป็นไท” ด้านเพศและการเจริญพันธุ์ :ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด. ใน: เขมิกา ยามะรัต, อุมาภรณ์ ภัทราวาณิชย์, มนทกานติ์ เชื่อมชิต, บรรณาธิการ. สุขภาวะทางเพศของผู้สูงอายุในสังคมไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560. หน้า 191-211. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/boD29
5. อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิชสุดา เดชบุญ, กฤติเดช มิ่งไม้, ศศิวิมล โพธิ์ภักตร์, สานุรักษ์ โพธิ์หา, สุชานรี พานิชเจริญ. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใน อำเภอ สีชมพู จังหวัด ขอนแก่น. วารสารราชพฤกษ์ 2560;15(2):16-26. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/uleXb
6. นันท์ณิชา สิงหเดชวีระชัย. การศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดด้วยกิจกรรมนันทนาการของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองกระทุ่ม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/uleXb
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2557. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม (เอกสารอัดสำเนา); 2557.
8. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2):175-91.
9. Chanbunlawat K, Chaiyasit Y, Jitchan P. Situational analysis on capacity building among caregivers for the elderly: a case study in Ubon Ratchathani. Science, Engineering and Health Studies. 2021;15:21050005.
10. Chuanpreecha S, Jarujittipan P. Factors affecting quality of life of old inmates in prisons And Correction establishments in Bangkok. Kasem Bundit Journal [Internet]. 2016 [cited 2024 Feb. 12];17(1):110-26. Available from: https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jkbu/article/view/58839
11. Klaodee J, Naksuwan S, Sukmaitree J. Factors affecting the life quality of the elderly in Nakhon Si Thammarat Province. Ratchaphruek Journal 2017;15(1):27-32. (in Thai)
12. สุนันทา ศรีศิริ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กรุงเทพมหานคร. วารสารคณะพลศึกษา 2555;15(ฉบับพิเศษ):308-315.
13. กัญนิกา อยู่สำราญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564;7(4):45-55.

การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง

The Development of a Service Model Accessing the Stroke Fast Track Among Elderly, Naduang District.

(Received: February 15,2024 ; Revised: March 9,2024 ; Accepted: March 10,2024)

สัญญา สาวิสัย[1]
Sunya Sawisai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง และการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ จำนวน 30 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อาศัยร่วมผู้สูงอายุบ้านเดียวกัน ตามข้อ(1) จำนวน 30 คน กลุ่มที่ 3 อสม. หมู่บ้านเดียวกัน ข้อ(1) จำนวน 30 คน ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้างานวิจัยเครื่องมือวิจัย มี 2 ส่วนประกอบด้วยส่วนที่ 1 ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2)แบบประเมินความรู้ ในการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง 3)แบบประเมินความพึงพอใจของ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอสม. ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติบรรยาย ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนส่วน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน 31 สิงหาคม 2566—31 มกราคม 2567

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 63.33 (19 คน) และอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 43.33 (13 คน) ส่วนระดับการศึกษา พบว่าจบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 90 (27 คน) การเข้าถึง ระบบ Fast tract ก่อนการพัฒนารูปแบบ 110 (นาที) หลังการพัฒนา 25 (นาที) หลังการพัฒนารูปแบบและกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบแตกต่างกัน ส่วนความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบคือค่าเฉลี่ยความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.41

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง , ผู้สูงอายุ

Abstracts

The research and development aimed to study the development of a service model accessing the stroke fast track among the elderly, Naduang district, and to study the results of the development of the stroke fast track among the elderly, Na Duang subdistrict, Na Duang district, Loei province. Participants were group 1: elderly people aged 60 years and over, with comorbidities such as high blood pressure. and/or smokers and non-smokers, 30 people. Group 2 participants were elderly caregivers living together with elderly people in the same house as group 1, totaling 30 people. Group 3, participants were village health volunteers, same village, with participants in Group 1, totaling 30 people according to the participants met criteria. The research measurements were 2 parts: Part 1 consists of 1) personal information 2) a knowledge assessment form in the care of cerebrovascular disease 3) satisfaction assessment form for the elderly, caregivers of the elderly, and village health volunteers. Part 2 consisted of a semi-structured interview form, and group discussion Quantitative data analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and deviation. The qualitative data analyzed with the content analysis. The study was conducted between 31 August 2023–31 January2024.

[1] พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาด้วง จ.เลย

The results of the study found that general information, the majority of elderly people aged 60 years and over were female by 63.33 percent (19 people), and between the ages of 60 -69 years by 43.33 percent (13 people). As for the educational level, it was found that they had graduated at the elementary school or less than primary school, 90 percent (27 people). Accessing to fast tract system before development model was 110 minutes but after the development model was 25 minutes. The sample group had different knowledge before and after the development of the model with a statistic significant of .05 (). The satisfaction before and after the model development was the average knowledge had increased with statistical significance at the level of .001, and the average satisfaction increased by 15.41 percent.

Keywords: model development, stroke fast track, elderly people

บทนำ

จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปีพ.ศ.2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) ในจำนวนนี้ เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีถึง 23,817 คน(ร้อยละ 69) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ[1] เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ[1]ในจังหวัดเลยในปี พ. ศ. 2563, 2564และ 2565 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2,839 , 2,595 และ 2,570 ราย ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิต3.17,3.43 และ 3.32ตามลำดับ[2]จังหวัดเลยมีระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นเครือข่ายในระดับจังหวัดและมีระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 อำเภอนาด้วงมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นทุกปี ในปีพ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 พบจำนวน 57, 64 และ 63 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 50 พบว่าเป็นผู้สูงอายุ โดยพบร้อยละ 59.65 (34 ใน 57ราย)70.31(45 ใน 64 ราย) และ 71.43 (45 ใน 63ราย) ตามลำดับ ในกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวเข้าถึงบริการช่องด่วนโรคเลือดสมอง เพื่อได้รับการรักษาทันเวลาตามมาตรฐานเพียง ร้อยละ 28.07 (16 ใน 57ราย)35.65 (16 ใน 64ราย) และ 40 (18 ใน 63 ราย)ตามลำดับซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ50) ในพื้นที่เขตตำบลนาด้วง มีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับที่ 2 ในอำเภอนาด้วง ในปีพ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 คิดเป็นร้อยละ 26.32 (15 ใน 57ราย), 28.13 (18 ใน 64ราย) และ 39.68 (25 ใน 63 ราย) เข้าถึงบริการช่องทางด่วน ในปีพ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 คิดเป็นร้อยละ 40.00 (6 ใน 15 ราย), 44.44 (8 ใน 18 ราย) และ32.00 (5 ใน 25 ราย)[3]จากวิเคราะห์ปัญหาพบว่าเกิดจากการขาดความรู้ของผู้สูงอายุโดยพบว่า ร้อยละ 26.67(12 ใน 45 ราย) เกิดอาการของโรคแล้วไม่แจ้งญาติหรือผู้ดูแล, ผู้สูงอายุขาดผู้นำส่งโรงพยาบาล ร้อยละ17.78 (8 ใน 45 ราย) โดยพบว่าผู้สูงอายุรอบุตรหลานกลับจากทำงานแล้วจึงจะให้บุตรหลานนำส่งโรงพยาบาลและหรือใช้โทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือไม่เป็น และผู้สูงอายุมีอาการหลังตื่นนอนที่ไม่มีผู้พบอาการร้อยละ 15.56 (7 ใน 45 ราย)[3]นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลและบุคลากรสาธารณสุขที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน :อสม.) ยังขาดความรู้เรื่องอาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลให้ทันเวลา 270 นาที(ตามมาตรฐานการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ) และคณะทำงานระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอนาด้วง ยังไม่มีการกำหนดรูปแบบการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ชัดเจน การนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาจึงขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของญาติหรือผู้ดูแล และ อสม. แต่ละคน กล่าวโดยสรุป คือ ยังไม่มีรูปแบบการนำผู้สูงอายุดังกล่าวเข้าระช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นแนวทางเดียวกันเมื่อมีอาการเริ่มแรกของหลอดเลือดสมองผู้ป่วยจึงเข้าถึงห้องฉุกเฉินยาก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า เกิด

ความพิการและภาวะแทรกซ้อนจากความพิการจนเสียชีวิตในที่สุด

การพัฒนากลยุทธ์ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 6 นาที เป็นการศึกษาระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ณ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ดังนี้การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ โครงการฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิ์ทุกที่ และระบบการแพทย์ฉุกเฉิน [4]การใช้รูปแบบโปรแกรมในรูปแบบApplicationของการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้หลักการคัดกรอง BEFASTจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จะเห็นว่า การมีรูปแบบการนำส่งผู้ป่วยที่ชัดเจนสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น แต่การพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุในการเข้าถึงช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีการศึกษาอย่างจำกัด ส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั่วไป ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ และในระดับโรงพยาบาลชุมชนยังมีการศึกษาน้อยโดยเฉพาะในเครือข่ายตำบลนาด้วง ยังไม่มีการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และเลขานุการเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอนาด้วง มีหน้าที่โดยตรงในการจัดระบบหรือรูปแบบบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาทันเวลา จึงพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วงเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วตามมาตรฐานลดอัตราการความพิการ และอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองและเป็นการพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลเพื่อบรรลุผลลัพธ์ที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง ซึ่งทำการศึกษาในโรงพยาบาลนาด้วง อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน 31 สิงหาคม 2566 – 31 มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่อาศัยในตำบลนาด้วงมีโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ทั้งหมดจำนวน 686 คนกลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูลวิจัย [6]การศึกษานี้ดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (ผู้ร่วมวิจัย) การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ใช้เกณฑ์การคัดเข้า คัดออก ประกอบไปด้วย กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ60 ปีขึ้นไป มีโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ จำนวน 30คน กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อาศัยร่วมผู้สูงอายุบ้านเดียวกัน ตามข้อ(1) จำนวน 30 คน กลุ่มที่3 อสม.หมู่บ้านเดียวกัน ข้อ(1) จำนวน 30 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1.ข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็น อสม.

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและอสม.ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง ประกอบด้วย อาการ อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มี 15 ข้อ ผู้วิจัยสร้างเองจากตำรา และทบทวนเอกสาร เป็นคะแนน 1 ตอบถูก และ 0 ตอบผิดวิธีประเมินผล 1)ได้คะแนนรวม 11-15 คะแนน มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก2) ได้คะแนน 6-10 คะแนน มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง 3) ได้คะแนน

1-5 คะแนน มีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและอสม.ก่อนและหลังการใช้

รูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างเองจากตำรา และทบทวนเอกสารตำบลนาด้วงแบ่งคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อ 5คะแนน รวมทั้งหมด 50 คะแนน แปลผล 1.00-5.00 ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึงพึงพอใจกับข้อความนั้นในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึงพึงพอใจระดับมากคะแนน 2.61-3.40 หมายถึงความพึงพอใจระดับปานกลาง คะแนน 1.81-2.60หมายถึงความพึงพอใจในระดับน้อย คะแนน 1.00-1.80 หมายถึงไม่พึงพอใจ

2.ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบไปด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสนทนากลุ่ม

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง(Semi structure interview)ผู้วิจัยสร้างเองจากตำรา และทบทวนเอกสารมีทั้งหมด 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสนทนากลุ่ม (Focus group guideline)ผู้วิจัยสร้างเองจากตำรา และทบทวนเอกสารมีทั้งหมด 3 ข้อ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งเครื่องมือเชิงปริมาณและเครื่องมือเชิงคุณภาพนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อหาความเที่ยงตรง ความเหมาะสมของเนื้อหา (Content validity) เชิงปริมาณโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงตามวัตถุประสงค์ (IOC) รายข้อ 0.97และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเชิงปริมาณ (Content Reliability) ทดสอบสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น คอนบาค อัลฟ่า ที่ 0.88 จึงนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness)[7]เก็บแบบสอบถามหลายวิธีแบบสามเส้าหลากหลายวิธีทั้งสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และการจดบันทึก

วิธีดำเนินการวิจัย

เมื่อผ่านการอนุมติจากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย 1) ได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจง (Purposive sampling) ใช้เกณฑ์การคัดเข้า คัดออก ประกอบไปด้วย กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูงและ/หรือสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ จำนวน 30คน กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อาศัยร่วมผู้สูงอายุบ้านเดียวกันตามข้อ(1) จำนวน 30 คน กลุ่มที่ 3 อสม. หมู่บ้านเดียวกัน ข้อ(1) จำนวน 30 คน 2) ให้ข้อมูลการวิจัย (Information sheet) ถ้ากลุ่มตัวอย่าง ยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ เซ็นยินยอม (Consent form) ผู้วิจัยได้อธิบายคำชี้แจง (Information sheet) และบอกวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการจะได้ให้เซ็นใบยินยอมซึ่งสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา 3)ทำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจในกลุ่มตังอย่าง ก่อนใช้รูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุตำบลนาด้วง4) จัดประชุมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการประเมินโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมชี้แจงรูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง ให้แก่ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และเครือข่ายกู้ชีพตำบลนาด้วง 5) ประเมินผลลัพธ์การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดในตำบลนาด้วง 6) ประเมินความรู้ทำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจในกลุ่มตังอย่าง หลังใช้รูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุตำบลนาด้วง

ขั้นตอนที่ 1ศึกษาสถานการณ์ปัญหา stroke fast tact ในตำบลนาด้วง (ดำเนินการ31 สิงหาคม 2566-10 กันยายน 2566)

โดยผู้วิจัยศึกษาสถิติการให้บริการผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง ปีงบประมาณ 2561–2565 ประกอบด้วย จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน

ผู้ป่วยที่เสียชีวิต และดำเนินการ ดังนี้ 1) ประชุมพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อนำเสนอสถานการณ์ การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ 2) ร่วมกันศึกษาบริบทและปรากฏการณ์ทางคลินิก โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ 30 ราย 3) ร่วมกันวิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหา สนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำไปสู่การกำหนด รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ พื้นที่ตำบลนาด้วง และ 4) ค้นคว้างานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทในการพยาบาล เพื่อนำข้อมูลมากำหนดกรอบในการตั้ง คำถามในการประชุมกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอาย ตำบลนาด้วง(ดำเนินการ11 กันยายน 2566-30 กันยายน 2566)

2.1 ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสม กับบริบทในการพยาบาล เพื่อนำข้อมูลมากำหนดกรอบในการตั้ง คำถามในการประชุมกลุ่ม

2.2 เพื่อยกร่างรูปแบบ สังเคราะห์งานวิจัยการสร้างรูปแบบการเข้าถึงบริการช่วงทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองจากขั้นที่ 1มาจัดทำร่างรูปแบบการเข้าถึงบริการโดยแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า 2) กระบวนการ 3) ผลลัพธ์

2.3 ส่งรูปแบบที่ยกร่างให้ผู้คุณวุฒิตรวจสอบ ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อายุรแพทย์ที่เคยเป็นประธานระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน เลขานุการคณะทำงานโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายจังหวัดเลย1 คน พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง (หลักสูตร 4 เดือน) 1 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.7-1.0 จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงแก้ไขรูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุตำบลนาด้วงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 3ทดลองใช้ยกร่างรูปแบบ (ดำเนินการ1ตุลาคม 2566-31ตุลาคม2566) โดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุตำบลนาด้วงจำนวน 2 คน เพื่อทดสอบใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และปรับปรุงยกร่างรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้เป็นรูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง

ขั้นตอนที่ 4 นำรูปแบบ ไปใช้ (ดำเนินการ1 พฤศจิกายน2566-31 ธันวาคม2566)

4.1 ชี้แจงรูปแบบที่ยกร่าง กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. และเครือข่ายกู้ชีพตำบลนาด้วง (นอกและในโรงพยาบาลนาด้วง)

4.2 ขอคำยินยอมการเข้าร่วมวิจัยจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอสม.

4.3 ประเมินความรู้เรื่องความสำคัญโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน การขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอสม.

4.5 ให้ความรู้เรื่องความสำคัญโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน และรูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง แก่ผู้สูงอายุ (จำนวน 30 คน) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (จำนวน 30 คน) และอสม. (จำนวน 30 คน)

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลลัพธ์รูปแบบบริการ (ดำเนินการ1 มกราคม2567-30 มกราคม2567) ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุตำบลนาด้วงโดยประเมินจาก

5.1 ความรู้ของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอสม

5.2 ความพึงพอใจของกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอสม เพิ่มขึ้นร้อยละ 10

5.3 ระยะเวลาของผู้สูงอายุที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองและเข้าถึงช่องทางด่วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนำได้แก่ จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการประชุมการสังเกตการสัมภาษณ์นำมาเคราะห์สาระสำคัญ (Content analysis) โดยการวิเคราะห์แก่น สาระ (thematic analysis) โดยการทำสนทนากลุ่ม และตามไปสัมภาษณ์เชิงลึกที่บ้าน หรือที่จัดประชุมทีม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือเสนอขออนุมัติการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยโดยได้รับการรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการวิจัย ECLOEI 0047/2566เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 63.33 (19 คน) และอายุระหว่าง 60 -69 ปี ร้อยละ 43.33 (13 คน) ส่วนระดับการศึกษา พบว่าจบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 90 (27 คน) รายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 500-1,000 บาทคิดเป็น ร้อยละ 73.33 (22 คน) ส่วนใหญ่ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 63.33 (19 คน)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 76.67 (23 คน) และ อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อย 40 (12 คน) ส่วนระดับการศึกษา พบว่า จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 (20 คน) รายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 500-2,000 บาทคิดเป็น ร้อยละ 80 (24 คน) ส่วนใหญ่อาชีพ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 60 (18 คน)

อาสาสมัครชุมชน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 (25 คน) และ อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 36.67 (11 คน) รองลงมา อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 30 (9 คน) ส่วนระดับการศึกษา พบว่า จบการศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 43.33 (13 คน) รายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 500-2,000 บาทคิดเป็น ร้อยละ 63.33 (16 คน) ส่วนใหญ่อาชีพ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 86.67 (26 คน)

2.การศึกษาผลการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุตำบลนาด้วงผลลัพธ์ด้านผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อสม.

ตารางที่1การเปรียบเทียบการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุตำบลนาด้วง ของผู้สูงอายุ

ประเด็น	จำนวน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	*p*
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านความรู้	30	11.47	1.795	13.47	1.756	- 4.033	< .001
ความพึงพอใจ	30	2.763	0.261	3.679	0.428	-11.677	< .001

*p<.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ความรู้ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในห้วงเวลาวันที่ 31 สิงหาคม 2566–31 มกราคม 2567 พบผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการเข้าถึง ระบบ Fast tract ก่อนการพัฒนารูปแบบ 110 (นาที) หลังการพัฒนา25 (นาที)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุตำบลนาด้วง ของผู้ดูแล

ประเด็น	จำนวน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	*p*
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านความรู้	30	11.77	1.832	14.00	2.244	-7.048	< .001
ความพึงพอใจ	30	2.900	0.259	3.927	0.627	-7.824	< .001

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่าความรู้ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุตำบลนาด้วง ของ อสม.

ประเด็น	จำนวน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	*p*
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านความรู้	30	11.87	1.943	14.63	0.928	-8.186	< .001
ความพึงพอใจ	30	2.956	0.266	3.866	0.565	-10.458	< .001

*p<.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ความรู้ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการประเมินประสิทธิผลรูปแบบบริการเข้าช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุตำนาด้วง

ผลลัพธ์จาการติดตามหลังเสร็จกระบวนการเป็นระยะเวลา 1เดือนพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในพื้นที่ตำบลนาด้วง จำนวน 1 รายเข้ารับการรักษาทันเวลา (ใช้เวลา 25 นาที) และใช้บริการรูปแบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง

4. ข้อมูลด้านสุขภาพ จากผลการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง พบ 4 แก่นสาระ

แก่นสาระที่ 1 การป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง_การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้และไม่ได้ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองให้ผลดีกว่าการตามแก้ไขหรือรักษาเมื่อเกิดโรคแล้ว**ดังคำกล่าว**

“ปัจจัยที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิตโดยมากสามารถปรับเปลี่ยนได้ไม่ว่าจะด้วยการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมหรือการใช้ยาได้แก่ความดันโลหิตสูงเบาหวานไขมันในเลือดสูงการสูบบุหรี่ (ผู้สูงอายุคนที่1,ผู้ดูแลคนที่3และคนที่4)

“อายุเมื่ออายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น(ผู้สูงอายุคนที่ 2 และอสม. คนที่ 1)

“การควบคุมปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุด” (อสม. คนที่ 3และผู้ดูแลคนที่1)

แก่นสาระที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและอสม หมายถึง_ความรู้ด้านการป้องกัน ด้านการประเมินอาการ และระบบบริการช่องทางด่วนด่วนโรคหลอดเลือดสมอง**ดังคำกล่าว**

“ถ้าเรามีความรู้การประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ก็สามารถขอความช่วยเหลือและนำส่งผู้ป่วยได้ รวดเร็วและถูกต้อง” (ผู้ดูแลคนที่ 3, ผู้ดูแลคนที่6)

“ความรู้ของ อสม.ประจำครอบครัว มีผลต่อการดูแลและให้ความช่วยเหลือบุคคลในการดูแลได้” (อสม.คนที่ 2, อสม.คนที่ 10)

“ถ้าเรารู้ว่าโรคนี้มีความสำคัญอย่างนี้ เราก็จะรีบไปรักษาให้ทันเวลา” (ผู้ดูแลคนที่ 5,และผู้ดูแลคนที่2)

แก่นสาระที่ 3 ระบบเครือข่ายการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึงการสร้างทีมให้บริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอด

เลือดสมองที่ประกอบไปด้วยทีมทั้งโรงพยาบาล ชุมชน และหมู่บ้าน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการได้รวดเร็ว **ดังคำกล่าว**

"อยู่บ้านคนเดียว ไม่มีรถจะมาโรงพยาบาลอย่างไง"(ผู้สูงอายุคนที่ 1,ผู้สูงอายุคนที่ 5และคนที่11)

"ยายใช้โทรศัพท์ไม่เป็น จะขอความช่วยเหลือกับใคร เมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง" (ผู้สูงอายุคนที่ 3,ผู้สูงอายุคนที่ 4)

"บ้านอยู่ไกลจะเดินทางมาถึงในเวลาที่กำหนดได้มั้ย"(ผู้สูงอายุคนที่ 6,ผู้สูงอายุคนที่ 8)

"เวลาลูกไม่อยู่บ้าน ต้องขอความช่วยเหลือกับใคร"(ผู้สูงอายุคนที่ 7,ผู้สูงอายุคนที่ 1)

" เวลาไม่มีลูกหลานอยู่บ้านได้ สามารถขอความช่วยเหลือน้าข้างบ้านได้" (ผู้สูงอายุคนที่ 2, อสม.คนที่ 5)

แก่นสาระที่ 4 ความพร้อมของทีมสุขภาพ หมายถึง_ความพร้อมด้านการบริการช่องทางด่วนสามารถให้บริการตลอด 24 ชม มีความพร้อมทั้งรถ บุคลากร ระบบบริการที่จัดให้บริการ **ดังคำกล่าว**

"มีอาการโรคหลอดเลือดสมองตอนกลางคืนมีรถนำส่งโรงพยาบาลได้เลย" (ผู้ดูแลคนที่8 ,และผู้ดูแลคนที่2)

"ไม่แน่ใจว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือเปล่า สามารถถามอสม. ที่ดูแลครอบครัวได้ตลอด" (ผู้สูงอายุคนที่ 5,9 และผู้ดูแลคนที่2)

" บ้านไม่มีรถนำส่ง สามารถเรียกหน่วยกู้ชีพตำบลนาด้วงนำส่งที่โรพยาบาลนาด้วงเตลอด 24 ชม" (อสม.คนที่ 1,5,และคนที่ 9)

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุตำบลนาด้วง มีความสอดคล้องปัญหาและบริบทของตำบลนาด้วง ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนารูปแบบที่สามารถทำให้เห็นภาพของการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุคำนึงถึงความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆกับสิ่งแวดล้อมโดยพิจารณาถึงปัจจัยที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนการวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหาทั้งระบบโดยพัฒนารูปแบบให้มีองค์ประกอบที่เหมาะสมเป็นรูปแบบที่ไม่ซับซ้อน สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายโดยการศึกษาค้นคว้าทฤษฎีแนวคิดของกชพรรณ ศรีท้วม,นิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธ[8] รูปแบบและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การศึกษาเชิงปฏิบัติการในเรื่องการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลบางระกำอำเภอบางระกำจังหวัดพิษณุโลกใช้ทฤษฎีระบบในการจัดรูปแบบประกอบด้วยปัจจัยนำเข้ากระบวนการและผลลัพธ์

2. การศึกษาผลการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุตำบลนาด้วง ผู้ลักษณะทั่วไปสูงอายุส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 63.33 (19 คน) และ อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 43.33 (13 คน) ส่วนระดับการศึกษาพบว่า จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 90 (27 คน) รายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 500-1,000 บาทคิดเป็น ร้อยละ 73.33 (22 คน) ส่วนใหญ่ว่างงาน คิดเป็นร้อย

ประสิทธิผลของรูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง ในการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยง การจัดระบบการสื่อสารเครือข่าย การสอนทักษะการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ครั้งในเวลา 2 เดือน ส่งผลให้ความรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุ,กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ,กลุ่มอสม. ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องงานวิจัยของกชพรรณ ศรีท้วม,นิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธ[8] ศึกษาการรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกการจัดกิจกรรมให้ความรู้และทักษะเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกดีใจที่ได้เข้ารับการอบรมได้รับความรู้สามารถนำไปใช้กับบุคคลในครอบครัวเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคอัมพฤกษ์อัมพาต

อาการของโรค หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.001$)

ประสิทธิผลของรูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 รายในกลุ่มผู้สูงอายุ เข้าถึงบริการช่องทางที่พัฒนา ในเวลา25 นาที หลังมีอาการสอดคล้องงานวิจัยการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการพัฒนาระบบบริการได้มีกระบวนการพัฒนา 3 วงจร เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว และการคัดกรองผู้ป่วย การส่งต่อ ผลลัพธ์ทำให้ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ลดลงจาก 67.17 นาที เป็น 46.79 นาที[9] ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและตามมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีขอบเขตพื้นที่เพียงตำบลเดียวในอำเภอนาด้วง จังหวัดเลย เท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ในแต่ละชุมชน ตำบลอื่นๆ ย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพพื้นที่ชุมชน ระยะทาง และการจัดรูปแบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ จึงควรมีการศึกษาวิจัยในชุมชนอื่นต่อไปให้ครอบคลุมพื้นที่ อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย

2. การวิจัยในครั้งนี้ การประเมินผลลัพธ์ข้อมูลน้อยเนื่องกลุ่มประชากรที่เข้าร่วมวิจัยไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้อย่างเต็มที่ ความขยายกลุ่มประชากรและพื้นที่ครอบคลุมอำเภอนาด้วง และใช้ระยะเวลาดำเนินการมากกว่า 1 ปี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากดร.อรอุมา แก้วเกิด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม นางสาววนิดา เคนทองดี รองผู้อำนวยการฝ่ายการ โรงพยาบาลเลย และดร.บุญมา สุนทราวิรัตน์ ผู้ช่วย สสจ.เลย หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ซึ่งเป็นที่ปรึกษาการวิจัยในครั้งนี้ขอขอบคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาลนาด้วงทุกท่าน ที่สนับสนุน และให้โอกาสในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค. กองโรคไม่ติดต่อ. สำนักสื่อสารความเสี่ยง. รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองหรือวันอัมพาตโลก [อินเทอร์เน็ต]; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://goodhealth.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/180623/

2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. คลังข้อมูลจังหวัดเลย. Health Data Center เลย. กลุ่มรายงานมาตรฐาน.ข้อมูล Service plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด.เลย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2565

3.โรงพยาบาลนาด้วง. ฝ่ายการพยาบาล. งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลนาด้วงปี2565. เลย: โรงพยาบาล; 2565

4.บดีภัทร วรฐิติอนันต์.ระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ณ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลนครปฐม :ความท้าทายก้าวสู่แนวปฏิบัติที่ดีเลิศในประเทศไทย. ว.ประสาทแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566]; 35: 17-29. เข้าถึงได้จาก: http://neurothai.org/images/journal/2019/vol35_no2/1729Original.pdf

5.เกษณี คำจันทร์.การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหางดง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน].เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.

6.Creswell, J. W.& Clark, V. L. P. Designing and conducting mixed methods research. (2nd ed.): SAGE publishing; 2011

7. Guba, EG., Lincoln, YS. Fourth Generation Evaluation. London: Sage Publications; 1982.

8.กชพรรณ ศรีท้วม,นิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ.รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก.[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566];17: 5-18.เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-haijo.org/index.php/dpcphs/article/view/193792

9.สงบ บุญทองโท, นิสากร วิบูลชัย, องุ่น บุตรบ้านเขว. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ. ว.โรงพยาบาลมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2566]; 14:100-13. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci- thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/199355

ผลลัพธ์โปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ

The results of a Thai traditional compress program and self-efficacy enhancement in self-care on knee joint pain in the elderly.

(Received: February 2,2024 ; Revised: March 4,2024 ; Accepted: March 8,2024)

จิรัชญา ต้นสวรรค์[1] อรอุมา แก้วเกิด[2]นันทยา นนเลาพล[1]
Jirutchaya Tonsawan[1] Onuma Kaewkerd[2] Nantaya Nonlaopon[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลผลลัพธ์โปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยผู้สูงอายุผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี กลุ่มควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน เครื่องมือที่ใช้มี 2 ส่วน 1) โปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้การประคบแผนไทย แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .74, .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Dependent t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ และสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=17.16, p =.000 และ t=8.97, p=.000) ส่วนคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดข้อเข่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (t=0.76, p=0.45)

คำสำคัญ: โปรแกรมการประคบแผนไทย สมรรถนะแห่งตน ปวดข้อเข่า ผู้สูงอายุ

Abstract

The quasi-experimental research aimed to study the results of the Thai traditional compress program increasing self-efficacy in self-care on the level of knee joint pain among the elderly in the control and experimental groups. The sample group consisted of early elderly patients aged 60-69 years, a control group of 35 people and an experimental group of 35 people. The tools used were 2 parts: 1) the Thai traditional compress program and increasing self-efficacy in self-care for knee joint pain among the elderly; 2) the tools for collecting data were: personal data, questionnaire on knowledge of traditional Thai compresses, Bendura's Self-Efficacy questionnaire. Reliability was checked with Cronbach's alpha coefficient was equal to .74, .76 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean, standard deviation. Data used Dependent t-test and independent t-test statistics to compare mean scores.

Research results found that after implementing the experiment, the experimental group had an average of knowledge, and self-efficacy were significantly higher than the control group (t=17.16, p =.000 and t=8.97, p=.000). As for knee joint pain, the experimental and control groups were not different in mean score of pain

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลกุด
[2] มหาวิทยาลัยนครพนม

scores (t =0.76, p=0.45). This program can increase the knowledge and self-efficacy of elderly people with knee osteoarthritis in Saenphan Subdistrict.

Keywords: Thai traditional compress program, Self-efficacy, knee joint pain, elderly people

บทนำ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามคำนิยามของสหประชาชาติสำหรับประเทศกำลังพัฒนาการก้าวเข้าสู่สังคม สูงวัย ของปะระเทศไทยและคาดว่าจะเพิ่มเป็น 70 ล้านคนในปีพ.ศ. 2573 (พระปลัดวีระชนม์ เขมวิโร, ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์ ขันแก้ว, โฆษิต คุ้มทั่ว)[1] จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเกิดเนื่องมาจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่โรคที่เกิดจากผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ทางด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และอื่นๆ ซึ่ง เป็นโรคที่ค่อยๆ เพิ่มความรุนแรง เป็นความบกพร่องและเบี่ยงเบนจากปกติ หากไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอและผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็จะมีอาการรุนแรงและ เสียชีวิตได้ (Phrapalad Somchai Payogo and Uthai Sudsukh, 2015; Snoddon, J.2010)[2,3]

สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัฒนธรรมบริโภคนิยมส่งผลกระทบต่อมิติทางจิตวิญญาณที่บุคคลแสดงออกมาในรูปของการเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เช่นการทำร้ายตัวเองด้วยการติดสารเสพติดการพนัน การใช้ความรุนแรงจนกลายเป็นปัญหาสังคมเป็นผลจากความอ่อนแอทางจิตวิญญาณทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิตก่อให้เกิดความทุกข์ความไม่สบายกายไม่สบายใจแก่บุคคลในทุกระดับสังคมจึงได้หันมาให้ความสนใจความสุขแบบองค์รวมนั่นคือการมีความสุขที่ยั่งยืนจะต้องมีสุขภาวะที่ดีครบทั้ง 4 มิติ ได้แก่ สุขภาวะทางกายสุขภาวะทางจิตสุขภาวะทางสังคมและสุขภาวะทางจิตวิญญาณโดยมองเห็นสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณการความเป็นองค์รวมของกายจิตใจและสังคมของบุคคลและชุมขนให้สอดประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังพบมากในคนอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไปและพบได้มากกว่า ร้อยละ 80-90 ในคนอายุมากกว่า 75 ปี นอกจากอายุจะเป็นปัจจัยที่สำคัญแล้วยังพบว่าอาชีพหรือการทำงานหนักก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการข้อเข่าเสื่อมได้ง่ายรวมทั้ง การเคลื่อนไหวช้าๆของข้อจะทำให้เกิดข้อเสื่อมได้เร็วกว่าปกติ จากสถิติผู้ป่วยกระดูกและข้อของมูลนิธิโรคข้อในพระบรมราชูปถัมภ์ใน สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ปี 2553 พบว่า มีผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมกว่า 6 ล้านคน ข้อที่พบเสื่อมมากที่สุด คือ ข้อเข่า เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่ใหญ่ที่สุดในร่างกายต้องรับน้ำหนักมากและเคลื่อนไหวมาก ทำให้ข้อเสื่อมได้ง่าย และเป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 80 เมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป พบว่า ผลเสียของภาวะข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่รักษาไม่หายขาด ไม่กลับสู่สภาพปกติ และจะทวีความรุนแรงขึ้นทำให้เกิดความผิดปกติของข้อและอาจเกิดความพิการผู้ป่วยมีอาการเดินไม่สะดวก มีเสียงดังกรอบแกรบ (crepitus) ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, 2562)[4] จากภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน ทำกิจวัตรประจำวันก่อนการประกอบอาชีพได้ช้าลง (รังสิยา นารินทร์ และคณะ, 2556)[5] และนำไปสู่การใช้ยาแก้ปวดและยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างต่อเนื่องส่งผลทำให้เกิดภาวะเสี่ยงและอันตรายจากการใช้ยา เช่น เลือดออกในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารทะลุเป็นต้น

จากรายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดนครพนม ประจำปี พ.ศ. 2565 พบว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดนครพนมมีผู้สูงอายุทั้งหมด 110,2567 คน มีผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ 96,232 คน ผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับเบี้ยงยังชีพ 16,080 คน ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือ

ตัวเองไม่ได้/ไม่มีคนดูแล/ไม่มีรายได้/ ผู้ป่วยเรื้อรังติดเตียง 4,054 คน มีผู้ป่วยปวดข้อเข่า 1,200 คน จากการสำรวจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนพัน พบว่า มีสถิติผู้สูงอายุจำนวน 632 คนใน 8 หมู่บ้าน ปี พ.ศ. 2565 (ทะเบียนผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนพัน, 2565) จำนวน 683 คน มีอาการปวดข้อเข่าจำนวน 156 คน เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 86 คน ซึ่งปัญหาข้อเข่าเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอธาตุพนม ตำบลแสนพัน จังหวัดนครพนม ซึ่งผู้สูงอายุยังไม่มีแนวทาง หรือรูปแบบการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการมุ่งช่วยให้ผู้สูงอายุที่ปวดข้อเข่าด้วย โปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุมี เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุตอนต้นที่ปวดข้อเข่า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลผลลัพธ์โปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษาผลผลลัพธ์โปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยผู้สูงอายุผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนพัน เก็บข้อมูลวิจัยตั้งแต่วันที่ วันที่ 27 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุผู้สูงอายุตอนต้นแพทย์วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อม อายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุชุมชนแสนพัน จำนวน ทั้งสิ้น 86 คน จำนวน 33 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ การเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Stratified Random sampling) กลุ่มตัวอย่างจาก G * power (Faul, et.al., 2007)[7] โดยใช้สถิติ Independent t-teat ค่า effect size จากค่ามาตรฐานกลาง ได้เท่ากับ 0.8 Power .95 ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้กลุ่ม ควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน ตามคุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้ (Inclusion criteria)ดังนี้ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 60-69 ปีขึ้นไป 2) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 3) ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม 4) ภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลแสนพัน อ.ธาตุพนม จังหวัดนครพนม 5) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้ (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ป่วยร้ายแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ 2) ย้ายภูมิลำเนา 3) ต้องการถอนตัวออกจากงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 1)ให้ความรู้เรื่องการลดปวดและการประคบแผนไทยโดยพยาบาลวิชาชีพและคณะวิจัย (วัดผลก่อนหลัง) และแจกคู่มือโปรแกรม 2) ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้หาปัญหาร่วมกัน ประกอบด้วยการวางเป้าหมายชีวิต การมีเพื่อนร่วมทีม การร่วมสร้างข้อตกลงสัญญา ทำกิจกรรมเพิ่มสมรรถนะแห่งตน

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วนดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2)แบบสอบถามความรู้การประคบแผนไทย ผู้วิจัยสร้างเอง ตามเอกสารตำราเรื่องการทำกิจวัตรทางศาสนากับ การนั่งสมาธิ เดินจงกรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ เป็น ใช่ ไม่ใช่ 3)แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน ของเบนดูรา

ประยุกต์และปรับจาก โชติกา สาระปัญญา[8] แบ่งเป็น 20 ข้อ 5 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 เห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ท่าน อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบวัดมาหาค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ (interrater agreement) และหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) พบค่า IOC เท่ากับ 0.50- 1.00 ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าครอนบาคแอลฟาที่ .74 สำหรับแบบสอบถามความรู้ และ .76 สำหรับแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่ม ควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน ผู้วิจัยให้ข้อมูลการวิจัย อาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอม (Consent form) และทำแบบสอบถามการวิจัย นัดหมายทำโปรแกรม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ (วัดผลก่อนหลัง) นัดทำกิจกรรมประกอบไปด้วย 1) ให้ความรู้เรื่องการลดปวดและการประคบแผนไทยโดยพยาบาลวิชาชีพและคณะวิจัย (วัดผลก่อนหลัง) และแจกคู่มือโปรแกรม 2) ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้หาปัญหาร่วมกัน ประกอบด้วยการวางเป้าหมายชีวิต การมีเพื่อนร่วมทีม การร่วมสร้างข้อตกลงสัญญา ทำกิจกรรมเพิ่มสมรรถนะแห่งตน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล[9] มีดังต่อไปนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวด ความรู้และคะแนนสมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม รหัสโครงการวิจัยเลขที่ REC 082/66 เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลแบบสอบถาม และ ชื่อ สกุล ของอาสาสมัคร มีการกำหนดรหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล จะทำลายสอบถามภายหลังตีพิมพ์ผลงานวิจัย 2 ปี นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 140 ราย กลุ่มทดลอง 70 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.1 มีอายุเฉลี่ย 58.7 อายุต่ำสุด 28 ปี สูงสุด 84 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.6 มีสถานภาพสมรสอยู่เป็นคู่ ร้อยละ 48.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 55.7 ความพอเพียงทางเศรษฐกิจ พอใช้ไม่เหลือเก็บ

2. ผลของโปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ค่าคะแนนความปวดข้อเข่า ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง(n=35)		หลังทดลอง(n=35)		Mean Diff	t	p-value	95% CI	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				Lower	upper
กลุ่มทดลอง									
- ความรู้	5.46	1.11	8.59	0.95	3.13	20.94	<0.001	2.83	3.43
- การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	55.67	9.93	69.47	12.99	13.80	16.62	<0.001	12.14	15.45
- ความปวดข้อเข่า	4.97	0.74	3.03	0.78	1.94	19.54	<0.001	1.74	2.14
กลุ่มควบคุม									
- ความรู้	5.74	0.99	5.87	0.92	0.13	1.76	0.08	-0.02	0.27
- การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	52.74	8.56	52.91	8.36	0.17	1.09	0.28	-0.14	0.48
-ความปวดข้อเข่า	5.07	0.82	5.00	0.83	0.07	1.09	0.28	-0.06	0.20

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ (Mean diff. = 3.13, 95% CI = 2.83 ถึง 3.43) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Mean diff. = 13.80, 95% CI = 12.14 ถึง 15.45) และความปวดข้อเข่า (Mean diff. = 1.94, 95% CI = 1.74 ถึง 2.14) ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 กลุ่มควบคุมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความปวดข้อเข่า ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความปวดข้อเข่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=35)		กลุ่มควบคุม(n=35)		Mean Diff	t	p-value	95% CI	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				Lower	upper
ก่อนทดลอง									
- ความรู้	5.46	1.11	5.74	0.99	-0.28	-1.61	0.11	-0.64	0.06
- การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	55.67	9.93	52.74	8.56	2.93	1.87	0.06	-0.17	6.03
-ความปวดข้อเข่า	4.97	0.74	5.07	0.82	0.10	0.76	0.45	-0.16	0.36
หลังทดลอง									
- ความรู้	8.59	0.95	5.87	0.92	2.72	17.16	<0.001	2.40	3.01
- การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	69.47	12.99	52.91	8.36	16.56	8.97	<0.001	12.90	20.20
-ความปวดข้อเข่า	3.03	0.78	5.00	0.83	1.97	14.45	<0.001	1.70	2.24

จากตารางที่ 2 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ ค่าคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความปวดข้อเข่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ (Mean diff. = 2.72, 95% CI = 2.40 ถึง 3.01) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Mean diff. = 8.97, 95% CI = 12.90ถึง 20.20) และความปวดข้อเข่า (Mean diff. = 197, 95% CI = 1.70 ถึง 2.24) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001

สรุปและอภิปรายผล

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนความปวดข้อเข่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และความปวดข้อเข่า (t = 14.45, 95%CI = 1.70 – 2.24, P<0.001) แต่ค่าเฉลี่ย ความปวดจากค่าเฉลี่ย5.00 (S.D.= 0.83) เป็น 3.03 (S.D.= 0.78) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์วิชญ์ คำรังสี (2565)[10] พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การสาธิต ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.001) และอาการปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปวดมาก และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาการปวดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 4.07 อย่างมานัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.001) อภิปรายได้ว่าการประคบสมุนไพรบางครั้งไม่ได้ลดปวดจนมีนัยสำคัญ แต่ค่าเฉลี่ยอาการปวดลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมตามระยะเวลาของสรีรวิทยาของร่างกาย การประคบเป็นเพียงแค่การบรรเทา อาจไม่มีผลทางนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบสองกลุ่ม

ผลลัพธ์โปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการลดปวดและการประคบแผนไทยโดยพยาบาลวิชาชีพและคณะวิจัยทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้หาปัญหาร่วมกัน ประกอบด้วยการวางเป้าหมายชีวิต การมีเพื่อนร่วมทีม การร่วมสร้างข้อตกลงสัญญา ทำกิจกรรมเพิ่มสมรรถนะแห่งตน พบว่าค่าคะแนนความรู้ (t = 17.16, 95%CI = 2.40 - 3.01, P<0.001) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (t = 8.97, 95%CI = 12.90 - 20.20, P<0.001) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าหลังการใช้โปรแกรมการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นและระดับความปวดข้อเข่าลดลง แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อโปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ สามารถอภิปรายได้ว่าผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีของเบนดูรามาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งกล่าวไว้ว่าบุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ต้องการได้นั้นจำเป็นต้องผ่านกระบวนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองก่อน โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเกิดขึ้นได้ต้องผ่านกระบวนการการรับรู้ การเรียนรู้ จากกระบวนการรับรู้รับฟัง การได้รับประสบการณ์ตรงจากบุคคลต้นแบบเป็นสื่อเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่เข้าใจง่าย การรับรู้จากสื่อการสอน ไม่ว่าจะเป็นเอกสาร วิดีทัศน์ วิทยากร การฝึกปฏิบัติอันเป็นกระบวนการส่งเสริมให้เกิดความรู้และนำไปสู่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์วิชญ์

คำรังสี (2565)[10] พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การสาธิต ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.001) และอาการปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปวดมาก และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาการปวดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 4.07 อย่างมานัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.001) ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ พยอม สุวรรณ [11] ศึกษาผลของการประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อ ข้อฝืด และความลำบากในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าภายหลังกลุ่มทดลองได้รับการประคบร้อนด้วยสมุนไพรและกระเป๋าน้ำร้อน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนอาการปวดข้อ ข้อฝืด และความลำบากในการทำกิจกรรมลดลงกว่าก่อนได้รับการประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาณี แสงกระจ่าง [12] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก และภาวะสุขภาพของผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมทางสุขภาพ และมีภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < 0.001 ดังนั้นสรุปได้ว่าในการพัฒนาโปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีของแบนดูราเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนากิจกรรมการให้ความรู้ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการประคบแผนไทยช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการเรียนรู้ เข้าใจ เกิดความตระหนักต่อภาวะทางสุขภาพ สามารถประเมินสมรรถนะทางร่างกายของตนเองได้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงส่งผลต่อการลดภาวะของการปวดข้อเข่าได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ด้านนโยบาย ควรมีการส่งเสริมการนำโปรแกรมการประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ ไปใช้ในระดับชุมชน รณรงค์ให้ผู้สูงวัยให้ความสำคัญต่อภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะการพึ่งพา การให้ความรู้ในระดับชุมชน การให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และการเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเองต่อการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ

ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการลดภาวะความปวดข้อเข่าด้วยวิธีทางแพทย์แผนไทยร่วมกับแผนจีนและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน โดยมีการติดตามผลต่อเนื่องและวัดระดับความปวดก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลองเป็นระยะเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. พระปลัดวีระชนม์ เขมวิโร, ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์ ขันแก้ว, โฆษิต คุ้มทั่ว, สงวนหล้า โพนทัน .การเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา. วารสารสันติปริทรรศน์ 2017;5(1):78-88.

2. Payogo PS, Sudsukh U. (2015). Buddhist Integration of Caring For Chronic Disease in ThaiSociety. Journal of MCU Peace Studies 2015;3(2):45-64.
3. Snoddon J. Case management of long-term conditions: principles and practice for nurse. Massachusetts: Blackwell. 2010.
4. สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม [Internet]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2559 ตุลาคม 2]. เข้าถึงได้จาก.http://www.thairheumatology.org/wpcontent/uploads/2016/08/Guideline-for-Management-of-OA-knee.pdf
5. รังสิยา นารินทร์, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, วราภรณ์ บุญเชียง. การพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารพยาบาล. 2558;42(3):170-181.
6. Bandura A, Freeman WH, Lightsey R. Self-Efficacy: The Exercise of Control. Journal of Cognitive Psychotherapy. 1997;13(2):158-166.
7. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-91.
8. โชติกา สาระปัญญา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
9. Hair, F. J., Black, C.W., Babin, J. B. & Anderson, E.R. Multivariate Data Analysis. 7th ed. New Jersey; 2010.
10. ณรงค์วิชญ์ คำรังษี, สมชาย จาดศรี. ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(2):97-110.
11. พยอม สุวรรณ. ผลของการประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อ ข้อฝืด และความลำบากใน การทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
12. สุภาณี แสงกระจ่าง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนักและภาวะสุขภาพในผู้เป็นข้อเข่าเสื่อม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557;33(3):101-109.

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังคลอดในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

The Effectiveness of The Self-Care Behavior Promotion Program for Readiness of Primigravida Postpartum mother Before Discharge and Follow up at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: February 8,2024 ; Revised: March 4,2024 ; Accepted: March 8,2024)

สุกัญญา พงษ์ศิริรักษ์[1] , นฤมล สินสุพรรณ[2] , วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา[2]
Sugunya Pongsirirug[1] , Narumon Sinsupan[2] , Veena Isarankura Na Ayudhya[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังคลอดในโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือมารดาครรภ์แรกที่คลอดบุตรทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดที่เข้ามารับบริการในหอผู้ป่วยหลังคลอดช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2566 จำนวนทั้งหมด 62 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ31 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงหลังคลอด แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด แบบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลฉบับมารดาหลังคลอด แบบประเมินความพึงพอใจของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดต่อโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, Paired t-test, Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่าย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมก่อนการจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมก่อนการจำหน่าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.002) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่าย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมก่อนการจำหน่ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ระดับมาก($\bar{X}$=4.45,S.D.=0.50)

คำสำคัญ โปรแกรมการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง มารดาครรภ์แรก ระยะหลังคลอด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพร้อมก่อนการจำหน่าย

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to investigate the effectiveness of a supplemental program in enhancing self-care behaviors among primiparous mothers after childbirth, with the goal of improving preparedness for discharge and postpartum care in Ban Phai Hospital, Ban Phai District, Khon Kaen Province. The study included a sample of 62 participants, consisting of primiparous mothers who delivered either vaginally or via cesarean section and received postpartum care in the postpartum ward from October to December 2023. The participants were divided into an experimental group (n=31) and a control group (n=31) based on predetermined criteria. The research instruments

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย Corresponding author E-mail : kpongsirirug@gmail.com
[2] รองศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

comprised personal information questionnaires, knowledge assessment about postpartum self-care, self-care behavior questionnaires, postpartum readiness assessment from the hospital, and satisfaction assessment of the program for primiparous mothers after childbirth.The data were analyzed using descriptive statistics, percentages, means, paired t-test, and independent t-test.

The findings revealed that the experimental group, which received the supplemental program, demonstrated significantly higher average scores for preparedness before discharge compared to the control group receiving standard postpartum care (p-value=0.002). Furthermore, the experimental group exhibited significantly higher average scores for preparedness before joining the program compared to before participating in the program (p-value<0.001). The mothers in the experimental group also reported high satisfaction with the program($\bar{X}$=4.45, S.D.=0.50).

Key words: Program for promoting self-care behaviors , the first trimester of pregnancy, postpartum period, self-care behaviors ,readiness before discharge.

บทนำ

สุขภาพของมารดามีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะสุขภาพของประชากรในกลุ่มมารดาหลังคลอด เนื่องจากภายหลังการให้กำเนิดทารกแล้ว มารดาจะมีบทบาทหน้าที่ในการเลี้ยงดู เพื่อให้ทารกได้มีพัฒนาการที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมพร้อมที่จะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีคุณภาพต่อไป สถานการณ์การเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารก เป็นดัชนีสากลที่ใช้ชี้วัดถึงสภาวะสุขภาพของประชากรและการพัฒนาประเทศ โดยพบว่า อัตราการตายของทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate : NMR) และอัตราการตายของมารดาเนื่องมาจากการคลอดและภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด 6 สัปดาห์ไม่ผ่านเป้าหมาย โดยอัตราการตายของทารกอยู่ที่ 4.5 ต่อประชากร 1,000 คนในปีพ.ศ. 2565 ส่วนอัตราการตายของมารดาอยู่ที่ 25.86 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพในปีพ.ศ.2565 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนด คือ อัตราการตายของมารดาไม่เกิน 17 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ[1] สาเหตุการตายของมารดาหลังคลอดนั้นมาจากภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ16 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10 ภาวะแท้งร้อยละ 4[1] พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องมีการ

กระทำที่ถูกต้องจึงจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีได้ หากมารดาไม่มีความรู้และขาดทักษะในการดูแลตนเองและทารก อาจทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมา ดังนั้น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง หากมารดามีความพร้อมในการดูแลตนเองและบุตรส่งผลให้มารดาสามารถจัดการกับปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆในการให้ความรู้ เสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองและการเตรียมความพร้อมของมารดาก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่ามารดาหลังคลอดครรภ์แรกจะปฏิบัติตนได้ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมสำหรับการได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล (personal status/patient characteristic) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล (hospitalization factor) และปัจจัยทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล (nursing therapeutic intervention)[2]

โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ ให้บริการดูแลมารดาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดต่อเนื่องจนจำหน่าย โดยมีเป้าหมาย ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย พัฒนาการสมวัย จำนวนมารดาในระยะหลังคลอดนั้นมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆในทุกๆ ปี โดยในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้มาคลอดทั้งสิ้น 579 ราย และปี

พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้มาคลอด 756 ราย ปี2566มีจำนวนผู้มาคลอด789 ราย เป็นมารดาครรภ์แรก298ราย อัตราการคลอดเฉลี่ย 66 รายต่อเดือน เป็นมารดาครรภ์แรกเฉลี่ย 25 ราย/เดือน[3] สืบเนื่องจากโรงพยาบาลย้ายสถานที่ทำการจากที่เดิมมาแห่งใหม่เป็นผลให้หอผู้ป่วยกุมารเวช-นรีเวชกรรมได้รับมอบหมายให้บริการดูแลแผนกหลังคลอดนับเป็นบทบาทใหม่ที่เพิ่มขึ้น บทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลแผนกหลังคลอด คือการดูแลมารดาและทารกรวมทั้งให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด ตั้งแต่ระยะหลังคลอดจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยได้รับการบริการที่ได้มาตรฐานและเกิดความพึงพอใจ แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าหอผู้ป่วยยังไม่มีแนวทางในการให้ความรู้แก่มารดาและทารกหลังคลอดที่เป็นระบบและแนวทางเดียวกัน จึงทำให้มารดาไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องและครอบคลุม และพบอุบัติการณ์มารดาหลังคลอดกลับมาด้วยตกเลือดหลังคลอดและติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคลอด จากการทบทวนพบว่าสาเหตุเกิดจากมารดาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่ายของมารดาครรภ์แรกโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่จังหวัดขอนแก่น เพื่อมุ่งเน้นให้มารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวหลังคลอดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้สื่อความรู้ในรูปแบบวีดิทัศน์และให้แผ่นพับ ในการเสริมสร้างพฤติกรรมสำหรับการดูแลมารดาร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด และคู่มือการดูแลทารกมาใช้เป็นสื่อในการสอนเพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความรู้และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพร้อมก่อนการจำหน่ายของมารดาครรภ์แรกโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ Two groups pre and posttest design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ มารดาครรภ์แรกหลังคลอดที่เข้ามารับบริการในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลบ้านไผ่ในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาครรภ์แรกที่คลอดบุตรทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เข้ามารับบริการในหอผู้ป่วย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) จำนวน 62 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 31 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 31 คน

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) มารดาครรภ์แรกที่คลอดบุตรทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆเช่นตกเลือดหลังคลอด มารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาลดความดันผ่านทางการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดเวลา

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง 1) มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังรับไว้ที่หอผู้ป่วยหลังคลอดหลังจากยินดีเข้าร่วมวิจัย 2) มารดาไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงหลังคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การพักอาศัยร่วมกับสามี ประวัติการฝากครรภ์ ลักษณะของครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบตรวจสอบรายการ(Checklist) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม(จินตนา ศรีสุพพัตพงษ์,2550)[4] ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีช่วงคะแนน 0-26 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึง หญิงหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดในระดับมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด 6 ด้านจำนวน 25 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม(จินตนา ศรีสุพพัตพงษ์,2550)[4] ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับข้อความที่แสดงถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด จะให้คะแนน 5, 4, 3,2 และ 1 สำหรับคำตอบปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อยและไม่ปฏิบัติ ตามลำดับ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยสูงหมายถึง หญิงหลังคลอดมีพฤติกรรมดูแลตนเองหลังคลอดอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลฉบับมารดาหลังคลอดของไวส์และเพียเซ็นทีน (Weiss &Piacentine, 2006)[5] เพื่อประเมินความพร้อมมารดาหลังคลอดในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน โดยแบ่งระดับความพร้อมตามคะแนนเฉลี่ยจำนวนข้อ เป็น 4 ระดับคือความพร้อมระดับต่ำ ความพร้อมระดับปานกลาง ความพร้อมระดับสูง ความพร้อมระดับสูงมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดต่อโปรแกรมการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่าย โดยมีเนื้อหาเป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดในแต่ละข้อให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจมากน้อย 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ระดับน้อยที่สุด ข้อความที่แสดงถึงความพึงพอใจในแต่ละด้านจะให้คะแนน 5, 4, 3,2 และ 1 ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนสูงหมายถึง ความพึงพอใจของมารดา อยู่ระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของมารดาครรภ์แรกต่อความพร้อมก่อนการจำหน่ายที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001)[6] เป็นกรอบแนวคิด ดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลและมีการประเมินความพร้อมของมารดาก่อนการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 48 - 72 ชั่วโมงหลังคลอด โดยกลุ่มทดลองจะเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้งขณะนอนในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้านจะได้รับการติดตามเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. 2 ครั้ง และผู้วิจัยอีก 1 ครั้งเมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า IOC 0.94 ตรวจสอบค่าความเที่ยง โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจแก้ไขและปรับปรุง นำไปทดลองใช้กับมารดาครรภ์แรกหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด ใช้การทดสอบความเที่ยงตรงตามวิธีของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 : KR 20) มีค่าเท่ากับ 0.74 ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราช (Cronbach's Albha Coefficient)หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด แบบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจ ได้ค่าความเทียง 0.86, 0.87, 0.84 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการขออนุญาตในการเก็บข้อมูลและเข้าพบหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยสูตินรีกรรมและกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านไผ่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและลงนามเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ เมื่อแพทย์อนุญาตให้มารดาและทารกกลับบ้านได้ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของมารดาตามแบบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อประเมินความพร้อมของมารดาในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกรณีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินแล้วพบว่ามีคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับต่ำผู้วิจัยให้การช่วยเหลือโดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยพร้อมส่งข้อมูลดูแลต่อเนื่องให้ รพ.สต.หรือสถานพยาบาลที่รับผิดชอบ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ ให้โปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังคลอดในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยดำเนินกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 ระยะหลังคลอด 8-16 ชม.ให้ความรู้การดูแลตัวเองและพฤติกรรมการดูแลตัวเองหลังคลอด ใช้เวลา 30-45 นาทีให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบก่อนและหลังการให้ความรู้

ครั้งที่ 2 ระยะหลังคลอด16-24 ชม. ใช้เวลา 15-20 นาที สอนและสาธิตการอาบน้ำทารก การเช็ดตาและเช็ดสะดือ หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองสาธิตย้อนกลับลงมือปฏิบัติจริง

ครั้งที่ 3 ระยะหลังคลอด24-48 ชม. ให้กิจกรรมเสริมสร้างความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายโดยบรรยายเนื้อหาในส่วนของการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค(BCG) ในทารกร่วมกับแนะนำวิธีการใช้คู่มือประจำตัวมารดาหลังคลอด(เล่มสีชมพู) การสังเกตอาการผิดปกติของมารดาหลังคลอดและทารกเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ครั้งที่ 4 ระยะหลังคลอด 48-72 ชม. เมื่อแพทย์อนุญาตให้มารดาและทารกกลับบ้านได้ ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของมารดาเพื่อประเมินความพร้อมของมารดาในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทบทวนที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ และส่งต่อข้อมูลมารดาหลังคลอดให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในพื้นที่ผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์เพื่อติดตามเยี่ยมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ครั้งที่ 5 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมวันที่ 7 หลังคลอดโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เพื่อพูดคุยและสอบถามเกี่ยวกับแผลฝีเย็บ น้ำคาวปลา แผลผ่าตัดคลอด ตาและสะดือทารก อาการผิดปกติอื่นๆ

ครั้งที่ 6 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมวันที่ 14 หลังคลอดโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เพื่อพูดคุยและสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองและทารก ช่วยเหลือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาและอุปสรรค

ครั้งที่ 7 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 6 สัปดาห์หลังคลอดโดยผู้วิจัยเพื่อพูดคุยและสอบถามอาการโดยทั่วไป การตรวจหลังคลอด และกล่าวขอบคุณมารดาที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้และแจ้งยุติการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1.สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอธิบายลักษณะทางประชากรของมารดาหลังคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การพักอาศัยร่วมกับสามี ประวัติการฝากครรภ์ ลักษณะของครอบครัว

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติวิเคราะห์ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ทดสอบค่าทีอิสระ (t-test for Independent)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับรองการศึกษาวิจัยโดคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยบัณฑิตเอเชียเลขที่ CASHE660002 ลงวันที่21กันยายน 2566

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลลักษณะประชากร

1.1กลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่ อายุ 20-29 ปี (21 คน ร้อยละ 67.74) รองลงมา อายุต่ำกว่า 20 ปี (6 คน ร้อยละ 19.35) และ อายุ 30 ปีขึ้นไป (4 คน ร้อยละ 12.91) ระดับการศึกษา โดยมากจบระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. (16 คนร้อยละ 51.61) รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น (7 คน ร้อยละ 22.58) และปริญญาตรี (6 คน ร้อยละ 19.35) สถานภาพสมรส โดยทั้งหมดสมรส (31 คน ร้อยละ 100.00) อาชีพ ส่วนใหญ่ ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน (19 คน ร้อยละ 61.29) รองลงมา รับจ้างทั่วไป (8 คน ร้อยละ 25.81) การพักอาศัยร่วมกับสามี ซึ่งสามีอยู่ด้วยกันเป็นประจำ (31 คน ร้อยละ100.00) ประวัติการฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (18 คนร้อยละ 58.06) รองลงมา ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์(13 คน ร้อยละ 41.94) ลักษณะครอบครัว โดยมากเป็นครอบครัวขยาย (17 คน ร้อยละ 54.84) รองลงมาเป็นครอบครัวเดี่ยว (14 คน ร้อยละ 45.16)

1.2 กลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่ อายุ 20-29 ปี (18 คน ร้อยละ 58.07) รองลงมา อายุต่ำกว่า 20 ปี (7 คน ร้อยละ 22.58) และ อายุ 30 ปีขึ้นไป (6 คน ร้อยละ 19.35) ระดับการศึกษาจบระดับปริญญาตรี (14 คน ร้อยละ 45.16) รองลงมา การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.(10 คน ร้อยละ 32.26) และมัธยมศึกษาตอนต้น (5 คน ร้อยละ 16.12) สถานภาพสมรส โดยทั้งหมด สมรส (31 คน ร้อยละ 100.00) อาชีพมากสุด รับจ้างทั่วไป (11 คน ร้อยละ 35.48) รองลงมา ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน (10 คน ร้อยละ 32.26) และ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (9คน ร้อยละ 29.03) การพักอาศัยร่วมกับสามี ซึ่งสามีอยู่ด้วยกันเป็นประจำ (31 คนร้อยละ 100.00) ประวัติการฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์(16 คน ร้อยละ 51.61) รองลงมา ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (14 คน ร้อยละ 45.16) และ ไม่ได้ฝากครรภ์ (1 คน ร้อยละ 3.23) ลักษณะครอบครัว โดยมากเป็นครอบครัวขยาย (18 คน ร้อยละ 58.06) รองลงมาเป็นครอบครัวเดี่ยว (13 คน ร้อยละ 41.94)

2. ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตนภายหลังคลอด พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพร้อมก่อนการจำหน่าย ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตนภายหลังคลอด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพร้อมก่อนการจำหน่าย ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Mean difference	Sd	95%CI		p-value
	M	SD	M	SD			Lower	Upper	
ความรู้	19.97	2.51	21.97	2.04	2.00	1.43	1.47	2.52	<0.001
พฤติกรรม	98.16	7.12	106.03	10.05	7.87	11.62	3.60	12.13	0.001
ความพร้อม	164.84	16.18	179.26	20.52	14.42	15.31	5.24	8.80	<0.001

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และความพร้อมก่อนการจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ พฤติกรรม และความพร้อมของมารดาครรภ์ของมารดาครรภ์แรกหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันทั้งด้านความรู้ (p-value =0.34) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (p-value=0.92) และความพร้อมก่อนการจำหน่าย(p-value=0.25) ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนภายหลังคลอด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพร้อมก่อนการจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มควบคุม(n=31)		Mean difference	95%CI		p-value
	M	SD	M	SD		Lower	Upper	
ความรู้	19.97	2.51	20.58	2.57	0.61	1.90	0.68	0.34
พฤติกรรม	98.16	7.12	98.32	5.28	0.16	3.34	3.02	0.92
ความพร้อม	164.84	16.18	155.90	14.15	8.93	1.18	16.68	0.25

4. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตนภายหลังคลอด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพร้อมก่อนการจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมโดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มควบคุมมีความรู้มากกว่ากลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านพฤติกรรมและด้านความพร้อมก่อนการจำหน่ายของมารดาครรภ์แรกหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนภายหลังคลอด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพร้อมก่อนการจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มควบคุม(n=31)		Mean difference	95%CI		p-value
	M	SD	M	SD		Lower	Upper	
ความรู้	21.97	2.04	23.97	1.62	2.00	2.93	1.06	<0.001
พฤติกรรม	106.03	10.05	98.42	5.22	7.61	3.516	11.71	0.001
ความพร้อม	179.26	20.52	164.10	15.28	15.16	5.96	24.35	0.002

5.ระดับความพึงพอใจในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่ายของมารดาครรภ์แรกโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (17 คน ร้อยละ 54.84) ในระดับมากสุด จำนวน 14 คน (ร้อยละ 45.16) ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.45 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.50

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่ายในโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ด้านความรู้การดูแลตนเอง

1.ค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ พฤติกรรม และความพร้อมของมารดาครรภ์แรกหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม **ก่อน**ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพร้อมก่อนการจำหน่าย ไม่แตกต่างกันทั้งด้านความรู้ (p-value =0.34) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (p-value=0.92)และความพร้อมก่อนการจำหน่าย (p-value=0.25) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหญิงหลังคลอดอาจจะได้รับความรู้จากการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารและสื่อต่างๆที่เกี่ยวกับการดูแลตัวเองหลังคลอดและได้รับความรู้คำแนะนำที่ถูกต้องและต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่มารับการฝากครรภ์จนกระทั่งหลังคลอดบุตรสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริวดี ชุ่มจิต (2563)[7] ได้ทำการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดระดับปานกลาง แต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดระดับดีมาก พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดไม่แตกต่าง เมื่อจำแนกข้อมูลตามลักษณะประชากรของมารดา อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลักษณะครอบครัว แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

2.ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมโดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของดวงดี ศรีสุขวัน,วันทนา มาตเกตุ, นฤวรรณ นิไชยโยค (2563)[8] ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 17.22 (ค่าเฉลี่ย=17.22 , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.017) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 23.70(ค่าเฉลี่ย = 23.70 , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน =3.687) ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มควบคุมมีความรู้มากกว่ากลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001) ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยที่ไม่ได้ถูกควบคุมในการทดลองเช่นระดับการศึกษา ความเชื่อ ถิ่นที่อยู่อาศัย การเข้าถึงแหล่งข้อมูล

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.001) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับความรู้จากศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร สื่อต่างๆทางอินเตอร์เนต ซึ่งปัจจุบันสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย รวมทั้งคำแนะนำที่ต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่มารับการฝากครรภ์ จนกระทั่งหลังคลอดบุตร โดยเฉพาะในระยะหลังคลอดบุตร บุคลากรทางการพยาบาลจะจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดเป็นรายกลุ่มในรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การปฏิบัติตนหลังคลอด พร้อมกับเปิดโอกาสให้หญิงหลังคลอดมีการซักถาม และแจกเอกสารและสื่อต่างๆให้กลับไปศึกษาเพิ่มเติม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดจึงทำให้มารดาครรภ์แรกหลังคลอดสามารถจดจำได้และปฏิบัติ

ตามได้อย่างถูกต้องสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ของสุรีย์รัตน์ แก้วชัง (2565)[9]ศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก มีคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนใช้แนวทางอยู่ที่ 2.68 (SD=0.32) ภายหลังใช้แนวทางในการดูแลมีคะแนนเฉลี่ย 3.50(SD=0.38) สูงกว่าก่อนใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P < 0.001) และยังสอดคล้องกับเพียงเพ็ญ รักจริง วาสนา รอดรัตน์, วรรณา เอ้งฉ้วน , และ บุบผา รักษานาม(2562)[10]ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของ Social Care Network Model ต่อการดูแลตนเองและบุตรของมารดาหลังคลอด พบว่าภายในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรของกลุ่มตัวอย่างมารดาก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001) หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและบุตรโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) ระดับความพึงพอใจต่อการใช้สื่อ Social Care Network Model โดยรวมมากที่สุด (4.76 ± 0.34 คะแนน)

ความพร้อมก่อนการจำหน่าย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมก่อนการจำหน่ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติพร เรือนกุล, ปิยะนุช ชูโต, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (2562)[11] ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้เป็นมารดาครั้งแรกพบว่าความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <.001) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ แซ่ล้อ, มาลี แซ่อุน (2563)[12] ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ในมารดาครรภ์แรกที่คลอดบุตรโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องต่อความพร้อมก่อนการจำหน่ายพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมก่อนการจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=9.20, p <.001) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมก่อนการจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=43.32, p<.001)

ด้านความพึงพอใจต่อโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพร้อมก่อนการจำหน่ายของมารดาครรภ์แรกโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมากขึ้นไป และจากการติดตามเยี่ยมหลังคลอด 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในเรื่องการดูแลตนเองและทารกสอดคล้องกับการวิจัยของศุภิสรา วรโคตร (2558)[13]ศึกษาการดูแลต่อเนื่องสำหรับมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพ พบว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับบริการการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการพัฒนา (ก่อนการพัฒนา $\bar{x}$ =23.44, S.D. =2.55 และ หลังการพัฒนา $\bar{x}$ =27.32, S.D. =3.68) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลกลุ่มหลังการพัฒนาสูงกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนา (ก่อนการพัฒนา $\bar{x}$ =85.33, S.D. =10.63 และหลังการพัฒนา $\bar{x}$ =88.92, S.D. =8.78) การกลับเข้ามารักษาซ้ำของมารดาน้อยกว่า (ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 1.75 และ หลังการพัฒนา ร้อยละ 0.66)และการกลับเข้ามารักษาซ้ำของทารกแรกเกิดน้อยกว่า (ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 14.หลังการพัฒนา ร้อยละ 4.76)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ด้านการบริการ

1.1 นำโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่ายมาปรับใช้ในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพร้อมและการเยี่ยมบ้าน หรือการติดตามหญิงหลังคลอด โดยอสม. เจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลคอยให้การสนับสนุน ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

1.2 นำโปรแกรมไปใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายในผู้เป็นมารดาหลังคลอดทุกรายเพื่อให้มารดามีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากที่สุด

1.3 ใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมสำหรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความความพร้อม ได้แก่ คุณภาพ การสอนของพยาบาลก่อนจำหน่าย และการประสาน การดูแลก่อนจำหน่าย เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความ สามารถในการดูแลตนเอง ทารก และปรับตัวก่อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ด้านการบริหาร การสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขได้พัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเสริมสร้างพฤติกรรมการสื่อสารที่ดี ผ่านช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อติดตามสุขภาพ เช่นโทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ ให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามในระยะยาวถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้เป็นมารดาครั้งแรก

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้เป็นมารดาครั้งแรกต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาด้านสุขภาพและจิตสังคมของมารดาในระยะหลังคลอด อัตรากลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลทั้งมารดาและทารก

3. ศึกษาเชิงคุณภาพ มีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกถึงความต้องการ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ ปัญหา อุปสรรค ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นฤมล สินสุพรรณ รองศาสตราจารย์วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา อาจารย์ที่ปรึกษา ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์อดุลย์ บำรุง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ นางสาวนันทิยา ภูงาม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล นางวรกมล ก้อนคำ และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัย ตลอดจนขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทย.(2565) สืบค้นจาก https://hp.anamai.moph.go.th/web-opload.

2. ปรียกมล ไกรกิจราษฎร์,กรรณิการ์ กันธะรักษา, เสาวนีย์ เหลี่ยมไตรรัตน์,บุษกร จันทร์จรมานิตย์. ปัจจัยทำนาย ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอด.พยาบาลสาร2563;1:13-24

3. โรงพยาบาลบ้านไผ่.สถิติการคลอด เวชระเบียนการคลอด โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นประจำปี 2565-2566.

4.จินตนา ศรีสุพพัตพงษ์.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต:มหาวิทยาลัยศิลปากร;2550

5. Weiss M, Piacentine LB. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. Journal of Nursing Measurement. 2007;3:163-180.

6. Orem, E. Dorothea. Nursing Concepts of practice.5thed .St.Louis .Mosby Year Book;2001.
7. ศิริวดี ชุ่มจิต. ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. รายงานวิจัย; 2563.
8. ดวงดี, ศรีสุขวัน, วันทนา, มาตเกตุ, และ นฤวรรณ, นิไชยโยค. ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอด. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2563; 3(2): 37-43.
9. สุรีย์รัตน์ แก้วชัง (2565). ผลของการพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก. วารสาร โรงพยาบาลนครพนม 2565; 9(2):1-16.
10. เพียงเพ็ญ, รักจริง, วาสนา, รอดรัตน์, วรรณา, เอ้งฉ้วน, และ บุบผา, รักษานาม (2562) ประสิทธิผลของ Social Care Network Model ต่อการดูแลตนเองและบุตรของมารดาหลังคลอด. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562; 2(3):69-79.
11. ฐิติพร, เรือนกุล, ปิยะนุช, ชูโต, และ พรรณพิไล, ศรีอาภรณ์ ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้เป็นมารดาครั้งแรก. วารสารการพยาบาล2562; 20(1):40-51.
12. จุฑารัตน์, แซ่ล้อ และ มาลี, แซ่อุน . ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ในมารดาครรภ์แรกที่คลอดบุตรโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องต่อความพร้อมก่อนการจำหน่ายหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี: รายงานวิจัย;2563
13. ศุภิสรา วรโคตร. การดูแลต่อเนื่องสำหรับมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและ เครือข่ายสุขภาพอำเภอเต่างอย จังหลัดสกลนคร.วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2558; 2(1): 61-6

กระบวนการเสริมสร้างทักษะพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูหลักเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Process for Enhancing Primary Caretaker Behavior Skills to Promote Early Childhood Development Khao Wong Amphoe, Kalasin Province.

(Received: February 8,2024 ; Revised: March 8,2024 ; Accepted: March 9,2024)

วิชิตา ถิ่นวัน[1]
Wichita Tinwan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของกระบวนการเสริมสร้างทักษะพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูหลัก ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูล ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กอายุ 3 – 5 ปี จำนวน 45 คู่ โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาศึกษา เดือนกุมภาพันธ์ – ตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือ DSPM ,แบบวัดทักษะพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของผู้เลี้ยงดูหลัก และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการเสริมสร้างทักษะพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ จำนวน 5 ครั้ง ได้แก่ กิจกรรมครั้งที่ 1 : การสร้างความพร้อม ,กิจกรรมที่ 2 : การสร้างสายใย ,กิจกรรมที่ 3 : การสร้างวินัย ,กิจกรรมที่ 4 : การสร้างเด็กเก่ง 1 และกิจกรรมที่ 5 : สร้างเด็กเก่ง 2 เด็กที่เข้าร่วมกระบวนการ เพศชาย ร้อยละ 51.11 เพศหญิง ร้อยละ 48.89 อายุเฉลี่ย 3.92 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเสี่ยงจากการคลอด มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ ด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 62.22 และด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 13.33 หลังเข้าร่วมกระบวนการกลับมามีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100 ,ทักษะพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลัก มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการ 25.31 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 (95% ,p<.001) และความฉลาดทางอารมณ์ ทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คือ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข ร้อยละ 91.11 , 91.11 และ 100 ตามลำดับ

คำสำคัญ : การเสริมสร้างทักษะพฤติกรรม , ผู้เลี้ยงดูหลัก , พัฒนาการเด็ก , เด็กปฐมวัย

Abstract

This Research have a Purpose to Study the Results of the Process of Enhancing the Behavioral Skills of Primary Caregivers to Promoting Early Childhood Development, Khao Wong District, Kalasin Province. It is action research. Analyze data Both Qualitative and Quantitative. The Sample Group Consisted of 45 pairs of Primary Caregivers and Children aged 3 – 5 years using the Sample Inclusion Criteria. Study Period : February – October 2023. The Tools used in the Research Include the DSPM Manual, the Behavioral Skill Test for Promoting the Development of Primary Caregivers. and Emotional Intelligence Assessment. Statistics used in the Research Include Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation. and Statistics test Differences within Groups with Paired t-test.

The Results of the Research Found that the Process of Strengthening the Main Caregiver Behavior Skills in Promoting Early Childhood Development Carry out Activities According to the Process 5 times, Including Activity 1 : Creating Readiness, Activity 2 : Building Bonds, Activity 3 : Creating Discipline, Activity 4 : Creating Smart Children 1, and Activity 5 : Creating Smart Children 2. Children Participating in the Process were 51.11% Male, 48.89% Female, with an Average age of 3.92 years. Most did not have Birth Risk Conditions. 100 percent had Suspected Developmental Delays, Mostly in the Area of Self-Help and Society, 66.67 percent, followed by the Area of

[1] โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Movement, 62.22 percent, and the Area of Language Use, 13.33 percent. After Participating in the Process, 100% Return to Age Appropriate Development, Behavioral Skills of the Main Caregiver. There was an Overall Average Score 25.31 points Higher than before Participating in the Process, with Statistical Significance at the .005 level (95%, p<.001) and Emotional Intelligence. Most of all Aspects were at the Normal Level, Namely the Good side, the Talented side, and the Happy side, 91.11%, 91.11%, and 100%, Respectively.

Keywords : Strengthening Behavioral Skills , Main Caregiver , Child Development , Early Childhood

บทนำ

การพัฒนาในเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งที่รัฐบาลไทยให้ความสำคัญมาอย่างต่อเนื่อง เพราะเด็กวัยปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่สำคัญระยะหนึ่งของชีวิตในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งเป็น“หน้าต่างแห่งโอกาสของชีวิต” ที่สมองจะเรียนรู้และพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว การลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัยจะให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าถึง 7 เท่าในวันที่เขาเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาทั้งพัฒนาการ สุขภาพของเด็ก และความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient; EQ)[1] รัฐบาลได้มีการดำเนินงานและพัฒนาเด็กปฐมวัยภายใต้กฎหมาย นโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เริ่มตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2560 – 2579) มีเป้าหมายหลักให้คน “อยู่ดี มีสุข” โดยเฉพาะเด็ก “ให้มีทักษะพัฒนาการสมวัย แข็งแรง EQ/IQ สูง แก้ปัญหาเป็น วินัยดี มีคุณธรรม” การพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงเป็นรากฐานที่มีผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของคนตลอดชีวิต กล่าวคือ เด็กเยาวชน และผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีมีความสามารถเรียนรู้ ทำงานได้เก่ง และเป็นพลเมืองดีที่จะนำสู่ความสำเร็จในสังคมที่ท้าทายในศตวรรษที่ 21[1]

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 รัฐบาลได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านภาคีเครือข่ายโดยบันทึกข้อตกลงการบูรณาการความร่วมมือ การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตกลุ่มเด็กปฐมวัย พ.ศ.2565 - 2569 โดยพัฒนาและยกระดับการดูแลส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิตต่อเนื่องไปจนถึงเด็กอายุ 5 ปี ผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน[2] ทั้งนี้ ปี 2564 จังหวัดกาฬสินธุ์ เด็กมี IQ เฉลี่ย 101.49 จุด (เป้าหมาย 103 จุด)[3] และในปี 2565 อำเภอเขาวง มีเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 33.7 (เกณฑ์ ≥20) ,เด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ 85.7 (เกณฑ์ ≥90) และเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80.5 (เกณฑ์ ≥85)[4] ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีปัญหาและส่งผลต่อพัฒนาการและระดับสติปัญญาของเด็ก คือ การเลี้ยงดู (Parenting)[5] ซึ่งผู้เลี้ยงดูหลัก ยังขาดความรอบรู้สุขภาพด้านทักษะการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะช่วงวัยเด็กเล็ก ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ต้องการความเอาใจใส่ ให้ความสำคัญในการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ และจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาในผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเบื้องต้น พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่คิดว่าการแก้ไขปัญหาพัฒนาการในด้านต่าง ๆ เป็นบทบาทภารกิจหลักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว และผู้ปกครองไม่มีความชำนาญในการใช้คู่มือ DSPM เนื่องจากคู่มือ DSPM เนื้อหาค่อนข้างมากจึงยากสำหรับผู้ปกครองบางราย เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย หรือผู้ที่ไม่ได้รับการอบรมการใช้คู่มือ เป็นต้น

จากการวิเคราะห์ปัญหาของระบบ การส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program; Triple-P) โดยใช้ข้อคำถามพัฒนาการในคู่มือ DSPM มาปรับเป็นแนวปฏิบัติในการกอด เล่าเล่น เต้น วาด สร้างสมาธิ กับเด็ก เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผสมผสานไปกับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ผ่านการสร้างวินัยเชิงบวก[6] รวมถึงองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ (Diet) ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น (Developmental and

Play) ด้านสุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) และด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค (Disease)[1] โดยพ่อแม่ผู้ปกครองสามารถส่งเสริมให้กับเด็กได้ด้วยตนเองและมีบุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมถึงครูอนุบาลเป็นผู้จัดกลุ่มกิจกรรมเสริมพลังการเรียนรู้สำหรับครอบครัวเด็กปฐมวัย ช่วยให้ผู้ปกครองนำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมถึงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอเพื่อการพัฒนางาน ทั้งนี้ สามารถนำข้อมูลจากผลวิจัยไปกำหนดนโยบายที่สำคัญและทิศทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างทักษะพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูหลักเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและสามารถขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่อื่นได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษากระบวนการเสริมสร้างทักษะพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการเสริมสร้างทักษะพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 – 5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน เมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM จำนวน 45 คู่ ที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 – 5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน เมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM จำนวน 45 คู่ ที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2 แห่ง โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) หลังจากนั้นผู้วิจัยสุ่มเลือกผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1) เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม 2) ผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านออกเขียนได้และยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมตลอดจนสิ้นสุดกิจกรรม 3) เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 – 5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน เมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการได้ต่อเนื่องตามที่กำหนด 2) ขอสละสิทธิ์ออกระหว่างการทำกิจกรรม 3) เด็กที่ยังมีปัญหาพัฒนาการล่าช้า แม้จะได้รับการกระตุ้นด้วยคู่มือ DSPM และ TEDA4I แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ส่วน จำนวน 77 ข้อคำถาม ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะเสี่ยง และข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูหลัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็ก ลักษณะครอบครัว และลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบรายงานพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความฉลาดทางด้านอารมณ์ ใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[4] ประกอบด้วย ด้านดี ด้านเก่ง ด้านสุข จำนวน 15 ข้อ รวม 60 คะแนนลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4

ระดับ ไม่เป็นเลย เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง เป็นประจำ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ปกติ และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ พฤติกรรมทำเป็นประจำ ด้านบวก 4 คะแนน ด้านลบ 1 คะแนน, เป็นบ่อยครั้ง ด้านบวก 3 คะแนน ด้านลบ 2 คะแนน, เป็นบางครั้ง ด้านบวก 2 คะแนน ด้านลบ 3 คะแนน, เป็นบ่อยครั้ง ด้านบวก 3 คะแนน ด้านลบ 2 คะแนน, ไม่เป็นเลย ด้านบวก 1 คะแนน ด้านลบ 4 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ ใช้แบบสอบถามโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[4] มีคำถามจำนวน 23 ข้อ คะแนนเต็ม 115 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง ทำน้อยครั้ง ไม่ทำเลย เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ผ่าน ไม่ผ่าน การให้คะแนน ดังนี้ พฤติกรรมทำเป็นประจำ ด้านบวก 4 คะแนน ด้านลบ 1 คะแนน, เป็นบ่อยครั้ง ด้านบวก 3 คะแนน ด้านลบ 2 คะแนน, เป็นบางครั้ง ด้านบวก 2 คะแนน ด้านลบ 3 คะแนน, เป็นบ่อยครั้ง ด้านบวก 3 คะแนน ด้านลบ 2 คะแนน, ไม่เป็นเลย ด้านบวก 1 คะแนน ด้านลบ 4 คะแนน การเปรียบเทียบคะแนนรวมรายด้านและคะแนนรวมทุกด้านก่อนและหลังทำกิจกรรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ตั้งแต่ 96 คะแนนขึ้นไป เท่ากับ มีทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – ตุลาคม 2566 จากการสังเกต (Observation) ,การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ,การจัดกลุ่มสนทนา (Focus Group) การรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง การจัดเวทีถอดบทเรียนและการรับฟังการนำเสนอผลการดำเนินงาน (To Listen to the Presentation) โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือประสานถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในการขอความร่วมมือและอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัยในพื้นที่

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กระบวนการ ระยะเวลาดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้

3. ชี้แจงผู้เลี้ยงดูหลัก ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบาย ขั้นตอนและวิธีการกิจกรรมตามกระบวนการ เพื่อขอคำยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

4. ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างความพร้อม[4] เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจต่อพื้นฐานด้านสุขภาพสำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการประเมินความรู้เบื้องต้นของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย สอดแทรกกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเห็นความสำคัญกับภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย และสร้างความตระหนักความเข้าใจความสำคัญของฟันน้ำนม และส่งเสริมผู้ปกครองให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัยและการดูแลเบื้องต้น ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 สร้างสายใย[4] เป็นกิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกิจกรรม ผู้ปกครองและเด็ก เพื่อให้เกิดกลุ่มสัมพันธ์ที่ดีและนำไปสู่การเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์ ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง เป็นพื้นฐานในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างความฉลาดทางอารมณ์สร้างประสบการณ์เชิงบวกในการฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญ

ของพัฒนาการ และส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ด้านโภชนาการ ทันตะสุขภาพและโรคติดต่อที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 สร้างวินัย[4] เป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองและให้ความรู้เรื่องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลงโทษที่ไม่เหมาะสม เช่น การลงโทษที่รุนแรงหรือการลงโทษทางร่างกาย ส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้รับความรู้ และตระหนักถึงการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือ DSPM/DAIM และโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยการติดตามการเจริญเติบโต พฤติกรรมการกินอาหารที่เหมาะสม ฝึกทักษะผู้ปกครองในการดูแลเด็กให้สามารถแปรงฟัน กำจัดคราบจุลินทรีย์ และเพิ่มการสัมผัสฟลูออไรด์ให้เด็กได้อย่างมีคุณภาพ และสร้างความตระหนักแก่ผู้ปกครองในการเพิ่มความปลอดภัยในบ้านสำหรับเด็กปฐมวัย ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 4 สร้างเด็กเก่ง ครั้งที่ 1[4] เป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะผู้ปกครองในการมองหาข้อดีและชมเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ เพิ่มทักษะการเลี้ยงดูเด็กเพื่อเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้และการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันของเด็กแก่ผู้ปกครอง สร้างความรอบรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กเรื่องการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามวัยผ่านการเล่น ส่งเสริมให้ผู้ปกครองเข้าใจพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการกินที่เหมาะสมฝึกทักษะให้ผู้ปกครองสามารถตรวจความสะอาดและฟันผุให้เด็กได้ และส่งเสริมให้ผู้ปกครองเข้าใจบทบาทและสามารถปฏิบัติหน้าที่ป้องกันโรคแก่เด็กได้อย่างถูกต้อง ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 5 สร้างเด็กเก่ง ครั้งที่ 2[4] เป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อสร้างเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยตามทักษะพัฒนาการในคู่มือ DSPM ฝึกทักษะการสร้างวินัยเชิงบวกสำหรับผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตสมวัย รูปร่างสมส่วน ผู้ปกครองความตระหนักต่อความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ (Qualitative and Quantitative) ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตาม ได้แก่ ทักษะพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูหลักและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยระหว่างก่อนเข้าร่วมกระบวนการเปรียบเทียบหลังสิ้นสุดกระบวนการ ใช้สถิติ Paired t-test ขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปร ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบ โดยทดสอบการแจกแจงแบบปกติจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แสดงผลในรูปแบบตาราง แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า p-value

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ KLS.REC 178/2566

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการ

ในลักษณะของภาระงานประจำ (Routine) ที่ดำเนินการผ่านคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Child Clinic; WCC) ซึ่งจะดำเนินการคัดกรองและประเมินพัฒนาการเด็ก โดยใช้ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual, DSPM) ในกลุ่มเป้าหมายเด็กที่อายุครบ 9 ,18 ,30 ,42 ,60 เดือน (ครั้งที่ 1) ของแต่ละเดือน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จากนั้น หากพบเด็กพัฒนาการสมวัย จะแนะนำส่งเสริมพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM หากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า จะต้องได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการ (ภายใน 30 วัน) โดยการติดตามส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำด้วย DSPM ภายใน 30 วัน (ครั้งที่ 2) ถ้ายังพบพัฒนาการล่าช้า จะระบุรายด้าน (ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่/การเคลื่อนไหว ,ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ,ด้านการเข้าใจภาษา ,ด้านการใช้ภาษา ,ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม) และถ้าหากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าต้องส่งต่อทันที โดยจะต้องเข้ารับการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ที่โรงพยาบาลเขาวง หรือโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ (รพ.แม่ข่าย) หรือโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นลำดับขั้นตอนของระบบการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และเป็นการบันทึกรหัสครั้งแรกของ TEDA4I เพื่อเปิดบริการ โดยระบุด้านที่ล่าช้า (ภายใน 60 วัน หลังพบว่าพัฒนาการล่าช้าและมีระยะเวลาในการกระตุ้น 90 วัน) โดยจะมีเด็กที่กลับมาสมวัย และเด็กที่ยังมีพัฒนาการล่าช้า (ต้องระบุรายด้าน) เพื่อส่งต่อเพื่อพบกุมารแพทย์/ผู้เชี่ยวชาญ ที่โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) หรือโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) หรือโรงพยาบาลจิตเวช ตามระบบต่อไป

ส่วนการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาของกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของอำเภอเขาวงจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ยังขาดคุณภาพการกำกับ ติดตาม เพื่อให้เด็กเข้าสู่ระบบการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการที่ต่อเนื่อง และครบตามเกณฑ์ รวมถึงทักษะและคุณภาพการใช้คู่มือ DSPM ของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ ครูผู้ดูแลเด็ก และผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุในการดูแลบุตรหลาน ทำให้การทำความเข้าใจค่อนข้างยาก และผู้ปกครองส่วนใหญ่จะไม่ยอมรับเรื่องพัฒนาการของเด็กว่า “ล่าช้า” และสื่อเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้เด็กมีเวลาว่างเข้าถึงง่าย เช่น สมาร์ทโฟน เป็นต้น โดยการหยิบยื่นให้จากผู้ปกครอง ทำให้ส่งผลต่อการสื่อสารและการเข้าใจภาษาและกล้ามเนื้อมัดเล็กสงสัยล่าช้า

2. กระบวนการเสริมสร้างทักษะพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ จำนวน 5 ครั้ง ได้แก่ กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างความพร้อม เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจต่อพื้นฐานด้านสุขภาพสำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย ,กิจกรรมที่ 2 การสร้างสายใย เป็นกิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกิจกรรม ผู้ปกครองและเด็ก เพื่อให้เกิดกลุ่มสัมพันธ์ที่ดีและนำไปสู่การเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง ,กิจกรรมที่ 3 การสร้างวินัย เป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองและให้ความรู้เรื่องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลงโทษที่ไม่เหมาะสม ,

ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง ,กิจกรรมที่ 4 การสร้างเด็กเก่ง (ครั้งที่ 1) เป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะผู้ปกครองในการมองหาข้อดีและชมเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ เพิ่มทักษะการเลี้ยงดูเด็กเพื่อเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้และการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันของเด็กแก่ผู้ปกครอง สร้างความรอบรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กเรื่องการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามวัยผ่านการเล่น และกิจกรรมที่ 5 สร้างเด็กเก่ง (ครั้งที่ 2) เป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ฝึกทักษะการสร้างวินัยเชิงบวกสำหรับผู้ปกครอง ส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ

เด็กตามช่วงวัย ผู้ปกครองมีความตระหนักต่อความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัย ซึ่งแต่ละครั้งใช้เวลาดำเนินการ 1.5 – 2 ชั่วโมง ห่างกันครั้งละ 2 – 3 สัปดาห์ และในระหว่างของการนัดหมายครั้งต่อไป จะให้ผู้เลี้ยงดูหลักกลับไปดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านด้วย

สำหรับข้อมูลเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมโปรแกรม เพศชาย ร้อยละ 51.11 เพศหญิง ร้อยละ 48.89 อายุเฉลี่ย 3.92 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเสี่ยงจากการคลอด ร้อยละ 100 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม จำนวน 30 คน ร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา จำนวน 28 คน ร้อยละ 62.22 และด้านการใช้ภาษา จำนวน 6 คน ร้อยละ 13.33 โดยเข้าร่วมโปรแกรมฯ ร่วมกับผู้เลี้ยงดูหลักครบตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก 45 คู่ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลับมามีพัฒนาการสมวัย 45 คน ร้อยละ 100 (ตารางที่ 1)

ข้อมูลผู้เลี้ยงดูหลักในการดูแลเด็กปฐมวัย เพศหญิง ร้อยละ 95.56 เพศชาย ร้อยละ 4.44 อายุเฉลี่ย 46.63 สถานภาพส่วนใหญ่เป็น คู่/สมรส ร้อยละ 80 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.78 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 51.11 รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 5,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 84.44 สูงสุด 70,000 บาท/เดือน ต่ำสุด 3,000 บาทต่อเดือนลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 91.11 มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมการวิจัยโดยส่วนใหญ่เป็นตา/ยาย ร้อยละ 44.44 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นชนบท ร้อยละ 100

3. ผลของกระบวนการเสริมสร้างทักษะพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการเด็ก

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพัฒนาการเด็ก ก่อน และ หลัง เข้าร่วมกระบวนการ (N=45)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1. ผลการประเมินพัฒนาการด้าน GM				
ผ่าน	42	93.33	45	100
ไม่ผ่าน	3	6.67	0	0
2. ผลการประเมินพัฒนาการด้าน FM				
ผ่าน	17	37.78	45	100
ไม่ผ่าน	28	62.22	0	0
3. ผลการประเมินพัฒนาการ ด้าน RL				
ผ่าน	39	86.67	45	100
ไม่ผ่าน	6	13.33	0	0
4. ผลการประเมินพัฒนาการ ด้าน EL				
ผ่าน	42	93.33	45	100
ไม่ผ่าน	3	6.67	0	0
5. ผลการประเมินพัฒนาการ ด้าน PS				
ผ่าน	15	33.33	45	100
ไม่ผ่าน	30	66.67	0	0
6. สรุปผลการประเมินพัฒนาการ				
สงสัยล่าช้า	45	100	0	0
สมวัย	0	0	45	100

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการเด็กก่อนเข้าร่วมกระบวนการ พบว่า ผลการประเมินพัฒนาการด้าน GM ผ่าน ร้อยละ 93.33 และไม่ผ่าน ร้อยละ 6.67 พัฒนาการด้าน FMผ่าน ร้อยละ 37.78 และไม่ผ่าน ร้อยละ 62.22 พัฒนาการด้าน RL ผ่าน ร้อยละ 86.67 และไม่ผ่าน ร้อยละ 13.33 พัฒนาการ ด้าน EL ผ่าน ร้อยละ 93.33 และไม่ผ่าน ร้อยละ 66.67 และพัฒนาการ ด้าน PS ผ่าน ร้อยละ 33.33 และไม่ผ่าน ร้อยละ 66.67 สรุปผลการประเมินพัฒนาการ สงสัยล่าช้า ร้อยละ 100

ข้อมูลพัฒนาการเด็กหลังเข้าร่วมกระบวนการ พบว่า ผลการประเมินพัฒนาการด้าน **GM** ผ่าน ร้อยละ 100 ผลการประเมินพัฒนาการด้าน **FM** ผ่าน ร้อยละ 100 ผลการประเมินพัฒนาการ ด้าน **RL** ผ่าน ร้อยละ 100 ผลการประเมินพัฒนาการ ด้าน **EL** ผ่าน ร้อยละ 100 ผลการประเมินพัฒนาการ ด้าน **PS** ผ่าน ร้อยละ 100 สรุปผลการประเมินพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100

3.2 ผลของภาวะโภชนาการ และสุขภาพช่องปาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะโภชนาการ พบว่า เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีน้ำหนัก 20 kg ขึ้นไป ร้อยละ 35.56 ส่วนใหญ่สูง 100 cm ขึ้นไป ร้อยละ 66.67 ประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์อายุส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 71.11 ประเมินส่วนสูงตามเกณฑ์อายุส่วนใหญ่สูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 84.44 และประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงส่วนใหญ่สมส่วน ร้อยละ 71.11 และผลการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพช่องปากพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีฟันผุ ร้อยละ 53.33 และมีฟันผุ ร้อยละ 46.67 ตามลำดับ

3.3 ผลการประเมินความฉลาดทางด้านอารมณ์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละของระดับความฉลาดทางด้านอารมณ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ (N=45)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1. ด้านดี (20 คะแนน)				
ต่ำกว่าเกณฑ์	5	11.11	1	2.22
ปกติ	38	84.44	41	91.11
สูงกว่าเกณฑ์	2	4.44	3	6.67
2. ด้านเก่ง (20 คะแนน)				
ต่ำกว่าเกณฑ์	1	2.22	0	0
ปกติ	41	91.11	41	91.11
สูงกว่าเกณฑ์	3	6.67	4	8.89
3. ด้านสุข (20 คะแนน)				
ต่ำกว่าเกณฑ์	0	0	0	0
ปกติ	45	100	45	100.00
สูงกว่าเกณฑ์	0	0	0	0

จากตารางที่ 2 ผลการประเมินความฉลาดทางด้านอารมณ์ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ พบว่า ผลการประเมินความฉลาดทางด้านอารมณ์ ด้านดี ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 8.44 ด้านเก่งส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 91.11 และด้านสุขส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 100 และหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ พบว่า ผลการประเมิน

ความฉลาดทางด้านอารมณ์ ด้านดี ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 91.11 ด้านเก่ง ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 91.11 และด้านสุข ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 100

3.4 ผลการประเมินทักษะพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักเด็กปฐมวัย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละการผ่านเกณฑ์ทักษะพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการ (N=45)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ทักษะพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักเด็กปฐมวัย				
ผ่าน	0	0	45	100
ไม่ผ่านเกณฑ์	45	100	0	0

จากตารางที่ 3 ร้อยละของทักษะพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักเด็กปฐมวัยก่อนเข้าร่วมกระบวนการ พบว่า ทั้งหมด จำนวน 45 คน ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 และหลังการเข้าร่วมกระบวนการ ทักษะพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์ทั้งหมด จำนวน 45 คน ร้อยละ 100

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักเด็กปฐมวัย ก่อนและหลัง การเข้าร่วมกระบวนการ (N=45)

ตัวแปร	ก่อนการวิจัย		หลังการวิจัย		ผลต่างค่าเฉลี่ย	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ทักษะพฤติกรรม	92.54	1.7	117.85	9.93	25.31	16.41	<0.001*

Statistically Significant at p <0.05 ,Using paired t-test

จากตารางที่ 4 ผลการประเมินทักษะพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักเด็กปฐมวัย ภาพรวม หลังเข้าร่วมกระบวนการ ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กปฐมวัย มีทักษะพฤติกรรม สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05)

สรุปและอภิปรายผล

กระบวนการเสริมสร้างทักษะพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอเขาวงจังหวัดกาฬสินธุ์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทั้งหมด 45 คน (ร้อยละ 100) ซึ่งส่วนใหญ่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม จำนวน 30 คน ร้อยละ 66.67 รองลงมา ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว จำนวน 28 คน ร้อยละ 62.22 และด้านการใช้ภาษา จำนวน 6 คน ร้อยละ 13.33 โดยหลังการเข้าร่วมกระบวนการฯ ร่วมกับผู้เลี้ยงดูหลักครบตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก จำนวน 45 คู่ พบว่า ทั้งหมดกลับมามีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของสราญจิต อินศร และคณะ[7] เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3 – 5 ปี จังหวัดมหาสารคาม พบว่า เด็กมีพัฒนาการโดยรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น ส่วนพัฒนาการในรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ยกเว้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหวซึ่งมีพัฒนาการผ่านเท่าเดิม เนื่องจากการร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม Triple P และการร่วมติดตามเยี่ยมบ้านเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ารายบุคคลที่บ้าน ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการและการเลี้ยงดูเด็กในชุมชนที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ

วิมลพรรณ สังข์สกุล[8] และคณะ ที่พบว่า แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ ถึงแม้ว่าครอบครัวจะมีบทบาทหลักในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แต่ต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน ร่วมกับการสนับสนุนจากภาครัฐที่ต้องทำงานอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ การเน้นกิจกรรมการมีส่วนร่วมจากครอบครัว การสะท้อนคืนกลับข้อมูล การให้ความรู้แก่ผู้เลี้ยงดูหลักและส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม Triple P รวมถึงการจัดเวทีสะท้อนคืนกลับข้อมูล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้งานส่งเสริมพัฒนาการเด็กครอบคลุมในทุกมิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก [9] ที่พบว่า เมื่อครอบครัวเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ จะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เป็นเงื่อนไขและปัจจัยสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

กระบวนการเสริมสร้างทักษะพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ภาพรวม ภายหลังการเข้าร่วมกระบวน พบว่า ผลการประเมินความฉลาดทางด้านอารมณ์ในทุกด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ทั้งด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข เท่ากับ ร้อยละ 91.11 ,91.11 และ 100 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ สราญจิต อินศร และคณะ[7] ที่พบว่า การส่งเสริมพัฒนาการ การสร้างวินัยเชิงบวก และความฉลาดทางอารมณ์ของช่วงวัยนี้จะส่งผลถึงบุคลิกภาพ ความสามารถในการเรียนรู้และสติปัญญาเมื่อสู่วัยเรียนและเมื่อโตเป็นวัยผู้ใหญ่ในอนาคตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ[10] ที่พบว่า โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เด็กปฐมวัยมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการใช้กิจกรรม เนื่องจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ จากโปรแกรมการ Triple P ตามแนวทางของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ซึ่งบูรณการกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจากคู่มือ DSPM สามารถปฏิบัติได้ง่ายและปฏิบัติได้ที่บ้านผ่านกิจกรรม “กอด เล่า เล่น ร้อง เต้น วาด สร้างสมาธิ” ร่วมกับการเสริมพลังแก่ผู้ปกครองให้มีความรู้และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าการประเมินคัดกรองเพียงอย่างเดียว

ทั้งนี้ ทักษะพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูหลัก ภาพรวม ก่อนเข้าร่วมกระบวนการ พบว่า ทั้งหมด จำนวน 45 คน ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 และหลังการเข้าร่วมกระบวนการ ทักษะพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์ทั้งหมด จำนวน 45 คน ร้อยละ 100 และภาพรวมหลังเข้าร่วมกระบวนการ ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กปฐมวัย มีทักษะพฤติกรรม สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ[11] ที่พบว่า โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนใช้ชุดกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (= 50.41, S.D. = 3.242) และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของเบ็ญจมาศ สลิลปราโมทย์[11] พบว่า จากการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เลี้ยงดูหลัก ที่มุ่งเน้นให้ตระหนักถึงความสำคัญและการเข้าใจบทบาทของตนเอง โดยเฉพาะผู้ปกครองที่เน้นการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง และผู้เลี้ยงดูหลักมีทักษะพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ากับมามีพัฒนาการสมวัยเพิ่มมากขึ้น เด็กมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ภาพรวมคะแนนร้อยละของระดับปกติขึ้นไปของทุกด้านสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด มากกว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการ สอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยพร ศรีรัตน์, สุขุม เฉลยทรัพย์ และชนะศึก นิชา

นนท์[12] ปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) การอบรมเลี้ยงดู 2) บุคลิกภาพ 3) การใช้อำนาจ และ 4) แรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์ เนื่องจากผู้เลี้ยงดูหลักปฏิบัติเป็นประจำที่บ้าน รวมถึงการช่วยแนะนำการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสมให้กับครอบครัวข้างเคียงด้วย ส่งผลให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประสิทธิผลและมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนจากผู้บริหารของ คปสอ.เขาวง ทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอเขาวง ที่ให้ความช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้าน ครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยและเข้าร่วมในกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทักษะพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในพื้นที่ ที่ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยหวังว่าการวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์กับการพัฒนาเด็กปฐมวัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย กระทรวงศึกษาธิการ. แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564 – 2570. กรุงเทพฯ. บริษัท พริกหวานกราฟฟิค จำกัด ; 2564.
2. วารีทิพย์ พึ่งพันธ์ ,วราภรณ์ จิตอารี และภาพิมล บุญอิ้ง. แนวทางการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน. นนทบุรี. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ; 2565.
3. จันทร์อาภา สุขทัพภ์. การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564. กรุงเทพฯ. สถาบันราชานุกูล ; 2565.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ระบบฐานข้อมูลกลางกระทรวงสาธารณสุข HDC : Health Data Center ; 2565.
5. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569). ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. กรุงเทพฯ ; 2560.
6. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7. คู่มือประกอบการจัดกิจกรรม Smart Kids Area 7 : SA. ขอนแก่น ; 2566.
7. สราญจิต อินศร , ยศสยา อ่อนคำ และฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3 – 5 ปี จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564 ; 10 : 143 – 60.
8. วิมลพรรณ สังข์สกุล ,ปัทมา ผ่องศิริ ,จรูญศรี มีหนองหว้า และวิภาวี พลแก้ว. สถานการณ์และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2564 ; 1 : 1 – 18
9. ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม : กรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย 2559 ; 11 : 99-109.
10. จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม อำเภอปัว จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2562 ; 1 : 70 – 85.
11. เบ็ญจมาศ สลิลปราโมทย์. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566 ; 3 : 114 - 25.
12. วลัยพร ศรีรัตน์ ,สุขุม เฉลยทรัพย์ และชนะศึก นิชานนท์ (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์. Journal of Roi Kaensarn Academi ปีที่ 6 ฉบับที่ 10 ประจำเดือนตุลาคม 2564

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลปากพนัง

The effects of the perception promoting program to access emergency medical services for elderly people at risk of stroke at Pakphanang Hospital.

(Received: February 14,2024 ; Revised: March 9,2024 ; Accepted: March 10,2024)

อาริยา จันทร์นวล[1] ธเนศ สังข์ศรี[2]
Arriya Junnaul[1] Tanes Sangsri[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีกลุ่มเปรียบเทียบ (quasi-experimental research) วัดผลโดยการเปรียบเทียบการรับรู้การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่มีการส่งเสริมด้วยเครื่องมือ และตัวชี้วัดการใช้ระบบ Stroke Fast Track วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบ t-test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยการทดสอบ Chi-square test

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอาการ Stroke มีความรู้เรื่องอาการสำคัญของ Stroke และขั้นตอนปฏิบัติเมื่อเกิดอาการมากยิ่งขึ้นหลังได้รับเครื่องมือ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือในระดับดีมาก ส่งผลทำให้มีการตระหนักรู้การเข้าถึงระบบ EMS และสามารถนำไปใช้ได้ในกลุ่มสมาชิกในบ้านให้สามารถเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการ Stroke เข้าถึงบริการ EMS (Stroke Fast Track) ภายในเวลา 180 นาที (100%) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่มาด้วยอาการ Stroke คิดเป็น 100% (24/24 ราย) มีการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยมีระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อใช้เวลาเฉลี่ย 18.04 $\pm$8.01

คำสำคัญ: บริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Emergency Medical Services (EMS) is an important component of the healthcare system. However, older individuals in the rural community continue to have an unfavorable perception of access to EMS. This study aims to raise awareness about access to emergency medical care for the elderly who are at risk of stroke in Pakphanang District. The objective of this study is to determine the effects of the perception promoting program to access emergency medical services for elderly people at risk of stroke at Pakphanang Hospital. The elderly, high-risk populations, and people with stroke were provided knowledge about disease symptoms using tools including posters (infographic), traditional southern music (Stroke guidelines), and a fast number 1669 in the directory for high-risk groups and people with stroke syndrome. This study was a quasi-experimental research with measuring by comparing access to the emergency medical system between the experimental and control groups for accessing the Stroke Fast Track system. Data were analyzed using descriptive statistics including percentage, frequency, and standard deviation. The results between the experimental and control groups were compared using a t-test and the relationship between variables was analyzed using a Chi-square test.

The findings of this study provide older people at risk and those suffering from stroke symptoms with more understanding of essential stroke symptoms as well as what to do if they develop symptoms after acquiring the

[1] พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปากพนัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

[2] คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ Corresponding Author: tanes.s@pnu.ac.th

tool. The study demonstrated that the average knowledge score of the experimental group significantly improved statistically ($P < 0.001$), and they were very satisfied with the use of the tools. This makes people aware of the access to the EMS system and can be used among family members to monitor and provide initial assistance. The effectiveness of employing the emergency medical care access approach was discovered to enable stroke patients to access EMS (Stroke Fast Track) services within 180 minutes (100%). Furthermore, it was demonstrated that older adults with suspected stroke symptoms in the experimental group accounted for 100% (24/24 cases), and their arrival in the hospital until being transferred took an average of 18.04±8.01 minutes.

Keywords: Emergency medical services, patients at risk for Stroke, Stroke Fast Track, Stroke

บทนำ

หนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ คือ การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) ระบบ EMS มีบทบาทสำคัญในการให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะกับสภาพของผู้ป่วย[1] บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการทางการแพทย์ทั่วไปที่จำเป็นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการในเวลาที่เหมาะสมและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิผล[2] ช่างเทคนิคที่ได้รับการฝึกอบรมในกรณีฉุกเฉินทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มต้นจะดูแลข้างเตียงของผู้ป่วยและทำงานเบื้องต้นที่จำเป็นจากนั้นจึงย้ายผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาล (Prehospital) โดยปกติการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลเริ่มต้นที่ข้างเตียงของผู้ป่วยและสิ้นสุดในโรงพยาบาลที่แผนกฉุกเฉิน ดังนั้น EMS ที่ให้บริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาเบื้องต้นก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ มีผลทำให้การรักษาผู้ป่วยดีขึ้นและอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนลดลง[3, 4] ปัจจุบันมีความจำเป็นต้องเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการฉุกเฉินได้ดียิ่งขึ้น การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นในขณะที่ให้บริการถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีประสิทธิผลในระบบ EMS[5] การศึกษาก่อนหน้าแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของระบบ EMS ในระยะสั้นและระยะยาว[6] นอกจากนี้ระบบ EMS ยังส่งผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยในการแทรกแซงโดยรวมและสามารถปรับปรุงคุณภาพการให้บริการการดูแลผู้ป่วยและระบบการดูแลแบบบูรณาการได้อย่างมีนัยสำคัญ[7]

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) เป็นโรคที่เกี่ยวกับการทำงานของระบบประสาทมีสาเหตุอาจเกิดจากการตีบ อุดตัน หรือแตกของหลอดเลือดสมองทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองและเป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้[8] โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในร่างกายตามที่ต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจ เช่น เส้นเลือดหัวใจตีบ หัวใจโต และหัวใจล้มเหลว และที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดได้ทั้งแบบโรคหลอดเลือดสมองตีบ แตกหรือตัน ซึ่งนำไปสู่การเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต และโรคไตวายได้ เนื่องจากผนังหลอดเลือดแดงเปลี่ยนแปลงจากการสะสมของโคเลสเตอรอลและแคลเซียมประกอบกับเนื้อเยื่อและผนังหลอดเลือดถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อคอลลาเจนส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแดงเสียความยืดหยุ่นและมีแรงต้านสูงขึ้น หัวใจห้องล่างซ้ายต้องเพิ่มแรงบีบตัวเพื่อส่งเลือดผ่านหลอดเลือดแดง ทำให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น[9] Stroke เป็นภาวะที่ต้องคำนึงถึงเวลา ซึ่งภาวะหลอดเลือดตีบหรือแตกทำให้เกิดความผิดปกติบางอย่างต่อการทำงานของสมองสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก เพื่อลดการเสียชีวิตและความพิการจึงได้มีการนำวงจรการรอดชีวิตของ Stroke มาใช้ซึ่งรวมถึงการรับรู้สัญญาณ/ อาการของโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่เริ่มต้น โดยการเปิดใช้งานบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้การตอบสนองอย่างทันท่วงที การขนส่งผู้ป่วยไปยังศูนย์โรคหลอดเลือดสมองพร้อมการแจ้งเตือนก่อนมาถึงโรงพยาบาล และการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke ด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลัง Stroke[10]

ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์บ่งชี้ว่าการใช้ระบบ EMS กับกระบวนการดูแล Strokeสามารถเพิ่มคุณภาพการจัดการและลดความล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาลได้[11, 12]

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมทั้งจำนวนของญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากต้องออกนอกบ้านไปประกอบอาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง[13] นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากยังขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือนซึ่งทำให้การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลล่าช้า ส่งผลให้ทุพพลภาพหรืออาการวิกฤติถึงขั้นเสียชีวิต[7, 14] การศึกษาก่อนหน้าพบว่าผู้ป่วย Stroke ชาวไทยเข้ารับการรักษาด้วยระบบ EMS น้อยกว่า 20% ปัญหามาจากการขาดความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการจดจำ Stroke เช่น สัญญาณหรืออาการของโรคและการเข้าถึงบริการ EMS[15] สอดคล้องกับรายงานการสำรวจความเห็นจากผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย Stroke ที่เข้ารับบริการแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลปากพนัง ปี พ.ศ. 2561-2566 พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการรับรู้ในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาด 105 เตียง รองรับผู้ใช้บริการจากทั้งหมด 18 ตำบล ที่มีปัญหาสุขภาพเล็กน้อยจนถึงซับซ้อน มีศักยภาพทางด้านเทคโนโลยีและบุคลากรมีการให้บริการประชาชนทั้งอำเภอ สถิติผู้ป่วย Stroke ที่มารับบริการโรงพยาบาลปากพนังย้อนหลัง 3 ปี (ปี พ.ศ. 2564- 2566) พบอัตราป่วยด้วย Stroke รายใหม่ จำนวน 242, 208 และ 238 ราย ตามลำดับ (ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากพนัง)[16] ผู้ป่วยเข้าระบบ stroke เข้ามารับบริการล่าช้ากว่า 180 นาที ทำให้อยู่ในเกณฑ์ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA เป็นกลุ่ม stroke non fast track ร้อยละ 55.50, 60.00 และ 52.30 ตามลำดับ[16] ไม่บรรลุค่าเป้าหมายตัวชี้วัดของโรงพยาบาล ซึ่งจากการสำรวจพบว่าสาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า ส่งผลต่อการให้การรักษาและส่งต่อที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มทางด่วน จนได้รับยาล่าช้า นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วย Stroke ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน และยังพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงStroke ในเขตอำเภอปากพนัง ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 260 ราย (ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากพนัง พ.ศ. 2566)[16] ซึ่งจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่มีหน้าที่ในการช่วยดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ แต่ยังไม่มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ช่วยลดการสูญเสียชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน ด้วยเหตุผลข้างต้น เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการ EMS และนำไปสู่การลดการสูญเสียชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke จึงจำเป็นต้องมีโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีอาการ Stroke เพื่อเป็นการส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึง EMS เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ทุพพลภาพ และความพิการของผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอาการ Stroke ในเขตอำเภอปากพนัง

2. เพื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุที่มีอาการ Stroke ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีกลุ่มเปรียบเทียบ (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึง EMS ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอาการ Stroke โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการนำของอาการ Stroke และการเข้าถึงบริการ EMS ด้วยเครื่องมือ

ประกอบด้วย Poster สื่อเพลงบอก (แนวปฏิบัติเมื่อมีอาการ Stroke) และการตั้งค่าหมายเลขด่วนเรียก 1669 ในสมุดโทรศัพท์ ให้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอาการ Stroke ที่บ้าน และเปรียบเทียบการรับรู้การเข้าถึง EMS ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่มีการส่งเสริมด้วยเครื่องมือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปากพนัง และได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Stroke จำนวน 260 ราย และผู้ป่วยกลุ่มอาการ Stroke รายใหม่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลปากพนัง จำนวน 96 ราย (ข้อมูลจากรายงานประจำปีโรงพยาบาลปากพนัง ณ วันที่ 30 กันยายน 2566) โดยกลุ่มประชากรอาศัยในเขตอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการโดยการใช้สูตร Yamane T[17] ด้วยวิธีการดังนี้

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

กำหนดให้

n = กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

N = ประชากรตัวอย่างทั้งหมด

e = ค่าคลาดเคลื่อนทางสถิติ 0.05

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปากพนัง และได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แทนค่า ดังนี้

แทนค่า $n = 260/ 1+(260 \times (0.05)^2$

$= 157.57$ หรือ 158 ราย

ผู้สูงอายุกลุ่มอาการ Stroke รายใหม่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลปากพนัง แทนค่า ดังนี้

แทนค่า $n = 96/ 1+(96 \times (0.05)^2$

$= 77.41$ หรือ 78 ราย

ดังนั้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้รวมทั้งหมด 236 ราย โดยการศึกษานี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 158 ราย โดยคำนวณกลุ่มทดลอง (Case)/กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) เป็น 1:1 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 79 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 79 ราย
2. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มอาการ Stroke รายใหม่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 78 ราย โดยคำนวณกลุ่มทดลอง (Case)/กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) เป็น 1:1 ได้กลุ่มทดลอง จำนวน 39 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 39 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) 1) ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตอำเภอปากพนังที่ได้รับการตรวจว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุที่แพทย์วินิจฉัยมีอาการ Stroke ที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลปากพนัง 2) มีประวัติครบถ้วน 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอปากพนัง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1) ผู้สูงอายุปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยในระหว่างการดำเนินการศึกษา 2) ไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมในวันและเวลาที่กำหนดได้

เครื่องมือในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย

1.1แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและผู้สูงอายุกลุ่มอาการ Stroke

1.2แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับอาการ Stroke และการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.3แบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องมือส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดัดแปลงมาจาก Kraiya และคณะ 18

2. เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

2.1 โปสเตอร์ (Infographic)

2.1.1 ผู้วิจัยออกแบบรายละเอียดเกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องสังเกต โดยศึกษาข้อมูลจากงานวิจัย ตำรา และอินเตอร์เน็ตโดยเลือกใช้ภาษาที่มีข้อความกระชับ เข้าใจง่าย มีภาพประกอบ ใช้สีสันที่เรียบง่ายเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2.1.2 นำไปให้ผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ทดลองอ่านและให้ข้อคิดเห็นเพื่อนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

2.1.3 นำโปสเตอร์ที่ปรับแก้นำไปแจกจ่ายให้กับผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

2.2สื่อสุขภาพ “เพลงบอก” (แนวปฏิบัติเมื่อมีอาการ Stroke)

2.2.1 สร้างวิดีโอบรรยายแบบสั้นโดยใช้ศิลปะวัฒนธรรมภูมิปัญญาพื้นบ้านของภาคใต้ “เพลงบอก” (แนวปฏิบัติเมื่อมีอาการ Stroke)ความยาวไม่เกิน 3 นาที มีการใช้ภาษาท้องถิ่น (ภาษาใต้) สามารถเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น ประชาชนผู้สูงอายุเข้าถึงได้ง่าย

2.2.2 นำสื่อไปทดลองกับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน รับชมและฟังเพื่อให้ข้อคิดเห็นและนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

2.3การตั้งค่าหมายเลขโทรด่วน กดเลข 1 = โทรด่วน 1669

2.3.1 จากการสอบถามในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากพนัง พบว่ายังมีผู้สูงอายุบางคนใช้โทรศัพท์รุ่นเก่า เป็นปุ่มกด ไม่สามารถใช้แอปพลิเคชันได้หรือในกลุ่มที่มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนแต่ไม่มีอินเตอร์เน็ต และพบว่าผู้สูงอายุหลายท่านยังจำเบอร์ 1669 ไม่ได้ และพบว่าในโทรศัพท์รุ่นเก่าที่ยังเป็นปุ่มกดสามารถตั้งค่ากดโทรด่วนได้และโทรออกไปยังหมายเลขปลายทางที่ต้องการได้ทันที เพื่อเป็นอีกหนึ่งช่องทางให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รวดเร็วยิ่งขึ้น โดยตั้งเลือก “ตั้งค่าสมุดโทรศัพท์” กำหนดหมายเลขโทรด่วน คือ หมายเลข 1 เนื่องจากเป็นเลขที่จดจำได้ง่าย เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน ให้กดเลข 1 ค้างไว้ประมาณ 3 วินาที หรือ กดเลข 1 แล้วโทรออกระบบก็จะโทรออก 1669 โดยอัตโนมัติ

การรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1ผู้วิจัยประสานกับพยาบาลปฐมภูมิ จำนวน 4 คน และทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 30 คน เป็นผู้ช่วยนักวิจัย เป็นบุคคลที่คุ้นเคยกับผู้สูงอายุ มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุครบถ้วนและรู้จักพื้นที่เป็นอย่างดี โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 79 ราย และผู้สูงอายุที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 39 ราย ซึ่งกระจายอยู่ใน 18 ตำบลของอำเภอปากพนัง ซึ่งแบ่งความรับผิดชอบตามพื้นของ อสม.

1.2ผู้วิจัยจัดประชุมทีมผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้ความรู้ อธิบายเกี่ยวกับวิธีเก็บข้อมูล วิธีการช่วยเหลือผู้ให้ข้อมูลกรณีไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และผู้ช่วยนักวิจัยและนักวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกชุด

2. ระยะทดลอง

2.1กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยและทีม อสม. ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke จำนวน 79 ราย และผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 39 ราย รวม 118 ราย โดยทีมวิจัยและ อสม. ที่ลงพื้นที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ Stroke การป้องกันเบื้องต้น การเรียกใช้ระบบ EMS และติดโปสเตอร์ไว้ที่บ้าน โดยให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นคนชี้จุดที่จะติดโปสเตอร์เพื่อให้มองเห็นได้ชัดเจนและสามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา แนะนำการดูสื่อสุขภาพด้วยตนเอง “เพลงบอก”(แนวปฏิบัติเมื่อมีอาการ Stroke) และตั้งค่าสมุดโทรศัพท์สายด่วน 1669 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้โทรศัพท์แบบปุ่มกด ข้อมูลที่เก็บประกอบด้วย

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอาการ Stroke (แบบสัมภาษณ์)

2.1.2 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอาการ Stroke และการเข้าการเข้าถึงระบบ EMS จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังกระบวนการวิจัย

2.1.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อเครื่องมือส่งเสริมการเข้าถึงระบบ EMS หลังกระบวนการวิจัย

2.2กลุ่มควบคุม ทีมวิจัยและทีม อสม. ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke จำนวน 79 ราย และผู้สูงอายุกลุ่มอาการ Stroke จำนวน 39 ราย โดยแกนนำ อสม. ที่ลงพื้นที่ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ Stroke การป้องกันเบื้องต้น การเรียกใช้ระบบ EMS แต่ไม่มีการให้เครื่องมือในการวิจัยแก่กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ซอฟต์แวร์โปรแกรม R เวอร์ชั่น 4.3.2 (https://cran.rstudio.com/) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติในการเลือกใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ ค่ามัธยฐาน (interquartile range: IQR) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi– square test) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรตามความเหมาะสม การทดสอบที (t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $P<0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลประชากรที่เข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้แสดงดังตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 236 ราย เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตอำเภอปากพนัง ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 158 ราย และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการ Stroke 78 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างทดลองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke รายใหม่ จำนวน 79 ราย และกลุ่มอาการ Stroke จำนวน 39 ราย รวมทั้งหมด 118 ราย เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม จำนวน 118 ราย พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (56.80% และ 50.80% ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 74 ปี (IQR = 68, 79) และ 72 ปี (IQR = 66, 78) ตามลำดับ สถานภาพสมรส (62.70% และ 81.40% ตามลำดับ) จบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลาย (84.70% และ 92.40% ตามลำดับ) มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว (49.20% และ 49.20% ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (44.10% และ 59.30% ตามลำดับ) อ่านหนังสือออก/เขียนได้ (78.80% และ 89.0% ตามลำดับ) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง (66.90%) และ Stroke (33.10%) ตามลำดับ มีโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ เบาหวาน (36.40% และ 39.80% ตามลำดับ) ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีโทรศัพท์ (100%) มียานพาหนะในครอบครัว (95.80% และ 99.20% ตามลำดับ) เป็นยานพาหนะประเภทรถยนต์ (85.60% และ 83.90% ตามลำดับ) รถจักรยานยนต์ (10.20% และ 15.30% ตามลำดับ) และไม่มียานพาหนะ (4.20% และ 0.80% ตามลำดับ) มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลปากพนังใกล้ที่สุด คือ 5 กิโลเมตร (3.40% และ 0% ตามลำดับ) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลปากพนังไกลที่สุด คือ 30 กิโลเมตร ระยะทางเฉลี่ย 16.78 และ 18.46 กิโลเมตร ตามลำดับ และใช้เวลาจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 นาที (4.20% และ 1.70% ตามลำดับ) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างทางประชากรที่มีนัยสำคัญทางสถิติจึงเป็นกลุ่มประชากรที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้

การรับรู้เกี่ยวกับอาการ Stroke และการเข้าถึงระบบ EMS การรับรู้เกี่ยวกับอาการ Stroke และการเข้าถึงระบบ EMS ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) (ตารางที่ 1) ซึ่งสะท้อนประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงระบบ EMS ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้การเกี่ยวกับอาการ Stroke และการเข้าถึงระบบ EMS ดีขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่พบว่าตอบแบบสอบถามได้เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ การเข้าถึงระบบ EMS ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงบริการ EMS

พบว่าเวลารวมตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง คือ 78.12 นาที (IQR 52.50, 120) ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินแรกรับเฉลี่ย 1.04 นาที (IQR 1.0, 1.0) การตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าใช้เวลาเฉลี่ย 1.66 นาที (IQR 1.0, 2.2) รวมระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่แรกรับจนถึงส่งต่อใช้เวลาเฉลี่ย 18.04 นาที (IQR 12.00, 25.0) ตามลำดับ และจากการติดตามผู้ป่วยหลังส่งต่อ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต (ตารางที่ 2)

ประสิทธิผลของการใช้เครื่องมือส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลปากพนัง พบว่ามีผู้ป่วยต้องสงสัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ลงทะเบียนเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้มารักษาที่โรงพยาบาลปากพนัง ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2566-31 มกราคม 2567 จำนวนทั้งหมด 41 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 24 ราย และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงบริการ EMS จำนวน 17 ราย พบว่าผู้ป่วยต้องสงสัยเป็น Stroke ในกลุ่มทดลองมีการเรียกใช้บริการระบบ EMS และถูกส่งตัวไปยังห้องฉุกเฉินโดยรถพยาบาลโรงพยาบาลปากพนัง คิดเป็น 33.30% (8/24) ในขณะที่ผู้ป่วยต้องสงสัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม จำนวน 17 ราย คิดเป็น 17.60% (3/17) เท่านั้น นอกจากนี้ ในจำนวนทั้งหมดเป็นอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการและได้รับเครื่องมือส่งเสริมการเข้าถึงระบบ EMS คิดเป็น 100% (24/24 คน) มาถึงห้องฉุกเฉินภายใน 3 ชั่วโมง และทั้งหมดได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครศรีธรรมราช (โรงพยาบาลแม่ข่าย) ภายใน 30 นาที (100%) การศึกษานี้พบว่าผลลัพธ์ของการเข้าถึงระบบ EMS ของกลุ่มควบคุมต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ตารางที่ 1 คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับอาการ Stroke และการเข้าถึง EMS ก่อนและหลังได้รับเครื่องมือ (n = 118)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (Paired t-test)	กลุ่มควบคุม (Paired t-test)
	$\bar{X}$±SD	$\bar{X}$±SD
ก่อนทดลอง	1.2±1.1	2.2±1.3
หลังทดลอง	7.8±0.4	2.4±1.2
p-value	*P*< 0.001	*P*< 0.001

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การเข้าถึง EMS ของผู้ป่วย Stroke ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=24) และกลุ่มควบคุม (n=17) ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2566 - 31 มกราคม 2567

ตัวชี้วัด	กลุ่มทดลอง (n = 24)	กลุ่มควบคุม (n = 17)
	$\bar{X}$±SD (นาที)	$\bar{X}$±SD (นาที)
ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนถึงโรงพยาบาล	78.12 ±43.10	711.76±534.67
ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการประเมินสภาพ	1.04±0.20	1.05±0.24
ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า	1.66±0.66	3.05±4.19
ระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อ	18.04±8.01	20.17±6.72

ความพึงพอใจของเครื่องมือ จากการสำรวจความพึงพอใจต่อเครื่องมือในการส่งเสริมการเข้าถึงระบบ EMS ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอาการ Stroke หลังกระบวนการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองจำนวน 118 รายมีความพึงพอใจต่อเครื่องมือและสื่อเทคโนโลยีสำหรับการเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด คือ เพลงบอก (74.60%) รองลงมา คือ โปสเตอร์ “แนวปฏิบัติเมื่อเกิดอาการ Stroke”

(67.80%) และการติดตั้งหมายเลขโทรด่วน 1669 (55.90%) (ตารางที่ 3) กลุ่มทดลองทั้งหมด (100%) มีความรู้และความเข้าใจหลังได้รับเครื่องมืออย่างเห็นได้ชัด และมีความมั่นใจในการถ่ายทอดและ/หรือแนะนำผู้อื่นได้ เนื้อหาง่ายต่อการทำความเข้าใจ การเรียงลำดับเนื้อหาเป็นขั้นตอนมีความต่อเนื่อง ด้านภาพโปสเตอร์มีความน่าสนใจ ทำให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้น รวมทั้งสั้นกระชับ ในด้านเสียงของสื่อเพลงบอกมีความไพเราะ ฟังเข้าใช้ภาษาถิ่น เสียงบรรยายมีความน่าสนใจ และมีความชัดเจน มีความเหมาะสมกับเนื้อหา และเสียงดนตรีในการดำเนินกิจกรรมประกอบเหมาะสม

สรุปและวิจารณ์ผล

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาครั้งแรกของโรงพยาบาลปากพนังที่มีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอาการ Stroke เชิงรุก ในเขตอำเภอปากพนัง จากการใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลปากพนังซึ่งรวมแหล่งข้อมูลการใช้ระบบ EMS ในอำเภอปากพนังพบว่าเกือบหนึ่งในสามของผู้ป่วย Stroke ไม่ได้ถูกส่งตัวไปที่โรงพยาบาลผ่านทาง EMS ผู้ป่วยที่ขนส่งโดย EMS มีแนวโน้มที่จะได้รับการประเมินและการรักษาที่รวดเร็วกว่าผู้ป่วยที่ขนส่งด้วยตนเอง

ตารางที่ 3 ร้อยละของความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง (n = 118) ต่อการใช้เครื่องมือและสื่อเพื่อการเข้าถึง EMS

รายการ	ร้อยละระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปากกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เนื้อหา					
1.1 ความชัดเจนในการอธิบายเนื้อหา	44.9	55.1	0	0	0
1.2 เนื้อหามีประโยชน์	31.4	66.9	1.7	0	0
2. ความรู้ความเข้าใจ					
2.1 ความรู้ความเข้าใจเรื่อง Stroke และการใช้บริการ EMS ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย	0	0	16.1	43.2	40.7
2.2 ความรู้ความเข้าใจเรื่อง Stroke และการใช้บริการ EMS หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย	47.5	52.5	0	0	0
3. การนำความรู้ไปใช้					
3.1 สามารถเผยแพร่ความรู้/ ถ่ายทอดแก่บุคคลอื่นได้	40.7	57.6	1.7	0	0
3.2 มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	40.7	57.6	1.7	0	0
4. เครื่องมือที่ทำให้ท่านเข้าถึงหรือรู้จักระบบการแพทย์ฉุกเฉิน					
4.1 โปสเตอร์	67.8	32.2	0	0	0
4.2 สื่อสุขภาพ “เพลงบอก”	74.6	25.4	0	0	0
4.3 หมายเลขด่วน 1669	55.9	44.1	0	0	0

การศึกษาครั้งนี้พบว่าการส่งเสริมการเข้าถึงระบบ EMS เชิงรุก โดยการใช้เครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ระบบ EMS ให้กับกลุ่มเสี่ยงที่บ้านทำให้กลุ่มเสี่ยงได้รับทราบข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับอาการ Stroke ที่ต้องสังเกตและแนวปฏิบัติเมื่อเกิดอาการขึ้น ลดการพิการหรือเสียชีวิต ประสิทธิผลของการใช้เครื่องมือในงานวิจัยนี้บ่งชี้ได้จากรายงานของหน่วยงานแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากพนัง ที่พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มสงสัยอาการ Stroke ในกลุ่มทดลองที่ลงทะเบียนเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้เรียกใช้ระบบ EMS และทำให้มารับบริการที่โรงพยาบาลปากพนังภายใน 180 นาที ตั้งแต่เกิด

อาการจนถึงโรงพยาบาล คิดเป็น 100% ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับเครื่องมือ มารับบริการที่โรงพยาบาลปากพนังภายใน 180 นาที คิดเป็น 0% สะท้อนถึงผลลัพธ์เชิงประจักษ์ของการใช้เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้อย่างเด่นชัดสอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้าที่พบว่า ประสิทธิผลของการใช้เครื่องมือส่งเสริมการเข้าถึงระบบ EMS นั้นส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้[15, 18, 19]

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอาการ Stroke พบว่ามีเพศชายมากกว่าเพศหญิงสอดคล้องกับการรายงานก่อนหน้าที่พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงและพบในผู้สูงอายุ 65 ปี เนื่องจากอายุมากขึ้นมีผลทำให้หลอดเลือดมีการแข็งตัวมากขึ้น และมีไขมันเกาะผนังหลอดเลือดมากขึ้นทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบาก ในด้านของโรคประจำตัวร่วมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ เบาหวาน รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับรายงานก่อนหน้าที่พบว่าผู้ป่วยอาการ Stroke จะมีโรคประจำตัวร่วมด้วย คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง[20]

จากข้อมูลปัญหาที่พบในการเข้าถึง EMSส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและไม่มีญาติหรือผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ[21, 22] ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย Stroke จึงต้องมีการพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติให้มากขึ้นเพื่อที่จะให้สามารถดูแลผู้ป่วย Stroke ได้เข้าถึงบริการ EMS อย่างรวดเร็วและได้รับการรักษาที่ทันเวลา ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้อาการ Stroke และการเข้าถึงบริการ EMS คือ ระดับการศึกษา[23] ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับอาการ Stroke และการเข้าถึงบริการ EMS ในครั้งนี้สะท้อนผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาที่ต่ำว่าชั้นมัธยมศึกษามีการเข้าถึงบริการ EMS ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และแสดงให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือส่งเสริมการเข้าถึงบริการ EMS ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอาการ Stroke มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนถึงโรงพยาบาลปากพนัง ≤180 นาที ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการประเมินสภาพ ≤5 นาที ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า ≤5 นาที ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนถึงได้รับการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น Stroke ≤5 นาที ค่าเฉลี่ยระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อ ≤20 นาที สอดคล้องกับค่าเป้าหมายระยะเวลาการให้บริการแต่ละขั้นตอนในผู้ป่วย Stroke ในขั้นตอน Stroke Fast Track[10, 24]

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่กลุ่มเสี่ยงไม่สามารถเข้าถึงระบบ EMS เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงยังขาดความรู้ในระบบ EMS และไม่เคยเรียกใช้บริการ ไม่รู้จักเบอร์โทรฉุกเฉิน ไม่รู้วิธีแจ้งเหตุ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองและไม่ทราบแนวปฏิบัติในการเรียกใช้ระบบ EMS[22] การวิจัยครั้งนี้ตอบสนองกับปัญหาที่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต้องการ คือ ความรู้และแนวปฏิบัติที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น สื่อ “เพลงบอก” ที่ได้รับความพึงพอใจมากที่สุด รองลงมาคือ โปสเตอร์ และตั้งค่าหมายเลขด่วน 1669 ส่วนในด้านการสังเกตอาการพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบอาการเบื้องต้น เช่น ปากเบี้ยว แขน-ขา อ่อนแรง พูดไม่ชัด และคิดว่าอาการเหล่านี้ไม่สำคัญจึงไม่รีบมาโรงพยาบาลหรือเรียกใช้บริการ EMS และที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับเครื่องมือยังไม่ทราบแนวปฏิบัติเมื่อเกิดอาการ Stroke ทำให้มีอาการที่รุนแรงเนื่องจากส่งตัวมาโรงพยาบาลล่าช้าและได้รับยา rt-PA เกินเวลา 3-4.5 ชั่วโมง[25-27] ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ยืนยันผลลัพธ์ในการส่งเสริมการให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่บ้านนั้นช่วยให้ประชาชนได้เกิดความตระหนักรู้ (self-awareness) มากยิ่งขึ้นส่งผลให้เมื่อเกิดอาการ Stroke จึงทราบขั้นตอนปฏิบัติในการเรียกใช้ระบบ EMS ทำให้ได้รับการบริการภายในเวลา 180 นาที[28]

หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงบริการ EMS เชิงรุก พบว่าค่าคะแนนความรู้ในแต่ละด้านมีระดับความรู้สูงขึ้นอยู่ในระดับมากในทุก ๆ ด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า[26] ดังนั้น จึงจะเห็นได้ว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอาการ Stroke ในชุมชนและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Stroke มีส่วนทำให้การเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น ช่วยลดอัตราความพิการ ลดอัตราการตายจาก Stroke และจากการติดตามผลหลังส่งต่อไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม การป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยการเสริมสร้างพลังในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคและการให้ข้อมูลในการสังเกตอาการ ของ Stroke เพื่อให้ตระหนักและรับรู้อย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มมีอาการ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วขึ้น

จากการสำรวจความคิดเห็นต่อเครื่องมือในการส่งเสริมการเข้าถึง EMS พบว่าผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อเครื่องมือและสื่อสำหรับการเข้าถึงระบบ EMS มากที่สุดคือ สื่อสุขภาพ “แนวปฏิบัติเมื่อมีอาการ Stroke” รองลงมา คือ โปสเตอร์ “แนวปฏิบัติเมื่อเกิดอาการ Stroke” และการตั้งค่าหมายเลขด่วน = 1669 สามารอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อสื่อสุขภาพ “เพลงบอก” เนื่องจากการเป็นศิลปะพื้นบ้านที่ปัจจุบันหาชมได้ยากและเป็นที่นิยมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการใช้ภาษาถิ่น มีเนื้อหาที่กระชับ ฟังง่าย ส่วนโปสเตอร์ได้รับความชื่นชอบรองลงมาเนื่องจากเป็นสื่อที่มองเห็นได้ชัดเจน จับต้องได้ สีสันสวยงาม และเมื่อเกิดอาการ Stroke ขึ้นสมาชิกในครอบครัวสามารถดูข้อมูลเกี่ยวกับอาการและเรียกใช้ระบบ EMS ได้ทันที ส่วนหมายเลขด่วน 1669 ได้รับความชื่นชอบน้อยที่สุดเนื่องจากการใช้หมายเลขด่วนนั้นจะเกิดขึ้นในกรณีที่เกิดอาการ Stroke ทำให้ผู้สูงอายุลงความเห็นน้อย

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke โรงพยาบาลปากพนัง มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอาการ Stroke ได้อย่างมีประสิทธิผลสามารถปฏิบัติได้จริง ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการ Stroke ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ ทันเวลา และมีความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความรู้และแนวทางปฏิบัติให้กับกลุ่มเสี่ยง Stroke

2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินการให้มากขึ้นเพื่อติดตามผลลัพธ์ในกลุ่มประชากรทั้งหมดจัดนัดรอบคลินิกพิเศษให้สัมพันธ์กันกับเครือข่ายเพื่อให้มีความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

3. สามารถนำผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงระบบ EMS ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคอื่น ๆ เช่น STEMI และพลัดตกหกล้ม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการแจ้งเหตุฉุกเฉินให้ทันสมัย สะดวกต่อการใช้งานและเหมาะสมกับบุคคลทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญคือผู้สูงอายุ เช่น Mobile Application, Facebook, LINE เป็นต้น

2. ควรพัฒนาเกี่ยวกับระบบภูมิสารสนเทศหรือการใช้ระบบ GPS Mapping หรือระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ GIS สำหรับบ้านของกลุ่มเสี่ยงสูงหรือผู้ป่วย Stroke เพื่อให้หน่วยการแพทย์ฉุกเฉินสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว และไม่หลงทางในพื้นที่ชนบท

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทีมเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล รวมทั้ง อสม. ที่ช่วยดำเนินการวิจัยในชุมชนและโรงพยาบาลปากพนัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่สนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณนายสมปอง เมืองแก้ว จากสถานีวิทยุกระจายเสียง

แห่งประเทศไทย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้แต่งและขับ
ร้องเพลงบอก

เอกสารอ้างอิง

1. Ghadimi N, Hanifi N, Dinmohammadi M. Factors Affecting Pre-Hospital and In-Hospital Delays in Treatment of Ischemic Stroke; a Prospective Cohort Study. Arch Acad Emerg Med. 2021;9(1):e52.
2. Afzali F, Jahani Y, Bagheri F, Khajouei R. The impact of the emergency medical services (EMS) automation system on patient care process and user workflow. BMC Med Inform Decis Mak. 2021;21(1):292.
3. Meyer KA, Decker K, Mervis CA, Louder D, Bradshaw J, DeVader S, et al. Emergency medical services data for cardiovascular disease surveillance, program planning, and evaluation in Maine. Prev Chronic Dis. 2008;5(2):A54.
4. Su S, Shih CL. Modeling an emergency medical services system using computer simulation. Int J Med Inform. 2003;72(1-3):57-72.
5. Walderhaug S, Meland PH, Mikalsen M, Sagen T, Brevik JI. Evacuation support system for improved medical documentation and information flow in the field. Int J Med Inform. 2008;77(2):137-51.
6.Sutham K, Khuwuthyakorn P, Thinnukool O. Thailand medical mobile application for patients triage base on criteria based dispatch protocol. BMC Med Inform Decis Mak. 2020;20(1):66.
7. Lee EJ, Kim SJ, Bae J, Lee EJ, Kwon OD, Jeong HY, et al. Impact of onset-to-door time on outcomes and factors associated with late hospital arrival in patients with acute ischemic stroke. PLoS One. 2021;16(3):e0247829.
8. Ortiz AFH, Suriano ES, Eltawil Y, Sekhon M, Gebran A, Garland M, et al. Prevalence and risk factors of unruptured intracranial aneurysms in ischemic stroke patients - A global meta-analysis. Surg Neurol Int. 2023;14:222.
9. Flint AC, Conell C, Ren X, Banki NM, Chan SL, Rao VA, et al. Effect of Systolic and Diastolic Blood Pressure on Cardiovascular Outcomes. N Engl J Med. 2019;381(3):243-51.
10. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019;50(12):e344-e418.
11. Madhok DY, Keenan KJ, Cole SB, Martin C, Hemphill JC, 3rd. Prehospital and Emergency Department-Focused Mission Protocol Improves Thrombolysis Metrics for Suspected Acute Stroke Patients. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2019;28(12):104423.
12. Olascoaga Arrate A, Freijo Guerrero MM, Fernandez Maiztegi C, Azkune Calle I, Silvarino Fernandez R, Fernandez Rodriguez M, et al. Use of emergency medical transport and impact on time to care in patients with ischaemic stroke. Neurologia (Engl Ed). 2019;34(2):80-8.
13.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย). Retrieved from https://wwwniemsgoth/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448pdf 2565.
14. Le SM, Copeland LA, Zeber JE, Benge JF, Allen L, Cho J, et al. Factors affecting time between symptom onset and emergency department arrival in stroke patients. eNeurologicalSci. 2020;21:100285.
15. Tansuwannarat P, Atiksawedparit P, Wibulpolprasert A, Mankasetkit N. Prehospital time of suspected stroke patients treated by emergency medical service: a nationwide study in Thailand. Int J Emerg Med. 2021;14(1):37.
16.กลุ่มงานเวชระเบียน. รายงานเวชระเบียน โรงพยาบาลปากพนัง ประจำปีงบประมาณ 2566. โรงพยาบาลปากพนัง. 2566.
17.Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis, 2nd ed. Harper and Row: New York, NY, USA. 1967.

18.บุญน้อม ไกรยา, นิญาพัชญ์ ศิระรัตนาวัฒน์, และยุพาวดี แซ่เตีย. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ). 2566;38(2):52-63.

19.เบญจมาศ มาสิงบุญ. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1):411-22.

20.รพีภัทร ชำนญเพาะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ทิพมาส ชิณวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563;40(1):140-53.

21.นงคราญ ใจเพียร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2564;22(1):52-66.

22.พนิดา พ้องเสียง. การพัมนารูปแบบการเข้าถึงบริการการพแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายอำเภอโพนทอง. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564;2(1):9-20.

23.สายฝน เติบสูงเนิน และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. ระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2560;32(5):482-90.

24.Hoh BL, Ko NU, Amin-Hanjani S, Chou S-Y, Cruz-Flores S, Dangayach NS, et al. 2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2023;54(7):e314-e70.

25.Alkhalifah KM, Al Hunaif AM, Alghamdi BS, Alqhatani RS, Almanea DM, Alshahrani AA, et al. Awareness of Stroke Risk Factors and Warning Signs Among Diabetic Patients in the Aseer Region, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. Cureus. 2023;15(7):e42562.

26.สงบ บุญทองโท, นิสากร วิบูลชัย และองุ่น บุตรบ้านเขวา. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2560;14(3):100-13.

27.Kurmi S, Mathews E, Kodali PB, Thankappan KR. Awareness of Stroke Warning Symptoms, Risk Factors, and Response to Acute Stroke in Biswanath District, Assam, India. J Stroke Med. 2020;3(2):88-91.

28.Drenck N, Viereck S, Baekgaard JS, Christensen KB, Lippert F, Folke F. Pre-hospital management of acute stroke patients eligible for thrombolysis - an evaluation of ambulance on-scene time. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2019;27(1):3.

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
Association between Health Belief and Self-care Behaviors in Diabetes Mellitus.

(Received: February 14,2024 ; Revised: March 9,2024 ; Accepted: March 10,2024)

รัชนี วุฒา[1]
Ratchanee Wutha[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมและอาศัยอยู่ในตำบลพระกลางทุ่ง อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 198 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ ฟิชเชอร์ เอกแซคและสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 52.02 ความสัมพันธ์หระว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานพบว่า ระดับการศึกษาและระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานพบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ; ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคเบาหวาน

ABSTACT

This cross-sectional survey research aimed to study and self-care behaviors in diabetes mellitus to prevent the chronic complications of diabetes and association between health belief and self-care behaviors in diabetes mellitus to prevent the chronic complications of diabetes. A simple random sampling was conducted to obtain 198 diabetic patients registered in the chronic disease clinic in Thatphanom crown prince hospital and living in Praklangtung sub-district, Thatphanom district, Nakornphanom province. Data was collected by the questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, Chi-square test, Fisher's exact test and Pearson product-moment correlation coefficient.

The results found. 52.02% of participants had self-care behaviors to prevent the chronic complications of diabetes at an appropriate level. The personal factors found that education level, and diabetes mellitus duration related to self-care behaviors in diabetes mellitus to prevent the chronic complications of diabetes with statistical significance at the p-value <0.05. The participants perceived the severity of the chronic complications of diabetes, benefits of taking action to prevent the chronic complications of diabetes related to self-care behaviors in diabetes mellitus to prevent the chronic complications of diabetes with statistical significance at the p-value <0.05.

Keywords: Health Belief, Self-care Behaviors, Diabetes Mellitus

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระกลางทุ่ง

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 41 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2563 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 21[1] ในการสำรวจครั้งที่ 6 เมื่อปี พ.ศ. 2563 ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบเป็นร้อยละ 9.5 การสำรวจนี้มีการตรวจวินิจฉัยด้วย A1C ซึ่งพบความชุกของโรคเบาหวานจากระดับ A1C≥6.5% ถึงร้อยละ 11.0 ในจำนวนนี้ผู้ป่วยร้อยละ 30.6 ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มอายุ 15-44 ปี โดยเฉพาะผู้ชายเป็นกลุ่มที่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด นอกจากนี้ ผู้ที่มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้าขณะอดอาหาร คือ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 มก./ดล. พบในอัตราร้อยละ 10.7 การศึกษาในคนไทยอายุ 35-65 ปี ที่มีปัจจัยสี่ยงต่อโรคเบาหวานโดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง และการตรวจความทนทานต่อน้ำตาลกลูโคส (Oral glucose tolerance test; OGT) ระดับน้ำตาลในเลือดที่ 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำที่มีกลูโคส 75 กรัม ละลายอยู่ มีค่า 140-199 มก./ดล. หมายถึงมีความทนทานต่อน้ำตาลกลูโคสผิดปกติ (Impaired glucose tolerance: IGT) ความชุกผู้ที่เป็น IGT พบมากถึงร้อยละ 38[1]

สถานการณ์โรคเบาหวานปีงบประมาณ 2565 พบว่าประเทศไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.68 เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.98 จังหวัดนครพนม พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.39 อำเภอธาตุพนม พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.00 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระกลางทุ่ง พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.64[2] ส่วนอัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ปี งบประมาณ 2565 ของประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดนครพนม อำเภอธาตุพนมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระกลางทุ่ง พบร้อยละ 2.29 2.76 2.63 2.58 และ 1.51 ตามลำดับ[3] ส่วนอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ปีงบประมาณ 2565 ของประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดนครพนม อำเภอธาตุพนมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระกลางทุ่ง พบร้อยละ 2.34 2.65 2.02 1.94 และ 2.22 (เกณฑ์ไม่เกิน 2.00)[4] และอัตราการควบคุมน้ำตาลได้ดีปีงบประมาณ 2565 ของประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดนครพนม อำเภอธาตุพนม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระกลางทุ่ง พบร้อยละ 30.79 28.89 32.05 27.86 และ 30.47 (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 40)[5] จากผลงานที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมเสริมสุขภาพตำบลพระกลางทุ่งพบว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานยังเป็นปัญหาของพื้นที่และยังไม่บรรลุเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งการควบคุมระดับน้ำตาลและภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมที่ใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างไรจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของตน ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค (perceived barriers to disease prevention) และแรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation)[6] (Becker, 1974) โดยสามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[7-9] โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการให้สุขศึกษากับผู้ป่วยโรค

เรื้อรังพบว่าภายหลังการให้สุขศึกษากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10-11] การให้สุขศึกษาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องโดยเฉพาะการควบคุมโรคเบาหวานซึ่งมีความสำคัญในการลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ป่วยต้องมีการควบคุมอาหารรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและรักษาต่อเนื่อง การดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การรักษาต่อเนื่อง จะส่งผลระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมา ผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้นหรือรุนแรงขึ้นเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ที่เป็นเบาหวานต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในครั้งนี้เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมและอาศัยอยู่ในตำบลพระกลางทุ่ง อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 373 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) อายุ 20-70 ปี 2) ผู้ป่วยมีการรับรู้สมบูรณ์และสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบา หวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 6 เดือน ภ๗ ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีประชากรขนาดเล็ก

$n = NZ^2\alpha/2P(1-P)/d^2(N-1)+Z^2\alpha/2P(1-P)$

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (373 คน)

$Z^2\alpha/2$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด (3.841)

P = ความชุกของโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (0.38)[12]

d = เป็นระดับความแม่นยำ (Precision Level) จากการศึกษาครั้งนี้กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 1 ใน 10 ส่วนของ ละเอียดศิลาน้อย[13] เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร n= 180 คน

ดังนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 180 คน และเพื่อป้องการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบกลับของแบบสอบถาม จึงมีการเพิ่มจำนวนตัวอย่างในอัตราร้อยละ 10 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 187 คน เลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในตำบลพระกลางทุ่ง อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จนครบ 198 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย แบ่งข้อคำถามออกเป็น 4 ตอน คือ

ส่วนที่ 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2.2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ลักษณะคำตอบเป็นลักษณะคำตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Likert[14]

แปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best[15] ดังนี้

คะแนนสูงสุด -คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้นที่ต้องการ = 5-1/3 = 1.33

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 -2.33 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 -5.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ เป็นการสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวคือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หรือปฏิบัติเป็นประจำ โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 7 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 4-6 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 1-3 วันต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นเลย

การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

ตอบ “ปฏิบัติเป็นประจำ” ให้ 4 คะแนน

ตอบ “ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่” ให้ 3 คะแนน

ตอบ “ปฏิบัติบางครั้ง” ให้ 2 คะแนน

ตอบ “ไม่เคยปฏิบัติ” ให้ 1 คะแนน

แปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best[15]

ช่วงการวัด = ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น

= (4-1)/3

= 1

จากเกณฑ์ดังกล่าว แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) พบว่าทุกข้อคำถามได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาอยู่

ในช่วง 0.67-1.00 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข โดยผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปหาความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ รพ.สต. แสนพัน ตำบลแสนพัน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน และนำไปตรวจสอบความเข้าใจในด้านการใช้ภาษาและความสะดวกในการตอบแบบสอบถาม แล้วนำไปวิเคราะห์หาเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าความเชื่อมั่นด้วย สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอร์นบาร์ช (Cronbach' Alpha Coefficient) ในส่วนที่ 2.1-2.4 และ 3 มีค่าอยู่ที่ 0.88 0.91 0.93 0.95 และ 0.95 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนการเตรียมการ เป็นการเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน

1.1 อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย การอธิบายคำชี้แจง การขอความยินยอมและการใช้แบบสอบถาม คำอธิบายตัวเลือกแต่ละข้อคำถามแก่ผู้ช่วยวิจัย

1.2 ผู้วิจัยสาธิตการใช้แบบสอบถามทุกข้อ เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยได้สอบถามในประเด็นที่สงสัย

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ชี้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ โดยขอเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามไม่ได้จะให้ผู้ช่วยวิจัยอ่านแบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามข้อมูลที่เป็นจริง

2.2 การแจกและเก็บแบบสอบถามดำเนินการเก็บมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ

2.3 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานด้วยความถี่และร้อยละ การวิเคราะห์สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์หระว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานโดยใช้การวิเคราะห์โดยสถิติไคสแคว์ (Chi-square test) และ Fisher's Exact Test วิเคราะห์ความสัมพันธ์หระว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Product Moment Correlation Coefficient

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ 101/66

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.65 มีอายุอยู่ในช่วง 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 68.69 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.71 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 56.06 มีรายได้อยู่ในช่วง 0-5,000 บาท ร้อยละ 56.06 และระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.31

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 0.51 พอใช้ ร้อยละ 47.47 และเหมาะสม ร้อยละ 52.02

3. ความสัมพันธ์หระว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความสัมพันธ์

หระว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่าระดับการศึกษาและระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้อง กันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนเพศ อายุ อาชีพและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (n=198)

ตัวแปร	n	r	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน	198	.074	.301
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน	198	.282	.000*
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	198	.446	.000*
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	198	.010	.888

สรุปและอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 52.02 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดมีความสำคัญในการลดความเสี่ยงและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การรักษาต่อเนื่อง การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเดียวไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ แต่การรับประทานยาตามแพทย์สั่งร่วมกับการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารจะสามารถควบคุมน้ำตาลได้ ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของอัศนี ศศิภัทรพงศ์[16] ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัวชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.29 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.21 และการศึกษาของกัญญารัตน์ กันยะกาญจน์และคณะ[17] ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบังอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 0.51 และ 47.47 มีพฤติกรรมการดูแลตัวเองอยู่ในระดับต้องปรับปรุง และพอใช้ ตามลำดับ กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นได้ ดังนั้นการจัดโปรแกรมการให้สุขศึกษาที่เหมาะสมและการติดตามเยี่ยมบ้าน

เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนในการหากลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม นอกนี้จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุการให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้

2. ความสัมพันธ์หระว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ผลการทดสอบความสัมพันธ์หระว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานพบว่าระดับการศึกษาและระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากการศึกษาทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการอ่าน เขียน ฟัง และเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเข้าถึงสื่อต่างๆ ด้านสุขภาพได้ดี และทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดีจนสามารถวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ได้ จนทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจนำไปสู่การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรคที่ตนเองเจ็บป่วย สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา จึงปฏิบัติกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พุทธรักษ์ ดีสิน และศุภศิลป์ ดีรักษา[12] ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่2 โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าระดับการศึกษาเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าพบโรคแทรกซ้อนมากกว่าระดับการศึกษาที่สูงกว่าประถมศึกษา 125 เท่า (95%CI=1.01-1.71, p-value=0.044) และการศึกษาของ อ้อมใจ แต้เจริญวริยะกุล และกิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณกูฎ[18] ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเนื่องจากผู้ป่วยได้รับสุขศึกษาอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้านด้วยทีมสหวิชาชีพซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลที่เหมาะสมยิ่งขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการเยี่ยมติดตามมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพรียวพันธุ์ อุสาย นิรมล เมืองโสม และประยูร โกวิทย์[19] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่าระยะเวลาการเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่จะมีผู้ดูแลที่คอยช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตัวเอง รวมทั้งการปัจจัยที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเช่น การจัดเตรียมอาหารเป็นต้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานพบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การ

รับรู้ถึงความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน คือการที่ผู้ป่วยหรือบุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากโรคที่เป็นมีความรุนแรงต่อการดำเนินชีวิต การักษาที่ยากขึ้นนำไปสู่การเกิดภาวะวิกฤตต่อภาวะสุขภาพและอาจนำไปสู่ความพิการ หรือการรับรู้ถึงต้นทุนในการรักษาซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมในการป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดจากโรคได้ การรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเป็นสิ่งที่สำคัญกับผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นอย่างมาก เพราะโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรู้และรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการเกิดโรคที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองได้และดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกวิธีก็จะทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ พิลารัฐ ภูระธีรารัชต์ และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา[20] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่าการับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ชัญญานุช ไพรวงษ์ วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์ และภูนรินทร์ สีกุด[21] ศึกษาการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.00) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน คือการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ร้อยละ 69.70 มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ซึ่งในช่วงที่ผ่านมาผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการพัฒนาทักษะต่างๆ มาหลายครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์และโทษของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ สอดคล้องกับการศึกษาประนอม กาญจนวณิชย์[22] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ข้อเสนอแนะ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 0.51 พอใช้ ร้อยละ 47.47 หน่วยงานสาธารณสุขควรมีแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่หลากหลาย ควรให้ความรู้และข้อมูลประกอบสื่ออย่างต่อเนื่องที่เน้นการลดอุปสรรคที่อาจขัดขวางการเกิดพฤติกรรมการป้องกันในเรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพและความรุนแรงของโรค เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. การให้สุขศึกษารายกลุ่มควรพิจารณากลุ่มตามปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ช่วงอายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพอย่างถ่องแท้ และปรับเปลี่ยนกลวิธีให้เหมาะกับแต่ละกลุ่ม

3. ควรมีการนำความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ข้อมูลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคเพื่อลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรุงเทพมหานคร; บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด. 2566.
2. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน [อินเตอร์เน็ต]. 2565a [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd
3. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน [อินเตอร์เน็ต]. 2565b [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=589248f2516fbb85d4a4a5605c3ca1c4
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2565c). ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานปีงบประมาณ 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565c [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022&source=pformated/format1.php&id=b06544333648315e83c83445a62dd94e
5. กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปีงบประมาณ 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565d [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022&source=pformated/format1.php&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac 3
6. Becker, M.H. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs 1974; 2: 324-508.
7. สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย. ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลกุดจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู 2562; 5(1): 55-68.
8. วาสนา ศรีหามาตร์ สุพัตรา บัวที และสุรชาติ สิทธิปกรณ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2558; 21(2): 27-40.
9. กรรณิการ์ เงินดี สมคิด จูหว้า อนุกูล มะโนทน ทวีวรรณ ศรีสุขคำ และเทียนทอง ต๊ะแก้ว. ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสุขศึกษา 2564; 44(2): 171-186.
10. นรเศรษฐ์ พูนสุวรรณ์ สุมัทนา กลางคาร และโกเมนทร์ ทิวทอง. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองต่อความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2558; 18(2): 70-78.
11. ดวงเดือน หันทยุง วรพล แวงนอก และวรากร เกรียงไกรศักดา. ผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเมืองไผ่. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี 2559; 11(1): 36-51.
12. พุทธรักษ์ ดีสิน และศุภศิลป์ ดีรักษา. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่2 โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธ์. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ 2563; 13(3): 36-41.
13. ละเอียด ศิลาน้อย. การใช้สูตรทางสถิติ (ที่ถูกต้อง) ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัยเชิงปริมาณในทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ 2560; 12(2): 50-61.
14. Likert, R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology 1932; 140: 1-55.
15. Best, J.W. Research in Education. 4th ed. New Jersey: Prentice- Hall Inc. 1981.
16. อัศนี ศศิภัทรพงศ์. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัวชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2565; 9(1): 1- 16.

17. กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์ นิตยา เจริญยุทธ ติมา โกศัลวิตร และนฤมล บุญญนิวารวัฒน์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบังอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2562; 8(2): 32-42.
18. อ้อมใจ แต้เจริญวริยะกุล และกิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณกูฎ. (2559). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2559; 9(2): 331-338.
19. เพรียวพันธุ์ อุสาย นิรมล เมืองโสม และประยูร โกวิทย์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2555; 5(3): 11-20.
20. พิสารัฐ ภูระธีรารัชต์ และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศีรษะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2562; 34(2): 257-272.
21. ชัญญานุช ไพรวงษ์ วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์ และภูนรินทร์ สีกุด. การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา 2559; 11(1): 107-116.
22. ประนอม กาญจนวณิชย์. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2564; 36(2): 20-33.

ผลการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

Effects of Clinical Supervision in Caring of Sepsis Patients in Thatphanom Crown Prince Hospital

(Received: February 14,2024 ; Revised: March 9,2024 ; Accepted: March 10,2024)

พรทิพย์ ยศประสงค์[1]
Porntip Yodprasong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และคุณภาพการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้านผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก หออายุรกรรมชาย หออายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 45 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired sample t-test

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยพบว่า อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) อยู่ที่ร้อยละ 100 อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic อยู่ที่ร้อยละ 100 อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม.แรก อยู่ที่ร้อยละ 100

คำสำคัญ: การนิเทศทางการพยาบาลในคลินิก ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย

Abstract

This quasi-experiment with pre-posttest design aimed to study the effects of clinical supervision to Knowledge of caring for sepsis patients, the practice with nursing practice guideline for sepsis patients after using clinical supervision, and the quality of care management for sepsis patients in terms of outcomes. 45 of registered nurse, who work at intensive care unit, male general ward, and female general ward. The study tools were the clinical supervision in caring of sepsis patients. The study periods were 6 weeks. Data were collected by the questionnaire. The data were analyzed in term of frequency, percentage mean standard deviation and paired sample t-test.

The results found that the mean score on pre-posttest of the knowledge of caring for patient was not different. The mean score on pre-posttest of the practice with nursing practice guideline for sepsis patients were different with statistically significant ($p<0.05$). The results of patient care found that 100% of rate of antimicrobial administration within 1 hour, rate of blood collection for hemoculture before antimicrobial administration and IV intake rate 30 ml/kg (1.5 liters for adults)

Keywords: Clinical Supervision, Sepsis Patients, The results of patient care

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (severe sepsis) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อในร่างกาย ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ล้มเหลวและเสียชีวิตภายในเวลารวดเร็วจึงเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

ตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบได้บ่อย ในปี 2561 ทั่วโลกพบผู้ป่วยประมาณ 49 ล้านรายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 11 ล้านราย[1] ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ในปีพ.ศ. 2563-2565 จำนวน 75,209 72,647 และ 79,088 ราย ตามลำดับ และมีอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ร้อยละ 31.91 34.09 และ 35.35 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด hospital-acquired ในปีพ.ศ. 2563-2565 พบผู้ป่วยจำนวน 24,516 25,060 และ 26,794 รายตามลำดับและพบอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด hospital-acquired ร้อยละ 52.15 54.05 และ 54.76 ตามลำดับ[2] จังหวัดนครพนม พบผู้ป่วยในปีพ.ศ. 2563-2565 จำนวน 1,148 1,210 และ 981 ตามลำดับและมีอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ร้อยละ 25.52 24.13 และ 27.12 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด hospital-acquired ในปีพ.ศ. 2563-2565 พบผู้ป่วยจำนวน 151 116 และ 140 รายตามลำดับ และพบอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด hospital-acquired ร้อยละ 45.34 44.83 และ 50.86 ตามลำดับ[3] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในปีพ.ศ. 2563-2565 จำนวน 56 142 และ 82 ราย และมีอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ร้อยละ 7.14 12.68 และ 8.54 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด hospital-acquired ในปีพ.ศ. 2563-2565 พบผู้ป่วยจำนวน 0 2 และ 3 ตามลำดับ และพบอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด hospital-acquired ร้อยละ 0.00 0.00 และ 33.33 ตามลำดับ[4] ปี 2565 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 148 ราย[5] ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาภาวะช็อกปัญหาสำคัญของการดูแลรักษาคือการแก้ไขภาสะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการล้มเหลวของอวัยวะภายในและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย[6]

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งผู้ป่วยรับใหม่หรือเกิดจากการติดเชื้อในระบบอื่นๆ เนื่องจากพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงสามารถสังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็วสามารถให้การดูแลเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสมและรายงานแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาจึงส่งผลต่อการลดความ รุนแรงของโรค ป้องกันภาวะช็อกจากติดเชื้อและลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลที่สำคัญของผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ 1) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) การ แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 3) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง 4) เสี่ยงต่อภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน 5) เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก และ 6) เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ กรดด่างและกลูโคสในร่างกายจากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาล เนื่องจาก ต้องใช้ทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต การที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของโรค กระบวนการรักษาพยาบาลซึ่งมีการปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลาจะทำให้ผู้รอดพ้นจากภาวะวิกฤติได้เร็วขึ้น นอกจากนี้การนิเทศติดตามจากหัวหน้างานก็มีส่วนสำคัญที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งการนิเทศงานเป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งขององค์กรในการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายนโยบายที่องค์กรกำหนดไว้เป็นการควบคุมงานและ

ติดตามความก้าวหน้าในปฏิบัติงานการนิเทศทางการพยาบาลเป็นบทบาทอิสระในความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญในการควบคุม กำกับดูแลคุณภาพบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ นอกจากนี้การนิเทศทางการพยาบาลยังเป็นการช่วยหาวิธีให้บุคลากรพยาบาลทำงานได้ดีขึ้น โดยผู้นิเทศจะเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือบุคลากรพยาบาลให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและมีความสะดวกในการทำงานมากขึ้น โดยการนิเทศแบ่งเป็น 2 แบบ ประกอบด้วยการนิเทศทางการพยาบาล (nursing supervision) และการนิเทศทางคลินิก (clinical supervision) ผู้นิเทศจะทำการพัฒนาบุคลากรพยาบาลให้มีการพัฒนาตนเองเพื่อให้เกิดการพัฒนางาน การนิเทศทางการพยาบาลเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับตั้งแต่หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน จนถึงระดับหัวหน้าทีมการพยาบาล ซึ่งการนิเทศทางการพยาบาลเป็นความรับผิดชอบของวิชาชีพที่มีต่อผู้ใช้บริการและสังคมที่พยาบาลวิชาชีพพึงกระทำ[8] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการนำแนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกมาใช้ในการติดตามการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ เป็นต้น ซึ่งทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น[9-10] จากเหตุผลดังที่กล่าวมาผู้วิจัยเห็นความจำเป็นในการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ได้นำแนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกโดยใช้รูปแบบ KINGBPH Model ของ กิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น และคณะ[9] มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา รูปแบบ KINGBPH Model ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเตรียมความรู้ (knowledge-K) 2) การให้ความรู้ (informing-I) 3) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (normative-N) 4) การเสริมสร้างให้กำลังใจ (giving supportive-G) 5) การประเมินการปฏิบัติ (behavior evaluation-B) 6) การมีส่วนร่วม (participation-P) 7) การจัดการ (handling-H) การศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ผู้รับการนิเทศให้มีความรู้และสามารถปฏิบัติตามแนวทางดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้เป็นไปตามมาตรฐานและเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยรวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพก่อนกับหลังการใช้การนิเทศทางการพยาบาลในคลินิก

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกต่อการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนกับหลังการใช้การนิเทศทางการพยาบาลในคลินิก

3. เพื่อศึกษาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้านผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม.แรก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลหลังการทดลอง (One Group Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก หออายุรกรรมชาย หออายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 45 ราย

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก หออายุรกรรมชาย หออายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 45 ราย

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก หออายุรกรรมชาย หออายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อย่างน้อย 6 เดือน 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารับการรักษาในช่วงดำเนินการโครงการวิจัยสัปดาห์ที่ 5-6 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) เจ็บป่วยในช่วงดำเนินโครงการ 2) ลาออกจากการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในช่วงดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แนวทางการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิก โดยใช้รูปแบบ KINGBPH Model ของ กิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น และคณะ[9] ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การเตรียมความรู้ (knowledge-K) การเตรียมความรู้ผู้รับนิเทศโดยจัดทำคู่มือและจัดอบรมวิชาการให้ความรู้

2) การให้ความรู้ (informing-I) การทำให้ผู้รับนิเทศมีความรู้ในเรื่องที่จะได้รับการนิเทศ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ฝึกปฏิบัติโดยการแสดงบทบาทสมมติ

3) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (normative-N) การส่งเสริมให้ผู้รับนิเทศปฏิบัติตามนโยบายและมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล

4) การเสริมสร้างให้กำลังใจ (giving supportive-G) การสนับสนุนให้ผู้รับการนิเทศมีการพูดคุย ปรึกษา ซักถามในประเด็นที่มีความสงสัยหรือประเด็นที่ต้องการความช่วยเหลือ

5) การประเมินการปฏิบัติ (behavior evaluation-B) การให้ผู้รับการนิเทศประเมินผลแต่ละกิจกรรมและสรุปภาพรวม รายงานปัญหาหรืออุปสรรคจากการนิเทศและปฏิบัติการพยาบาล

6) การมีส่วนร่วม (participation-P) การสนับสนุนให้ผู้รับการนิเทศร่วมกันวางแผนการนิเทศทุกกิจกรรมตลอดระยะเวลาการนิเทศ สามารถให้ข้อมูลสะท้อนกลับกับผู้นิเทศ

7) การจัดการ (handling-H) การสนับสนุนด้านการจัดการวัสดุ อุปกรณ์หรือความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้รับการนิเทศ

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คู่มือนิเทศทางคลินิกภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

2. แบบสอบถาม

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งและประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล

2.2 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วยคำถามแบบปรนัยทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนความรู้ระดับดี มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60 ถึง 79 และความรู้อยู่ในระดับต่ำ คือมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

2.3 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วยคำถาม 33 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย

1) การประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 5 ข้อ

2) การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 17 ข้อ

3) การส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 7 ข้อ

4) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 4 ข้อ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
5 คะแนน	ปฏิบัติมากที่สุด

4 คะแนน ปฏิบัติมาก
3 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง
2 คะแนน ปฏิบัติน้อย
1 คะแนน ปฏิบัติน้อยที่สุด

โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ ในแต่ละด้าน[11] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย การแปลผล
4.50 – 5.00 การปฏิบัติระดับดีมาก
3.50 – 4.49 การปฏิบัติระดับดี สามารถพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นได้อีก
2.50 – 3.49 การปฏิบัติระดับปานกลาง จำเป็นต้องมีการพัฒนาและปรับปรุง
1.50 – 2.49 การปฏิบัติระดับแย่ จำเป็นอย่างมากต้องมีการพัฒนาและปรับปรุง
1.00 – 1.49 การปฏิบัติระดับแย่มาก มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการพัฒนาและปรับปรุง

2.4 แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

-อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)

-อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

-อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม.แรก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วย KR 20 ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่าอยู่ที่ 0.83 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 ได้ค่าอยู่ที่ 0.97

วิธีดำเนินการวิจัย

จัดกิจกรรมตามแนวทางการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิก ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประชุมปรึกษาทางการพยาบาล โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับนิเทศ การเข้าใจบทบาทหน้าที่ของผู้นิเทศกับผู้รับนิเทศ ชี้แจงวัตถุประสงค์และแจ้งตารางการนิเทศ ทำการทบทวนทำความเข้าใจร่วมกัน โดยให้ผู้รับการนิเทศแสดงความคิดเห็น นำเสนอเสนอปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ผู้นิเทศให้กำลังใจ จากนั้นหาทางแก้ปัญหาร่วมกันเพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ใช้เวลาในการประชุมประมาณ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นทำการนิเทศ

สัปดาห์ที่ 2 ทำการประชุมเชิงปฏิบัติการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยอายุรแพทย์

สัปดาห์ที่ 3 ทำการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับสาระสำคัญและการสอนแนะรายกลุ่ม ให้ผู้นิเทศสรุปปัญหาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดรุนแรงราด้านที่พบจากการนิเทศ อธิบายแนวทางการแก้ปัญหา แสดงทางเลือกให้ผู้รับการนิเทศได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการเลือกแนวทางในการแก้ปัญหา โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้นิเทศให้ข้อมูลสะท้อนกลับในการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งในส่วนที่ถูกต้องแล้วและในส่วนที่ควรเพิ่มเติม สอนแนะการปฏิบัติการพยาบาลและร่วมกันอภิปรายสรุปผลการนิเทศของสัปดาห์ที่ 1 และ 2

สัปดาห์ที่ 4 ผู้นิเทศลงเยี่ยมเจ้าหน้าที่ในแต่ละตึกและประเมินผลนิเทศการปฏิบัติงานของผู้รับการนิเทศแต่ละคนโดยแจ้งวัตถุประสงค์ก่อนการตรวจเยี่ยม สังเกตและสัมภาษณ์การปฏิบัติการพยาบาล การตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลโดยให้ผู้นิเทศซักถาม แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินและทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติ ผู้นิเทศแนะนำเพิ่มเติมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วยร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหา

ระหว่างการนิเทศ ผู้นิเทศให้คำปรึกษาและการสอนแนะได้ด้วยท่าทีที่เป็นมิตริ การสังเกต การปฏิบัติงานโดยร่วมปฏิบัติงานในทีมหรือปฏิบัติเป็นตัวอย่าง หลังจากนั้นจะสรุปผลการเยี่ยมตรวจ บุคลากรให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ผู้รับการนิเทศในส่วนที่ปฏิบัติได้ดี พร้อมทั้งชี้แนะให้ข้อมูล ในส่วนที่ควรปรับปรุง ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศร่วมกันประเมินผลการนิเทศ วิเคราะห์และสรุปปัญหาที่พบ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข เมื่อได้ข้อตกลงร่วมกันมีการจดบันทึกการนิเทศไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ทำการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5-6 ทำการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม.แรก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองหลังจากโครงร่างการวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดนครพนม และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)

- วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

-เปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อน-หลังการให้การนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยสถิติ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ 081/66

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.55 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 55.55 สถานภาพสมรส ร้อยละ 64.44 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 100 ตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 66.67 ประสบการณ์ในการทำงาน 1-10 ปี ร้อยละ 51.11

2. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=45)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	9.66	.47	9.77	.47	1.70	0.096

3. การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนการทดลอง พบว่า มีการปฏิบัติระดับสดีมาก ร้อยละ 97.78 การปฏิบัติระดับดี ร้อยละ 2.22 ส่วนหลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติระดับดีมาก ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการทดลอง (n=45)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. การประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	20.51	0.99	24.20	0.89	198.39	0.00*
2. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	62.71	1.68	80.91	2.13	48.99	0.00*
3. การส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	25.42	1.40	32.22	0.99	26.82	0.00*
4. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	14.64	0.93	19.31	0.70	30.61	0.00*
5. พฤติกรรมรวม	123.28	3.20	156.64	2.64	54.04	0.00*

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่าในช่วงที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 6 ราย เมื่อประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic และอัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม.แรก ดำเนินการได้ร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์เป้าหมายคือร้อยละ 90 ทุกตัวชี้วัด
(ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (n=6)

ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)	>90%	6	100
อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	>90%	6	100
อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม.แรก	>90%	6	100

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้อยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมมีแผนการเสริมสร้างสมรรถนะด้านความรู้วิชาการให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกปี ทั้งแผนการให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ใหม่และแผนการฟื้นฟูความรู้ด้านวิชาการให้กับเจ้าหน้าที่เก่าโดยมีการคัดเลือกโรคที่มีความรุนแรงหรือเป็นปัญหาของพื้นที่ โดยการจัดการอบรมโดยผู้แพทย์เชี่ยวชาญเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่การประเมินสภาพ อาการและอาการแสดง และการพยาบาล ช่วยให้มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อใน

กระแสเลือดมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการส่งเจ้าหน้าที่ให้เข้าร่วมการประชุมวิชาการซึ่งจัดโดยหน่วยงานอื่น รวมทั้งการทบทวนทางคลินิกกรณีที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งในการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในครั้งนี้มีกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยอายุรแพทย์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น และคณะ[9] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่ากลุ่มผู้รับการนิเทศมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ กาญจนา โพธิวิหค นาตยา ปริกัมศีล และชวนนท์จันทร์สุข[12] ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการใช้แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มผู้รับการนิเทศมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนการทดลองพบว่า มีการปฏิบัติระดับดีมาก ร้อยละ 97.78 การปฏิบัติระดับสูง ร้อยละ 2.22 ส่วนหลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติระดับดีมาก ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์รูปแบบ KINGBPH Model ของ กิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น และคณะ[9] มาใช้ในในการออกแบบกิจกรรม มีการประชุมเชิงปฏิบัติการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยอายุรแพทย์ ผู้นิเทศสรุปปัญหาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดรุนแรงรายด้านที่พบจากการนิเทศ อธิบายแนวทางการแก้ปัญหา แสดงทางเลือกให้ผู้รับการนิเทศได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้นิเทศให้ข้อมูลสะท้อนกลับในการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งในส่วนที่ถูกต้องแล้วและในส่วนที่ควรเพิ่มเติม มีการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลโดยให้ผู้นิเทศซักถาม แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินและทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติ ผู้นิเทศแนะนำเพิ่มเติมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วยร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาระหว่างการนิเทศ ผู้นิเทศให้คำปรึกษาและการสอนแนะได้ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร การสังเกต การปฏิบัติงานโดยร่วมปฏิบัติงานในทีมหรือปฏิบัติเป็นตัวอย่าง ซึ่งกิจกรรมการนิเทศนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับสูงมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ลดารัตน์ วณิชยานันต์ พาณี วิริชชกุล สุภัทรา สิงหสุรศักดิ์ และนิศมา ภุชคนิตย์[13] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิคต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดรุนแรง โรงพยาบาลอุทัยธานี พบว่าเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และการศึกษาของ ผองพรรณ ธนา กนกรัตน แสงอำไพ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค[14] ศึกษาผลของการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าภายหลังได้รับการนิเทศทางคลินิก พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอันดับการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

โรคเบาหวานสูงกว่าก่อนได้รับการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผลลัพธ์อยู่ในเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ผู้ใช้บริการมีความปลอดภัย เนื่องจากการนิเทศการพยาบาลมีรูปแบบที่ชัดเจนทำให้ผู้นิเทศมีแนวทางการนิเทศที่ชัดเจน เกิดความมั่นใจในการนิเทศ ผู้รับการนิเทศได้รับการนิเทศอย่างเป็นระบบส่งผลให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีคุณภาพและส่งผลลัพธ์สุดท้ายต่อผู้ใช้บริการให้มีความปลอดภั ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาดลดลง ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้น ได้แก่ ทำให้อัตราการดักจับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้มากขึ้น อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic และอัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม. แรกมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนีวรรณ คูตระกูล และคณะ[6] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกพบว่ามีอัตราการดักจับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ อัตราการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาต้านจุลชีพ อัตราการได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง และอัตราผู้ป่วยที่การไหลเวียนโลหิตสู่อวัยวะต่างๆ อย่างเพียงพอภายใน 6 ชั่วโมงสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) และการศึกษาของ ลดารัตน์ วณิชยานันต์ พาณี วิรัชชกุล สุภัทรา สิงหสุรศักดิ์ และนิศมา ภุชคนิตย์[13] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดรุนแรง โรงพยาบาลอุทัยธานี พบว่าอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ลดลงและอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย อัตราการได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไตวายลดลง เมื่อผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ มีการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากได้รับการนิเทศที่มีประสิทธิภาพทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีผลลัพธ์ดีขึ้นตามเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคปอดอักเสบ โรคเบาหวาน แผลกดทับ เป็นต้น พร้อมทั้งติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

2. ควรพัฒนาทักษะผู้นิเทศในการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกของแต่ละหน่วยงานให้สามารถนิเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Global Report on the Epidemiology and Burden of Sepsis: Current Evidence, Identifying Gaps and Future Directions; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2020.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2565a). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community- acquired [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2566]เข้าถึงจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=144fdf97a756b3f82dce197287e06316&id=00366a85bd3c2b6932a228df29137252.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2565b). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community- acquired จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2566] เข้าถึงจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=144fdf97a756b3f82dce197287e06316&id=00366a85bd3c2b6932a228df29137252.
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2565d). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community- acquired ปีงบประมาณ 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2566] เข้าถึงจาก

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=144fdf97a756b3f82dce197287e06316&id=00366a85bd3c2b6932a228df29137252.

5. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. สถานการณ์โรคติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชธาตุพนม ปีงบประมาณ 2565. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]. (เอกสารอัดสำเนา). 2565.
6. รัชนีวรรณ คูตระกูล พิชญพันธุ์ จันทระ พัชรี ยิ้มแย้ม และสุรีย์พร กุมภาคา. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2562; 30(2): 193-209.
7. ประไพพรรณ ฉายรัตน์ และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล. ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มี ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(3): 224-231.
8. อรรถยา อมรพรหมภักดี ฐาศุกร์ จันทร์ประเสริฐ และอมราพร สุรการ. การนิเทศทางการพยาบาล: การทบทวนแบบกำหนดขอบเขต. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563; 30(3): 144-157.
9. กิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น กนกทอง จาตุรงคโชค และกฤตยา ตันติวรสกุล. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารแพทย์เขต 4-5 2562;38(4): 300-317.
10. กัญญา เลี่ยนเครือ สุภาภรณ์ประยูรมหิศร และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. Journal of Roi Kaensarn Academi 2565; 7(9): 300-316.
11. Best JW, and Kahn JV. Research in Education. 10th Edition, Pearson Education Inc., Cape Town. 2006.
12. กาญจนา โพธิวิหค นาตยา ปริกัมศีล และชวนนท์จันทร์สุข. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการใช้แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2566; 10(2): 326-341.
13. ลดารัตน์ วณิชยานันต์ พาณี วิรัชชกุล สุภัทรา สิงหสุรศักดิ์ และนิศมา ภุชคนิตย์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดรุนแรงโรงพยาบาลอุทัยธานี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2565; 12(3): 576-597.
14. ผองพรรณ ธนา กนกรัตน แสงอำไพ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ผลของการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 35(4): 52-60.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Patients with End Stage Renal Disease having Peritonitis form Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : 2 Case Study

(Received: February 16,2024 ; Revised: March 9,2024 ; Accepted: March 10,2024)

เฟื่องฝน เบ้าจรรยา[1]
Fuengfon Baojunya[1]

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้องกรณีศึกษา 2 ราย โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำมาปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการแพร่กระจายเชื้อในช่องท้องอย่างรวดเร็ว มีไข้ หลังได้ยาปฏิชีวนะอาการไม่ดีขึ้น ได้เอาสายล้างไตออก และเปลี่ยนการรักษาเป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มีไข้ ได้รับการทบทวนและส่งเสริมการดูแลตนเอง จนผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถล้างไตต่อที่บ้านได้ ในการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อและความยุ่งยากของการพยาบาลที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความล่าช้าของการเข้าถึงบริการเมื่อเกิดอาการ การวินิจฉัยรักษาและความสามารถในการปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วย

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง

Abstract

The purpose of this case study is to study nursing care of patients with end-stage chronic kidney disease who received continuous peritoneal dialysis who had peritoneal infections. Two case studies were used using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 Health Patterns To find problems and needs of patients Follow the 5-step nursing process. This study was a comparative study of nursing care for patients with end-stage chronic kidney disease who received continuous peritoneal dialysis who had peritoneal infections. who received treatment at the male medical ward Sirindhorn Hospital Khon Kaen Province.

Result : It was found that both case study patients presented with abdominal pain. Cloudy dialysis solution Treat with antibiotics But Patient 1 had a rapid spread of infection in his abdominal cavity and had a fever. After receiving antibiotics, his symptoms did not improve. The dialysis line was removed. and temporarily changed the treatment to hemodialysis with a hemodialysis machine As for the second patient, who had no fever, he was reviewed and encouraged to take care of himself. Until the patient's symptoms improve, they can continue dialysis at home. In nursing the two patients, it was found that the severity of complications from infection and the difficulty of nursing were different. It depends on the delay in accessing services when symptoms occur. Diagnosis, treatment and ability to perform peritoneal dialysis for patients

Keywords: end-stage chronic kidney disease Continuous peritoneal dialysis Infection of the peritoneum

[1] โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบการป่วยและการเสียชีวิตที่ทวีความรุนแรงขึ้นทั่วโลก พบการเสียชีวิตจากโรคไตมากถึง 1.4 ล้านคน ใน ค.ศ. 2019 เพิ่มสูงขึ้น 20% จาก ค.ศ.2010(Nipun Shrestha,2021) จากรายงานโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไทยพ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่1-5 ทั้งหมด 1,007,251 ราย ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ยปีละ 20,000 ราย ซึ่งเป็นภาระในการจัดบริการสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) มีการทำงานของไตลดลง อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73ตารางเมตร มีการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต3 วิธีคือ 1)การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(HD) 2การล้างไตทางช่องท้อง(CAPD) และ 3) การปลูกถ่ายไต (KT)
(วาสนา สวนพุฒ,2557) การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง(CAPD) เป็นวิธีที่ง่าย ผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้าน ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ศิริลักษณ์ ถุงทอง,2561) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง :กรณีศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมปลอดภัย

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นแม่ข่ายที่ให้บริการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง(CAPD) ปี 2563– 2565 มีผู้ป่วย 47, 50, 65 ราย มีอัตราการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้องและอัตราการออกจากการล้างไตทางช่องท้อง(Dropout rate) ดังนี้ 53.14/28.5, 60.87 /18.9 และ38.86/31 patient-month (เกณฑ์ ≥ 1 episode : 24 pt.month/<30%) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่ม(ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ,2566)

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้องกรณีศึกษา 2 ราย

2.เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้องในระยะต่างๆ ตลอดจนประเมินผลการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันท่วงที ปลอดภัย ลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง

2. คัดเลือกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้องที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในเดือนพฤษภาคม 2566 ถึง สิงหาคม 2566 จำนวน 2 ราย

3. ทบทวนวรรณกรรมและค้นคว้าจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนทางสุขภาพของกอร์ดอน และทฤษฎีกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

5. ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

6. สรุปผลการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 38 ปี สถานภาพโสด อาชีพรับจ้าง ผู้ป่วยดูแลตนเองเป็นหลัก มีน้องชายช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 21 พฤษภาคม - 3 มิถุนายน 2566 รวมรักษาในโรงพยาบาล13 วัน การวินิจฉัย End stage renal disease with infected continuous ambulatory peritoneal dialysis

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 45 ปี สถานภาพสมรส อาชีพค้าขาย ผู้ป่วยดูแลตนเองเป็นหลัก มีภรรยาช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 7 – 12 สิงหาคม 2566 รวมวันนอน 5วัน การวินิจฉัย End stage renal Disease with infected continuous ambulatory peritoneal dialysis

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มีไข้ต่ำๆ ปวดจุกท้องมาก น้ำยาล้างไตขุ่น เป็นก่อนมา 1 วัน	น้ำยาล้างไตขุ่น ปวดท้องเป็นก่อนมา 1 ชั่วโมง	กรณีศึกษาทั้งสองรายมีอาการสำคัญเหมือนกันได้แก่ น้ำยาล้างไตขุ่น ปวดท้อง ซึ่งพบได้ใน
ประวัติการเจ็บ ป่วยในปัจจุบัน	3 วัน เวลา06.00น.น้ำยาล้างไตขุ่น แต่รอบต่อมาน้ำยาล้างไตใส ไม่ปวดท้อง ไม่มีไข้ 1 วัน น้ำยาล้างไตขุ่นทุกรอบ ปวดท้องมาก มีไข้ต่ำๆ จึงมาโรงพยาบาล	1 วัน ท้องเสีย ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 4 ครั้งน้ำยาล้างไตไม่ขุ่น ไม่มีไข้ 1 ชั่วโมงก่อนมา น้ำยาล้างไตขุ่น ไม่มีไข้ ไม่มีถ่ายเหลว ปวดท้องมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุ ซึ่งมักมีอาการสำคัญหรืออาการทางคลินิก คือมีอาการปวดท้องกดเจ็บบริเวณหน้าท้อง อืดแน่นท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น มีไข้ คลื่นไส้และอาเจียน(นาตยา รัตนอัมภา,2559) ผู้ป่วยทั้งสองรายมีโรคร่วมเหมือนกันคือเบาหวาน จากการศึกษาพบว่าโรคเบาหวานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจุลชีพ ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อจุลชีพต่างๆลดลง(ธวัช เตียวไล,2563) ดังที่พบในรายงานการศึกษาว่าโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการล้างไตทางช่องท้อง(เถลิงศักดิ์ กาญจนบุศย์,2556) เพิ่มการเจริญของเชื้อ แบคทีเรียในลำไส้ส่งเสริมให้เกิดภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบที่สัมพันธ์กับการล้างไตทางช่องท้องได้ง่าย
ประวัติการเจ็บ ป่วยในอดีต ประวัติการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง ประวัติการเจ็บ ป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ประวัติการผ่าตัด ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	ปี 2560 เป็นโรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปี 2564 เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ไม่เคยติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้อง บิดาเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตวายเรื้อรัง ปฏิเสธการฟอกไต เสียชีวิตแล้ว ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่มีประวัติการแพ้อาหาร ปี 2564 ผ่าตัดใส่สายล้างไตทางช่องท้อง บ้านไม้ 2 ชั้น มีห้องล้างไตทางช่องท้อง มีฝุ่น เลี้ยงแมว 1 ตัวภายในบ้าน	ปี 2561 เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเบา หวานรับ ยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น ปี 2564 เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ปี 2565 ติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้องให้ยาปฏิชีวนะ ครบ 14 วัน อาการดีขึ้น มารดาเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ยังมีชีวิตอยู่ ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่ประวัติการแพ้อาหาร ปี 2564 ผ่าตัดใส่สายล้างไตทางช่องท้อง บ้านปูนชั้นเดียว ด้านหน้าเป็นร้านขาย มีห้องล้างไต แต่ไม่ได้ทำความสะอาดทุกวัน มีฝุ่น ไม่มีสัตว์เลี้ยง	
อาการแรกรับ	แรกรับที่ ER เวลา 09.30น.ปวดจุกท้อง มีไข้ต่ำๆ BT=37.9℃ PR=116ครั้ง/นาที RR=20ครั้ง/นาที BP=173/105 mmHg ส่ง PDF ผล WBC=100cell/ mm³ PMN too low too diff เวลา16.10น.ให้cefazolin 1 gm. และCeftazidime 1 gm.ทางหลอดเลือดแดง แรกรับที่อายุรกรรมชาย	แรกรับที่ CAPD clinic เวลา 10.30น.ปวดจุกท้อง ไม่มีไข้ BT= 36.5℃ PR=90ครั้ง/นาที RR= 20 ครั้งนาที BP=184/90mmHg ส่งPDF cell diff cell count ผล WBC=2,014cell/mm³ PMN =81 เวลา 11.00 ให้cefazolin 1gm.และ Ceftazidime 1 gm. ผสมในถุงน้ำยาล้างไตและผสม Heparin 1000 ยูนิต/PDF 2,000 ml แรกรับที่อายุรกรรมชาย	ขึ้น(อรรถพร พัชรสุวกุล, 2557) ความแตกต่างที่พบได้แก่ ผู้ป่วยกรณี ศึกษารายที่ 1 มีไข้ เนื่องจากมีการติดเชื้อนานถึง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับการวินิจฉัยโรคและรักษาล่าช้า ทำให้เชื้อลุกลามเข้ากระแสเลือด แต่ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีไข้ เนื่องเมื่อเกิดอาการผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทันที สามารถวินิจฉัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	เวลา 17.00 น.ปวดทั่วๆ ท้องเป็นพักๆระดับความปวด 2 คะแนน มีคลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง ไข้ BT=38.5℃ PR =96ครั้ง/นาที RR=20ครั้ง/นาที BP=133/71mmHg	เวลา 12.40น.มีอาการปวดท้องเล็กน้อย pain scoe 1-2 คะแนน ไม่มีมีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีไข้ BT=36.7°C PR=94 ครั้ง/นาที RR=20ครั้ง/นาที BP= 172/100 mmHg	และให้ยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว จึงลดอาการรุนแรงของโรคได้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทาง ช่องท้องอย่างต่อเนื่องและมีภาวะติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<u>แบบแผนสุขภาพ</u> ผู้ป่วยชายไทยอายุ 38 ปี มีโรค ประจำตัว ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูงมา 6 ปี รับประทานยาต่อเนื่อง เป็นโรค	**<u>แบบแผนสุขภาพ</u>** ผู้ป่วยไทยอายุ 45 ปี มีโรคประจำตัว เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมา 5 ปี และเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรักษา	**<u>แบบแผนสุขภาพ</u>** ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแบบแผนสุขภาพที่ไม่เหมาะสมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ด้านโภชนาการ ไม่ควบคุมอาหารและน้ำ ส่งผลให้
ตาราง ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อ เนื่อง (CAPD) 2 ปี ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีน้องชายดูแลพามาพบแพทย์ รับประทานยาต่อเนื่องแต่ไม่สม่ำเสมอ บางครั้งลืมกินยาเจ็บป่วยมักซื้อยารับประทานเอง หากอาการไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์ สามารถล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง บางครั้งไปรับจ้างนอกบ้านเปลี่ยนน้ำยาล้างไตในรถยนต์ไม่ได้ล้างมือ ไม่เคยติดเชื้อในเชื่อบุช่องท้องจากการล้างไต ชอบรับประทานอาหารรสเค็มของหวานและขนมกรุบกรอบ ดื่มน้ำมาก ไม่ได้ควบคุมเรื่องการดื่มน้ำ **<u>พยาธิสภาพ</u>** มีไข้ต่ำๆปวดจุกท้อง น้ำยาล้างไตขุ่นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน แรกรับปวดทั่วๆท้องเป็นพักๆกดเจ็บทั่วท้องแข็งเกร็ง ระดับความปวดระดับ2-3 คะแนน มีคลื่นไส้อาเจียน2ครั้ง มีไข้ BT=38.5℃ PR =96ครั้ง/นาที RR=20ครั้ง/นาที BP=133/71mmHg run CAPD 2,000cc. × 4cycle/ day พบน้ำยาที่ออกมาขุ่น มี fibrin น้ำยา Flow ดี ได้กำไร100 cc.	ด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร (CAPD) 2 ปี ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง รับประทานยาอย่างต่อเนื่องแต่ไม่สม่ำเสมอ บางครั้งลืมกินยา สามารถล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง โดยมีภรรยาคอยช่วยเหลือ บางวันไปขายของตลาดนัดช่วยภรรยา เปลี่ยนน้ำยาล้างไตในรถยนต์ไม่ได้ล้างมือ เคยติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้อง 1 ครั้งให้ยาปฏิชีวนะครบ 14 วัน สามารถล้างไตต่อได้ ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม ขนมปัง เบอร์เกอรี่ ชอบรับประทานชาบู หมูกระทะ ไม่จำกัดการดื่มน้ำ **<u>พยาธิสภาพ</u>** ปวดจุกท้อง น้ำยาล่างไตขุ่น ไม่ไข้เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง BT=36.7℃ PR=94 ครั้ง/นาที RR=20ครั้ง/นาที BP= 172/100 mmHg ปวดท้องเล็กน้อย pain scoe 1-2 คะแนนไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ตรวจPDF cell diff cell count ผลWBC=2,014 cell/mm³ PMN =81 ตรวจ PDF C/S ผล Staphylococcus coagulase negative สาเหตุการ	เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยรายที่ 2 ด้านการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เคร่งครัดในการปฏิบัติตัวล้างไตทางหน้าท้องที่ไม่ถูกวิธีการ ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่สามารถประเมินและสังเกตุอาการตนเองได้ ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า ส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนผู้ป่วยรายที่2 สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้เนื่องจากเคยมีอาการติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้อง จึงรีบมาโรงพยาบาล ได้รับการรักษาที่รวดเร็วจึงไม่เกิดลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง **<u>พยาธิสภาพ</u>** อาการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้องในผู้ป่วยล้างไต มีดังนี้ 1.มีอาการแสดงเช่น ปวดท้อง มีไข้ 2.น้ำยาล้างไตขุ่นโดยมี WBC >100 cell/ mm³และPMN>50 3.พบเชื้อโรคด้วยการย้อมสีแกรมหรือเพาะเชื้อขึ้น(ISPD,2022) กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการเหมือนกันคือ ปวด
ผลตรวจ PDF วันแรกพบ WBC 100 cell/ mm³, Neutrophil too low too diff ส่งPDF C/S ผล Streptococcus oralis	ติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้องเกิดจากผู้ป่วยไม่ล้างมือ สถานที่เปลี่ยนน้ำยาไม่สะอาดเปลี่ยนน้ำยาบนรถและไม่รักษาความสะอาด	ท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น ตรวจ PDF ผล WBC >100 cell/mm³ และ PMN มากกว่าร้อยละ50 แต่กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการ 3 วันก่อนมารพ. ทำให้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทาง ช่องท้องอย่างต่อเนื่องและมีภาวะติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
Hemoculture no growth หลังได้ยาปฏิชีวนะ 8 วัน อาการไม่ดีขึ้น มีอาการปวดท้องมาก Pain Score 8-10 คะแนน น้ำยาล้างไตยังขุ่น ตรวจ PDF c/sผ ล Pseudomonas aeruginosa สาเหตุการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้องเกิดจาก ผู้ป่วยไม่ล้างมือ สถานที่เปลี่ยนน้ำยาไม่สะอาด เปลี่ยนน้ำยาบนรถและไม่รักษาความสะอาดของร่างกาย		ได้รับการรักษาล่าช้า อาการรุนแรงขึ้น มีไข้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด สาเหตุของการติดเชื้อทั้ง 2 ราย เกิดจากการไม่ล้างมือ สถานที่เปลี่ยนน้ำยาไม่สะอาด และไม่รักษาความสะอาดของร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่ามีสาเหตุมาจากการปนเปื้อนเชื้อโรคขณะเปลี่ยนน้ำยาล้างไต เทคนิคที่ไม่ถูกต้อง การไม่รักษาความสะอาด การไม่เคร่งครัดในการปฏิบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแล(ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์,2559)
<u>การรักษา</u> **<u>ภาวะติดเชื้อ</u>** - ปล่อยน้ำยา PDF 2,000 cc. เข้า-ออกโดยไม่ต้องขังไว้ในท้อง จนกว่าน้ำยาที่ล้างไตออกมาจะใส - Heparin 1000 unit ในน้ำล้าง ไตทุกรอบ -การรักษาด้วย Antibiotic drug แรกรับ 21 พ.ค.2566ได้ยาปฏิชีวนะคือ ceftazidine 1 gm iv ทุก 24 hrs. และ cefazoline 1 gm iv ทุก 24 hrs. - วันที่22พ.ค.2566 เปลี่ยนให้ cefazoline 1 gm และ	**<u>การรักษา</u>** **<u>ภาวะติดเชื้อ</u>** - ปล่อยน้ำยา PDF 2,000 cc. เข้า-ออกโดยไม่ต้องขังไว้ในท้อง จนกว่าน้ำยาที่ล้างไตออกมาจะใส - Heparin 1000 unit ในน้ำล้าง ไตทุกรอบ -การรักษาด้วย Antibiotic drug ได้ยาปฏิชีวนะคือ ceftazidine 1 gm ,cefazoline 1 gm ผสมใน PDF 2,000 cc stat Then ผสมในน้ำยาล้างไต	**<u>การรักษา</u>** การรักษาตามแนวปฏิบัติของ ISPD ปี 2022 คือให้ยาปฏิชีวนะเบื้องต้นที่ครอบคลุมทั้งแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ กลุ่ม cephalosporins เช่น cefazolin หรือ vancomycin หรือให้ยาที่ครอบคลุมโดยเฉพาะ pseudomonas spp. เช่น ceftrazidime ในทางปฏิบัติอาจเลือกให้ cefazolin ร่วมกับ ceftazidime ผสมในน้ำ ยาPD 2,000 cc. ทางช่องท้อง วันละ 1 ครั้ง (ค้างในช่องท้องนานกว่า 6 ชั่วโมง) ซึ่งควรให้ทันทีที่สังเกตพบน้ำยาขุ่นและภายหลังการเก็บน้ำยาส่งเพาะเชื้อและย้อมสี
ceftazidine 1 gm add ใน PDF 2,000 cc /วัน cycle สุดท้าย - วันที่29พ.ค.2566 เปลี่ยนยาเป็น Vancomicin 1 gm. +5 % D/W 200cc.iv drip in 2 hrs. q 5 วัน	ถุงสุดท้ายที่เปลี่ยนก่อนนอนทุกวัน -Fluconazole(200)1x1 O EOD -นัดผสม ATB ในน้ำยาล้างไตจนครบ 14 วัน ที่ CAPD clinic **<u>รักษาอื่นๆ</u>**	แกรมแล้ว ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ครอบคลุมทั้งแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบกรณีศึกษาที่2 หลังได้ยาปฏิชีวนะ น้ำยาใสขึ้น ไม่ปวด

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทาง ช่องท้องอย่างต่อเนื่องและมีภาวะติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
-Fluconazole(200) 1x1 O EOD - วันที่ 29พ.ค.2566 ผ่าตัดเอาสายล้างไตออก on Temporary hemodialysis 2 ครั้ง/สัปดาห์ × 1 เดือน **<u>การรักษาอื่นๆ</u>** -Morphine 3 mg. IV prn for severe pain q 6 hr. -E.KCL30 ml O 2 hr.x4 dose -Fresh frozen plasma 500 ml IV drip in 1 hr. -Vitamin K 1 amp. IV stat - Mixtard 18–0-8 sc เช้า,เย็นก่ออาหารเย็น -Hema-plus 4000 u sc q วันจันทร์,พฤหัสบดี **<u>การพยาบาล</u>** **<u>ระยะแรกรับ</u>** 1) มีไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง จากการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) การพยาบาลได้แก่ ประเมินNEW	- Regular insulin 4 unit sc stat -E.KCL 30 ml O stat -Hema-plus 4000 u sc q วันอังคาร,ศุกร์ - Diabetic low salt diet **<u>การพยาบาล</u>** **<u>ระยะแรกรับ</u>** 1) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากภาวะการติดเชื้อที่เยื่อบุช่องท้อง การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการปวดท้อง ดูแลจัดท่านอน	ท้อง นอนโรงพยาบาล 5 วัน แพทย์ให้กลับบ้านและให้ผสมยาปฏิชีวนะในน้ำยาล้างไตต่อจนครบ 14 วัน แต่ผู้ป่วยรายที่ 1มีการติดเชื้อรุนแรงมีไข้ จึงได้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ หลังได้ยาปฏิชีวนะ8 วันอาการไม่ดีขึ้น ถอดสาย Tenckhoff ให้ยาฆ่าเชื้อต่อจนครบ 21 วัน ปรับการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(HD) **<u>การพยาบาล</u>** **<u>ระยะแรกรับ</u>** ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการ พยาบาลในระยะแรกรับอย่าง คลอบคลุม ซึ่งปัญหาสำคัญของ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย
score ดูแลเช็ดตัวลดไข้ให้ยาลดไข้เมื่อจำเป็น ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกสารน้ำเข้าออก 2) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง จากภาวะการติดเชื้อที่เยื่อบุช่องท้อง การพยาบาล ได้แก่ ประเมิน อาการปวดท้อง ดูแลจัดท่านอนปรับศีรษะสูง ท้องหย่อน ตรวจ สอบน้ำยาล้างไตให้มีอุณหภูมิเท่ากับร่างกาย ดูแลให้ยาแก้ปวด หาก	ปรับ ศีรษะสูง ท้องหย่อน ตรวจสอบน้ำยา ล้างไตให้มีอุณหภูมิเท่ากับร่างกาย ดูแลให้ยาแก้ปวดหาก pain score > 4 คะแนน และประเมินอาการปวดซ้ำ	คือ อาการปวดท้องที่เกิดจากการติดเชื้อ จึงเน้นการจัดการอาการปวดท้อง ลดภาวะติดเชื้อในช่องท้อง แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 มีไข้ มีอาการติดเชื้อในกระแสเลือด จึงเน้นการจัดการเรื่องไข้ ดังนั้นพยาบาล ต้องสามารถประเมินอาการและสัญญาณชีพที่แสดงถึงการติด เชื้อในช่องท้องได้อย่าง ครอบคลุมและสามารถรายงาน แพทย์ได้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทาง ช่องท้องอย่างต่อเนื่องและมีภาวะติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
pain score > 4 คะแนน และประเมินอาการปวดซ้ำ **<u>ระยะการดูแลต่อเนื่อง</u>** 3) เกิดภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลท์ในร่างกายจากอัตราการกรองของไตลดลง การพยาบาลได้แก่ ดูแลให้สารน้ำรับประทานอาหารตามแผนการรักษา บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก ชั่งน้ำหนักเพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน สังเกตอาการภาวะ Hypokalemia ติดตามผลตรวจ electrolyte ตามแผนการรักษา 4) มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่ การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการของระบบประสาทและติดตามผลตรวจ BUN, Cr และดูแลการทำCAPD	**<u>ระยะการดูแลต่อเนื่อง</u>** 2) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การพยาบาลได้แก่ ประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนของภาวะ น้ำตาลในเลือดสูง ติดตามระดับ น้ำตาลในเลือด สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และแนะนำการ รับประทานอาหาร 3) เกิดภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและ อิเล็กโตรไลท์ในร่างกายจากอัตราการกรองของไตลดลง การพยาบาล ได้แก่ดูแลให้สารน้ำรับประทานอาหารตามแผนการรักษา บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก ชั่งน้ำหนักเพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน สังเกตอาการ ภาวะ	**<u>ระยะการดูแลต่อเนื่อง</u>** ซึงเป็นการ ดูแลผู้ป่วยในปัญหาที่มีความฉุกเฉินน้อย กว่าระยะแรกรับ แต่ต้องได้รับการ ติดตามดูแลเพื่อให้การดำเนินโรคดีขึ้น - ผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2 มี ปัญหาที่ใกล้เคียงกันใน เรื่องภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลท์ใน ร่างกาย ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย เนื่องจากไตสูญเสีย หน้าที่ จึงเกิดการคั่งของของเสียในร่างกาย จึงมีอาการผิดปกติอย่างอื่นร่วม เช่น ภาวะซีด ความแตกต่างของ
5)เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ การพยาบาลได้แก่ ประเมินอาการเลือดออกผิดปกติติด ตามสัญญาณชีพทุก 4 hr. ดูแลให้ผู้ป่วย Best Rest ให้ FFP 500 ml v drip in 1 hr.และติดตามผล Coagulation test 6) มีภาวะซีดเนื่องจากไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอีริโทรโพอิตินมากระตุ้นให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงได้ การพยาบาล ได้แก่ พักผ่อนและช่วยเหลือการทำกิจกรรมให้ยาเพิ่มเม็ดเลือด ติดตามระดับ Hemoglobin และ Hematocritต่ำ อาการอ่อนเพลีย 7) มีการเปลี่ยนแปลงภาวะ	Hypokalemia ติดตามผลตรวจ electrolyte ตาม แผนการรักษา4) มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายจาก ไตสูญเสียหน้าที่ การพยาบาล ได้แก่ ประเมิน อาการเปลี่ยนแปลงของระบบ ประสาท และติดตามผลตรวจ BUN, Cr และดูแลการทำ CAPD 5) มีภาวะซีดเนื่องจากมีโรคไตเรื้อรังไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอีริโทรโพอิตินมากระตุ้นให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงไม่ได้ การพยาบาล ได้แก่ ดูแลให้พักผ่อนและช่วยเหลือการทำกิจกรรม ดูแลให้ยาเพิ่มเม็ด เลือดตามแผนการรักษา ติดตาม อาการแสดงของภาวะซีด ได้แก่ ระดับ	การพยาบาลผู้ป่วยรายที่1และ2 คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาการแข็งตัวของเลือดช้า เสี่งต่อภาวะเลือดออกง่าย มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ เนื่องจากการสลายตัวของโปรตีนและสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาที่ออกมาและผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยมีคลื่นไส้อาเจียน ปวดจุกท้อง นอนไม่หลับ เนื่องจากไม่คุ้นเคยสภานที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการนอน ส่วนผู้ป่วยรายที่2 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากเบา หวานที่การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ต้องนอนรักษาตัวนานขาดรายได้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทาง ช่องท้องอย่างต่อเนื่องและมีภาวะติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
โภชนาการ เนื่องจากการสลายตัวของโปรตีนและสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาล้างไต การพยาบาล ติดตามอัลบูมินในเลือด ให้อาหารโปรตีนสูงเช่น ไข่ นม ปรึกษานักโภชนากร ประเมินน้ำหนักทุกวัน 8) นอนไม่หลับเนื่องจากแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ไม่คุ้นเคย สถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย การพยาบาล ควบคุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุ เช่น เสียง แสง ความปวด ความสะอาดของร่างกายและ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น	Hemoglobin และ Hematocrit ต่ำ อาการอ่อนเพลีย 6) ผู้ป่วยและผู้ดูแลวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายวัน ทำให้ขาดรายได้ การพยาบาล อธิบายถึงแนวทางการรักษา การสร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามในส่วนที่สงสัย ระบายความรู้สึกคับข้องใจ และรับฟังด้วยความตั้งใจ จริงใจ	
<u>ระยะวางแผนจำหน่าย</u> 9)วิตกกังวลเกี่ยวการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจากล้างไตทางช่องท้องเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การพยาบาล ได้แก่ ประเมินการรับรู้ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้าน ความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	**<u>ระยะวางแผนจำหน่าย</u>** 6) วิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อซ้ำ การพยาบาลโดยประเมินการ รับรู้ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการดูแล สุขภาพตนเองเมื่ออยู่บ้าน ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันและภาวะ แทรกซ้อนต่างๆ ทบทวน สอนและสาธิตวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	**<u>ระยะวางแผนจำหน่าย</u>** เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแตกต่างกันคือ ผู้ป่วยรายที่ 1 เน้นความรู้เรื่องการปฏิบัติตนสำหรับการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เคยมีประวัติการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง การพยาบาลจึงเน้นการให้ความรู้ความ เข้าใจในการทำ CAPD และการสังเกต อาการผิดปกติ การเคร่งครัดในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการสำคัญคือ มีไข้ ปวดท้องมาก น้ำยาล้างไตขุ่น ตรวจPDF ผลWBC=100 cell/mm³ PMN too low too diff วันแรก PDF C/S ผล Streptococcus oralis, Hemoculture no growth รักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะ หลังได้ยาปฏิชีวนะ 8 วัน อาการไม่ดีขึ้น ยังคงมีไข้ และปวดท้องมาก ส่ง PDF c/s ซ้ำ ผล Pseudomonas aeruginosa แพทย์ได้ off สาย Tenckhoff ทำ hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้ง การพยาบาลที่สำคัญ คือส่งเสริมการหายจากการติดเชื้อและจัดการความไม่สุขสบายจากอาการไข้สูงและปวดท้อง ป้องกันอันตรายจากอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลท์ในร่างกาย ของเสียคั่งในร่างกาย ภาวะซีด การขาดสารอาหาร การนอนไม่หลับ ดูแลให้การพยาบาลก่อนและหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร่วมกับการ

พยาบาลด้านจิตใจ คือ ลดความวิตกกังวลและการวางแผนจำหน่าย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถในการดูแลตนเอง อาการดีขึ้นไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง สัญญาณชีพปกติ แพทย์จึงกลับบ้านรวมนอนรักษาในโรงพยาบาล13 วัน นัดฉีดยาปฏิชีวนะจนครบ 21 วันและนัดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 2 ครั้ง/สัปดาห์ แพทย์วางแผนใส่สาย Tenckhoff อีกครั้งประมาณ 1 เดือน เพื่อทำการล้างไตทางช่องท้องต่อ

ผู้ป่วยรายที่ 2 มาด้วยอาการสำคัญคือ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น ไม่มีไข้ เป็นก่อนมา 1 ชั่วโมง ส่ง PDF ผล WBC 2,014cell/mm³ PMN =81 ตรวจPDF C/S ผลStaphylococcus coagulase negative ได้ยาปฏิชีวนะผสมในน้ำยาล้างไตรอบก่อนนอนวันละ 1 ครั้ง การพยาบาลที่สำคัญ คือส่งเสริมการหายจากการติดเชื้อและจัดการความไม่สุขสบายจากการปวดท้อง ป้องกันอันตรายจากอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลท์ในร่างกาย ของเสียคั่งในร่างกาย ภาวะซีด การขาดสารอาหาร ร่วมกับการพยาบาลด้านจิตใจ คือ ลดความวิตกกังวล และการวางแผนจำหน่าย การทบทวนให้ความรู้ในการทำ CAPD และสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ป้องกันการติดเชื้อซ้ำ หลังได้ยาปฏิชีวนะ 5 วัน ไม่ปวดท้อง น้ำยาล้างไตใส สัญญาณชีพปกติ แพทย์ให้กลับบ้านและนัดให้ยาปฏิชีวนะในน้ำยาล้างไตจนครบ14วัน

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการ ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) และเกิดการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง ซึ่งเป็นภาวะแทรก ซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นอุปสรรคของการล้างไตทางช่องท้อง เยื่อบุช่องท้องเสียประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถล้างไตทางช่องท้องได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง อาจเกิดการติดเชื้อลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดและเสียชีวิตได้(เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ ,2556) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมิน วางแผน การให้การพยาบาล การประเมินผล การวางแผนจำหน่าย รวมถึงจนถึงการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความมั่นใจสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในแนวทางเดียวกัน

2. จัดการอบรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากร เพื่อฟื้นฟูและเพิ่มพูนทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. การจัดทำสื่อการสอนและเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางหน้าท้อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น จัดให้มีการทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและทักษะการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุก 6 เดือน เพื่อให้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา

4. ไตเทียมจัดมีระบบปรึกษาฉุกเฉินในโรงพยาบาล 24 ชั่งโมง เพื่อเป็นที่ปรึกษาให้แก่ทีมแพทย์พยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยนอกเวลาราชการ และมีระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โซเชียลมีเดียแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเผชิญกับปัญหาได้

5. มีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและ Home Health Care ปีละ 1 ครั้ง และเยี่ยมบ้านทุกครั้งที่มีการติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้อง จะทำให้ทราบถึงปัญหาของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล สถานที่ในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต เพื่อสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้

เอกสารอ้างอิง

1.ชวนชม พืชพันธุ์ไพศาล. การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องในระยะเวลาอย่างน้อย18 เดือนของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. 2561;29(1):17-28.

2.เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง Infection- related peritonitis.กรุงเทพฯ. ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด; 2556. 113-79.

3.ธวัช เตียวไล, รสสุคนธ์ ตันติวิชิตเวช. อุบัติการณ์และ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธาราม. วารสารแพทย์ เขต 4-5 2563;39:51-64.

4.นาตยา รัตนอัมภา. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพลส; 2561: 127-1483.

5.ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์. การติดเชื้อของการล้างไตในช่อง ท้องของโรงพยาบาลสุรินทร์.ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559; 31(4):60-7.

6.วาสนา สวนพุฒ. ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง อำเภอสอง จังหวัดแพร่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(2):286-9.

7.ศิริลักษณ์ ถุงทอง. การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;18(ฉบับพิเศษ):17-24.

8.อรรถพร พัชรสุวกุล. การติดเชื้อที่เยื่อบุผนังช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.วารสารแพทย์เขต 4-5 2557;33(1):9-14

9.Nipun Shrestha, Sanju Gautam, Shiva Raj Mishra, Salim S. Virani, Raja Ram Dhungana; Bunden of chronic kidney disease in the general population and high-risk groups in South Asia: A Sytematic review and meta-anlysis available from PLOS ONE https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258494 October 14,2021

10. WHO 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.

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Effects of nursing practice guidelines for weaning ventilators in surgical intensive Care Unit Kumphawapi Hospital, Udon Thani Province

(Received: February 16,2024 ; Revised: March 12,2024 ; Accepted: March 14,2024)

พัชลาวัล สาระพันธ์[1]
Phatcharawan Sarapan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และประสิทธิผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากร จำนวน 11 คน และผู้ป่วยผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 68 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลและข้อมูลผู้ป่วย CVI= 1, แบบสอบถามความรู้ KR-20= 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้วงล้อ PDSA ดังนี้ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การออกแบบ 3) การเรียนรู้ 4) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 5) การนิเทศ ผลการพัฒนาได้คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาล มี 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (assessment of readiness to wean) 2) การทดสอบการหายใจเอง (spontaneous breathing trial) 3) การถอดท่อช่วยหายใจ (extubation) หลังพัฒนาส่วนใหญ่มีบุคลากรมีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 18.2 เป็นร้อยละ 90.9 ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 72.7 เป็น ร้อยละ 90.9 มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 4.48, S.D.=0.71) ผลลัพธ์ในผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนา เสียชีวิตลดลง จากร้อยละ 31.6 เป็นร้อยละ 10.5 ไม่มีภาวะช็อคร่วมกับหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ลดลงจากร้อยละ 78.9 เป็นร้อยละ 89.5, ภาวะ septic shock ลดลงจากร้อยละ 68.4 เป็นร้อยละ 63.2

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล การหย่าเครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

Abstract

This action research aims to study nursing practice guidelines for weaning ventilators and effectiveness of following nursing guidelines for weaning from a ventilator in surgical intensive care unit Kumphawapi Hospital Udon Thani Province. The sample group consisted of 11 personnels and 68 patients. Data collected by the nursing practice and patient information questionnaire CVI= 1, the knowledge questionnaire KR-20= 0.95. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

Results: found that development of nursing practice guidelines for weaning ventilators with PDSA as follows: 1) goal setting, 2) design, 3) learning, 4) implementing guidelines, and 5) supervision. The results of development were nursing practice manual with 3 steps as follows 1) assessment of readiness to wean 2) spontaneous breathing trial 3) extubation. After development, most had good knowledge, increasing from 18.2% to 90.9%. nursing practice, increasing from 72.7% to 90.9%. They were satisfied with nursing practices at high level 100% ($\bar{X}$= 4.48, S.D.=0.71) Results in patients after development shown that death decreased from 31.6% to 10.5%. No cardiac arrest from 78.9% to 89.5%, septic shock from 68.4% to 63.2%,

Keywords: Nursing Practice Guidelines, Weaning Ventilators, Surgical Intensive Care Unit

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตไม่สามารถหายใจเองได้ต้องได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยประคับประครองระบบการหายใจ จึงถือได้ว่าเครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือที่มีความจำเพาะที่ผู้ดูแลรักษาต้องมี ความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมืออย่างเหมาะ สามารถประเมินได้ว่าเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถหายใจได้เอง ต้องพิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ ที่ยาวนานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เช่น ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ไม่ได้ใช้ (disused atrophy) การเกิดกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจอ่อนล้า จากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ ยาวนาน[1] เกิดการบาดเจ็บของเนื้อปอดและการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ[2] โดยภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นอาการที่รักษายาก มีอัตราการตายสูง การเกิดปอดแตกจากความดันภายในปอดที่เพิ่มขึ้นหรือที่เรียกว่าบาโรทรอมา (barotrauma) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 10-20 การเกิดปอดแฟบ การเกิดภาวะเลือดออกจากกระเพาะอาหารส่วนบนและเกิดติดเชื้อระบบทางเดินอาหารส่วนบน[3] นอกจากนี้การใส่เครื่องช่วยหายใจเกิดภาวะความไม่สุขสบาย ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจมีความรู้สึกเจ็บปวด ไม่สุขสบายจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ พูดไม่ได้จากการที่ท่อทางเดินหายใจกดกล่องเสียง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจจากการ สื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังพบกับปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย ค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายาต่างๆ ที่แพงมากขึ้น[25]

เครื่องช่วยหายใจ(ventilator) เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และกำจัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายได้ อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีการหายใจล้ม เหลวแบ่งออกเป็น 4 สาเหตุหลัก ดังนี้ 1) ออกซิเจน ในเลือดต่ำ (acute hypoxemic) 2) การระบายอากาศล้มเหลว (ventilation failure) 3) ประเด็นหลังผ่าตัด (perioperative issues) 4) ระบบการไหลเวียนโลหิต ล้มเหลว (shock) ภาวะดังกล่าวผู้ป่วยไม่สามารถ ควบคุมระบบหายใจให้ทำงานอย่างปกติได้ จึงได้รับ การรักษาโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อรักษาชีวิต ของผู้ป่วย ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น และลดการทำงานของหัวใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาสาเหตุของการหายใจล้มเหลวให้ดีขึ้น และมีการทำงานของระบบหายใจเป็นปกติ แพทย์ผู้รักษาจะพิจารณาหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเร็วที่สุด เนื่องจากหากใช้เป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ ปอดอักเสบจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia :VAP) เนื้อเยื่อบุหลอดลมถูกทำลาย (tracheal necrosis) กล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนล้า ปอดแตกจาก ความดันภายในปอดเพิ่มสูงขึ้น (barotrauma) ปอด แฟบ และภาวะสับสนเฉียบพลัน ส่วนผลกระทบ ทางด้านจิตใจ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สุขสบาย มีความทุกข์ ทรมานจากการคาท่อช่วยหายใจ สื่อสารกับผู้อื่นได้ยาก ขาดความมั่นใจในการหายใจด้วยตนเอง รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต กลัวและวิตกกังวล และความรุนแรงเพิ่มขึ้นเมื่อการ หย่าเครื่องช่วยหายใจในครั้งที่ 2 ไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล นานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และอัตราการตาย เพิ่มขึ้น[25]

การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นขั้นตอนสำคัญของการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่มีภาวการณ์หายใจลมเหลว จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ[4] และเป็นกระบวนการที่ละเอียดอ่อนซับซ้อน นับเป็นปัญหาสำคัญ และท้าทายความสามารถ บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีความยากง่ายของการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่เท่ากัน ความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ขึ้นกับความ พร้อมของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ที่เหมาะสม ความสามารถในการดูแลของแพทย์และพยาบาล[5] ตลอดจนความร่วมมือ ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ใน

การร่วมกันวางแผนกำหนด และปฏิบัติตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ทำให้กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจสามารถดำเนินไปได้[6] การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นการลดการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้ด้วยตนเองมากขึ้น จนสามารถหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจได้ การช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้เองโดยเร็วช่วยลดการเกิดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจจะต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้ด้วยตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ข้อบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดที่ใช้ในการตัดสินใจหย่าเครื่องช่วยหายใจ คือ โรคหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับการรักษาหรือได้รับการแก้ไขจนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจจะต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้ด้วยตัวเอง และต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล พบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ กลไกการป้องกันของระบบทางเดินหายใจลดลงเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการดมยาสลบ มักพบว่าผู้ป่วยเกิดการสำลักขณะดมยาสลบ ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ การผ่าตัดทรวงอก การผ่าตัดช่องท้อง เชื้อแบคทีเรียแกรมลบจะเจริญอยู่บริเวณ Oropharynx 48 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการไอลำบาก และมักเจ็บปวดแผลเวลาไอ ทำให้การขับเสมหะลำบาก จึงนับเป็นสาเหตุหนึ่งที่อาจทำให้เกิดปอดอักเสบได้ จึงต้องมีการวางแผนเพื่อให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างเร็ว[23]

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลกุมภวาปี ให้บริการผู้ป่วย ทั้งหมด 6 เตียง จำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด 194 , 231 , 254 ตามลำดับ พบว่าสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ร้อยละ 80.75, 87.80 และ 85.18 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในปี พ.ศ. 2564 - พ.ศ. 2566 ในอัตรา 5.21 ,6.40 และ 4.26 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน พบว่ามีอัตราติดเชื้อโรคปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ (ventilator- associated pneumonia, VAP) อัตรา 11.46, 9.93, และ 18.99 ตามลำดับ (เป้าหมาย ≤ 10 : 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ) ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ [7] ส่งผลให้มีจำนวนวันนอนในไอซียูสูงเฉลี่ย 10.40 วัน ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น 20,010 บาทต่อคน ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ปัญหาของการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่ สำเร็จเกิดจาก 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ด้านผู้ป่วย พบว่าร่างกายไม่มีความพร้อม สาเหตุมาจาก 3 ระบบ หลัก คือ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และ ระบบประสาท และด้านจิตใจ 2) ด้านทีมการดูแลพบ ว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญแตกต่างกันซึ่งมีผลต่อการประเมิน ความพร้อมของผู้ป่วยนำไปสู่การเฝ้าระวังและตัดสิน ใจทางคลินิกที่ถูกต้อง และ 3) ด้านเครื่องมือในการดูแลพบว่าไม่มีแผนการปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าในเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจและมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำเป็นต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดและหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยได้มีการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลกุมภวาปี[23]

การหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เป็นประเด็นที่สำคัญในโรงพยาบาลกุมภวาปีหากการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จย่อมเกิดปัญหาการติดเครื่องช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้นการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนัก

ศัลยกรรม อาจช่วยลดปัญหา ดังกล่าว เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าในเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำเป็นต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด และหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยได้มีการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ (collaborative quality improvement) ของสถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ [8] และได้ทดลองใช้แนวปฏิบัติมาแล้วจำนวน 2 วงรอบ ในปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ.2566 ได้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ซึ่งเป็นวงรอบที่ 3 การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเรื่องสำคัญ การดูแลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทโดยตรงในการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การหาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและนำมาปรับใช้ในการดูแลดูผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ทางหน่วยงานได้มีการพัฒนาบุคลากร สร้างแรงจูงใจและจัดหาอุปกรณ์มาสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง[23]

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ศึกษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 11 คน ที่หมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนดำเนินการข้อมูลผู้ป่วยปี พ.ศ. 2565 จำนวน 34 คน กลุ่มหลังดำเนินการข้อมูลผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จำนวน 34 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย[9]

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 หรือไม่ได้รับการประเมินตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาครบ 2 ครั้ง และไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. กลุ่มผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ได้เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ระดับความรุนแรงของโรคเปลี่ยนแปลงมากขึ้น และทำให้มีผลต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนดำเนินการข้อมูลผู้ป่วยปี พ.ศ.2565

จำนวน 34 คน กลุ่มหลังดำเนินการข้อมูลผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จำนวน 34 คน โดยสุ่มอย่างง่ายเก็บข้อมูลผลลัพธ์ในผู้ป่วยจากเวชระเบียน จนครบตามขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ คู่มือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ประยุกต์มาจาก คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล[10] ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (assessment of readiness to wean) 2) การทดสอบการหายใจเอง (spontaneous breathing trial) และ 3) การถอดท่อช่วยหายใจ (extubation)

2. เครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 20 ข้อ การตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ได้คะแนน การแปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1.00-6.66 ระดับไม่ดี, 6.67-13.33 ระดับพอใช้, 13.34-20.00 ระดับดี[10]

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 32 ข้อ เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม การตอบมีการปฏิบัติ ให้เลข 1 ไม่ปฏิบัติ ให้เลข 0 การแปลผลคะแนนเต็ม 32 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1.00-10.66 ระดับต่ำ, 10.67-21.33 ระดับปานกลาง, 21.34-32.00 ระดับสูง[10]

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 10 ข้อ การตอบเป็นระดับคะแนนความพึงพอใจคือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 10.00 – 16.66 ระดับต่ำ, 16.67 – 33.33 ระดับปานกลาง, 33.34 – 50.00 ระดับสูง[10]

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มของโรคและการรักษา ลักษณะอาการผู้ป่วย การประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว การแปลผลการแบ่งระดับความรุนแรง คือ การบาดเจ็บระดับเล็กน้อย = 13-15 คะแนน ระดับปานกลาง 9-12 คะแนน ระดับรุนแรง ≤ 8 คะแนน[10]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ค่า CVI = 1 ทุกข้อ คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจและข้อมูลผู้ป่วย 2) แบบสอบถามความรู้ นำคะแนนที่ได้มาหาค่าความยากง่าย ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ด้วยสูตรของการหาค่า KR-20 ได้ค่าความยากง่ายแบบสอบถามความรู้ KR-20 เท่ากับ 0.95 3) หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง นำแบบสอบถามมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าเชื่อมั่นแบบสอบถามความพึงพอใจแนวปฏิบัติ alpha= 0.89

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัย จำนวน 2 คน โดยผู้วิจัยชี้แจง ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างจริง รับข้อมูลแบบสอบถามกลับ ตรวจสอบความถูกต้องลงรหัสทำการวิเคราะห์ประมวลผล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลกุมภวาปี รหัสโครงการ KPEC 38/2566 ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้วงล้อ PDSA มี 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมาย (Purpose) 2) การออกแบบ (Design) 3) การเรียนรู้ร่วมกัน (study & learning) 4) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Action) และ 5) การนิเทศ การปฏิบัติการพยาบาล ที่พัฒนา มี 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (assessment of readiness to wean) 2) การทดสอบการหายใจเอง (spontaneous breathing trial) 3) การถอดท่อช่วยหายใจ (extubation) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ปัญหาการพยาบาลแบบเดิม	การปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนา
1. พบปัญหาทางการพยาบาลความเสี่ยงทางคลินิกและมีอัตราติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นโรคปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ (ventilator- associated pneumonia, VAP) มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (design and development) โดยใช้วงล้อ PDSA มี 5 ขั้นตอนดังนี้ 1. การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Purpose) 2. การออกแบบแนวปฏิบัติ (Design) 3. การเรียนรู้ร่วมกัน (study & learning) โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 4. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Action) 5. การนิเทศตรวจสอบภายใน (audit & internal survey)
2. ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหนักศัลยกรรม	ขั้นตอนการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มีดังนี้ 1) การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (assessment of readiness to wean) 2) การทดสอบการหายใจเอง (spontaneous breathing trial) 3) การถอดท่อช่วยหายใจ (extubation)
3. การประเมินผลการพัฒนายังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน	ทำการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามกรอบแนวคิดการศึกษา

2. ระดับความรู้ในการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่า หลังพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 12.8 เป็นร้อยละ 90.9 ข้อคำถามที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด ร้อยละ 100 ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล, เครื่องช่วยหายใจที่มีไว้บริการ, การทดสอบการหายใจเองของผู้ป่วย, การดูแลท่อช่วยหายใจและส่วนประกอบ, สาเหตุส่งเสริมการติดเชื้อปอดอักเสบ และ การพยาบาลระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ และข้อที่น้อยที่สุดคือ การดูดสิ่งคงค้างในกระเพาะอาหาร ร้อยละ 54.5 ตามลำดับ

3. การปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่าหลังพัฒนาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติถูกต้องระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 72.7 เป็นร้อยละ 90.9 ข้อที่มีการปฏิบัติ ร้อยละ 100ได้แก่ การประเมินการแลกเปลี่ยนก๊าซเพียงพอ, การทดสอบ Low level pressure support, การประเมินผู้ป่วยล้มเหลวจากการทดสอบการหายใจเอง, ผู้ป่วยที่ผ่านการทดสอบการหายใจเอง, การเช็ดปลายเปิดท่อช่วยหายใจและปลายข้อต่อ, การปฏิบัติก่อนถอดท่อหลอดลมคอ, การปฏิบัติหลังทำ tracheostomy, ทำความสะอาด inner tube, การยึด tracheostomy tube ให้อยู่กับที่, การป้องกันเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และ ข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย ร้อยละ 63.6 ตามลำดับ

4. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ4.48 (S.D.=0.71) ความพึงพอใจมากที่สุดข้อที่มากที่สุด

คือ ภาพรวมระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ4.91 (S.D.=0.30) รองลงมาคือ แนวปฏิบัติที่พัฒนาใหม่ทำให้มีความรู้และมีการปฏิบัติในการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจถูกต้องเพิ่มขึ้นค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ4.82 (S.D.=0.40) ข้อที่น้อยที่สุดคือ กระบวนการในการพัฒนาแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้กับเรื่องอื่น ๆ ได้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ4.09 (S.D.=1.04) ตามลำดับ

5. ผลลัพธ์ในผู้ป่วย หลังการพัฒนา พบว่าไม่มีภาวะช็อกร่วมกับหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 78.9 เป็นร้อยละ 89.5, มีภาวะ septic shock ลดลง จากร้อยละ 68.4 เป็นร้อยละ 63.2, จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหลังจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 3 วัน ลดลง จากร้อยละ 76.3 เป็นร้อยละ 71.1, จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมต่ำกว่า 5 วันเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 44.7 เป็นร้อยละ 76.3 ระดับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว พบว่า อยู่ในระดับเล็กน้อย (mild or minor injury) เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 21.1 เป็นร้อยละ 57.6 โดยพบว่า ลืมตาได้เอง (eye opening) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.8 เป็นร้อยละ 42.1, การพูด (verbal) ส่วนใหญ่ใส่ท่อหลอดลมเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 57.9 เป็นร้อยละ 89.5, การเคลื่อนไหว(movement) ทำได้ตามคำสั่งเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 26.3 เป็นร้อยละ 55.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ในผู้ป่วย ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=68)

ผลลัพธ์ในผู้ป่วย	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัย Cholecystitis	9	23.7	9	23.7
โรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	13	34.2	16	42.1
อาการที่นอนรักษาในโรงพยาบาลไข้ ซึม ไม่รู้สึกตัว	12	31.6	14	36.8
เสียชีวิต	12	31.6	4	10.5
ไม่มีภาวะช็อกร่วมกับหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest)	30	78.9	34	89.5
มีภาวะ septic shock	26	68.4	24	63.2
จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหลังจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 3 วัน	29	76.3	27	71.1
จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมต่ำกว่า 5 วัน	17	44.7	29	76.3
ระดับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว				
การลืมตา (eye opening) ลืมตาได้เอง	14	36.8	16	42.1
การพูด (verbal) กรณีใส่ท่อหลอดลม	22	57.9	34	89.5
การเคลื่อนไหว (movement) ได้ตามคำสั่ง	10	26.3	21	55.3
ระดับความรุนแรง				
GCS 13-15 ระดับเล็กน้อย (mild or minor injury)	8	21.1	19	57.6
GCS 9-12 ระดับปานกลาง (moderate injury)	21	55.3	12	36.4
GCS ≤ 8 ระดับรุนแรง (severe injury)	9	23.7	7	18.4

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (design and development) โดยใช้วงล้อ PDSA มี 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Purpose) โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ ซึ่งมีปัญหาทางการพยาบาลความเสี่ยงทางคลินิก (clinical risk) กำหนดเป้าหมายการพัฒนาแนวปฏิบัติ ดังนี้ เพื่อให้สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ และเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 2) การออกแบบแนวปฏิบัติ

(Design) 3) การเรียนรู้ร่วมกัน (study & learning) โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร นำสู่การปฏิบัติจริงตามเป้าหมายของการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของ Proctor และ Driscoll[11-12] 4) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Action) และ 5) การนิเทศตรวจสอบภายใน (audit & internal survey) โดยการตามรอย (tracer) การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน และรับการประเมินจากทีมนิเทศ ทั้งนี้ผลการพัฒนาได้คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี ที่พัฒนาประยุกต์มาจากแนวทางปฏิบัติของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล[10] มี 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (assessment of readiness to wean) 2) การทดสอบการหายใจเอง (spontaneous breathing trial) 3) การถอดท่อช่วยหายใจ (extubation) ซึ่งเป็นตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy's Adaptation Model[13] คือ การประเมินปัญหาของผู้ป่วย การให้การพยาบาล มุ่งที่การจัดการกับสิ่งเร้าหรือสาเหตุของการเกิดปัญหาสำคัญก่อน ต่อไปจึงพิจารณาปรับเปลี่ยนกิจกรรมการพยาบาลปรับเปลี่ยนเพิ่มลดหรือจำกัดสิ่งเร้าที่เป็นสาเหตุของปัญหา หลังจากนั้นนำผลการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพมาวางแผนและให้การพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sohier, et al[14] การศึกษาผลของแนวทางปฏิบัติ (bundle protocol) ในการป้องกันโรคปอดบวมจากเครื่องช่วยหายใจต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล พบว่า พยาบาลผู้ร่วมวิจัยที่ได้รับการฝึกอบรมแนวทางปฏิบัติและได้รับความรู้ การปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติโดยรวมดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ และการศึกษาแนวทางปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในภูมิภาคเอเชียของ Leung และคณะ พบว่า ส่วนใหญ่มีการหยุดการให้เครื่องช่วยหายใจก่อนการถอดท่อช่วยหายใจ มีแนวปฏิบัติแบบทั่วไป และมีแนวปฏิบัติวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วย ICU ในจำนวนนี้ 78.2% มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สรุปว่าด้านการดูแลการหย่าเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยหนักในภูมิภาคเอเชีย มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ได้หย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้มาตรฐานที่ดีที่สุด[15]

2. ความรู้ในการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่า หลังพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 81.8 เป็นร้อยละ 90.9 ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล, เครื่องช่วยหายใจที่มีไว้บริการ, การทดสอบการหายใจเองของผู้ป่วย, การดูแลท่อช่วยหายใจและส่วนประกอบ, สาเหตุส่งเสริมการติดเชื้อปอดอักเสบ และ การพยาบาลระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ น้อยที่สุดคือ การดูดสิ่งคงค้างในกระเพาะอาหาร ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปองนุช บุญยไพศาลเจริญ[16] ที่ศึกษาเปรียบเทียบเทคนิคการพยากรณ์เพื่อหาตัวแบบที่เหมาะสมสำหรับพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในประเทศไทย พบว่ามีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดร่วม เป็นปอดอักเสบในโรงพยาบาลหรือปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การศึกษาความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่า เครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยประคับประคองการหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง ควรหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด[17]

3. การปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่าหลังพัฒนาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติถูกต้องระดับสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.9 ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติโดยมีการประเมินการแลกเปลี่ยนก๊าซเพียงพอ, การทดสอบ Low level pressure support, การประเมินผู้ป่วยล้มเหลวจากการทดสอบการหายใจเอง, ผู้ป่วยที่ผ่านการทดสอบการหายใจเอง, การเช็ดปลายเปิดท่อช่วยหายใจและปลายข้อต่อ, การปฏิบัติก่อนถอดท่อหลอดลมคอ, การปฏิบัติหลังทำ tracheostomy, ทำความสะอาด inner tube, การยึด tracheostomy tube ให้อยู่

กับที่, การป้องกันเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และ น้อยที่สุดคือ การประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย ตามลำดับ และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yamagata และคณะ[18] ศึกษาปัจจัยการทำนายโรคปอดอักเสบจากการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโรคดื้อยาในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยทำนายโรคปอดอักเสบได้มากที่สุด การศึกษาของ Buterakos และคณะ[19] ที่พบว่าผลการลดอัตราการเกิดโรคปอดบวมจากเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติการป้องกันที่เป็นมาตรฐาน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Efstathiou และคณะ พบว่า การรับรู้ ประสบการณ์ และแนวทางปฏิบัติในการถอดเครื่องช่วยหายใจจะมีความแตกต่างกันทั่วโลก ควรมีการเลือกวิธีการทางเภสัชวิทยาเพื่อจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ มีแผนการเตรียมผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ โดยการอธิบายกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และแนะนำให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอีกต่อไปหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ[20]

4. ผลลัพธ์ในผู้ป่วย พบว่าทั้งก่อนและหลังพัฒนามีการวินิจฉัยการป่วยส่วนใหญ่เป็น Cholecystitis มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สถานะจำหน่ายการเสียชีวิตลดลง ระดับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว พบว่า อยู่ในระดับเล็กน้อย (mild or minor injury) เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปีที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ส่งผลให้บุคลากรมีความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องและมีผลลัพธ์ในผู้ป่วยที่ดีขึ้นลดภาวะการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ(ventilator associated pneumonia :VAP) ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจลดลงการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จมากขึ้น จำนวนวันนอนเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทวัส ศิริยงค์[21] ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่การติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤติและการดูแลเพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ ชีพจรผิดปกติ และอุณหภูมิกาย ≥ 38 องศาเซลเซียส และกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีความซับซ้อน และบุคลากรทางการพยาบาลยังไม่มีแนวทางชัดเจนในการปฏิบัติงาน จำเป็นต้องประเมินผู้ป่วยแบบบูรณาการและหากมีการหย่าเครื่องช่วยหายใจเร็วขึ้นก็จะทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น[22]

ข้อสรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี ครั้งนี้ ส่งผลให้บุคลากรมีการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องและผลลัพธ์ในผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 ด้านการบริหาร บุคลากรผู้นิเทศ ควรส่งเสริมและมีการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง จะเป็นการเพิ่มความรู้ให้แก่พยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้องและมีความยั่งยืน โดยมีการสนับสนุนอุปกรณ์อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

1.2 ด้านการปฏิบัติ สามารถนำหลักการแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ซึ่งครอบคลุมทั้งการลดโอกาสเกิดการติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อไปเป็นแนวทางการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย โดยใช้ได้อย่างดีกับผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่ยังคงต้องอยู่ในแผนกที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและแผนกที่รับย้ายผู้ป่วยออกมาดูแลร่วมกับผู้ป่วยอื่น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล และอาจมีการศึกษาโดยการเพิ่มปริมาณผู้ป่วยที่คัดเข้าศึกษา โดยเพิ่มระยะเวลาเก็บข้อมูล หรือเก็บข้อมูลมากกว่าหนึ่งโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างได้ดีกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. Knebel AR, Shekleton ME, Burns S, Clochesy JM, Hanneman SK, weaning from mechanical ventilation support: refinement of a model. American journal of critical care 1998; 7(2): 149 – 152.
2. MacIntyre NR, Cook DJ, Ely EW, Jr, Epstein SK, Fink JB, Heffner JE, Hess D, Hubmayer RD, Scheinhorn DJ. Evidence-based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support: a collective task force facilitated by the American College of Chest Physicians; the American Association for Respiratory Care; and the American College of Critical Care Medicine. Chest. 2001;120(6 Suppl):375S–395S. doi: 10.1378/chest.120.6_suppl.375S.
3. อนันต์ วัฒนธรรม. Mechanical ventilator, ในประสาท เหล่าถาวร ,กฤษฎา ดวงอุไรและวิชัย ประยูรวัฒน์ (บรรณาธิการ), อายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2543.
4. สุมาลี เกียรติบุญศรี. การหย่าเครื่องช่วยหายใจ.ในสุมาลี เกียรติบุญศรี (บรรณาธิการ) การดูแลรักษาโรคระบบทางเดินหายใจในผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2560.
5. ชัยวัฒน์ บำรุงกิจ. ประสิทธิภาพของการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยการใช้วิธีปฏิบัติตามเกณฑ์ที่วางไว้ในหออภิบาลแผนกอายุรกรรมของศูนย์การแพทย์ตติยภูมิ. Journal Med Assoc Thai 2005(1): 52-57.
6. Norton, L. The role of the specialist nurse in weaning patients from mechanical ventilation and development of nurse-led approach. Nursing Critical Care 2000(5): 220-270.
7. โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. สรุปรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรงพยาบาลกุมภวาปี. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2566]. จาก https://kumpawapihospital.go.th.
8. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). [อินเตอร์เน็ต]. 2550. [เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.sirindhornhosp.go.th
9.อรุณ จิรวัฒน์กุล. *ชีวสถิติ, พิมพ์ครั้งที่ 4.* ขอนแก่น: คลังนานาวิทยาคม; 2550.
10. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ(Ventilator associated Pneumonia). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552.
11. Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. In Cutcliffe JR, Butterworth T, Proctor B. (Eds). Fundamental Themes in Clinical Supervision. London: Routledge, 2001.
12. Driscoll J. Practising clinical supervision a reflective approach for healthcare professionals. [Internet]. 2007. [Cited 2023 September 10]. Available from: https://play. google.com/books
13. Roy C, Andrews H.A. The roy's Adaptation Model. 2nd ed. Stamford: Appleton & Lange; 2001.
14. Sohier M. Weheida, Eman S. Omran, Amal S. Taha. Effect of Designed Bundle Protocol about Ventilator Associated Pneumonia on Nurses' Performance, Compliance, and Patient Outcomes. [Internet]. 2022. [Cited 2023 July 21]. Available from: https://www.ajol.info/index.php/ebnr/article/view/233113
15. Leung CH.C, Lee A, Arabi Y.M, et al. Mechanical Ventilation Discontinuation Practices in Asia: A Multinational Survey. Annals ATS. 2021; 18(8): 1352-59.
16. ปองนุช บุญยไพศาลเจริญ. สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาลสิงห์บุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี 2019;28(1): 43-54.
17. ศรัญญา จุฬารี, จันทร์ทิรา เจียรณัย, รังสิมา ครอสูงเนิน. ความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ 2565; 12(1): 149-63.

18. Yamagata A, Ito A, Nakanishi Y, Ishida T. Prognostic factors in nursing and healthcare-associated pneumonia. Journal of Infection and Chemotherapy 2020; 26(6): 563-69.
19. Buterakos R, Jenkins PM, Cranford J, et al. An in-depth look at ventilator-associated pneumonia in trauma patients and efforts to increase bundle compliance, education and documentation in a surgical trauma critical care unit. American Journal of Infection Control. 2022; 50(12): 1333-38.
20. Efstathiou N, Vanderspank-Wright B, Vandyk A, et al. Terminal withdrawal of mechanical ventilation in adult intensive care units: A systematic review and narrative synthesis of perceptions, experiences and practices. Palliat Med. 2020; 34(9): 1140-64.
21. วิทวัส ศิริยงค์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2019; 33(1): 141-54.
22. Souza WCC de, Cruz I. Nursing Evidence-based practice guidelines for mechanical ventilation weaning response in ICU - Systematic literature review. Journal of Specialized Nursing Care. [Internet]. 2020.[Cited 2023 September 18]. Available from: http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/3310
23. วิจิตรา กุสุมภ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะ วิกฤต: แบบองค์รวม. ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชา พาณิชย.
24. ปนัดดา เสือหรุ่น,อรพรรณ โตสิงห์,สุพรดนัยดุษฎีกุล และอรอุมา ชัยวัฒน์. (2558). ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจนานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระยะวิกฤติ. วารสารสภาการพยาบาล. 30(4):107-120.
25. สาวรีย์ ปัญเศษ, อำภาพร นามวงศ์พรหมและ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2555). ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล พระนั่งเกล้า.วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออก เฉียงเหนือ. 30(2):131–139.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันร่วมกับระยะฟื้นฟู : กรณีศึกษา

Nursing care of acute stroke patient until recovery phase: A case study

(Received: March 9,2024 ; Revised: March 13,2024 ; Accepted: March 14,2024)

ณัฐกมล มุกดา[1]
Nutkamon mookda[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การนำกระบวนการพยาบาลประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันร่วมกับระยะฟื้นฟู เลือกศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จำนวน 1 ราย ศึกษาโกดยใช้กรอบแนวคิดตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ร่วมกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล : 7 Aspects of care โดยแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษา พบว่า จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันร่วมกับระยะฟื้นฟู เป็นผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชในโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ด้วยอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว มุมปากซ้ายตก ได้ให้การดูแลรักษาเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจนสงสัยจากการตีบตันของหลอดเลือดสมอง ป้องกันการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงจนผู้ป่วยปลอดภัยจึงส่งไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลโพธาราม และผ่าตัดสมองที่โรงพยาบาลศิริราช หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยหลงเหลือความพิการ พยาบาลให้การดูแลต่อเนื่องโดยการเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนช่วยเหลือปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านจนผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ ไม่กลับมาเป็นซ้ำของภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมอง, ระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู

Abstract

This study was case study aimed to study the outcomes of nursing processes with the concept of acute care and rehabilitation in patients with stroke during both the acute phase and recovery phase. Selecting a case study of a stoke patient receiving services at the emergency medicine department of Chet Samian hospital. The study utilizes the nursing process framework, along with the primary clinical responsibilities: the 7 Aspects of care. This involves modifying and adapting the care plan to suit the changing problems and needs of the patient.

Results : A 72-year-old Thai female received treatment at the emergency medicine department of Chet Samian hospital. She presented with left hemiparesis and left facial palsy. Suspected brain tissue hypoxia due to a possible stroke prompted preventive measures to control increase intracranial pressure. The patient was then referred for continuous treatment at Photharam hospital and underwent brain surgery at Siriraj hospital. Following discharge, the patient experienced residual disabilities. Nursing care was provided through home visits to facilitate recovery and enhance the home environment. This included assistance in improving self-care abilities for both the patient and her family. The aim was to prevent a recurrence of the stroke condition.

Keywords: Nursing care, Stroke, Acute care and rehabilitation phase

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทางระบบประสาท (neurological emergency) และพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประเทศไทย[2] ในแต่ละปีมีคนไทยตายจากโรคกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก หากไม่ได้รับการรักษาจะกลายเป็นโรคเรื้อรังและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง

[1] งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน

ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก มาจากอาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุดทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5[1] สำหรับในประเทศไทยจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ICD10 3 หลักแรกเป็น I60-I69) ปี 2564 – 2566 เท่ากับ 312,858 และ 331,654 และ 346,846 ราย ตามลำดับ โดยคิดเป็นร้อยละ 0.69, 0.73 และ 0.77 ตามลำดับ ซึ่งคิดอัตราส่วนจากประชากรในประเทศทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ และอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ICD10 3 หลักแรกเป็น I60-I69) ปี 2564 – 2566 เท่ากับ 14,600 , 15,024 และ 15,567 ราย ตามลำดับ โดยคิดเป็นร้อยละ 8.37 , 8.80 และ 7.69 ตามลำดับ (เกณฑ์เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 7)[3] จะเห็นได้ว่าทั้งจำนวนที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนที่มากและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

สถิติจากการเก็บข้อมูลของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน พบว่ามีผู้ป่วยมารักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 30 , 41, 39 ราย ตามลำดับ โดยปีงบประมาณ 2564 จำแนกเป็นผู้ป่วย Stroke non fast track 23 ราย, Stroke fast track ส่งต่อภายใน 30 นาที 4 ราย, Stroke fast track มาด้วย EMS 6 ราย, Stroke fast track มาเอง 1 ราย และ ปีงบประมาณ 2565 จำแนกเป็นผู้ป่วย Stroke non fast track 29 ราย, Stroke fast track ส่งต่อภายใน 30 นาที 3 ราย, Stroke fast track มาด้วย EMS 6 ราย, fast track มาเอง 13 ราย[7] จากข้อมูลข้างต้น และการปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พบว่าปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยขาดความรู้และความตระหนัก พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคหลอดลเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องการให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะส่งเสริมความสามารถทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายกลับมาอยู่ในสภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติได้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในฐานะที่เป็นผู้ดูแลให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและครอบครัว โดยต้องใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจะได้ให้การพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว รวมทั้งสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือด้วยความละเอียดรอบคอบและมีทักษะเฉพาะ และเพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพอันจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การนำกระบวนการพยาบาลประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันร่วมกับระยะฟื้นฟู

วิธีการดำเนินงาน

เลือกศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จำนวน 1 ราย ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล[6,12] การประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาล แผนการพยาบาล ปฏิบัติการ

พยาบาล ประมินผลการพยาบาล ร่วมกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล : 7 Aspects of care[9] โดยแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง สรุปและอภิปรายผลการศึกษา ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี สัญชาติไทย อาชีพ ไม่ได้รับจ้าง ภูมิลำเนา จังหวัดราชบุรี

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : ขณะผู้ป่วยนั่งคุยกับญาติ เมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นแล้วล้มลง ขยับแขนข้างซ้ายไม่ได้ เนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดได้ปกติ ปากเบี้ยว มุมปากซ้ายตก 10 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : 10 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะผู้ป่วยนั่งคุยกับญาติ เมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นแล้วล้มลง ขยับแขนข้างซ้ายไม่ได้ เนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดได้ปกติ ปากเบี้ยว มุมปากซ้ายตก ญาตินำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจวาย รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลราชบุรี ไม่มียารับประทานประจำ ปฏิเสธประวัติแพ้ยาและแพ้อาหาร ปฏิเสธประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่

ประวัติในครอบครัว : มารดาผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง บิดาก่อนเสียชีวิตมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและโคหลอดเลือดสมองตีบ

การวินิจฉัยแรกรับ : Stroke fast track

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[6,12]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
ระยะเฉียบพลัน **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 เนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจนไปเลี้ยง เนื่องจากสงสัยมีการตีบตันของหลอดเลือดสมอง** **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อสมองเพิ่มมากขึ้น เซลล์สมองไม่ขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น	1. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก การไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น ไม่จัดท่านอนคว่ำหรือนอนศีรษะต่ำ 2. เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท ทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง ถ้า coma scale ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 รายงานแพทย์ทราบ[11] 3. เฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง 4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการจัดท่านอนหงายราบตะแคง (absolute bed rest) 5. เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน ถ้าพบผู้ป่วยมีภาวะ cyanosis รายงาน แพทย์ทราบ (รายงานภายใน 4 นาที) นอกจากนี้ดูแลผู้ป่วยให้ on O2 cannular 3 LPM ตามแผนการรักษาของแพทย์[11] 6. ดูแล On IV 0.9% NSS 1000 ml vein drip 80 cc/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. เจาะตรวจ DTX, ดูแลตรวจ EKG 12 lead 8. อธิบายแนวทางการรักษาของแพทย์แก่ผู้ป่วย สังเกตอาการปวดศีรษะที่รุนแรงเพิ่มขึ้น อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น กระสับกระส่าย ซึ่งเป็นอาการที่บอกถึงการมีเลือดออกในสมอง หรือมีภาวะสมองขาดเลือดเกิดเนื้อสมองตายมากขึ้น 9. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงในช่วงเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง หลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยให้มากที่สุด **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่มีอาการแสดงของภาวะสมองขาดเลือดเกิดเนื้อสมองตายเพิ่มมากขึ้น ไม่มีอาการปวดศีรษะ มึนงง ไม่อาเจียน แขนขาซ้ายอ่อนแรงเท่าเดิม สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/108 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส Glasgow coma scale ได้ E3V5M6, pupil 2 mm reactive to light both eyes, motor power grade 0 left side, Grade IV right side, positive left facial palsy (UMN type), Oxygen Saturation 98%

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[6,12]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) เนื่องจากหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดูแล on O2 canular 3 LPM 2. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก การไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการจัดท่านอนศีรษะต่ำ และท่าตะแคงกึ่งคว่ำในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงเพราะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น[5] 3. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจและประเมินอาการทางระบบประสาท และ Oxygen Saturation ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยซึมลง หมดสติ สับสน ถ้า SBP > 180 or < 110 mmHg, DBP > 110 or < 60 รายงานแพทย์ทราบ[5,10] 4. สังเกตและบันทึกอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว รูม่านตาไม่เท่ากัน เกร็ง แขน ขาอ่อนแรงลงจากเดิม และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติหากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที[10] 5. งดน้ำและอาหารทุกชนิดทางปากเพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาท พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัว สื่อสารรู้เรื่อง พูดชัด ไม่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/108 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส Glasgow coma scale ได้ E3V5M6, pupil 2 mm reactive to light both eyes, motor power grade 0 left side, Grade IV right side, positive left facial palsy (UMN type), Oxygen Saturation 98% แพทย์เวรส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลโพธาราม ให้การวินิจฉัย Stroke fast track
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสารเนื่องจากสงสัยการตีบของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมอง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อสมองเพิ่มมากขึ้น เซลล์สมองไม่ขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น	1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ 2. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา on O2 canular 3 LPM 3. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก การไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น ห้ามจัดท่านอนคว่ำหรือนอนศีรษะต่ำ 4. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจและประเมินอาการทางระบบประสาททุก 15 - 30 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยซึมลง หมดสติ สับสน 5. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อวางแผนกับทีมสุขภาพและญาติในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย งดหัตถการข้างแขนขาข้างซ้ายที่อ่อนแรง ดูแลยกไม่กั้นเตียงทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมป้องกันการตกเตียง และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยใช้ในการเคลื่อนไหว ให้ญาติคอยดูแลอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย หากพบอาการผิดปกติให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่[10] 6. ให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาในการพูดและแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการตอบสนองต่อการสื่อสารของตนเอง[8,10] 7. ขณะพูดกับผู้ป่วยใช้คำถามที่ให้ผู้ป่วยตอบใช่ หรือไม่ใช่ ไม่เร่งรัดคำตอบ ขณะสื่อสารสบตากับผู้ป่วยแสดงการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยในการอธิบายความหมาย **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้ตัว สื่อสารรู้เรื่อง ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะรุนแรง ซึมลง หมดสติ สับสน อาการทางระบบประสาทคงที่ สัญญาณชีพ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/108 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส Glasgow coma scale ได้ E3V5M6, pupil 2 mm reactive to

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[6,12]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
	light both eyes, motor power grade 0 left side, Grade IV right side, positive left facial palsy (UMN type), Oxygen Saturation 98%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันอุบัติเหตุแก่ผู้ป่วย	1. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายขณะที่ให้การพยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2. ดูแลการจัดวางสิ่งของอุปกรณ์ทางการแพทย์ สิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้เป็นระเบียบ ดูแลจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ไว้ทางขวาและใกล้มือผู้ป่วยที่จะเอื้อมหยิบใช้ได้[4] 3. หลังให้กิจกรรมการพยาบาล ดูแลยกไม้กั้นเตียงทุกครั้งเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง 4. ให้คำแนะนำญาติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้องปลอดภัย และให้การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายจากความร้อน -เย็น 5. เมื่ออยู่บนรถพยาบาลเพื่อส่งตัวผู้ป่วยรักษาต่อ ดูแลให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงผู้ป่วย คาดเข็มขัดเพื่อป้องกันการเคลื่อนตกจากเตียง 6. ดูแลจัดสิ่งของเครื่องใช้บนรถพยาบาลให้พร้อมใช้ จัดให้เป็นระเบียบ **ประเมินผลการพยาบาล** ขณะรับรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน และขณะส่งตัวผู้ป่วยรักษาต่อผู้ป่วย ไม่เกิดอุบัติเหตุ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะรุนแรงเพิ่มขึ้นขณะส่งต่อ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยได้รับการดูแลเคลื่อนย้ายตามมาตรฐานปลอดภัย ไม่เกิดภาวะ แทรกซ้อนรุนแรงขณะนำส่ง	**ก่อนการส่งต่อ** 1. ดูแลประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลโพธาราม 2. จัดเตรียมรถพยาบาล วัสดุ อุปกรณ์ช่วยชีวิต และให้ข้อมูลญาติผู้ป่วยเป็นระยะๆ 3. ให้การพยาบาลเพื่อปลอบโยนจิตใจผู้ป่วยและญาติ ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค แผนการรักษา เหตุผลการส่งตัวผู้ป่วยรักษาต่อ **ระหว่างส่งต่อ** 1. ให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ และรายโรค 2. ดูแลและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย บันทึกข้อมูล การดูแล ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะ 3. หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างส่งต่อให้รีบรายงานโรงพยาบาลโพธารามเพื่อเตรียมพร้อมการรักษาและการให้บริการ หากเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงก่อนถึงที่หมายให้เข้ารับการช่วยเหลือที่สถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุดก่อน 4. ประเมินความพร้อม และความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายลงจากรถ **หลังส่งต่อ** 1. เมื่อนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลโพธาราม ดูแลส่งมอบผู้ป่วยพร้อมเอกสารตามแนวปฏิบัติการรับและส่งต่อผู้ป่วย 2. ตรวจเช็คอุปกรณ์บนรถพยาบาล ความครบถ้วนหลังส่งตัวผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มมากขึ้นขณะที่ ส่งต่อ ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะส่งต่อถึงที่หมายอย่างปลอดภัย
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ญาติเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ญาติผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคได้ถูกต้องและให้ความร่วมมือ	1. ก่อนให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นเพื่อลดความวิตกกังวล 2. สร้างสัมพันธภาพและพูดคุยเพื่อหาสาเหตุความวิตกกังวล รับฟังสิ่งที่ญาติผู้ป่วยพูดด้วยท่าทีที่ตั้งใจ 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการเจ็บป่วย ผลของการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค แนะนำญาติให้ทราบถึงเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลรักษา และวิธีขอความช่วยเหลือ แนะนำแนวทางการรักษาของแพทย์ เหตุผลการส่งต่อ[10] 4. ดูแลให้กำลังใจและอธิบายให้เข้าใจว่าความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ อารมณ์จะค่อยๆ ดีขึ้นได้ หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในแผนการรักษาตามที่ทีมสุขภาพได้แนะนำ

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[6,12]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล ญาติผู้ป่วยคลายวิตกกังวล และให้ความร่วมมือ ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลและทีมสุขภาพได้ สีหน้าแจ่มใสขึ้น
ระยะฟื้นฟู **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยขาดความรู้ความความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค การรักษาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค** ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการโรคหลอดเลือดสมอง การรักษา การดูแลตนเองหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการฟื้นฟูร่างกาย **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการโรคหลอดเลือดสมอง การรักษา การดูแลตนเองหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการฟื้นฟูร่างกาย	1. ประเมินระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่าง ๆ อธิบายปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของโรค และวิธีการหลีกเลี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายแผนการรักษาและความจำเป็นที่ต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง พร้อมให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ 2. สอนแนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน การรักษาพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ดังนี้ [4-5,8,10] 2.1 อธิบายให้คำแนะนำถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยง การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกายตามความถนัดเหมาะกับสภาพผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ 2.2 การระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ การกระทบกระเทือนบริเวณศีรษะ การรับประทานอาหารที่เหมาะสำหรับฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย บริโภคอาหารครบ 5 หมู่ งดเค็ม ของทอด ของมัน 2.3 เปิดโอกาสให้ซักถามให้ระบายความรู้สึกเพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ช่วยสร้างขวัญกำลังใจและความเข้มแข็งของจิตใจ ในการเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม 2.4 อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความจำเป็นที่ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พึงตนเองได้มากที่สุด หลีกเลี่ยงการปกป้องผู้ป่วยอย่างมากเกินไป แสดงความชื่นชมเมื่อผู้ป่วยกระทำสำเร็จ ช่วยจัดการกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปและกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง 3. กระตุ้นให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น การอ่านหนังสือ จัดโทรทัศน์ให้ดู จัดวิทยุให้ฟัง 4. ส่งเสริมให้มีการสื่อสารทั้งการพูดและวิธีการอื่นๆ ระหว่างผู้ป่วยและญาติ 5. เน้นย้ำถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ 6. ส่งต่อข้อมูลการดูแลให้ทีมพยาบาลชุมชนเวชกรรมสังคมดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ 7. แนะนำการเรียนรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้อาเจียน แขนขนอ่อนแรงมากขึ้น ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน ง่วงซึม กระสับกระส่ายสับสน พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถแสดงออกเพื่อกรสื่อสารมากขึ้น หากพบอาการเหล่านี้ให้มาโรงพยาบาลทันที 8. เรียนรู้เกี่ยวกับช่องทางการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน โดยติดต่อที่เบอร์โทรศัพท์ 1669 9. แนะนำเรื่องการรับยาและการมาตรวจตามแพทย์นัด **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในตัวโรคของตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถบอกอาการเกี่ยวกับอาการเตือนของโรค รู้จักช่องทางการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน สามารถวางแผนการดูแลตนเองป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

สรุปและอภิปราย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและการตัดสินใจในการประเมินผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์ได้ทันที ซึ่งจากกรณีศึกษาจะพบว่าพยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลอย่างถูกต้อง ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายทันเวลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ในระยะฟื้นฟู การพยาบาลผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ประเมินผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน 11 แบบแผน[6] ทักษะในการดูแลผู้ป่วย และหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล : 7 Aspects of care เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมองจนกระทั่งระยะฟื้นฟู[12]

ข้อเสนอแนะ

1. จัดตั้งทีมเตรียมความพร้อมดูแลญาติผู้ป่วยในแต่ละเวร ในกรณีที่มีผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนเข้ามารับบริการ จัดทีมให้ข้อมูลอาการผู้ป่วย แนวทางการรักษาของแพทย์แก่ญาติ ขั้นตอนการรักษา การให้คำปรึกษาเพื่อให้ญาติมีความพร้อมในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ช่วยการรักษาผู้ป่วย ไม่ล่าช้า

2. พัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งอาการและอาการแสดงที่สำคัญและเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องรีบให้การรักษา และส่งต่อผู้ป่วยสู่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า

3. เสนอทีม HHC และออกติดตามเยี่ยมบ้านทุก 1 เดือน ประสานงานกับทาง รพ.สต. ในพื้นที่เพื่อลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายนี้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อการติดตามประเมินอาการต่อเนื่อง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ประเมินศักยภาพของผู้ป่วยในการฟื้นฟูร่างกายความต่อเนื่องในการทำกายภาพ ลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุขโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/

2.กระทรวงสาธารณสุขโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/

3.คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center : HDC [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

4.จินตนา วัชรสินธุ์. การพยาบาลอนามัยครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์; 2560.

5.ปราณี เกษรสันติ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 80-95.

6.พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลและระบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 20. สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2560.

7.เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบ้านโป่ง. รายงานสถิติประจำปี 2564-2566. ราชบุรี: โรงพยาบาลบ้านโป่ง; 2566.

8.เสาวลี นิจอภัย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2560;7(3):321-328.

9.สภาการพยาบาล. สมรรถนะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ ฯ: สิริยอดการพิมพ์; 2556.

10.สิรัชชา จิรจารุภัทรและคณะ. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. วารสาร มฉก.วิชาการ. 2563;13(26):1-18.

11.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ Clinical Practice Guidelines for Ischemic Stroke. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ ฯ: บริษัทธนาเพรสการพิมพ์; 2562.

12.อรนันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์; 2565.

การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลจากรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

Developing Model for Sanitary Waste Management from Sewage Pump Truck in Local Government Organization ; Case Study Provinces in Health Region 7

(Received: March 9,2024 ; Revised: March 23,2024 ; Accepted: March 25,2024)

วาทินี จันทร์เจริญ[1], อัญธิกา บรรจงสวัสดิ์[2],ปิยมาภรณ์ ดวงมนตรี[3]
Watinee Chancharoen[1], Untika Banjongsawat[2], Piyamaporn Dungmontri[3*]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา สถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูล นโยบาย ศักยภาพและการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่เทศบาล หรือ อบต.ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 423 แห่ง และแบบเจาะจงที่จัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลจำนวน 15 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ไคสแควร์และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่าเทศบาลหรืออบต. มีข้อบัญญัติท้องถิ่นเรื่องการจัดการปฏิกูลมูลฝอย ร้อยละ67.1 นำสิ่งปฏิกูลไปทิ้งที่ทางสาธารณะ ร้อยละ 75.9 ด้านนโยบาย พบว่า ร้อยละ 67.8 ของผู้บริหารสนใจการพัฒนาแก้ไขปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านศักยภาพ พบว่า ร้อยละ 91.2 เจ้าหน้าที่ทุกระดับให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในงานขององค์กร และพบว่าผู้บริหารสนใจแก้ไขปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการกำหนดนโยบาย ส่วนการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล ดำเนินการใน 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ด้านการสร้างความสนใจแก่ผู้บริหาร 2) ด้านการสร้างองค์ความรู้ 3) ด้านการสร้างความร่วมมือ 4) ด้านการวางแผนดำเนินการ 5) ด้านกระบวนการจัดทำระบบบำบัด 6) ด้านการควบคุมกำกับการบริหารจัดการ 7) ด้านการสร้างคุณค่าสร้างแรงจูงใจ

คำสำคัญ : ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล, รูปแบบการพัฒนา, ผลกระทบต่อสุขภาพ, การจัดการสิ่งปฏิกูล, สิ่งปฏิกูล, พยาธิใบไม้ตับ, รถสูบสิ่งปฏิกูล, นโยบายและศักยภาพ

Abstract

This research was survey research aimed to study the problem. Situation of sewage management, policies, potential and development of sewage management models of local administrative organizations. Population and sample including municipalities or Subdistrict Administrative Organizations in Health Area 7, totaling 423 locations and specifically setting up sewage treatment systems, totaling 15 locations. Data were collected using questionnaires. and qualitative data collection form Data were analyzed using counts, percentages, means, chi-square, and Pearson's simple correlation coefficient statistics.

The results of the study found that the municipality or Subdistrict Administrative Organization (SAO) There are local ordinances regarding solid waste management, 67.1 percent dispose of waste on public roads, 75.9 percent. In terms of policy, it was found that 67.8 percent of executives were interested in developing solutions to environmental health problems. In terms of potential, it was found that 91.2 percent of officials at all levels gave Cooperation and participation in the organization's work And it was found that administrators' interest in solving environmental health problems was related to policy making. As for developing a sanitary waste management model, it is done in 7 steps: 1) Creating interest among executives.

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย
[2] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย
[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย

2) Creating knowledge. 3) Creating cooperation. 4) Planning operations. 5) Process of creating a treatment system. 6) Controlling and supervising management. 7) in creating value and creating motivation.

Keywords : Sewage treatment system, Development model, Health Impact, Sewage, Liver fluke, Sanitary waste management, Sewage Pumping Truck, Policy and Potential

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับจำนวนประมาณ 10,000 – 20,000 รายต่อปี ความถี่ของการติดเชื้อของโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์กับพื้นที่บริเวณรอบ ๆ แหล่งน้ำจืด และเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมการบริโภค[1] องค์การอนามัยโลกกำหนดให้พยาธิใบไมตับเป็นสารชีวภาพก่อมะเร็ง โดยพยาธิจะอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของคน และแพร่สู่สิ่งแวดล้อมโดยการปนเปื้อนในสิ่งปฏิกูลของผู้ป่วย และเจริญเติบโตเป็นระยะติดต่อในปลาน้ำจืดเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียน ที่ผ่านมาแม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีดำเนินการควบคุมป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องโดยใช้กลยุทธ์ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการบริโภคของประชาชนจากวิถีเกษตรกรรมแบบดั้งเดิมเป็นภาคอุตสาหกรรมแบบใหม่ โดยคาดหวังเพื่อลดความชุกของพยาธิใบไม้ตับ[2]แต่ในหลายพื้นที่ยังพบอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าร้อยละ50 [3]

จากข้อมูลการตรวจอุจจาระประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างปี 2559-2565 พบอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับสูงสุดในปี 2560 ร้อยละ 10.35 แต่จากข้อมูลการตรวจปัสสาวะประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ในปี 2565 พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 37.34 ซึ่งสูงกว่าการตรวจอุจจาระถึง 10 เท่า สำหรับอัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างปี 2559-2565 พบว่า สูงที่สุดในปี 2564 พบอัตราตาย 55.27 ต่อประชากรแสนคน[4]

การศึกษารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลของผู้ประกอบการรถสูบสิ่งปฏิกูล และ การปนเปื้อนของไข่พยาธิ ตัวพยาธิจากตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รถสูบสิ่งปฏิกูลนำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือเอกชน ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าการปนเปื้อนไข่พยาธิใบไม้ตับร้อยละ 4.6 [5] และจากการศึกษาการจัดการสิ่งปฏิกูลของ สุกานดา และคณะ (2558)[6] พบว่าปัญหาสำคัญของการจัดการสิ่งปฏิกูลในประเทศไทยคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ร้อยละ 58.1 ยังไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ในกลุ่มที่มีระบบบัดสิ่งปฏิกูลแล้วร้อยละ 41.9 มีการใช้งานจริงเพียงร้อยละ 20.5 ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลกพบความชุกของพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 9.2 โดยในระดับหมู่บ้านมีความชุกสูงถึงร้อยละ 90 [7] และการศึกษา พฤติกรรมการจัดการสิ่งปฏิกูล และผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลในครัวเรือนของ ประชาชนในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำ ลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ถ้าส้วมเต็มหรือราดไม่ลง ร้อยละ 97.2 จะแก้ปัญหาโดยเรียกใช้บริการรถดูดส้วม[8]

พ.ร.บ.การสาธารณสุขพ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม มอบอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสิ่งปฏิกูล แต่ที่ผ่านมาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งยังขาดความพร้อมในการดำเนินการสูบสิ่งปฏิกูลบริการประชาชนในพื้นที่ จึงมอบให้ผู้ประกอบการรถสูบสิ่งปฏิกูลดำเนินการแทน ประกอบกับไม่มีสถานที่กำจัดสิ่งปฏิกูล จึงพบว่ามีการทิ้งสิ่งปฏิกูลในที่ทางสาธารณะหรือพื้นที่เกษตรกรรม จากข้อมูลพบว่าในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลเพียง 27 แห่งจากเทศบาลหรืออบต. 718 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 3.75 ซึ่งใช้การได้ มีเพียง 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.1 การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถทำได้โดยการตัดวงจรชีวิตของพยาธิสู่สิ่งแวดล้อม โดยการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล แต่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล

มีหลายประการได้แก่ การกำหนดนโยบายของผู้บริหาร ศักยภาพและการยอมรับของประชาชน จึงทำให้การสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลทำได้ค่อนข้างยาก ดังนั้นเพื่อพัฒนารูปแบบขั้นตอนการขับเคลื่อนการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นจึงได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลจากรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ขึ้น

วัตถุประสงค์

1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาข้อมูลสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลจากรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. เพื่อศึกษานโยบายศักยภาพในการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล และสภาพปัญหาการจัดการสิ่งปฏิกูล จากรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. เพื่อศึกษาการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลจากรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล

4. เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนารูปแบบของขั้นตอนการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูล จากรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบประสานวิธี (Mix Method) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา สถานการณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำหนดนโยบายและศักยภาพในการจัดการสิ่งปฏิกูลจากรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ระยะที่ 2 รูปแบบการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูล จากรถสูบสิ่งปฏิกูล ที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ศึกษาสภาพปัญหา สถานการณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำหนดนโยบายและศักยภาพในการจัดการสิ่งปฏิกูลจากรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ประชากรได้แก่เทศบาลและอบต.ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 718 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน จำนวน 423 แห่ง คำนวณ โดยใช้สูตรขนาดตัวอย่างแบบง่ายสำหรับค่าสัดส่วนจากสมการของ ทาโร ยามาเน [9]

โดยสูตรที่ใช้คือ $n = \frac{Z^2\alpha_{/2}NP(1-p)}{Z^2\alpha_{/2}P(1-p)+(N-1)}$

เมื่อ n = กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

N = จำนวนประชากร (จำนวน718 แห่ง)

$Z\alpha_{/2}$ = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติเมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่นของการประมาณค่าเป็น 95% ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

d =ค่าความแม่นยาหรือความคาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วนประชากรกำหนดให้ = 0.05

P = ค่าสัดส่วนประชากรที่มีปัญหาที่เกิดกับระบบกักเก็บสิ่งปฏิกูลกำหนดให้เท่ากับ 0.35 [10]

$$n = \frac{(1.96)^2(718\times0.35)(1-0.35)}{(1.96)^2(0.35)(1-0.35)+(718-1)(0.05)^2}$$

n = 236 แห่ง

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 236 แห่ง จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่าง 236 ตัวอย่าง เนื่องจากพื้นที่ในการศึกษา ครอบคลุม 4 จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ดังนั้น เพื่อป้องกันความผิดพลาด หรือคัดออกเนื่องจากการตอบข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงกำหนดตัวอย่างในการศึกษาเพิ่มเป็น 423 ตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยหาสัดส่วน (Proportional)ของเทศบาล/อบต.ของแต่ละจังหวัดก่อน จากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling)ตามสัดส่วนที่ได้

2. รูปแบบการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 คัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เทศบาลหรืออบต.ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ที่มีการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล จำนวน 15 แห่ง

3. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน การจัดการสิ่งปฏิกูล จากรถสูบสิ่งปฏิกูล ที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 คัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เทศบาลหรืออบต.ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ที่แผนจะดำเนินการในปี2567-2568 จำนวน 3 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

1. แบบสอบถาม“สภาพปัญหา สถานการณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำหนดนโยบายและศักยภาพในการจัดการสิ่งปฏิกูล จากรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7” ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ ปัญหา การเก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 นโยบายการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 ศักยภาพการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 ปัญหาการจัดการสิ่งปฏิกูลจากรถสูบสิ่งปฏิกูล ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ

2.รูปแบบการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ดังนี้

2.1 เชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม“การจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ที่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล” ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านการกำหนดนโยบายของผู้บริหารให้มีการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ที่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 สภาพระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ที่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ดูแลระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลและองค์การบริหารส่วน

ตำบล(อบต.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ที่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ

2.2 เชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบเก็บข้อมูล“การจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ที่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล” ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ

3. การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลจากรถสูบสิ่งปฏิกูล ที่ถูกหลักสุขาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบคำถามการสนทนากลุ่ม(Focus Group)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความครอบคลุมประเด็น ความเหมาะสมด้านภาษาที่ใช้และความชัดเจนของข้อความ แบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เขตสุขภาพอื่น จำนวน 45 แห่ง จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขตามสภาพปัญหาที่พบให้ใช้ได้เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS Version 28.0 For Windows นำเสนอโดยสถิติเชิงพรรณาที่ใช้สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อใช้หาความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่ ไคสแควร์(Chi-Square) และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Correlation) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (Significant level) ที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัยและได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยแบบเร่งด่วนเรียบร้อยแล้ว และเป็นการดำเนินการภายใต้งบประมาณปกติ เพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่รับผิดชอบโดยการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลตัดวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับสู่สิ่งแวดล้อม

ผลการวิจัย

1 การศึกษาสภาพปัญหา สถานการณ์ นโยบายและศักยภาพในการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

1.1 ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60.1 เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) รองลงมาเป็นเทศบาลตำบล เทศบาลเมือง และเทศบาลนคร คิดเป็นร้อยละ 38.5, 1.2 และ 0.2 ตามลำดับ ร้อยละ 50.2 มีประชากรระหว่าง5,001-15,000 ร้อยละ67.1 มีข้อบัญญัติท้องถิ่นเรื่องการจัดการปฏิกูลมูลฝอย รองลงมาร้อยละ 265.7 ข้อบัญญัติท้องถิ่นเรื่องการจัดการปฏิกูล และร้อยละ 65.0 มีข้อบัญญัติท้องถิ่น ใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมการเก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูล รองลงมา ร้อยละ 11.1 มีข้อบัญญัติท้องถิ่นใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมการเก็บ ขนสิ่งปฏิกูล

1.2 สถานการณ์ ปัญหา การเก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 55.8 ดูแลรับผิดชอบโดยงานสาธารณสุขสำนักปลัด รองลงมา ดูแลรับผิดชอบโดยสำนัก/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และไม่มีโครงสร้างกลุ่มงานรองรับแต่ได้กำหนดผู้รับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 23.2 และ9.2 ตามลำดับ ร้อยละ 74.5 ให้บริการรถสูบสิ่งปฏิกูลโดยเอกชนที่ได้รับอนุญาต รองลงมา ร้อยละ 10.6 มีบริการโดยเทศบาล/อบต.

และเอกชน ร้อยละ 62.4 มีรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ให้บริการในพื้นที่ 1-2 คัน จำนวนผู้ปฏิบัติงานสูบ/ขนสิ่งปฏิกูล ในพื้นที่ ร้อยละ 58.1 มี 1-2 คน รองลงมา ร้อยละ 28.1 มี3-4 คน โดยร้อยละ 50.4 ของผู้ปฏิบัติงานสูบ/ขนสิ่งปฏิกูล ในพื้นที่ ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวการจัดการสิ่งปฏิกูล สำหรับปริมาณสิ่งปฏิกูลที่สูบ/ขนเฉลี่ย/เดือนพบว่าร้อยละ 42.8 เฉลี่ย 10.01–20 m^3/เดือน รองลงมา 5.01 – 10 m^3/เดือน, 20.01 –40 m^3/เดือน และ1 - 5 m^3/เดือน คิดเป็นร้อยละ 31.7, 10.6 และ9.2 ตามลำดับ ส่วนการทิ้งสิ่งปฏิกูลของรถสูบสิ่งปฏิกูลในพื้นที่พบว่า ร้อยละ 75.9 นำสิ่งปฏิกูลไปทิ้งข้างถนน หรือที่ทางสาธารณะ หรือทิ้งที่เกษตร/สวน/ไร่/นา เพื่อเป็นปุ๋ย

1.3 นโยบายและศักยภาพในการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

1) ปัจจัยด้านการกำหนดนโยบายของผู้บริหาร ในการจัดการสิ่งปฏิกูลของ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 67.8 ผู้บริหารของเทศบาลหรืออบต. มีสนใจการพัฒนา แก้ไขปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ รองลงมา ร้อยละ 58.4 ผู้บริหารของเทศบาลหรืออบต.มีความรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งปฏิกูล โดยมีค่าเฉลี่ยรวมร้อยละที่ตอบว่าใช่ ร้อยละ 42.2 ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย(SD) 0.69

2) ปัจจัยด้านศักยภาพในการจัดการสิ่งปฏิกูลของ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 64.3 จากเจ้าหน้าที่ในเทศบาล/อบต ทุกระดับให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานขององค์กรอย่างกระตือรือร้น รองลงมา เทศบาลหรืออบต. มีโครงสร้างหน่วยงาน หรือมีผู้รับผิดชอบรับนโยบายจากผู้บริหาร พร้อมที่จะรับไปดำเนินการ และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือนักวิชาการสุขาภิบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขมีความสนใจหรือเคยได้รับการอบรมเรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 57.2 และ56.3 ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ย($\bar{x}$) รวมร้อยละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตอบว่าใช่ 39.1 ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย(SD) 0.58

1.4 ปัญหาการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ร้อยละ 73.7 เกิดจากประชาชนในพื้นที่เทศบาลหรืออบต. ยังไม่ยอมรับการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล รองลงมาเทศบาลหรืออบต. ไม่มีงบประมาณที่จะทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล และเทศบาลหรืออบต. ยังไม่สนใจทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล คิดเป็นร้อยละ 69.5 63.4ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยรวม($\bar{x}$) ของร้อยละที่ตอบว่าใช่ ร้อยละ 52.6 ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย(S.D.) 0.37

1.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการกำหนดนโยบาย และศักยภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการสิ่งปฏิกูลจากรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการกำหนดนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการสิ่งปฏิกูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ผู้บริหารของเทศบาลหรืออบต. สนใจการพัฒนาแก้ไขปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่, ผู้บริหารของเทศบาลหรืออบต.มีความสนใจแก้ไขปัญหาการทิ้งสิ่งปฏิกูลของรถสูบสิ่งปฏิกูล, ผู้บริหารของเทศบาลหรืออบต.มีความรู้ความเข้าใจผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งปฏิกูล และปัจจัยด้านสภาพปัญหาการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2)ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ เทศบาลหรืออบต.มีโครงสร้างหน่วยงานหรือมีผู้รับผิดชอบดำเนินการ, ปริมาณสิ่งปฏิกูลที่สูบ/ขนเฉลี่ยต่อเดือน, เทศบาล/อบต.มีงบประมาณดำเนินการ, เทศบาล/อบต.มีแบบแปลนของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่พร้อมก่อสร้าง

และประชาชนในพื้นที่ให้ความร่วมมือในการจัดการสิ่งปฏิกูล

2 ศึกษารูปแบบการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแล้ว ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษาพบว่า

2.1 ด้านการกำหนดนโยบายของผู้บริหารให้มีการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล พบว่า ผู้บริหารของเทศบาลหรืออบต. มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งปฏิกูลและสนใจ มากที่สุด ร้อยละ 93.3 รองลงมาได้แก่ ผู้บริหารของเทศบาลหรืออบต. เคยเข้ารับการอบรมเรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูล, เทศบาลหรืออบต. มีโครงสร้างหน่วยงานหรือมีผู้รับผิดชอบรับนโยบายจากผู้บริหารไปดำเนินการ และผู้บริหารของเทศบาลหรืออบต. เคยศึกษาดูงานการจัดการสิ่งปฏิกูล คิดเป็นร้อยละ 86.7, 86.7 และ80.0 ตามลำดับ

2.2 สภาพระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลของเทศบาลหรืออบต. ที่มีการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า เป็นระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรองที่มีบ่อทิ้งสิ่งปฏิกูล และตรวจไม่พบไข่พยาธิในตะกอนแห้ง(ขยี้แล้วเป็นผง) มากที่สุด ร้อยละ100.0 รองลงมาได้แก่ ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลสามารถใช้งานได้ดี, เป็นระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลเป็นชนิดบ่อทรายกรอง ที่มีบ่อทิ้งสิ่งปฏิกูล กับอาคารเก็บกากตะกอน และ เป็นระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลเป็นชนิดบ่อทรายกรอง ที่มีบ่อทิ้งสิ่งปฏิกูล กับอาคารเก็บกากตะกอน และลานตากตะกอน คิดเป็นร้อยละ 80.0, 46.7 และ60.0 ตามลำดับ

2.3 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการดูแลระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลของเทศบาลหรืออบต. ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ปัจจัยด้านเทศบาลหรืออบต.จัดให้มีหน่วยงาน ได้แก่ สำนักปลัด หรือกองสาธารณสุข หรือกองช่าง หรือกองคลังหรือหน่วยงานอื่นใดรับผิดชอบดูแลการเก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูลของรถสูบสิ่งปฏิกูล, เทศบาลหรืออบต.จัดให้นักวิชาการหรือเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบดูแลงานการจัดการสิ่งปฏิกูล และเทศบาลหรืออบต.มีการการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นการเก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูลและมีการควบคุมกำกับ มากที่สุด ร้อยละ 100.00 รองลงมา ร้อยละ 66.7 เทศบาลหรืออบต.จัดให้เจ้าหน้าที่(คนงาน) ปฏิบัติงานดูแลที่ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล โดยอยู่ประจำในการดูแลรถสูบสิ่งปฏิกูลนำมาทิ้ง การดูแลบ่อทิ้งสิ่งปฏิกูล การบริหารจัดการดูแลเก็บตะกอนตากตะกอน

3.ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลจากรถสูบสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลในพื้นที่เขตสุขภาพ ที่ 7 จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานการจัดการสิ่งปฏิกูล จากเทศบาล/อบต.ที่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ใน 7 องค์ประกอบ พบว่า

1) ด้านการสร้างความสนใจแก่ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่าข้อมูลที่ต้องนำเสนอได้แก่สถานการณ์ปัญหาผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูล ได้แก่ ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัญหาการร้องเรียน นำเสนอข้อมูลผลการวิจัย โดยมีรูปภาพและวิดีโอประกอบ การศึกษาดูงานการจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลหรืออบต.อื่น ที่มีการดำเนินงานและประสบความสำเร็จ ข้อมูลผลประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ และรายได้จากการจำหน่ายกากตะกอนสิ่งปฏิกูล

2) ด้านการสร้างองค์ความรู้ พบว่า องค์ความรู้ต้องมาจากข้อมูลผลกระทบที่เกิดขึ้นที่ได้จากสถานการณ์ในพื้นที่ ข้อมูลวิจัย การสร้างองค์ความรู้โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัย ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยจัดทำหลักสูตรสำหรับเทศบาล/อบต. สำหรับแกนนำชุมชนและประชาชนในพื้นที่ เยี่ยมติดตามกระตุ้นและสนับสนุนวิชาการ เป็นพี่เลี้ยงในการประสานงาน การจัดทำโครงการ มีตัวอย่างการจัดทำโครงการ งบประมาณในการก่อสร้าง การ

เสนอขออนุมัติดำเนินการของเทศบาลที่ประสบความสำเร็จ พัฒนาและให้ข้อเสนอแนะด้านการออกแบบระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสมกับพื้นที่มีแบบแปลน พร้อมประมาณการงบประมาณ

3) ด้านการสร้างความร่วมมือ โดยการให้ข้อมูล ให้ข้อเท็จจริง นำไปศึกษาดูงาน สร้างการมีส่วนร่วมกับประชาชนในพื้นที่ ในการดูแลสิ่งแวดล้อมและพิทักษ์ผลประโยชน์ที่จะได้รับ

4) ด้านการวางแผนดำเนินการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล รูปแบบระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ต้องการสร้าง งบประมาณที่เทศบาล/อบต.สามารถจัดหาได้ และข้อมูลประกอบการพิจารณาออกแบบรองรับการจัดการสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสมกับพื้นที่ ที่จะไม่เกิดผลกระทบต่อชุมชน

5) ด้านกระบวนการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ในการก่อสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลต้องควบคุมกำกับให้ได้ตามแบบแปลนที่กำหนด เพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่สร้างปัญหาด้านการใช้งานหรือการจัดการ

6) ด้านการควบคุมกำกับ การออกข้อกำหนดท้องถิ่นรองรับ การบริหารจัดการดูแลระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล และผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการจัดทำแผนประจำปีในการบำรุงรักษาระบบ

7) ด้านการสร้างคุณค่า สร้างแรงจูงใจ เชิดชูเกียรติ แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลและสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมอบโล่รางวัลเชิดชูเกียรติ การเป็นผู้บริหารต้นแบบ พัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้หรือสถานที่ศึกษาดูงาน

สรุปและอภิปรายผล

ตามพ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535 และแก้ไขเพิ่มเติม ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ในการจัดการสิ่งปฏิกูลเป็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการหรือกำกับติดตามการเก็บขน กำจัดสิ่งปฏิกูลไว้ในหมวด 3 [11] แต่จากการศึกษาพบว่าเทศบาลหรืออบต. มีข้อบัญญัติท้องถิ่นเรื่องการจัดการปฏิกูลมูลฝอยเพียงร้อยละ 67.1 และมีการนำสิ่งปฏิกูลไปทิ้งข้างถนนหรือที่ทางสาธารณะหรือทิ้งที่เกษตร ถึงร้อยละ 75.9 จากการศึกษาการปนเปื้อนของไข่พยาธิ ตัวพยาธิ พบไข่พยาธิใบไม้ตับร้อยละ 4.6 [5] และข้อมูลการตรวจปัสสาวะประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ในปี 2565 พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 37.34 ซึ่งสูงกว่าการตรวจอุจจาระถึง 10 เท่า[4] อาจกล่าวได้ว่า การแพร่พยาธิใบไม้ตับในสิ่งแวดล้อมมีสาเหตุสำคัญมาจากการทิ้งสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการแพร่เชื้อไปสู่ปลาน้ำจืดที่เป็นตัวกลางระยะติดต่อ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาสามารถดำเนินการโดยการตัดวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับโดยการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, มปป)[12] จากการศึกษาปัจจัยด้านการกำหนดนโยบายของผู้บริหาร ในการจัดการสิ่งปฏิกูล พบว่า ผู้บริหารที่สนใจปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและมีความรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูล จะมีความสัมพันธ์กับการกำหนดเป็นนโยบายการจัดทำระบบบำบัด สิ่งปฏิกูล โดยองค์กรต้องมีศักยภาพรองรับในด้านการมีโครงสร้างหน่วยงานรองรับและมีผู้รับผิดชอบงานที่มีความรู้ความเข้าใจและพร้อมจะให้ความร่วมมือดำเนินการ ดังนั้นรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จึงพัฒนาภายใต้โครงสร้างใน 6 ขั้นตอนได้แก่ 1)สร้างความสนใจแก่ผู้บริหาร 2) สร้างความรู้ 3)สร้างการมีส่วนร่วม 4)ร่วมวางแผนดำเนินการ 5)การบริหารจัดการดูแลระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลและผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น 6) การสร้างคุณค่าสร้างแรงจูงใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่10 อุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอน 1) การเตรียมข้อมูลสถานการณ์2) สร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูลและโรคที่เกี่ยวข้องให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้อง 3) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนใน

การจัดการสิ่งปฏิกูล 4)การกำกับติดตามในพื้นที่[13] และการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพในการทำงานสูงในเขตกรุงเทพปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พบว่า รูปแบบการบริหาร และโครงสร้างองค์กร มีผลต่อการพัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพในการทำงานสูง [14]

ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 พบว่าผู้ที่มีบทบาทสำคัญได้แก่ผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายของเทศบาล/อบต. เป็นผู้ขับเคลื่อนให้เกิดการจัดการ และการมีโครงสร้างของหน่วยงานและมีผู้รับผิดชอบงานรองรับ ดังนั้นในการสนับสนุนให้เกิดการกำหนดนโยบายการพัฒนาการจัดการสิ่งปฏิกูล จึงมีพื้นฐานมาจากการสร้างความสนใจ ให้ความรู้ สร้างความร่วมมือ ร่วมวางแผนดำเนินการการควบคุมกำกับและเชิดชูเกียรติ แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) งานจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลสำหรับองค์กรปกรองส่วนท้องถิ่น เริ่มจากสร้างสนใจแก่ผู้บริหาร สร้างความความรู้ สร้างความร่วมมือ ร่วมคิด ร่วมทำ และสนับสนุนติดตามควบคุมกำกับรวมทั้งการให้รางวัลเชิดชูเกียรติ ดังนั้นหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนากระบวนการสร้างความรู้ กระตุ้นให้เกิดความสนใจ และสนับสนุนแนวทางการแก้ไขปัญหาของเทศบาลหรืออบต.

2) การดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูลตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุขพ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องเพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้และการควบคุมกำกับการทิ้งสิ่งปฏิกูลในที่ทางสาธารณะหรือพื้นที่เกษตรกรรม

3) หน่วยงานด้านวิชาการควรพัฒนาแบบแปลนของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล ให้มีหลายแบบทางเลือก ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ หรือผู้ประกอบการสามารถนำไปใช้ได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ มีขึ้นได้จากการได้รับสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจากสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ ขอขอบคุณผู้บริหารและทีมงานจากศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Waraporn Phimpaphai, Sirikachorn Tangkawattana, Suwicha Kaseamsuwan, Banchob Sripa. Social Influence in Liver Fluke Trasmission: Application of Social Network Analysis of Food Sharing in THAI Isaan Culture. Advances in Parasitology 2018: 101 ;97- 124.
2. Jongsuksuntigul P, Imsomboon T. Epidemiology of opisthorchiasis and national control program in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1998; 29:327-32.
3. Piboon Sithithaworn, Rose H Andrews Nguyen Van De, Thitima Wongsaroj, Muth Sinuon, Peter Odermatt, et al., The current status of opisthochiasis and clonochiasis in the Mekong Basin. Parasitology International Vol61, 2012; 10-16
4. เขตสุขภาพที่ 7, ข้อมูลการตรวจอุจจาระประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7. 2566 ; อ้างถึงใน รายงานการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7
5. วาทินี จันทร์เจริญ และปิยมาภรณ์ ดวงมนตรี. รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลของผู้ประกอบการรถ สูบสิ่ง ปฏิกูลและการปนเปื้อนของไข่พยาธิ ตัวพยาธิ จากตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รถสูบสิ่งปฏิกูลนำไป ทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือเอกชนในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ ศูนย์อนามัยที่ 7 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562

6. สุกานดา พัดพาดี ,ปิยมาภรณ์ ดวงมนตรี ,วาสนา ลุนสำโรง ,สุพัฒน์ เพ็งพันธ์ ,ชนะจิตร ปานอู. การศึกษาสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดกาฬสินธุ์. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558

7. สำนักงานสารนิเทศ. แหล่งข่าวเพื่อมวลชน:สธ. เผย WHO ระบุพยาธิใบไม้ตับเป็นเชื้อก่อมะเร็งท่อ น้ำดีพบมากที่สุดในโลกที่ภาคอีสาน. กระทรวงสาธารณสุข ; 18 มกราคม 2559

8. วาทินี จันทร์เจริญ และปิยมาภรณ์ ดวงมนตรี. การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่ง ปฏิกูลในครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จ.กาฬสินธุ์. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

9. Taro Yamane. Statistics: an introductory analysis. New York: New York: Harper & Row; 1973.

10. อมรรัตน์ นธะสนธิ์, นพวรรณ เปียซื่อ และไพลิน พิณทอง.ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติ เกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการใน กึ่งชนบทจังหวัด อุบลราชธานี. Rama Nurs J• ;2017 Vol. 23(3): 344-357 เข้าถึงใน file:///C:/Users/admin/Downloads/rnjbenjawan,+Journal+manager,+%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88+7.pdf

11.สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. การจัดการสิ่งปฏิกูลสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น “การรองรับ การเก็บ การขนและการกำจัดสิ่งปฏิกูล” กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.2562 เข้าถึงใน https://env.anamai.moph.go.th/web-upload/11xc410600758f76a9b83604e779b2d1de5/202211/m_page/37639/2169/file_download/c3e17819ae0c88400a646ab6d1e9eae7.pdf

12.สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม คู่มือการจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ; เข้าถึงจาก https://hpc2service.anamai.moph.go.th/emedia/files/p//132_20150907124444.pdf

13ไฉไล ช่างดำ บุญเกิด เชื้อธรรม สุกัญญา เชื้อธรรม รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่10 อุบลราชธานี วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2564; 4 (1) :12-27

14.ธนัชชา ชวลิขิต. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพในการทำงานสูงในเขตกรุงเทพ สาขาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ผู้รับผิดชอบบทความ. เข้าถึงจาก https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin10/6314154251.pdf

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนในพื้นที่ตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

FACTORS INFLUENCINGTHE BEHAVIOR EATING RAW FRESHWATER FISH OF PEOPLE IN NAKUM Sub-district, BANDUNG DISTRICT, UDONTHANI PROVINCE.

(Received: March 13,2024 ; Revised: March 17,2024 ; Accepted: March 18,2024)

เมืองแมน มนัสศิลา[1]
MUEANGMAN MANASSILA[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 18 – 60 ปี ตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 138 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนมีนาคมถึงมิถุนายน 2566 สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ขั้นต้น โดยใช้ Chi square, Fisher's Exact, Simple logistic regression และ Crude Odd วิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression และ Adjusted Odd ratio

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 76.09 มีอายุเฉลี่ย 40.29 ปี (SD = 11.39 ปี) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 86.23 การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 63.77 มีรายได้เฉลี่ย 11,720.00 บาท (SD=9,047.70 บาท) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 89.13 และมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 17.39 พฤติกรรมการกินปลาดิบและการตรวจพยาธิ พบว่า พฤติกรรมกินปลาดิบในรอบ 1 ปีร้อยละ 18.12 (95%Cl :4.0–8.9) มีการตรวจหาไข่พยาธิในรอบปีที่ผ่านมาร้อยละ 57.97 (95%Cl :16.6–24.7) การใช้ยาถ่ายพยาธิใบไม้ในตับในรอบปีที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 50.00 (95%Cl :14.0–21.6%) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกินปลาดิบมีโอกาสเสี่ยงในระดับมากค่าเฉลี่ย 2.84 ครั้ง (S.D.=0.96ครั้ง) (95%CL2.74-2.80) การรับรู้ความรุนแรงของการกินปลาดิบอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย2.75 ครั้ง(SD.=0.13 ครั้ง)(95%Cl:2.63–2.81) การรับรู้ประโยชน์ของการไม่กินปลาดิบอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 0.76 ครั้ง(SD.=0.53ครั้ง)(95%Cl:2.62–2.69) แรงสนับสนุนทางสังคมในการกินปลาดิบในภาพรวมระดับมากค่าเฉลี่ย 2.82 ครั้ง(SD.=0.37ครั้ง)(95%Cl:2.79–2.85) บรรทัดฐานกลุ่มของการกินปลาดิบระดับมากค่าเฉลี่ย 2.88 ครั้ง(SD.=0.35ครั้ง)(95%Cl:2.73–2.88) ความตั้งใจในการกินปลาดิบระดับมากค่าเฉลี่ย 2.88 ครั้ง(SD.=0.53ครั้ง)(95%Cl:2.81–2.87) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินปลาดิบ ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก(Adj.OR=1.31,95%Cl:0.43-3.98.14;p-value=0.548) อาชีพรับจ้าง (Adj.OR=11.30,95%Cl:2.96-43.14;p-value=0.002) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Adj.OR=11.12,95%Cl:4.29-23.88;p-value=0.002)

คำสำคัญ:การทำนายปัจจัยเสี่ยง,พฤติกรรมการกินปลาดิบ,ประชากรกลุ่มเสี่ยง,ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

The purpose of this survey research by cross-sectional study was to study the factors influencing of eating raw freshwater fish behavior of people in NAKUM Sub-district BANDUNG District Udonthani Province.The participants were 168 people who were people at risk,group 18 - 60 years old, The sampling group was randomized using multi- random sampling. The data collecting was questionnaire during March to June 2023.Statistics using in

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม หมู่ 9ตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

this study were frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi square test, Fisher's Exact and Odd ratio. Factors predicting analysis using Multiple logistic regression statistics and Adjusted Odd ratio. Significant level 0.05.

The result of the study found that Most were female,76.09% with an average age of age 40.29 years (S.D=11.39) married couple status 86.23%, highest education at secondary level 63.77%,average income 11,720.00 bath(S.D=9,047.70 bath),89.13% engaged in agriculture.There wasa habbit of drinking alcoholic beverages 17.39%, a habbit of eating raw fish in the past 1 year 18.12%(95%Cl:4.0-8.9).Raw fish and parasite testing revealed that 18.12(95%Cl :4.0–8.9) of raw fish eating behaviors in the past year were examined for parasite eggs in the past year,57.97%(95%Cl:16.6-24.7).Use of live fluke medicine in the past year was 50.00%(95%Cl:14.0-21.6%). The perceived risk of eating raw fish was at a high level, on average 2.84 time (S.D.=0.96) (95% CL2.74-2.80). The perceived severity of eating raw fish was at a high level, on average 2.75 time (S.D.=0.13) (95%CL2.63-2.81).perceive benefits of not eating raw fish was at a high level, on average 0.76 time (S.D.=0.53) (95%CL2.62-2.69).Social support in Eating raw fish overall was at a high level, on average 2.82 time (S.D.=0.37) (95%CL2.79-2.85).Group norm of eating raw fish was at a high level, on average 2.88 time (S.D.=0.35) (95%CL2.73-2.88).Intention to eat raw fish was at a high level, on average 2.88 time (S.D.=0.53) (95%CL2.81-2.87).Factor related to raw fish eating behavior include single/windowed/divorced/separated status (Adj. OR=1.31,95%Cl:0.43-3.98.14;p-value=0.548) Employment career (Adj. OR=11.30,95%Cl:2.96-43.14;p-value=0.002) Drinking alcoholic beverages (Adj. OR=11.12,95% Cl:4.29-23.88; p-value=0.002)

Keywords : Risk Factors Influencing., Eating raw freshwaterfishbehavior,Risk group

บทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในภาคอีสานของประเทศไทยข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีทั้งประเทศ พบอัตราตาย 25.12 24.33 24.85 24.66 และ 24.00 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อแบ่งจำนวนผู้เสียชีวิตแยกพบว่าในเพสชายมีอัตราตายสูงกว่าเพศหญิงแยกรายภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุด มีอัตราตาย 33.86 28.58 32.70 31.87 และ 32.51 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคเหนือ มีอัตราตาย10.36 10.50 30.91 37.14 และ 29.08ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ[1]ทำให้เป็นปัญหาสุขภาพตามมา

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย โดยธรรมชาติของโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่อันตรายถึงตายได้อย่างรวดเร็วเนื่องจากยังไม่มีระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเกือบทุกคนที่มาพบแพทย์ก็ต่อเมื่อมีอาการตัวเหลืองตาเหลือง หรือมะเร็งอยู่ในระยะท้ายและมีการแพร่ลุกลามไปมากแล้ว[2] สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีคือ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่เกิดจากการบริโภคปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆร้อยละ 65.90[3] ทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะเจริญเติบโตอยู่ในท่อทางเดินน้ำดี นอกจากนี้พบว่าการรับประทานอาหารหมักดองของชาวอีสาน เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม รวมทั้งปลาส้ม ซึ่งมีสารเอ็นไนโตรโซคอมพาวด์ N-Nitrosocompound) และไนโตรซามีน (Nitrosamines) จะเร่งให้เกิดมะเร็งได้เร็วขึ้น[4] ทำให้เป็นปัญหาสุขภาพตามมา

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่คุกคามต่อความรู้สึกและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่ายกาย สภาพจิตใจผู้ป่วย และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งสาเหตุมาจากการทำบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป[5] ตลอดจนส่งผลต่อประเทศชาติ โดยเฉพาะในสภาวะปัจจุบันที่ประเทศกำลังพัฒนาและฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในช่วงฟื้นตัว ประเทศขาดประชากรที่มีคุณภาพและศักยภาพในการทำงาน[6]สะท้อนให้เห็นว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม อันจะส่งผลต่อความมั่นคงของประเทศจึงจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน

รัฐบาลไทยจึงให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ “อีสานไม่กินดิบ” โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ได้มีการรณรงค์ผ่านสื่อทุกช่องทางทำให้ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงและเป็นการลดปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ในระดับหนึ่ง จนกระทั่งต่อมาในปี พ.ศ. 2555 มียุทธศาสตร์ “ลดพยาธิใบไม้ตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดีวาระคนอีสาน” เพื่อกำหนดเป็นวาระของคนอีสาน โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนส่งเสริมป้องกันโรค มีนโยบายให้ทุกภาคส่วนร่วมกันทำอย่างต่อเนื่องโดยให้มีการรณรงค์การให้สุขศึกษาครอบคลุมทั่วประเทศและร่วมใจกันสร้างวัฒนธรรมในการกินสุก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมค่านิยมการกินปลาดิบ เร่งตรวจค้นหาผู้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อคัดกรองค้นหาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะแรก หากตรวจพบเร็วผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาและอาจไม่ทำให้เสียชีวิต[7]เมื่อพิจารณานโยบายที่ผ่านมาตลอด 30 ปี พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ภาคอีสานยังมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข โดยให้ประชาชนได้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพมากกว่าประเพณีการบริโภคที่มีมายาวนานและเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี

สถานการณ์การตายด้วยโรคมะเร็งตับในพ.ศ. 2560-2564 พบว่าจังหวัดอุดรธานีมีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับในระดับสูง (31.24-49.72) คือ 38.15 35.86 31.66 24.49 และ 33.79 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปี 2564 อำเภอที่มีอัตราตายสูงสุดในจังหวัดอุดรธานี ได้แก่ อำเภอน้ำโสม อำเภอทุ่งฝน อำเภอเพ็ญ อำเภอหนองหาน และ อำเภอบ้านดุง โดยพบอัตราตาย 49.32 46.56 44.81 42.91และ 42.52 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[1] จากการสำรวจญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งตับใน 3 อำเภอ ได้แก่อำเภอพิบูลย์รักษ์, อำเภอบ้านดุง,อำเภอหนองหาน จำนวน 801 คน พบว่า มีความรู้ในระดับสูงร้อยละ 85.60 และมีทัศนคติระดับสูง 69.50 แต่จากการสำรวจพฤติกรรมการกินญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ พบว่ายังนิยมกินปลาดิบ ร้อยละ 91.50 กุ้งดิบร้อยละ 77.90 ส้มปลาดิบร้อยละ 64.10 อันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งตับชนิด cholangiocarcinoma หรือโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีการกิน ไส้กรอกร้อยละ 90.20 แหนมสดร้อยละ 81.80 ที่อาจมีสารโซเดียมไนไตร์ทหรือโซเดียมไนเตรท มีการกินถั่วลิสงร้อยละ 64.20 ที่อาจมีสารอัลฟ่าท๊อกซิลอันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งตับชนิด Hepatocellular Carcinoma หรือมะเร็งตับ นอกจากนี้ยังมีการดื่มสุราขาวเป็นประจำ ได้แก่ การดื่มบ่อยๆ ถึงบ่อยมาก เหล้าขาว ร้อยละ 16.72 และเบียร์ ร้อยละ 15.01 ที่อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคตับชนิด Hepatocellular Carcinoma หรือ เซลล์มะเร็งตับ ตัวแปรที่มีความสำคัญทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี มี 4 ตัวโดยเรียงลำดับความสำคัญ คือ แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยง แรงสนับสนุนจากครอบครัวร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่ออิทธิต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก[8] เพราะถ้าหากบุคคลมีความเชื่อตามการรับรู้ของตนเองว่าเป็นผู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดีโรคและมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งตับซึ่งสามารถทำให้เกิดผลเสียต่อตนเอง มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการกินที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตลอดจนรับรู้ว่าตนเองมีอุปสรรคจึงหาทางลดอุปสรรคดังกล่าวว่าจะสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความรุนแรงของโรค จะเห็นว่าปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินปลาดิบ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยต่างๆ อย่างละเอียด เพื่อทำนายการเกิดโรคของมะเร็งท่อน้ำดีผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาในพื้นที่มีอัตราการตายของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงซึ่งอยู่ในอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี เพื่อใช้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนในพื้นที่ตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านการบริโภคปลาดิบของประชาชนตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (A Cross-sectional analytic study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี อย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 6,479คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในพื้นที่ตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี อายุ 18 – 60 ปี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 ค่า Odd ratio เท่ากับ 3.9 และค่า Probability เท่ากับ 0.424[10] ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ คือ 138 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง (Proportional Sampling) ตามจำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้านจากจำนวน 13 หมู่บ้านของตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จากนั้นจับฉลากรายชื่อประชากรในแต่ละหมู่บ้านแบบไม่ใส่คืนจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในแต่ละหมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) มีอายุ 18-60 ปี และเข้าเกณฑ์มีปัจจัยเสี่ยง 2 ใน 4 ข้อดังนี้ 1. เป็นชาวอีสาน 2. มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ 3. มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี 4. มีประวัติกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับซ้ำซาก 2) อาศัยในเขตพื้นที่ตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีอย่างน้อย 6 เดือน 3) อ่านออกเขียนได้ 4) สามารถพูดคุยสนทนาโต้ตอบได้ 5) ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) ไม่เข้าเกณฑ์กลุ่มเสี่ยง 2 ใน 4 ข้อ 2). อาศัยในเขตพื้นที่ตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีน้อยกว่า 6 เดือน3) อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ 4) ไม่สามารถพูดคุยสนทนาโต้ตอบได้ 5) ไม่ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะประชากรและสังคม จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกินปลาดิบ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการกินปลาดิบ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการไม่กินปลาดิบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการไม่กินปลาดิบจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความตั้งใจในการกินปลาดิบ จำนวน 7 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่ร่างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ซึ่งใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67 – 1.00 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำไปทดลองใช้(Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ในตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี และนำผลไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งได้แก่การแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นรายคู่ด้วยสถิติโดยใช้การวิเคราะห์ Bivariate Analysis ด้วยสถิติ Chi Square หรือ Fisher's Exact Test, Crude Odd Ratio และ 95% CI Crude Odd Ratio และถ้าพบความสัมพันธ์จะนำเข้าสู่การวิเคราะห์หลายตัวแปรต่อไป โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression, Adjusted Odd Ratio และ 95% CI Adjusted Odd Ratio

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการUDREC 10666 ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.09 มีอายุเฉลี่ย 40.29 ปี (SD = 11.39 ปี) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.56 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.23 การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.77 มีรายได้เฉลี่ย 11,720.0 บาท (SD=9,047.70บาท) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 89.13 และมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 17.39

2. พฤติกรรมการกินปลาดิบและการตรวจพยาธิ พบว่า พฤติกรรมกินปลาดิบในรอบ 1 ปีร้อยละ 18.12 (95 % Cl :4.0 – 8.9) จำนวนครั้งที่ท่านกินปลาดิบในรอบปีที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่พบว่า กิน 1 ครั้ง ร้อยละ 48 มีค่าเฉลี่ย 6.28 ครั้ง (SD=7.56 ครั้ง) มีการตรวจหาไข่พยาธิในรอบปีที่ผ่านมาร้อยละ 57.97 (95%Cl :16.6–24.7) พบจำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจหาไข่พยาธิในรอบปีที่ผ่านมาตรวจ 1 ครั้งร้อยละ 72.50 มีค่าเฉลี่ย 1.25 ครั้ง (SD=0.45 ครั้ง) พบการใช้ยาถ่ายพยาธิใบไม้ในตับในรอบปีที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 50.00 (95%Cl :14.0–21.6%)และพบจำนวนครั้งที่ใช้ยาถ่ายพยาธิใบไม้ในตับในรอบปีที่ผ่านมาจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 60.90 มีค่าเฉลี่ย 1.41 ครั้ง (SD = 0.52 ครั้ง)

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกินปลาดิบ พบว่าภาพรวมมีโอกาสเสี่ยงในระดับมากค่าเฉลี่ย 2.84 ครั้ง (S.D.=0.96ครั้ง) (95%CL2.74-2.80) โดยพบว่าการกินปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดโดยการก้อยใส่มะนาวและพริกจำนวนมากพอสามารถฆ่าใบไม้ตับได้ในระดับมากค่าเฉลี่ย 2.93 ครั้ง(S.D.=0.35ครั้ง) (95%CL2.89-2.96)และการกินสุกช่วยป้องกันการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้ในระดับมากค่าเฉลี่ย 2.93 ครั้ง(S.D.=0.35ครั้ง) (95%CL2.89-2.96)

4. การรับรู้ความรุนแรงของการกินปลาดิบ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการกินปลาดิบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย2.75 ครั้ง(SD.=0.13 ครั้ง)(95%Cl:2.63–2.81) แยกเป็นการมีพยาธิใบไม้ตับในตัวเราเป็นเรื่องธรรมชาติไม่เป็นผลเสียต่อสุขภาพเพราะพยาธิไม่มีอันตรายต่อคนค่าเฉลี่ย2.86 ครั้ง (SD.=0.46 ครั้ง)(95%Cl:2.81–2.90) รองลงมาคนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งตับมีโอกาสหายน้อยมากค่าเฉลี่ย 2.81 ครั้ง(SD.=0.63ครั้ง)(95%Cl:2.75–2.87)

5. การรับรู้ประโยชน์ของการไม่กินปลาดิบ พบว่าภาพรวมของการรับรู้ประโยชน์ของการไม่กินปลาดิบอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 0.76 ครั้ง(SD.=0.53 ครั้ง)(95%Cl:2.62–2.69) โดยพบว่าถ้ามีคนกินปลาน้ำจืดดิบๆ จำนวนมากอนาคตอาจมีผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย2.84ครั้ง (SD.=0.68ครั้ง) (95%Cl:2.80–2.89) รองลงมาเป็นการกินปลาน้ำจืดสุกนอกจากช่วยป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแล้วยังช่วยป้องกันโรคอื่น ๆ ได้ด้วยขึ้นอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย2.79ครั้ง(SD.=0.86ครั้ง) (95%Cl:2.73–2.85

6. แรงสนับสนุนทางสังคมในการกินปลาดิบ พบว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมในการกินปลาดิบในภาพรวมระดับมากค่าเฉลี่ย 2.82 ครั้ง (SD.=0.37ครั้ง) (95%Cl:2.79–2.85) แยกเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกระตุ้นเตือนอันตรายที่เกิดจากการกินปลาดิบในระดับ

มากค่าเฉลี่ย 2.93 ครั้ง(SD.=0.36ครั้ง) (95%CI:2.90–2.97) รองลงมาเป็นหัวหน้าครอบครัวนำความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเล่าสู่สมาชิกในครอบครัวในระดับมากค่าเฉลี่ย 2.90 ครั้ง (SD.=0.35ครั้ง) (95%CI:2.87–2.94)

7. บรรทัดฐานกลุ่มของการกินปลาดิบ พบว่าบรรทัดฐานกลุ่มของการกินปลาดิบในภาพรวมระดับมากค่าเฉลี่ย 2.88 ครั้ง(SD.=0.35ครั้ง)(95%CI:2.73–2.88) แยกเป็นรายข้อพบว่าท่านกินปลาดิบเนื่องจากแฟนชอบกินอาหารดิบในระดับมากค่าเฉลี่ย 2.88 ครั้ง (SD.=0.69ครั้ง)(95%CI:2.79–2.89) มากที่สุดรองลงมาเป็นเพื่อนร่วมงานส่วนใหญ่กินปลาดิบ มีอิทธิพลทำให้ท่านกินปลาดิบด้วยในระดับมากค่าเฉลี่ย 2.84 ครั้ง (SD.=0.69ครั้ง)(95%CI:2.79–2.89)

8. ความตั้งใจในการกินปลาดิบ พบว่าความตั้งใจในการกินปลาดิบในภาพรวมระดับมากค่าเฉลี่ย 2.88 ครั้ง (SD.=0.53ครั้ง) (95%CI:2.81–2.87) แยกเป็นรายข้อพบว่ามีความอยากกินปลาดิบเพราะเชื่อว่าปลาดิบเป็นยาชนิดหนึ่งระดับมากค่าเฉลี่ย 2.95 ครั้ง (SD.=0.48 ครั้ง) (95%CI:2.89–2.95) รองลงมากินปลาดิบเนื่องจากท่านเห็นว่าปลาดิบให้คุณประโยชน์สูงมากกว่าปลาสุกระดับมากค่าเฉลี่ย 2.91 ครั้ง (SD.=0.56 ครั้ง) (95%CI:2.88–2.94)

9.ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการกินปลาดิบ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี โดยใช้การวิเคราะห์ Bivariate Analysis ด้วยสถิติ Chi Square หรือ Fisher's Exact Test, Crude Odd Ratio และ 95% CI Crude Odd Ratio

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก(Adj. OR=1.31,95%CI:0.43-3.98.14;p-value=0.548) อาชีพรับจ้าง (Adj. OR=11.30,95%CI:2.96-43.14;p-value=0.002) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์(Adj. OR=11.12,95%CI:4.29-23.88;p-value=0.002) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

ปัจจัย	พฤติกรรมการกินปลาดิบ				Crude OR	95 % CI Crude OR	p value
	กิน (n=25 คน)		ไม่กิน (n=113 คน)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1.เพศ							
ชาย	7	28.00	26	23.01	1.59	0.64 -3.96	0.312
หญิง	18	72.00	87	76.99	1		
2.อายุ							
น้อยกว่า 41 ปี	10	5.8	161	94.2	.83	0.36–1.90	0.663
ตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไป	15	6.9	201	93.1	1		
3. สถานภาพสมรส							
โสด/หม้าย/หย่า	4	8.0	46	92.0	1.31	0.43 – 3.98	0.548[F]
คู่	21	6.2	316	93.8	1		
4. ระดับการศึกษาสูงสุด							
ประถมศึกษา	8	6.1	123	93.9	0.91	0.38 – 2.17	0.840
มัธยมศึกษาขึ้นไป	17	6.6	239	93.4	1		
5.รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน(บาท)							
น้อยกว่า 10,001	19	7.1	247	92.9	1.47	0.57 – 3.79	0.418
น้อยกว่า 10,001	19	7.1	247	92.9	1.47	0.57 – 3.79	0.418

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

ปัจจัย	พฤติกรรมการกินปลาดิบ				Crude OR	95 % CI Crude OR	p value
	กิน (n=25 คน)		ไม่กิน (n=113 คน)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ตั้งแต่ 10,001	6	5.0	115	95.0	1		
6. อาชีพ							
รับจ้าง	16	64.00	98	86.73	11.30	2.96 – 43.14	0.002[F]
อื่น ๆ	9	36.00	15	13.27	1		
7. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์							
ดื่ม	13	54.17	11	45.83	10.12	4.29 – 23.88	<0.001[F]
ไม่ดื่ม	12	10.53	102	89.47	1		

10 ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีโดยใช้การวิเคราะห์ Multivariate Analysis ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนตำบลนาคำอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีโดยใช้การวิเคราะห์ Multivariate Analysis ด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression, Adjusted Odd Ratio และ 95 % CI Adjusted Odd Ratio ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยเสี่ยงหลายตัวพร้อมกันเพื่อเป็นการควบคุมตัวแปร ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ (1) อาชีพรับจ้าง (p-value<0.001) โดยเมื่อควบคุมด้วยตัวแปรอื่นแล้วพบว่าผู้ที่มีอาชีพรับจ้างจะมีพฤติกรรมการกินปลาดิบเป็น 62.99 เท่าของผู้ที่มีอาชีพอื่นๆ (95%CI:8.65–458.48) (2) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (p-value<0.001) โดยเมื่อควบคุมด้วยตัวแปรอื่นแล้วพบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมการกินปลาดิบเป็น 8.79 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (95%CI:2.82-27.43) (3) การตรวจหาไข่พยาธิในรอบ 1 ปีที่ผ่าน (p-value=0.034) โดยเมื่อควบคุมด้วยตัวแปรอื่นแล้วพบว่าผู้ที่ตรวจหาไข่พยาธิในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาจะมีพฤติกรรมการกินปลาดิบเป็น 3.34 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ตรวจหาไข่พยาธิฯ (95%CI:1.09-10.17) (4) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกินปลาดิบ (p-value=0.012) โดยเมื่อควบคุมด้วยตัวแปรอื่นพบว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกินปลาดิบน้อยจะมีพฤติกรรมการกินปลาดิบเป็น4.58เท่าของผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกินปลาดิบมาก (95 % CI : 1.40-14.99) (5) การรับรู้ความรุนแรงของการกินปลาดิบ (p value <0.001) โดยเมื่อควบคุมด้วยตัวแปรอื่นพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการกินปลาดิบน้อยจะมีพฤติกรรมการกินปลาดิบเป็น 12.09 เท่าของผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการกินปลาดิบมาก (95 % CI : 3.24-45.12) (6) ความตั้งใจในการกินปลาดิบ (p value=0.004)โดยเมื่อควบคุมด้วยตัวแปรอื่นพบว่าผู้ที่มีความตั้งใจในการกินปลาดิบน้อยจะมีพฤติกรรมการกินปลาดิบเป็น .05 เท่าของผู้ที่มีความตั้งใจในการกินปลาดิบมาก(95 % CI :0.02-0.48)รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนตำบลนาคำ อำเภอบ้านดุงจังหวัดอุดรธานี

ปัจจัย	พฤติกรรมการกินปลาดิบ				Crude OR (95 % CI)	Adjusted OR (95 % CI)	p-value
	กิน (n=25 คน)		ไม่กิน (n=113คน)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. อาชีพ							<0.001
รับจ้าง	16	64.00	98	86.73	11.30	62.99	
อื่นๆ	9	36.00	15	13.27	(2.96–3.14)	(8.65–5.84)	
2. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์							<0.001
ดื่ม	13	54.17	11	45.83	10.12	8.79	
ไม่ดื่ม	12	10.53	102	89.47	(4.29–3.88)	(2.82-27.43)	
3.การตรวจหาไข่พยาธิในรอบ 1 ปีที่ผ่าน							0.034
ตรวจ	14	48.27	15	51.73	5.71	3.34	
ไม่ตรวจ	11	10.09	98	89.9	(2.48-13.14)	(1.09-10.17)	
4.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกินปลาดิบ							0.012
น้อย	15	22.06	53	77.94	3.26	4.58	
มาก	10	14.29	60	85.71	(1.42–7.48)	(1.40-14.99)	
5.การรับรู้ความรุนแรงของการกินปลาดิบ							<0.001
น้อย	20	29.85	47	70.15	5.40	12.09	
มาก	5	7.04	66	92.96	(1.98–4.71)	(3.24-45.12)	
6. ความตั้งใจในการกินปลาดิบ							0.004
น้อย	5	17.91	37	82.09	0.517	0.05	
มาก	20	20.83	76	79.17	(0.19 – 1.41)	(0.02-0.48)	

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคปลาดิบร้อยละ 18.12 โดยผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอร์ ผู้ที่ตรวจหาไข่พยาธิใน 1 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มการบริโภคปลาดิบเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของวันชัยเหลาเสถียรกิจและคณะ[10]ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีการบริโภคปลาดิบร้อยละ 69.40 อาชีพเกษตรกรรมเทียบกับข้าราชการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและทำนาช่วงฤดูฝนอีกทั้งตำบลเหล่ากวางยังตั้งอยู่ติดแหล่งน้ำทำให้ประชาชนส่วนใหญ่นำปลาน้ำจืดจากแหล่งน้ำใกล้หมู่บ้านมาประกอบอาหารในครอบครัวและเลี้ยงลูกจ้างในการทำนา การศึกษาของวาสนาผิวเหลือง[11] พบกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบร้อยละ 87.50 และการศึกษาของ Songserm et al.[12] พบการบริโภคปลาดิบของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดเชียงรายร้อยละ 84.76 และ 68.25 ตามลำดับ ขจรศักดิ์ พันธ์ชัยและคณะ[3] พบว่าการบริโภคปลาดิบ ร้อยละ 65.87

นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการกินปลาดิบน้อยจะมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะบริโภคปลาดิบเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับขจรศักดิ์พันธ์ชัยและคณะ[3] ผู้ที่มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับปานกลางและควรปรับปรุงบริโภคอาหารที่ทำจากปลาดิบมากเป็น 12.11 เท่าของผู้ที่มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับดี (OR= 12.11, 95% CI: 4.57-32.12) โยธิน วามะลุน[13] พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและ

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอาชีพเกษตรกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (p-value = 0.00) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (p-value = 0.01) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับสูง ก็จะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับอยู่ในระดับที่ดีด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

เพื่อลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ควรมีการสร้างกระแสหรือการสื่อสารประเด็นหลักเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชนลด ละ เลิก การบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดดิบๆ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรเร่งปรับทัศนคติที่ถูกต้อง โดยจัดกิจกรรมบูรณาการกับประเพณีของชุมชน และเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาดิบของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ รวมทั้งการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนรุ่นใหม่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริงและเอื้อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานควบคุม ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่กรุณาตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี และท่านอื่นๆ ที่ได้กรุณาให้ความสะดวก ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติสุขภาพคนไทย. https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tp=13_2. Accessed 5 May 2023. 2023.
2.Khuntikeo, N. and Yongvanit, P. Conceptual framework of health policy and strategies to administer and manage cholangiocarcinoma systematically and effectively. Srinagarind Medical Jurnal. 2012;27(suppl): 422-26. (in Thai)
3. ขจรศักดิ์ พันธ์ชัย, เกษมณีพิทักษ์,นิยม จันทร์นวล.. นิพนธ์ต้นฉบับปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคปลาดิบของประชาชนตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2565;11(1) 6-15.
4. Sripa,B.,Yongvanit, P. and Pairojkul, C. Etiology and Pathogenesis of cholangiocarcinoma : Introduction to the Association with Liver Fluke Infection. Srinagarind Medical Jurnal. 2548;20(3):22- 134. (in Thai).
5. Pamulila, S. and Bumpenchit, S. Care system for patients with cholangiocarcinoma. Journal of Nursing Science and Health. 2017;40(3) : 83-95. (in Thai).
6. Onsanit, W. Development of a system for reporting liver fluke and cholangiocarcinoma through Geographic Information System in the Northeast of Thailand. [Internet].2016 [cited 2017 May 5]. Available from:https://projectcs.kku.ac.th.
7. KhonKaen University, National Health Security Office and Ministry of Public Health.Strategies to reduce liver fluke and eliminate cholangiocarcinoma of Isan people. KhonKaen: Faculty of Medicine, KhonKaen University. (in Thai). 2012.

8. Rosenstock, I. M. The Health Belief Model : Explaining Health Behavior Through Expectancies. San Francecico.CA : Health Behavior and Health Education Jossey-Bass. 1990.
9. ธวัชชัย วรพงศธร และ สุรีย์พันธุ์วรพงศธร. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Retrieve on January 20, 2019, From http://advisor.anamai.moph.go.th/download/Journal_health//2561HEALTH41_/2HEALTH_Vol41No2_.02pdf .2561.
10. วันชัย เหล่าเสถียรกิจ ศศิธร เจริญประเสริฐ กันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ พุทธิไกร ประมวล และศักรินทร์ บุญประสงค์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ-สุกๆ ดิบๆของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28 (6), 974-985.
11. วาสนา ผิวเหลือง. (2556). พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบของประชาชน ตำบลจอมศรี อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. [Internet]. 2556 [cited 2023April10]. Available from: http://203.157.168.8/research/index.php?opti o n = c o m _ c o n t e n t & v i e w = a r t i -cle&id=104:2013-01-15-05-55-44
12. Songserm, N., Promthet, S., Sithithaworn, P., Pientong, C., Ekalaksananan, T., Chopjitt, P., Parkin, D.M. Risk factors for cholangiocarcinoma in high-risk area of Thailand: role of lifestyle, diet and methylenetetrahydrofolate reductase olymorphisms.Cancer Epidemiol.2012;36, e89–e94.
13. Songserm, N.,Charoenbut, P., Bureelerd,O., Pintakham, K., Woradet, S.,Vanhnivongkham, P., Cua, LN., Uyen, NTT., Cuu, NC., Sripa, B.Behavior-related risk factors for opisthorchiasis-associated cholangiocarcinoma among rural people living along themekong river in five greater mekong subregion countries. Acta Trop.2019; 201(2020), 105221.
14. วันชัย เหล่าเสถียรกิจ.ศศิธร เจริญประเสริฐ,กันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ,พุทธิ ไกรประมวลและศักรินทร์บุญประสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ-สุกๆดิบๆของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษปี 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข.2562;28 (6), 974-985.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

The Factors Predicting Behaviors of Diabetes Complication among Diabetes Mellitus Patients in At Samat Sub-District, At Samat District, Roi-et Province.

(Received: February 24,2024 ; Revised: March 10,2024 ; Accepted: March 13,2024)

เลิศวิทย์ เหลือผล[1]
Lertwit Leaupon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 2) พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 3) ความสัมพันธ์หระว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน และ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอาจสามารถและอาศัยอยู่ในตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 173 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบทีละขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.46 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 57.80 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.63 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 63.00 มีรายได้อยู่ในช่วง 0-5000 บาทร้อยละ 55.50 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.42 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.97 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และภาพรวมทั้งหมดมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 99.42 87.85 97.11 72.25 และ 98.84 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.46 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ตามลำดับ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไดร้อยละ 34.60 (R^2=.346) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

คำสำคัญ: ปัจจัย ผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study 1) the knowledge and health belief model to diabetes complication 2) the prevention behaviors of diabetes complication 3) the association between health belief model and the prevention behaviors of diabetes complication 4) factors predicting behaviors of diabetes complication. A stratified random sampling was conducted to obtain 173 diabetic patients registered in the chronic disease clinic in At Samat hospital and living in At Samat sub-district, At Samat district, Roi-et province. Data was collected by the questionnaires. Data were analyzed using descriptive

statistics and inferential statistics, Pearson product-moment correlation coefficient and stepwise multiple regression.

[1] โรงพยาบาลอาจสามารถ

The results found that 77.46% of participants was female, 57.80% had the age between 61-70 years. 67.63% of participants had received primary school education, 63.00% were farmers, 55.50% had an average monthly income between 0-5000 bath, 36.42% had diabetes mellitus duration of more than 11 years. 84.97% of participants had the knowledge on diabetes at high level. The participants had perceive susceptibility, perceive severity, perceive benefit, and perceived barrier at high level with 99.42% 87.85% 97.11% 72.25, and 98.84%, respectively. 77.46% of participants had the prevention behaviors of diabetes complication at moderate level. The knowledge on diabetes and health belief model related to prevention behaviors of diabetes complication with statistical significance at the p-value <0.05.The factors predicting behaviors of diabetes complication were perceive benefit, perceived barrier, and perceive severity respectively, which predict behaviors of diabetes complication with 34.60% with statistical significance at p-value < 0.05.

Keywords; factor, diabetes mellitus patients, complication

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 41 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2563 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 21[1] ในการสำรวจครั้งที่ 6 เมื่อปี พ.ศ. 2563 ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบเป็นร้อยละ 9.5 การสำรวจนี้มีการตรวจวินิจฉัยด้วย A1C ซึ่งพบความชุกของโรคเบาหวานจากระดับ A1C≥6.5% ถึงร้อยละ 11.0 สถานการณ์โรคเบาหวานปีงบประมาณ 2565 พบว่าประเทศไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.68 เขตสุขภาพที่ 7 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.70 จังหวัดร้อยเอ็ดพบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.48 อำเภออาจสามารถ และตำบลอาจสามารถ พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.21 และ 7.71 ตามลำดับ[2] ส่วนอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ปีงบประมาณ 2565 ของประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดร้อยเอ็ด อำเภออาจสามารถ และตำบลอาจสามารถ พบร้อยละ 2.41 2.30 2.46 3.55 และ 3.79[3] จากข้อมูลจะพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานในทุกระดับพื้นที่มีค่าเกินเกณฑ์ (ไม่เกินร้อยละ 2) และอัตราการควบคุมน้ำตาลได้ดีปีงบประมาณ 2565 ของประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดร้อยเอ็ด อำเภออาจสามารถ และตำบลอาจสามารถ พบร้อยละ30.22 25.15 26.67 24.07 และ18.62[4] จากข้อมูลจะพบว่าผลการดำเนินงานในทุกระดับพื้นที่ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ (ร้อยละ 40 ขึ้นไป) โดยเฉพาะตำบลอาจสามารถพบว่าผลการดำเนินงานยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ทั้งอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานและอัตราการควบคุมน้ำตาลได้ดี

ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรวมอยู่ในระดับที่ไม่ดี[5-8] พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดีจะส่งผลถึงผลลัพธ์ต่อสุขภาพจากโรคประจำตัว โดยเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือด การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เสียชีวิตหรือพิการได้ ภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ตาบอด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ การตัดเท้าหรือขา เป็นต้น[9] ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบด้านอื่นๆ เช่น จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เสียชีวิตหรือพิการส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด วิตกกังวล ทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ค่าพาหนะที่ต้องไปรับการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ[10] จากปัญหาของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่วนใหญ่เกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่

เหมาะสม[11-12] ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Perceived Susceptibility) มีความเข้าใจต่อสาเหตุของการเจ็บป่วย มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน (Perceived Severity) ที่เกิดกับตนเองว่ามีผลกระทบต่ออวัยวะที่สำคัญเช่น ไตวาย แผลที่เท้า เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เกิดความเจ็บป่วย พิการหรือตายได้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี เมื่อผู้ป่วยมีการยอมรับในการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจะทำให้มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived Benefits) รวมทั้งหากผู้ป่วยเบาหวานใช้การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceived Barriers) จะทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งนี้โรคเบาหวานเป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควรจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งการลดปัจจัยเสี่ยง การรักษาพยาบาลและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นมาตรการที่จะช่วยลดการเกิดโรคแทรกซ้อนและผลกระทบต่างๆ ได้[13] ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงได้การนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในครั้งนี้เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์หระว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

4. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอาจสามารถและอาศัยอยู่ในตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 560 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) อายุ 20-70 ปี 2) ผู้ป่วยมีการรับรู้สมบูรณ์และสื่อสารภาษาไทยได้ 3)ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 6 เดือน 4) ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

เกณฑ์คัดออก 1) ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลและไม่ยินยอมให้บันทึกข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากประวัติการตรวจรักษา 2) เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ในช่วงที่ทำการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน

(Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 5 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 138 ราย

เพื่อป้องกันการตอบข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์หรือการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดตัวอย่างจากที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณเพิ่มเติมเอาไว้[14] ดังนี้

N_{new} =n/1-L

L = อัตราการมีข้อมูลขาดหายไป (0.2)

N_{new} = 138/1-0.2

= 173

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 173 ราย

การสุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบบเป็นสัดส่วน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 17 กลุ่มตามสัดส่วนของกลุ่มประชากรในแต่ละหมู่บ้านในตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด หลังจากได้จำนวนตามหมู่บ้านแล้วทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากในแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ เลือกตอบได้ 2 คำตอบคือ ใช่และไม่ใช่ คะแนนเต็ม 15 คะแนน

เกณฑ์ในการประเมินระดับความรู้แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้[15]

1. ระดับสูง คือ คะแนนความรู้ ร้อยละ 80-100

2. ระดับปานกลาง คือ คะแนนความรู้ ร้อยละ 60-79

3. ระดับต่ำ คือ คะแนนความรู้ ต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย แบ่งข้อคำถามออกเป็น 4 ตอน คือ

ส่วนที่ 3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3.2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ลักษณะคำตอบเป็นลักษณะคำตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Likert[16] แปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best[17] ดังนี้ คะแนนสูงสุด -คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้นที่ต้องการ = 5-1/3 = 1.33

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 -2.33 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 -5.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จำนวน 25 ข้อ เป็นการสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวคือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หรือปฏิบัติเป็นประจำ การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 4 คะแนน

ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

แปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best[17]

ช่วงการวัด = ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น
= (4-1)/3
= 1

จากเกณฑ์ดังกล่าว แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) พบว่าทุกข้อคำถามได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาอยู่ในช่วง 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปหาความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ รพ.สต. โพนเมือง ตำบลโพนเมือง อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน และนำไปตรวจสอบความเข้าใจในด้านการใช้ภาษาและความสะดวกในการตอบแบบสอบถาม แล้วนำไปวิเคราะห์หาเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าความเชื่อมั่นด้วย ค่า KR-20 ของแบบทดสอบความรู้ส่วนที่ 2 ได้ค่า 0.79 และสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอร์นบาร์ช (Cronbach'Alpha Coefficient) ในส่วนที่ 3.1-3.4 และ 4 ได้ค่า 0.94 0.92 0.90 0.88 และ 0.89 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการและระยะการเก็บข้อมูล

1. ขั้นตอนการเตรียมการ เป็นการเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน

1.1 อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย การอธิบายคำชี้แจง การขอความยินยอมและการใช้แบบสอบถาม คำอธิบายตัวเลือกแต่ละข้อคำถามแก่ผู้ช่วยวิจัย

1.2 ผู้วิจัยสาธิตการใช้แบบสอบถามทุกข้อ เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยได้สอบถามในประเด็นที่สงสัย

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ชี้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ โดยขอเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามไม่ได้จะให้ผู้ช่วยวิจัยอ่านแบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามข้อมูลที่เป็นจริง

2.2 การแจกและเก็บแบบสอบถามดำเนินการเก็บมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ

2.3 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานด้วยความถี่และร้อยละ

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์

และการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis Stepwise Method)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่โครงการ HE 2566-12-20-114

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.46 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 57.80 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.63 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 63.00 มีรายได้อยู่ในช่วง 0-5000 บาทร้อยละ 55.50 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.42

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.97 ระดับปานกลางร้อยละ 11.56 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.47 ตามลำดับ

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบา หวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และภาพรวมทั้งหมดมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 99.42 87.85 97.11 72.25 และ 98.84 ตามลำดับ

4. พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 14.45 ระดับปานกลาง ร้อยละ 77.46 และระดับต่ำ ร้อยละ 8.09 ตามลำดับ

5. ความสัมพันธ์หระว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบา หวาน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบา หวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ (ตารางที่ 1)

6. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 34.60 (R^2=.346) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะ แทรกซ้อนจากโรค เบาหวาน ($p<0.05$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบา หวาน ($p<0.05$) และการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ($p<0.05$) ตามลำดับ โดยเขียนเป็นสมการทำนายได้ ดังนี้ $Y = -25.83 +0.83X_1 +0.72X_2 +0.61X_3$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์หระว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน (n=173)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	.158	.037
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน	.251	.001
3. การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบา หวาน	.369	.000
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	.427	.000
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	.385	.000

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน (n=173)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	-25.83	9.80		-2.63	0.009
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (X_1)	0.83	0.17	0.31	4.65	0.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (X_2)	0.72	0.13	0.34	5.48	0.000
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (X_3)	0.61	0.19	0.21	3.17	0.002

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานานทำให้ได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และในชุมชุมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลทำให้กลุ่มต่ออย่างมีการได้รับความรู้และคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ส่งผลถึงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณา เปลี่ยนวงศ์[18] ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยภาพอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี

แบบความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ทั้ง 4 ด้านและภาพรวมอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะรับรู้และเข้าใจแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดีซึ่งการรับรู้นี้อาจจะมาจากกิจกรรมการให้สุขศึกษาของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการลงเยี่ยมบ้านและมีการให้สุขศึกษารายบุคคล นอกจากนี้การเข้ามารับยาในคลินิกโรคเรื้อรังก่อนที่จะเข้าตรวจกับแพทย์ เจ้าหน้าที่จะมีการให้สุขศึกษารายกลุ่มเป็นประจำทุกครั้ง ซึ่งกิจกรรมการให้สุขศึกษาอาจจะไม่ได้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้โดยตรง แต่มีหัวข้อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง โรคเบาหวาน ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยแต่ละ

บุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้มักจะมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาในหลายๆ เช่น ตา ไต แผลที่เท้า เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้กลุ่มตัวอย่างจะได้พบเจอผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อยู่ในคลินิกโรคเรื้อรังอยู่เสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจากประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วยด้วยกันเอง นอกจากนี้ปัจจุบันผู้ป่วยยังสามารถเข้าถึงสื่อต่างๆ ด้วยตนเองในหลากหลายรูปแบบทำให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้และเข้าใจได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามณี สมาน ชนัญญา จิระพรกุล ตันติกร ชนะภู และเนาวรัตน์มณีนิล[19] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในญาติสายตรง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.6

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจากปัจจัยส่วนบุคคลจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ต้องมีผู้ดูแลซึ่งบางกิจกรรมไม่สามารถจัดการด้วยตนเองเช่น ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ทุกครั้ง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เมื่อพิจารณาด้านอาชีพและรายได้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและมีรายได้อยู่ในช่วง 0-5,000 บาท การทำอาชีพเกษตรกรรมจะทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเมื่อเทียบกับอาชีพอื่นๆ ส่วนรายได้เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยย่อมจะต้องใช้เวลาในการหารายได้เพิ่มทำให้ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้มาก ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภัค สุวรรณเจริญ และคณะ[20] ศึกษาการศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว พบว่ามีระดับพฤติกรรมทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ สุพรรษา สุวรรณสิรินนท์ และรัฐพล ไกรกลาง[21] ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางอาจจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ในอนาคต ดังนั้นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรังจะต้องดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับดีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p<0.05$ เนื่องจากคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลอาจสามารถมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ด้วยเหตุนี้คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลอาจสามารถจัดกิจกรรมให้สุขศึกษาทั้งกิจกรรมรายกลุ่มและรายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีที่ว่าความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจและเกิดความสามารถในการปฏิบัติตัว เมื่อมีความรู้ที่ถูกต้องมากเพียงพอก็จะเป็นส่วนที่เร้าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมา ความรู้จึงเป็น

เครื่องชี้วัดและนำไปสู่การปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุจิตรา บุญประสิทธิ์ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และชมนาด สุ่มเงิน [22] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่าความรูในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในระดับปานกลาง (r= .65, .36, .30 ตามลำดับ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ p<0.05 เนื่องจากจัดกิจกรรมการให้สุขศึกษาของคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลอาจสามารถที่ให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่เป็นประจำโดยเน้นอวัยวะที่สามารถเกิดได้บ่อยโดยเฉพาะตา ซึ่งกิจกรรมการให้สุขศึกษานี้จะเน้นในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เนื่องจากมีโอกาสสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ดีและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ มัตนา ภูมิโคกรักษ์ ขวัญชนก สุวรรณ และพรทิพย์ แก้วชิณ[23] ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพรั้งอำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ p<0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ตรงจากการได้พูดคุยกับผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาไตเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลที่เท้าที่มารับยาที่คลินิกโรคเรื้อรัง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การได้รับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเช่น การฟอกไต เป็นต้นจะทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรษาสุวรรณสิรินนท์ และรัฐพล ไกรกลาง[21] ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ p<0.05 เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมากขึ้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานคือความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของผู้ป่วยเบาหวานที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเป็นแนวทางหนึ่งของการรักษาโรคเบาหวานว่าสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตราย ลดความรุนแรงของโรคและควบคุมอาการของโรคได้ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ เดือนเพ็ญ เพ็ญรัตน์ วัฒนา รัตนพรหม และประพรศรี นรินทร์รักษ์[24] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยามี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่ขัดขวางพฤติกรรม เป็นการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าของบุคคลในทางลบ เกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นและหาทางแก้ไขก็ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 34.60 สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามณี สมาน ชนัญญา จิระพรกุล ตันติกร ชนะภู และเนาวรัตน์ มณีนิล[19] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในญาติสายตรง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่าผู้ที่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับดี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเหมาะสม เป็น 0.21 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับปานกลางและต่ำ การที่ผู้ป่วยเชื่อว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและครอบครัวทำให้เกิดเป็นแรงผลักดันให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ส่วนการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่มีระดับสูงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในระดับปานกลางหรือสูงเพียงพอต่อการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจว่าถ้ามีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตัวเองอย่างถูกต้องและเคร่งครัดจะทำให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุมอาการของโรคได้เป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าจะยังมีปัจจัยหลายอย่างที่ขัดขวางการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุซึ่งบางกิจกรรมจะไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ให้ในการให้สุขศึกษาจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดี

ข้อเสนอแนะ

1. พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องจัดโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในอนาคต

2. จัดโปรแกรมการให้สุขศึกษาที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย เช่น ช่วงอายุเป็นต้น

3. สนับสนุนให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของประโยชน์ในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่เหมาะสม ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการจัดการความเครียด รวมทั้งการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม มากกว่าการอำนาจการจัดซื้อและการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: หจก.อรุณการพิมพ์. (2557).

2. กระทรวงสาธารณสุข. (2565a). อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565a [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงจาก

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd

3. กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ปีงบประมาณ 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565b [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022&source=pformated/format1.php&id=b06544333648315e83c83445a62dd94 e
4. กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปีงบประมาณ 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565c [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022&source=pformated/format1.php&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac 3.
5. นาตยา พีระวรรณกุล. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น 2565; 3(3): 38-55.
6. ศิริรัตน์ ศิริจันทร์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2564; 6(2): 1-13.
7. ลออศรี จารุวัฒน์. พฤติกรรมการดูแลตนเองและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารควบคุมโรค 2552; 35(4): 225-234.
8. วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 2565; 16(2): 51-63.
9. ชัยวัฒน์ ดาราสิชฌน์. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาบาลน้ำยืน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(3): 17-22.
10. วิลาวัณย์ ถิรภัทรพงศ์ และกุลภา ศรีสวัสดิ์. การศึกษาระบาดวิทยาและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ถูกตัดเท้าหรือขาเนื่องจากเบาหวาน ณ โรงพยาบาลศิริราช. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2551; 18(2): 65-69.
11. ชัชรินทร์ กูเมาะ และรุ่งนภา จันทรา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตราะหัก จังหวัดปัตตานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2558; 2(2): 85-99.
12. รื่นจิต เพชรชิต. พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ สาธารณสุขภาคใต้ 2558; 2(2): 15-28.
13. นิตยา พันธุเวทย์, เมตตา คำพิบูลย์ และนุชรี อาบสุวรรณ. ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2553 (ปีงบประมาณ 2554). กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2554.
14. ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข.วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2556; 16(2): 9-18.
15. Bloom, B.S. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York : McGraw-Hill; 1971.
16. Likert, R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology 1932;140: 1-55.
17. Best, J.W. Research in Education. 4th ed. New Jersey: Prentice- Hall Inc. 1981.
18. ลักษณา เปลี่ยนวงศ์. การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2565; 5(1): 17-32.
19. จุฑามณี สมาน ชนัญญา จิระพรกุล ตันติกร ชนะภู และเนาวรัตน์ มณีนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในญาติสายตรง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. วารสาร วิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2565; 15(4): 79-89.
20. จิรภัค สุวรรณเจริญ ช่อเอื้อง อุทิตะสาร อนุรักษ์ เร่งรัด วัยวุฒน์ อยู่ในศิลและจิตรา ดุษฎีเมธา. การศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2564; 4(2): 139-148.

21. สุพรรษา สุวรรณสิรินนท์ และรัฐพล ไกรกลาง. การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566; 9(3): 135-146.
22. สุจิตรา บุญประสิทธิ์ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และชมนาด สุ่มเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2559; 32(1): 44-56.
23. มัตนา ภูมิโคกรักษ์ ขวัญชนก สุวรรณ และพรทิพย์ แก้วชิณ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพรั้งอำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2566; 6(1): 121-133.
24. เดือนเพ็ญ เพ็ญรัตน์ วัฒนา รัตนพรหม และประพรศรี นรินทร์รักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2556; 7(4): 821-833.

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

Result of promote behavior to control blood sugar levels program in patients with type 2 diabetes at the community diabetes Clinic, Phangkhon Subdistrict Phangkhon District Sakonnakhon Province.

(Received: February 24,2024 ; Revised: March 10,2024 ; Accepted: March 13,2024)

ชัญญาภัค กฤตประวีร์[1]
Chanyaphak Kritprawee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง(The One-Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 55 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบวัดความพึงพอใจ ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ โดยใช้สถิติ paired sample t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง จำนวน 6 ด้าน ดังนี้ 1) อาหาร 2) ออกกำลังกาย 3) อารมณ์ ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมภายหลังการทดลองสูงกว่าหลังทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ 4) สูบบุหรี่ 5) สุราหรือแอลกอฮอล์ และ 6) ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสามารถลดความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและแอลกอฮอล์ และระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, สร้างเสริมพฤติกรรม, ระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

This research was Quasi-experimental Research by One-Group Pretest-Posttest Design. sample size were 55 diabetic patients. The objective was to study the level of behavior to control blood sugar levels in patients with type 2 diabetes and the results of the program to promote behavior to control blood sugar levels in patients with type 2 diabetes at the community diabetes clinic, Phang Khon Subdistrict, District. Phang Khon, Sakon Nakhon Province. The tools used to collect data were a behavioral assessment for controlling blood sugar levels in patients with type 2 diabetes and a satisfaction measure. Statistical analysis utilized paired sample t-tests to compare results before and after guideline implementation, with a predetermined significance level of 0.05.

Results: After the experiment, the sample group exhibited higher averages in six areas as follows: 1) Food, 2) Exercise, and 3) Emotions, with significantly increased mean behavioral scores post-experiment, at a statistical significance level of 0.05. Additionally, 4) Smoking, 5) Alcohol consumption, and 6) Blood sugar levels showed reductions in average behavioral scores compared to pre-experiment levels. These reductions were statistically significant at the 0.05 level, indicating a potential decrease in the risk of smoking, alcohol consumption, and blood sugar levels post-intervention.

Keyword : Diabetic patients, behavior enhancement, blood sugar levels

[1] โรงพยาบาลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 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 ล้านคน จากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน และ ในปี 2565 โรคเบาหวาน มีกลุ่มเป้าหมายประชากร 35 ปีขึ้นไป จำนวน 22,678,756 คน ได้รับการคัดกรอง เพื่อยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทั้งสิ้น 19,378,229 คน (ร้อยละ 85.4) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน 184,067 คน (ร้อยละ 10) และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย จำนวน 130,142 คน คิดเป็นร้อยละ 70.7 (กรมควบคุมโรค กระทรงสาธารณสุข, 2566)[1]

จังหวัดสกลนคร สถานการณ์โรคเบาหวาน อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปี 2561-2565 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 1.47, 1.86, 1.78, 2.21 และ 2.7 ตามลำดับ ไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 1.75) อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงปี 2561-2565 พบว่า อัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ ร้อยละ 2.64, 3.08, 3.76, 3.97และ4.02 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 5) การดูแลรักษาผู้ป่วยDMและHT ปี 2563-2565 พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c เกณฑ์ > ร้อยละ40) ยังควบคุมได้ไม่ดี คือ ร้อยละ 14.03,12.89 และ 18.44 ตามลำดับ พบอัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคเบาหวานในปี 2560-2563 ไม่คงที่คือ อัตรา 30.99 , 29.36, 31.50 ต่อแสนประชากรในปี 2560, 2561 และ 2562 และมีแนวโน้มลดลงในปี 2563 คือ 25.58 ต่อแสนประชากร เมื่อเทียบกับอัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคเบาหวานของเขตสุขภาพที่ 8 และประเทศ พบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานของจังหวัดสกลนคร น้อยกว่า เขตสุขภาพที่ 8 และสูงกว่าประเทศในปี 2562 คือ เขตสุขภาพที่ 8 อัตรา 31.50 ต่อแสนประชากร และ ของประเทศ อัตรา 25.30 ต่อแสนประชากร อัตราป่วย ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 57,090 คน อัตราป่วย 6,159 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 59,616 คน อัตราป่วย 6,482 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 63,242 คน อัตราป่วย 5383.14 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2564 จำนวน 64,625 คน อัตราป่วย 5,634.58 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2565 จำนวน 68,763 คน อัตราป่วย 5,998.77 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2566 จำนวน 7,7748 คน อัตราป่วย 6,789.11 ต่อประชากรแสนคน และอัตราความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดสกลนคร ปี 2563 ร้อยละ 6.78และ พบว่า อำเภอโคกศรีสุพรรณ อำเภอพรรณนานิคม และอำเภอพังโคน มีอัตราความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่าอำเภออื่นๆ คือ ร้อยละ 8.84 , 8.26 และ 8.06 (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2566)[2]

พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพของประชาชนเมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ในทางกลับกันหากบุคคลใดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแม้อยู่ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงสูง ดังนั้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน จึงเป็นกลวิธีที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นการลดความเสี่ยงต่อโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศได้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)[3] ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นการควบคุมปัจจัยและวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการ

ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต้องทำครอบคลุมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อสภาพร่างกายของแต่ละคน เช่น อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย เรื่องของอารมณ์ ความเครียดต่าง ๆ พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพการไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเฝ้าระวังสุขภาพ โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนและความเข้มแข็งของชุมชน ในการดูแลกลุ่มคนปกติ กลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่เจ็บป่วยและกลุ่มที่พิการได้รับการดูแลที่มี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)[4]

ดังนั้น อำเภอพังโคน จึงเป็นพื้นที่เป้าหมายของจังหวัดสกลนคร ได้กำหนด DM HT CKD เป็นประเด็นมุ่งเน้นของการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และมอบหมายแพทย์ในการดำเนินงาน เป็น Project Manager งานโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคไตเรื้อรังโดยการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและความคุมโรคไม่ติดต่อผ่าน คปสจ. พชอ. อบจ. มีการสนับสนุนการดำเนินงานการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ทุกอำเภอและขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (นำร่อง 1 ตำบล คือ ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน) กิจกรรม Primary Prevention ลดผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงรายใหม่ คัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรค NCD แบบออนไลน์ โดยใช้ Application Smart อสม. (นำร่อง 1 ตำบล คือ ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน) ดำเนินการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 3อ.2ส.ติดตามด้วย“นคร 2 ส” (น้ำหนัก ความดันโลหิต รอบเอว ควบคุมและป้องกันผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2566)[5]

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จากสาเหตุและความสำคัญที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำองค์ความรู้ ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการควบคุมป้องกันโรค และให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็น รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-group Pretest-Posttest Design) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน ธันวาคม 2566 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2567 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) 1) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2)

ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 3) อายุระหว่าง 35- 75 ปี 4) สื่อสารรู้เรื่อง 5) อ่านออกเขียนได้

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) 1) ผู้ที่รู้สึกไม่สบายใจหรือโดนบังคับที่เข้าร่วมงานวิจัย 2) ขอยุติการเข้าร่วมในการวิจัยไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตามหากเกิดความไม่สบายใจหรือลำบากใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถยุติการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วม 3) อาสาสมัครเสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดต่อได้ขณะทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย แบ่งออกเป็นดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย โดยการบรรยาย วิดิทัศน์ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามกิจกรรมประกอบด้วย โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย

1) อ.อาหาร เลือกรับประทานอาหารที่ไม่หวาน มันน้อย และเค็มน้อย ชิมก่อนเติมเครื่องปรุง กินผักหลากสีและผลไม้สดที่ไม่หวานจัดเพิ่มขึ้น กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน บริโภคเกลือหรือผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำไม่ควรเกิน 1 ช้อนชาต่อวัน และน้ำตาลไม่เกิน 4-6 ช้อนชาต่อวัน

2) อ.ออกกำลังกาย วันละ 30-60 นาที อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์

3) อ.อารมณ์ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย เช่น ทำงานอดิเรก ปรึกษากับผู้ที่ไว้วางใจได้ เป็นต้น

4) ส. ไม่สูบบุหรี่ ควรงดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงจากสถานที่มีควันบุหรี่

5) ส. ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาทำการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน ซึ่งทุกข้อของแบบสอบถามมีผลการวิเคราะห์ IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ประกอบด้วย 1) แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 2) แบบวัดความพึงพอใจ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด (Minimum and Maximum) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Paired sample t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการยื่นขอจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครพิจารณา และได้รับอนุญาตในการดำเนินการวิจัย เลขที่ SKN REC 2023 - 099

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ เพศของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.20 อายุเฉลี่ยของ พบว่ากลุ่มทดลองมีอายุค่าเฉลี่ย = 52.20 ปี, S.D. = 10.347 ปี, Min = 38 ปี , Max = 70 ปี ตามลำดับ ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 69.10 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 18.20 ตามลำดับ สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.90 และหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 29.10 อาชีพ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.90 รองลงมาคือว่างงาน/อยู่บ้าน ร้อยละ 12.70 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อน พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 81.80 และมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 18.20 ตามลำดับ ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FPG) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลหลังอดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FPG) ของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าน้ำตาลเฉลี่ย (FPG) = 158.36 มก./ดล. (S.D. = 22.890 มก./ดล., Min = 128 มก./ดล., Max = 212 มก./ดล.) และหลังการทดลองมีค่าน้ำตาลเฉลี่ย (FPG) = 109 มก./ดล. (S.D. = 6.750 มก./ดล., Min = 98 มก./ดล., Max = 128 มก./ดล.) ตามลำดับ โดยสรุปเมื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลเฉลี่ย (FPG) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะพบว่าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลในเลือดลดลงน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

สรุปข้อมูลผลการวิจัยเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร สามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้ ในภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย = 3.641 คะแนน (S.D.=1.025 คะแนน) และหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย = 4.31คะแนน (S.D.=0.747 คะแนน) และสามารถสรุปแยกได้ดังต่อไปนี้

อ.อาหาร มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของก่อนทดลอง คือ ท่านไม่ค่อยชอบดื่มน้ำผลไม้หรือผลไม้แช่อิ่ม มีค่าเฉลี่ย= 4.16 (S.D.=0.811) และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดของหลังทดลอง คือ ท่านไม่รับประทานอาหารที่เน้นที่ข้าวเหนียวเป็นหลักทุกมื้อจะสลับกับข้าวจ้าว มีค่าเฉลี่ย= 4.49 (S.D.= 0.573)

อ.ออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของก่อนทดลอง คือ ท่านวางแผนในการออกกำลังกายที่เหมาะกับตัวเอง มีค่าเฉลี่ย= 3.85 (S.D.= 0.780) และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดของหลังทดลอง คือ ท่านออกกำลังกายในปริมาณ 10–30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน หรือวันเว้นวัน หรือออกกำลังกาย 10 นาที มีค่าเฉลี่ย= 4.36 (S.D.= 0.589)

อ.อารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของก่อนทดลอง คือ ท่านสวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ ก่อนนอน มีค่าเฉลี่ย= 3.64 (S.D.= 1.128) และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดของหลังทดลอง คือ ท่านจะคอยนวดเมื่อมีความเครียดเป็นสาเหตุทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปวดต้นคอ ปวดหลัง เป็นต้น มีค่าเฉลี่ย= 4.47 (S.D.= 0.604)

ส.สูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของก่อนทดลอง คือ ท่านรู้สึกเกิดการระคายเคืองต่อจมูก ตา คอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ เกิดความรู้สึกไม่สบาย จะถอยห่างหรืออยู่ไกลจากควันบุหรี่ มีค่าเฉลี่ย= 4.09 (S.D.= 0.928) และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดของหลังทดลอง คือ ท่านไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่หรือยาสูบ มีค่าเฉลี่ย= 4.36 (S.D.= 0.704)

ส.สุราหรือแอลกอฮอล์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของก่อนทดลอง คือ ท่านคิดว่าการดื่มสุราเรื้อรังจะทำให้เนื้อเยื่อบางส่วนของสมองถูกทำลายสูญเสียสติสัมปชัญญะ การแสดงออกทางกายหรือสติปัญญาจะลดลง มีค่าเฉลี่ย= 4.05 (S.D.= 0.891) และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดของหลังทดลอง คือ ท่านคิดว่าสุราเป็นสารเสพติดอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ และยังทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ติดตามมา นอกจากนี้ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ปัญหาครอบครัว มีค่าเฉลี่ย= 4.42 (S.D.= 0.693)

สรุปผลความพึงพอใจในผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร (n = 55 คน) พบว่า สรุปภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.58, S.D.= 0.80) และเมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ ข้อที่ 9 มีความพึงพอใจในหัวข้อ อ.ออกกำลังกาย (ค่าเฉลี่ย = 4.85, S.D.= 0.36) รองลงมาคือ ข้อที่ 8 มีความพึงพอใจในหัวข้อ อ.อาหาร (ค่าเฉลี่ย =4.76, S.D.= 0.47) และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 1 เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนน้อม ยิ้มแย้มแจ่มใส เป็นกันเองและสบายใจ (ค่าเฉลี่ย = 4.20, S.D.= 1.35) ตามลำดับ

4. ผลการศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง

ชื่อตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Mean Difference	95%CI	p-value
อ.อาหาร							
หลังทดลอง	55	4.32	0.470	3.548	0.336	0.146– 0.526	<0.001**
ก่อนทดลอง	55	3.98	0.530				
อ.ออกกำลังกาย							
หลังทดลอง	55	4.24	0.400	5.405	0.753	0.474–1.032	<0.001**
ก่อนทดลอง	55	3.49	0.940				
อ.อารมณ์							
หลังทดลอง	55	4.40	0.320	9.852	1.338	1.066-1.610	<0.001**
ก่อนทดลอง	55	3.07	0.900				
ส.สูบบุหรี่							
หลังทดลอง	55	4.27	0.510	2.600	0.321	0.074-0.569	0.01*
ก่อนทดลอง	55	3.95	0.830				
ส.สุราหรือแอลกอฮอล์							
หลังทดลอง	55	4.29	0.490	5.361	0.528	0.331-0.726	<0.001**
ก่อนทดลอง	55	3.76	0.580				
ระดับน้ำตาลในเลือด							
หลังทดลอง	55	109.87	6.750	-15.545	-48.491	(-54.745) -	<0.001**
ก่อนทดลอง	55	158.36	22.890			(-42.237)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่<0.001

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลอง ผลของ อ.อาหาร หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.470 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 คะแนน (S.D. = 0.530 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.146– 0.526), ผลของ อ.ออกกำลังกาย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.400 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 คะแนน (S.D. = 0.940 คะแนน) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.474–1.032), ผลของ อ.อารมณ์ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.320 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 คะแนน (S.D. = 0.900 คะแนน) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 1.066-1.610), ผลของ ส.สูบบุหรี่ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.510 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 คะแนน (S.D. = 0.830 คะแนน) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.01, 95%CI = 0.074-0.569), ผลของ ส.สุราหรือแอลกอฮอล์ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.490 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 คะแนน (S.D. = 0.580 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.331-0.726) และระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 109.87 มก./ดล. (S.D. เท่ากับ 6.750 มก./ดล.) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 158.36 มก./ดล. (S.D. = 22.890 มก./ดล.) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = (-54.745) - (-42.237)

4.32 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.470 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 คะแนน (S.D. = 0.530 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.146–0.526) สอดคล้อง ปัณฑิตา สิงห์สังเวียน, วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์ และยุวยงค์ จันทรวิจิตร[6] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 46 คน มีอายุระหว่าง 50-70 ปี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน กลุ่มควบคุม 26 คน และจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในด้าน อายุ และเพศ โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาผลของผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

อ.อาหาร หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คาเฉลี่ยอัตราการกรองของไตในกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสามารถส่งเสริมให้เกิดการติดตามการปฏิบัติของตนเองได้โดยใช้กระบวนการสะท้อนคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง และกำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีปฏิบัติในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

อ.ออกกำลังกาย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.400 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 คะแนน (S.D. = 0.940 คะแนน) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.474–1.032) สอดคล้องกับ วัชราพร เนตรคำยวง[7] ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 66.80, S.D. = 25.09) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายและการลดความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) และสอดคล้องกับ สอดคล้อง ปัณฑิตา สิงห์สังเวียน, วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์, และยุวยงค์ จันทรวิจิตร[6] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 46 คน มีอายุระหว่าง 50-70 ปี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน กลุ่มควบคุม 26 คน และจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในด้าน อายุ และเพศ โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คาเฉลี่ยอัตราการกรองของไตในกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสามารถส่งเสริมให้เกิดการติดตามการปฏิบัติของตนเองได้โดยใช้กระบวนการสะท้อนคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง และกำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีปฏิบัติในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

อ.อารณณ์ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.320 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 คะแนน (S.D. = 0.900 คะแนน) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 1.066-1.610) สอดคล้องกับ วัชราพร เนตรคำยวง[6] ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 66.80, S.D. = 25.09) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายและการลดความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) และสอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ[8] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทาง

คลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน บุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน ลดบุหรี่ ลดสุรา (3 ลด) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ส.สูบบุหรี่ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.510 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 คะแนน (S.D. = 0.830 คะแนน) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.01, 95%CI = 0.074-0.569) สอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ[8] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน บุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และสอดคล้องกับ รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์[9] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ p≤.001 มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับ อารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ p≤.001

ส.สุราหรือแอลกอฮอล์ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.490 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 คะแนน (S.D. = 0.580 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.331-0.726) สอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ[8] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน บุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และสอดคล้องกับ รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์[9] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ p≤.001 มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับ อารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ p≤.001

ระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 109.87 มก./ดล. (S.D. เท่ากับ 6.750 มก./ดล.) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 158.36 มก./ดล. (S.D. = 22.890 มก./ดล.) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = (-54.745) - (-42.237)) สอดคล้องกับ สุนันทา ภักดีอำนาจ และคณะ[11] ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง พบว่า 1) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .05 2) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 และสอดคล้องกับ เกสราวรรณ ประดับพจน์ ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์[11] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ส่วนค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) ข้อเสนอแนะ: ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการประยุกต์ใช้แนวคิด 3 self กับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรูปแบบอื่น และควรขยายผลโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปยังกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายอื่นในพื้นที่ โดยศึกษาผลการดำเนินงานระยะยาว และสอดคล้องกับ นงลักษณ์ ตุ่นแก้ว, พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน และศรินญา ภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล[12] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม แนวทาง 3อ.2ส.1ย. และการใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวาน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ การวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบทดสอบความรู้และพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุม โรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพดี ขึ้นและมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ ปรางค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และสุทธีพร มูลศาสตร์[13] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก๊ออำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ใช้เวลาการทดลอง 9 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการ ตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่มีความ แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ Rusdiana, Savira, & Amelia[14] ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเบาหวานต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยในสถานบริการปฐมภูมิในเมืองบินใจ สุมาตราเหนือ ประเทศอินโดนีเซียเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 80 คน ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$) โดยระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 76 มก./เดซิลิตร และ สูงสุด 600 มก./เดซิลิตร และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดขั้นต่ำ คือร้อยละ 5.7 และสูงสุด ร้อยละ 12.50 สรุปได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ และนำแนวทางหรือรูปแบบที่ได้จากผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีเพื่อหาแนวทางที่ครอบคลุมชัดเจนในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และท้ายสุดผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้เกิดคุณภาพมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และควรเพิ่มการวัดความถี่ในการติดตามให้มากกว่าทุกการติดตามทุก 2 เดือนพุธของเดือน) เพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสามารถทราบข้อมูลที่แท้จริงจนนำมาวางแผนให้เกิดรูปแบบแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปขยายต่อในพื้นที่อื่นๆ ได้ในลำดับต่อไป และควรมีการวัดผลก่อนและหลังดำเนินการวิจัยในครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทุกท่าน รวมถึงบุคคลที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวานและหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. จังหวัดนนทบุรี; 2566.

2.กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2566.

3.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือการดำเนินงานสุขศึกษาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บจก.สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2565.

4.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2562.

5.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2566.

6.ปัณฑิตา สิงห์สังเวียนม, วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์, และยุวยงค์ จันทรวิจิตร. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 2562;13(3): 50-64.

7.วัชราพร เนตรคำยวง. ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2566;3(2): 79-82.

8.อติญาณ์ ศรเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และนงณภัทร รุ่งเนย. ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(2), 78-83 เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/13627/11096

9.รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2560;36(1). 2-12.

10.สุนันทา ภักดีอำนาจ เชาวกิจ ศรีเมืองวงศ์ และสุรีรัตน์ ณ วิเชียร. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2566;6(2). 53-66

11.เกสราวรรณ ประดับพจน์ และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2564;8(5):148-161.

12.นงลักษณ์ ตุ่นแก้ว, พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน และศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. และการใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาใน เลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2561;24(2), 83-96.

13.ปรางค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และสุทธีพร มูลศาสตร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560;9(1). 105-116.

14.Rusdiana, Savira, M., & Amielia, R. The Effect of Diabetes Self-Management Education on Hba1c Level and Fasting Blood Sugar in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Primary Health Care in Binjai City of North Sumatera, Indonesia. Open Access Maced J Med Sci. 2018;6(4), 715-718.

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567

VOL.9 NO.1 January - March 2024

Part III

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.9 NO.1 January - March 2024 Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา 479
วีระพงษ์ ศรีประทาย

ประสิทธิผลของการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 490
วรารัตน์ จันทร์คุ้ม ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา ,นฤมล สินสุพรรณ

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี ปี พ.ศ. 2566 499
ชัยณรงค์ สุขขำ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 508
พรทิพา พรรณนา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย 515
อำนาจ พิมพาต

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลางที่ต้องวางยาสลบขณะฉายรังสี : กรณีศึกษา 524
พัทธิรา จันทะดวง

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา: กรณีศึกษา 532
วัชรินทร์ ทวีชัย

เปรียบเทียบปริมาณรังสียังผลก่อนและหลังการปรับพารามิเตอร์ในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกและช่องท้องของโรงพยาบาลอุดรธานี 541
พิชญ์ธาดา วรภคปกรณ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา : กรณีศึกษา 549
เพทาย เทพรัตน์

การพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับอกจากมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง 556
พัชริดา นพศรี

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 566
ประภากร วงษ์พันธุ์

การพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน 576
ภาณินนุช เณธิชัย

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม 587
นวพร เกตสุระ

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม 596
เจริญชัย หมื่นห่อ ,อรอุมา แก้วเกิด ,ธงชัย อามาตยบัณฑิต ,ศุภวรรน ยอดโปร่ง

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน ต่อความรู้ การคลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี 605
เครือวัลย์ พลาชัยภิรมย์ศิล ,อรพนิต ภูวงษ์ไกร ,ภริญพัทธ์ สายทอง

ผลของรูปแบบการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม 617
ภรณ์ทิพย์ ปานเชียงวงษ์ ,วรกร วิชัยโย ,ธีรนาถ สุวรรณเรือง

การพัฒนาโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย .. 625
โฉมฐิตาภา ศิริมา ,สุลาลักษณ์ จำเรียง

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วมได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย 635
ภณิชชา เฮ้าประมงค์

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.9 NO.1 January - March 2024 Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น 645
ถนัต จ่ากลาง

การพัฒนาศักยภาพด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม 652
ธันยนันท์ กัญญวิมล

การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม 659
หงษ์ทอง บุตรพรม ,นภชา สิงห์วีรธรรม ,กิตติพร เนาว์สุวรรณ ,อัจฉรา คำมะทิตย์

การศึกษาระยะเวลาการกลับมาอ้าปากปกติภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีกระดูกขากรรไกรล่างหัก และยึดตรึงกระดูกขากรรไกรบนล่าง (maxillo-mandibular fixation) ด้วยลวดเปรียบเทียบกับการใช้ยาง 669
อตินาต ธรรมรัชสุนทร ,ปวรวรรณ ฤทธิพากร

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี 676
ณัฐวดี เยาวะศรี กิตติ เหลาสุภาพ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม 683
ประเดิม อภัยโส

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 693
วันวิสาข์ บัวสาย

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 33 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา มกราคม – มีนาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ป่วยหายใจล้มเหลวจากภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากการใช้ยาเมทฟอร์มินร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อกและไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เทคนิคการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อรุนแรงของเยื่อหุ้มคอชั้นลึกโพรงใต้คาง ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส การรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือดสาหรับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มโรคสำคัญ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน สัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต การคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย การเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกแบบใหม่ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต การจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพ ผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียมหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) การตรวจสอบคุณภาพทางจุลินทรีย์และเอกลักษณ์ทางเคมีของเครื่องดื่มนมกระชายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ การประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

Factors Related to Dietary Behavior Guideline of the DASH of Risk Persons with Hypertension in Nangrum Sub-District, Prathai district Public health office, Nakhon Ratchasima Province.

(Received: February 20,2024 ; Revised: March 2,2024 ; Accepted: March 24,2024)

วีระพงษ์ ศรีประทาย[1]
Weerapong Sriprathai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 302 คน โดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.5 มีอายุเฉลี่ย 45.39 ปี ส่วนใหญ่อายุ 46-55 ปี ร้อยละ 34.1 รายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 55.3 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,423.84 บาท ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.1 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย 23.0-24.9 (เริ่มอ้วน) ร้อยละ 45.0 ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต คือ ความดันโลหิตค่อนข้างไปทางสูง (SBP 120-129 และ DBP < 80) ร้อยละ 33.8 มีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.0 ระดับความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.2 และระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับพฤติกรรมพอใช้ ร้อยละ 67.5 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยด้านความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเชิงบวกระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05, r=.557) และระดับดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05)

คำสำคัญ: การบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The main objective of this survey research was to study 1) self-efficacy, outcome expectations of food consumption and to dietary behavior guideline of the DASH 2) to investigate relationship between the person factor, self-efficacy, outcome expectations of food consumption with to dietary behavior guideline of the DASH of risk persons with hypertension in nangrum sub-district, prathai district public health office, nakhon ratchasima province. The subjects consisted of 302 risk persons with hypertension who have passed risk screening in the age group of 35 years and over in fiscal year 2021, by choosing according to the specified characteristics. Data was collected by the questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, Chi-square test and Pearson product-moment correlation coefficient.

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ; สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

The results found that 68.5% of participants were male and the average age is 45.39 years the majority was 46-55 years by 34.1%. Income less than 3,000 baht by 55.3%, average income was 3,423.84 baht. The majority level of education is secondary level by 44.4% followed by primary level by 40.1%. the majority was BMI of 23.0-24.9 (starting to become obese) by 45.0%. The majority was blood pressure levels which were relatively high blood pressure (SBP 120-129 and DBP < 80) by 33.8%. There was a high level of self-efficacy in consuming food according to the DASH guidelines by 52.0 percent, the level of outcome expectations of food consumption with to dietary behavior guideline of the DASH was at the moderate level by 64.2% and the level of dietary behavior guideline of the DASH of risk persons with hypertension at the moderate level by 67.5%, respectively. The research finding was as found that, outcome expectations of food consumption with to dietary behavior guideline of the DASH was found to be significantly related to dietary behavior guideline of the DASH of risk persons with hypertension (P-value < .05, r=.557) and Body mass index level was found to be significantly related to dietary behavior guideline of the DASH of risk persons with hypertension (P-value < .05).

Keyword: Dietary Behavior Guideline of the DASH, Risk Persons with Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคที่ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่พบได้ง่ายค่อนข้างสูงทั่วโลก ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในปัจจุบันมีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณหนึ่งพันล้านคน กว่าหนึ่งในสามของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง โดยสองในสามของผู้ป่วยจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบหนึ่งคนในสามคนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นกัน จากสถานการณ์ดังกล่าวคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงกว่า 1.56 พันล้านคน ที่น่าสนใจพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายของประชากรประมาณ 7.1 ล้านคนทั่วโลก หรือประมาณร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด[1]

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 50 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 25 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั้งหมด โดยอัตราการเกิดของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบมากในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ในช่วงระยะเวลา 25 ปีต่อมา จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 90 ส่วนอัตราการตายของประชากรของประเทศสหรัฐอเมริกาด้วยโรคความดันโลหิตสูง ช่วงปี ค.ศ. 1994 - 2004 เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.6[2]

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าทั่วโลกมีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเกือบ 1,000 ล้านคน สองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาโดยพบว่าคนในวัยผู้ใหญ่ของเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประชากร 1 ใน 3 คน จะมีป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ละปีประชากรในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคคามดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน[3] และจากรายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2563 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับความชุกของผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15-79 ปี ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547, 2548, 2550, 2553, 2558 ถึง พ.ศ. 2561 ร้อยละ 8, 8.3, 9.4, 11.5, 15.3 และ 16.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ ระหว่างปี พ.ศ. 2553 และ 2558 พบว่าเพศชายมีความชุกสูงกว่าเพศหญิง ส่วนความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงใน

ประชากร อายุ 15 -79 ปี ปี พ.ศ. 2559 และ 2562 พบว่าเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชาย หากพิจารณาความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ตามกลุ่มอายุระหว่างปี พ.ศ. 2553 และ 2558 พบความชุกต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 4) จากนั้นเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ และสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 64.9) ส่วนความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15-79 ปีพบว่าความชุกต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 0.7) จากนั้นความชุกจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 45-54 ปี (ร้อยละ 15.8) จนสูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี (ร้อยละ 44.1) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าเมื่อกลุ่มอายุสูงสุดแนวโน้มของโรคจะสูงขึ้นตามลำดับ[4]

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2555-2557 ด้านการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้แนวทางตามหลักธงโภชนาการพบว่า การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังกล่าวไม่ได้หมายความจำเพาะว่าจะสามารถลดภาวะเสี่ยง หรือควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ แต่สามารถใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังกล่าวไปใช้จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับโรคเรื้อรังอื่นๆได้ ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร โดยยังพบว่ามีอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะเดียวกันการดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในต่างประเทศนั้นด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ได้มีการใช้โปรแกรมอาหารควบคุมความดันโลหิตสูง Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) รูปแบบของการบริโภคอาหารที่มีส่วนช่วยในการควบคุมความดันโลหิต คือ การบริโภคอาหารแบบแดช หรือ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ต้นกำเนิดของการบริโภคอาหารแบบแดชเริ่มต้นเมื่อสถาบันสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา (National Institute of Health; NIH) ได้สนับสนุนทุนวิจัยในหลาย ๆ โครงการเพื่อศึกษาผลของการบริโภคอาหารต่อค่าความดันโลหิต และพบว่าการบริโภคอาหารแบบแดช สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ทั้งในผู้ที่มีความดันสูง (Systolic ≥ 140 mmHg หรือ Diastolic ≥ 90 mmHg) และผู้มีความดันปกติ (Systolic < 120 mmHg และ Diastolic < 80 mmHg) จึงเริ่มมีการแนะนำให้ทานอาหารตามหลักของแดชร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต ได้แก่ หยุดสูบบุหรี่ลดการดื่มสุรา และเพิ่มการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันและรักษาโรคความดันสูงเป็นต้นมา โดยเงื่อนไขของการบริโภคอาหารแบบแดช (สำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี/วัน) คือ รับประทานผักและผลไม้ (อย่างละ 4-5 เสิร์ฟ/วัน) เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน (≤6 เสิร์ฟ/วัน) ถั่วเมล็ด (4-5 ครั้ง/สัปดาห์) ผลิตภัณฑ์จากนม นมขาดมันเนย หรือพร่องมันเนย (2-3 เสิร์ฟ /วัน) ข้าว แป้งและธัญ พืช (ประมาณ 6-8 เสิร์ฟ/วัน) โดยเลือกธัญพืชที่ผ่านกระบวนการขัดสีน้อย (whole grain) เพราะยังคงคุณค่าสารอาหารและมีใยอาหารสูง นอกจากนี้ควรได้รับโซเดียมไม่เกิน 2,300 มก./วัน (ปริมาณการได้รับโซเดียมที่แนะนำว่าช่วยลดความดันโลหิตได้ดีคือ ไม่เกิน 1,500 มก./วัน) รวมถึงลดการบริโภคอาหารหวานจัด อาหารมันจัด และอาหารที่ผ่านกระบวนการแปรรูปด้วย[1]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีการใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์และมีการใช้มาตรการเข้ามาศึกษาในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของบุคคลเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ใช้ในการศึกษามีอยู่หลายทฤษฎีด้วยกัน อย่างเช่น การศึกษาบนพื้นฐานของทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Bloom[5]ในการออกแบบกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ เจตคติ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารได้ยึดหลักตามแนวทาง DASH (Dietary

Approaches to Stop Hypertension) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 พบว่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกัน[6] ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH เป็นแนวทางที่สำคัญที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงซึ่งได้ผลดีในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ลดลง จึงควรส่งเสริมให้มีการนำแนวทางดังกล่าวไปใช้เพื่อช่วยป้องกันความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาบนพื้นฐานทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยพบว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ยึดหลักตามแนวทาง DASH ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคดีกว่าก่อนการเข้ารับโปรแกรม ทั้งยังพบว่าการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 ด้านทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ มั่นใจและให้ความร่วมมือในการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น[7] การศึกษาบนพื้นฐานของทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมที่กำหนดไว้ทางคลินิก 6 พฤติกรรมในการดูแลตนเอง พบปัจจัยที่อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎี มีในเรื่องของปัจจัยทางด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา,ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของบุคคล[8]

จากข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ในปี 2560-2564 พบว่ามีความเสี่ยงต่อเกิดโรคความดันโลหิตสูง อัตรา 282.0,285.1, 290.2, 290.3 และ 293.0 คนต่อประชากรพันคน ตามลำดับ และในปี 2563-2564 มีผู้เสียชีวิตที่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุร่วมด้วย อัตรา 757.31 และ 670.80 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[9] โดยจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะพบว่ามีประชาชนมีภาวะความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นทุกปี ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา โดยได้นำทฤษฎีความสามารถแห่งตนมาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิด เพื่อนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินการป้องกัน และส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตลอดจนการวางกรอบนโยบาย หรือโครงการในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประชาชนเกิดการมีสุขภาพที่ดีลดโรคภัยต่างๆ ตลอดจนการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ที่เหมาะสมเพื่อลดการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งตัวบุคคล ภาครัฐ และเอกชน ตลอดจนการมีสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยง

โรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

2. ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นผู้ที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2564 ในเขตพื้นที่ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,902 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นผู้ที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2564 ในเขตพื้นที่ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 302 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของแดเนียล[10] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 5% โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อยู่ขณะการรับการรักษา และจะต้องไม่เป็นผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย 2) มีค่าความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คือ มากกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท 3) ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้ความน่าจะเป็นวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Ransom Sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่กลับ จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบและเป็น แบบสอบถามปลายเปิด มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง และระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มั่นใจมาก ไม่ค่อยมั่นใจ ไม่มั่นใจเลย, มั่นใจมาก เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 3 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน, ไม่ค่อยมั่นใจ เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 2 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน, ไม่มั่นใจเลย เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 3 คะแนน การแปลความหมายระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนโดยคิดคะแนนจากค่าพิสัย (Range) คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนน ต่ำสุด)/จำนวนชั้นที่ต้องการ จึงได้ (3 - 1)/3 = 0.66

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.66 การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 - 2.33 การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ คาดหวังมาก ไม่ค่อยคาดหวัง ไม่คาดหวังเลย, คาดหวังมาก เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 3 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน, ไม่ค่อยคาดหวัง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 2 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน, ไม่คาดหวังเลย เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 3 คะแนน การแปลความหมายระดับความคาดหวังโดยคิดคะแนนจากค่าพิสัย (Range) คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนน ต่ำสุด)/จำนวนชั้นที่ต้องการ จึงได้ (3 - 1)/3 = 0.66

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.66 ความคาดหวังระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 - 2.33 ความคาดหวังระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 ความคาดหวังระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ/สม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย, ปฏิบัติประจำ/สม่ำเสมอ เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 3 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน, ปฏิบัติบางครั้ง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 2 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน, ไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 3 คะแนน การแปลความหมายระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH โดยคิดคะแนนจากค่าพิสัย (Range) คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนน ต่ำสุด)/จำนวนชั้นที่ต้องการ จึงได้ (3 - 1)/3 = 0.66 คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 ระดับพฤติกรรมการบริโภคไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 ระดับพฤติกรรมการบริโภคพอใช้ คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 ระดับพฤติกรรมการบริโภคดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ได้ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่มีค่าตั้งแต่ 0.67 – 1.00 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของข้อมูลนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันมากกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทำวิจัย นำข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาซ (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเที่ยงหรือเชื่อถือได้[11] ได้ความเชื่อมั่นดังนี้ ค่าความเชื่อมั่นของการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ค่าความเชื่อมั่นของความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และค่าความเชื่อมั่นของพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประทาย โรงพยาบาลประทาย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อขอสนับสนุนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ประชุมชี้แจง เกี่ยวกับแบบสอบถาม และวิธีการลงเก็บข้อมูลวิจัย ให้คณะผู้ช่วยวิจัยทราบ และเข้าใจ เพื่อดำเนินการแล้วเก็บรวมรวมส่งคืนตามกำหนด

3. ประสานงานขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหญ้าคา อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา แจ้งวัตถุประสงค์และผลที่คาดว่าจะได้รับ และขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการช่วยลงเก็บแบบสอบถาม

4. ภายหลังการเก็บข้อมูลได้มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำผลการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งอภิปรายผลและข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าสูงสุดค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เป็นการใช้ในการทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ (Pearson Chi-Square)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Correlation Coefficient)

โดยเมื่อหาความสัมพันธ์แล้ว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าอยู่ระหว่างค่าสูงสุด คือ +1.0 และค่าต่ำสุด คือ -1.0 ซึ่งสามารถมีความสัมพันธ์ในทางบวกและทางลบ โดยแปลผลระดับความสัมพันธ์[11] ดังนี้

r อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับมาก

r อยู่ระหว่าง 0.50 – 0.79 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

r อยู่ระหว่าง 0.20 – 0.49 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับน้อย

r อยู่ระหว่าง 0.01 – 0.19 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับน้อยมาก

r = 0 แสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเลย

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.5 และเพศหญิง ร้อยละ 31.5 มีอายุเฉลี่ย 45.39 ปี ส่วนใหญ่อายุ 46-55 ปี ร้อยละ 34.1 รองลงมา คือ อายุ 56-65 ปี ร้อยละ 22.5 รายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 55.3 รองลงมาคือ 3,000 - 5,000 บาท, มากกว่า 7,000 บาท และ 5,001 – 7,000 บาท ร้อยละ 27.8, 8.9 และ 7.9 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,423.84 บาท ส่วนใหญ่ศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อย

ละ 44.4 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.1 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย 23.0-24.9 (เริ่มอ้วน) ร้อยละ 45.0 รองลงมาคือ มากกว่า 25 (อ้วน) ร้อยละ 34.1 ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต คือ ความดันโลหิตค่อนข้างไปทางสูง (SBP 120-129 และ DBP < 80) ร้อยละ 33.8 รองลงมาคือ มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระดับ 1 (SBP 130-139 และ/หรือ DBP 80-89) ร้อยละ 29.1 ตามลำดับ

2. ระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.0 ส่วนใหญ่มีความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.2 และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับพฤติกรรมพอใช้ ร้อยละ 67.5 ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ส่วนปัจจัยด้านความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ในเชิงบวกระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05, r=.557) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร	พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH	0.035	.545	-
ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH	0.557	.006*	ปานกลาง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยส่วนบุคคล		พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH		χ^2	df	P-value
		พอใช้	ดี			
เพศ				0.305	1	.343
	ชาย	169	38			
	หญิง	35	60			
อายุ (ปี)				0.368	3	.378
	35-45 ปี	30	37			
	46-55 ปี	69	34			
	56-65 ปี	47	21			
	มากกว่า 65 ปี	58	6			
ระดับการศึกษา				9.416	3	.093
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	10	4			
	ประถมศึกษา	114	7			
	มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	75	69			
	ปริญญาตรีขึ้นไป	5	18			
ดัชนีมวลกาย				5.011	3	.021*
	18.5-22.9 (รูปร่างดี สมส่วน)	25	38			
	23.0-24.9 (เริ่มอ้วน)	113	23			
	> 25 (อ้วน)	66	37			
ระดับความดันโลหิต				1.582	3	.453
	ความดันปกติ	34	43			
	ความดันโลหิตค่อนข้างไปทางสูง	72	30			
	เสี่ยงระดับ 1	81	7			
	เสี่ยงระดับ 2	17	18			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และระดับความดันโลหิต ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา แต่ในส่วนของดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) ดังตารางที่ 2

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยตามสมมติฐานของการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ไม่สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอกระทุ่ม

แบน จังหวัดสมุทรสาคร[12] โดยเน้นการสร้างความเชื่อมั่นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายเองได้ โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมเน้นเทคนิคการสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสมพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง จากกิจกรรมในโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH มีเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยให้อาสาสมัครคำนวณปริมาณโซเดียมโดยมีคำพูดชักจูงแนะนำให้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ ซึ่งทำให้เกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และได้เห็นประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น รวมถึงสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ของอาสาสมัครที่มีความพร้อมในการปฏิบัติ ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH

ปัจจัยด้านความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ในเชิงบวกระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05, r=.557) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของเครือข่ายทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมเข้ารับการตรวจกัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมืองจังหวัดตาก[13] พบว่า เครือข่ายทางสังคมสามารถสร้างการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันโรคส่งผลให้กลุ่มเสี่ยง การเข้ารับคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการคัดกรองโรคถือว่าเป็นการป้องกันโรคอย่างหนึ่งเพราะทำให้ทราบปัญหาด้านสุขภาพก่อนนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง[14] ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมที่อาสาสมัครเข้าร่วมเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการวิเคราะห์ปัญหา การเสริมพลัง และเชื่อมความสัมพันธ์ปรับทัศนคติ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สร้างคู่มือการปฏิบัติตนให้กับผู้ป่วย และกิจกรรมการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการติดตามอาสาสมัครผ่านสื่อแอพพลิเคชั่น Line ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม กล้าคิดกล้าถาม ได้ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เปรียบเสมือนเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอีกทางหนึ่ง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้ เจตคติ ชักนำไปสู่ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เชื่อมโยงกัน เนื่องจาก ความรู้ เจตคติ นำไปสู่ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีอิทธิพลต่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงเสนอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เน้นการจัดกิจกรรมให้กลุ่มเสี่ยงเห็นตัวแบบ รูปแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ที่เป็นอาหารท้องถิ่น สามารถประยุกต์หาได้ง่ายในพื้นที่ เพื่อเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจริง

2. พัฒนารูปแบบการลดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่โดยการจัดทำเป็นหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนโดยเพิ่มเติมทางเลือกการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโดยใช้แนวทาง DASH ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พร้อมกับทำสื่อเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH สู่สถานีสุขภาพ (Health Station)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยในด้านต่าง ๆ ที่มีบทบาทในด้านการใช้ชีวิต เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมที่มีอิทธิพลกับผลกระทบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2. ควรมีการศึกษากึ่งทดลองที่มีกระบวนการโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การสร้างความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute. (2006). Lowering Your Blood Pressure With DASH. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2006; 60(4082): 1-56.
2. Petrella, Robert J. Lifestyle Approaches to Prevention and Treatment of High Blood Pressure. GERIATRICS & AGING 2003; 6(2): 21-26.
3. วิชัย เทียนถาวร. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 2556.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 2564.
5. Bloom, Benjamin S.J. (ed). Taxonomy of Education Objective, Hand Book 1. Cognitive Domain. New York: David Mckay. 1975.
6. จินดา, ม่วงแก่น. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ เจตคติ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2560.
7. พิชามญช์, ภู่เจริญ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.
8. Jan Warren-Findlow, Rachel B. Seymour & Larissa R. Brunner Huber. The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults. J Community Health 2011; 37(1): 15–24.
9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประทาย. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2564. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ; 2564.
10. Daniel, W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences (9th ed.). New York: John Wiley & Sons. 2010.
11. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การจัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราสวนประมาณคาแบบสอบถาม. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ. 2537.
12. กนกวรรณ อุดมพิทยารัชต์. โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal 2561; 7(1): 62-72.
13. รัชนินทร สาธุเสน. ประสิทธิผลของเครือข่ายทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมเข้ารับการตรวจกัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตาก [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
14. เสาวลักษณ์ มูลสาร, เกษร สำเภาทอง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2559; 11(1): 87-98.

ประสิทธิผลของการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

The effectiveness of the practice of registered nurses in accordance with the guidelines for caring on patients with infected bloodstream at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: February 24,2024 ; Revised: March 11,2024 ; Accepted: March 14,2024)

วรารัตน์ จันทร์คุ้ม[1] วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา[2] นฤมล สินสุพรรณ[3]
Wararat Chankhum[1], Veena Isarangura Na Ayudhya[2], Narumon Sinsupan[3]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) เป็นการศึกษากลุ่มเดียวโดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลและพัฒนาความรู้ความสามารถ ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จำนวน 38 คนในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบฟอร์มเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดแก่พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านไผ่ $\bar{x}$= 4.41 (S.D. = 0.002) หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดแก่พยาบาลวิชาชีพ ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ $\bar{x}$= 4.98 (S.D. = 0.134) คะแนนความรู้ภายหลังได้รับการอบรมทันทีสูงกว่าก่อนได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.04)

คำสำคัญ: ประสิทธิผลการปฏิบัติ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลวิชาชีพ

ABSTRACT

This research is a quasi experimental research. It is a study of one group by measuring before and after the experiment (One Group Pretest Posttest Design) to study the effectiveness and develop knowledge and abilities. of professional nurses in following guidelines for caring for patients with bloodstream infections Ban Phai Hospital Khon Kaen Province. Sample size were 38 professional nurses working at Ban Phai Hospital during August. Until October 2023, the tools used to collect data are Form for collecting information on care for patients with bloodstream infections Data analysis and statistics used: frequency, percentage, mean, and standard deviation. Compare the means before and after development using Paired t-test statistics at a statistical significance level of 0.05.

The results of the study found that Before the workshop to enhance up-to-date knowledge about patient care blood infection to professional nurses at Ban Phai Hospital $\bar{x}$= 4.41 (S.D. = 0.002) after a workshop to enhance modern knowledge about patient care blood infection to professional nurses of Ban Phai Hospital $\bar{x}$= 4.98 (S.D. = 0.134). The knowledge score immediately after receiving training was higher than before receiving training at a statistical significance at the 0.05 level (P-value = 0.04).

Keywords: practice effectiveness, Guidelines for caring for patients with bloodstream infections, professional nurse

บทนำ

[1] ส.ม.(สาขาสุขภาพชุมชน)
[2] วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
[3] วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ภาวะติดเชื้อกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตและเร่งด่วนที่พบบ่อย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะมีอัตราตายสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อทั้งหมด (Dellinger, et al.,2013) นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากมีการดำเนินโรคที่รวดเร็วและรุนแรง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย และอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ปี มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ปี ซึ่งเมื่อคิดแล้วพบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 1 รายเกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และมีผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงติด 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก[2]

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยได้ออกแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock พ.ศ. 2564 ประกอบด้วย 3 หลักการ ได้แก่ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การประสานงาน และการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการ ดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการดูแลรักษาที่สำคัญอย่างครบถ้วนทันเวลา เป้าหมายหลักในการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ ลดอัตรากาเสียชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญ ในการเฝ้าระวังค่าพารามิเตอร์ต่างๆ รวมทั้งวิเคราะห์อาการเปลี่ยนแปลง และอาการผิดปกติ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในสาขาอายุรกรรม โดยตั้งเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ 30 มีการจัดระบบ Fasttrack ในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ได้ โดยกำหนดตัวชี้วัดการได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะอยู่ที่มากกว่าร้อยละ 90 และได้รับยาปฏิชีวนะหลังการวินิจฉัยโรคภายใน 1 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 90 ผลลัพธ์ของการจัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ดีจะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งสะท้อนคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ แนวทางการปฏิบัติเพื่อทำให้การดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประสบความสำเร็จ เน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (early detection) โดยใช้เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการติดเชื้อ ในกระแสโลหิต เพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วและวินิจฉัยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยใช้ National Early Warning Score (NEWS Score) ช่วยในการคัดกรองจัดทำแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น (early resuscitation) เป็นรูปแบบมาตรฐาน checklist เน้นการปฏิบัติงานให้ครบ (sepsis bundles)[15]

รายงานข้อมูลเวชสถิติโรงพยาบาลบ้านไผ่ในปี 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การส่งต่อเนื่องจากมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงมากขึ้นจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลวและระบบต่างๆในร่างกายล้มเหลว และพบผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งที่ในโรงพยาบาล และรวมผู้ป่วยที่ญาติ และหรือผู้ป่วยขอไปเสียชีวิติที่บ้านจำนวนเพิ่มขึ้น และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วย เป็น 1 ใน 5 อันดับกลุ่มโรคที่มีอัตราการตายมากที่สุด จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ช่วงเดือนเมษายน - เดือนมิถุนายน 2566 ในโรงพยาบาลบ้านไผ่[13] เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในรูปแบบเดิม ด้านการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่ายังไม่มีการเชื่อมโยงแผนการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลจากหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปถึงหอผู้ป่วยในด้านระบบบริการ พบว่าการประเมินผู้ป่วยยังล่าช้าการคัดกรองไม่มีการแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง อย่างชัดเจน ผู้ป่วยต้องรอรับบริการแบบผู้ป่วยฉุกเฉิน

ทั่วไป และการจัดบริการยัง ไม่ตอบสนองในการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ด้านปฏิบัติการพยาบาล พบว่ามีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจ และการตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะติดเชื้อใน กระแสเลือดใช้เวลานานเกิน 1 ชั่วโมง การส่งเลือดเพาะเชื้อและการบริหารยาปฏิชีวนะ การบริหารสารน้ำทดแทนไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ไม่มีการกำหนด warning signs ที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาล่าช้า ผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงไม่ได้รับการส่งต่อทันเวลาส่งผลให้เกิดอวัยวะสำคัญล้มเหลวและมีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งจะพบว่าจำนวนของผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ ในกระแสเลือดมีจำนวนสูงขึ้นเรื่อย ๆ การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติในทุกกระบวนการต้องเป็นไป อย่างรวดเร็วและถูกต้องตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผนในการให้การดูแลและช่วยเหลือ บทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญในทุกกระบวนการของการดูแลพยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค ลักษณะอาการทางคลินิก การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษาและการให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานอย่างถูกต้องเหมาะสม บทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญในทุกกระบวนการของการดูแลรักษา โดยต้องมีความรู้ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนเข้าใจ และตระหนักรู้ในแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นอย่างดีเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสี่ยงทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลบ้านไผ่ โดยใช้แนวคิดของ โรเบิร์ต กาเย่ (Robert Gagne ; 2002)[1] เพื่อพัฒนาการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเป็นระบบของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นมาตรฐาน และเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) เป็นการศึกษากลุ่มเดียวโดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านไผ่ ผู้ป่วยในชาย 15 คน หอผู้ป่วยในหญิง 13 คน และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 14 คน รวมจำนวน 42 คน ในช่วง เดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะศึกษาสถานการณ์ ได้แก่ แบบฟอร์มเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่พัฒนาจากแบบฟอร์ม Sepnet ของ Service plan สาขา อายุรกรรม (Sepsis) เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ การส่งต่อ สิทธิค่ารักษา อาชีพ โรคที่เป็นอยู่เดิมและระบบที่มีการติดเชื้อ2) ข้อมูลวัดผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

ได้แก่ (1) การใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ NEW Score (National Early Warning Score) การประเมินติดตามอาการต่อเนื่อง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลตามเงื่อนไขค่าคะแนน NEW Score และการปฏิบัติกิจกรรมตามชุดการรักษา (Sepsis bundles)โดยระบุการบันทึกเป็น “ปฏิบัติ” และ “ไม่ปฏิบัติ” (2) ข้อมูลระยะเวลาที่ใช้โดยระบุการบันทึกเวลาเป็นนาทีตั้งแต่เริ่มคัดกรองจนถึงการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด 3) ข้อมูลผลลัพธ์การรักษาเชิงคลินิก ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและได้รับการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก (earlydetection) ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน Septic Shock และผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือดโดยระบุการบันทึกเป็น “ใช่” และ “ไม่ใช่”

2) ระยะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วย

2.1) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดโรงพยาบาลบ้านไผ่ (แบบฟอร์ม Khon Kaen Sepsis Protocol) สำหรับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทีมผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบบฟอร์มนี้ใช้เป็นใบคำสั่ง การรักษาของแพทย์และลงบันทึกข้อมูลเวลาในการปฏิบัติ

2.2) คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยผู้วิจัยใช้แนวทางของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้ อายุรแพทย์ 3 ท่าน อายุรแพทย์สาขาไต 1 ท่าน และหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน นำมาคำนวณความเที่ยงตรงของเนื้อหา (CVI) เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามชุดการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ (Sepsis fast track) เนื้อหาประกอบด้วย การใช้เครื่องมือ NEWS Score (National Early Warning Score) ,SIRS Criteria (Systemic inflammatory responseisyndrome) ในการค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและการใช้เครื่องมือ qSOFA, SOS Score, V/S ,Spo2 ในการประเมินอาการต่อเนื่อง การบริหารยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว การส่งเลือดเพาะเชื้อ การบริหารสารน้ำ การให้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของหลอดเลือด การส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างมีประสิทธิภาพการควบคุม เฝ้าระวัง การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด การประเมินเพื่อค้นหาแหล่งติดเชื้อในร่างกาย และข้อบ่งชี้ในการย้ายและส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต

2.3) แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ประกอบด้วย

2.3.1) แนวทางการส่งต่อจาก โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายตามแนวทางปฏิบัติ (CPG)

2.3.2) การส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น ใช้แบบบันทึกการส่งต่อข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลเบื้องต้นจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อการวินิจฉัย วันเวลาที่ป่วย/มาถึงโรงพยาบาล NEW Score (National Early Warning Score) ก่อนส่งต่อ การส่งเลือด เพาะเชื้อ (Hemoculture) ก่อนใช้ยาปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ภายหลังการวินิจฉัย ติดเชื้อในกระแสเลือดการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 30 cc/Kg.ใน 1 ชั่วโมงแรก (กรณีไม่มีข้อห้ามในการให้สารน้ำ) และยาเพิ่มความดันโลหิต (vasopressor and inotropes)

2.4) แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดแก่พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านไผ่ มีระยะเวลา 1 วัน ในสัปดาห์ที่ 1 มีเนื้อหาดังนี้

2.4.1) ทบทวนองค์ความรู้เดิมและเพิ่มความรู้ใหม่ และประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการปฏิบัติตามแนวทาง การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตาม NEWS (National Early Warning Score)

2.4.2) การใช้เครื่องมือ Sepsis fast track ในการค้นหาผู้ป่วย และการใช้เครื่องมือ NEWS Score (National Early Warning Score), SIRS Criteria (Systemic inflammatory response syndrome) ในการประเมินติดตามอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง

2.4.3) การบริหารสารน้ำตามการการประเมิน IVC diameter (Inferior Vena Cava) จาก ultrasound

3) ระยะประเมินผล ใช้เครื่องมือวิจัยแบบฟอร์มเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่พัฒนาจากแบบฟอร์ม Sepnet สาขาอายุรกรรม (Sepsis) เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 3 ส่วนหลักดังกล่าวในเครื่องมือวิจัยระยะที่ 1

ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และแบบบันทึกกระบวนการดูแล และผลลัพธ์ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหา 5 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ 3 ท่าน อายุรแพทย์สาขาไต 1 ท่าน และหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัย นำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวนหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of Item Object Congruence-IOC) ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีการให้คะแนนแบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และแบบบันทึกกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดนำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เมื่อพิจารณาคัดเลือกเฉพาะข้อรายการ (Items) ได้ค่า IOC = 0.91 ซึ่งความสอดคล้องสูงกว่า 0.5 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญโดยใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ด้านการดูแลด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจก่อนและหลังการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพก่อน-หลังการให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย โครงการวิจัย เลขที่ CASHE660005 วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแก่พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านไผ่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 36 คน(ร้อยละ 94.74) เพศชาย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.26) ช่วงอายุส่วนใหญ่ คือ อายุ 26 - 30 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 28.95) รองลงมา คือ 20 - 25 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 21.32) ถัดมา คือ อายุตั้งแต่ 46 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.53) และช่วงอายุที่มีน้อยที่สุด คือ 41 - 45 ปี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.88) ระดับการศึกษา ปริญญาตรีทั้งหมด จำนวน 38 คน (ร้อยละ 100.00) แผนกที่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานส่วนใหญ่ คือ หอผู้ป่วยในชาย และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวนแผนกละ 13 คน (ร้อยละ 34.21) รองลงมา คือ หอผู้ป่วยในหญิง จำนวน 12 คน(ร้อยละ 32.58) ประสบการณ์ในตำแหน่งงาน พบว่า ส่วนใหญ่ คือ 1 - 3 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 42.10) รองลงมา คือ มากกว่า 10 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 23.69) ถัดมา คือ 4 - 6 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 21.06) และน้อยสุด คือ 7 - 9 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 13.15) การได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าส่วนใหญ่เคยอบรมมาแล้ว จำนวน 24 คน (ร้อยละ 63.16) โดยได้รับการอบรมมา ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล จำนวน 24 คน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าทั้งหมดมีประสบการณ์ จำนวน 38 คน (ร้อยละ 100.00)

หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแก่ พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านไผ่ พบว่าได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมดจำนวน 38 คน(ร้อยละ 100.00) และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า มีประสบการณ์ ทั้งหมดจำนวน 38 คน (ร้อยละ 100.00)

ก่อนการการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด แก่พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านไผ่ ข้อมูลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ พบว่าเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเฉลี่ย 41.76 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.09) เวลาที่ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อหลังได้รับ การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เฉลี่ย 47.21 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.66) ระยะได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ (ข้อ 2 –ข้อ 1) เฉลี่ย 5.45 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.55) เวลาที่เริ่มได้รับยาปฏิชีวนะ เฉลี่ย 56.34 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.25) และระยะเวลาที่เริ่มได้รับยาปฏิชีวนะ เฉลี่ย 14.58 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.34)

หลังการการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดแก่พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านไผ่ ข้อมูลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ พบว่า เวลาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือดเฉลี่ย 38.97 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.997) เวลาที่ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อหลังได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเฉลี่ย 42.82 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.712) ระยะได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ (ข้อ 2 –ข้อ 1) เฉลี่ย 3.84 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.478) เวลาที่เริ่มได้รับยาปฏิชีวนะ เฉลี่ย 51.05 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.973) และระยะเวลาที่เริ่มได้รับยาปฏิชีวนะเฉลี่ย 12.08 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.132)

เมื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อน-หลังการให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ก่อนการอบรม เชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แก่พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านไผ่ $\bar{x}$= 4.41 (S.D. = 0.002) หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแก่พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านไผ่ $\bar{x}$= 4.98 (S.D. = 0.134) โดยสามารถสรุปได้ว่าคะแนนความรู้ภายหลังได้รับการอบรมทันทีสูงกว่าก่อนได้รับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.04)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด แก่พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านไผ่ ข้อมูลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ พบว่า เวลาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือดเฉลี่ย 41.76 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.09) เวลาที่ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อหลังได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเฉลี่ย 47.21 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.66) ระยะได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ (ข้อ 2 –ข้อ 1) เฉลี่ย 5.45 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.55) เวลาที่เริ่มได้รับยาปฏิชีวนะ เฉลี่ย 56.34 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.25) และระยะเวลาที่เริ่มได้รับยาปฏิชีวนะ เฉลี่ย 14.58 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.34)

หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแก่พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านไผ่ ข้อมูลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ พบว่า เวลาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เฉลี่ย 38.97 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.997) เวลาที่ได้รับการ เจาะเลือดเพาะเชื้อหลังได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เฉลี่ย 42.82 นาที (ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.712) ระยะได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ (ข้อ 2 –ข้อ 1) เฉลี่ย 3.84 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.478) เวลาที่เริ่มได้รับยาปฏิชีวนะเฉลี่ย 51.05 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.973) และระยะเวลาที่เริ่มได้รับยาปฏิชีวนะ เฉลี่ย 12.08 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.132)

เมื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อน-หลังการให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าก่อนการอบรม เชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแก่พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านไผ่ ($\bar{x}$ = 4.41 S.D. = 0.002) หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแก่พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านไผ่ ($\bar{x}$ = 4.98 S.D. = 0.134) โดยสามารถสรุปได้ว่าคะแนนความรู้ภายหลังได้รับการอบรมทันที สูงกว่าก่อนได้รับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(P-value = 0.04) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า “พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและสามารถปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตามบทบาทเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ระยะเวลาที่ค้นพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะเวลาที่ค้นพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะเวลาที่ผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการเจาะเลือด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับยาปฏิชีวนะ ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน” สอดคล้องกับการศึกษาของสาธร ธรรมเนียมอินทร์ (2561)[16] ที่พบว่า หลังการปรับปรุงระบบ คัดกรองการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการรวดเร็ว ได้รับการรักษาพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานการรักษาที่กำหนด ลดอัตราการตาย ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และสามารถขยายผลการใช้ไปยังโรงพยาบาลชุมชน และรพสต.เครือข่ายด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรีภรณ์ สุรนาทชยานันท์, วนิดา เคนทองดี และสุพัตรา กมลรัตน์ (2561)[9] ที่พบว่า ระบบ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลเลยไม่สามารถดักจับภาวะติดเชื้อ เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็วเพียงพอ จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อโดยเพิ่มดัชนีแสดงภาวะช็อกเข้าไปในกระบวนการดักจับและการเฝ้าระวังหลังเกิดภาวะติดเชื้อมีการทบทวนความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และระยะเวลาที่ชัดเจน และสื่อสารระบบการพยาบาลที่พัฒนาใหม่ ให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบการพัฒนา ทำให้เกิดการปรับระบบการขอรับยาด่วนร่วมกับเภสัชกร การจัดกลุ่มผู้ป่วยภาวะติดเชื้อให้อยู่ในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การผสมผสานอัตรากำลังโดย ให้ผู้ช่วยพยาบาลเป็นอัตรากำลังเสริมในทีม และจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อให้เพียงพอ และรายงานแพทย์หลังค้นพบภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลง ระยะเวลาชะลอการช็อกนานขึ้น การเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลง พยาบาลวิชาชีพและหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้ระบบการพยาบาล และกระบวนการพัฒนาในระดับสูง การยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้ออยู่ในระดับดีในทุกหอผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รอดจินดา, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และวิมลทิพย์ พวงเข้ม (2563)[14] พบว่า จำนวนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและได้รับการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้ผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลรวดเร็ว ถูกต้องในการคัดกรอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้เร็วขึ้น ลดความรุนแรง และอัตราการเสียชีวิต การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควรจัดเข้ากับโปรแกรมการ

ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากรระหว่างประจำการในทุกปี

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรจัดโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยจัดเข้ากับโปรแกรมการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากรประจำการในทุกๆปี หรือเมื่อมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติที่ทันสมัย เพื่อให้เกิดความตระหนักและเกิดการปฏิบัติในมาตรฐานเดียวกัน

2.ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติม ที่เกี่ยวข้องกับภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด จะทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่ๆ เพิ่มขึ้น เพื่ออธิบายความหลากหลายของรูปแบบของอาการ มีการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองอาการผู้ป่วยที่ต้องสงสัยว่าจะมีการติดเชื้อในกระแสเลือดให้ละเอียดมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดการวินิจฉัยให้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.(2561).บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ:บทบาท หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และกลุ่มงานการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานทางสถิติ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(อินเตอร์เน็ต). สืบค้นจากเว็ปไซต์: https://hdcservice.moph.g0.th/h dc/reports/
3. เกตุกาล ทิพย์ทิมพ์วงศ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น.
4. คมกฤช สุทธิฉันท์, มยุรี พิทักษ์ศิลป์, สมจิต พฤกษะริตานนท์ และวัลลภ ใจดี. (2561). ผลลัพธ์ของการใช้เกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของจังหวัดฉะเชิงเทรา.บูรพาเวชสาร
5. จริยา พันธ์วิทยากูลและจิราพร มณีพราย. (2561). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตวารสารกองการพยาบาล.
6. จุฬาลักษณ์ นุพอ, กาจบัณฑิต สุรสิทธิ์, วรัตฒ์สุดา สุนทรทัย. (2563). การประเมิน NEWS (Nakornpink early warning scores) ณ ห้องฉุกเฉินเพื่อทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ.วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์.
7. ดนัย อังควัฒนวิทย์. (2559). ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. นิตสารวาไรตี้เพื่อสุขภาพ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
8. พร ศรีทันดร. (2565). ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
9. พัชรีภรณ์ สุรนาทชยานันท์, วนิดา เคนทองดี และสุพัตรา กมลรัตน์. (2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
10. เพ็ญศรี อุ่นสวัสดิพงษ์,กรองกาญจน์ สังกาศ,ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา,ยงค์รงค์ รุ่งเรือง.(2554). ผลของกิจกรรมการพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ6ชั่วโมงแรกต่อความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการSepsis.วารสารพยาบาลศาสตร์.
11. ภาพิมล โกมล,รัชนี นามจันทรา,วาริน บินโฮเซ็น. (2560). คุณภาพการจัดการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี. วารสารสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตราชสุดาสยามบรมราชกุมารี.
12. มาเรีย นิน่า จิตะสมบัติ. (2566). การติดเชื้อในกระแสเลือด(อินเตอร์เน็ต) สืบค้นจากเว็ปไซต์ : https://.medparkhospital.com/content/septicemia

13. เวชสถิติโรงพยาบาลบ้านไผ่. (2565). รายงานผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำแนกตามการจำหน่ายรายเดือน.งานเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านไผ่.
14. สมพร รอดจินดา,สมใจ พุทธาพิทักษ์ และวิมลทิพย์ พวงเข้ม. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
15. สมาคมเวชบำบัดวิกฤต. (2558). การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับบร่าง)แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.
16. สาธร ธรรมเนียมอินทร์. (2561). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 10.
17. อรพินทร์ ชูชม. (2552). การวิจัยกึ่งทดลอง. วารสารพฤติกรรมศาสตร์.
18. Anne Drewry, Nicholas M. Mohr., (2022). Society of Critical care Medicine and Kluwer Health., Volume 50
19. Burdette, S., D. (2012) Systemic inflammatory response syndrome. Retrieved 7. September, 2017, from.
20. Michael D. Howell, Andrew M. Davis, (2017). Management of Sepsis and Septic shock, JAMA Clinic Guideline Synopsis. Februry 28
21. Paterson, R.L., Webster, N.R., (2000). Sepsis and the systemic inflammatory response syndrome, Journal of the Royal college of surgeone of Edinburgh,45(3),178-182

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี ปี พ.ศ. 2566

Evaluation of dengue surveillance system, Suphan Buri Province, 2023

(Received: March 1,2024 ; Revised: March 11,2024 ; Accepted: March 15,2024)

ชัยณรงค์ สุขขำ[1]
Chainarong Sukkum[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออก ของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ ขั้นตอนการรายงานโรค คุณลักษณะเชิงปริมาณ และคุณลักษณะเชิงคุณภาพ ซึ่งเลือกโรงพยาบาล 4 แห่ง เป็นกลุ่มตัวอย่าง การประเมินคุณลักษณะเชิงปริมาณ จะใช้ข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยตามรหัส ICD-10 ที่กำหนด จำนวน 377 ราย เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) ส่วนการประเมินคุณลักษณะเชิงคุณภาพ จะเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรค จำนวน 32 คน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ปฏิบัติงานทุกแผนกของโรงพยาบาล เมื่อพบว่าแพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคหรือสงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก พยาบาลประจำแผนกจะแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคทราบ ทางช่องทางต่างๆ ทันที และในแต่ละวัน เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาจะตรวจสอบ รวบรวมรายชื่อ และสอบสวนโรคเฉพาะราย รายงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (2) คุณลักษณะเชิงปริมาณ มีความครบถ้วนหรือความไว ร้อยละ 53.33 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ ค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 100 ซึ่งอยู่ในระดับดี ทุกตัวแปรมีความถูกต้อง ร้อยละ 100 เป็นตัวแทนของสถานการณ์จริงได้ และมีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ภายใน 24 ชั่วโมง ทันตามเวลาที่กำหนด ร้อยละ 100 และ (3) คุณลักษณะเชิงคุณภาพ เป็นที่ยอมรับของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ด้วยเป็นข้อบังคับทางกฎหมาย ตระหนักในความสำคัญ และการยอมรับในความน่าเชื่อถือของข้อมูล เนื่องด้วยมีการตรวจสอบความถูกต้อง จากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการสอบสวนและควบคุมโรคได้ ระบบการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ไม่ซับซ้อน มีความยืดหยุ่นค่อนข้างมาก สามารถรายงานผ่านช่องทางที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่ และประยุกต์ใช้ร่วมกับการเฝ้าระวังโรคติดต่อโรคอื่นๆ ได้

คำสำคัญ : การประเมิน ระบบเฝ้าระวัง โรคไข้เลือดออก

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to evaluate the epidemiological surveillance system for dengue hemorrhagic fever (DHF) of Suphan Buri province including steps of reporting DHF, quantitative characteristics, and qualitative characteristics among recruited four hospitals. Quantitative characteristics were evaluated by using data reviewed from the medical records of 377 patients based on assigned ICD-10 codes which compared with the number of patients reported through an epidemiological surveillance (R506). Qualitative characteristics were evaluated by using data collected by interviewing 32 medical and public health professionals who were involved with disease surveillance.

The results showed that (1) steps of reporting DHF in the hospitals after doctors had diagnosed or suspected a patient with DHF, nurses at the department reported staff involving disease prevention and control via various channels immediately. Moreover, the staff checked, collected, investigated each case, and reported to relevant agencies daily. (2) Quantitative characteristics, the completeness or sensitivity was 53.33% which was at a moderate level. The positive predictive value was 100% which was a good level. The accurate of all variables was 100% which was able to be a representative of the real situations. Additionally, reporting DHF cases within the specified time, 24

[1] วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

hours, was 100 percent. (3) Qualitative characteristics, it was accepted by relevant personnel due to legal regulations, awareness of its importance, and acceptable of information's reliability which the accurate was measured by staff in all levels. Moreover, it was able to used for disease investigation and control. The DHF surveillance system was uncomplicated, flexible, able to report via various channels based on local contexts, and applied to other communicable diseases surveillance. In this regard, an effective DHF surveillance system will result in rapid detection and warning which will help achieve high efficiency in controlling DHF immediately.

Keywords: Evaluation, Surveillance system, Dengue Hemorrhagic Fever

บทนำ

ระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก หมายถึง องค์ประกอบต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกัน และมีความต่อเนื่อง เพื่อจุดประสงค์ในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ซึ่งการเฝ้าระวังโรค เป็นการรวบรวม วิเคราะห์ และตีความข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ จำเป็นสำหรับการวางแผน การนำไปปฏิบัติ และการประเมินการปฏิบัติด้านสาธารณสุข (WHO)[1] กระบวนการทำงานของระบบเฝ้าระวังที่สำคัญ คือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลข้อมูล และการกระจายข้อมูลสู่ผู้ที่ต้องการนำข้อมูลไปใช้ การเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก เป็นการเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillance) ที่มีการรายงานเป็นปกติประจำต่อเนื่อง โดยผู้รับรายงานอาจเป็นผู้ที่ทำการจัดตั้งระบบ เพื่อรองรับให้ผู้ให้บริการสุขภาพเป็นผู้รายงานเหตุการณ์เข้าระบบ เนื่องจากกฎหมายกำหนดไว้ โดยผู้ให้บริการตามสถานบริการสาธารณสุขทำการบันทึกข้อมูลตามรายงาน และเมื่อพบโรคไข้เลือดออกที่อยู่ในข่ายการเฝ้าระวัง จึงรวบรวมส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบตามเครือข่ายการเฝ้าระวัง การเฝ้าระวังแบบนี้มักจะได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน[2] ผู้รับผิดชอบต้องคอยตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ

ระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการทำงานร่วมกันขององค์ประกอบต่าง ๆภายใต้การบริหารจัดการระบบโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และใช้โปรแกรมรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) หรือ R506 เป็นเครื่องมือในการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยพบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกดังกล่าวฯ ย้อนหลังมากกว่า 20 ปี ทั้งนี้ในระหว่างการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีปัญหาและอุปสรรคที่ต้องดำเนินการแก้ไขในแต่ละช่วงเวลา เช่น บุคลากรของสถานพยาบาลบางแห่งไม่ส่งรายงาน เนื่องด้วยการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน หรือมีภาระงานอื่นที่ไม่สามารถดำเนินการส่งรายงานได้ ปัญหาการรายงานข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ปัญหาของเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์มีสมรรถนะที่ไม่เหมาะสมต่อการทำงาน หรือโปรแกรมที่ใช้ขัดข้องอยู่ระหว่างรอการแก้ไข ตลอดจนการขาดการกำกับติดตามการรายงานของในระดับต่างๆ เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวัง โดยสะท้อนไปยังคุณภาพของข้อมูลว่าสามารถเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก เป็นกลวิธีหนึ่งที่ทำให้ทราบกระบวนการของการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรค ศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณและคุณลักษณะเชิงคุณภาพ อีกทั้งเป็นการศึกษาเพื่อทราบความจำเป็นในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคให้มีประสิทธิภาพ[3]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพ สามารถค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และช่วยในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคได้อย่างทันท่วงที ส่งผลไม่ให้เกิดการระบาดของโรคในพื้นที่เป็นวงกว้าง และนำไปสู่การพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังโรคอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาขั้นตอนการรายงานโรคของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี

2. เพื่อประเมินคุณลักษณะเชิงปริมาณระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี

3. เพื่อประเมินคุณลักษณะเชิงคุณภาพระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี โดยศึกษาขั้นตอนการรายงานโรคของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก และประเมินผลคุณลักษณะเชิงปริมาณ คุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวัง[3,4]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ของจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 4 แห่ง โดยสุ่มเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง จากนั้นดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. ประเมินคุณลักษณะเชิงปริมาณ ดำเนินการสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยตามรหัส ICD-10 ที่กำหนด ดังนี้ A90, A91, A99, R50.9, B34.9, J11–20 ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลระหว่าง 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2566 เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506)

ใช้กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณโดยใช้สูตร

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

โดย n = ขนาดตัวอย่าง, $Z_{\alpha/2}$ = 1.96, d = 5%, P = 0.57 อ้างอิงจากการศึกษาของ ทัศนีย์กรภูษา[5] ดังนั้นขนาดตัวอย่างสำหรับศึกษาคิดเป็น 377 ตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด-ต่ำสุด และค่าสัดส่วน โดยการวิเคราะห์คุณลักษณะและตัวแปรที่ศึกษา ได้ปรับปรุงตามแนวทางของ European Centre for Disease Prevention and Control (CDC) ดังนี้

1.1 ความครบถ้วนหรือความไวของการรายงาน (Sensitivity) คือ สัดส่วนของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามนิยามการรายงานโรค ที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง (รง.506) คำนวณได้จาก

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่รายงานใน รง.506 และเข้าตามนิยาม x 100}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยาม ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่ศึกษา}}$$

= A/A+C x 100 (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

1.2 ค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value; PPV) คือ สัดส่วนของผู้ป่วยที่รายงาน ในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) ที่เข้าได้ตามนิยามผู้ป่วย จากผู้ป่วยที่รายงานในระบบ รง.506 ทั้งหมด คำนวณได้จาก

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่รายงานใน รง.506 ที่เข้าได้ตามนิยามรายงานโรค x 100}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่รายงานใน รง.506 ทั้งหมดในระยะเวลาที่ทาการศึกษา}}$$

= A/A+B x 100 (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

การศึกษาครั้งนี้จำแนกระดับความครบถ้วนของการรายงานและค่าพยากรณ์บวกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (1) ระดับดี ตั้งแต่ 70.0% ขึ้นไป (2) ระดับพอใช้ ระหว่าง 50 – 69.9% (3) ระดับต้องปรับปรุง ระหว่าง 0 – 49.9%

1.3 ความถูกต้อง (Accuracy) คือ ความถูกต้องของการบันทึก ตัวแปรต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ที่รายงานเข้าระบบเฝ้าระวัง (รง.506) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ (1) ความครบถ้วนของการบันทึกทุกตัวแปร ตาม รง.506 (2) ความถูกต้องของการบันทึกตัวแปร ดังนี้ ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ที่อยู่ (หมู่ที่ บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด) อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส วันเริ่มป่วย ประเภทผู้ป่วย (ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน) โดยเปรียบเทียบกับเวชระเบียน

1.4 ความเป็นตัวแทน (Representativeness) คือ ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เปรียบเทียบความต่างของสัดส่วนของตัวแปรที่กำหนด ระหว่างผู้ป่วยที่ได้จากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา กับที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ในระยะเวลาที่ศึกษา

1.5 ความทันเวลา (Timeliness) คือ การรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในระบบ รง.506 จากโรงพยาบาลที่รับการรักษา ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ทันเวลาภายใน 3 วัน และส่งถึง สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ได้ทันภายใน 7 วัน นับจากวันที่แพทย์วินิจฉัย คำนวณได้ดังนี้

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่รายงานใน รง.506 และส่งไปยัง สสจ.ภายใน 3 วัน (สครฯ 7 วัน) x 100}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่รายงานใน รง.506 ทั้งหมด}}$$

ตารางที่ 1 การคำนวณค่าความครบถ้วน หรือความไวและค่าพยากรณ์บวกของรายงาน

การรายงานในระบบเฝ้าระวัง	ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์นิยามผู้ป่วย	ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์นิยามผู้ป่วย	รวม
รายงานใน รง.506	A True Positive	B False Positive	A+B
ไม่รายงานใน รง.506	C False Negative	D True Negative	C+D
รวม	A+C	B+D	A+B+C+D

2. ศึกษาขั้นตอนการรายงานโรคของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก และประเมินคุณลักษณะเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบมีจุดประสงค์/เฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังไข้เลือดออกของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งๆ ละ 8 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 32 คน ประกอบด้วย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้บริหาร 2) แพทย์ 3) พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 4) พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน 5) พยาบาลแผนกฉุกเฉิน 6) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 7) ผู้ปฏิบัติงานระบาดวิทยา และ 8) เจ้าหน้าที่กลุ่มภารกิจงานบริการด้านปฐมภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อสอบถามข้อคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของผู้ถูกสัมภาษณ์ มีหัวข้อและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ได้แก่

2.1 ขั้นตอนการรายงานโรคหรือระบบข้อมูล (system description) วิเคราะห์ข้อมูล โดยการบรรยายระบบการรายงานของระบบเฝ้าระวังข้อมูลด้วยแผนภูมิ (flow chart)

2.2 ประเมินคุณลักษณะเชิงคุณภาพหรือคุณลักษณะของระบบ (qualitative attributes) ประกอบด้วย 1) การประเมินความง่าย (Simplicity) 2) การประเมินความยืดหยุ่น (Flexibility) 3) การประเมินความยอมรับ (Acceptability) 4) การประเมินความมั่นคง (Stability) 5) การนำไปใช้ประโยชน์ (Usefulness) วิเคราะห์โดยใช้วิธีแก่นสาระ (thematic analysis) และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

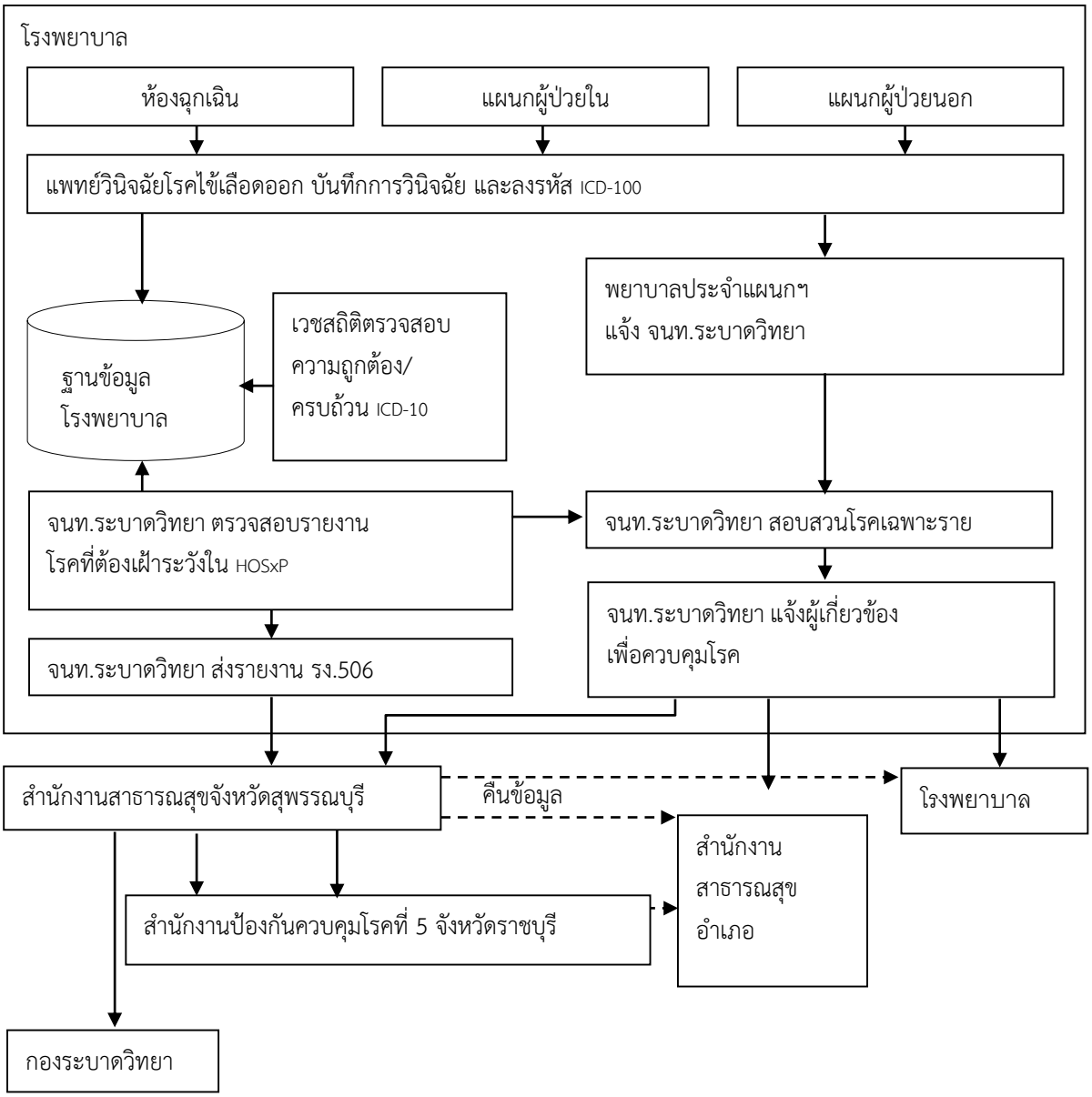
ผลการศึกษา

1. ขั้นตอนการรายงานโรคของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก (ตารางที่ 1)

2. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ จากการสำรวจและสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2566 จากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 โรงพยาบาลด่านช้าง และโรงพยาบาลอู่ทอง พบจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และนำมาทำการศึกษาในรายละเอียดคุณลักษณะเชิงปริมาณ จำนวน 377 ราย

ความไว (Sensitivity) และและค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value) ผลการศึกษาในรายละเอียดข้อมูลทางเวชระเบียนเปรียบเทียบกับข้อมูลการรายงาน รง.506 ซึ่งประเมินโดยใช้นิยามผู้ป่วยตาม นิยามการเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้านิยาม รง.506 จำนวน 30 ราย ความไว ร้อยละ 53.33 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ และจากรายงานผู้ป่วยที่ถูกรายงานใน รง.506 จำนวนทั้งหมด

16 ราย พบผู้ป่วยที่เข้าตามนิยามการเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยา จำนวน 16 ราย ค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 100 ซึ่งอยู่ในระดับดี (รายละเอียดดังตารางที่ 2)



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการรายงานโรคของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี

ตารางที่ 2 ความครบถ้วนหรือความไว (Sensitivity) และค่าพยากรณ์บวก (Positive predictive value) ของการรายงานโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี

การรายงาน	ทบทวนเวชระเบียน		รวม
ในระบบ รง.506	เข้านิยาม	ไม่เข้านิยาม	
รายงาน	A (16)	B (0)	A+B (16)
ไม่รายงาน	C (14)	D (347)	C+D (361)
รวม	A+C (30)	B+D (347)	A+B+C+D (377)

*Sensitivity = A/A+C*100 = 16/(16+14)*100 = 53.33%*

*Positive predictive value (PPV) = A/A+B*100 = 16/(16+0)*100 =100%*

ความถูกต้องของการรายงาน (Accuracy) จากข้อมูลรายละเอียดผู้ป่วยที่รายงานใน รง.506 เปรียบเทียบ กับข้อมูลที่ทำการสำรวจจากเวชระเบียน พบว่า ข้อมูลของผู้ป่วยที่รายงานเข้ามาในระบบ รง.506 ไม่มีการคลาดเคลื่อนของตัวแปร ทั้งตัวแปรที่อยู่ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส แผนกที่รักษา (ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน) และวันเริ่มป่วย ความถูกต้อง ร้อยละ 100

ความเป็นตัวแทน (Representativeness) จากการศึกษาโดยเปรียบเทียบข้อมูลที่รายงานในระบบ รง.506 กับรายละเอียดที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย โดยใช้ความเป็นตัวแทนเพศชายต่อเพศหญิง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าเท่ากัน โดยสัดส่วนเพศชายต่อหญิงในกลุ่มที่รายงานและในกลุ่มที่สำรวจ เป็น 1 ต่อ 0.60 ส่วนค่าเฉลี่ยอายุ พบในทั้งสองกลุ่มมีค่าเท่ากัน คือ 13 ปี

ความทันเวลา (Timeliness) พบว่า มีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ด้วยระบบเฝ้าระวังเร่งด่วนที่ต้องรายงานภายใน 24 ชั่วโมง ทันตามเวลาที่กำหนด จำนวน 16 ราย คิดเป็นความทันเวลา ร้อยละ 100

3. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ (Qualitative Attribute) จากการสัมภาษณ์สอบถามข้อคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยใช้วิธีแก่นสาระ และการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ระบบการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ของจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillance) ซึ่งเป็นระบบเฝ้าระวังที่มีการรายงานเป็นปกติประจำ (ต่อเนื่อง) เป็นการเฝ้าระวังเชิงรับ โรงพยาบาลเป็นผู้ให้บริการตรวจรักษาและรายงานเหตุการณ์ การรายงานเหตุการณ์ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการมีกฎหมายกำหนดไว้ ในเรื่องการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ในกรณีของโรคไข้เลือดออก และมีคุณลักษณะเชิงคุณภาพ ดังนี้

การยอมรับในระบบการเฝ้าระวัง (Acceptability) พบว่า บุคลากรแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลให้ความยอมรับในการรายงานข้อมูลที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก เนื่องจากเจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญของการรายงานโรค ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่า “การรายงานที่มีคุณภาพและทันเวลา มีความสำคัญมากต่อการสอบสวนป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก” แพทย์ผู้รักษาให้ความเห็นว่า “ส่งผลให้รักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้ถูกต้อง ปลอดภัย และลดการเสียชีวิต” และเกิดการยอมรับในความน่าเชื่อถือของข้อมูล เนื่องด้วยข้อมูลการรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก เกิดจากแพทย์วินิจฉัย ร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีการตรวจสอบความถูกต้อง จากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ

ความยั่งยืนของระบบเฝ้าระวัง (Stability) พบว่า ด้านบุคลากรนั้น ไม่บ่อยนักที่โรงพยาบาลจะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ในระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก เนื่องจากถูกมองว่า ต้องใช้ความชำนาญ อย่างน้อยผู้รับผิดชอบงานควรผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรระบาดวิทยา และมีความเสียสละในการปฏิบัติหน้าที่ การปฏิบัติงานช่วงวันหยุดราชการยังสามารถรายงานโรคไข้เลือดออกได้ภายในสามชั่วโมง บางโรงพยาบาลมีการจัดเวรรับผิดชอบในการรายงานโรค ด้านการดำเนินงานมีแนวทางปฏิบัติ และกำหนดผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจน การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารจึงไม่อาจส่งผลกระทบต่อระบบ แต่อาจมีประเด็นที่มีผลกระทบ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนการวินิจฉัย ซึ่งขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหาร ทั้งนี้ ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกที่มีคุณภาพได้ เมื่อมีความต้องการใช้ข้อมูล ทั้งจากผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา จากแผนกเวชระเบียนหรือผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศ หรือจากการนำเสนอสถานการณ์โรคติดต่อในที่ประชุม

ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity) พบว่า ผู้ปฏิบัติงานสามารถอธิบายระบบเฝ้าระวังได้

แสดงถึงความเข้าใจในโครงสร้างของระบบการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ทำงานได้อย่างเป็นระบบ ทั้งด้านการเฝ้าระวัง ค้นหาผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลก่อนการรายงาน มีการประสานงานไปยังพื้นที่ให้ผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนรับทราบและร่วมดำเนินการควบคุมโรค ด้านการสืบค้นข้อมูล เจ้าหน้าที่สารสนเทศหรือเวชระเบียนของโรงพยาบาลสามารถสนับสนุนการสืบค้นข้อมูลตาม ICD-10 ที่กำหนดได้ มีโปรแกรมหรือระบบที่เอื้อต่อการส่งออกรายงานจากโปรแกรม HOSxP มาสู่โปรแกรม รง.506 และสามารถส่งออกข้อมูลได้ทุกวัน ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ให้ความเห็นว่า “ระบบรายงานไม่ซับซ้อน ใช้งานง่าย เข้าใจง่าย เจ้าหน้าที่สามารถทำงานแทนกันได้” เนื่องจากมีระบบพี่สอนน้อง และมีแนวทางการปฏิบัติงานพร้อมคู่มือการใช้งานที่สามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง

การยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง (Flexibility) พบว่า มีความยืดหยุ่นค่อนข้างมาก สามารถใช้ร่วมกับการเฝ้าระวังโรคติดต่อโรคอื่นได้ เช่น ไข้หวัดใหญ่ อีสุกอีใส และ มือเท้าปาก เป็นต้น โรงพยาบาลมีช่องทางการรายงานโรคไข้เลือดออกให้เครือข่ายทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลทราบ ได้หลากหลายช่องทาง ได้แก่ การรายงานผ่านกลุ่มไลน์ การโทรศัพท์แจ้ง และรายงานโดยใบรายงาน 506 ส่งผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น กรณีข้อมูลต้นทางมีการเปลี่ยนแปลง เจ้าหน้าที่สามารถแจ้งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อเปลี่ยนแปลงข้อมูลได้

การนำไปใช้ประโยชน์ (Usefulness) พบว่า งานระบาดวิทยา มีการเรียกค้นข้อมูลการรายงาน 506 ของโรคที่ต้องเฝ้าระวังหรือโรคที่กำลังระบาดในช่วงเวลานั้น ๆ นำไปวิเคราะห์ นำเสนอให้ผู้บริหารและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเฝ้าระวังดำเนินการติดตามสถานการณ์ ควบคุมโรค และแจ้งเตือนประชาชนในการป้องกันการเกิดโรคในครอบครัวหรือชุมชน อีกทั้งผู้มีหน้าที่ในการรักษาพยาบาลมีการใช้ข้อมูลในการประเมินผู้ป่วยที่มารับการรักษาโดยดูแนวโน้มการระบาด และการสนับสนุนข้อมูลให้กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อใช้ในการวางแผนปฏิบัติงาน แต่การนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ยังสามารถทำได้ยาก ต้องใช้ความสามารถด้านการใช้โปรแกรมต่างๆ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งหากผู้วิเคราะห์ข้อมูลไม่ใช่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา จะยากต่อการปฏิบัติ หรือผลที่ได้อาจผิดพลาด

สรุปและอภิปรายผล

1. ระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี จากการประเมิน พบว่า เป็นการเฝ้าระวังเชิงรับ ซึ่งเป็นระบบเฝ้าระวังที่มีการรายงานเป็นปกติประจำและต่อเนื่อง เนื่องมาจากการมีกฎหมายกำหนดไว้[6] มีการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอนการเฝ้าระวัง กระบวนการจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการแปรผลข้อมูล อย่างเป็นระบบ โดยมีการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน การจัดทำและการประเมินผล มาตรการป้องกัน และควบคุมปัญหาสาธารณสุขได้ ซึ่งจากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ระบบเฝ้าระวัง มีความไวระดับพอใช้ คือ ร้อยละ 53.33 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับค่าพยากรณ์เชิงบวกของระบบเฝ้าระวัง พบว่ามี ค่าที่สูงถึง ร้อยละ 100 ซึ่งน่าจะเกิดจากการเปิดโอกาสให้มีการรายงานแบบไม่เป็นทางการ เช่น ไลน์ส่วนตัว กลุ่มไลน์ และโทรศัพท์ เสริมระบบรายงานปกติ (รง. 506) ทำให้มีการรายงานโรคได้ ตั้งแต่สงสัยว่าจะเป็นโรคไข้ไข้เลือดออก อีกทั้ง เกิดจากความตระหนักของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ดังนั้น การมีระบบการจัดเก็บได้ดีและมีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ดี และการมีระบบรายงานกรณีเร่งด่วน จะช่วยให้เกิดมาตรการการป้องกันและการควบคุมโรคที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ประดิษฐ์ นิรัติศัย[7] ที่ทำการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง และทัศนีย์กร ภูษา[6] ที่ทำการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

2. คุณลักษณะเชิงปริมาณและคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก รวมทั้งประโยชน์ของระบบ จากการประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ มีความครบถ้วนหรือความไวของการรายงานอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากช่วงปี 2566 อยู่ในช่วงฟื้นฟูกิจกรรมต่างๆ หลังสถานการณ์โควิด 19 เจ้าหน้าที่มีภาระงานอื่นในนโยบายเร่งด่วนร่วมด้วย เช่น การเร่งรัดการให้บริการวัคซีน และการคัดกรองโรคตามนโยบาย เป็นต้น จึงอาจเป็นสาเหตุให้ไม่ได้ส่งรายงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนีย์กร ภูษา[6] ที่ทำการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น และความเข้าใจความคลาดเคลื่อนของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นิยามผู้ป่วย เป็นต้น ทั้งนี้ระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกที่มีค่าความไวที่สูง จะส่งผลให้ระบบสามารถตรวจจับและเตือนภัยได้เร็ว ซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ทันท่วงที สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญรัก ธำรงลักษณ์กุล และกรรณิการ์ พินิจ[7] ที่ทำการประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยากลุ่มโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลศูนย์ระยอง ปี พ.ศ. 2558 ส่วนค่าพยากรณ์เชิงบวกของระบบเฝ้าระวัง พบว่า มีค่าที่สูงถึง ร้อยละ 100 แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีประเด็นในขั้นตอนการดำเนินงานที่ต้องมีการพัฒนา เช่น การที่ให้มีการรายงานได้ตั้งแต่สงสัยว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคไข้เดงกี ไข้เลือดออก หรือไข้เลือดออกช็อก ซึ่งควรมีการติดตามผลการวินิจฉัย สุดท้ายจากแพทย์ เพื่อความถูกต้องของข้อมูลต่อไป สำหรับความถูกต้องของการรายงาน พบว่า ทุกตัวแปรมีความถูกต้อง ร้อยละ 100 เนื่องด้วยมีการตรวจสอบความถูกต้อง จากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับก่อนการรายงาน และความเป็นตัวแทนของผู้ป่วยจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเป็นตัวแทนของสถานการณ์จริงได้ สังเกตได้จากสัดส่วนเพศชายต่อหญิงและอายุเฉลี่ยในกลุ่มผู้ป่วยตามรายงานและการสำรวจ มีค่าเท่ากัน คือ 1: 0.60 และ 13 ปี ตามลำดับ และความทันเวลา พบว่า มีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ภายใน 24 ชั่วโมงทันตามเวลาที่กำหนด ร้อยละ 100

สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ การยอมรับในระบบการเฝ้าระวัง การใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง ความยั่งยืนของระบบเฝ้าระวัง ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง การยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวังทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการยอมรับนั้น สามารถนำมาใช้ประโยชน์ ในการสอบสวนและควบคุมโรคได้ รวมถึงส่งผลให้รักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้ถูกต้อง ปลอดภัย และลดการเสียชีวิต เพราะมีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ยอมรับของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ยอมรับในความน่าเชื่อถือของข้อมูล เนื่องด้วยข้อมูลการรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก เกิดจากแพทย์วินิจฉัย ร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีการตรวจสอบความถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ ทุกคนสามารถทำได้เนื่องจากแบบรายงานไม่ซับซ้อน ระบบเฝ้าระวังมีความยืดหยุ่นค่อนข้างมากเพราะสามารถรายงานผ่านช่องทางที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่ และระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกสามารถใช้ร่วมกับการเฝ้าระวังโรคติดต่อโรคอื่นได้ และมีการนำข้อมูลที่ได้จากระบบการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกมาใช้ประโยชน์ แต่การนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ยังสามารถทำได้ยาก ต้องใช้ความสามารถด้านการใช้โปรแกรมต่างๆ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ยากต่อการปฏิบัติ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังไปพร้อมกับการพัฒนาของเทคโนโลยีจึงมีความสำคัญ การเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสาร กระจายข่าวได้ทุกที่ ทุกเวลา ส่งผลให้เกิดความ สะดวก และง่ายต่อการใช้และเข้าถึง ซึ่งเป็นการเพิ่มวิธีการควบคุมของโรคอีกทางหนึ่งและสามารถนำข้อมูลในระบบมาวางแผนในการควบคุมในเชิงพื้นที่ได้ เพื่อจะได้วางแผนป้องกันตนเองและครอบครัวได้ทันเหตุการณ์ เป็นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเข้ามาช่วยในการจัดการระบบการเฝ้าระวัง สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษรินทร์ ชาวเกวียน[9] และคณะที่ทำการศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการแพร่

ระบาดของโรคไข้เลือดออกด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ กรณีศึกษา ตำบลศีรษะทอง จังหวัดนครปฐม

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่า ระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี มีความไวระดับพอใช้ เนื่องจาก การไม่ส่งรายงาน ด้วยเหตุที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาล มีภาระงานมาก ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควรทบทวนภาระงานของผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา และกำหนดให้งานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเป็นความสำคัญอันดับแรกที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน

2. จากการศึกษาพบว่า ระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี มีความไวระดับพอใช้ เนื่องจาก ความเข้าใจความคลาดเคลื่อนของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น โรงพยาบาลทุกแห่งควรจัดให้มีการทบทวน ขั้นตอนการดำเนินงาน องค์ความรู้เรื่องไข้เลือดออก และสร้างความตระหนักในความสำคัญของระบบเฝ้าระวัง แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล

3. จากการศึกษาพบว่า การนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ยังสามารถทำได้ยาก ต้องใช้ความสามารถด้านการใช้โปรแกรมต่างๆ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งหากผู้วิเคราะห์ข้อมูลไม่ใช่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา จะยากต่อการปฏิบัติหรือผลที่ได้อาจผิดพลาด ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จึงควรพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปที่สามารถช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น สำหรับการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Public health surveillance. boob, http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/

2.วรางคณา จันทรสุข. (2561). การประเมินระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์กรมควบคุมโรคปี พ.ศ. 2561. นนทบุรี.

3.ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. (2551). แนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุข(พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี.

4.Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Evaluating Surveillance Systems, https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769.htm

5.ทัศนีย์กร ภูษา. (2564). การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. เผยแพร่ผลงานวิจัย. โรงพยาบาลชุมแพ, https://cphos.go.th/new-cphos/announce_details.php?anncode=VkZod1NtVUQVDA9&status=active

6.กองกฎหมาย. (2563). พระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ.2558 พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี

7.ประดิษฐ์ นิรัติศัย. (2560). การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง. วารสารสาธารณสุขภาคเหนือ,; 4(2) : 30-39.

8.บุญรัก ธำรงลักษณ์กุล และกรรณิการ์ พินิจ. (2558). การประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยากลุ่มโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลศูนย์ระยอง ปี พ.ศ. 2558. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 48 : 31 – 39. 2560.

9.เกษรินทร์ ชาวเกวียน และคณะ. (2560). การศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ กรณีศึกษา: ตำบลศีรษะทอง จังหวัดนครปฐม. รายงานสืบเนื่องประชุมสัมมนาวิชาการ (Proceedings) การนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 17. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน: กรณีศึกษา

Nursing Care of Septic shock induce Acute Kidney Injury Patient : Case study

(Received: March 13,2024 ; Revised: March 17,2024 ; Accepted: March 18,2024)

พรทิพา พรรณนา[1]
Pornthipa Phanna[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบ: กรณีศึกษา 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบ กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์วินิจฉัยเป็น Septic shock โดยเน้นการให้ออกซิเจน การให้สารน้ำอย่างพียงพอ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด เพื่อเพิ่มความดันโลหิต การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะที่รวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักวิกฤต มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ลักษณะคล้ายกัน คือ ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย มีภาวะเลือดเป็นกรด มีภาวะโพแทสเซียมในร่างกายสูง ได้รับการรักษาเหผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) ผู้ป่วยรายที่ 1 ญาติตัดสินใจในการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องหลังจากที่แพทย์ให้ข้อมูลทันที ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ญาติไม่สามารถตัดสินใจได้ ระยะเวลาที่รอญาติตัดสินใจในการรักษาบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องประมาณ 4 ชั่วโมง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คล้ายคลึงกัน แต่ความรุนแรงของโรค มีความแตกต่างกัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะไตวายเฉียบพลัน

Abstract

This study was comparative case study of 2 patients. The objective is to study and compare the nursing process of patients with septic shock combined with acute renal failure: 2 case studies selected specifically in patients with There was septic shock combined with acute kidney failure. A case study of 2 cases admitted to the medical intensive care unit. Khon Kaen Hospital By collecting information from illness history, treatment, medical records, interviews, and health status assessments. Formulating nursing diagnoses by collecting information from illness history, treatment, medical records, interviews, and evaluating health conditions, analyzing and comparing general information. Nursing diagnosis and nursing outcomes.

The results of the study found that The doctor diagnosed it as Septic shock, emphasizing the administration of oxygen. Providing adequate fluids Giving drugs to stimulate blood vessel contraction to increase blood pressure Sending blood for culture testing Prompt administration of antibiotics within 1 hour of diagnosis resulted in both patients being admitted to the intensive care unit. There were complications from septic shock. A similar characteristic is the condition of waste accumulation in the body. Have acidosis Having high potassium in the body Patients were treated with continuous renal replacement therapy (CRRT).

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Patient 1's relatives decided to continue treatment with kidney replacement therapy after the doctor immediately provided the information. As for the second patient, relatives were unable to make a decision. The waiting time for relatives to decide on kidney replacement therapy was approximately 4 hours, although both patients had similar complications. But the severity of the disease There is a difference.

Keywords: nursing, Septic shock, Acute Kidney Injury

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นผลมาจากการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรง และต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) ซึ่งนำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีการดำเนินการของโรคที่รวดเร็ว รุนแรง และมีอัตราการเสียชีวิตสูง จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า มีผู้ป่วย sepsis ประมาณ 175,000 รายต่อปี และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 45,000 รายต่อปี อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย sepsis ร้อยละ 40 ในผู้ใหญ่ และร้อยละ 35 ของผู้ป่วย septic shock [1] ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดคือภาวะไตวายเฉียบพลัน (sepsis-induced acute kidney injury: SIAKI)[2] โดยร้อยละ 60 ของผู้ป่วยวิกฤตเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากการติดเชื้อในกระแสเลือด สงผลให้อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น 1 เท่า หากเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมด้วย[3] ดังนั้น ภาวะไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดเป็นภาวะวิกฤตเร่งด่วนคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย โดยร้อยละ 70 รักษาในหอผู้ป่วยหนัก และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง(Continuous Renal Replacement Therapy: CRRT)

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับติติยภูมิ ขนาด 1,238 เตียง มีเตียงผู้ป่วยวิกฤตรวมทุกแผนก 189 เตียง เตียงผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 59 เตียง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายเขตสุขภาพในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิและความเชี่ยวชาญระดับสูงในการรับส่งผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่นและในเขตสุขภาพที่7 จากข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 มีผู้ป่วย sepsis with septic shock จำนวน 1,052, 1406, 1321ราย (ข้อมูล Health data center: HDC) ปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 อัตราการเกิดภาวะ septic shock ในผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis 11.78, 10.02, 12.92 ตามลำดับ ร้อยละการเข้าถึง ICU ภายใน 3 ชั่วโมง 16.48, 6.98, 34.10 ตามลำดับ[4] และอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงในโรงพยาบาลขอนแก่นปี พ.ศ. 2564-2566 คือ 53.80, 52.77, 45.80 ตามลำดับ (ข้อมูล Health data center: HDC) แผนบริการสุขภาพผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลขอนแก่น มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และมุ่งเน้นกระบวนการจัดการแบบเร่งด่วน (Sepsis Fast track) การนำใช้ NEWS screening sepsis และการนำใช้มาตรฐานการพยาบาล กำหนดผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Case Manger)

กลุ่มผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน เป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ขึ้นกับปัจจัยด้านอายุ แหล่งการติดเชื้อ และสุขภาพเดิมของผู้ป่วย[5,6] จากความสำคัญดังกล่าว พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย[7] เนื่องจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

อย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงที่ ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ ทักษะในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที ในภาวะเร่งด่วน[8] ตลอดจนทักษะและความชำนาญในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำการศึกษาผู้ป่วยเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจและได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (Continuous Renal Replacement Therapy: CRRT) กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที ในภาวะเร่งด่วน ตลอดจนทักษะและความชำนาญในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำการศึกษาผู้ป่วยเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบ: กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการ

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการพยาบาลและแนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ FANCAS[9] วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบกรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่1) ข้อมูลทั่วไปและการรักษา 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามแนวคิด FANCAS และ3) ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามแนวคิด FANCAS จากข้อมูลข้างต้น สามารถนำมาประเมินด้วยแนวคิดทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิด FANCAS ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เน้นลำดับปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของร่างกาย ทำให้ประเมินปัญหาได้รวดเร็วและครอบคลุมปัญหาที่คุกคามกับชีวิตของผู้ป่วย มีลำดับการประเมินดังนี้ ด้านความสมดุลของน้ำ (Fluid balance) ด้านการหายใจ (Aeration) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการติดต่อสื่อสาร (Communication) ด้านการทำกิจกรรม (Activity) และด้านการการกระตุ้น (Stimulation)[9] ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามแนวคิด FANCAS [9,10]

แนวคิด FANCAS	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
F: Fluid balance สมดุลน้ำ	-มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) -มีภาวะของเสียคั่งในเลือด เนื่องจากภาวะไตวายเฉียบพลัน	-มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) -มีภาวะของเสียคั่งในเลือด เนื่องจากภาวะไตวายเฉียบพลัน
A: Aeration การหายใจ	-ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีภาวะเลือดเป็นกรด	-ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีภาวะเลือดเป็นกรด
N: Nutrition โภชนาการ	-เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง	-เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง
C: Communication การติดต่อสื่อสาร	ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต -ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต
A: Activity การทำกิจกรรม	-พร่องสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อย	-พร่องสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อย
S: Simulation การกระตุ้น	-มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	-มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จากการประเมินด้วยแนวคิดทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิด FANCAS มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต สามารถสรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

ตาราง 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล[9,10]

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	**กรณีศึกษารายที่ 2**	
1.ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีภาวะเลือดเป็นกรด	1.ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีภาวะเลือดเป็นกรด	1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้าเขียว ลักษณะการหายใจ และระดับความรู้สึกตัว 2.Monitor EKG ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพและ O2 sat ทุก 15 นาที – 1 ชั่วโมง 3.ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากภาวะเลือดเป็นกรดโดยประเมินระดับความรู้สึกตัว 4.ดูแลและตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ไม่ให้สาย circuit หักพับงอ เทน้ำใน water trap อย่างน้อย 2-4 ชั่วโมง และปรับ Mode setting ตามแผนการรักษา 5. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา sedative drug เพื่อลดอาการต้านเครื่องช่วยหายใจ โดยให้ fentanyl (10:1) iv drip ตามแผนการรักษา

ตาราง 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล[9,10]

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
		7.ดูแลให้ยา 7.5% NaHCO3 ตามแผนการรักษาเพื่อรักษาสภาวะกรดในเลือด 8. ส่งและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะก๊าซในหลอดเลือดแดงและ serum lactate 9.ดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) 10.ดูแลดูดเสมหะด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซ
2. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	2. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	1.Monitor EKG ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 – 30 นาที keep MAP ≥ 65 mmHg และประเมิน NEWS เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะช็อก 2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ คือ Acetar 1,000 ml v drip 60 ml/hr. 3. ดูแลให้ได้รับยาเพิ่มความดัน คือ Levophed 8 mg + 5%DW 100 ml v. drip 20 ml/hr. และปรับขนาดยาเพื่อ keep BP> 90/60 mmHg หรือ MAP ≥65 mmHg ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มเลือดให้ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ดีขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัว เส้นเลือดส่วนปลายหดรัดตัว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หลอดเลือดไตขยายเป็นผลให้เลือดไปเลี้ยงไตมากขึ้น เพิ่มอัตราการกรองและปริมาณปัสสาวะ 4.ดูแลให้ Hydrocortisone 200 mg + 5% DW 200 ml iv drip 4 ml/hr ตามแผนการรักษา 5.Record urine out put keep > 0.5 ml/kg/hr. 6.ลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวการณ์ติดเชื้อเพิ่มขึ้น ใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานและเทคนิคปลอดเชื้อต่างๆ 7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Meropenam 1 gm. IV. Stat then ทุก 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ผู้ป่วยมีภาวะของเสียคั่งในเลือด เนื่องจากภาวะไตวายเฉียบพลัน	3. ผู้ป่วยมีภาวะของเสียคั่งในเลือด เนื่องจากภาวะไตวายเฉียบพลัน	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการแสดงของของเสียคั่งในร่างกาย เช่น หายใจหอบเหนื่อย ซึมลง ปัสสาวะออกน้อยหรือไม่ออก 2. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ 3. ขณะทำ CRRT Monitor EKG บันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาที และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) 4. Record urine out put keep > 0.5 ml/kg/hr. 5.ใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึกน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง 6.เตรียมความพร้อมของยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินระหว่างการการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT)
4. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia)	4. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง(Hyperkalemia)	1.Monitor EKG บันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะ EKG ที่ผิดปกติจาก Hyperkalemia 2.ดูแลให้ยา 7.5%NaHCO3 และ 10% calcium gluconate ตามแผนการรักษา 3.ติดตามผล Electrolyte ตามแผนการรักษา 4.บันทึก Intake / Output ทุก 8 ชั่วโมง เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์

ตาราง 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล[9,10]

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	**กรณีศึกษารายที่ 2**	
		5.ดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT)
5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต	5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต	1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ให้ความเป็นกันเอง ให้ความเชื่อมั่นในการพยาบาล 2.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคในการดูแลรักษา ความจำเป็นในการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ 3.เปิดโอกาสให้ญาติได้พบแพทย์เจ้าของไข้เพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ 4.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและด้วยความเต็มใจ 5.ใหญาติเข้าเยี่ยมตามเวลาที่ทางหอผู้ป่วยกำหนด ครั้งละ 1 ชม. วันละ 3 ครั้ง และเมื่อญาติมีความจำเป็นต้องเข้าเยี่ยมผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย 6.ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ คอยสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างม่ำเสมอ 7.ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน พบว่า จากการเปรียบเทียบกับแนวปฏิบัติของการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 2 ราย กับแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลมีความสอดคล้องกัน มีการนำใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Protocol sepsis) ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรกรับที่ รพช. ซึ่งแพทย์วินิจฉัยเป็น Septic shock โดยเน้นการให้ออกซิเจน การให้สารน้ำอย่างพียงพอ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด เพื่อเพิ่มความดันโลหิต การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะที่รวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักวิกฤต มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ลักษณะคล้ายกัน คือ ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย มีภาวะเลือดเป็นกรด มีภาวะโพแทสเซียมในร่างกายสูง ได้รับการรักษาผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) ผู้ป่วยรายที่ 1 ญาติตัดสินใจในการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องหลังจากที่แพทย์ให้ข้อมูลทันที ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ญาติไม่สามารถตัดสินใจได้ ระยะเวลาที่รอญาติตัดสินใจในการรักษาบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องประมาณ 4 ชั่วโมง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คล้ายคลึงกัน แต่ความรุนแรงของโรค มีความแตกต่างกัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจากมีการดำเนินการของโรคที่รวดเร็ว เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ผลจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อส่งผลให้ร่างกายมีระดับความดันโลหิตลดต่ำผิดปกติ จนเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ไม่เพียงพอ ทำให้อวัยวะทำงานลดลงหรือทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดอวัยวะที่

สำคัญล้มเหลวหลายระบบ เช่น ไตวายเฉียบพลัน การหายใจล้มเหลว ภาวะเลือดเป็นกรดที่รุนแรงจากกรดแลกติกในเลือดคั่ง บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในช่วงที่รักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและได้รับการรักษาด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจและได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (Continuous Renal Replacement Therapy: CRRT)[2] มีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการของโรค การประเมินอาการผู้ป่วย อาการเปลี่ยนแปลง รวมถึงทักษะและความชำนาญในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์เพื่อจะดูแลให้ผู้ป่วยรอดพ้นระยะวิกฤตและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน[11]

ข้อเสนอแนะ

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วย Sepsis เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักวิกฤตตั้งแต่แรกรับทุกราย (Sepsis Fast track) เพิ่มการนำใช้ NEWS ในจังหวัดขอนแก่น พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักวิกฤตควรผ่านการอบรมเฉพาะทางหลักสูตรวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย หากผู้ป่วยกลับบ้าน มีการติดตามและประสานโรงพยาบาลใกล้บ้านในการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี Sepsis

เอกสารอ้างอิง

1.ข้อมูลตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขhttps://hdcservice.moph.go.th

2. Srisawat N, Peerapornratana S,Tiranathanagul K, Praditpornsilpa K,Tungsanga K, Eiam-ong S. CRRT continuousrenal replacement therapy. 2nd ed. Bangkok,Thailand: Text and Jounal PublicationCompany Limited; 2018)

3. (Romagnoli S, Ricci Z, Ronco C. CRRT for sepsis-induced acute kidney injury.Curr Opinion Crit Care 2018;24(6):483-92)

4. งานจัดการสารสนเทศ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น : (เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2567)

5. นนทรัตน์ จำเริญวงค์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563;7(3):319-29

6. เอกรินทร์ ภูมิพิเชษฐ์. สาระสำคัญของ Surviving Sepsis Campaign guideline 2012. ในเอกรินทร์ ภูมิพิเชษฐ์. บรรณาธิการ.เวชบำบัดวิกฤตพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: บิยอนเอนเตอร์ไพรซ์; 2556. หน้า 259-306.

7. Dellinger R.P, Levy M.M, Rhodes A, et al. Surviving Sepsis Campaign international guideline for management of severe sepsis and septic shock 2021. Critical Care Medicine 2013;41(2):580-637.

8. กนกพร เทียนคำศรี และธนพล บรรดาศักดิ์.(2562). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. วารสารศูนย์การแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 36(4): 347-355.

9. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. การประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤต: FANCAS ใน สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, กาญจนา สิมะจารึก, เพลินตา ศิริปการและชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ). การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2556. หน้า 1-32.

10.วิจิตรา กุสุมภ์. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล: การนำไปใช้ในคลินิก. กรุงเทพ: บพิธการพิมพ์; 2552.

11. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์; 2560.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patient acute ischemic stroke Receiving antithrombolytic: Case study 2 case

(Received: March 12,2024 ; Revised: March 14,2024 ; Accepted: March 15,2024)

อำนาจ พิมพาต[1]
Amnat Pimpat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลาย ลิ่มเลือด โดยศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่ได้รับยา ละลายลิ่มเลือด 2 ราย เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ และ วางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสามารถให้การรักษาได้ โดยความรวดเร็ว ในการรักษาถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะยิ่งปล่อยไว้ จะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาภายใน ระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมงยาที่แพทย์มักใช้ในการรักษาได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาเข้าระบบ stroke fast track และได้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน, การพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ABSTRACT

This study was case study aimed to study nursing patients with acute ischemic stroke patients receiving thrombolytic drugs. Data were collected included Data record form Gather information from patient medical records. Relative interviews and observations Analyze comparative data and nursing planning using a nursing process.

The results of the study found that Treatment of ischemic stroke Currently, ischemic stroke can be cured. by speed In treatment is the most important thing. Because the more you leave it Will cause more damage to the brain. Need to be treated within a period of 3-4.5 hours. Medicines that doctors often use for treatment include: Blood thinners Antiplatelet drugs Anticoagulants: Both patients received stroke fast track treatment and received rt-PA, a blood thinner.

Keywords: nursing care of ischemic stroke, nursing care of patient ischemic stroke Receiving antithrombolytic.

[1] พยบ. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลกเนื่องจากพบบ่อย มีผู้ป่วยจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายสูงการดำเนินโรคเฉียบพลัน ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย องค์การอัมพาตโลกรายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทั่วโลก พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 54.7 ล้านคน ในปีค.ศ. 1990 เป็น 101.5 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2019 พบความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5[1] มีแนวโน้มเพิ่ม ขึ้นทั้งจำนวนผู้ป่วยและการเสียชีวิต เนื่องจากประชากรทั้งโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้น และส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาได้มีการประมาณผู้ป่วย ที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2535 และ 2563[2] เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพาต หรือสโตรค เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดและหัวใจทั่วโลกราว 16.7 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนี้เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 5.5 ล้านราย ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ1,880 รายต่อแสนราย หรือร้อยละ 2 ปัจจุบันถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเพศหญิง อันดับสามในเพศชาย รองจากอุบัติเหตุและมะเร็ง และในทุกๆ 1 ชั่วโมง จะมีคนไทยมากกว่า 30 คน ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 3 รายต่อวัน และพิการจากโรคนี้มากกว่า 15 รายต่อวัน สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2562 (ข้อมูลจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก) ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคน (ทุกๆ 3 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน) และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข[3]

โรคหลอดเลือดสมอง(Cerebrovascular disease, Stroke)เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดในสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการทางกายที่แสดงออกให้เห็นและหาก อาการแสดงคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง อาจทำให้เสียชีวิตได้โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เกิด infarction หรือ hemorrhage[4]ซึ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ[5] ประเภทแรกคือIschemic Stroke เป็น “ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน” หรือ “ภาวะสมองขาดเลือด” พบได้ประมาณ 80% ของโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดจากการสะสมของคราบไขมัน หินปูน ที่ผนังหลอดเลือดชั้นในจนหนานูนแข็ง ขาดความยืดหยุน ทำให้รูของหลอดเลือดค่อยๆตีบแคบลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการลำเลียงเลือดลดลง หรืออาจเกิดจากลิ่มเลือดจากหัวใจ หรือการปริแตกของผนังหลอดเลือดหลุดมาอุดตันหลอดเลือดในสมองประเภทที่สองคือ Hemorrhagic Stroke เป็น “ภาวะหลอดเลือดสมองแตก” หรือ “ภาวะเลือดออกในสมอง” ส่งผลให้เซลล์สมองได้รับบาดเจ็บจากการมีเลือดคั่งในเนื้อสมองทำให้เนื้อสมองตายมักพบในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดมีความเปราะและโป่งพอง และสาเหตุอื่นๆ ที่พบได้ เช่น ภาวะโป่งพองของหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น โรคเลือด โรคตับ การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การได้รับสารพิษ การใช้สารเสพติด เป็นต้น และประเภทที่สามคือ Transient ischemic attack (TIA) เป็น “ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว” มีอาการคล้ายโรคสมองขาดเลือด แต่มีอาการชั่วคราวมักเป็นไม่เกิน 1 ชั่วโมง ประมาณ 15% ของผู้ป่วยที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว จะมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตามมาจึงถือเป็นภาวะเร่งดวนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เพราะมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้จากข้อมูลสถานการณในปี 2555 พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเป็นโรคที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตมากกว่าโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรียรวมกัน[6] นอกจากนั้นองค์การอนามัยโลก[4]ยัง

ระบุว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 15 ล้านคนต่อปี โดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาที จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2563 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า[3] สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่นปี 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมากถึง 2,989 ราย, 2,993 ราย และ 2,998 รายต่อปี ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตามระบบ stroke fast track ระยะเวลาเฉลี่ย Door to CT scan time เฉลี่ย 22.2 นาที ได้รับยา rt-PA 9.4% มีภาวะทุพลภาพลดลงหรือคงที่ 95% โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันก่อให้เกิดผลกระทบกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวอีกทั้งในระดับสังคมและประเทศชาติด้วยในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันมารักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก หากได้รับการรักษาไม่ทันท่วงทีอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือหากรอดชีวิต สวนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่เกิดกับตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเกิดกับผู้ดูแลด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วย การดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 2 ราย

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษาเลือกแบบเจาะจง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 2 ราย ที่ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ข้อมูลจากเวชระเบียน การสังเกต การซักประวัติจากญาติ โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนทั้ง 11 แบบแผน มาเป็นแนวทางในการประเมินสุขภาพ เพื่อนำไปใช้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลรักษาต่อเนื่อง จนกระทั่งระยะวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนการทำหน้าที่ด้านสุขภาพของกอร์ดอน Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินแบบองค์รวมคือ การประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแบบแผนสุขภาพสุขของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และให้ยาละลายลิ่มเลือด	ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และให้ยาละลายลิ่มเลือด
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ชอบรับประทานอาหารพื้นบ้านรสจัดครบ 3 มื้อ ตรงเวลา ดื่มสุราทุกวันตอนเย็น ขณะอยู่ รพ.ไม่สามารถกินข้าวเองได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	ชอบรับประทานอาหารพื้นบ้านรสจัดครบ 3 มื้อ ตรงเวลา ไม่ดื่มสุราขณะอยู่ รพ.ไม่สามารถกินข้าวเองได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแบบแผนสุขภาพสุขของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3. การขับถ่าย	ขับถ่ายได้เอง ปัสสาวะวันล่ะ 2-3 ครั้ง อุจจาระวันละ 1 ครั้ง ปกติ ขณะอยู่ รพ.ใส่สายสวนปัสสาวะ	ขับถ่ายได้เอง ปัสสาวะวันล่ะ 2-3 ครั้ง อุจจาระวันละ 1 ครั้ง ปกติขณะอยู่ รพ.ใส่สายสวนปัสสาวะ
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	อยู่บ้านสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองทุกอย่าง ไม่ได้ออกกำลังกาย ขณะอยู่ รพ. ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	อยู่บ้านสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองทุกอย่าง ไม่ได้ออกกำลังกาย ขณะอยู่ รพ. สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนเช่น แปรงฟัน ล้างหน้า บนเตียง
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนกลางคืนวันละ 6-8 ชม. ไม่ได้กินยานอนหลับ	นอนกลางคืนวันละ 6-8 ชม. ไม่ได้กินยานอนหลับ
6. เพศ และการเจริญพันธุ์	มีพฤติกรรมการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม ออกกำลังทำงานหนักๆได้ขณะอยู่บ้าน	มีพฤติกรรมการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม ออกกำลังทำงานหนักๆได้ขณะอยู่บ้าน
7. สติปัญญาและการรับรู้	เรียนจบชั้นประถมศึกษา สื่อสารได้เข้าใจ แต่ไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้	เรียนจบชั้นประถมศึกษา สื่อสารได้เข้าใจ พูดเป็นคำไม่สามารถพูดประโยคติดต่อกันได้
8. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ว่าตัวเองมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องโรคเส้นเลือดสมองตีบ มีสีหน้ากังวล กลัวไม่สามารถกลับไปเดินได้ปกติ	รับรู้ว่าตัวเองมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องโรคเส้นเลือดสมองตีบ มีสีหน้ากังวล กลัวไม่สามารถกลับไปทำงานได้เช่นเดิม
9. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นผู้นำครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมด 6 คน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัวดี	เป็นผู้นำครอบครัวทำหน้าที่หลักในการหาเลี้ยงครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมด 3 คน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัวดี
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	เวลามีปัญหาในครอบครัวจะปรึกษากันตลอด	เวลามีปัญหาในครอบครัวจะปรึกษากันตลอด
11. ค่านิยมและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อวิถีพุทธ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อวิถีพุทธ

นำผลการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทั้ง 11 แบบแผน มาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัญหาทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัย และแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	รายที่1	รายที่2
ระยะที่ 1 คือ การพยาบาลระยะวิกฤต		
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1		
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) หรือภาวะสมองถูกทำลายซ้ำ เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบตัน	มี	มี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2		
เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออก ง่ายหยุดยาก	มี	มี
ระยะที่2 คือ การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง		
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1		
การช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงและเสียความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	มี	มี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2		
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการนอนนานเนื่องจากการเคลื่อนไหว ร่างกายบกพร่อง ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติด ข้อไหล่เคลื่อน	มี	มี
ระยะที่3 คือ การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน		
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1		

ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยกลัวผู้ป่วยพิการ ท างานไม่ได้	มี	มี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออก ง่ายหยุดยาก	มี	มี

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาล การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันเป็นสิ่งสำคัญมาก เป้าหมายการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลัน คือ การพยายามทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่เรียกว่า Ischemic Penumbra ให้ได้เร็วที่สุด เนื่องจากหลังการเกิดเส้นเลือดสมองอุดตัน แล้วพบว่า บริเวณของเนื้อสมองส่วนหนึ่งที่ยังไม่ตายนั้น ถึงแม้ว่าจะสูญเสียความสามารถในการทำงานไปแล้วก็ตาม ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลทันเวลาในการรักษาและการดูแลพยาบาลที่ดี สามารถลดอัตราการเกิดความพิการ มีความปลอดภัย และเพิ่มคุณภาพชีวิตไม่กลับมาเป็นซ้ำอีก

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาตามรายประเด็นศึกษา

ประเด็น	รายที่ 1	รายที่ 2	การวิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	มีอายุ 61 ปี มีประวัติโรคประจำตัว DLP, gout ดื่มสุราประจำทุกวันตอนเย็น	มีอายุ 56 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว	**ปัจจัยเสี่ยง** ผู้ที่มีความเสี่ยงมากคือผู้ที่ความดันโลหิตสูง พบว่าร้อยละ 35 -73 ของผู้ป่วยโรคหลอด เลือดสมองมีความดันโลหิตสูง[7] มีประวัติเคยเป็น TIA ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ เบาหวาน ใช้สารเสพติดโคเคน ผู้ที่มีประวัติ ครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ รับประทานยาคุมกำเนิด เลือดข้น มีอายุตั้งแต่ 55ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงสูงเป็น 2เท่า[8] ความเครียดปัจจุบันพบว่าคนไทยอยู่ในภาวะเสี่ยงประมาณ 11 ล้านคน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงคือ มีประวัติดื่มสุราประจำ และมีโรคประจำตัว DLP, gout มีอายุมากกว่า 55 ปี ส่วนรายที่ 2 มีความเสี่ยง อายุมากกว่า 55 ปี
2.พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	2 ชม.ก่อนมา รพ. ขณะเดินออกจากห้องน้ำ มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง มีแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง	1 ชม. 30 นาทีก่อนมา โรงพยาบาลขณะนั่งกินข้าว มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย พูดไม่ชัด	**การอุดตันของหลอดเลือด (Ischemic stroke)** จากการที่ไขมันในเลือดสูง ไขมันจึงไปเกาะผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว รูหลอดเลือดตีบแคบและอุดตัน หรือมีลิ่มเลือดอุดตัน เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง แรงดันออกซิเจน ในสมองลดลงแรงดันคาร์บอนไดออกไซด์ในสมองเพิ่มขึ้นเกิดกรดแลคติก สมองและเซลล์ประสาทขาดเลือดไปเลี้ยงและตายไม่ว่าจะเป็น stroke ชนิดใด ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง สูญเสีย ความจำ ทรงตัวไม่ได้ แขน-ขาอ่อนแรง หนังตาตก ปากเบี้ยว กลืนอาหารลำบาก อารมณ์ แปรปรวน ถ้ามีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายซึ่งเป็นสมองซีกเด่น (dominant hemisphere) ทำให้ร่างกายซีกขวาเป็นอัมพาต มีปัญหาในการพูด การสื่อสาร ไม่เข้าใจความหมายในการพูด มี ความผิดปกติของสายตาข้างขวา ถ้ามีพยาธิสภาพที่ สมองซีกขวาจะทำให้เป็นอัมพาตร่างกายซีกซ้ายขาดความสนใจตนเอง ตัดสินใจไม่ได้หลงลืมร่างกายซีกซ้าย มีความผิดปกติของสายตาข้าง ซ้าย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการอ่อนแรงด้านซ้ายทั้ง 2 ราย มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด
3.การรักษา (ต่อ)	เข้าระบบ stroke fast track - rt-PA 0.9 mg/kg (max dose 90 mg) BW 46 Kgs. Total dose 41.4 mg แบ่งให้	เข้าระบบ stroke fast track - rt-PA 0.9 mg/kg (max dose 90 mg) BW 66 Kgs. Total dose 59.4 mg แบ่งให้	การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสามารถให้การรักษาได้ โดยความรวดเร็ว ในการรักษาถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะยิ่งปล่อยไว้ จะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาภายใน ระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมงยาที่แพทย์มักใช้ในการรักษาได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาเข้าระบบ stroke fast track และได้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาตามรายประเด็นศึกษา

ประเด็น	รายที่ 1	รายที่ 2	การวิเคราะห์
	- rt-PA 10% bolus in 1 min =4.14 mg - rt-PA 90% drip in 60 min =37.26 mg	- rt-PA 10% bolus in 1 min =5.9 mg - rt-PA 90% drip in 60 min =53.5 mg	
4.ปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล	ได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลทั้งหมด 10 แผน สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นตามแผนการพยาบาล	ได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลทั้งหมด 9 แผน สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นตามแผนการพยาบาล	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแล ได้รับการดูแลตามกระบวนการทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย

การพยาบาลระยะวิกฤต และการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

เป้าหมายคือเพื่อเพิ่มการกำซาบเนื้อเยื่อสมองและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์สมอง

1. ประเมินและจัดการทางเดินหายใจ V/S , N/S ทุก ½ -1 ชั่วโมง อาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา เพราะผู้ป่วยมักสูญเสียรีเฟล็กซ์ทางเดินหายใจส่วนบน ควรดูดเสมหะเท่าที่จำเป็น ครั้งละไม่เกิน 10 วินาทีแรงดัน 80-120 mmHg ให้ออกซิเจน 100 %ก่อนและหลังดูด เพื่อลดภาวะ hypoxemia ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เพิ่มแรงดันในสมอง นอกจากนี้ถ้ามีไขเกิน 38.5 ตองให้ยาลดไขเป็นลำดับแรกและเช็ดตัวลดไข การวาง cold pack ควรระมัดระวังเพราะอาจทำให้หนาวสั่น ทำให้เพิ่มการเผาผลาญ และเพิ่มแรงดันในสมองมากกว่า ผลที่ได้จากการลดไข[9]

2. การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงในรายที่เป็น ischemic stroke คือให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) เช่น rt-PA ควรให้ระยะ 3 ชั่วโมงแรกหลังจากเริ่มมีอาการ พบว่า มากกว่าร้อยละ 30 ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้ตามปกติหรือไม่มีความพิการเกิดขึ้น จากการศึกษา ของ Saver & Yafeh (2007) เกี่ยวกับ Confirmation of rt-PA treatment effect by baseline severity adjusted end point reanalysis of the NINS t-PA stroke trials. โดยศึกษาในผู้ป่วย stroke จำนวน 624 รายพบว่ากลุ่มที่ได้รับ rt-PA ได้ผลดี 39.6 % และกลุ่มที่รักษาตามปกติร่วมกับ ได้รับยาหลอก (placebo) ได้ผลดี 28.6 % (odds ratio 1.64, p =0.049) แสดงว่าคนที่ได้รับ rt-PA มีโอกาสหายเป็นปกติ 1.64 เทาของคนที่ไม่ได้รับยาชนิดนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.049

ข้อบ่งชี้ในการให้ rt-PA ได้แก่ ผู้ป่วยมีอายุ18 ปขึ้นไป ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการไม่เกิน 3 ชั่วโมง BP. Systolic < 185 mmHg; diastolic < 110 mmHg ไม่มีอาการชักในขณะที่เป็น Stroke ไม่เคยรับประทานยา warfarin (Coumadin) Prothrombin time < 15 วินาที INR < 1.7 ไม่เคยได้รับ Heparin ในระยะ 48 ชม. ที่ผ่านมา Platelet count > 100,000 น้ำตาลในเลือด 50- 400 mg% ไม่มีภาวะ acute MI , AVM, aneurysm, IICP ไม่มีภาวะเนื้องอกในสมอง ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนในระยะ 14 วัน ไม่เคยบาดเจ็บในสมองในระยะ 3 เดือน ไม่อยู่ในระยะหลังคลอด หรือระยะที่ให้นมบุตร 30 วัน[10] ในการให้ rt-PA จะต้องรับผู้ป่วยไวใน ICU ติด EKG monitor ประเมิน neurological signs เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีในระยะ 2 ชม.แรก ทุก 30 นาที ใน 6 ชม. และทุก 1

ชม. ใน 16 ชม.ต่อมา รักษาระดับ BP. Systolic < 180 mmHg; diastolic < 100 mmHg ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และประเมิน ABGs ประเมินภาวะเลือดออกเช่น ตำแหน่งที่ให้สารน้ำ ท่อช่วยหายใจ ปัสสาวะและอุจจาระ

3. ในรายที่ ischemic stroke แต่ไม่ได้รักษาด้วย rt-PA อาจรักษาโดยให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เช่น warfarin sodium (Coumadin) และยาต้านการรวมตัวของเกร็ดเลือด เช่น ASA, dipyridamole, ticlopidine (Ticlid) แพทย์จะพิจารณาให้ในรายที่มีเลือดข้นหรือเลือดหนืด เพื่อป้องกันการเกิด embolus / thrombosis แต่มีข้อห้ามในรายที่มีความดันโลหิตสูง เพราะเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ให้ยาขยายหลอดเลือดส่วนปลาย เช่น cylandilate (Cyclospassmol) papaverine (Pavalid), isoxsuprine (Vasodilan) เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิตของสมองบริเวณข้างเคียง (collateral) และลดการหดเกร็งหลอดเลือด ให้ยากลุม steroid เช่น Dexamthasone เพื่อลดการบวมของสมอง ให้ยากันชักเพราะการชักจะเพิ่ม metabolism ของสมองยาขับปัสสาวะชนิด osmotic diuretic (Mannitol) ใช้ใน IICP รักษาระดับ PaCO2 ให้อยู่ในระดับ 30-35 mmHg โดยต้องให้เขาทางหลอดเลือดดำใช้เข็มขนาดใหญ่โดยหยด ให้หมดภายใน 10-30 นาที ในขนาด 0.25 - 2 กรัม/ กก. ซึ่งมีฤทธิ์ดึงน้ำออกจากเนื้อสมอง ทำให้ขับปัสสาวะออกมาก ตองระวังฤทธิ์ข้างเคียง คืออาจทำให้สมองบวมมากขึ้น(12h

4. ในรายที่เป็น hemorrhagic stroke จาก aneurysm ปัจจุบันมีแนวทางรักษาที่เป็น มาตรฐานในการป้องกันการหดเกร็งของหลอดเลือดและเลือดออกซ้ำ เรียกว่า The triple “H” หรือ HHH therapy (HHHT) ซึ่งประกอบไปด้วย 1) hypervolemia expansion 2) hemodilution 3) hypertension

4.1 Hypervolemia expansion เป็นการรักษาโดยให้สารน้ำประเภท colloid และ crystalloid solution เพื่อเพิ่มปริมาตรในหลอดเลือดและลดความหนืดของเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดสมองขยายเพิ่มค่าเฉลี่ยแรงดันของหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure; MAP) โดย รักษาระดับระหว่าง 100 -120 mmHg ความดันเลือดในสมองเพิ่มขึ้นและแรงดันการกำซาบเลือดในสมองดีขึ้น (cerebral perfusion pressure; CPP) โดยมีค่าปกติ 60-100 mmHg โดยต้อง รักษาระดับ CPP ไวในระดับ 70 mmHg การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองจึงจะพอเพียง แต่ถ้า CPP > 100 mmHg อาจทำให้เกิดการกำซาบมากเกินไปและเกิด IICP ได้ ผู้ป่วยควรต้องใสสาย Swan-Ganz catheter เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ

4.2 Hemodilution เป็นการให้สารน้ำเพื่อลดความหนืดของเลือด เพิ่มการไหลเวียนโลหิตในสมอง (cerebral blood flow) อาจลดบริเวณเซลล์สมองตายและเพิ่มการนำออกซิเจนของ เม็ดเลือด เป้าหมายการรักษาเพื่อลดความเข้มข้นของเลือด (Hct) ลง 15% และควรอยู่ระหว่าง 30-33 vol%

4.3 Hypertension โดยใช้ dopamine, phenylephrine เพื่อต้องการควบคุมให้ความดันโลหิต systolic มากกว่าค่าปกติ 20 mmHgให้ MAP อยู่ระหว่าง 100-120 mmHg โดยเฉพาะภายหลังผ่าตัดในราย aneurysm ทำให้เพิ่ม CPP เนื่องจากการเพิ่มปริมาณเลือด และแรงดันในหลอดเลือดแดง จะส่งผลให้ลดภาวะเซลล์สมองขาดเลือด (ischemia)

5. ในรายที่มีเลือดออกในสมองและกดventricle แพทย์ทำผ่าตัด ventriculostomy ปองกันการอุดตันของท่อระบายน้ำไขสันหลัง ปองกันการระบายน้ำไขสันหลังออกมาก-น้อยเกินไป โดยไม่ให้ศีรษะสูงหรือต่ำเกินไป ควรบันทึกจำนวนของน้ำไขสันหลังทุก 1 ชั่วโมง โดยให้จุดหยดของน้ำไขสันหลังอยู่เหนือรูหู(ขณะผู้ป่วยนอนหงาย) 10 ซม. หากท่อระบายน้ำอุดตันควรบีบรูดท่อด้วยความระมัดระวังไม่ให้สายหลุด

6. ให้นอนพักบนเตียงอย่างเคร่งครัด (strict bedrest) ให้ความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวบนเตียง

เพื่อป้องกันการหดเกร็งของหลอดเลือดและป้องกันการแตกของ aneurysm และให้ข้อมูล แกผู้ป่วยและญาติว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกซ้ำได้ในระยะ 7 วัน หลีกเลี่ยงการไอ จาม ถ้าไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยอ้าปากทุกครั้งเวลาไอ หรือจาม ใหายใจออกขณะ เปลี่ยนท่านอน หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระและการผูกมัดผู้ป่วย เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้วควรให้อาหารทางสายยาง ฟื้นฟูสภาพ การพูด-สื่อสาร การเคลื่อนไหว

7. แนะนำผู้ป่วยและญาติในรายที่เป็น AVM, aneurysm งด anticoagulant warfarin; coumadin) และยาต้านการรวมตัวของเกร็ดเลือด เช่น ASA , dipyridamole, ticlopidine (Ticlid)

8. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ischemic stroke และTIA ที่ได้รับยาanticoagulant ควรงด รับประทานสมุนไพรหรืออาหารเสริมพวกผลแปะก๊วย (Ginkgo) เพราะจะเสริมฤทธิ์ ยาทำให้เพิ่ม bleeding time และเกิดภาวะ spontaneous hemorrhage, subdural hemorrhage และการรับประทานกระเทียมจะเสริมฤทธิ์warfarin ทำให้เพิ่ม international normalized ratio (INR) และเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่าย[13]

การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือด ซึ่งการลดความเสี่ยงทำได้ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ดังนี้

- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพราะจะส่งผลให้เกิดภาวะ คอเลสเตอรอลในเลือดสูง รวมถึงอาหารที่มีรสเค็มจัด ที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง
- ควบคุมน้ำหนัก โรคอ้วนเป็นสาเหตุของโรคร้ายแรงต่างๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมน้ำหนักจะช่วยลดความเสี่ยงลงได้
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก
- งดสูบบุหรี่ นอกจากนี้ควรรับการตรวจรักษาต่อเนื่องกับแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยการใช้ ยาร่วมกัน ได้แก่
- การให้ยาควบคุมระดับคอเลสเตอรอล โดยควรได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยทุก 6-12 เดือน หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง หรือมีภาวะคอเลสเตอรอลสูงอยู่แล้ว ควรไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามอาการ
- ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยความดันโลหิตที่เหมาะสม คือ ต่ำกว่า 140/90 มม. ปรอท
- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการใช้ชีวิต นอกจากนี้ ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมอาการได้และทำให้ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลดลง
- กรณีเป็นโรคหัวใจ ควรรับการรักษาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยกรณีเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรได้รับยาป้องกันเลือดแข็งตัว

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาเข้าระบบ stroke fast track ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง และได้รับการดูแลการพยาบาลตั้งแต่ระยะวิกฤติ จนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อฟื้นฟูต่อไป โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่พบบ่อย ทำให้สูญเสียชีวิตหรือมีความ พิการเกิดขึ้น และมีปัญหาเศรษฐกิจตามมา พยาบาลต้องมีความรูและเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งชนิดอุดตัน และมีการแตกของหลอดเลือด สามารถให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพเร็วขึ้น และลดความพิการให้มากที่สุด และเพิ่มคุณภาพชีวิต ตลอดจนการป้องกันการเกิดซ้ำ[11,12,13]

เอกสารอ้างอิง

1.World Stroke Organization. (Stroke/ Cerebrovascular Disease [CVD]/ Cerebrovascular Accident [CVA]) [Internet]. [cited 2023 Mar 29]. Available from: https://www. world-stroke.org/news-and-blog/news/ global-declaration-on-stroke-commit ments-for-facing-stroke-new-delhi india-september-8th-2023

2. Murray, C. J., & Lopez, A. D. Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990- 2020: Global Burden of Diseases Study. Lancet 1997, 349: 1498- 1504.

3.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). โรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต 1 คน/ 6 วินาที.(ออนไลน). แหล่งที่มา:https://www.thaihealth.or.th/Content/39010.

4. World Health Organization Meeting on Community Control of Stroke and Hypertension. (1973). Control of stroke in the community: methodological considerations and protocol of WHO register. CVD/s/73.6 Geneva: WHO 1973.

5.ดิษนัย ทัศนพูนชัย. (2562). Strokeหรือโรคหลอดเลือดสมอง.(ออนไลน์). แหล่งที่มา:http://www.sikarin.com/content/detail/131/stroke หรือโรคหลอดเลือดสมอง.

6.นิตยา พันธุเวทย, และลินดา จำปาแก้ว. (2558). ประเด็นสารรณรงควันอัมพาตโลก ป พ.ศ. 2557. นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข.

7.ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟนฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.(2551).อัมพาตกบโรคหลอดเลือดสมอง. http://www.followhissteps.com/web_health/cva.html (Accessed 13/2/2567)

8. AHA. (2008).High Blood Pressure Increases Your Risk for Stroke. http://www.americaneart.org/presenter.jhtml?identifier=2153(Accessed 7/2/2567)

9. Shilling McCann, J.A (2007). Best Practice Evidence Based Nursing Procedures. Philadelphia: Lippincott Williums & Wilkins.

10.Smeltzer,S.M & Bare, B.G. (2008). Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott William& Wilkins.

11.ลินดา สันตวาจา และศรัญญา บุญโญ. (2558).การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน โรงพยาบาลพระนั่งเกลา จังหวัดนนทบุรี.วารสารกองการพยาบาล, 42(1), 91-112.

12.วรรณวรา ไหลวารินทร และกัญญา เลี่ยนเครือ. (2559).การพัฒนารูปแบบการดูแลผูปวยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา.วารสารกองการพยาบาล, 43(3),92-113.

13.สายนาท พลไชโย. (2559). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใตบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ.วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, 6(1),26-35.

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลางที่ต้องวางยาสลบขณะฉายรังสี: กรณีศึกษา

Nursing care for pediatric patients with relapsed acute lymphoblastic leukemia in the central nervous system where anesthesia is required while irradiation: Case study

(Received: March 12,2024 ; Revised: March 14,2024 ; Accepted: March 15,2024)

พัทธิรา จันทะดวง[1]
Phattira Chantaduang[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลางที่ต้องวางยาสลบขณะฉายรังสีศึกษาในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยใช้แบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลและวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลคล้ายคลึงกัน 5 ข้อ คือข้อที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความ กลัว วิตกกังวล ข้อที่ 4 มีภาวะขาดสารน้ำสารอาหารและความไม่สมดุลของเกลือแร่ ข้อที่ 5 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับการฉายรังสี ข้อที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันถูกกดจากการฉายรังสี และข้อที่ 9 ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลังฉายรังสี ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกันมี 4 ข้อ คือข้อที่ 1ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการฉายรังสี ข้อที่ 3 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวก่อนรับการวางยาสลบเพื่อฉายรังสี ข้อที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะที่ต้องอยู่ในห้องฉายเพียงลำพังหลังจากการวางยาสลบ และข้อที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายภายหลังการวางยาสลบ ซึ่งพบในผู้ป่วยรายที่ 1 ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่า ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขและวางแผนดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการฉายรังสีครบและจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลับที่กลับเป็นซ้ำ, วางยาสลบขณะฉายรังสี

ABSTRACT

The objectives of this study was to study the use of the nursing process in practice nursing care for pediatric patients with relapsed acute lymphoblastic leukemia in the central nervous system where anesthesia is required while irradiation. Study in pediatric patients admitted to the pediatric chemistry ward. Khon Kaen Hospital, 2 cases. Data were collected from medical records and interviews with caregivers. Using Gordon's health assessment model. Practice nursing and analyze health information using the 5-step nursing process.

The research results found that; There were a total of 5 similar nursing diagnoses: Point 2: Patients and relatives are afraid and anxious. Point 4: There is a lack of water, nutrients, and an imbalance of mineral salts. Point 5: Patients and relatives lack knowledge in caring for the skin in the irradiated area. Point 8: Risk of infection due to immune system suppression from radiation. And point 9: Caregivers lack knowledge in caring for post-radiation patients. As for the nursing diagnosis, there were 3 differences: Point 1: The patient did not cooperate with the radiation treatment. Point 3: Patients and relatives lack knowledge and understanding about preparation before receiving anesthesia for radiation, Point 6: There is a risk of danger while being alone in the screening room after anesthesia, and Point 7 Risk of danger after anesthesia. This was found in patient number 1. Nursing results showed that the nursing problem was resolved and continued care was planned. Both patients received complete radiation therapy and were safely discharged from the hospital.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

Keywords: Nursing care for pediatric patients, relapsed acute lymphoblastic leukemia, Anesthesia is required while irradiation

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลก ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กและวัยรุ่น 141.8-147.5 คนต่อประชากร 100,000 คน[3]ซึ่งโรคมะเร็งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กมากเป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุ โดยโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งจอประสาทตามะเร็งสมอง และระบบประสาท ตามลำดับ[4]

มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสต์(acute lymphoblastic leukemia: ALL)เป็นชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พบมากที่สุดในเด็ก พบได้ประมาณร้อยละ 75 หรือ 2ใน 3 ของเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งหมดหรือ 1 ใน 3 ของมะเร็งทุกชนิดในเด็ก และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ1.4 ต่อปี โดยทั่วไปผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีโอกาสสูงที่โรคจะกลับมาเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous systernleukeria) เนื่องจากยาเคมีบำบัดที่เคยได้รับผ่านทางหลอดเลือดดำไม่สามารถที่จะซึมผ่านแนวกั้นระหว่างเลือดและสมอง (blood brain barrier) เข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางได้ ทำให้โรคมะเร็งกลับมาใหม่ได้ภายใน 6-24 เดือน

ทั้งนี้ การให้รังสีรักษาในเด็ก นอกจากจะต้องคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพทางใจจิตรวมถึงความกังวลใจของเด็กและผู้ปกครองด้วย การรักษาด้วยการฉายรังสีผู้ป่วยเด็กต้องนอนนิ่งๆ เพื่อให้ลำรังสีโดนบริเวณก้อนมะเร็งอย่างแม่นยำและขณะเดียวกันจะต้องให้ปริมาณรังสีไปยังบริเวณเนื้อเยื่อปกติน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังนั้นการใช้วัสดุยึดตรึง (Immobilization) จึงมีความสำคัญในการฉายรังสีเป็นอย่างมาก ในการฉายรังสี เด็กจะต้องนอนอยู่ในห้องฉายรังสีคนเดียว ผู้ป่วยเด็กบางรายไม่สามารถให้ความร่วมมือได้โดยเฉพาะเด็กเล็ก ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยจึงจำเป็นต้องร่วมกับแพทย์ทางวิสัญญีเพื่อทำการวางยาสลบ ผู้ป่วยมะเร็งเด็กจะต้องได้รับการฉายรังสีอย่างต่อเนื่อง 10-33 ครั้งและการที่เด็กต้องได้รับการวางยาสลบทุกวันทำให้เด็กต้องนอนโรงพยาบาลต้องเตรียมตัวในการวางยาสลบ เช่นต้องงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนเริ่มการฉายรังสี ทำให้กระทบต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของเด็ก ตลอดจนผลกระทบต่อผู้ปกครองที่ต้องมาดูแลด้วย[6]

งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลขอนแก่นได้ให้บริการผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลางมาตั้งแต่ปี 2559-2566 มีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมารักษาด้วยการฉายรังสี จำนวน 31 ราย ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการให้บริการมาก นับเป็นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญในกระบวนการพยาบาลจึงสนใจศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลางที่ต้องวางยาสลบในขณะที่มาฉายรังสี เพื่อให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลางที่ต้องวางยาสลบขณะฉายรังสี

วิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลางที่ต้องวางยาสลบขณะฉายรังสีที่เข้ารับการรักษาในงานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาล

ขอนแก่น จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2565การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2ส่วน ได้แก่ 1)การเก็บรวบรวมข้อมูลในเวชระเบียน 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลการประเมินสภาวะผู้ป่วยใช้ตามกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ ประกอบด้วย 5ขั้นตอนได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาลนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล

ผลการศึกษา

1. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

แบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองป่วยคือเป็นไข้ รู้ว่ามาโรงพยาบาลเพราะเป็นไข้ ส่วนมารดารับรู้ว่าบุตรป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องรับการยาเคมีบำบัด แต่ ไม่รู้ว่าฉายรังสีคืออะไร เป็นยังไง ต้องทำอย่างไร	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วย ไม่รู้ว่าคือโรคอะไร มารดารับรู้ว่าบุตรป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องมารับการยาเคมีบำบัดเมื่อต้องมาฉายรังสี ไม่รู้ว่าฉายรังสีเป็นยังไง ผลจะเป็นยังไง จะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร มีขั้นตอนแบบไหน
อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร	น้ำหนัก 20.1 กก. ส่วนสูง 114 ซม. มีน้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ทานได้น้อยลง	น้ำหนัก 18.6 กก. ส่วนสูง 116 ซม. มีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ มีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร ไม่ค่อยทาน ทานได้น้อย
การขับถ่าย	ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้งต่อวัน และอุจจาระได้เองวันละครั้ง	ปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้งต่อวัน และอุจจาระได้เองวันละครั้ง
กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน เช่นทานข้าว แปรงฟันได้เอง ชอบเดินเล่น	ทำกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน เช่นทานข้าว แปรงฟันได้เดินเองได้ไม่แข็งต้องอาศัยการช่วยเหลือจากมารดา
การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับ วันละ 8-10 ชม. นอนกลางวันเฉลี่ย 1-2 ชั่วโมงต่อวัน	นอนหลับ วันละ 8-9 ชม. นอนกลางวันเฉลี่ย 1 ชั่วโมงต่อวัน
สติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่อง โต้ตอบได้ ไปโรงเรียนได้ แต่ต้องขาดเรียนบ่อย ไม่รู้ว่าฉายรังสีคืออะไร กลัวเจ็บ ไม่อยากฉาย มารดาทราบว่าบุตรจะต้องมาฉายรังสีและต้องวางยาสลบ กังวลใจเรื่องการวางยาสลบและผลของรังสี การดูแลบุตร	ผู้ป่วย พูดคุยรู้เรื่อง แต่ยังไม่ได้ไปโรงเรียนเพราะเดินไม่แข็ง มีความเข้าใจเวลาที่อธิบาย พยักหน้ารับฟังดี ตอบได้ แต่กลัว มารดารับรู้ว่าบุตรจะได้มาฉายรังสีอาจต้องวางยาสลบ กังวล ไม่รู้ว่าต้องทำยังไง
การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วย เป็นไข้ มีท่าทีหวาดกลัว ร้องไห้งอแง ไม่ค่อยให้ความร่วมมือกับพยาบาล กลัวเจ็บ มารดาต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ สระผม	ผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วย มีท่าทีหวาดกลัวเล็กน้อย ไม่งอแง ให้ความร่วมมือกับพยาบาล แต่กลัว เชื่อฟังดี ทำกิจวัตรประจำวันได้บางอย่าง เช่น ทานข้าวเอง
บทบาทและสัมพันธภาพ	ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นครอบครัวขยายอาศัยอยู่กับ ตายาย มารดาอายุ 33 ปี มีอาชีพรับจ้างทั่วไป	ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นครอบครัวขยาย อาศัยอยู่กันกับตายายและลุง มารดาอายุ 31 ปี บิดา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

แบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	หย่าร้างกับบิดาของผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 2 เดือน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนแรก และแต่งงานใหม่ มีน้อง 1คน อายุ 2 ปี มารดาและยายเอาใจใส่ผู้ป่วยดี รายได้ประมาณ 10,000 บาทต่อเดือน ฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้ มีขัดสนบางครั้ง สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน ขณะอยู่โรงพยาบาลมารดาเป็นผู้ดูแลหลักสลับกับยายบางครั้ง	อายุ 33 ปีมีอาชีพรับจ้างทั่วไป อยู่ด้วยกัน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 มีพี่สาว 1 คน อายุ 12 ปี บิดามารดาและตายายอาใจใส่ผู้ป่วยดี รายได้ประมาณ 15,000-20,000 บาทต่อเดือน ฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน ขณะอยู่โรงพยาบาลมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก
แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์	ไม่พบความผิดปกติใด ๆ ของอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่มีตุ่ม ผื่น หรือสิ่งคัดหลั่งที่อวัยวะสืบพันธุ์	ไม่พบความผิดปกติใด ๆ ของอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่มีตุ่ม ผื่น หรือสิ่งคัดหลั่งที่อวัยวะสืบพันธุ์
การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด	ผู้ป่วยมีท่าทางร้องไห้งอแงในช่วงที่กลัวเจ็บ มารดามีความวิตกกังวล กลัว ไม่มีความรู้ในเรื่องการฉายรังสี ผลข้างเคียงของรังสี กลัวผิวไหม้และกังวลการที่ต้องวางยาสลบ และการดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหลังจากฉายรังสีเสร็จแล้ว	ผู้ป่วยมีท่าทางกลัวแต่ไม่ร้องไห้มารดามีความวิตกกังวล กลัว ไม่มีความรู้ในเรื่องการฉายรังสี ผลข้างเคียงของรังสี และการที่ต้องวางยาสลบ และการดูแลเมื่อฉายรังสีเสร็จแล้วต้องทำอย่างไร บุตรจะปลอดภัยหรือไม่ เมื่อฉายรังสีและวางยาสลบ
ค่านิยมและความเชื่อ	มาดาและยายของผู้ป่วยมีความเชื่อเรื่องบาปบุญ เชื่อว่าการทำบุญจะช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและหายได้ จะสวดมนต์ไหว้พระ และให้ผู้ป่วยสวมสร้อยพระ เป็นของรักษาให้ปลอดภัย	บิดามารดาของผู้ป่วยมีความเชื่อและปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา ถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เชื่อเรื่องบาปบุญ จะไปทำบุญตามวาระต่าง ๆ

2. วินิจฉัยทางการพยาบาล จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์แปลความหมาย สรุปข้อมูลสุขภาพ ปัญหา สุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวกำหนดวินิจฉัยทางการพยาบาล ตั้งแต่เริ่มฉายรังสีจนกระทั่งฉายรังสีครบ ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลตั้งแต่เริ่มฉายรังสีจนกระทั่งฉายรังสีครบ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการฉายรังสี	√	-
2. ผู้ป่วยและญาติมีความ กลัว วิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฉายรังสีและการวางยาสลบ	√	√
3. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวก่อนรับการวางยาสลบเพื่อฉายรังสี	√	-
4. มีภาวะขาดสารน้ำสารอาหารและความไม่สมดุลของเกลือแร่ เนื่องจากได้รับน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการและมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารจากการฉายรังสี	√	√
5. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับการฉายรังสี	√	√
6. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะที่ต้องอยู่ในห้องฉายเพียงลำพังหลังจากการวางยาสลบ	√	-
7. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายภายหลังการวางยาสลบ	√	-
8. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันถูกกดจากการฉายรังสี	√	√
9. ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลังฉายรังสี	√	√

3. การพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลางที่ต้องวางยาสลบขณะรับการฉายรังสี แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนฉายรังสี ระยะขณะฉายรังสีและระยะหลังฉายรังสี ในแต่ละระยะ มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนฉายรังสี : **1) ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการมารับการฉายรังสี**	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินความพร้อม ความเข้าใจ และสภาพทางจิตใจของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพ ด้วยท่าทีอ่อนโยน เป็นมิตร เปิดโอกาสให้สอบถาม และบอกถึงความต้องการของตนเอง แนะนำให้รู้จักทีมผู้รักษา สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ต่างๆที่จะต้องใช้กับผู้ป่วย เสริมสร้างกำลังใจ จัดให้มีรางวัลสำหรับการมาฉายรังสี อธิบายขั้นตอน ระยะเวลาเมื่อมาฉายรังสี เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับมารดาผู้ดูแลเพื่อให้มารดาพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ วิสัญญีแพทย์ ในกรณีวางยาสลบ **การประเมินผล** ผู้ป่วยรายที่1ต้องวางยาสลบทุกวันที่มารับการฉายรังสี ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ในวันที่2 ของการมาฉายรังสีผู้ป่วยหายจากอาการกลัว สามารถฉายรังสีได้โดยไม่ต้องวางยาสลบ
2)ผู้ป่วยและญาติมีความกลัววิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฉายรังสีและการวางยาสลบ	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินความกลัวของตัวผู้ป่วย ความเข้าใจของญาติในเรื่องการมาฉายรังสี แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ให้ความมั่นใจและข้อมูลที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการฉายรังสีและความจำเป็นที่ต้องเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ขณะที่ต้องรับการฉายรังสีการพาไปดูสถานที่ห้องฉายรังสี ตอบคำถาม ด้วยท่าทีเป็นมิตร กันเอง แนะนำเจ้าหน้าที่ประจำห้องฉาย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการฉายรังสี ผลข้างเคียงจากการฉายรังสี การปฏิบัติตัวในระหว่างการฉายรังสีของความจำเป็นการทำวัสดุยึดตรึงผู้ป่วย ความจำเป็นในการวางยาสลบอธิบายถึงการเฝ้าระวังอาการผิดปกติของผู้ป่วยขณะที่อยู่ในห้องฉายรังสี มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย จัดเตรียมรางวัลในการมาฉายรังสี พูดคุยให้กำลังใจ สร้างความเป็นกันเองเพื่อสร้างความมั่นใจ ลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติ มีความเชื่อมั่นทีมผู้รักษาดูแล **การประเมินมารดาผู้ป่วยทั้งสองราย**มีความเข้าใจเกี่ยวกับการฉายรังสีพยักหน้ารับฟัง สีหน้าสดชื่น มั่นใจและมารับการฉายรังสีจนครบ 10 ครั้ง ผู้ป่วยรายที่2 หายจากอาการหวาดกลัวและไม่ต้องวางยาสลบในการมาฉายรังสีครั้งที่ 2
3) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวก่อนรับการวางยาสลบเพื่อฉายรังสี	**กิจกรรมการพยาบาล**สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ข้อมูลคำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนรับการวางวางยาสลบ ขั้นตอนการปฏิบัติตัว ก่อน ระหว่าง และภายหลังการวางยาแนะนำมารดาเรื่องการงดน้ำ งดนม งดอาหาร ตามเวลาที่แพทย์กำหนดอธิบายถึงความสำคัญและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เช่นการสูดสำลักเศษอาหารและน้ำเข้าปอด การช่วยดูแลตำแหน่งinjection ที่ต้องใช้ในการให้ยาสลบ **การประเมิน**มารดาของผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนวางยาสลบและปฏิบัติได้ถูกต้อง
ขณะรับการฉายรังสี: **4) มีภาวะขาดสารน้ำสารอาหารและความไม่สมดุลของเกลือแร่ เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร จากผลการฉายรังสี**	**กิจกรรมการพยาบาล**ประเมินภาวะพร่องสารน้ำและอาหารแนะนำการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง โปรตีนสูง เช่น ไข่ นม เนื้อสัตว์ รับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น แนะนำมารดากระตุ้นให้รับประทานอาหารให้มากขึ้นหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด มีกลิ่นฉุน เพื่อลดอาการคลื่นไส้ กระตุ้นผู้ป่วยให้ดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อย 2 ลิตรต่อวันบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุกวัน ชั่งน้ำหนักทุกวัน ดูแลความสะอาดในช่องปาก กระตุ้นการหลั่งน้ำลาย เพิ่มความอยากอาหาร ใช้แปรงสีฟันนุ่ม ๆ บ้วนปากบ่อย **การประเมิน**ผู้ป่วยทั้ง 2 รายรับประทานอาหารได้ อาการคลื่นไส้ลดลง น้ำหนักตัวไม่ลดลง มีความสมดุลของสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ปัสสาวะสีเหลืองใส ปัสสาวะวันละ4-5 ครั้ง ถ่ายอุจจาระวันละ1-2ครั้ง
5) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับการฉายรังสี	**กิจกรรมการพยาบาล**อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายรังสีอาจมีลักษณะบวมแดง คล้ำ แห้งเป็นขุย คันหรือไหม้เกรียม แนะนำงดสวมเครื่องประดับที่เป็นโลหะ ดูแลผิวหนังให้แห้งอยู่เสมอ เปิดบริเวณที่ฉายรังสีให้สัมผัสกับอากาศ หากเปียกน้ำให้ใช้ผ้าสะอาด อ่อน

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	นุ่มชับเบา ๆงดการอาบน้ำในสระ คลอง ห้ามเช็ดถูแรง ๆ หรือเกาเพราะจะทำให้ถลอกและเป็นแผลได้ใช้แชมพูอ่อนสระผมไม่เกา หรือขยี้ศีรษะ ปล่อยผมให้แห้งเองหรือใช้พัดลมเป่าเลี่ยงการใช้แป้งฝุ่น โลชั่น ครีม หรือผลิตอื่น ๆทำให้ระคายเคืองต่อผิวหนัง สามารถใช้ครีม ยาที่รังสีแพทย์สั่งได้ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดจัด ควรใช้ร่มหรือหมวกบังแดดเสมอ งดการประคบร้อนความเย็นสวมใส่เสื้อผ้าหลวม ๆอ่อนนุ่ม ระบายอากาศผิวหนังบริเวณฉายหากมีแผลควรล้างออกด้วยน้ำเกลือซับ พึ่งลมให้แห้ง เลี่ยงการติดเทป หรือพลาสเตอร์บริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี **การประเมิน** ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีผิวหนังสะอาด สีคล้ำลงเล็กน้อย ไม่มีบาดแผล หรือการอักเสบ
6) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะที่ต้องอยู่ในห้องฉายเพียงลำพังหลังการวางยาสลบ	**กิจกรรมการพยาบาล** ตรวจสอบตำแหน่งให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ก่อนที่ส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉายใช้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำมีอุปกรณ์ยึดตรึง เช่น vac lock หน้ากาก เพื่อยึดตรึงตัวผู้ป่วยให้นิ่งที่สุด รวมถึงการจัดวางอุปกรณ์รอบตัวผู้ป่วยให้อยู่ในตำแหน่งที่ปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วย การประสานงานกับทีมนักรังสีเทคนิคประจำห้อง เพื่อเตรียมห้องฉายให้พร้อมและใช้เวลาอยู่ในห้องฉายรังสีน้อยที่สุด จัดให้มีเครื่องติดตามบันทึกสัญญาณชีพ เครื่องติดตามระดับออกซิเจนในเลือดตลอดเวลาโดยสังเกตอาการ ผู้ป่วยและการหายใจผ่านกล้องที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน ให้มีความพร้อมใช้งานตลอดเวลา มีทีมสหสาขาวิชาชีพเฝ้าสังเกตอาการนอกห้องเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที **การประเมิน**ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายขณะที่อยู่ในห้องฉายรังสี ในทุกวันที่มาฉายรังสีจนครบ 10 วัน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ในวันที่ 2 ของการมาฉายผู้ป่วยมีอาการหายจากอาการหวาดกลัวจึงไม่ต้องวางยาสลบ ปัญหาในข้อนี้จึงหมดไป ไม่เกิดอันตรายขณะอยู่ในห้องฉายรังสี และมาฉายได้จนครบ10ครั้ง
7) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายภายหลังการวางยาสลบ	**กิจกรรมการพยาบาล**การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ บันทึกสัญญาณชีพ ประเมินการหายใจ เฝ้าระวังโดยจัดท่านอนตะแคงเพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ และสำลักน้ำลายที่ไหลออกมา ประเมินระดับความรู้สึกตัวการเคลื่อนไหวของแขนขา ให้มารดาอยู่ร่วมดูแลผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว และรู้สึกถึงการแยกจาก หวาดกลัว และไม่ให้ความร่วมมือ ให้คำแนะนำการดูแลภายหลังการระงับความรู้สึกแก่มารดาผู้ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล **การประเมิน** ผู้ป่วยรายที่1ปลอดภัยไม่เกิดอันตรายภายหลังจากการดมยาสลบจนเดินทางกลับหอผู้ป่วยส่วนผู้ป่วยรายที่2 ไม่ต้องใช้วางยาสลบในวันที่มาฉายครั้งที่2 ปัญหานี้จึงหมดไป
8) เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันถูกกดจากการฉายรังสี	**กิจกรรมการพยาบาล**ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกาย เช่น มีไข้ หายใจเร็ว หายใจลำบาก ไอ เจ็บคอ อ่อนเพลีย ถ่ายเหลว ปัสสาวะแสบขัดประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกายร่วมกับการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแลการได้รับยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องตามหลัก 6 R ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก aseptic technique ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย แนะนำการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติ สอนการล้างมือที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนหลังการรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำแนะนำมารดาเรื่องการจัดเตรียมอาหารที่ครบ 5 หมู่สุก สะอาด มีโปรตีนสูง เช่นไข่ นม เนื้อปลา เสริมสร้างภูมิต้านทานของร่างกาย **การประเมิน**ผู้ป่วยทั้ง 2ราย มีผลตรวจนับความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด(CBC)ผลANC ต่ำลงเล็กน้อยแต่อยู่ในระดับแพทย์ยอมรับ สามารถฉายรังสีต่อจนครบ 10 ครั้งไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ
ระยะหลังฉายรังสี: **9) ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลังฉายรังสี**	**กิจกรรมการพยาบาล** อธิบายถึงผลข้างเคียงจากการฉายรังสีเมื่อฉายรังสีครบไปแล้วต่อเนื่องอีกสักระยะ เช่น การฉายรังสีบริเวณสมอง อาจทำให้เกิดผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การฉายรังสีบริเวณกระดูกไขสันหลังอาจจะทำให้มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ การเจริญของกระดูกลดลง หากรังสีกระทบบริเวณช่องท้อง อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด ผิวหนังบริเวณที่ฉายก็จะมีการเปลี่ยนแปลงหลังฉายรังสีครบในช่วงแรกไม่ควรขัดถูและแกะเกา โดยจะคล้ำแห้งลงและค่อยๆลอกหลุดภายหลัง3-4 สัปดาห์ หลังจากนั้นจึงทำความสะอาดตามปกติและทาครีมบำรุงผิวสำหรับเด็กเพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น รับประทานอาหารครบ5 หมู่ มีโปรตีนสูง เช่นไข่ ปลาที่ผู้ป่วยชอบทาน นม

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	หากมีอาการคลื่นไส้ อาจทานทีละน้อย ประกอบอาหารให้มีรสชาติที่ผู้ป่วยชอบ ทำอาหารที่ชอบมาให้ ดื่มน้ำบ่อยๆ พักผ่อนให้เพียงพอนอนหลับพักอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมงต่อวัน **การประเมิน** มารดารับทราบ พยักหน้ามีความเข้าใจแนวทางการดูแลผู้ป่วยเมื่อฉายรังสีครบแล้ว

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2ราย เป็นผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ที่รับยาเคมีบำบัดตามมาตรฐาน โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีการกลับเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลางภายหลังจากหยุดยาเคมีบำบัดไปแล้ว 6 เดือนส่วนรายที่2ผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงรับยาเคมีบำบัด ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการกลับเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลาง จากการตรวจไขกระดูกและการมีอาการแสดงทางระบบประสาท ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในการดูแลรักษาระยะยาวในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่ทำให้ต้องมารับการรักษาด้วยการฉายรังสีสมองและไขสันหลัง การวิเคราะห์จากข้อมูลที่ได้ พบว่า มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลคล้ายคลึงกัน 6 ข้อ คือข้อที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความ กลัว วิตกกังวล ข้อที่ 4 มีภาวะขาดสารน้ำสารอาหารและความไม่สมดุลของเกลือแร่ ข้อที่ 5 ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลังฉายรังสี ข้อที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันถูกกดจากการฉายรังสีและข้อที่9ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลังฉายรังสี ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกันมี 3 ข้อ คือข้อที่ 1 ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการฉายรังสีข้อที่ 3 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวก่อนรับการวางยาสลบเพื่อฉายรังสีและ ข้อที่ 6เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะที่ต้องอยู่ในห้องฉายเพียงลำพังหลังจากการวางยาสลบ ซึ่งพบในผู้ป่วยรายที่ 1 ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่า ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขและวางแผนดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการฉายรังสีครบและจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ เป็นผลสำเร็จของการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ต้องวางยาสลบขณะรับการฉายรังสีจำนวน2รายสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้10 ข้อ เมื่อประเมินผลแล้วพบว่า ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการดูแลแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถฉายรังสีจนครบถ้วนตามแผนการรักษาโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตัวผู้ป่วย[6,7]

ผลเชิงคุณภาพ การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้วางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ครอบครัวผู้ดูแลมีความพึงพอใจ และมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ลดภาระงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ลดค่าใช่จ่ายในการรักษาพยาบาล[1]

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ควรนำไปพัฒนาต่อเป็นมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค ALLที่มีการกลับเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลางที่รับการฉายรังสีร่วมกับต้องได้รับการวางยาสลบและพัฒนาต่อยอดสร้าง รูปแบบการสร้างเสริมเสริมพลังใจเพื่อลดอัตราการวางยาสลบในผู้ป่วยเด็กเมื่อต้องมารับการฉายรังสีเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. CureAll framework: WHO global initiative for childhood cancer.Increasing access, advancing quality, saving lives (Internet). Geneva: WHO; 2021 [cited 2022May 5J. Available from Licence: CC BY-NC-SA 3.0IGO;https:/ /creativecommons.org /licenses/by-nc-sa/3.0/igo/

2.Nakagawara A. Asian Pediatric Hematologyand Oncology Group (APHOG) and SIOP Asia:Two wheels of a cart. Pediatric HematologyOncology Journal2020;5:140-4.

3.Sangrajrang S, Buasom R. Cancer incidencein Thailand. In: Rojanamatin J, UkranunW,Supattagorn P, ChiawiriyabunyaI, WongsenaM, Chaiwerawattana A, et al., editors. Cancerin Thailand: Xol.X, 2016-2018. Bangkok:Medical Record and Database Cancer Unit;2021:p.4-68.

4.Ramathibodi comprehensive cancer center.Cancer report. Bangkok: Mahidol University;2020:p.3-54.

5.SrimanaNiyomkha. Basic knowledge and nursing care for pediatric cancer patients. Faculty of Nursing Chiang Mai University.Smart Coating and Service Company Limited.2020 page 71

6.WorayaNgernthuean, BanchaPantaeng, and PhothongDuangsuphan. Strengthening morale to reduce the number of child cancer patients who require anesthesia and reduce anxiety of pediatric patients undergoing radiation at ChulalongkornHospital.Journal of Thai Association of Radiation Oncology.Vol.27 No.1 January - June 2021. หน้า R3-R4

7.Punthasee P. Nursing process & functional health pattern: application in clinical practice. 22'd ed. Samut Prakan : Faculty of Nursing HauchiewChalermprakiet University; 2021

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา: กรณีศึกษา

Nursing care of breast cancer patients receiving radiotherapy: A case study

(Received: March 12,2024 ; Revised: March 16,2024 ; Accepted: March 17,2024)

วัชรินทร์ ทวีชัย[1]
Watcharin Thaweechai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา ที่งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 2 ราย ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2565 ถึงเมษายน 2566 โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การซักประวัติจากผู้ป่วย การสอบถามข้อมูลจากบุคลากรประจำห้องรังสีรักษา วิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพ ประเมินปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้แบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน และใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน แบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะอาการคงที่ต่อเนื่อง และระยะจำหน่ายติดตามต่อเนื่อง

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา ที่เหมือนกันทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ 1 (มีภาวะซีด เหนื่อย อ่อนเพลีย เนื่องจากมีเลือดออกขณะทำแผล 2(.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่มะเร็งเต้านมลุกลาม3 (มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย 4(.ติดเชื้อแผลเต้านมเนื่องจากภูมิต้านทานต่ำ 5). วิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์มีแผลเปิดและมีสารคัดหลั่งซึมออกจากเต้านม 6).ส่งเสริมการจัดการตนเองเมื่อกลับบ้านและการดูแลต่อเนื่อง 7(การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ต่างกัน กรณีศึกษารายที่1 คือ 1) ผู้ป่วยไม่พร้อมในการรักษาเนื่องจากมีปัญหาการจัดการการดูแลในครอบครัว กรณีศึกษารายที่ 2 1) วิตกกังวลเนื่องจากเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค มีอาการรุนแรงมากขึ้น 2) มีภาวะข้อไหล่ติด และไหล่ซ้ายบวม เนื่องจากขาดความรู้ในการบริหารแขนไม่ถูกต้อง 3(มีผิวหนังหลุดลอกระดับ 3 เนื่องจากผลข้างเคียงของรังสีรักษา ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่า ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขและการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนได้ ได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษา

คำสำคัญ กระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รังสีรักษา

Abstract

This study is a case study with the objective of studying the use of the nursing process in nursing practice for breast cancer patients receiving radiotherapy. Keep patients safe from complications Study in breast cancer patients receiving radiotherapy. At the radiotherapy outpatient event Khon Kaen Hospital, 2 cases, study period from February 2022 to April 2023, with data collected from medical records. Taking history from the patient Asking for information from radiotherapy room personnel Analyze health status information Assess nursing problems using the Gordon Health Assessment Model. and uses a 5-step nursing process, dividing nursing care into 3 phases, namely the first phase of admission, the phase of continued stable symptoms and the distribution period is continuously monitored.

The results of the study found that Both case studies found nursing diagnoses for breast cancer patients receiving radiotherapy. All 7 items are the same: 1) having anemia, fatigue, fatigue due to bleeding while dressing the wound 2). Uncomfortable due to pain in the wound from the breast cancer spread. 3) Malnutrition due to

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

loss of appetite. Eat little food 4). Infection of the breast wound due to low immunity. 5). Anxiety due to loss of appearance, open wound and secretions seeping from the breast. 6). Promote self-management when returning home and continued care. 7) Prepare patients and relatives to receive palliative care. As for the different nursing diagnoses Case study number 1 is 1) The patient is not ready for treatment due to problems in managing care in the family. Case study number 2 1) Worried about the recurrence of the disease. Symptoms are more severe. 2) Have frozen shoulder. and left shoulder swollen due to lack of knowledge in improper arm management; 3) had grade 3 skin peeling due to side effects of radiotherapy Nursing results showed that nursing problems were resolved and care was continued. Can prevent and reduce complications. Received complete treatment according to the treatment plan.

Keywords: nursing process Breast cancer patients, radiation therapy

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบเป็นอันดับ 1 ของสตรีทั่วโลก โดยพบว่ามีอุบัติการณ์คิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมะเร็งหญิงรายใหม่ พบมากในอายุ45-60 ปี มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เกิดขึ้นปีละ 2.26 ล้านคน หรือมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ชั่วโมงละ 258 คน สำหรับจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมพบอยู่ในอันดับ 5 โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิต 0.68 ล้านคนต่อปี หรือใน 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 78 คน ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2562[1] มะเร็งเต้านม เกิดจาความผิดปกติของ เซลล์ที่อยู่ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม เซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวผิดปกติไม่สามารถควบคุมได้ เปลี่ยนแปลงกลายเป็นเซลล์มะเร็ง อาการผิดปกติได้แก่ มีก้อนในเต้านม ทรงเต้านมเปลี่ยน หัวนมบุ๋ม มีสารน้ำหรือเลือดไหลจากหัวนม หรือมีแผลที่ผิวเต้านม ในผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคอาจมีอาการปวดกระดูก หายใจลำบาก ต่อมน้ำเหลืองโต โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม หญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม หญิงที่ไม่เคยมีบุตร การกลายพันธุ์ของยีนส์[2] ซึ่งวิธีการรักษา มะเร็งเต้านม ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด รังสีรักษา การรักษาด้วยฮอร์โมนและการให้ยารักษาแบบมุ่งเป้า โดยการรักษาที่นิยมคือการผ่าตัดเป็นการรักษาหลักและรังสีรักษาเป็นการรักษาเสริมโดยการฉายรังสีเสริมหลังผ่าตัดเต้านมนั้น เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ เพิ่มการควบคุมโรค เฉพาะที่ และลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำ[3]

รังสีรักษามีบทบาทสำคัญในการรักษามะเร็งทุกระยะ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา มีอัตรารอดชีวิตหลังการรักษาที่ระยะ15 ปี ร้อยละ 70 หากผู้ป่วยหลังการผ่าตัดรักษาร่วมกับการใช้รังสีรักษา จะสามารถลดโอกาสการเกิดโรคซ้ำลดลงจากร้อยละ 39.2 เหลือร้อยละ14[4] มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมด้วย เนื่องจากเซลล์ของมะเร็งเต้านม เกิดจากความผิดปกติของเนื้อเยื่อบุผิว ซึ่งเป็นเซลล์ที่มีความไวต่อการตอบสนองต่อรังสี สำหรับการฉายรังสีเป็นการทำงานของคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าที่มีพลังงานสูงแตกตัวเป็นประจุ[5] ทำให้เกิดการการเปลี่ยนแปลงของโมเลกุล DNA ที่อยู่ในนิวเคลียสโดยตรง หรือทำปฏิกิริยากับน้ำภายในเซลล์เกิดเป็นอนุมูลอิสระซึ่งจะกลับไปทำลาย DNA ในเซลล์ ทำให้สายของ DNA ขาด ส่งผลให้เซลล์เสียหายไม่สามารถซ่อมแซมตนเองหรือแบ่งตัวได้ ทำให้เกิดการตายของเซลล์อย่างรวดเร็ว[4]

สำหรับโรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ปี2563 ,2564และ 2565 จำนวน 234 , 277 และ 329 คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรังสีรักษา ปี 2563,2564 และ 2565 จำนวน 187 ,212 และ 256 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับรังสีรักษา อาจเกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับรังสีรักษา ได้แก่ ผิวหนังหลุดลอก ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลภาวะแขนบวม ภาวะข้อไหล่ติด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น บาดเจ็บร่างแห เส้นประสาทแขน ปอดอักเสบ กระดูกซี่โครงปอดหัก ผลต่อหัวใจ นอกจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทางร่างกายแล้ว มะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคมของผู้ป่วย ความวิตกกังวลต่อตัวโรคและการรักษา มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต กลัวรักษาไม่หาย รวมไปถึงมีภาพลักษณ์ภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ด้านสังคมผู้ป่วยต้องหยุดงานเพื่อเข้ารับการรักษาทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ของครอบครัว จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก[6]

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 2 ราย เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา

วิธีการศึกษา

ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา ที่งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การซักประวัติจากผู้ป่วย การสอบถามข้อมูลจากบุคลากรประจำห้องรังสีรักษา วิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพ ประเมินปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้แบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน และใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ การใช้กระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล

ผลการศึกษา

การศึกษาเปรียบเทียบ กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย พบว่า

1.การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตามแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน -ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

แบบแผนสุขภาพที่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	1. ผู้ป่วยไม่พร้อมในการรักษาเนื่องจากมีปัญหาการจัดการการดูแลในครอบครัว 2.ติดเชื้อแผลเต้านมเนื่องจากภูมิต้านทานต่ำ 3.ส่งเสริมการจัดการตนเองเมื่อกลับบ้านและการดูแลต่อเนื่อง	1.วิตกกังวลเนื่องจากเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค มีอาการรุนแรงมากขึ้น 2.ติดเชื้อแผลเต้านมเนื่องจากภูมิต้านทานต่ำ 3.ส่งเสริมการจัดการตนเองเมื่อกลับบ้านและการดูแลต่อเนื่อง
โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	4. มีภาวะซีด เหนื่อย อ่อนเพลีย เนื่องจากมีเลือดออกขณะทำแผลทุกครั้ง	4. มีภาวะซีด เหนื่อย อ่อนเพลีย เนื่องจากมีเลือดออกขณะทำแผลทุกครั้ง

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตามแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน -ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

แบบแผนสุขภาพ ที่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่ 2
	5. มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร คลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย	5. มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร คลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย 6.มีผิวหนังหลุดลอกระดับ 3 เนื่องจากผลข้างเคียงของรังสีรักษา
การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม		7.มีภาวะข้อไหล่ติด และไหล่ซ้ายบวม เนื่องจากขาดความรู้ในการบริหารแขนไม่ถูกต้อง
สติปัญญาและการรับรู้	6.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่มะเร็งเต้านมลุกลาม	8 .ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่มะเร็งเต้านมลุกลาม
การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	7.วิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์มีแผลเปิดและมีสารคัดหลั่งซึมออกจากเต้านม	9.วิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์มีแผลเปิดและมีสารคัดหลั่งซึมออกจากเต้านม.
ความเครียดและการทนทานต่อความเครียด	8.การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง	10.การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ แบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะอาการคงที่ต่อเนื่อง และระยะจำหน่ายติดตามต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตาราง 2 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะแรกรับ	1. ผู้ป่วยไม่พร้อมในการรักษาเนื่องจากมีปัญหาการจัดการการดูแลในครอบครัว 2.ติดเชื้อแผลเต้านมเนื่องจากภูมิต้านทานต่ำ 3.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่มะเร็งเต้านมลุกลาม 4.มีภาวะซีด เหนื่อย อ่อนเพลีย เนื่องจากมีเลือดออกขณะทำแผลทุกครั้ง	**1.**วิตกกังวลเนื่องจากเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค มีอาการรุนแรงมากขึ้น 2.ติดเชื้อแผลเต้านมเนื่องจากภูมิต้านทานต่ำ 3.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่มะเร็งเต้านมลุกลาม 4.มีภาวะซีด เหนื่อย อ่อนเพลีย เนื่องจากมีเลือดออกขณะทำแผลทุกครั้ง
ระยะอาการคงที่ต่อเนื่อง	5. มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร คลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย 6.วิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์มีแผลเปิดและมีสารคัดหลั่งซึมออกจากเต้านม	5. มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร คลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย 6.วิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์มีแผลเปิดและมีสารคัดหลั่งซึมออกจากเต้านม 7.มีผิวหนังหลุดลอกระดับ 3 เนื่องจากผลข้างเคียงของรังสี 8.มีภาวะข้อไหล่ติด และไหล่ซ้ายบวม เนื่องจากขาดความรู้ในการบริหารแขนไม่ถูกต้อง

ตาราง 2 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะจำหน่าย ติดตามต่อเนื่อง	7.ส่งเสริมการจัดการตนเองเมื่อกลับบ้านและการดูแลต่อเนื่อง 8.การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง	9.ส่งเสริมการจัดการตนเองเมื่อกลับบ้านและการดูแลต่อเนื่อง 10.การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง

2.การพยาบาล ให้การพยาบาลมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 ระยะแรกรับ ระยะอาการคงที่ต่อเนื่อง และระยะจำหน่ายติดตามต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลในระยะแรกรับ **1. ผู้ป่วยไม่พร้อมในการรักษาเนื่องจากมีปัญหาการจัดการการดูแลในครอบครัว**	การพยาบาล มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า) Advance care plan) โดยพูดคุยทำความเข้าใจกันระหว่างทีมรักษาพยาบาลและครอบครัว (Family meeting) ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว การประเมินสีหน้า ท่าทาง การพูดคุย การตอบคำถาม ประเมินบทบาทที่เปลี่ยนแปลง แนวทางการจัดการปัญหาเปิดโอกาสให้ทางเลือก ส่งเสริมให้พลังใจ การให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษา การจัดการตนเองและครอบครัว **ประเมินผล:** กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการเสริมพลัง เข้าใจปัญหา มีการจัดการตนเอง จนสามารถปรับตัวได้และเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษา
2.วิตกกังวลเนื่องจากเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค มีอาการรุนแรงมากขึ้น	การพยาบาลประเมินความวิตกกังวล และประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ อธิบายการดำเนินของโรค การวางแผนการรักษา ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า) Advance care plan) โดยพูดคุยทำความเข้าใจกันระหว่างหว่างทีมรักษาพยาบาลและครอบครัว (Family meeting) ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว และให้การให้การดูแลเพื่อลดความกังวล **ประเมินผล:** กรณีศึกษาที่ 2 เข้าใจภาวะของโรคที่เป็นอยู่ วิตกกังวลลดลง เข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวยินดีเข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสี
3.ติดเชื้อแผลเต้านมเนื่องจากภูมิต้านทานต่ำ	การพยาบาล แผลมะเร็งบวมแดง สารคัดหลั่งมีกลิ่น ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ลดการติดเชื้อโดยการทำความสะอาดบริเวณแผลมะเร็งด้วย 0.9% Normal saline ระมัดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ขณะทำความสะอาดเปิดทำแผลด้วยความระมัดระวัง ทำแผลให้ชุ่มชื้นก่อนเปิดผ้าก๊อซ ใช้อุปกรณ์ป้องกันเลือดออก ทำแผลวันละ1 ครั้งหรือเมื่อแผลเปียกชื้น แนะนำผู้ป่วยในการดูแลความสะอาดร่างกายและรอบๆแผล ใส่เสื้อผ้าที่สะอาดไม่เปียกชื้น การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล งดการทำกิจกรรมที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บบริเวณแผล **การประเมินผล** กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ไม่มีไข้ แผลไม่บวมอักเสบ ยุบบวมลง
4.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่มะเร็งเต้านมลุกลาม	การพยาบาล การจัดการอาการปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ประเมินระดับความเจ็บปวด ใช้มาตรวัดที่ผู้ป่วยเข้าใจ สอบถามลักษณะอาการปวด เวลาและสิ่งกระตุ้นทำให้ปวด เพิ่มขึ้น แนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวดแบบใช้ยาโดยให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ หากมีอาการปวดเล็กน้อย pain score 1-3 ให้รับประทานยาพาราเซตามอล) paracetamol) ปวดมากขึ้น ให้ยา Morphine 3 มิลลิกรัม Oral ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติหลังได้ รับยาติดตามสัญญาณชีพและ sedation score แนะนำให้ดูแลผู้ป่วยให้ได้พักผ่อนให้เพียงพอ จัดสภาพแวดล้อมให้มีโอกาสถ่ายเทสะดวก ถ้าผู้ป่วยนอนกลางคืนได้น้อย ควรจัดให้ได้นอนพักผ่อนในตอนกลางวันเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนให้เพียงพอ ได้จัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ ประคบเย็นบริเวณที่มีอาการ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจ-สาธิตการหายใจแบบผ่อน คลาย แนะนำผู้ดูแล และพูดคุยให้กำลังใจ

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผล ระดับความปวดลดลงจากเดิม . ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย . มีสีหน้าสดชื่น ไม่แสดงถึงความเจ็บปวด
5.มีภาวะซีด เหนื่อย อ่อนเพลีย เนื่องจากมีเลือดออกขณะทำแผลทุกครั้ง	การพยาบาล ตรวจร่างกายประเมินอาการซีด เช่น ตาขาว ริมฝีปาก และลิ้นมีลักษณะซีดจาง อ่อนเพลีย ความทนต่อกิจกรรมลดลง ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ให้สูดดมออกซิเจนทางสายด้วยอัตรา 3 ลิตร/นาที ดูแลให้นอนศีรษะสูง ช่วยเหลือการทำกิจกรรม ดูแลให้ได้รับเลือด)Packed red cell) 2 ยูนิต ตามแผนการ รักษา สังเกตอาการผิดปกติขณะและหลังให้เลือด ดูแลให้ยา Ferrous sulfate 1 tab oral tid pc และ Folic acid 1 tab oral OD pc ติดตามสัญญาณชีพ อาการพร่องออกซิเจน ผล CBC, Hct.แนะนำการรับประทานอาหารที่เพิ่มการสร้างเม็ดเลือด ขณะทำความสะอาดเปิดทำแผลด้วยความระมัดระวัง ทำแผลให้ชุ่มชื้นก่อนเปิดผ้าก๊อซ ใช้อุปกรณ์ป้องกันเลือดออก **การประเมินผล** ผลHct กรณีศึกษารายที่ 1 เพิ่มจากHct 22% เป็น Hct 27% ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เพิ่มจากHct 21% เป็น Hct 26% สามารถเข้ารับการฉายรังสีต่อเนื่องได้
การพยาบาลระยะอาการคงที่ต่อเนื่อง 6. มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร คลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย	การพยาบาล ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมินNAF ของโรงพยาบาลขอนแก่น ทั้ง 2ราย มีคะแนนทุพโภชนาการระดับ 3 รายงานแพทย์และประสานนักโภชนการ มาช่วยส่งเสริมภาวะโภชนาการ แนะนำการทำความสะอาดปากและฟัน ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อม ชนิดของอาหาร ที่ผู้ป่วยต้องการ โดยการเลือกอาหารที่เคี้ยวกลืนและย่อยง่าย อาจแบ่งให้รับประทานครั้งละน้อยแต่เพิ่มมื้ออาหาร จัดสรรเมนูที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว และมีอาหารเสริมทางการแพทย์ตามความเหมาะสม ติดตามประเมินผลการรับประทานอาหาร และประเมินNAFทุกสัปดาห์ **ประเมินผล** ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ น้ำหนักไม่ลดลงกว่าเดิม แต่มีผลเลือด Absolute Neutrophil count ANC <1500cell/mm^3 จำนวน 1 ครั้ง ถูกพักฉายแสง 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้ป่วยอาการดีขึ้น ผลเลือด ANC >1500cell/mm^3
7.วิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์มีแผลเปิดและมีสารคัดหลั่งซึมออกจากเต้านม	**การพยาบาล** อธิบายสาเหตุของการเกิดและการดูแลแผลบริเวณเต้านม การจัดการภาพลักษณ์ให้ดีขึ้น การเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสม การทำแผลตามแผนการรักษา การส่งเสริมความมั่นใจ การเลือกกิจกรรมการเข้าสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลที่ยอมรับภาพลักษณ์ การพูดคุยให้กำลังใจจากครอบครัว ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยรายอื่น **ประเมินผล** ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลง เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง การเข้าสังคมตามความจำเป็นและระยะเวลาที่เหมาะสม
8.มีผิวหนังหลุดลอกระดับ 3 เนื่องจากผลข้างเคียงของรังสี	การพยาบาล อธิบายสาเหตุของการเกิดและการดูแลรักษาร่วมกันกับผู้ป่วย ตรวจและประเมินผิวหนังบริเวณรับการฉายรังสี เช่น ผื่น รอยแผล อาการบวม แดง กด เจ็บ ผิวหนังหลุดลอก ดำคล้ำทุกวันแนะนำการเลือกเสื้อผ้าที่อ่อนนุ่ม ระบายอากาศ หากต้องออกแดดควรกางร่ม อาบน้ำในอุณภูมิปกติ ใช้ผ้าซับเบาๆ ไม่เช็ดถูแรงๆ งดการทาแป้ง ทาครีม ลูกกลิ้ง ขณะฉายรังสี หากผิวหนังลอกดำให้ใช้ครีมทาผิวหนังตามแผนการรักษา ดูแลผิวหนังให้แห้งอยู่เสมอ ไม่ให้อับชื้น ติดตามประเมินผิวหนังทุกวัน[3] **ประเมินผล:** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผิวหนังได้รับระคายเคือง มีความรุนแรงการฉายรังสีเกิดขึ้นในระดับ 3 คือผิวหนังแห้งเป็นขุย และหลุดลอกเป็นสะเก็ดหรือเป็นแผ่นบางๆ (dry desquamation) ได้รับการดูแลรักษา และหายเป็นปกติ หลังการฉายรังสี 1 เดือน
9.มีภาวะข้อไหล่ติด และไหล่ซ้ายบวม เนื่องจากขาดความรู้ในการบริหารแขนไม่ถูกต้อง	การพยาบาล.ประเมินระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของแขนและไหล่ที่ผ่าตัด อาการปวดขณะเคลื่อนไหวประเมินองศาไหล่โดยการใช้เครื่องมือโกโนโอมิเตอร์สอน สาธิต และฝึกทักษะการบริหารแขนและข้อไหล่ทุกวัน ยกแขนให้สามารถยืดตรงชิดกับใบหู หรือเอื้อมแขนไปจับไหล่ด้านตรงข้ามทางด้านหลังได้ ให้ทำการบริหารทุกๆวัน วันละหลายๆครั้ง และสม่ำเสมอ ระวังไม่ให้

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	แขนด้านตัวโรคเกิดแผล และไม่ควรให้มีการเจาะเลือด หรือทำหัตถการของ แขนด้านนี้ ระวังไม่ใช้แขนด้านนั้นยกหรือรับน้ำหนักมากเกินไป) โดยเฉพาะน้ำหนักที่เกิน 2 กิโลกรัม(สวมหรือพัน elastic bandage เพื่อประคับประคองแขน หากมีอาการบวมมากขึ้น ดูแลผิวหนังป้องกันการติดเชื้อ[7] **ประเมินผล:** กรณีศึกษาที่ 2 บริหารแขนและข้อไหล่ได้ ตามโปรแกรมทำให้ข้อไหล่ติด ลดลง จากยกได้90องศาได้เป็น 120 องศา
การพยาบาลระยะจำหน่าย ติดตามต่อเนื่อง **9.ส่งเสริมการจัดการตนเองเมื่อกลับบ้านและการดูแลต่อเนื่อง**	การพยาบาล ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลักD-E-M-E-T-H-O-D .เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยประเมินความเข้าใจการปฏิบัติตัวและการมาติดตามการรักษาต่อเนื่อง **ประเมินผล:**กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเข้าใจการปฏิบัติตัว และการดูแลต่อเนื่อง
10.การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง	การพยาบาลมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันในสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง พยาบาล หอผู้ป่วย เภสัชกร และทีมหมอครอบครัว โดยประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับตัวโรค และความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน อธิบายข้อมูลในการปฏิบัติตัวตามแผนการจำหน่าย ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และเยี่ยมที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรึกษาทางโทรศัพท์ ประเมินและจัดการอาการ จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านอย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลของภาคีเครือข่าย และการส่งต่อข้อมูลการรักษา **ประเมินผล** ประเมินการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติพบว่า มีความพร้อมในการดูแลแบบประคับประคอง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา ที่เหมือนกันทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ 1 (มีภาวะซีด เหนื่อย อ่อนเพลีย เนื่องจากมีเลือดออกขณะทำแผล 2(.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่เต้านม 3 (มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย 4(.ติดเชื้อแผลเต้านมเนื่องจากภูมิต้านทานต่ำ 5). วิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์มีแผลเปิดและมีสารคัดหลั่งซึมออกจากเต้านม 6).ส่งเสริมการจัดการตนเองเมื่อกลับบ้านและการดูแลต่อเนื่อง 7(การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ต่างกัน กรณีศึกษารายที่1 คือ 1) ผู้ป่วยไม่พร้อมในการรักษาเนื่องจากมีปัญหาการจัดการการดูแลในครอบครัว กรณีศึกษารายที่ 2 1) วิตกกังวลเนื่องจากเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค มีอาการรุนแรงมากขึ้น 2) มีภาวะข้อไหล่ติดและไหล่ซ้ายบวม เนื่องจากขาดความรู้ในการบริหารแขนไม่ถูกต้อง 3(มีผิวหนังหลุดลอกระดับ 3 เนื่องจากผลข้างเคียงของรังสีรักษา ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่า ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขและการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนได้ ได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 47 ปี และ 78 ปี ระยะของมะเร็งเป็นระยะที่ 4 ชนิดของมะเร็งคือ invasive ductal carcinoma เป็นชนิดที่ทีความร้ายแรงและพบได้มากที่สุด[8] ผลการตรวจความสัมพันธ์ของภาวะตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน(ER) โปรเจสเตอโรน(PR)และเฮอร์ทู (Her-2) พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 พบว่า ผลการตรวจความสัมพันธ์ของภาวะตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน(ER) เป็นบวก โปรเจสเตอโรน(PR)เป็นบวกและเฮอร์ทู (Her-2) เป็นบวก ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 พบว่า ผลการตรวจความสัมพันธ์ของภาวะตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน(ER)

เป็นบวก โปรเจสเตอโรน(PR) เป็นบวกและเฮอร์ทู (Her-2) เป็นลบ เมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นและมี histological grade ของโรคสูงขึ้น เฮอร์ทู (Her-2) จะมีผลเป็นลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ[9,10]การเกิดโรค พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 คลำได้ก้อนเต้านมข้างขวา ไม่เจ็บ ไม่ปวด ก้อนโตขึ้นเรื่อยๆแต่ไม่เคยรักษา จนก้อนเต้านมมีแผลลุกลามจึงมารักษาที่โรงพยาบาล ไม่เคยผ่านการคัดกรองเต้านมมาก่อน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ที่มี Recurrent CA Lt breast S/P MRM พบว่าผู้ป่วยที่มี Tumor grade รวมถึงขนาดของก้อนมะเร็งรวมถึง T stage 3 การมีก้อนมะเร็งมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองและมีการผ่าตัด MRM มีโอกาสเกิดการเป็นมะเร็งกลับซ้ำได้[11] การรักษา ด้วยPalliative Radiotherapy ใช้การฉายรังสีแบบสั้น (hypofractionation) เป็นการฉายรังสีใช้ปริมาณรังสีมากกว่า 2 เกรย์/วัน ใช้เวลาประมาณ 3 สัปดาห์ ใช้เวลาสั้น ลดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน[3] แบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะอาการคงที่ต่อเนื่อง และระยะจำหน่ายติดตามต่อเนื่อง ซึ่งพบข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนและแตกต่างกัน ตามพยาธิสภาพของโรค อายุ ชนิดของตัวรับฮอร์โมน จำนวนปริมาณรังสี บริบทครอบครัว จากข้อมูลดังกล่าว จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมิน เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่สอดคล้องและครอบคลุมปัญหาและความต้องการของแต่ละราย จากการศึกษา ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขและการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนได้ ได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษา

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลผู้ป่วยเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยรังสีรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การบรรเทาอาการรบกวน การเตรียมผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: หน่วยงานเวชระเบียนฐานข้อมูลโรคมะเร็งกลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563

2.จิรพร ทัพธานี) 2566(การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง : กรณีศึกษา วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม พ.ศ .2566

3.สวนีย์ นิรันดร์ศิริผล.การเปรียบเทียบผลข้างเคียงผิวหนังอักเสบระยะเฉียบพลันจากการฉายรังสี แบบสั้น) hypofractionated radiotherapy) กับการฉายรังสีแบบปกติ (conventional radiotherapy) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดเต้านมทั้งในผู้ป่วยมะเร็งศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(1) Srinagarind Med J 2021; 36(1)resected locally advanced breast cancer. Ann Palliat Med. 2018;7(4):373-84.

4.ภัทิรา บัวพูล.การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา ใน:ศิริอร สินธุ,บรรณาธิการ.การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา.นนทบุรี:วัฒนาการพิมพ์;2565.p.173-222

5. Meattini I, Francolini G, Livi L. Radiosensitivity in the breast cancer management scenario:another step forward? J Thorac Dis. 2016;8(10):E1361-E3.

6.จารุนี แก้วอุบล .ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม The Effective of Program Providing Information to Quality of Life among the Breast Cancer Patient Receiving

Breast Surgery.2563. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีที่ 4 ฉบับที่ 7 : ตุลาคม 2562 - มีนาคม 2563

7.มลฤดี เกษเพชรและนิโรบล กนกสุนทรรัตน์.การป้องกันและการจัดการภาวะแขนบวมจากน้ำเหลืองคั่งในผู้เป็นมะเร็งเต้านม: บทบาทพยาบาล.2017. Rama Nurs J.January-April 2017;23(1).

8.กิตติวดี ศักดิ์ตรชัย .มะเร็งเต้านม .ใน :ธวัชชัย ชัยวัฒนรัตน, จักรพงษ์ จักกาบาตร์, ศศิธร ศิริสาลิโภชน์ และกิตติวดี ศักดิ์ตรชัย, บรรณาธิการ .รังสีวิทยา :เวชศาสตร์นิวเคลียร์ รังสีรักษา และมะเร็งวิทยา .กรุงเทพ:จุฬาลงกณ์มาหวิทยาลัย; 2563. p. 426-48

9.ก้านแก้ว ราชดุษฎี. กรณีศึกษาอุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านมในกลุ่มประชากรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น Incidence of breast cancer : A study in patient KhonKaen regional hospital 2022. Journal of Health and Environmental Eucation.January-February.2022;6(1).

Mazlyfarin M.,Hui,SK. Using google trends data to study public interest in breast cancer screening in malasia.2019;20:1427-1432.

11.ธีรวุฒิ รักชอบ.การศึกษาเปรียบเทียบชนิดการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำและการกระจายของมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยอายุน้อย.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2022; 36(1) มกราคม-เมษายน 2564 :169-179.

เปรียบเทียบปริมาณรังสียังผลก่อนและหลังการปรับพารามิเตอร์ในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกและช่องท้องของโรงพยาบาลอุดรธานี

Comparison of effective dose before and after adjusting parameters for Chest and Abdominal computed tomography of Udonthani Hospital.

(Received: March 12,2024 ; Revised: March 14,2024 ; Accepted: March 15,2024)

พิชญ์ธาดา วรภคปกรณ์[1]
Pichthada Worrapakapakorn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปริมาณรังสียังผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ก่อนและหลังการปรับพารามิเตอร์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มาตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ที่กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลอุดรธานี โดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 52 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลปริมาณรังสี โดยเก็บรวมรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากระบบ PACS โรงพยาบาลอุดรธานี 2 กลุ่ม กลุ่ม1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2563 และกลุ่ม 2 ตั้งแต่วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2563 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาค่าแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ได้แก่ ค่ามัธยฐาน

เมื่อเปรียบเทียบปริมาณรังสียังผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลอุดรธานี ภายใต้จำนวนรอบหรือ phase ของการสแกนที่เท่ากัน พบว่าการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก ช่องท้องส่วนบนและช่องท้องทั้งหมด ก่อนปรับพารามิเตอร์มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 19.44 34.35 และ 45.94 mSv หลังปรับพารามิเตอร์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.87 15.33 และ 20.23 mSv

คำสำคัญ: ปริมาณรังสียังผล, ปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน, ปริมาณรังสีอ้างอิง

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to compare the radiation dose to the patient's results from computerized tomography before and after parameter adjustment. The sample groups were Patients over 20 years of age come to check with computed tomography. At the radiology work group Udon Thani Hospital. By selecting a specific The sample group was 52. The instruments used in the research were: Radiation data record form Samples were collected from the PACS system of Udon Thani Hospital 2 groups, Group 1 from January 1, 2019 to April 30, 2020 and Group 2 from June 23, 2020 to 31. August 2020 The data were analyzed using descriptive statistics central tendency including median.

When comparing the radiation dose, the patient's results were obtained from the computed tomography of Udon Thani Hospital. Under the same number of scan cycles or phases. Found that chest computed tomography Upper abdomen and entire abdomen Before adjusting the parameters, the median was 19.44, 34.35, and 45.94 mSv. After adjusting the parameters, the mean was 7.87, 15.33, and 20.23 mSv.

Keywords: Effective dose, computed tomography dose index (CTDIvol), diagnostic reference level (DRL)

บทนำ

ปริมาณรังสีถือเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สุดในการกำหนดคุณภาพของภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และความแม่นยำในการวินิจฉัยโรค แต่ปริมาณรังสีที่ใช้ตรวจเพื่อการวินิจฉัยมีผลทำให้เกิดมะเร็งในอนาคตได้ จึงควรตรวจเมื่อจำเป็น (justification) และใช้ปริมาณรังสีที่เหมาะสมใน

[1] กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

การตรวจ (optimization) ทราบได้อย่างไรว่าปริมาณรังสีที่ใช้เหมาะสมหรือไม่ โดยการประเมินติดตามปริมาณรังสีในโรงพยาบาลของเราเทียบกับโรงพยาบาลอื่นและเทียบกับค่าระดับอ้างอิงของประเทศ[1] เอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีประโยชน์อย่างมากในทางการแพทย์ สามารถเห็นเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆได้ละเอียดมากกว่าการถ่ายภาพรังสีทั่วไป เป็นเทคโนโลยีที่ได้รับการพัฒนาครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2515 ซึ่งสามารถถ่ายภาพตัดขวางของศีรษะผู้ป่วยได้สำเร็จโดย Godfrey Newbold Hounsfield นับเป็นวิวัฒนาการด้านการสร้างภาพรังสีที่ก้าวหน้าทันสมัยในทางการแพทย์ ช่วยเพิ่มทางเลือกในการวินิจฉัยและรักษาโรค แต่เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ก็เป็นแหล่งสำคัญของการได้รับรังสีเอกซ์ในปริมาณที่สูงกว่าการถ่ายภาพรังสีแบบทั่วไป จากรายงานของ United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation พบว่าปริมาณรังสีสะสมที่ได้รับจากทางการแพทย์ที่เกิดจากการใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ร้อยละ 34[2] และมีแนวโน้มว่ามีการใช้งานมากขึ้น พร้อมๆกับมีความกังวลเกี่ยวกับความน่าจะเป็นของการเกิดมะเร็งด้วยรังสีจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์[3] เนื่องจากการใช้รังสีทางการแพทย์ไม่มี dose limits จะพิจารณาจากประโยชน์ (Benefit) และความเสี่ยง (Risk) ที่จะได้รับ โดยใช้เปรียบเทียบกับค่าอ้างอิงปริมาณรังสีที่กำหนดขึ้น เรียกว่า diagnostic reference levels หรือ DRL สำหรับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ค่าปริมาณรังสีที่ใช้คือ weighted CTDI (weighted computed tomography dose index) และ ค่า DLP (dose length product) ซึ่งผลทางชีวภาพต่อชีวิตมนุษย์เรียกว่า ปริมาณรังสียังผล (Effective dose : ED) มีหน่วยเป็นมิลลิซีเวิร์ (mSv)[4]

การตั้งค่าพารามิเตอร์ในประเทศไทยมักจะเป็นการดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรมจากผู้ขายเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ด้วยการยอมรับคุณภาพของภาพจากรังสีแพทย์และนักรังสีเทคนิค ปัญหาสำคัญที่สุดคือนักรังสีเทคนิคที่ทำหน้าที่สแกนยังมีความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับการตั้งค่าเทคนิคและพารามิเตอร์ที่เหมาะสมในการตรวจ นักฟิสิกส์การแพทย์ที่มีหน้าที่โดยตรงในการคำนวณปริมาณรังสีในงานรังสีวินิจฉัยมีไม่เพียงพอ แม้ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบางแห่งก็ยังขาดแคลน สำหรับโรงพยาบาลอุดรธานีได้มีการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ตั้งแต่ปี 2536 ซึ่งสถิติการส่งตรวจเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี แต่ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาหรือรายงานปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ทำให้มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับรังสีในปริมาณที่สูง ผู้วิจัยได้ทำการเลือกผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ (Brain) ทรวงอก (Chest) ช่องท้องส่วนบน (Upper abdomen) และช่องท้องทั้งหมด (Whole abdomen) เพราะมีปริมาณการส่งตรวจสูงกว่าส่วนอื่น โดยศึกษาย้อนหลังจากรายงานปริมาณรังสีที่อยู่ในระบบ PACS ส่วนละ 20 ราย นำค่า DLP ไปคำนวณหาค่าปริมาณรังสียังผล และวิเคราะห์สถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เปรียบเทียบกับปริมาณรังสียังผลของ 5 มหาวิทยาลัยในประเทศไทย[5] พบว่าค่ามัธยฐานของส่วนศีรษะไม่เกินค่าอ้างอิง ส่วนที่น่าเป็นกังวลคือทรวงอกและช่องท้องมีค่าสูงกว่าค่าอ้างอิงมาก

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีแนวทางเพื่อควบคุมไม่ให้มีการใช้รังสีสูงเกินความจำเป็น โดยเลือกส่วนตรวจที่มีค่าปริมาณรังสีเกินค่าอ้างอิงค่อนข้างสูง ได้แก่ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก ช่องท้องส่วนบนและช่องท้องทั้งหมด นำมาศึกษาข้อมูลพารามิเตอร์ที่ใช้และปริมาณรังสีที่เกิดจากการปฏิบัติงานปัจจุบัน จากนั้นมีการปรับพารามิเตอร์ให้เหมาะสมร่วมกับรังสีแพทย์และผู้เชี่ยวชาญของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปรับปรุงพัฒนางานวิจัยนี้โดยเปรียบเทียบปริมาณรังสีก่อนและหลังการปรับพารามิเตอร์ในการตรวจ

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกและช่องท้องของโรงพยาบาลอุดรธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาค่าปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลอุดรธานี
2. เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงพัฒนาระบบควบคุมการตั้งค่าพารามิเตอร์
3. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณรังสีก่อนและหลังปรับพารามิเตอร์กับค่าอ้างอิง

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยบันทึกปริมาณรังสีค่า CTDIvol และ DLP จากรายงานปริมาณรังสีในระบบ PACS แล้วนำไปคำนวณหาค่าปริมาณรังสียังผลก่อนและหลังการปรับพารามิเตอร์ วิเคราะห์สถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เปรียบเทียบกับปริมาณรังสียังผลของ 5 มหาวิทยาลัยในประเทศไทยและจากแหล่งอ้างอิงสากล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร หมายถึง ผู้ป่วยที่มาตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนทรวงอก ส่วนช่องท้องส่วนบน หรือส่วนช่องท้องทั้งหมด ที่กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 30 เมษายน 2563 และระหว่างวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป น้ำหนักตัวอยู่ในช่วง 45-75 กิโลกรัม โดยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังตั้งแต่ 1 มกราคม 2562 ถึง 30 เมษายน 2563 และกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 เป็นศึกษาแบบไปข้างหน้า ตั้งแต่วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2563

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) น้ำหนักตัวมาตรฐานของคนไทยอยู่ในช่วง 45-75 กิโลกรัม 3) ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพียง 1 ส่วน ได้แก่ ทรวงอก หรือช่องท้องส่วนบน หรือช่องท้องทั้งหมด 4) Number of phase ตามที่ระบุ ดังนี้ 4.1) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก 2 phase; non contrast และ with contrast 4.2) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องส่วนบน 4 phase; non contrast, arterial phase, venous phase และ delay phase 4.3) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องทั้งหมด 4 phase; non contrast, arterial phase, venous phase และ delay phase 5) ภาพ scout ไม่มีโลหะหรือ metallic artifact 6) สามารถยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะระหว่างตรวจได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี 2) น้ำหนักตัวน้อยกว่า 45 กิโลกรัม หรือมากกว่า 75 กิโลกรัม 3) ไม่ใช่การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพียง 1 ส่วน ได้แก่ ทรวงอก หรือช่องท้องส่วนบน หรือช่องท้องทั้งหมด 4) Number of phase ไม่เป็นไปตามที่ระบุ ดังนี้ 4.1) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก 2 phase; non contrast และ with contrast 4.2) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องส่วนบน 4 phase; non contrast, arterial phase, venous phase และ delay phase 4.3) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องทั้งหมด 4 phase; non contrast, arterial phase, venous phase และ delay phase 5) ภาพ scout มีโลหะหรือ metallic artifact 6) ไม่สามารถยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะระหว่างตรวจได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง วันดี สร้อยสังหวาน (2559) ได้ศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเรื่อง การลดปริมาณรังสีในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก โดยใช้เทคนิคตรวจปกติ (Standard protocol) และเทคนิคการตรวจปรับปริมาณรังสีอัตโนมัติ (Automatic exposure) ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลนครพนม ในเดือนมกราคม ถึง ตุลาคม 2559 พบว่า การตรวจด้วยเทคนิคปกติได้รับ

ปริมาณรังสียังผลเท่ากับ 5.29 mSv ส่วนการตรวจด้วยการปรับปริมาณรังสีอัตโนมัติ ได้รับปริมาณรังสียังผลเท่ากับ 3.95 mSv ผลต่างของปริมาณรังสียังผลต่างกันเท่ากับ 1.34 mSv ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.13 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ระดับความเชื่อมั่น P เท่ากับ 0.01 จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 population size ของทรวงอกเท่ากับ 2,495 ราย population size ของช่องท้องส่วนบนเท่ากับ 1,218 ราย และ population size ของช่องท้องส่วนล่างเท่ากับ 3,151 ราย นำมาคำนวณโดยใช้สูตร Finite population mean ของ App N4Studies พบว่า sample size เท่ากันทั้ง 3 ส่วน คือ 26 ราย ผู้วิจัยจึงได้ปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 52 ราย

ใช้สูตร Finite population mean

$$n = \frac{N\sigma^2 z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1) + \sigma^2 z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

Population size	=	3,151
Standard deviation	=	0.13
Error	=	0.05
Alpha	=	0.05
Sample size	=	26
ปรับกลุ่มตัวอย่างเป็น	=	**52**

จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 population size ของส่วนทรวงอกเท่ากับ 423 ราย ส่วนช่องท้องส่วนบนเท่ากับ 221 ราย และส่วนช่องท้องทั้งหมดเท่ากับ 578 ราย ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ 1 ผู้วิจัยได้ปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 52 ราย เพื่อให้เท่ากับกลุ่มที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พร้อม เครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย (โปรแกรม OP serve) และระบบจัดเก็บภาพทางรังสีหรือระบบ PACS

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลปริมาณรังสีที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงแบบบันทึกการเก็บข้อมูลตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับนับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลปริมาณรังสีที่เก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วทำการประมวลผล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ค่าแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ได้แก่ ค่ามัธยฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาเพื่อหาค่าปริมาณรังสีที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก ช่องท้องส่วนบนและช่องท้องทั้งหมดของผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรธานี เปรียบเทียบกับ 5 มหาวิทยาลัยในประเทศไทย[5] และค่าอ้างอิงในระดับสากล[6,7]

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2563 เลขที่ UDH REC No.32/2563

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐานของ CTDI, DLP and effective dose จากการตรวจ CT Chest ในผู้ใหญ่ของโรงพยาบาลอุดรธานี เปรียบเทียบกับ DRL จาก 5 มหาวิทยาลัยในไทย และค่าอ้างอิงจาก UK และ European commission

CT Chest		Five university hospitals in Thailand					Udonthani hospital		DRLs	
		A	B	C	D	E	ก่อน	หลัง	UK	EC
C	Number	48	-	14	-	32	52	52		
	$CTDI_V$	8.0	-	9.8	-	8.6	16.29	6.9	13	10
	DLP	306	-	410	-	355	629.9	279.60	580	650
	ED	**4.3**	**-**	**5.74**	**-**	**4.97**	**8.82**	**3.91**	**8.12**	**9.1**
NC + C	Number	11	6	13	-	16	52	52		
	$CTDI_V$	8.2	10.11	9.3/11.2	6.6/13.2	11.77	16.29	7.33		
	DLP	636	711	156/450	718	742	1388.1	561.85		
	ED	**8.9**	**10**	**8.5**	**10.1**	**10.4**	**19.44**	**7.87**		

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐานของ CTDI, DLP and effective dose จากการตรวจ CT Upper abdomen ในผู้ใหญ่ของโรงพยาบาลอุดรธานี เปรียบเทียบกับ DRL จาก 5 มหาวิทยาลัยในไทย และค่าอ้างอิงจาก UK และEuropean commission

CT Upper abdomen		Five university hospitals in Thailand					Udonthani hospital		DRLs	
		A	B	C	D	E	ก่อน	หลัง	UK	EC
	Number	70	24	33	43	16	52	52		
Venous phase	$CTDI_V$	12.4	13.8	11.7	15.6	10.4	16.29	7.59	14	25
	DLP	380	395	323	-	316	563.25	252.05	470	900
	ED	**5.7**	**5.9**	**4.8**	**-**	**4.7**	**8.45**	**3.78**	**7.05**	**13.5**
No. of phase		3.4	2.7	3.5	2.8	3.1	4	4		
Whole exam	DLP	1294	1132	1011	1149	1064	2289.65	1021.7		
	ED	**19.4**	**17**	**15.2**	**17.2**	**16.9**	**34.35**	**15.33**		

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐานของ CTDI, DLP and effective dose จากการตรวจ CT Whole abdomen ในผู้ใหญ่ของโรงพยาบาลอุดรธานี เปรียบเทียบกับ DRLs จาก 5 มหาวิทยาลัยในไทย และค่าอ้างอิงจาก UK และ European commission

CT Whole abdomen		Five university hospitals in Thailand					Udonthani hospital		DRLs	
		A	B	C	D	E	ก่อน	หลัง	UK	EC
	Number	77	3	63	39	77	52	52		
Venous phase	$CTDI_V$	12.3	13.9	11.9	17.9	11.3	16.29	8.64	14	15
	DLP	608	600	544	-	552	909.9	420.2	560	780
	ED	**9.1**	**9**	**8.2**	**-**	**8.3**	**13.52**	**6.45**	**8.4**	**11.7**
No. of phase		3.5	3	2.4	2.7	2.65	4	4		

CT Whole abdomen		Five university hospitals in Thailand					Udonthani hospital		DRLs	
		A	B	C	D	E	ก่อน	หลัง	UK	EC
Whole exam	DLP	1662	1507	971	1742	1131	3129.86	1344.26		
	ED	**24.9**	**22.6**	**14.7**	**26.1**	**18.4**	**45.94**	**20.23**		

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐานปริมาณรังสียังผลต่อหนึ่งรอบของการสแกน (1 phase or 1 exam) เปรียบเทียบกับ 5 มหาวิทยาลัยในไทย และค่าอ้างอิงจาก UK และ European commission

Hospital	Effective dose (mSv)		
	Chest (CE phase)	Upper abdomen (Venous phase)	Whole abdomen (Venous phase)
Udonthani hospital (ก่อนปรับ)	**9.7**	**8.45**	**13.65**
Udonthani hospital (หลังปรับ)	**3.91**	**3.78**	**6.6**
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย A	4.3	5.7	9.1
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย B	-	5.9	9
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย C	5.74	4.8	8.2
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย D	-	-	-
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย E	4.97	4.7	8.3
Reference from UK	8.12	7.05	8.4
Reference from EC	9.1	13.5	11.7

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาปริมาณรังสีจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า ค่ามัธยฐานของ CTDIvol ใน 1 รอบของการสแกน ก่อนปรับพารามิเตอร์มีค่าเท่ากันทั้งสามส่วนคือ 16.29 mGy หลังปรับพารามิเตอร์ส่วนทรวงอก ช่องท้องส่วนบน และช่องท้องทั้งหมดมีค่าเท่ากับ 6.9 7.59 และ 8.64 mGy ค่ามัธยฐานของ DLP ส่วนทรวงอกใน contrast phase ช่องท้องส่วนบนและช่องท้องทั้งหมดใน Venous phase ก่อนปรับพารามิเตอร์มีค่าเท่ากับ 692.9 563.25 และ 909.9 mGy•cm หลังปรับพารามิเตอร์มีค่าเท่ากับ 279.6 252.05 และ 420.2 mGy•cm ทั้งนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนพารามิเตอร์โดยตั้งค่าเทคนิคกระแสหลอดอัตโนมัติ (Automatic Tube Current Modulation; ATCM) แทนการใช้เทคนิคกระแสหลอดคงที่ (Fix mA) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีขนาดต่างกันค่ากระแสหลอดย่อมไม่เท่ากัน สิ่งสำคัญมากที่สุดเมื่อใช้ ATCM คือการจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ตำแหน่งกึ่งกลางหลอดเอกซเรย์ (Isocenter) เนื่องจาก ATCM จะปรับค่ากระแสหลอดตามความหนาแน่นของบริเวณที่ตรวจโดยคำนวณจากภาพ scout ดังนั้นถ้าผู้ป่วยไม่อยู่ในตำแหน่ง Isocenter ปริมาณรังสีจะเพิ่มสูงขึ้น 38% และเพิ่มสัญญาณรบกวนภาพ (noise) 22% นอกจากนี้ยังมีการปรับลดจำนวนรอบของการสแกน ทำให้ลดปริมาณรังสีลงได้อย่างชัดเจน[8,9,10] ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลอุดรธานีไม่ตรวจ phase non contrast ในผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยที่ตรวจเพื่อติดตามการรักษาที่มีการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนเดิมตั้งแต่ครั้งที่ 3 เป็นต้นไป มีการปรับลดระยะการสแกนให้ครอบคลุมเฉพาะส่วนตรวจซึ่งสามารถลดปริมาณรังสีลงได้โดยดูจากค่า DLP ที่ลดลง ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลระยะการสแกนเป็นตัวเลขได้เนื่องจากมีข้อจำกัดจากโปรแกรมของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ยี่ห้อนี้ ในขั้นตอน image processing ใช้เทคนิค interative reconstruction ซึ่งมีเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์

(Artificial Intelligence deep learning) ช่วยลดปริมาณรังสีลงได้เมื่อเทียบกับเทคนิคเดิม filter back projection[11]

ข้อมูลปริมาณรังสียังผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลอุดรธานี ภายใต้จำนวนรอบหรือ phase ของการสแกนที่เท่ากัน พบว่าการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก ช่องท้องส่วนบนและช่องท้องทั้งหมด ก่อนปรับพารามิเตอร์มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 19.44 34.35 และ 45.94 mSv หลังปรับพารามิเตอร์มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 8.87 15.33 และ 20.23 mSv เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการศึกษาวิจัยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่งในประเทศไทย (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่) พบว่าปริมาณรังสียังผลจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกมีค่าตั้งแต่ 5.1-10.1 mSv ช่องท้องส่วนบนเท่ากับ 15.2-19.4 mSv และช่องท้องทั้งหมดเท่ากับ 14.7-26.1 mSv ในส่วนของค่าอ้างอิงจาก UK และ EC เมื่อเปรียบเทียบใน 1 phase (ตามตารางที่ 4) พบว่าปริมาณรังสียังผลส่วนทรวงอกของโรงพยาบาลอุดรธานี UK และ EC มีค่าเท่ากับ 4.15 8.12 และ 9.1 mSv ส่วนช่องท้องส่วนบนของโรงพยาบาลอุดรธานี UK และ EC มีค่าเท่ากับ 4.04 7.05 และ 13.5 mSv ส่วนช่องท้องทั้งหมดของโรงพยาบาลอุดรธานี UK และ EC มีค่าเท่ากับ 6.45 8.4 และ 11.7 mSv จึงสรุปได้ว่าปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก ช่องท้องส่วนบนและช่องท้องทั้งหมดของโรงพยาบาลอุดรธานีอยู่ในช่วงมาตรฐานที่ยอมรับได้หลังมีการปรับพารามิเตอร์[1]

จากการดำเนินการวิจัย ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาพัฒนาปรับปรุงการทำงานในปัจจุบัน ภายใต้ routine protocol ที่ทำประจำ เกิดกระบวนการควบคุมคุณภาพ มีการตรวจสอบปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลอุดรธานี มีการกำหนดและควบคุมพารามิเตอร์ที่ใช้ในการตรวจ ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปและนำเสนอข้อมูลเปรียบเทียบปริมาณรังสียังผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ก่อนและหลังการปรับพารามิเตอร์ต่อผู้นำองค์กรเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาลดปริมาณรังสีในส่วนอื่นต่อไป หรือการลดปริมาณรังสีในผู้ป่วยเด็ก

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาค่าปริมาณรังสีที่ใช้ในการตรวจส่วนใดส่วนหนึ่ง ของเครื่องมือทางรังสีประเภทหนึ่ง ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเรียกว่า median dose สถิติที่ใช้ของแต่ละโรงพยาบาลควรใช้ค่า median หรือค่ามัธยฐาน (P50 หรือ Q2) แทนการใช้ค่า mean หรือค่าเฉลี่ยจะได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้มากกว่า

2. DRL เป็นค่าปริมาณรังสีอ้างอิงทางรังสีวินิจฉัย มาจากการสำรวจค่า median dose จากโรงพยาบาลหลายๆแห่ง ของเครื่องมือประเภทใดประเภทหนึ่ง สำหรับการตรวจส่วนใดส่วนหนึ่ง โดยใช้ค่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 (P75 หรือ Q3) ไม่ควรนำค่าปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับไปเปรียบเทียบกับ DRL (DRL do not apply to individual patient) ถ้าจะเปรียบเทียบให้ใช้ค่า median dose ของแต่โรงพยาบาล

3. ปริมาณรังสียังผลไม่ใช่ปริมาณรังสีเฉพาะบุคคล (individual dose) ใช้เพื่อสื่อสารความเสี่ยงโอกาสของการเป็นมะเร็งจากการศึกษากลุ่มประชากรตัวอย่าง

4. เมื่อใช้เทคนิค ATCM ควรให้ความสำคัญกับภาพ scout ตั้งแต่การจัดท่าให้ผู้ป่วยอยู่กึ่งกลาง gantry และไม่มี artifact จากโลหะบนภาพ scout

เอกสารอ้างอิง

1. ปริมาณรังสีในผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดใหม่ในงานคุณภาพรังสีวินิจฉัย. [Online]. 2014; [cited 2019 Sep 13]. Available from: https://www.sunpasit.go.th/2014/upload/4142f4b621067a981ffee8262aa6fcec.pdf
2. United Nations Scientific Communities on the Effects of Atomic Radiation. Source and effects of ionizing radiation. UNSCEAR 2008 Report. United Nations Publication sales E.10.XI.3. NewYork: United Nations, 2010. Available from: https://www.unscear.org/unscear/en/publications/2008_1.html
3. IAEA: Radiation protection of patients (RPOP):Information for X-ray. Available from: http://rpop.iaea.org/RPOP/RPoP/Content/InformationFor/Patients/patient-information-x-rays/index.htm.
4. Mettler FA Jr, Huda W, Yoshizumi TY, Mahesh M. Effective doses in radiology and diagnostic nuclear medicine: a catalog. Radiology. 2008; 248:257-63. Available from: https://www2.rsna.org/timssnet/radiologyselect/dose/PDF%20Files/category%202/V521.pdf
5. Panruethai T, Supika K, Chantima R, Pannee V, Jiraporn S. Radiation dose from CT scanning: can it be reduced? Asian Biomedicine Vol. 5 No. 1 February 2011; 13-21. Available from: https://www.researchgate.net/publication/269683412_Radiation_dose_from_CT_scanning_Can_it_be_reduced
6. Shrimpton PC, Hillier MC, Lewis MA, Dunn M.National survey of doses from CT in the UK: 2003.BrJ Radiol. 2006; 79: 968-980 Available from: The British Journal of Radiology, 79 (2006), 968–980. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/6588698_National_survey_of_doses_from_CT_in_the_UK_2003
7. Peter Vock, Graciano Paulo, Renato Padovani. Greece CT Medical Exposures and CT Risk/Benefit. EMAN – European Medical ALARA. edition 3^{n} October 2013. Available from: https://www.eurosafeimaging.org/wp/wp-content/uploads/2015/10/Edition_3_-_October_2013.pdf
8. Hyun Woo Goo. CT Radiation Dose Optimization and Estimation: an Update for Radiologists. pISSN 1229-6929 · eISSN 2005-8330 Korean J Radiol 2012;13(1):1-11
Available from: http://dx.doi.org/10.3348/kjr.2012.13.1.1
9. Kaasalainen, T., Palmu, K., Reijonen, V., & Kortesniemi, M. (2014). Effect of Patient Centering on Patient Dose and Image Noise in Chest CT. American Journal of Roentgenology, 203(1), 123-130. Available from: https://doi.org/10.2214/AJR.13.12028
10. Thomas Toth, Zhanyu Ge, Michael P. Daly. The influence of patient centering on CT dose and image noise. Medical physics 2007; 34: 3093-3101.
Available from: https://doi.org/10.1118/1.2748113
11. Willemink, M.J., Noël, P.B. The evolution of image reconstruction for CT from filtered back projection to artificial intelligence. European Radiology 29, 2185–2195 (2019). Available from: https://doi.org/10.1007/s00330-018-5810-7

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา : กรณีศึกษา

Nursing care of patients with nasopharyngeal carcinoma receiving chemotherapy and radiotherapy : case study

(Received: March 12,2024 ; Revised: March 15,2024 ; Accepted: March 18,2024)

เพทาย เทพรัตน์[1]
Phethai Thepparat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาจำนวน 2 ราย เป็นการศึกษารายกรณี ในผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 2รายโดยเก็บรวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา จากเวชระเบียน และประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ11 แบบแผนของกอร์ดอนวางแผนการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองราย มีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้ 1) พฤติกรรมสุขภาพ ดื่มสุรา สูบบุหรี่เป็นประจำ 2) การวินิจฉัยโรค 3) ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา 4) ภาวะแทรกซ้อน และมีความแตกต่างกันดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคเรื้อรังประจำตัว 2) อาการและการแสดง 3)ภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล หลังให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา ทั้ง 2รายพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและญาติในการเข้ารับการรักษา ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญ ทักษะ เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพยาบาลโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา

Abstract

The purpose of this study was to study the use of the nursing process in nursing practice for 2 patients with nasopharyngeal cancer who received chemotherapy and radiotherapy. It was a case study. In patients with nasopharyngeal cancer receiving chemotherapy and radiotherapy Outpatient radiation therapy work Khon Kaen Hospital Number 2 cases by collecting data History of illness and treatment from medical records and assess health status Using the concept of health assessment11 Gordon's model of nursing care planning Define nursing diagnosis Summarize and evaluate results.

The results of the study found that the two cases were similar as follows: 1) health behavior, drinking alcohol and smoking regularly, 2) diagnosis of the disease, 3) receiving chemotherapy and radiotherapy, 4) complications, and there were differences as follows: 1) Personal factors include age, education, occupation, chronic diseases. 2) Symptoms and manifestations 3)Complications during care After chemotherapy and radiotherapy, both cases were found to have complications during treatment. Must receive continuous care so that patients can receive treatment according to the treatment plan No serious complications occurred. There is preparation for patients and caregivers. Empower patients and relatives to receive treatment. Therefore, nurses need to have knowledge, expertise, and skills to provide effective nursing care.

Keywords: Nursing care for nasopharyngeal cancer, chemotherapy, radiotherapy

บทนำ

หลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal carcinoma (NPC) แนวทางการรักษาหลักของโรคมะเร็งหลังโพรง

[1] งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลขอนแก่น

จมูก คือการฉายรังสีรักษาหรือการฉายรังสีรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ถึงแม้การรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกจะมีประสิทธิภาพสูง แต่ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน (acute side effect) และผลข้างเคียงระยะยาว (late side effect)[6]โรคมะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นโรคที่พบได้บ่อยในคนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งรายใหม่ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2564 พบว่าอยู่ในอันดับ 7 ของโรคมะเร็งรายใหม่ เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย และมีจำนวนรายใหม่เพิ่มมากขึ้น ทุกปี[7] งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษาโรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2563 2564 2565 มีผู้ป่วยจำนวน 22 37 และ 48 คน ตามลำดับ โรคมะเร็งหลังโพรงจมูก(nasopharyngeal carcinoma (NPC)) พบว่ามีสาเหตุสำคัญ 3 ปัจจัยหลักได้แก่ การติดเชื้อไวรัส EBV (Epstein–Barr Virus) ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (enviromental factor) และปัจจัยทางพันธุกรรม[1]

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกจะเลือกวิธีการรักษาด้วยการรับรังสีรักษา (radiation therapy – RT) หรือการรับยาเคมีบำบัดร่วมกับการรับรังสีรักษา (concurrent chemoradiotherapy–CCRT) ซึ่งการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นแนวทางการรักษาโดยใช้ยาหรือสารเคมีที่สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งในขั้นตอนการแบ่งเซลล์ ทำให้สามารถฆ่าเซลล์มะเร็งได้ทั่วร่างกาย แม้จะมีข้อดีคือสามารถรักษาโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายที่ไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมดหรือไม่สามารถระบุตำแหน่งในการฉายรังสีได้ แต่ข้อเสียคือ การทำลายเซลล์ร่างกายที่ดีด้วยเช่นกัน ทำให้เกิดผลข้างเคียงที่อาจเป็นอันตราย และความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วยจากการรักษา[5]และรังสีรักษาเป็นการรักษาที่ใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าที่มีพลังงานสูงเป็นการรักษาเฉพาะที่ (local treatment)โดยมีเป้าหมายเพื่อให้หายขาดจากโรคมะเร็งหรือลดขนาดของก้อนมะเร็งลง การรักษาจะให้ปริมาณรังสีสูงสุดครอบคลุมในบริเวณก้อนมะเร็ง ทิศทางการลุกลามของโรค(local tumor extension) และต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้น[1,2,4]

การรับยาเคมีบำบัดร่วมกับการรับรังสีรักษาอาจให้ทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง (รวม 6-7 ครั้ง) หรือให้ทุก 3 สัปดาห์ (รวม 2-3 ครั้ง) ยาเคมีบำบัดร่วมกับการรับรังสีรักษาที่ใช้บ่อย ได้แก่ ซิสพลาติน (Cisplatin), คาร์โบพลาติน (Carboplatin) เป็นต้น[8]

ถึงแม้ว่าการรักษาจะมีประสิทธิภาพสูง แต่ก็มีผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยการฉายรังสี อาจส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงทั้งในระยะเฉียบพลัน เช่นการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา (skin reaction) ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (mucositis) ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) และผลข้างเคียงระยะยาว เช่นการไหลเวียนของเลือดลดลงและเกิดภาวะขาดเลือด (ischemia)เนื้อเยื่อฝ่อ (atrophy) ผังผืด (fibrosis) อ้าปากแคบ(trismus) และภาวะน้ำลายแห้ง (xerostomia)[3,4,5] โดยระดับความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับปัจจัยของผู้ป่วย เช่นอายุ สภาวะสุขภาพร่างกายทั่วไป ภาวะทุพโภชนาการ ประวัติโรคร่วม และปัจจัยด้านการรักษา พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย พยาบาลต้องมีสมรรถนะ มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และครอบครัวของผู้ป่วย มีการประเมินความเสี่ยงการจัดการภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะรับการรักษา[2,4,5] พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยระหว่างรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา และช่วยสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงสามารถการควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาจำนวน 2 ราย

วิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณีในผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาซึ่งได้ทำการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลขอนแก่นระยะเวลาการศึกษา ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้ทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 24 เมษายน ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 และผู้ป่วยรายที่2 ได้ทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 6 ธันวาคม 2565 ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล สรุปผลและประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผลการประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน ไม่ว่าจะเป็น เพศ ช่วงอายุ ชนิดและระยะของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก รวมถึงภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา ผลตรวจทางพยาธิวิทยา พบชนิดของมะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นชนิด WHO type II เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด มักพบในชาวเอเชีย และสัมพันธ์กับการติดเชื้อ EBV [5] นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้งสองรายยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่เหมือนกันคือ การสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานหลายปี อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการและอาการแสดง อาชีพ การศึกษา และโรคประจำตัว ที่แตกต่างกัน

จากข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย ได้นำมาศึกษาเปรียบเทียบโดยนำกรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก กลัวและวิตกกังวลมาก ไม่รู้จะต้องดูแลตนเองแบบไหน	รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก กลัวและวิตกกังวลมาก กลัวรักษาไม่หายกลัวดูแลตนเองไม่ได้
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัม เคี้ยวกลืนลำบาก จึงต้องให้อาหารทางสายยาง nasogastric tube มีแผลที่ปาก อ้าปากได้น้อย อ่อนเพลีย	กลืนลำบาก กลืนแล้วสำลัก น้ำหนักลดลง 6 กิโลกรัม ให้อาหารทางgastostomy tube โดยได้รับอาหารเสริม 2 ซอง/วัน มีแผลที่ช่องปาก
3. การขับถ่าย	ปัสสาวะ 4-5 ครั้ง/วัน อุจจาระ 1-2 วัน/ครั้ง	ปัสสาวะ 5-6 ครั้ง/วัน อุจจาระ1 ครั้ง/วัน
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องมีผู้ดูแลช่วยบางส่วน ไม่มีหอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรม	เหนื่อยเพลีย ไม่กล้าออกกำลังกาย กังวลจะกระทบกับ gastostomy tube
5. การพักผ่อน นอนหลับ	ผู้ป่วยบอกว่า นอนไม่ค่อยหลับ มีอาการเจ็บตึงบริเวณลำคอ	กลางคืนนอน 5-6ชม. ตื่นบ่อยมีอาการเจ็บตึงบริเวณลำคอ
6. สติปัญญาและการรับรู้	จบชั้นประถมปีที่4 พูดคุยสื่อสารได้ ไม่มีหลงลืม	จบปริญญาตรี ความจำดี พูดคุยสื่อสาร รับรู้ดี ไม่มีหลงลืม ตาข้างซ้ายบอดจากอุบัติเหตุ
7. การรับรู้ตนเองและ อัฒมโนทัศน์แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยจะใช้ผ้าพันคอทุกครั้งที่มาตามนัด	กังวลสาย gastostomy tube ไม่ออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน
8.บทบาทและสัมพันธภาพ	มีสมาชิก 4คน มีรายได้จากบุตร 2 คนใช้จ่ายในครอบครัว	มีสมาชิก 2 คน คือภรรยา มีเงินบำนาญใช้จ่ายในครอบครัว
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีความผิดปกติใดๆ	ไม่มีความผิดปกติใดๆ

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา กลัวไม่หายขาด กลัวทุกข์ทรมาน	กังวลเกี่ยวกับสาย gastostomy กลัวดูแลได้ไม่ดี กังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์
11. ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ	นับถือศาสนาพุทธ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล จากข้อมูลผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการทางการพยาบาล		การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
ระยะแรกรับ		
1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี	1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดี 2. สอบถามความวิตกกังวล 3. ให้กำลังใจและแนะนำให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษา 4. ส่งเสริมให้ครอบครัวให้การดูแล ให้กำลังใจ **ประเมินผล :** กรณีศึกษาทั้ง2ราย วิตกกังวลลดลง สีหน้าสดชื่น
2. ผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี	2. ผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค 2. อธิบายเกี่ยวกับแนวทางการรักษา 3. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย 4. ประเมินความรู้ความเข้าใจ **ประเมินผล** : กรณีศึกษาทั้ง2 กรณี มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
ระยะดูแลต่อเนื่อง		
3. ผู้ป่วยมีภาวะ ทุพโภชนาการและElectrolyte Imbalance เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ -น้ำหนัก 53 Kg. ลดลงเหลือ 48 Kg. - BMI=18.75 - Nacl(Na) 124 mmol/l	3. ผู้ป่วยมีภาวะ ทุพโภชนาการและElectrolyte Imbalance เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ - น้ำหนัก65 Kg. ลดลงเหลือ 59Kg. - BMI=20.62 - Potassium (K) 2.54 mmol/l	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1. ประเมินความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการ 2. ซักประวัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร 3. ให้คำแนะนำด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วย /ครอบครัว 4. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ 5.ชั่งน้ำหนัก 1 ครั้ง/สัปดาห์ 6.แนะนำครอบครัวพูดคุยให้กำลังใจ **ประเมินผล :** กรณีศึกษาที่1 retain ng tube feed , nacl 129 mmol/l รับได้ไม่มีแน่นท้อง กรณีศึกษาที่ 2 gastostomy tube feed , K=3.5 mmol/l รับได้ไม่มีแน่นท้อง
4. มีภาวะซีด เนื่องจากการสร้างเม็ดเลือดแดงถูกกดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด Hct=28.4%	4. มีภาวะซีด เนื่องจากการสร้างเม็ดเลือดแดงถูกกดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด Hct=24.4%	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1. ประเมินอาการและภาวะซีด 2. พักผ่อนเพื่อลดการใช้ออกซิเจน 3. กระตุ้นให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 4. ดูแลให้ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด 5. แนะนำญาติสังเกตอาการของภาวะซีด **ประเมินผล** กรณีศึกษาที่2 ได้ PRC 3 unit หลังได้เลือด Hct=30%

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการทางการพยาบาล		การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	**กรณีศึกษาที่ 2**	
5.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยากเนื่องจากมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (Thombocytopenia) Plt=272,000/uL	5.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยากเนื่องจากมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (Thombocytopenia) Plt=131,000/uL	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเลือดออกง่าย 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอาจเกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำ 3. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล 4. พยาบาลควรเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่าย **ประเมินผล :** กรณีศึกษาทั้ง 2ราย ไม่มีภาวะเลือดออกง่าย ไม่มีจุดจ้ำเลือด
6. มีภาวะติดเชื้อในช่องปากและร่างกาย เนื่องจากมีแผลในช่องปากและภาวะภูมิต้านทานต่ำ - เกิดภาวะMucositis gr 1	6. มีภาวะติดเชื้อในช่องปากและร่างกาย เนื่องจากมีภาวะภูมิต้านทานต่ำ - เกิดภาวะMucositis gr 2	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพ และติดตามผล CBC 2. ประเมินช่องปาก 3. ให้คำแนะนำ/ทบทวนการดูแลตนเอง 4. แนะนำผู้ป่วยล้างมือบ่อยๆ 5. อธิบายให้ผู้ป่วย/ครอบครัว เข้าใจ 6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเหมาะสม 7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ **ประเมินผล :** กรณีศึกษาทั้ง 2ราย ภาวะmucositis ทุเลาลง รับประทานอาหารเหลวทางปากได้
7. ผู้ป่วยมีอาการผิวหนังแห้งและคล้ำขึ้น	7. ผู้ป่วยมีอาการผิวหนังแห้งและคล้ำขึ้น	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1. ประเมินภาวะผิวหนังแห้ง ปวด บวม แดง 2. แนะนำรักษาความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี 3. แนะนำเลือกเสื้อผ้าที่ใส่สบาย 4. ประเมินผิวหนังแห้งมากให้ยาและครีมทา 5. แนะนำหลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด 6. แนะนำหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมี **ประเมินผล :** กรณีศึกษาที่1 มีผิวแห้งได้รับยาAlovela gelทา อาการดีขึ้น กรณีศึกษาที่2 ทาโลชั่นอาการทุเลาลง
8. ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ต่อตนเองและการรักษา	8. ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ต่อตนเองและการรักษา	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย 2. ประเมินความรู้สึกท้อแท้ การปรับตัวกับการรักษา 3. แนะนำแนวทางแก้ไขปัญหา 4. แนะนำผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน 5. ประเมินสภาพจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วย 6. หากผู้ป่วยไม่มาฉายรังสีเกิน 3 วัน โทรศัพท์ติดตาม **ประเมินผล:** กรณีศึกษาทั้ง2ราย มีสีหน้า สดชื่น รับยาเคมีบำบัดและรังสีจนครบตามแผนการรักษา
-	9. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ gastostomy	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1. สังเกตการรั่วซึมของอาหารและการติดเชื้อ 2. แนะนำทำความสะอาดรอบๆแผล 3. แนะนำหมุนตัวสายให้อาหาร 360 องศา 4. สายให้อาหารไม่ควรงอพับมากเกินไป 5. ขณะให้อาหารผู้ป่วยควรอยู่ในท่านั่งหรือศีรษะสูง 6. ก่อนให้อาหารตรวจสอบอาหารที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร **ประเมินผล:** gastostomy ไม่มีบวมแดง ไม่มีไข้ สามารถให้อาหารทาง gastrostomy ได้ดี

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการทางการพยาบาล		การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
ระยะก่อนจำหน่าย		
10. ผู้ป่วยขาดความรู้/ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว	10. ผู้ป่วยขาดความรู้/ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1. ประเมินความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว 2. อธิบายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษา เช่น 2.1 การเกิด 2.2 การเกิดภาวะอ้าปากได้ลดลง 2.3 การเกิดภาวะกระดูกขากรรไกรตาย 2.4 การเกิดภาวะน้ำลายแห้ง 3. มาตามนัดเพื่อติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ **ประเมินผล:** กรณีศึกษาทั้งสองราย ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
11. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป	11. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป	**การปฏิบัติการพยาบาล** 1. ประเมินความวิตกกังวล 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง 3. ส่งเสริมให้ครอบครัวให้การดูแล ให้กำลังใจ 4. เบี่ยงเบนความสนใจโดยหากิจกรรมทำ **ประเมินผล:** กรณีศึกษาทั้ง2รายสีหน้าสดชื่น

ผลลัพธ์การพยาบาล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา เป็นผู้ป่วยเพศชายทั้ง 2 ราย มีอายุ 75 ปี และ 66 ปี จากการศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาและความต้องการดูแลช่วงที่รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาเหมือนกัน คือ ผู้ป่วยมีแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาจำนวน 35 ครั้ง รายที่ 1 เวลารักษาติดต่อกันประมาณ 2เดือน รายที่ 2 ประมาณ 1 เดือน และรายที่ 1 ได้รับยาเคมีบำบัด (Cisplatin 55 mg.) จำนวน 4 ครั้งรายที่ 2 ได้รับยาเคมีบำบัด (Cisplatin 50 mg.) จำนวน 6 ครั้ง แต่เนื่องจากผลของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา มีผลต่อผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ทำให้ไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้ตามเวลาที่กำหนด มีการหยุดพักการรักษา จากที่มีภาวะแทรกซ้อนได้แก่ มีภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซีด electrolyte Imbalance มีเยื่อบุช่องปากอักเสบ และผิวหนังแห้ง ทำให้การรักษายืดระยะเวลาออกไปอีก เป็นเวลา 3 เดือน ปัญหาเรื่องทุพโภชนาการ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดย รายที่ 1 ได้ใส่สาย nasogastric tube ส่วนรายที่ 2 ได้ทำ gastostomy tube ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อให้อาหารและเกลือแร่ ปัญหาเรื่องซีด ผู้ป่วยรายที่2 ได้รับเลือดแดง (packed read cell) จำนวน 3 ยูนิต เพื่อรักษาภาวะซีด ส่วนปัญหาเยื่อบุช่องปากอักเสบ ผู้ป่วยทั้งสองรายได้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ เพื่อรักษาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ อีกทั้งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ต่างจังหวัด มีรายได้น้อย ซ้ำยังมาเป็นภาระครอบครัว ภรรยาและลูกต้องลำบากในการช่วยพามารักษา จึงมีผลกระทบด้านจิตใจผู้ป่วย ทำให้เกิดความท้อแท้ในการรักษาอยากจะขอหยุดการรักษา ถึงแม้ว่าจะมีโอกาสดีขึ้น แต่ผู้ป่วยหมดกำลังใจ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยจะมีบทบาท ตั้งแต่ระยะแรกรับ ดูแลต่อเนื่องและก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว และตามกำหนด ให้ความรู้กับผู้ป่วย และญาติในเรื่องการดำเนินของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ละทิ้งการรักษาในขณะรักษาพยาบาลต้องเฝ้าติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและให้การสนับสนุนดูแล เพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ให้เกิดความรุนแรงจนถึงอันตรายต่อชีวิต และการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อให้ครอบครัวมีความ

พร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองหลังการรักษา รวมถึงวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเมื่อถึงวาระสุดท้าย พร้อมทั้งประสานให้การดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน เน้นการดูแลแบบองค์รวมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่าทั้ง 2 ราย มีความต่างกันในประเด็น ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ และโรคเรื้อรังประจำตัว 2) อาการและการแสดง ปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกันในประเด็น ภาวะแทรกซ้อนขณะดูแลต่อเนื่อง ซึ่งกรณีศึกษาที่ 2 มีความรุนแรงมากกว่า เนื่องจากมีโรคประจำตัวร่วม คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีประวัติดื่มสุราทุกวันและสูบบุหรี่ 10 มวน/วัน มานาน 30 ปี เพิ่งเลิกสุราและบุหรี่ได้ 2 เดือน และต้องพักรังสีรักษา 1 ครั้ง จึงจะสามารถรักษาต่อได้ตามแผนการรักษา[5] ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการ ติดตามอาการผู้ป่วย และวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบครอบคลุมทุกปัญหาที่เกิดขึ้น[2]

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระดับโรงพยาบาลและเครือข่ายปฐมภูมิ

2. พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระดับโรงพยาบาลและเครือข่าย

เอกสารอ้างอิง

1.ชวลิต เลิศบุษยานุกูลและสาริน กิจพานิชย์. (2563). 100 เรื่อง รู้จัก รู้รักษา โรคมะเร็งหู คอ จมูก. (พิมพ์ครั้งที่1). ไอดี ออล ดิจิตอล พริ้นท์ จำกัด.

2.ศิริอร สินธุ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา. (พิมพ์ครั้งที่1). วัฒนาการพิมพ์

3.วันทกานต์ ราชวงศ์.(2559). การดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี. งานพยาบาลรังสีรักษา โรงพยาบาลศิริราชคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล

4.อิ่มใจ ชิตาพนารักษ์. (2557). ผลกระทบจากการรักษาโรคมะเร็ง (Complication of Cancer Therapies). (พิมพ์ครั้งที่1). ทริคทิงค์การพิมพ์.

5.อนุสสรา ประยงค์รัตน์. (2559). รังสีรักษาในโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (Radiotherapy in nasophalyngeal Cancer) . สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.

6.Vasef MA, Ferlito A, Weiss LM. Nasopharyngealcarcinoma, with emphasison its relationshipto Epstein-Barrvirus. Ann Otol Rhinol Laryngol 1997.

7.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติโรคมะเร็ง (Cancer Registry). Retrieved from https//www.nci.go.th/New _web/index.html.

8.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2556).Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชดเชยค่ารักษาผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูก ปีงบประมาณ 2556. Retrieved fromhttp://medinfo2.psu.ac.th/social/doc/2014-05-01-09-17-27.pdf

การพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับอก จากมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง

Nursing care of a patient receiving general anesthesia for thoracic spine surgery. from cancer spreading to the spine.

(Received: March 12,2024 ; Revised: March 15,2024 ; Accepted: March 18,2024)

พัชริดา นพศรี[1]
Patcharida Noppasri[1]

บทคัดย่อ

รายงานการศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับอก จากมะเร็งต้นกำเนิดที่แตกต่างกัน แพร่กระจายมาที่กระดูกสันหลังเหมือนกัน จำนวน 2 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง โรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 - วันที่ 30 มีนาคม 2566 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยการผ่าตัดเชื่อมยึดด้วยโลหะเพื่อลดความปวดจากมะเร็งกระดูกกดเบียดเส้นประสาท และป้องกันภาวะทุพพลภาพ จากกระดูกสันหลังเสื่อม ยุบ หัก กดทับประสาทไขสันหลัง ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับอก 5 ระดับเหมือนกัน แต่ใช้เวลาในการผ่าตัดและสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดไม่เท่ากัน ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลที่ต่างกัน ได้รับการจัดการความปวดแบบเดียวกัน ได้รับการดูแลและมีความปลอดภัยเช่นเดียวกัน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายและจำหน่ายกลับบ้านได้โดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และสามารถทำกิจกรรมประจำวันอื่นๆ ได้ใกล้เคียงปกติ

คำสำคัญ : ผ่าตัดกระดูกสันหลัง, มะเร็งแพร่กระจาย, การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย, การผ่าตัดท่าคว่ำ, ภาวะแทรกซ้อนผ่าตัดกระดูกสันหลัง

Abstract

This report was case study aimed to comparative study for nursing care of two patients in Thoracic spine surgery undergoing General anesthesia. Case study report from October 1, 2022 to Mach 30, 2023 The finding was found that there were different of primary cancer.

The results of the study revealed that both patients received palliative treatment with metal bonding surgery to reduced spinal cancer Pain. Both patients received the same general anesthesia. There are also 5 levels of thoracic spine surgery. The duration of surgery is not the same. Uneven blood loss after surgery. Patients have different needs for care. The second patient needs more. The post operative pain is managed the same way. that both patients were safe, without serious complications from surgery. Nursing care that has been taken care of daily activities before and after surgery, pain management. Nursing for post-operative rehabilitation with cooperation of a multidisciplinary team and with a pre discharge planning together. Patients has recovered in well condition and daily activities. They have a joint discharge planning as well as received closely home visited by community nurse until the patient can done normally activities daily life. The case study nursing care of Patients with Spinal metastases Undergoing General Anesthesia for Thoracic spine Surgery at Sakon Nakhon Hospital.

Keywords : Spinal surgery, Spinal metastases, General anesthesia, Prone position, Complication of Spine surgery

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร

บทนำ

โรคกระดูกสันหลังเป็นปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุทั้งจากการประสบอุบัติเหตุ หรือเกิดจากความเสื่อมจากเหตุสูงอายุ การติดเชื้อ เนื้องอก รวมถึงจากมะเร็งแพร่กระจาย ทำให้กระดูกสันหลังเสื่อม เกิดภาวะความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง (Unstable of spine) ส่งผลให้กระดูกสันหลังมีการ ทรุด ยุบ เคลื่อน เลื่อน ร้าว หรือหักได้ โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทยอย่างต่อเนื่อง จากสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี 2563 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ วันละ 336 คน หรือ จำนวน 112,392 คน/ปี และจากสถิติผู้ป่วยของแผนกรังสีและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลสกลนคร 3 ปี ย้อนหลัง (2563-2565) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง 891, 1034 และ 1,098 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง 52, 98 และ 129 ราย คิดเป็น ร้อยละ 5.8, 9.5 และ 11.8 ปัจจุบัน อัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งปฐมภูมิ ร่วมกับอายุขัยโดยเฉลี่ยของประชากรที่สูงขึ้น ทำให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง (Spinal metastases) เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากการแพร่กระจายไปที่ปอด (Lung metastases) และที่ตับ (Liver metastases) ตามลำดับ หรือคิดเป็น ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายทั้งหมด จากมะเร็งปฐมภูมิที่แพร่กระจายมาที่กระดูกทั้งหมดนั้น พบว่ามากกว่า 2 ใน 3 แพร่กระจายมาจาก มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด หรือมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น อาการแสดงส่วนใหญ่ร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยมักจะมาด้วยเรื่องความเจ็บปวด ซึ่งเกิดจากการกดเบียดของก้อนเนื้อภายในกระดูก ทำให้กระตุ้นหน่วยรับความเจ็บปวด (Pain receptor) มากขึ้น หรือ เกิดจากการหักยุบของกระดูกสันหลัง (Pathological fracture) หรืออาจเกิดจากการกดเบียดรากประสาท (Nerve root compression) และ/หรือ ไขสันหลัง (Spinal cord compression) ทำให้ เกิดความเจ็บปวดตามระดับที่เป็นได้ แต่ถ้าอาการปวดมากขึ้นเมื่อลุกนั่งในท่าตรง หรือยืน แล้วทุเลาปวดลงในท่านอน อาจบ่งบอกถึงสภาวะ ความไม่มั่นคง (Mechanical instability) ของกระดูกสันหลัง และถึงแม้จะไม่มีภาวะนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดตอนกลางคืน หรือปวดขณะพักได้ (Night pain or rest pain)

การดำเนินโรค อาจจะมีการกดเบียดไขสันหลัง หรือรากประสาทส่วนปลาย (Cauda equina) เพิ่มมากขึ้น นำไปสู่ภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต (Paraplegia, Tetraplegia, หรือ Cauda equina syndrome) ได้ เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ภาวะการถูกกดทับรุนแรงของไขสันหลัง (Malignant Epidural Spinal Cord Compression หรือ MESCC) พบได้ 1-5% จากผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายกระดูกสันหลังทั้งหมด ซึ่งเป็น ข้อบ่งชี้ที่ควรต้องได้รับการรักษาโดยเร็ว[1]

การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นวิธีหนึ่งในการรักษา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการปวด ป้องกันภาวะลุกลามของการกดทับเส้นประสาทจนทุพพลภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด การผ่าตัดมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค และความรู้ความสามารถของแพทย์ ที่จะรักษาด้วยการผ่าตัดให้เหมาะสมเป็นรายๆ ไป การผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ Laminectomy เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยขยายช่องโพรงไขสันหลัง เพื่อลดการกดเบียดของเส้นประสาทหรือไขสันหลังลง โดยการยกกระดูก Lamina ที่กดทับออกเพื่อช่วยคลายการกดทับรากประสาท(สถาบันประสาทวิทยา 2560) ทำให้อาการปวดหลังและขาลดลง และแพทย์อาจเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกสันหลังโดยการเชื่อมข้อ (Fusion) ด้วยการใช้โลหะยึดตรึงระหว่างกระดูกสันหลัง (Pedicle screw) การผ่าตัดนี้ใช้วิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่ว การจัดท่าที่ใช้ในการ

ผ่าตัด คือ ท่านอนคว่ำ[3]เพื่อให้ศัลยแพทย์เข้าถึงตำแหน่งผ่าตัดได้ดี แต่การจัดท่านี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ขณะผ่าตัด จากน้ำหนักผู้ป่วยกดลงบนอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นร่วมกับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หากไม่มีการระมัดระวังหรือป้องกันที่ดีอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้[2]

ในต่างประเทศมีรายงานถึงปัจจัยเสี่ยงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ซึ่งมีความแตกต่างกัน ทั้งปัจจัยจากโรคเดิมของผู้ป่วยและปัจจัยการผ่าตัด งานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนจะ เพิ่มขึ้นตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) class ที่เพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงพบภาวะแทรกซ้อนภายใน 30 วัน หลังการผ่าตัด ได้ถึงร้อยละ 20 และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี มีการใส่อุปกรณ์ยึดกระดูกสันหลัง การผ่าตัดระดับ Thoracic ระยะเวลาผ่าตัดนาน มีโรคตับ ไต และหัวใจขาดเลือดร่วมด้วย[2]

โรงพยาบาลสกลนคร เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 786 เตียง ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกแผนก มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงการผ่าตัดกระดูกสันหลัง เพื่อรักษาภาวะกระดูกสันหลัง ยุบ เลื่อน เสื่อม ทรุด หรือหัก และบรรเทาอาการปวดจากมะเร็งที่มีเพิ่มมากขึ้นทุกปี และเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การผ่าตัดกระดูกสันหลังนี้ เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ต้องอาศัยทีมผ่าตัดที่มีความพร้อม บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ รวมถึงการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบ จึงจะสามารถทำการรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น วิสัญญีพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมาก ต้องมีความรู้ ทักษะสูงในการปฏิบัติการพยาบาล ใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ตั้งแต่ระยะก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ขณะระงับความรู้สึกผ่าตัด หลังฟื้นจากการระงับความรู้สึก รวมทั้งหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย เพื่อให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง ภายใต้มาตรฐานความปลอดภัยสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการและครอบครัว และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน สอดคล้องกับนโยบายยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับอก จากมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษา (case study) ผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดกระดผุกสันหลังระดับอก จากมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง เป็นการดูแลให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดท่านอนคว่ำ ตั้งแต่ระยะก่อน ระยะขณะ และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจากมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร ในปีงบประมาณ 2566

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งสองราย เพศหญิง วัยผู้ใหญ่ รายแรกมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง เป็นมา 1 ปี รับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านมาตลอด ไม่เคยขาดยา ได้รับวินิจฉัยว่ามะเร็งเต้านม 2 เดือน ผลชิ้นเนื้อพบว่าเป็นระยะแพร่กระจาย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน มีผู้ดูแลเป็นสามี และลูกสาววัยทำงาน 2 คน ฐานะ

ครอบครัวปานกลาง ผู้ป่วยรายที่สอง ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดรับการรักษามานาน 1 ปี ด้วยยาเคมีแบบมุ่งเป้า และรับรังสีร่วมรักษา ครบคอร์ส 5 ครั้ง มีอาการปวดหลัง ตรวจพบมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลังระดับอก มีผู้ดูแล คือสามี ลูกชาย และลูกสาว ครอบครัวมีรายได้ดี ฐานะค่อนข้างดี ผู้ป่วยทั้งสองราย ยังไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมอื่นๆ ได้ แต่มีอาการปวด จนกระทบต่อชีวิตประจำวัน บางครั้งต้องพักบ่อยๆ กลางคืนมีอาการนอนไม่หลับเนื่องจากปวดตอนกลางคืนด้วย

ผู้ป่วยทั้งสองรายมีพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังระดับอกเสื่อมยุบและหัก จากมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง แต่ยังไม่มีการกดเบียดเส้นประสาทไขสันหลัง เนื่องจากสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่เบื้องต้น จึงยังไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง Motor grade 4-5 all Upper and all Lower แผนการรักษาคือการผ่าตัด ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จัดท่าผ่าตัดท่าคว่ำ ประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญีจัดประเภทผู้ป่วยทั้งสองรายที่ ASA PS 3 ผู้ป่วยรายแรก ได้รับการผ่าตัดเพื่อเชื่อมยึดกระดูกสันหลังระดับอกด้วยโลหะ PDS ใช้เวลาผ่าตัด 5 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 380 ml. ได้รับเลือด PRC ทดแทน 1 unit ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับอกด้วยการตัดกระดูกลามิน่าและเชื่อมยึดด้วยโลหะ PDS ใช้เวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 250 ml. หลังผ่าตัดผู้ป่วยทั้งสองรายปลอดภัยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้ตามลำดับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลและวิเคราะห์
ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก **วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1** : ไม่สุขสบายจากอาการปวดกระดูกสันหลังตั้งแต่ระดับคอถึงเอว ปวดและชาขา 2 ข้าง ปวดมากเมื่อลุกนั่ง ยืน เดิน **(กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2)**	1. การจัดการความปวดระยะก่อนผ่าตัด โดยการประเมินระดับความปวดด้วย pain score และจัดการความปวด โดยวิธีการให้ยารับประทาน หรือ ยาฉีด ตามแผนการรักษา 2. แนะนำการสวมใส่ SOMI brace ก่อนลุกนั่ง ยืน เดิน ในช่วงระยะก่อนถึงวันผ่าตัด	1. ผู้ป่วยทั้งสองราย ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา ลดกิจกรรมและยินยอมสวมใส่กายอุปกรณ์ สามารถประเมินความปวดเป็นคะแนน และใช้สื่อสารกับพยาบาลได้ ทุเลาปวด NRS 3-4 คะแนน ทำกิจวัตรส่วนตัวและกิจกรรมประจำวันด้วยตัวเองได้ และนอนหลับได้ต่อเนื่อง
เป้าหมาย : ผู้ป่วยไม่ปวด ทำกิจวัตรส่วนตัวและกิจกรรมที่จำเป็นได้ด้วยตัวเอง นอนหลับพักผ่อนได้		
เกณฑ์การกระเมิน : คะแนนความปวด ≤ 3 คะแนน		
วินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 2 : ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง, การผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก **(กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2)**	เยี่ยมก่อนผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน 1. อธิบายให้ข้อมูลพยาธิสภาพของโรค เป้าหมายการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อประคับประคองอาการ การให้ยาระงับความรู้สึกและการควบคุมความปวดหลังผ่าตัดด้วยตัวผู้ป่วยเอง สามารถให้ยาแก้ปวดได้เพียงพอเหมาะสมกับความต้องการยาแก้ปวดของร่างกายผู้ป่วย	2. ผู้ป่วยทั้งสองราย ผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับในภาวะความเจ็บป่วยและแผนการรักษาเพิ่มมากขึ้น คลายความกลัวการดมยาสลบและการปวดหลังผ่าตัด ซักถามจนมีความเข้าใจเรื่องการให้ยาแก้ปวดด้วยตนเอง ผู้ป่วยรายที่ 2 มีประสบการณ์การรักษามะเร็งปอดมานาน 1 ปี เข้าใจแผนการรักษาและยอมรับผลการรักษาที่จะเกิดขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลและวิเคราะห์
เป้าหมาย : ผู้ป่วยคลายความวิตก กังวลกลัวการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด **เกณฑ์การกระเมิน :** 1. ผู้ป่วยมีท่าทางสงบ ผ่อนคลาย ให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมต่อการรักษาด้วยการผ่าตัด	2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามเพิ่มในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ และให้ข้อมูลเพิ่มเติม ทวนสอบการรับรู้ข้อมูลซ้ำจากผู้ป่วยและครอบครัว	
วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด **(กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2)** **เป้าหมาย :** ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก **เกณฑ์การกระเมิน :** หลังให้ข้อมูลผู้ป่วย รับทราบการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด และตอบคำถามเกี่ยวกับการเตรียมตัว การปฏิบัติตนก่อนเข้ารับการระงับ ความรู้สึกเพื่อผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง	เยี่ยมก่อนผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน 1. ประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา 2. อธิบายให้ข้อมูลพยาธิสภาพของโรค ขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในประเด็นการไอ ขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อบริหารปอด เพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ ป้องกันภาวะปอดแฟบหลังผ่าตัด 3. ให้ข้อมูลวิธีการให้การ ระงับความรู้สึกและความปลอดภัยที่ผู้ป่วยจะได้รับ ระหว่างการผ่าตัดจนเสร็จผ่าตัดจะได้รับการดูแล จากแพทย์และพยาบาล อย่างใกล้ชิด	ผู้ป่วยทั้งสองรายและญาติสนใจรับฟังคำแนะนำ และมีข้อซักถามในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด แสดงความคิดเห็นและให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมสำหรับการระงับความรู้สึกและผ่าตัด
ระยะระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก **วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 :** . เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนขณะใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ปอดจากมะเร็งปอด **(กรณีศึกษา รายที่ 2)** **เป้าหมาย :** ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนขณะและหลังใส่ท่อหายใจ **เกณฑ์การประเมิน :** 1. SpO_2 98-100% 2. $EtCO_2$ 30-35 mmHg	1. ตรวจประเมินผู้ป่วยและคาดการณ์ความสำเร็จของการใส่ท่อช่วยหายใจ ปรึกษาและเตรียมทีมช่วยเหลือล่วงหน้า 2. เตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจตามมาตรฐานเบื้องต้น และอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับกรณีใส่ท่อหายใจยาก : Video Laryngoscope, Fiber optic endoscope 3. pre oxygenation 3-5 นาที ก่อนใส่ท่อหายใจ 4. ติดอุปกรณ์ตรวจวัดค่า **$EtCO_2$** เพื่อยืนยันความถูกต้องของการใส่ท่อหายใจเข้าหลอดลมได้อย่างรวดเร็ว	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีผล CT scan พบ Atelectasis ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการพร่องออกซิเจน จึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการใส่ท่อหายใจ ซึ่งสามารถใส่ท่อหายใจสำเร็จได้ทั้งสองรายโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่เตรียมไว้ และไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ทั้งขณะและหลังใส่ท่อหายใจ ผู้ป่วยทั้งสองราย มี SpO_2 98-100% , $EtCO_2$ มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอและปรากฏเป็นพลาโตกราฟอย่างสมบูรณ์
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าคว่ำเพื่อการผ่าตัด : 1. การเกิดการบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะใบหน้า	1. เตรียมอุปกรณ์จัดท่าวางตามตำแหน่งบนเตียงผ่าตัด และเตรียมอุปกรณ์ช่วยจัดท่าอื่นๆ ให้พร้อมใช้ เตรียมบุคลากรร่วมจัดท่าให้เพียงพอ ให้มีประจำตำแหน่ง ซักซ้อมทำความเข้าใจให้พร้อมก่อนจัดท่าคว่ำ	1. ผู้ป่วยรายแรก ตรวจพบรอยกดทับที่ริมฝีปากมุมขวาบน เป็นตำแหน่งท่อหายใจ ปากบวมเล็กน้อย 2. ผู้ป่วยทั้งสองราย Motor grade 4-5 all Upper and all Lower

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลและวิเคราะห์
2. การบาดเจ็บของเส้นประสาทร่างแหส่วนแขน 3. การเกิดภาวะตามองไม่เห็น หรือตาบอดแบบชั่วคราว (Post Operative Visual Loss : POVL) **(กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2)** **เป้าหมาย :** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า **เกณฑ์การประเมิน :** 1. ไม่เกิดรอยกดทับ แผลกดทับของผิวหนัง กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า 2. ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับ motor power และ Muscle strength มากกว่า 2 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด 3. ไม่เกิดภาวะตามองไม่เห็น หรือตาบอดชั่วคราวหลังผ่าตัด 4. ท่อวงจรดมยาสลบ และสายต่างๆ ไม่เลื่อน หลุด หัก พับ งอ	2. หลังใส่ท่อหายใจผู้ป่วยบนเปลนอน ดูแลจัดรยางค์ร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ตรงแนวเดียวกัน แขนแนบลำตัว ขาชิด 3.ดูดเสมหะ น้ำลายในปากให้หมด 4. ดูแลตรวจสอบการปลดสาย monitor และสายน้ำเกลือแบบระวังการปนเปื้อน และเก็บสายบางส่วนติดตัวผู้ป่วยให้เรียบร้อย ไม่เป็นอุปสรรคขณะจัดท่า และให้เกิดความราบรื่นในการต่อกลับหลังจัดท่าคว่ำ 5.เมื่อทุกอย่างพร้อม ปลดวงจรยาสลบออกและให้สัญญานกับทีมก่อนคว่ำผู้ป่วยลงเตียงผ่าตัดแบบ Log Roll และตรวจสอบตำแหน่งของท่อหายใจ ไม่ให้ถูกกดทับ 6. ต่อวงจรยาสลบ สายน้ำเกลือ และสาย monitor ต่างๆ กลับคืนโดยทันทัน ตรวจสอบสัญญาณชีพผู้ป่วย, ฟังเสียงลมหายใจเข้าออกเพื่อตำแหน่งท่อหายใจ ไม่เลื่อนตื้นหรือลึกเกินไป ตั้งค่าการทำงานของเครื่องดมยาสลบ ตรวจสอบไม่ให้มีการหัก พับ งอของสายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายมอนิเตอร์ต่างๆ 7. ตรวจสอบไม่ให้มีการกดทับบริเวณตา ริมฝีปาก ใบหู ดูแลจัดหน้าอกให้อยู่ตรงกลางหรือด้านข้าง ไม่ให้กดทับหน้าอก และบริเวณท้อง ความดันในท่อทางเดินหายใจสูง และ กดทับหลอดเลือดดำใหญ่ในช่องท้องทำให้หลอดเลือดดำที่อยู่บริเวณดูรา พองขยายเพิ่มการเสียเลือดและบดบังตำแหน่งการผ่าตัด 8. ดูแลไม่ให้ความดันเลือดต่ำหรือชีดอยู่นาน ไม่ให้สารน้ำ crystalloid มากเกินไปจนทำให้รอบ ๆ ดวงตาบวม ยกศีรษะค้างไว้ 2-3 นาที ทุก 1 ชั่วโมง	3. ผู้ป่วยทั้งสอง มีการมองเห็นชัดเจนปกติเหมือนก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดไม่มีท่อหลุด หัก พับ งอ อุดกั้นใดๆ
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องเลือดและสารน้ำจากการสูญเสียเลือดปริมาณมากขณะผ่าตัดกระดูกสันหลังมากกว่า 3 ระดับ **(กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2)** **เป้าหมาย :** ไม่เกิดภาวะพร่องเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล :** 1. ได้รับสารน้ำและเลือด เพียงพอ 2. สัญญาณชีพปกติ : BP 90/60-120/80 mmHg P 60-100 ครั้งต่อนาที RR 12-18 ครั้ง/นาที	1. ประเมินความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดของการผ่าตัดมะเร็งกระดูกสันหลัง มากกว่า 3 ระดับ และคำนวณปริมาณเลือดที่ยอมให้สูญเสียได้ก่อนทดแทนด้วยเลือดในผู้ป่วยทั้งสองราย 2. ตรวจสอบการเตรียมเลือด กรณีศึกษาที่ 1 จองเลือด PRC 3 unit ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 จองเลือด PRC 3 unit, FFP 2 unit ตรวจสอบความพร้อมใช้ เพื่อสามารถใช้ได้ทันทีที่จำเป็นเหมาะสม 3. เปิดหลอดเลือดดำ ขนาดเบอร์16 หรือ18 เพิ่ม 2 เส้น หรือ พิจารณาเปิด หลอดเลือดดำใหญ่ เพื่อชดเชยสารน้ำและเลือดได้ทันท่วงที	ผู้ป่วยทั้งสองราย ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจำนวน 5 ระดับ เท่ากัน แต่ทำหัตถการต่างกัน รายที่ 1 ผ่าตัดเชื่อมยึดกระดูกสันหลังระดับบอก ด้วยโลหะ PDS รายที่สอง ตัดกระดูกส่วนลามินาออกและเชื่อมยึดด้วยโลหะ PDS ระยะเวลาผ่าตัดรายแรกมากกกว่า (5 ชั่วโมง 30 นาที กับ 4 ชั่วโมง) สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดมากกว่า (380 cc. กับ 250 cc.) แต่ผู้ป่วยรายแรกมีภาวะชีดร่วมด้วย ร่างกายจึงทนต่อการสูญเสียเลือดได้น้อยกว่า ระหว่างผ่าตัดได้รับเลือดทดแทน จึง ไม่เกิดภาวะพร่องน้ำ สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด : ความดันโลหิต 90/60-120/70 mmHg ชีพจร 68-88 ครั้ง/นาที และค่า Hct.ขณะผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลและวิเคราะห์
3. ค่าฮีมาโตคริต อยู่ในระดับปกติ 36-44 vol% Hb 12-15 mg./dl 4. สารน้ำเข้าออกสมดุลกัน urine output 0.5 ml./kg./Hr	4. ให้ยาเพิ่มความดันเลือดเมื่อพบภาวะความดันเลือดต่ำตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา 5. ติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพและบันทึกทุก 5 นาที 6. ประเมินและดูแลการให้สารน้ำระหว่างการผ่าตัดเพียงพอ ร่วมกับติดตามค่า Hct. หรือ Hb 7. เฝ้าติดตามการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด เพื่อทราบขั้นตอนการผ่าตัดและประเมินการสูญเสียเลือดและเตรียมการในการให้เลือดและสารน้ำทดแทนได้เหมาะสม 8. สรุปและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า/ออกทุก 1 ชั่วโมง	≤ 28-30 vol% อยู่ในค่าปกติตามเกณฑ์ทั้งสองราย
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ขณะผ่าตัดจากการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดเป็นระยะเวลานาน **(กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2)** **เป้าหมาย :** อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยอยู่ใน ภาวะปกติ ผู้ป่วยไม่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ **เกณฑ์การประเมินผล :** 1. อุณหภูมิร่างกาย ไม่ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส 2. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงจากปลายนิ้ว >95% 3. ไม่มีอาการสั่น ปลายมือ ปลายเท้าไม่เย็น สีไม่คล้ำ	1. ประเมินอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยขณะอยู่ห้องรอผ่าตัด + Pre warming ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ผู้ป่วยก่อนนำสลบ 2. หลังนำสลบและใส่หายใจ Monitor Body Temperature บันทึกอุณหภูมิของร่างกายทุก 15 นาที ตรวจวัด อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยไม่ให้ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส 3. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยขณะผ่าตัดโดยคลุมผ้าห่มอุ่นด้วยเครื่องเป่าลมร้อน ตั้งอุณหภูมิเครื่องเริ่มต้นที่ 43 องศาเมื่ออุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยสูงขึ้น มากกว่าเท่ากับ 36 จึงปรับตั้งค่าเครื่องลงมา ที่ 38 องศาเซลเซียส 4. ให้สารน้ำและเลือดที่อุ่นแก่ผู้ป่วย อุ่นสารน้ำที่อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส 5. ปรับอุณหภูมิห้องที่เหมาะสม 20-22 องศาเซลเซียส ไม่ต่ำกว่า 20 องศา 6. เฝ้าระวังอาการแสดงที่เกิดจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วย เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน และหัวใจเต้นผิดปกติ 7. ดูแลเช็ดร่างกาย ผู้ป่วยหลังเสร็จผ่าตัดด้วยผ้าชุบน้ำอุ่น ห่มผ้าห่มอุ่น ปรับอุณหภูมิห้องมากกว่า 25 องศา	1. การผ่าตัดกระดูกสันหลัง ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน (5 ชั่วโมง 30นาที / 4 ชั่วโมง)ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความเย็นเป็นเวลานานๆ มีการถ่ายเทอุณหภูมิร่างกายจากการเสียเลือด การถ่ายเทของเหลวและไอระเหยจากร่างกาย ทำให้อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยลดต่ำลง จากกิจกรรมการพยาบาลระบบดูแลทดแทนทั้งหมด ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอุณหภูมิร่างกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดการผ่าตัด 36.0-36.3 องศาเซลเซียส 2. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงจากปลายนิ้ว 99-100% ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว เย็นเล็กน้อย อุณหภูมิห้อง 21 องศาเซลเซียส
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Pulmonary Embolism : PE, Deep Vein Thrombosis : DVT) จากการผ่าตัดท่าคว่ำ ผ่าตัดนานเกิน 3 ชั่วโมง **(กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2)** **เป้าหมาย :**	1.ดูแลใส่อุปกรณ์บีบรัดกล้ามเนื้อที่ขาเป็นระยะๆ intermittent pneumatic compression ให้ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด ลดการคั่งของเลือดที่ขาตลอดระยะเวลา 2.สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ขณะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกจะปรากฏอาการแสดงทางระบบไหลเวียนเลือดร่วมกับภาวะเลือดขาด	ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีอาการของภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน ฟังเสียงลมในปอดได้ปกติ ผู้ป่วยรายที่สอง มี Decrease Breath sound ของปอดข้างซ้าย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดยังเสียงเบาเท่าเดิม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลและวิเคราะห์
ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Pulmonary Embolism : PE, Deep Vein Thrombosis : DVT) **เกณฑ์การประเมิน :** 1. ฟังเสียงลมในปอด ปกติ ไม่มีเสียง wheeze หรือ mill-wheel murmur 2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงจากปลายนิ้ว (SpO_2) >95% 3. ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ($EtCO_2$) 30-35 mmHg. 4. สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ (อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120-130/80-85 มิลลิเมตรปรอท) 5. คลำชีพจรได้ชัดเจน หลังเท้า ข้อพับเข่า ขาหนีบ (Dorsalis pedis vein, Popliteal vein, Femoral vein) 6. ไม่เกิดอาการ บวม แดง ร้อน ที่ขาทั้งสองข้าง	ออกซิเจน ในรายที่มีปริมาณ emboli ไม่มาก หลุดไปอุดกันหลอดเลือดปอด จะปรากฏอาการของหลอดลมบีบเกร็ง ฟังปอดได้ยินเสียง wheeze และถ้าเป็น air embolism จะฟังเสียงหัวใจได้ยิน เสียง mil-wheel murmur 3.ดูแลวัดสัญญาณชีพทุก 3-5 นาที ตลอดระยะเวลาระหว่างการผ่าตัด 4.ดูแลสังเกตระดับของค่า $EtCO_2$ ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 30 - 35 mmHg. 5. ประเมินและติดตามอาการของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปลี่ยนท่านอนหงายเมื่อเสร็จการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน มากกว่า 3 ชั่วโมง ได้แก่ วัดความดันเลือดทันที สังเกตกราฟ และอ่านค่า EtCo2 ฟังเสียงลมหายใจในปอดทั้งสองข้าง 6. สังเกตอาการบวมตึง อุณหภูมิ สีผิว คลำชีพจรบริเวณหลังเท้าทั้ง 2 ข้าง ก่อนผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบหลังผ่าตัด	คลำชีพจรได้ชัดเจน ไม่แตกต่างจากก่อนผ่าตัด เมื่อหงาย ผป. ก่อนส่งออกห้องพักฟื้น
ระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก **วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 :** . ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัด **(กรณีศึกษารายที่1 และรายที่2)** **เป้าหมาย :** ปวดลดลงจากเดิม สีหน้าสุขสบาย นอนหลับพักผ่อนได้ **เกณฑ์การประเมิน :** 1.Pain score น้อยกว่า 4 คะแนน 2. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่น อารมณ์แจ่มใสขึ้น	1. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดผ่านเครื่อง PCA ตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง สามารถบำบัดอาการปวดของผู้ป่วยได้ 2. ประเมิน Sedation score และอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด ได้แก่ หายใจช้า คลื่นไส้อาเจียน 3. ติดตามอาการผู้ป่วย โดยพิจารณาจากคะแนนความปวดขณะพัก (at rest) , ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย(at activity), Sedation score , ปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับและอาการข้างเคียงของยา ร่วมกับ การนอนหลับพักผ่อน และกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำได้ เพื่อให้การดูแลได้ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถมี ambulation ได้	ผู้ป่วยทั้งสองราย สามารถให้ยาแก้ปวด ผ่านเครื่อง PCA ด้วยตัวเองได้อย่างเหมาะสม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียง ผู้ป่วยรายแรก ได้รับยา MO ผ่านเครื่อง PCA เป็นเวลา 2 วันหลังผ่าตัด สามารถหยุดใช้เครื่องได้ในวันที่ 3 Pain score 3 คะแนน สามารถลุกนั่ง ยืน ได้ในวันที่สอง ลุกเดินเข้าห้องน้ำได้ Sedation score 0 คะแนน ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่นขึ้นมากกว่าหลังผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยา MO ผ่านเครื่อง PCA เป็นเวลา 2 วันหลังหลังผ่าตัด สามารถหยุดใช้เครื่องได้ในวันที่ 3 Pain score 3 คะแนน สามารถลุกนั่ง ยืน ได้ในวันที่สาม ลุกเดินเข้าห้องน้ำได้ในวันที่ 4 ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา MST เป็นยาแก้ปวดมาช่วงระยะเวลาหนึ่งก่อนผ่าตัด จึงมีความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัดในปริมาณมากกว่า และมีความต้องการการดูแลมากกว่าผู้ป่วยรายแรก Sedation score 1 คะแนน นอนหลับ พักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่นขึ้นตามลำดับ
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อการเกิดพร่องออกซิเจนจากทางเดินหายใจอุดกั้น Tissue hypoxia	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที ตามมารฐานการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น	ผล CT Chest ของผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 พบ Atelectasis ก่อนผ่าตัด จึงดูแลให้ Oxygen

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลและวิเคราะห์
จาก Lung atelectasis ของผู้ป่วยรายที่ 2 **(กรณีศึกษา รายที่ 2)** **เป้าหมาย :** ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน **เกณฑ์การประเมิน :** SpO_2 >95%	2. สังเกตและประเมินภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบ เหนื่อย ชีพจรเร็ว 3. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา	mask c Bag 10 L/M ตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น ไปจนต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย หลังผ่าตัดวันที่ 2 ได้รับ Oxygen Cannula 3 L/M วันต่อมาหายใจไม่หอบ สามารถหายใจ Room air ได้อย่างปกติ SpO_2 Room air 96% ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีภาวะนี้
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ลังฟื้นจากยาระงับความรู้สึก **(กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่2)** **เป้าหมาย :** อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยอยู่ในค่าปกติ **เกณฑ์การประเมิน :** 1. อุณหภูมิร่างกาย ≥ 36 °C 2. SpO_2 > 95% 3. ไม่มีอาการสั่น	1. รักษาอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มอุ่นไฟฟ้า 2. ให้สารน้ำที่อุ่น 3. ติดตามวัดอุณหภูมิ ร่างกาย 4. ประเมินระดับ shivering หากมากกว่าเท่ากับระดับ 3 ให้ออกซิเจน และพิจารณาให้ยาร่วมตามแผนการรักษาเพื่อแก้ไขอาการ	ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีอาการหนาวสั่น มีเพียงตัวเย็น อุณหภูมิร่างกาย 36.0 องศาเซลเซียส ค่า SpO_2 99-100% ห่มผ้า และ keep warm ด้วยผ้าห่มอุ่นไฟฟ้า ก็สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้ดีแล้ว
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล **(กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่2)** **เป้าหมาย :** ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการระงับความรู้สึกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน **เกณฑ์การประเมิน :** **1.** ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ตอบข้อซักถามได้ถูกต้อง มีสีหน้าวิตกกังวลลดลง	1. ประเมินและเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองตนเองภายหลังการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องแผนการรักษาของแพทย์ แผนการดูแลของนักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การออกกำลังกาย การนั่ง การเดิน หลีกเลี่ยง การนั่งหรือเคลื่อนไหวในท่าที่จะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะกระดูกเสื่อมจากมะเร็งแพร่กระจาย	ผู้ป่วยทั้งสองและญาติ สนใจซักถาม จนมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ข้อควรระวัง เมื่อต้องกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ตอบกลับข้อซักถามได้ถูกต้อง มีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง ผู้ดูแลของผู้ป่วยรายที่ 2 มีพื้นฐานความรู้เดิมอยู่บ้างในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และได้ให้ความสนใจในการดูแลฟื้นสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นอย่างดี ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น อมยิ้มอย่างมีความสุข

สรุปและอภิปรายผล

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[7] ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องการจัดการความปวด ความวิตกกังวลและการขาดความรู้ การวางแผนการพยาบาล ใช้ระบบการพยาบาล แบบทดแทนบางส่วนและระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดย : พยาบาลสอนประเมินความปวด, บริหารยาแก้ปวด,จัดสิ่งแวดล้อมให้พักผ่อนได้ สอนและแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา การผ่าตัด การระงับความรู้สึก การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด : ผู้ป่วยสวมกายอุปกรณ์ ลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น[3] ทำความเข้าใจเรื่องโรคและแผนการรักษา รับฟังคำแนะนำและศึกษาการปฏิบัติตัวก่อนละหลังผ่าตัดเพิ่มเติมจากสื่อที่พยาบาลมอบให้ ทำให้มีความเข้าใจมากกขึ้น สามารถลดความวิตกกังวลลงได้ระดับหนึ่ง ทุเลาปวดนอนหลับพักผ่อนได้ต่อเนื่องนานขึ้นกว่าเดิมเล็กน้อย

ระยะระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก : ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[7] ในระยะระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกนี้ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความพร่องในการดูแลตนเองทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยหมดสติจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ไม่มีความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องการการดูแลด้วยการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมดจนสิ้นสุดระยะนี้ วิสัญญีพยาบาลให้การพยาบาลด้วยวิธีกระทำให้และกระทำแทนผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยของชีวิต ดูแลตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมทดแทนการหายใจเองของผู้ป่วย ดูแลจัดท่าผ่าตัด จัดระเบียบร่างกายผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการผ่าตัดกระดูกสันหลังท่าคว่ำ ไม่ให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดูแลการให้ยาทางวิสัญญีเพื่อรักษาระดับความลึกของการระงับความรู้สึกให้เหมาะสมต่อการผ่าตัด ดูแลปกป้องอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำจากการผ่าตัดระยะเวลานาน ดูแลทดแทนสารน้ำและเลือดเพื่อป้องกันภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด ดูแลป้องกันความเสี่ยงจากการผ่าตัดกระดูกสันหลังและการระงับความรู้สึก ดูแลติดตามอาการอย่างใกล้ชิดประเมินอาการ ประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่างๆ และช่วยเหลือได้ทันทีก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ[5]

ระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก : ตามทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม[7] ระยะนี้ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความต้องการการดูแลแบบบางส่วน ระบบการพยาบาลเป็นแบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พยาบาลให้การดูแลป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนหลังฟื้นจากยาระงับความรู้สึก ดูแลปกป้องไม่ให้เกิดภาวะหนาวสั่นจากอุณหภูมิกายต่ำ ดูแลให้ผู้ป่วยทุเลาปวดแผลผ่าตัดและผู้ป่วยร่วมดูแลตนเองด้วยการประเมินความปวดและใช้เครื่องจ่ายยาแก้ปวดด้วยตนเอง (PCA) ทำให้ผู้ป่วยได้ยาที่เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็น สามารถมี Early ambulation ได้ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และมีความพร้อมจำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 3-4 หลังผ่าตัด[4]

เอกสารอ้างอิง

1. มานี รักษาเกียรติศักดิ์ และอริศรา เอี่ยมอรุณ. (2560). การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง.Anesthesia for spine surgery. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช.
2. บุศรา ศิริวันสาณฑ์, พิชยา ไวทยะวิญญู และปฏิภาณ ตุ่มทอง.(2560). Anesthesia and Perioperative care. บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
3. มานี รักษาเกียรติศักดิ์, นรุตม์ เรือนอนุกูล, พรพรรณ เฉลิมกิจพานิชย์ และวิริยะ หอมหวน.(2566). วิสัญญีตามสมัย เล่ม 1 : update in Anesthesia 1. กรุงเทพฯ: บริษัทพี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
4. อัญชลี ยศกรณ์. การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในสถาบันประสาทวิทยา. วชิรสารการพยาบาล. 2564.; ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2564 : หน้า 44-56
5. วรัท ทรรศนะวิภาส. (บรรณาธิการ). (2557). The Textbook of spine by SST Volume 1: ตำรากระดูกสันหลัง. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย.
6. อนุสสรา ส่งทอ. การฉายรังสีร่วมพิกัด ในโรคมะเร็งแพร่กระจายมายังกระดูกสันหลัง Stereotactic Body Radiotherapy (SBRT) for spinal metastases. มะเร็งวิวัฒน์ วารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย.2558; ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2558 : หน้า 62-90
7. ศิรวิชญ์ สุวิทยะศิริและวรายศ ตราฐิติพันธุ์. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายกระดูกสันหลัง: บทความปริทัศน์. The Journal of Chulabhorn Royal Academy. 2022; 4(2): 70-77

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

Development of Nursing Practice Guidelines for Sepsis Patients In the Accident and Emergency Unit at Thatphanom Crown Prince Hospital.

(Received: March 12,2024 ; Revised: March 15,2024 ; Accepted: March 17,2024)

ประภากร วงษ์พันธุ์[1]
Prapakorn Wongphan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 15 คน เครื่องมือประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม และแบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้พัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความสอดคล้องทางด้านเนื้อหารวม (S-CVI) เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลผลการประเมินการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ด้วยความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ประกอบด้วย 4 หมวด ดังนี้ หมวดที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หมวดที่ 2 การให้การพยาบาลผู้ป่วยตาม Resuscitation Bundle ในระยะ 6 ชั่วโมงแรก หมวดที่ 3 การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแลตาม Resuscitation Bundle หมวดที่ 4 การประเมินและการจำหน่ายออกจากแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมไปใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 15 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.5 เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความง่ายต่อการนำไปใช้ และร้อยละ 98.2 เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ปฏิบัติใช้ได้จริง

คำสำคัญ แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This developmental research aimed to improve and evaluate the quality of nursing practices for patients with sepsis in the Accident and Emergency Department of Thatphanom Crown Prince Hospital. Sample size were 15 professional nurses working in the emergency department. Somdej Phra Yupparat That Phanom Hospita The tools included the nursing practice guidelines for patients with sepsis in the Accident and Emergency Department and an assessment form for the feasibility of implementing these nursing practices. The developed nursing practices were validated for content accuracy by five experts, achieving a total content validity index (S-CVI) of 1. Data analysis of the implementation evaluation was conducted through frequency and percentage.

The research found that: 1) The nursing practice guidelines for patients with sepsis in the Accident and Emergency Department comprised four categories: screening patients for symptoms of sepsis, providing care according to the Resuscitation Bundle within the first 6 hours, monitoring and follow-up of patients under the Resuscitation Bundle, and assessment and discharge from the emergency department. 2) The feasibility assessment of implementing the nursing practice guidelines by 15 professional nurses working in

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

the emergency department showed that 94.5% of the sample found the guidelines easy to implement, and 98.2% believed the practices were applicable in reality.

Keywords: Nursing practice guidelines, Patients with sepsis

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่เกิดขึ้นหลังจากมีการติดเชื้อภายในร่างกายอย่างรุนแรง ทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองขึ้นทั่วร่างกายและมีการทำลายการทำงานของอวัยวะต่างๆจนส่งผลคุกคามต่อชีวิต ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ถือว่าส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งถือว่าเป็นความท้าทายทางด้านการให้บริการทางการแพทย์จากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นรวมถึงความซับซ้อนรุนแรงของโรคติดเชื้อด้วย[1,2] จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2560 โดยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 49 ล้านคนและเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 11 ล้านคนต่อปี[3] เช่นเดียวกับในประเทศไทย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทยและอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ซึ่งเมื่อคิดแล้วพบว่ามีผู้ป่วย sepsis 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และ มีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง นับได้ว่าเป็นความสูญเสียอย่างมากมาย[4] จากข้อมูลดังกล่าวทำให้องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นปัญหาระดับโลกและคาดการณ์ว่าอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยจะยังเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เช่น การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในประเทศทวีปแถบตะวันตก การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุสมผลทำให้เกิดเชื้อดื้อยาเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการใช้ยากดภูมิในผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น[5,6]

สาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่ของผู้ป่วยในกลุ่ม sepsis เกิดจากความรุนแรงของโรคที่ทำให้เกิดภาวะล้มเหลวของระบบการทำงานในอวัยวะต่างๆของร่างกาย (Organ Dysfunction) เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาทและระบบการแข็งตัวของเลือดเป็นต้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระบบภูมิคุ้มกันที่ไม่ดีหรือมีความบกพร่อง[7] จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ทั่วโลกได้มีการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม sepsis อย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้โดยการมุ่งเน้นการสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (Early Recognition) และเริ่มให้การรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันหรือรักษาการทำงานของอวัยวะที่ล้มเหลวในหลายระบบ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome, MODS) ซึ่งถือได้ว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่สามารถวินิจฉัยระบุว่ามีภาวะ sepsis ได้อย่างรวดเร็วและได้รับการรักษาตามแนวทางมาตรฐานสามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้[8]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง เริ่มพัฒนาการดูแลผู้ป่วย sepsis ตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคติดเชื้อ (Service Plan Sepsis) ของเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 8 โดยมีเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะ septic shock ลง 10 %[10] จากสถิติแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนมในงบประมาณปี 2564 และปี 2565 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น severe sepsis และ septic shock ดังนี้ ปี 2564 จำนวน 63 ราย และ 24 ราย และในปี 2565 มีจำนวน 76

ราย และ 32ราย ทั้งนี้ มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะล้มเหลวของการทำงานในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (Multiple Organ Dysfunctions) เช่น มีระบบการหายใจล้มเหลว เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน เป็นต้น ในปี 2564 จำนวน 14 ราย และปี 2565 จำนวน 18 ราย และมีอัตราผู้เสียชีวิตในแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วย ภาวะล้มเหลวของการทำงานในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (Multiple Organ Dysfunctions) ในปี 2564 ถึง2565 จำนวน 4 ราย และ 3 รายตามลำดับ ซึ่งจากสถิติเหล่านี้สะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วย sepsis ตามแนวทางปฏิบัติเดิมยังเป็นปัญหาที่สำคัญ จากปัญหาดังกล่าวได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในปี 2565 จำนวน 20 รายที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเดิม พบว่ามี 2 ปัจจัยหลักๆที่ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วย sepsis ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย คือ 1) ด้านการให้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เฉพาะเจาะจงตั้งแต่แรกทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เจาะจงช้ามากขึ้น 2) ขาดแนวทางในการปฏิบัติการการติดตามอาการผู้ป่วยทำให้มีความหลากหลายในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการดูแลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทำให้ผู้ป่วยมีภาวะ sepsis และseptic shock ไม่ได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เช่น การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินการหายใจ การประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดจากอวัยวะทำงานผิดปกติตั้งแต่แรกรับที่งานฉุกเฉินจนจำหน่าย จากสถิติมีเพียง 12.6% เท่านั้นที่ได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และมีความรุนแรงสูงของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จากประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยได้นำเสนอปัญหาต่อทีมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมขึ้น เพื่อให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบมีประสิทธิภาพและเป็นแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

2.เพื่อประเมินคุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) เพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดการพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน โดยดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ เริ่มดำเนินงานวิจัยเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โดยผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คน มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน อย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ประกอบด้วยองค์ประกอบการปฏิบัติการพยาบาล 4 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หมวดที่ 2 การให้การพยาบาลผู้ป่วยตาม Resuscitation Bundle ในระยะ 6 ชั่วโมงแรก หมวดที่ 3 การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแลตาม Resuscitation Bundle หมวดที่ 4 การประเมินและการจำหน่ายออกจากแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ให้การผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โดยแบบสอบถามมี 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม มี 5 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นแบบสอบถาม ที่ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่า “เป็นไปได้” หรือ “เป็นไปไม่ได้” ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ลักษณะเป็นการตอบแบบบรรยายด้วย คำถามปลายเปิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยการจัดกลุ่มของเนื้อหา แล้วนำไป แจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือได้รับได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความตรงด้านเนื้อหา และความสมบูรณ์ของเนื้อหา ได้ค่าความสอดคล้องทางด้านเนื้อหารวม (S-CVI) เท่ากับ 1 ซึ่งผ่านค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังที่ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 002/67 ลงวันที่ 26 ม.ค. 2567 ผู้วิจัยเข้าพบทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลที่จัดตั้งขึ้น หัวหน้าพยาบาล แพทย์สาขาอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพแผนกงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และคณะกรรมการทีมดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม (PCT อายุรกรรม)เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มพยาบาล ที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับชี้แจงเกี่ยวกับชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมของหอผู้ป่วย

ผลการวิจัย

1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระ

ยุพราชธาตุพนมภายใต้กรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice Guidelines) โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องทางด้านเนื้อหารวม (S-CVI) เท่ากับ 1 เนื้อหาประกอบด้วยองค์ประกอบการปฏิบัติการพยาบาล 4 หมวด ซึ่งมีรายละเอียดการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางดังนี้

หมวดที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

1. คัดกรองซักประวัติผู้ป่วยที่มีหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย โดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งการติดเชื้อนี้อาจเกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกาย หรือเป็นการติดเชื้อทั่วร่างกายก็ได้ โดยอาการและการแสดงที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในอวัยวะที่สำคัญดังตารางแสดงอาการและการแสดงที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในอวัยวะที่สำคัญในร่างกายพร้อมทั้งลงบันทึกอวัยวะที่มีหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกายในแบบบันทึก

2. ประเมินอาการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะ sepsis โดยใช้ Quick Sequential [Sepsis-Related] Organ Failure Assessment Score (qSOFA) เมื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกายพยาบาลวิชาชีประเมินอาการที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะ sepsis โดยใช้ qSOFA score ตามตารางและลงบันทึกการประเมินในแบบบันทึก

3. เมื่อคัดกรองและประเมินว่าผู้ป่วยมีหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับค่า qSOFA score มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน แจ้งแพทย์เวรที่แผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทันทีพร้อมทั้งลงบันทึกเวลาในแบบบันทึก

4. เมื่อแพทย์เวรที่แผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินรับทราบและประกาศใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยตาม sepsis protocols พยาบาลลงบันทึกเวลา activate time zero ในแบบบันทึกและเริ่มการพยาบาลตาม 6 bundle of care ของโรงพยาบาลโดยทันทีพร้อมทั้งลงบันทึกเวลา start protocols

หมวดที่ 2 การให้การพยาบาลผู้ป่วยตาม Resuscitation Bundle ในระยะ 6 ชั่วโมงแรก พยาบาลวิชาชีพเริ่มให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษา sepsis protocols ของโรงพยาบาลทันทีเมื่อแพทย์เวรที่แผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินประกาศใช้แนวทาและลงบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและเวลาในการปฏิบัติในแบบบันทึกซึ่งประกอบด้วย

1. เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, ABG, PT, PTT, INR U/A,

2. การเจาะเลือดตรวจค่า Lactate Level

3.การเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อ (H/C 2 specimen ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ)

4.การให้ยาปฏิชีวนะแบบกว้างภายใน 1 ชั่วโมง

5. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ภายใน 1 ชั่วโมง

6. พิจารณาให้ยา vasopressors ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำหรือค่า Mean Arterial Pressure (MAP) < 65mmHg และไม่ตอบสนองต่อการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

7.การตรวจค่า Lactate Level ซ้ำ

หมวดที่ 3 การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแลตาม Resuscitation Bundle พยาบาลวิชาชีพทำการประเมินและติดตามสัญญาณชีพอาการของผู้ป่วยตามความเหมาะสมโดยการใช้ค่า SOS score (search out severity score) ในการเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงที่ประเมินได้ ดังนี้

SOS score 0 หมายถึงความรุนแรงของอาการน้อยจำเป็นต้องประเมินสัญญาณชีพและ SOS score ตามปกติทุก 1 ชั่วโมง

SOS score 1-3 หมายถึงความรุนแรงของอาการระดับปานกลางจำเป็นต้องประเมินสัญญาณชีพและ SOS score ตามปกติทุก 30 นาทีพร้อมทั้งพิจารณารายงานแพทย์ตามความเหมาะสม

SOS score ≥4 หมายถึงความรุนแรงของอาการมากจำเป็นต้องประเมินสัญญาณชีพและ SOS score ตามปกติทุก 5 - 10นาที พร้อมทั้งพิจารณารายงานแพทย์รับทราบทันที

หมวดที่ 4 การประเมินและการจำหน่ายออกจากแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

พยาบาลวิชาชีพประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนกงานฉุกเฉิน พิจารณาโดยการใช้ค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ค่าความรุนแรงของอาการทรุดลง SOS score (search out severity score) และค่า Sequential [Sepsis-Related] Organ Failure Assessment Score (SOFA) ดังนี้

1. กรณีที่ค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ≥65 mmHg, SOS Score<4คะแนน, qSOFA score <2 คะแนนให้พิจารณา Admit ตึกอายุกรรมทั่วไป

2. กรณีที่ค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ≥65 mm Hg), SOS Score ≥4คะแนน, qSOFA score ≥2 คะแนน หรือใส่ท่อช่วยหายใจให้พิจารณา Admit ICU

3.กรณีที่ต้องกำจัดสาเหตุทางศัลยกรรม, ICU เต็มกรณีใส่ท่อช่วยหายใจ, Multiple Organ Dysfunction ให้พิจารณาRefer โรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงมากขึ้น

2. ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ การประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชธาตุพนม ไปทดลองใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกงานอุบัติเหตุ ผู้วิจัยได้นำเสนอออกเป็น 3 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ไปทดลองใช้ ได้ทำการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ธาตุพนม จำนวน 15 คน โดยมีลักษณะทั่วไปดังนี้ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 93.3 การศึกษาจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีทุกคน มีอายุเฉลี่ย 31.5 ปี(SD = 8.8) มีประสบการณ์การทำงานในแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเฉลี่ย 7.9 ปี(SD = 8.6) และเคยผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 20

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม การประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ธาตุพนม โดยแบบประเมินประกอบด้วยการประเมินความยาก-ง่ายของการใช้แนวปฏิบัติ และความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ผลของการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็น ว่าแนวปฏิบัติมีความง่ายต่อการปฏิบัติคิดเป็น ร้อยละ 94.5 มีแนวปฏิบัติบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามีความยากต่อการปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 5.5 ซึ่งอยู่ในหมวดที่ 1 เรื่องการประเมินอาการที่ บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะ Sepsis โดยใช้ qSOFA และ หมวดที่ 4 เรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนกงานฉุกเฉิน พิจารณาโดยการใช้ค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ค่าความรุนแรงของอาการทรุดลง SOS score ด้านการประเมินความเป็นไปได้ของการนำ

แนวปฏิบัติไปใช้จริง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงในงานคิดเป็นร้อยละ 98.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

กิจกรรมพยาบาล	คุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวทางปฏิบัติการพยาบาล			
	ความยาก-ง่าย		ความเป็นไปได้	
	ยาก n (%)	ง่าย n (%)	ไม่ได้ n (%)	ได้ n (%)
หมวดที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด				
1. การคัดกรองซักประวัติผู้ป่วยที่มีหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย	1 (6.7)	14 (93.3)	0 (0)	15 (100)
2. การประเมินอาการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะ Sepsis โดยใช้ (qSOFA)	3 (20)	12 (80)	2 (13.3)	13 (86.7)
3. การแจ้งแพทย์เวรที่แผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินรับทราบและประกาศใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยตาม Sepsis Protocols	1 (6.7)	14 (93.3)	0 (0)	15 (100)
หมวดที่ 2 การให้การพยาบาลผู้ป่วยตาม Resuscitation Bundle ในระยะ 6 ชั่วโมงแรก				
1. เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม	1 (6.7)	14 (93.3)	0 (0)	15 (100)
2. การเจาะเลือดตรวจค่า Lactate level	0 (0)	15 (100)	0 (0)	15 (100)
3.การเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อ (H/C 2 specimen ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ)	0 (0)	15 (100)	0 (0)	15 (100)
4.การให้ยาปฏิชีวนะแบบกว้างภายใน 1 ชั่วโมง	0 (0)	15 (100)	0 (0)	15 (100)
5. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ภายใน 1 ชั่วโมง	0 (0)	15 (100)	0 (0)	15 (100)
6. พิจารณาให้ยา vasopressors ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำหรือค่า mean arterial pressure (MAP) < 65mmHg และไม่ตอบสนองต่อการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	1 (6.7)	14 (93.3)	0 (0)	15 (100)
หมวดที่ 3 การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแลตาม Resuscitation Bundle				
1. การประเมินและติดตามสัญญาณชีพอาการของผู้ป่วยตามความเหมาะสมโดยการใช้ค่า SOS score	0 (0)	15 (100)	0 (0)	15 (100)
หมวดที่ 4 การประเมินและการจำหน่ายออกจากแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน				
1. การประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนกงานฉุกเฉินพิจารณาโดยการใช้ค่า mean arterial pressure (MAP) ค่าความรุนแรงของอาการทรุดลง SOS score	2 (13.3)	13 (86.7)	1 (6.7)	14 (93.3)

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 15 คน พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาการใช้แนวปฏิบัติ คิด

เป็นร้อยละ 26.6 ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะในหมวดที่ 1 เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการต้องเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์เพื่อให้สามารถคัดกรองได้อย่างแม่นยำถูกต้องเนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาการติดเชื้อในกระแสเลือดอาจไม่ชัดเจน หมวดที่ 2 เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง Resuscitation Bundle อาจทำไม่ได้ในทันทีเกิดจากไม่สามารถเปิดเส้นผู้ป่วยได้ หมวดที่ 3 เรื่องการการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยได้ไม่ต่อเนื่องตามความรุนแรงเนื่องจากมีผู้ป่วยเข้าใช้บริการจำนวนมาก และเรื่องการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่บันทึกการเฝ้าระวังไม่ต่อเนื่อง หมวดที่ 4 เรื่องการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉินโดยยังไม่ประเมินอาการก่อนส่งและการจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินอาจเป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์ซึ่งอาจไม่ตรงตามเกณฑ์การจำหน่ายที่วางไว้

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ภายใต้กรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence Based Practice Guidelines) โดยมีการบูรณาการระหว่างองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด มีความน่าเชื่อร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกของพยาบาลเพื่อตัดสินใจให้การพยาบาลตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความเฉพาะเจาะจง และใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยพัฒนาระบบการพยาบาลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น[10] จนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเข้าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หมวดที่ 2 การให้การพยาบาลผู้ป่วยตาม Resuscitation Bundle ในระยะ 6 ชั่วโมงแรก หมวดที่ 3 การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแลตาม Resuscitation Bundle หมวดที่ 4 การประเมินและการจำหน่ายออกจากแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องทางด้านเนื้อหารวม (S-CVI) เท่ากับ 1 ซึ่งแสดงว่าเนื้อหามีความเหมาะสมใช้ได้ตามรายละเอียดที่ระบุไว้ตามวัตถุประสงค์[11] เนื้อหาของแนวปฏิบัติเป็นการมุ่งเน้นกระบวนการตั้งแต่รับผู้ป่วยให้รวดเร็วและให้การรักษาติดตามอาการที่ต่อเนื่องเพื่อลดความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิต โดยสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาการดูแลรักษาภาวะ sepsis ตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วยที่มีการคุกคามต่อชีวิตจากภาวะ sepsis จนถึงการเริ่มให้การรักษาที่รวดเร็วจึงเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้ เช่น การพัฒนาแนวทางในการค้นหาผู้ป่วยระระบุว่าผู้ป่วยเกิดภาวะ sepsis โดยการสร้างแนวทางในการคัดกรองการมีเครื่องมือในการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและเพิ่มทักษะให้ผู้ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองให้สามารถปฏิบัติการคัดกรองเพื่อระบุว่าผู้ป่วยมีภาวะ sepsis ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วเพิ่มมากขึ้น เช่น การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ[12]

อย่างไรก็ตามการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้เกิดความเหมาะสมในแต่ละบริบทของพื้นที่ยังเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อให้เข้ากับการทำงานของพยาบาลในแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้เป็นไปตามมาตรฐานโดยมุ่งเน้นการคัดกรองผู้ป่วยที่ถูกต้องครอบคลุมปัญหาเพื่อนำเสนอข้อมูลต่อแพทย์เวรที่ประจำการในแผนกงานฉุกเฉินรับทราบทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วตามแนวทางการรักษาที่ได้มาตรฐานและสามารถแก้ไขภาวะวิกฤตจากความรุนแรงของการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะต่างๆในร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลงได้[13] รวมไปถึงแนวปฏิบัติการพยาบาลต้องสามารถทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ง่าย และมีความเป็นได้ในการนำไปใช้สูง จากผลการประเมินความเป็นได้ของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม มีความง่ายต่อการปฏิบัติและ

สามารถนำไปปฏิบัติในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมได้จริง

กล่าวโดยสรุปภาวะsepsis เป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล พยาบาลถือว่าเป็นกุญแจสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก โดยเริ่มต้นตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยกระกระตุ้นและขับเคลื่อนทีมการดูแล รวมไปถึงเป็นผู้ปฏิบัติการดูแลตามแนวทางที่วางไว้และการเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง[14] ยังเป็นสิ่งที่ท้าทายและเป็นความยุ่งยากในการที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลได้ครบตามแนวทาง Sepsis Resuscitation Bundles จากการศึกษาถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย sepsis ตามแนวทาง Resuscitation Bundles พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ครบทุกกิจกรรมเพียง 26.8% เท่านั้น นอกจากนี้ยังปัจจัยภายนอกอื่นๆที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การขาดการสนับสนุนจากผู้นำหรือหัวหน้า การขาดองค์ความรู้ของผู้ปฏิบัติ การขาดเครื่องมืออุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกในการดูแลต่างๆ การมีผู้ป่วยและภาระงานที่มากของพยาบาล ดังนั้นการหากระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่วางไว้ให้เพิ่มมากขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยให้เกิดความยึดมั่นและความมีวินัยในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถรวบรวมวิธีในการเพิ่มความยึดมั่นและความมีวินัยในการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ในการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ธาตุพนม ไปปฏิบัติใช้มีความจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมความรู้ในแนวทางการรักษาที่ทันสมัยจากทีมสหสาขาวิชาชีพและเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยให้มีการทดลองปฏิบัติการดูแลอย่างสม่ำเสมอจนเกิดความมั่นใจในการดูแลตามโปรแกรมที่วางไว้ เนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะฉุกเฉินและเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตจึงจำเป็นต้องได้รับการคัดกรองและการรักษาที่รวดเร็ว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมงานในแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความคิดเห็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Singer, M.; Deutschman, C.S.; Seymour, C.W.; Shankar-Hari, M.; Annane, D.; Bauer, M.; Bellomo, R.; Bernard, G.R.; Chiche, J.-D.; Coopersmith, C.M.; et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315, 801–810.
2. Mehta Y, Kochhar G. Sepsis and Septic Shock. Journal of Cardiac Critical Care TSS 2017; 1(1): 3-5.
3. Chiu, C.; Legrand, M. Epidemiology of sepsis and septic shock. Curr. Opin. Anaesthesiol. 2021; 34, 71–76.
4. กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. เล่มแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562[เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://bie.moph.go.th/einsreport/
5. WHO. Global Report on the Epidemiology and Burden of Sepsis: Current Evidence, Identifying Gaps and Future Directions; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2020.
6. World health Organization. Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis; 2017.
7. Gotts EJ, Matthay AM. Sepsis: pathophysiology and clinical management. British Medical Journal; 2016.

8. Bloos F, Thomas-Ruddel D, Ruddel H, Engel C, Schwarzkopf D, John CM. Impact of compliance with infection management guidelines on outcome in patients with severe sepsis: a prospective observational multi-center study. Critical Care 2014; 18(2): R42.
9. The Joanna Briggs Institute. (2008). JBI levels of evidence and grading of recommendations. Retrieved January 29, 2023, from http://jbiconnect.org/connect/info/jbi_ebhc_approach.php
10. ศศิวิมล ศิริรักษ์ และทัศนี ประสบกิตติคุณ. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลเด็ก. Journal of Nursing Science 2016; 34(1), 5-15
11. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ = The methodology in nursing research. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550
12. Geoffrey EH, Rachel ET, Rachel S, Joseph DL, Aaron MB, Andrew JS. et.al. Triage sepsis alert and sepsis protocol lower times to fluids and antibiotics in the ED. American Journal of Emergency Medicine 2016; 34(2016): 1-9
13. กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด; 2561
14. Margaret, M.D., Isabel, F.M., Mary, A.D., & Joyce, J.F. (). Impact of a sepsis educational program on nurse competence. The Journal of Continuing Education in Nursing 2015; 46(4), 179-186.

การพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

The development of a teaching program and caregivers' skill development to prevent urinary tract infections in patients with urinary catheterization at home.

(Received: March 12,2024 ; Revised: March 15,2024 ; Accepted: March 16,2024)

ภาณินนุช เณธิชัย[1]
Paninnuch Nethichai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอสม. หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและแบบประเมินการฝึกทักษะตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการศึกษาก่อน-หลัง ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้ 1) ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.93 อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.83 อยู่ในระดับดีมาก เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและการป้องกันการติดเชื้อ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.67 อยู่ในระดับดีมาก หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 9.77 อยู่ในระดับดีเยี่ยม เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ด้านทักษะการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ 1) การล้างมือ 7 ขั้นตอน 2) การสวมใส่และถอดถุงมือ 3) การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก 4) การสวมใส่เสื้อคลุมแบบสะอาด ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงไม่ปฏิบัติ จำนวน 2-3 ข้อ หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงปฏิบัติถูกต้องทุกข้อ การนำผลงานวิจัยไปใช้ อสม. หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)อายุที่เข้าร่วมอบรมตามโปรแกรมฯ ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน จำนวน 28 ราย เมื่อติดตามผู้ป่วยครบ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

คำสำคัญ: การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ, ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

Abstract

This research and development, the objective was to study the results of developing a program for teaching and developing caregiver skills to prevent urinary tract infections in patients with urinary catheters at home. The sample group were village health volunteers. or care givers of the elderly (Care Givers), a total of 40 person. The tools used to collect data include a general information questionnaire. Knowledge assessment about urinary tract infections and care for patients with urinary catheters and assessment form for skill training according to infection prevention measures. Data analysis using numbers, percentages, averages and standard deviations. Compare study results before and after using paired t-test statistics.

The results of the study found that. Knowledge: 1) Knowledge about urinary tract infections Before participating in the activity, the average score was 7.93, which was at a moderate level. After participating in the activity, the average knowledge score increased to 8.83, which is at a very good level. Compare before-after Participating in activities was significantly different at the .05 level. 2) Knowledge about caring for patients with urinary catheters and preventing infection. Before participating in the activity, the sample group had knowledge about

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

urinary tract infections. Has an average score of 8.67, which is at a very good level. After participating in the activity, the average knowledge score increased to 9.77, which is at an excellent level. Compare before-after Participating in activities was significantly different at the .05 level. Practical skills for preventing infection: 1) washing hands in 7 steps 2) putting on and taking off gloves 3) using a Mask 4) wearing a gown. Before participating in sample activities There is an average score in the range of not performing for 2-3 items. After participating in the activity, the average score was in the range for correct performance of all questions. Using research results for use by village health volunteers or care givers of the elderly, who participate in training according to the program. Cared for 28 patients with urinary catheters at home. After 3 months of follow-up, it was found that these patients had no urinary tract infections.
Keywords: Urinary tract infection, patient with urinary catheter at home

บทนำ

การติดเชื้อในกรณีคาสายสวนปัสสาวะ (Catheter - associated UTI, CAUTI) เป็นปัญหาสำคัญหนึ่งที่พบในโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะถึงร้อยละ 12-16 ซึ่งการใส่คาสายสวนปัสสาวะทำให้เกิดความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วยและเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้นเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และอาจรุนแรงถึงกับเสียชีวิตได้ โดยพบว่าความเสี่ยงจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะการติดเชื้อจะยิ่งสูงขึ้นหากคาสายสวนปัสสาวะไว้นาน โดยจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อจำนวนวันที่คาสายสวนปัสสาวะนานขึ้น 1 วัน และหลังจากคาสายสวนปัสสาวะ 10 วันพบถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะอุบัติการณ์การติดเชื้อ CAUTI ในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 3.5-13.8 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่คาสายสวนปัสสาวะ และพบว่าในแต่ละปีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะมากกว่า 13,000 ราย[1] ดังนั้นโรงพยาบาลต่างๆ จำเป็นต้องดำเนินการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องเพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงและไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนและสิ่งแวดล้อม

การชี้แนะเป็นกระบวนการให้คำแนะนำและการสอนรายบุคคลเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถในการทำงานที่เน้นการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เรียน ในสิ่งที่ผู้โค้ชมีความเชี่ยวชาญมีพื้นฐานจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญและผู้เรียน เป็นรูปแบบการเรียนรู้รายบุคคล ด้วยวิธีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ ผู้ที่เป็นโค้ชจะต้องมีความรู้มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเป็นอย่างดีเป็น ผู้อำนวยความสะดวก เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดริเริ่ม การคิดอย่างมีวิจารณญาณ วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ผู้เรียนมีโอกาสพิจารณาเลือกทางปฏิบัติอย่างมีอิสระด้วยตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต มีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อหาทางในแก้ปัญหาสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ มาตรการและแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีการคาสายสวนปัสสาวะคือ การให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ตลอดจนทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมตามหลักการควบคุมการติดเชื้อย่อมสามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะได้ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในต่างประเทศพบว่ามาตรการในการลดการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะจะให้ความสำคัญในเรื่องของการล้างมือ การสวนปัสสาวะอย่างสะอาด หลีกเลี่ยงการคาสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ[2]

จากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเรณูนคร มีผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะและได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในปีพ.ศ. 2563-2565 จำนวน 48, 53 และ 64 คน ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 93 มีภาวะพึ่งพิงโดยให้ผู้อื่นช่วย

ดูแลตนเองทั้งหมด มีเพียงร้อยละ 7 ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน จากการทบทวนอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ปี พ.ศ. 2563-2565 พบอัตราการเกิด CAUTI จำนวน 2, 1 และ 2 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 4.1, 1.8 และ 3.1 ตามลำดับ หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ทบทวนหาสาเหตุของการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ซึ่งพบประเด็นปัญหาดังนี้ การไม่เช็ดปลายท่อเปิดปิดของถุงปัสสาวะด้วย 70% Alcohol การไม่ล้างมือก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง และการไม่มีการใส่ถุงมือเมื่อมีการเทปัสสาวะ ส่งผลให้พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเกิดขึ้นในทุกปี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสอนและพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในชุมชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) การพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง รวมระยะเวลา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อสม. หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่ผ่านอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเรณูนคร ปัจจุบันดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ในพื้นที่ในอำเภอเรณูนคร

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม. หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่ผ่านอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ และปัจจุบันดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านในพื้นที่ในอำเภอเรณูนคร จำนวน 40 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) อสม. หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่ผ่านอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเรณูนคร

2) ปัจจุบันดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน 3) สมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) อสม. หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้แนวคิดการชี้แนะด้านสุขภาพ (Health coach) ของ Eaton and Johnson (2001) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.82

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach, s alfa Coefficient) เท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการฝึกทักษะ การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การล้างมือ 7 ขั้นตอน และการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล โดยการประเมินแบ่งเป็นปฏิบัติถูกต้อง (2 คะแนน) ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นการวางแผน (Plan)

1.1 นำเสนอปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน กำหนดประเด็นการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุง โดยการระดมสมองทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเรณูนครและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอเรณูนคร

1.2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ

1.3 ประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน แก่ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอเรณูนคร เพื่อดำเนินการต่อไป

1.4 กำหนดระยะเวลาการพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน เพื่อแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงการดำเนินงาน

2. ขั้นการลงมือปฏิบัติ (Do) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการชี้แนะด้านสุขภาพ (Health coach) ของ Eaton and Johnson (2001) นำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านซึ่งประกอบด้วย กระบวนการเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยมีโค้ชเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญเป็นอย่างดี โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อม ผู้ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยที่พัฒนาขึ้น 2) ประเมินความรู้ (Pre-test) เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ และการป้องการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ขั้นตอนที่ 2 สอนแนะสู่เป้าหมาย (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลาประมาณ 150 นาที

กิจกรรมที่ 1 เรียนรู้ ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ 1) การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านอย่างน้อยจำนวน 1 ครั้ง/สัปดาห์ ประเมินอุบัติการณ์การติดเชื้อ เมื่อครบ 3 เดือน 2) วิเคราะห์สถานการณ์จุดเด่นและจุดด้อยการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน วิธีการ ขั้นตอน การบันทึก และติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) ค้นหาทางเลือกจากจุดเด่น จุดด้อยให้นำไปสู่การตัดสินใจในการวางแผนในอนาคตในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะโดยใช้สื่อการสอนแบบนำเสนองาน (Power point) และดูวีดีโอผ่านระบบออนไลน์ 5) ฝึกปฏิบัติทักษะตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อจริงและประเมินผลรายบุคคล ได้แก่ การล้างมือ 7 ขั้นตอน และและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล 6) ตั้งกลุ่มไลน์ให้คำปรึกษาระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านเพื่อเป็นช่องทางในการให้คำแนะนำหรือแลกเปลี่ยนปัญหาที่พบขณะให้การดูแลผู้ป่วย 7) มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะให้ผู้ดูแล 8) นัดหมายการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

กิจกรรมที่ 2 การติดตามเยี่ยมในชุมชน (สัปดาห์ที่ 3-4) ใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้ดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ของโรงพยาบาลเรณูนครและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเรณูนคร

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (สัปดาห์ที่ 6) ประมาณ 60 นาที 1) ประเมินความรู้ (Post-test) เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ และการป้องการติดเชื้อในระบบทางเดิน

ปัสสาวะ 2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จุดเด่น จุดด้อย หรือปัญหาในการปฏิบัติงาน 3) ผู้วิจัยตรวจสอบการปฏิบัติ หากไม่เป็นไปตามแผนอาจปรับแผนใหม่

3. ขั้นการเรียนรู้ (Study) ตรวจสอบและศึกษาผลว่าบรรลุวัตถุประสงค์ตามโปรแกรมการสอนและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยการทบทวนและติดตามประเมินผลด้วยวิธีการทบทวนคุณภาพ อุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในชุมชน

4. ขั้นการสรุปผล (Act) ตรวจสอบผลอุบัติการณ์การติดเชื้อผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมายว่าเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่

จริยธรรมการทำวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ RCE 028/66 วันที่รับรอง 7 มิถุนายน 2566 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 กระบวนการพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ดำเนินงานโดยใช้ PDSA Cycle 4 ขั้นตอน ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนาโปรแกรมฯ

ขั้นตอน	กระบวนการดำเนินงาน
1. การวางแผน (Plan)	1. นำเสนอปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน 2. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3. ประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาโปรแกรมฯ แก่ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 4. วางแผนงานและกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานตามโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น
2. การลงมือปฏิบัติ (Do)	ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการชี้แนะด้านสุขภาพ (Health coach) ของ Eaton and Johnson (2001) ดังนี้ *ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อม* ผู้ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน (สัปดาห์ที่ 1) 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยที่พัฒนาขึ้น 2) ประเมินความรู้ (Pre-test) เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะและการป้องการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ *ขั้นตอนที่ 2 สอนแนะสู่เป้าหมาย* (150 นาที) (สัปดาห์ที่ 1) 1) การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน 2) วิเคราะห์สถานการณ์จุดเด่นและจุดด้อยในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน 3) ค้นหาทางเลือกเพื่อวางแผนการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ
2. การลงมือปฏิบัติ (Do)	5) ฝึกปฏิบัติทักษะจริงและประเมินผลรายบุคคล 6) ตั้งกลุ่มไลน์ให้คำปรึกษาระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลเพื่อเป็นช่องทางในการให้คำแนะนำหรือแลกเปลี่ยนปัญหาที่พบขณะให้การดูแลผู้ป่วย 7) มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะให้ผู้ดูแล 8) นัดหมายการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน 9) การติดตามเยี่ยมในชุมชน (สัปดาห์ที่ 3-4) *ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (สัปดาห์ที่ 6)* 1) ประเมินความรู้ (Post-test) 2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จุดเด่น จุดด้อย หรือปัญหาในการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนาโปรแกรมฯ

ขั้นตอน	กระบวนการดำเนินงาน
	3) ผู้วิจัยตรวจสอบการปฏิบัติ หากไม่เป็นไปตามแผนอาจปรับแผนใหม่
3. ขั้นการเรียนรู้ Study)	อุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในชุมชน
4. ขั้นการสรุปผล (Act)	นำผลลัพธ์ที่ได้จากการตรวจสอบมาวิเคราะห์ผลและปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 ผลของการพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 35 คน ร้อยละ 87.5 เพศชาย จำนวน 5 คน ร้อยละ 12.5 อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด จำนวน 15 คน ร้อยละ 37.5 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด จำนวน 15 คน ร้อยละ 37.5 บทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นอสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ทั้งสองบทบาทมากที่สุด จำนวน 25 คน ร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่เคยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน มากที่สุด จำนวน 27 คน ร้อยละ 67.5 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ยังไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ

2. ผลการประเมินคะแนนความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและการป้องกันการติดเชื้อ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.93 อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.83 อยู่ในระดับดีมาก รายละเอียดดังตารางที่ 2

2.2 การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและการป้องกันการติดเชื้อ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.67 อยู่ในระดับดีมาก หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 9.77 อยู่ในระดับดีเยี่ยม รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและการป้องกันการติดเชื้อ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ

คะแนนความรู้	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	7.93	1.309	ปานกลาง	8.83	1.466	ดีมาก
2. การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและการป้องกันการติดเชื้อ	8.67	1.745	ดีมาก	9.77	1.330	ดีเยี่ยม

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและการป้องกันการติดเชื้อ คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและการป้องกันการติดเชื้อ เปรียบเทียบก่อนและหลัง เข้าร่วมกิจกรรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและการป้องกันการติดเชื้อ ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม

คะแนนความรู้	Pair Differences				t	df	Sig (2-tailed)
	Mean	Std.	95% CI				
			Lower	Upper			
1. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	.900	1.736	.345	1.455	3.278	39	.002*
2. การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและการป้องกันการติดเชื้อ	1.100	1.945	.478	1.722	3.576	39	.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การประเมินการฝึกทักษะ การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การล้างมือ 7 ขั้นตอน, การสวมใส่และถอดถุงมือ, การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก (Mask) และการสวมใส่เสื้อคลุมแบบสะอาด ผลการศึกษาดังนี้

ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติการล้างมือ 7 ขั้นตอน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้แก่ ข้อ 2) สามารถบอกได้ว่าควรล้างมือเมื่อใดบ้าง เช่น ก่อนสัมผัสผู้ป่วยและหลังถอดถุงมือ เป็นต้น 6) เช็ดมือด้วยกระดาษหรือผ้าเช็ดมือที่แห้ง 1 ผืน/คน และ ข้อ 7) การปิดน้ำถ้าเป็นก๊อกที่ต้องใช้มือปิดให้ใช้กระดาษหรือผ้าเช็ดมือจับก๊อกปิด

หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติการล้างมือ 7 ขั้นตอน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงปฏิบัติถูกต้องทุกข้อ รายละเอียดดังตาราง ที่ 4

ตารางที่ 4 การประเมินฝึกการล้างมือ 7 ขั้นตอน

เกณฑ์การประเมิน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม		
	$\bar{x}$	SD	การปฏิบัติ	$\bar{x}$	SD	การปฏิบัติ
1. การล้างมือแบบธรรมดาป้องกันการนำเชื้อโรคจากบุคลากรสู่ผู้ป่วยและจากผู้ป่วยสู่บุคลากร	1.60	.591	ถูกต้อง	1.83	.385	ถูกต้อง
2. สามารถบอกได้ว่าควรล้างมือเมื่อใดบ้าง เช่น ก่อนสัมผัสผู้ป่วย และหลังถอดถุงมือ เป็นต้น	2.55	1.085	ไม่ถูกต้อง	3.78	.480	ถูกต้อง
3.ปฏิบัติการฟอกมือ 7 ขั้นตอน	10.62	2.084	ถูกต้อง	13.05	1.131	ถูกต้อง
4.ฟอกมือนานอย่างน้อย 15 วินาที	1.65	.483	ถูกต้อง	1.93	.267	ถูกต้อง
5.ล้างออกด้วยน้ำโดยไม่ให้ไหลย้อนกลับโดยการตั้งมือ	1.35	.483	ถูกต้อง	1.60	.496	ถูกต้อง
6.เช็ดมือด้วยกระดาษหรือผ้าเช็ดมือที่แห้ง 1 ผืน/คน	1.23	.768	ไม่ถูกต้อง	1.88	.404	ถูกต้อง
7.การปิดน้ำถ้าเป็นก๊อกที่ต้องใช้มือปิดให้ใช้กระดาษหรือผ้าเช็ดมือจับก๊อกปิด	1.28	.452	ไม่ถูกต้อง	1.58	.549	ถูกต้อง

ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสวมใส่และถอดถุงมือ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงปฏิบัติไม่ถูกต้อง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1) ล้างมือและเช็ดให้แห้ง หรือปล่อยให้แห้งเองในกรณีที่ใช้ alcohol hand rub solution ข้อ 2) เปิดซองถุงมือแล้วใช้มือซ้ายจับถุงมือขวาตรงบริเวณถุงมือที่พับตลบออกมา

และข้อ 4) ใช้มือข้างขวาที่ใส่ถุงมือแล้วจับถุงมือข้างซ้ายโดยสอดมือเข้าตรงบริเวณซอกที่พับตลบไว้

หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสวมใส่และถอดถุงมือ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงปฏิบัติถูกต้องทุกข้อ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การประเมินทักษะการสวมใส่และถอดถุงมือ

เกณฑ์การประเมิน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม		
	$\bar{x}$	SD	การปฏิบัติ	$\bar{x}$	SD	การปฏิบัติ
1. ล้างมือและเช็ดให้แห้ง หรือปล่อยให้แห้งเองในกรณีที่ใช้ alcohol hand rub solution	.70	.883	ไม่ถูกต้อง	1.78	.423	ถูกต้อง
2. เปิดซองถุงมือแล้วใช้มือซ้ายจับถุงมือขวาตรงบริเวณถุงมือที่พับตลบออกมา	1.23	.763	ไม่ถูกต้อง	1.95	.221	ถูกต้อง
3. สอดมือข้างขวาใส่ในถุงมือโดยไม่สัมผัสผิวนอกของถุงมือ	1.53	.506	ถูกต้อง	1.88	.335	ถูกต้อง
4. ใช้มือข้างขวาที่ใส่ถุงมือแล้วจับถุงมือข้างซ้ายโดยสอดมือเข้าตรงบริเวณซอกที่พับตลบไว้	1.28	.452	ไม่ถูกต้อง	1.82	.385	ถูกต้อง
5. สอดมือข้างซ้ายใส่ในถุงมือแล้วจัดแต่งถุงมือให้กระชับแน่น	1.67	.474	ถูกต้อง	1.87	.335	ถูกต้อง
6. ขณะใส่ถุงมือต้องไม่ให้ผิวนอกของถุงมือสัมผัสสิ่งแวดล้อมต่างๆ ก่อนทำหัตถการ	1.87	.335	ถูกต้อง	2.00	.000	ถูกต้อง

ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงปฏิบัติไม่ถูกต้อง จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1) ล้างมือก่อนใส่ผ้าปิดปากปิดจมูก ข้อ 4) ต้องล้างมือภายหลังถอดผ้าปิดปากปิดจมูกทุกครั้ง

หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงปฏิบัติถูกต้องทุกข้อ รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การฝึกทักษะการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก (Mask)

เกณฑ์การประเมิน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม		
	$\bar{x}$	SD	การปฏิบัติ	$\bar{x}$	SD	การปฏิบัติ
1. ล้างมือก่อนใส่ผ้าปิดปากปิดจมูก	.60	.871	ไม่ปฏิบัติ	1.65	.483	ถูกต้อง
2. การใส่ผ้าปิดปากจมูกชนิดใช้ครั้งเดียวให้เลือกด้านที่มีวัสดุกันความชื้นไว้ด้านหน้าโดยให้ส่วนที่มีขอบแข็งไว้ตรงสันจมูก	1.42	.813	ถูกต้อง	1.97	.158	ถูกต้อง
3. ให้เปลี่ยนใหม่เมื่อเปื้อน สกปรก หรือชื้นแฉะ	1.60	.545	ถูกต้อง	1.95	.221	ถูกต้อง
4. ต้องล้างมือภายหลังถอดผ้าปิดปากปิดจมูกทุกครั้ง	.97	.862	ไม่ปฏิบัติ	1.75	.494	ถูกต้อง

ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสวมใส่เสื้อคลุมแบบสะอาด คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงไม่ปฏิบัติ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1) ล้างมือก่อนสวมเสื้อคลุม ข้อ 2) หยิบเสื้อคลุมที่บริเวณคอยกขึ้นโดยปล่อยชาย

คลี่เสื้อห่างจากตัว คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้แก่ ข้อ 3) สอดมือและแขนทั้ง 2 ข้างเข้าไปในเสื้อคลุม พร้อมยกขายผ้ากันเปื้อนให้สูงจากพื้น หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสวมใส่เสื้อคลุมแบบสะอาด คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงปฏิบัติถูกต้องทุกข้อ รายละเอียดดังตาราง ที่ 7

ตารางที่ 7 การสวมใส่เสื้อคลุมแบบสะอาด

เกณฑ์การประเมิน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม		
	$\bar{x}$	SD	การปฏิบัติ	$\bar{x}$	SD	การปฏิบัติ
1. ล้างมือก่อนสวมเสื้อคลุม	.18	.549	ไม่ปฏิบัติ	1.80	.405	ถูกต้อง
2. หยิบเสื้อคลุมที่บริเวณคอยกขึ้นโดยปล่อยชายคลี่เสื้อห่างจากตัว	1.28	.640	ไม่ปฏิบัติ	2.0	.000	ถูกต้อง
3. สอดมือและแขนทั้ง 2 ข้างเข้าไปในเสื้อคลุม พร้อมยกขายผ้ากันเปื้อนให้สูงจากพื้น	1.30	.464	ไม่ถูกต้อง	1.80	.405	ถูกต้อง
4. ใช้มือข้างหนึ่งที่อยู่ในแขนเสื้อคลุมดึงแขนอีกด้านหนึ่งเพื่อให้โผล่ขึ้นมา	1.38	.490	ถูกต้อง	1.65	.483	ถูกต้อง
5. ใช้มือข้างที่โผล่ออกมาแล้วดึงด้านในของเสื้อตรงบริเวณไหล่ เพื่อให้มือข้างที่เหลือพ้นแขนเสื้อ	1.45	.504	ถูกต้อง	1.62	.490	ถูกต้อง
6. จับส่วนในของคอเสื้อด้านหลังดึงให้เสื้อเข้าที่	1.70	.464	ถูกต้อง	2.0	.000	ถูกต้อง
7. ผูกเชือกที่คอด้านหลังผูกเป็นเงื่อนกระตุก	1.78	.423	ถูกต้อง	1.95	.221	ถูกต้อง
8. หยิบปลายสายคาดเอวเสื้อทั้ง 2 เส้น ผูกเป็นเงื่อนกระตุกด้านข้าง	1.97	.158	ถูกต้อง	2.0	.000	ถูกต้อง

การนำผลงานวิจัยไปใช้

ภายหลังการศึกษา 3 เดือน (ตุลาคม-ธันวาคม 2566) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ/หรือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่ผ่านการอบรมตามโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน และได้ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน จำนวน 28 ราย ผลการติดตามผู้ป่วยครบ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ตัวแปร	ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านทั้งหมดปี 2566	ได้รับการดูแลแบบเดิม (n=30)		ได้รับการดูแลโดย อสม./Care Giver ที่ผ่านการอบรมฯ (n=28)	
	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	58	2	6.66	0	0

สรุปและอภิปรายผล

1. กระบวนการพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยใช้ PDSA Cycle 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นการวางแผน (Plan) 2) ขั้นการลงมือปฏิบัติ (Do) 3) ขั้นการเรียนรู้ (Study) และขั้นการสรุปผล (Act) ทำให้ได้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวน

ปัสสาวะที่บ้าน 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อมของผู้ดูแล 2) สอนแนะสู่เป้าหมาย 3) การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ สอดคล้องกับวนิดา สมภูงาและพุทธิไกร ประมวล (2565)[6] ที่ศึกษาการพัฒนาและการประเมินผลของรูปแบบการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จังหวัดศรีสะเกษ โดยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบฯ ตามกระบวนการของ PDCA ออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อของ DEMMING CYCLE (PDCA) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอนดังนี้ คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) จากการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) พบว่า 1) ได้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) Data Center 2) Network 3) Coacher 4) Monitoring 5) Social support 6) Follow up

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและการป้องกันการติดเชื้อ เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และภายหลังการศึกษา 3 เดือน (ตุลาคม-ธันวาคม 2566) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ/หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมตามโปรแกรมฯ ได้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน จำนวน 26 ราย ผลการติดตามผู้ป่วยเมื่อครบ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของอนุสรา แก้ววิชัย (2558)[5] ศึกษาผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะภายหลังสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) และอัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะหลังได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ลดลงจาก 9.74 เหลือ7.57 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย 1.1) ควรมีการขยายโปรแกรมที่จัดทำขึ้นไปสู่กลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน 1.2) ควรมีการปรับกระบวนการทำงานในการติดตามผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1.3) ควรมีการส่งเสริม อสม./ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมให้ได้รับการฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

2. ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป 2.1) ควรมีการออกแบบการวิจัยในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะทั้งในและนอกสถานบริการ 2.2) มีการออกแบบเพื่อติดตามอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุก 3, 6 และ 12 เดือน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ อสม./ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ทำให้การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา ชวนไชยสิทธิ์, กิตติรัตน์ สัสสติวัดษ์ และ ศันสนีย์ ชัยบุตร. (2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36 (1); 224-233.
2. จุฬาพร ขำดี. (2561). ผลการส่งเสริมปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีประจันต์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี, 1(2); 39-55.
3. ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ. (2564). บทบาทพยาบาลในการสอนแนะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 8(2); 304-314.
4. มนสภรณ์ วิทูรเมธา (2566). การดูแลผู้ใส่คาสายสวนปัสสาวะเมื่ออยู่บ้าน (Indwelling urinary catheter care). สืบค้นจาก https://haamor.com/ /การดูแลผู้ใส่คาสายสวนปัสสาวะเมื่ออยู่บ้าน
5. อนุสรา แก้ววิชัย (2558). ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาทโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
6. วนิดา สมภูงาและพุทธิไกร ประมวล. (2565). การพัฒนาและการประเมินผลของรูปแบบการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15 (1); 273-287.

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

Development of a model for providing knowledge and promoting healthy behavior to prevent acute exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Renu Nakhon Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: March 12,2024 ; Revised: March 15,2024 ; Accepted: March 16,2024)

นวพร เกตสุระ[1]
Navaporn kedsara[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการสุ่มแบบง่าย จำนวน 65 คน มี เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินปัจจัยเสี่ยง แบบวัดความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพใช้คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 65 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 53 คน ร้อยละ 81.5 อายุ 70 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 25 คน ร้อยละ 28 มีประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 44 คน ร้อยละ 67.7 ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะหอบกำเริบมากที่สุด คือ ความเย็นและความชื้น ร้อยละ 15.4 รองลงมาคือ ฝุ่น สัตว์เลี้ยง และเกสรดอกไม้ ร้อยละ 13.9, 12.3 และ 12.3 ตามลำดับ หลังการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น (ก่อน; $\bar{X}$= 7.38, SD=1.548, หลัง; $\bar{X}$= 9.85, SD=.441) และแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ด้านการใช้ยาและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.41-4.20) การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.61-3.40) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

คำสำคัญ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การให้ความรู้, การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This research and development aimed to development of a model for providing knowledge and promoting healthy behavior to prevent acute exacerbations in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Renu Nakhon Hospital Nakhon Phanom Province. The sample group consisted of patients with chronic obstructive pulmonary disease. We received a simple random sampling of 65 person. have the qualify according to the specified criteria. Carry out development using the process 3P (purpose, process, performance). The research instrument consists of 2 parts. The tools used in the study included a Pattern and educational plan for COPD patients. The tools used to collect data include Risk factor assessment form, Chronic obstructive pulmonary disease knowledge test and health behavior assessment form. Data analysis; General information, The risk factor assessment form uses percentage values. Health knowledge and behavior use the average value, standard deviation Compare results before and after the development of a model using Pair t-test statistics.

The results of the study found that; The sample group of 65 person, most of whom were males, 53 person, 81.5%, Most are aged 70 years and over number of 25 person, 28%, had a history of smoking 44 person, 67.7%, the most risk factors exacerbation, which were cold and humidity at 15.4%, followed by dust, pets and pollen at 13.9%,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

12.3%, and 12.3%, respectively. After developing the model The sample group had increased knowledge scores about chronic obstructive pulmonary disease had an increase in the mean score (before; $\bar{X}$= 7.38, SD=1.548, after; $\bar{X}$= 9.85, SD=.441) and were significantly different at the .05 level. In terms of self-care behavior, it was found that, The use of drugs and the environment were at a high level ($\bar{X}$ =3.41-4.20) Exercise and diet were at a moderate level ($\bar{X}$ =2.61-3.40) When comparing the mean scores for each aspect of health behavior, they were significantly different at the .05 level

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, Education, Promotion of Healthy Behavior

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นโรคที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตการเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและทุพพลภาพในระยะยาว ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่อโรค การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การเริ่มการรักษาและเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม เทคนิคการใช้ยาสูดอย่างถูกวิธีการป้องกันและรักษาการกำเริบเฉียบพลันของโรคจึงมีความสำคัญสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ การเกิดการกำเริบมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตและสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย COPD จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ของประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยมีอัตราการกำเริบ ปีพ.ศ. 2562-2563 จำนวน 134 และ 124.8 ครั้งต่อ 100 ราย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 18,925 คน และ 18,169 คน ตามลำดับ อาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (acute exacerbation) หมายถึง การทรุดลงของอาการอย่างเฉียบพลันภายใน 3 วัน จนทำให้ต้องเพิ่มหรือปรับเปลี่ยนการรักษา อาการดังกล่าว ได้แก่ เหนื่อยมากขึ้น ไอมากขึ้น ปริมาณเสมหะมากขึ้น เสมหะเปลี่ยนสี โดยอาการดังกล่าวต้องไม่ได้เกิดจากโรคหรือภาวะอื่นๆ ที่มีลักษณะอาการคล้ายคลึงกัน อาการกำเริบเฉียบพลันเป็นประสบการณ์อาการที่สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย โดยผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความถี่และความรุนแรงที่เกิดขึ้นแตกต่างกันขึ้นกับการรับรู้ของแต่ละบุคคล[1] ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยอื่นที่มีผลและกำลังเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ มลพิษในอากาศทั้ง organic และ inorganic dust ทั้งอนุภาคขนาดใหญ่และขนาดเล็กโดย particulate matter ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) และขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) มีผลเพิ่มความเสี่ยง COPD 1.51 และ 1.68 เท่า ตามลำดับ และในบางการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าระดับมลพิษในอากาศที่สูงขึ้นยังส่งผลต่ออัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกด้วย[1]

จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ของประเทศไทยพบว่าประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ปีพ.ศ. 2562-2563 มีผู้ป่วย COPD รายใหม่ จำนวน 14,243 และ 11,349 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอาจมีผลมาจากการที่สาธารณสุขของประเทศไทยมีการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาโดยตลอด แต่จะเห็นได้ว่าเมื่อเทียบกับประชากรโลกแล้วอัตราการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของประชากรไทยยังสูงกว่าจึงต้องรณรงค์และพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป[1]

จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปีพ.ศ. 2563-2566 จำนวน 2,032, 2086, 2085 และ 2,130 คน ร้อยละ 0.37, 0.39, 0.40 และ 0.41 ตามลำดับ อำเภอเรณูนคร มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 125, 95, 80 และ 77 คน ร้อยละ 0.59, 0.58, 0.57 และ 0.53 ตามลำดับ[2] จากข้อมูล

จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอำเภอเรณูนคร สูงกว่าภาพรวมในระดับจังหวัดทุกปี โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม มีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Clinic) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 77 คน มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตาม GOLD Guidelines for COPD 2021 และจากการทบทวนข้อมูลพบว่าอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป) ในปี พ.ศ. 2563-2566 ร้อยละ 51.33, 67.03, 47.06 และ 44.16 ตามลำดับ (Health Data Center; สสจ.นครพนม, 2566) ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ. 2564 และมีแนวโน้มลดลงในปี พ.ศ. 2565-2566 ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม” เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้เป็นคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Quality of care) ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการวิจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) 2) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) โดยมีขั้นตอนการดำเนินโดยใช้กระบวนการ 3P คือ เป้าหมาย (purpose) กระบวนการ (process) ผลดำเนินการ (performance) และนำการเรียนรู้ผลนั้นไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนใน COPD Clinic ในโรงพยาบาลเรณูนคร จำนวน 77 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนใน COPD Clinic โรงพยาบาลเรณูนคร ได้รับการสุ่มแบบง่าย จำนวน 65 คน มารับบริการในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2567 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับขึ้นทะเบียนใน COPD Clinic โรงพยาบาลเรณูนคร และมารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด 2) ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือการมองเห็น 3) สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ถูกต้อง 4) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุด

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในภาวะวิกฤตจากการมีโรคร่วม หรือภาวะแทรกซ้อนหรือไม่สามารถสืบค้นเวชระเบียนข้อมูลย้อนหลังได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รูปแบบการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นจากการระดมสมองของทีมสหวิชาชีพและแผนการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาประยุกต์ใช้ให้

เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะหอบกำเริบ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และด้านสิ่งแวดล้อม นำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach 's alfa Coefficient) ได้เท่ากับ 0.78

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินงานโดยใช้กระบวนการ 3P คือ เป้าหมาย (purpose) กระบวนการ (process) ผลดำเนินการ (performance) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (purpose)

1. ทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อค้นหาแนวทางหรือรูปแบบดำเนินงานเพื่อให้ครอบคลุมตามงานวิจัยที่ออกแบบไว้

2. ผู้วิจัยร่วมประชุมทีมพยาบาลที่ปฏิบัติงาน COPD Clinic โรงพยาบาลเรณูนคร เพื่อชี้แจงวางแผนในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยและทีมพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน COPD Clinic โรงพยาบาลเรณูนครร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบในรอบปีที่ผ่านมา

4. ผู้วิจัยตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขั้นที่ 2 การพัฒนากระบวนดำเนินงาน (process) ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) คือ1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) 2) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค: 1) ซักประวัติ คัดกรอง และประเมินปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค: ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง เป้าหมายของการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย แนวทางการรักษา และภาวะหอบกำเริบ รวมทั้งให้ข้อมูลคำแนะนำจากปัญหาที่พบจากการประเมินปัจจัยเสี่ยง

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ต่ออุปสรรค: การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล และนัดติดตามอาการ

กิจกรรมที่ 4 การรับรู้ต่ออุปสรรค: พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความรู้และพฤติกรรมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อครบ 1 เดือน

ขั้นที่ 3 ผลดำเนินการ (performance) โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และนำไปวิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินงาน จากนั้นสรุปผลการศึกษา และนำข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษามาปรับปรุงรูปแบบการปฏิบัติงานใน COPD Clinic โรงพยาบาลเรณูนคร และนำเสนอผู้บังคับบัญชาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพใช้คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Pair t-test

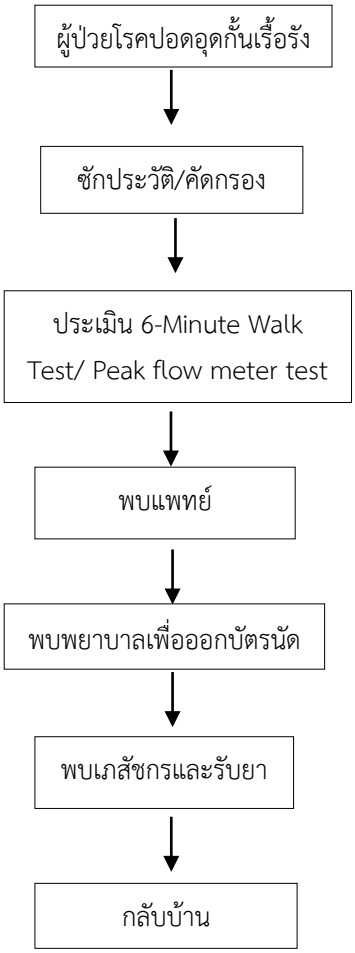
จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอค้าโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการเลขที่ REC 149/66 ได้รับอนุมัติในวันที่ 22 ธันวาคม 2566 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

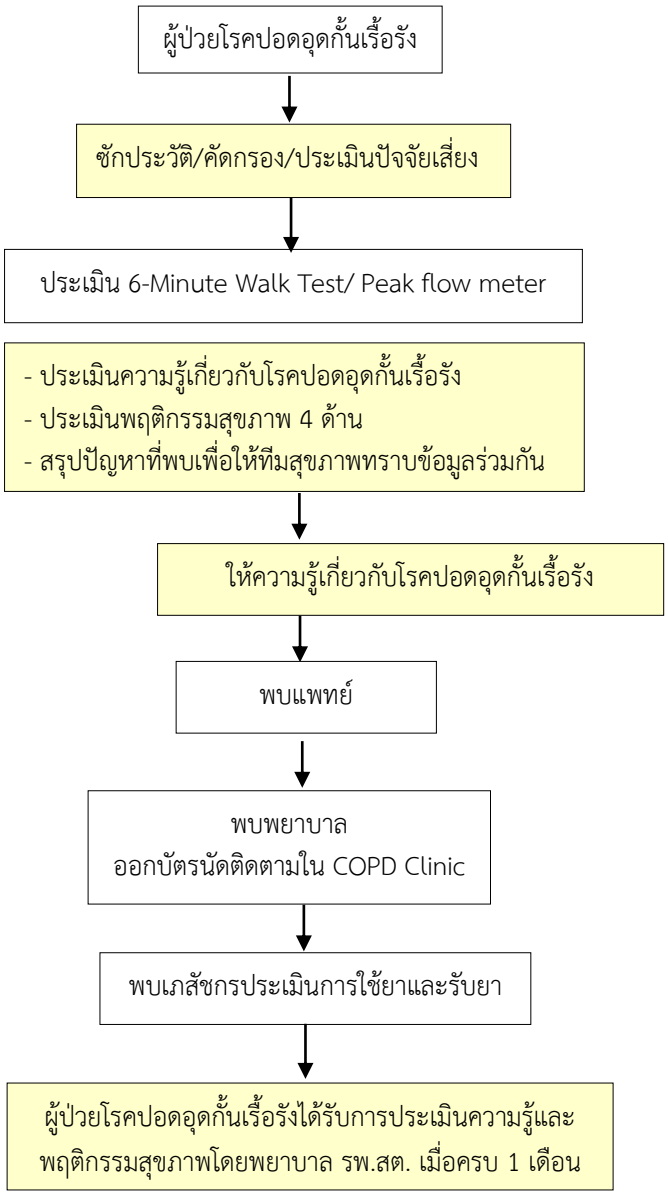
ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม ได้รูปแบบการดำเนินงานดังนี้

รูปแบบการให้บริการ COPD Clinic (รูปแบบเดิม)



รูปแบบการให้บริการ COPD Clinic (รูปแบบใหม่)



ส่วนที่ 2 ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 65 คน เพศชาย จำนวน 53 คน ร้อยละ 81.5 เพศหญิง จำนวน 12 คน ร้อยละ 18.5 อายุ 70 ปีขึ้นไป มากที่สุด จำนวน 25 คน ร้อยละ 28 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 36 คน ร้อยละ 55.4 อาชีพ ไม่ได้ทำงานมากที่สุด จำนวน 38 คน ร้อยละ 58.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 1,500-3,000 บาท มากที่สุด จำนวน 2 คน ร้อยละ 32.3

2. ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีโรคประจำตัวเป็นปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างเดียวมากที่สุด จำนวน 52 คน ร้อยละ 80 การสูบบุหรี่: เคยสูบบุหรี่ จำนวน 44 คน ร้อยละ 67.7 จำนวนการสูบบุหรี่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน และ 5-10 มวน/วัน จำนวน 19 คน ร้อยละ 29.2 ปัจจุบัน ส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่/ไม่เคยสูบบุหรี่เลย จำนวน 51 คน ร้อยละ 78.5 ยังสูบบุหรี่อยู่จำนวน 14 คน ร้อยละ 21.5

3. ผลการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหอบกำเริบ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะหอบกำเริบมากที่สุด คือความเย็นและความชื้น จำนวน 10 คน ร้อยละ 15.4 รองลงมา ได้แก่ ฝุ่น สัตว์เลี้ยงและเกสรดอกไม้ จำนวน 9, 8 และ 8 คน ร้อยละ 13.9, 12.3 และ 12.3 ตามลำดับ

4. คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ย 7.38 ($\bar{x}$= 7.38, SD=1.548) หลังการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 9.85 ($\bar{x}$= 9.85, SD=.441)

5. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เปรียบเทียบก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบฯ แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบฯ

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	95% Confidence interval of the difference		t	p-value
			Lower	Upper		
ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	-2.462	1.640	-2.868	-2.055	-12.100	.000*

* แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

6. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และด้านสิ่งแวดล้อม เป็นดังนี้

ก่อนการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา การรับประทานอาหาร และสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =2.61-3.40) การออกกำลังกาย อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ =1.81-2.60)

หลังการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาและสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.41-4.20) การออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =2.61-3.40)

7. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้านการใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและด้านสิ่งแวดล้อม เปรียบเทียบก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบฯ แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายด้าน ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบฯ

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{x}$	SD	95% CI		t	p-value
			Lower	Upper		
การใช้ยา	.4123	4.715	-5.291	-2.955	-7.050	.000*
การรับประทานอาหาร	-2.908	4.534	-4.031	-1.784	-5.171	.000*
การออกกำลังกาย	-3.569	-4.176	-4.605	-2.534	-6.885	.000*
สิ่งแวดล้อม	-3.154	4.162	-4.185	-2.123	-6.110	.000*

* แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนา ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการ 3P คือ เป้าหมาย (purpose) กระบวนการ (process) ผลดำเนินการ (performance) สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยรัตน์ สังข์ มรรทรและคณะ[3] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งกระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพปัญหา 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบ และ4) ประเมินผลกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการทางการพยาบาล ได้แก่ นโยบายการดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG, CNPG, Standing order) มีพยาบาลจัดการรายกรณี 2) การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 7 Aspects of care ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การจัดการอาการรบกวน การดูแลความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลต่อเนื่องการสนับสนุนการดูแลตนเอง และการสร้างความพึงพอใจ 3) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การให้ความรู้และการชี้แจงแนวทางปฏิบัติ ส่งผลให้ผลลัพธ์การดำเนินงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พรวิภา ยาสมุทรและคณะ[4] ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบองค์รวมและครบทุกมิติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ได้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ evidence-based practice ทำการแก้ไขปัญหาจนเกิดเป็นการพัฒนาทั้ง 5 ระยะ เพื่อคงสภาพการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการดำเนินงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล ครอบคลุมผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ให้ครบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาฟื้นฟูสภาพ การดูแลแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิต ใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่งมาเป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาการดูแล เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 65 คน พบว่าส่วน

ใหญ่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 25 คน ร้อยละ 28 สอดคล้องกับข้อมูลทางวิชาการที่กล่าวว่าส่วนใหญ่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป[1]

2.2 ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีโรคประจำตัวเป็นปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเดียวมากที่สุด จำนวน 52 คน ร้อยละ 80 การสูบบุหรี่: เคยสูบบุหรี่ จำนวน 44 คน ร้อยละ 67.7 จำนวนการสูบบุหรี่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน และ 5-10 มวน/วัน จำนวน 19 คน ร้อยละ 29.2 ปัจจุบันส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่/ไม่เคยสูบบุหรี่เลย จำนวน 51 คน ร้อยละ 78.5 ยังสูบบุหรี่อยู่จำนวน 14 คน ร้อยละ 21.5 สอดคล้องกับข้อมูลทางวิชาการที่กล่าวว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การสูบบุหรี่[1] และการศึกษาของปิยะวรรณ กุวลัยรัตน์และคณะ[5] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและมารักษาที่แผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดภาวะกำเริบ คือ เป็นเพศชาย (p=0.047), สูบบุหรี่ (p=0.046), มีค่า FEV1 ต่ำ (p=0.001), มีระดับความรุนแรงของโรคมาก (p=0.007), มีค่า PEFR ต่ำ (p=0.003), CAT score>10(p=0.044), dyspnea score >1 (p=0.022)

2.3 ผลการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะหอบกำเริบมากที่สุด คือ 1) ความเย็นและความชื้น จำนวน 10 คน ร้อยละ 15.4 รองลงมา ได้แก่ 2) ฝุ่น 3) สัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว ฯลฯ และ เกสรดอกไม้ จำนวน 9, 8 และ 8 คน ร้อยละ 13.9, 12.3 และ 12.3 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลทางวิชาการที่กล่าวว่าปัจจัยอื่นที่มีผลและกำลังเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ มลพิษในอากาศทั้ง organic และ inorganic dust ทั้งอนุภาคขนาดใหญ่และขนาดเล็กโดย particulate matter ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) และขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) มีผลเพิ่มความเสี่ยงเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) 1.51 และ 1.68 เท่า ตามลำดับ และในบางการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าระดับมลพิษในอากาศที่สูงขึ้นยังส่งผลต่ออัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกด้วย[1]

2.4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยรัตน์ สังข์มรรทรและคณะ[3]ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มจาก 15.5 เป็น 18.1 (p<0.001) ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$=2.8, SD=0.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

2.5 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้านการใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนระดับพฤติกรรมเพิ่มขึ้นในทุกด้าน และแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยรัตน์ สังข์มรรทรและคณะ[3]ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์ ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มจาก 15.5 เป็น 18.1 (p<0.001) พฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\bar{X}$=3.3, SD=0.2) ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$=2.8, SD=0.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สราญรัตน์ ส่งข่าวและคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับพฤติกรรมป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลัน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 44.76 (SD =4.81) จากทั้งหมด 60 คะแนน ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายความ

แปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันอาการกำเริบได้ร้อยละ 53 (adj. R2=0.53, *p*-value < 0.001) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำนายพฤติกรรมป้องกันอาการกำเริบมากที่สุด (β = 0.67, *p*-value <0.001) ตามด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยง (β=0.21, *p*-value = 0.007)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้อย่างต่อเนื่อง

2) ควรมีการติดตามอาการหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นทุก 3 เดือน

3) ควรมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะหอบกำเริบทุกครั้งที่มารับบริการตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน

2) ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารักษาตัวที่ตึกผู้ป่วยใน โดยพัฒนารูปแบบร่วมกับการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อทั้งในและนอกสถานบริการ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ เกิดขึ้นและประสบผลสำเร็จไปด้วยดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ จึงทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดนครพนม ซึ่งสละเวลาและให้ข้อแนะนำในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกันเรื้อรัง พ.ศ. 2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. บริษัทภาพพิมพ์ จำกัด.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2566) Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.3. กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจายกลาง, และเพ็ญจันทร์ วันแสน. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36 (2), 327-342.
4. พรวิภา ยาสมุทร, พิศมัย ศรีสุวรรณนพกุล, นันทณา วงศ์พรหม, วิภาพรรณ หมื่นมา, ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์ และอรุณวดี โชตินันท์. (2563). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบองค์รวมและครบทุกมิติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(2); 281-292.
5. ปิยะวรรณ กุวลัยรัตน์, กมลพร มากภิรมย์, สุดฤทัย รัตนโอภาส. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและมารักษาที่แผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(2); 29-41.
6. ปัทมาพร ชนะมาร. (2561). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจังหวัดมหาสารคาม.[ปริญญาดุษฎีบัณฑิตสาขายุทธศาสตร์ การพัฒนาภูมิภาค]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
7. เนาวรัตน์ ชำนาญกิจ. (2564).ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 6(4); 158-167.
8. สราญรัตน์ ส่งข่าว, เขมารดี มาสิงบุญ, ชุติมา ฉันทมิตรโอภาสและปณิชา พลพินิจ.(2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 17(4); 335-343.

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม

environmental health literacy on preventing the health impacts from dust particulate matter of less than 2.5 micrometers (PM2.5) of village health volunteers in Nakhon Phanom Province.

(Received: February 29,2024 ; Revised: March 15,2024 ; Accepted: March 17,2024)

เจริญชัย หมื่นห่อ[1] อรอุมา แก้วเกิด[2] ธงชัย อามาตยบัณฑิต [3]ศุภวรรน ยอดโปร่ง[3]
Chreonchai Muanhour[1] Onuma Kaewkerd.[2] Thongchai Amatayabundit[2] Subhawan Yodprong[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ(survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน2.5 ไมครอน($PM_{2.5}$) และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนมดยใช้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy–EHL) ของ Sorensen. K. และคณะ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม จำนวน 374 คน สุ่มโดยวิธีหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหาและหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีครอนบาคได้เท่ากับ .985 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคล์สแควร์

ผลการวิเคราะห์พบว่า 1) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง วิเคราะห์รายด้านพบความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับสูง รองลงมาเป็น ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง 2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบปัจจัยเพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 และความรอบรู้โดยภาพรวม ส่วนระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและความรอบรู้โดยภาพรวม

คำสำคัญ : ความรอบรู้ , ฝุ่น PM2.5

Abstract

This research is a survey research with the objective of studying the level of environmental health Literacy on preventing health impacts from dust particulate matter of less than 2.5 micrometers (PM2.5) and the related between personal factors to Literacy among village health volunteers in Nakhon Phanom Province. by applying the Sorensen. K. et al concept of environmental health literacy (EHL). The sample group was 374 village health volunteers in Nakhon Phanom Province, selected by Multi-stage Random Sampling method. The tools used It's a questionnaire. The quality of the instrument was checked by finding content validity and finding reliability using the Cronbach method equal to .985. The data of this study were analyzed byusing descriptive statistics and Chi-square test,

[1] พย.ม. ผู้ช่วยศาสตรจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
[2] ปร.ด. อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
[3] พย.ม. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช สถาบันพระบมราชชนก

The results of this study were following: 1) the Environmental health literacy was found to be overall at a moderate level and analysis of each area found that environmental health knowledge in decision making to prevent the impacts from dust particulate matter was at a high level, followed by environmental health information checking. Understanding environmental health information and the aspect of accessing environmental health information which was at a moderate level.2) Correlation analysis found that gender was related to literacy in making decisions to prevent the impacts from PM2.5 dust. Age was related to literacy in understanding environmental health information. Inspection of environmental health information Decision-making to prevent the impact of PM2.5 dust and overall literacy The level of education is related to literacy in accessing environmental health information. Inspection of environmental health literacy and overall knowledge

key words : literacy, dust particulate matter 2.5

บทนำ

ปัญหาฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) เริ่มเป็นประเด็นปัญหาในไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เนื่องจากมีการตรวจพบค่าฝุ่นละอองเกินค่ามาตรฐานต่อเนื่องในหลายพื้นที่โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่ และเขตอุตสาหกรรมที่มีการจราจรและการคมนาคมขนส่งหนาแน่น รวมทั้งในพื้นที่ที่มี กิจการทำโรงงานอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำปูนซีเมนต์รวมทั้งในเขตพื้นที่ชนบทที่มีการเตรียมการเพาะปลูกโดยทำการเผาเศษหญ้า ฟางข้าว ซังข้าวโพดและอื่นๆ ในที่โล่งเป็นจำนวนมาก จึงสามารถตรวจพบค่าของระดับฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนเพิ่มมากขึ้นได้ทั้งในพื้นที่ตัวเมืองใหญ่ เมืองอุตสาหกรรม และพื้นที่ที่ทำการเกษตรกรรมซึ่งปัญหาฝุ่นละอองขนาด ไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) เป็นปัญหามลพิษทาง อากาศที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ทั้งโรคระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เยื่อบุตา ระบบผิวหนัง นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงของอัตราตายจากภาวะเส้นเลือดอุดตันในสมองและหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย

ค่ามาตรฐานในบรรยากาศทั่วไปของ PM 2.5 เฉลี่ยรายปีของประเทศไทยอยู่ที่ 25 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรซึ่งองค์การอนามัยโลกเสนอให้ค่าเฉลี่ยรายปีของ PM2.5 ไม่ควรเกิน 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ซึ่งเป็นเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของมนุษย์ให้มากที่สุดจากฝุ่น PM2.5 ค่ามาตรฐานในบรรยากาศทั่วไปของ PM 2.5 เฉลี่ย 24 ชั่วโมงของประเทศไทยมีค่าอยู่ที่ 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ในขณะที่ข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกกำหนดที่ 25 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรเมื่อพิจารณาตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) จะเห็นได้ว่ามีหลายพื้นที่ในประเทศไทยมีค่า PM2.5 เฉลี่ยรายปีและเฉลี่ย 24 ชั่วโมงสูงเกินค่าที่ WHO กำหนดทั้งสิ้น [1]

ในปี พ.ศ.2565 กองจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษดำเนินการติดตามตรวจวัดมลพิษทางอากาศโดยสถานีแบบอัตโนมัติใน 34 จังหวัด จำนวน 64 สถานี ตรวจวัดโดย สรุปสถานการณ์มลพิษทางอากาศในภาพรวมของทั้งประเทศดีขึ้นจากปีก่อนหน้าเล็กน้อย สารมลพิษ ทางอากาศที่พบเกินมาตรฐานได้แก่ PM10, PM2.5, ก๊าซโอโซน และก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ ปริมาณ PM2.5 ในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ตรวจวัดได้ลดลงจากปีก่อนหน้านี้เล็กน้อย จังหวัดที่ พบมลพิษทางอากาศเกินค่ามาตรฐานคิดเป็นจำนวนวันมากกว่าร้อยละ 20 ของทั้งปีได้แก่ จังหวัด เชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดลำพูน จังหวัดลำปาง จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน จังหวัดสระบุรี (เขตควบคุมมลพิษตำบลหน้าพระลาน) และจังหวัดขอนแก่น ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาปริมาณ PM2.5 เฉลี่ยทั้งปีและเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงเกินค่ามาตรฐานในช่วงฤดูแล้ง ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม โดยพื้นที่เสี่ยงที่มีปัญหา PM2.5ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เมืองใหญ่ที่มีการจราจรหรือบรรทุกขนส่งหนาแน่น เช่น กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา ขอนแก่น และพื้นที่ที่มีการเผาในที่โล่ง เช่น พื้นภาคเหนือ กาญจนบุรี ขอนแก่น พื้นที่เขต

อุตสาหกรรม เช่น สระบุรีเนื่องจากแหล่งกำเนิดมลพิษเพิ่มมากขึ้น และมีความสลับซับซ้อนในการควบคุม ฝุ่นละออง PM2.5 มีแหล่งกำเนิดที่สำคัญ 3 ประเภท คือ ไอเสียรถยนต์ดีเซล การเผาชีวมวล และฝุ่นทุติยภูมิอันเกิดจากปฏิกิริยารวมตัวกันของไอเสียรถยนต์ แอมโมเนียจากปุ๋ยที่ใช้ในเกษตรกรรม [2]

สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับฝุ่น PM2.5 นั้น มีการศึกษามายาวนานและบ่งชี้ว่า PM2.5 มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่มีอาการเล็กน้อย จนถึงการเสียชีวิต โดยหากสูด PM2.5 เข้าสู่ร่างกาย จะเกิดผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่อาการระคายของผิวหนังและเยื่อบุต่างๆ เช่นเยื่อบุตา และก่อให้เกิดอาคารไอ จาม มีน้ำมูก จนถึงการอักเสบของไซนัส เจ็บคอ หายใจลำบาก ทำให้โรคของระบบต่าง ๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทและสมอง นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของ PM2.5 กับการเกิดโรคมะเร็งของระบบทางเดินหายใจ โดย International Agency for Research on Cancer (IARC) ระบุว่ามลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งในมนุษย์ได้ โดยเฉพาะ PM2.5 ได้ถูกจัดให้เป็นสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) สำหรับมนุษย์ในกลุ่มที่ 1 โดยมีรายงานจาก IARC monograph ว่า disease burden จากมลภาวะการสัมผัสกับ PM2.5 ทำให้เกิดการตายก่อนวัยอันควรทั่วโลก 3.2 ล้านคนในปี 2010 ส่วนใหญ่เกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และ ตายจากมะเร็งปอด 223,000 คน มากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดในประเทศจีนและเอเชียตะวันออก รวมทั้งพบความสัมพันธ์ของการเกิดโรคเบาหวานทารกในครรภ์โตช้า การคลอดก่อนกำหนด และเพิ่มการตายปริกำเนิดได้ โดยองค์การอนามัยโลก ระบุว่าการรับสัมผัสฝุ่นPM2.5 เป็นสาเหตุหนึ่งของการตายก่อนวัยอันควร โดยหาก PM2.5 สูงกว่าค่าแนะนำ คือ 25 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร จะส่งผลให้การตายด้วยระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น 7 - 20% การป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น 5.5% การตายและป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 2 - 5% การตายและป่วยด้วยโรคหัวใจหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 5.3% ผู้สูงอายุป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจเพิ่ม 17% ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่ม 7.6% และยังทำให้สภาพปอดในเด็กแย่ลง [3]

นอกจากนี้ฝุ่นละออง PM2.5 ยังส่งผลกระทบต่อระบบผิวหนังสามารถทำร้ายผิวหนังของคนได้ทั้งกลางวันและกลางคืนโดยเฉพาะคนที่มีปัญหาผิวแพ้ง่ายอยู่แล้วซึ่งจะทำให้เกิดผิวหนังอักเสบ อาการแพ้ฝุ่นเพราะฝุ่นละออง PM2.5 สามารถเข้าไปยังเซลล์ผิวหนังได้และทำปฏิกิริยาออกซิเดชั่นกับผิวหนังทำให้เกิดอนุมูลอิสระซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ผิวเกิดริ้วรอย ผิวหมองคล้ำ จุดด่างดำตลอดจนมีผลต่อการทำงานของผิวหนังในระดับยีนต์ด้วยนอกจากผลกระทบที่เกิดกับสุขภาพแล้วฝุ่นละออง PM2.5 ยังส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจของประเทศด้วยเนื่องจากการเกิดฝุ่นละออง PM2.5 มากจนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพก็จะทำให้นักท่องเที่ยวที่ทราบข้อมูลจะเกิดความกังวลใจต่อผลกระทบดังกล่าวก็จะตัดสินใจหลีกเลี่ยงการเดินทางไปท่องเที่ยวในพื้นที่ดังกล่าวซึ่งผลต่อห่วงโซ่อุปทานที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวไปด้วยและทำให้รายได้และเศรษฐกิจได้รับผลกระทบลดลงไปด้วย [4]

จังหวัดนครพนมเป็นพื้นที่หนึ่งของประเทศไทยที่ประสบปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 เป็นประจำทุกปีและมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการรายงานระดับฝุ่นละออง PM2.5 ของจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง ระดับฝุ่นละออง PM2.5 ในเวลา 24 ชั่วโมงสูงสุดอยู่ที่เดือนมีนาคมของแต่ละปีและพบว่า ปี2564 ถึง ปี 2566 มีระดับฝุ่นละออง PM2.5 เท่ากับ 103 , 108 และ 158 มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ตามลำดับซึ่งอยู่ในระดับสีแดง เป็นระดับที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ [2]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ “อสม.” เป็นบุคลากรทำหน้าที่ สื่อสารบอกต่อข้อมูลสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปสู่ประชาชนในพื้นที่มีทักษะการสื่อสารที่สามารถถ่ายทอดข้อมูลให้ ประชาชนได้รับทราบและนำความรู้สู่การปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไปเพื่อให้

ประชาชนได้ตัดสินใจ ในการจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะสัมผัสกับฝุ่นละอองขนาด 2.5 ไมครอนด้วย รวมทั้งช่วยให้ข้อมูลกับประชาชนในการร่วมกันลดการสร้างฝุ่นละอองขนาด 2.5 ไมครอนและส่งเสริมพฤติกรรม ที่พึงประสงค์ ในการป้องกันผล กระทบต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ ประกอบกับที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับการรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM 2.5)ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชนทั่วไปรวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนมยังไม่มีการดำเนินการศึกษามาก่อนทำให้ข้อมูลที่จะนำมาใช้ประกอบการในการวางแผนการจัดการเพื่อป้องกันปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพของคนในพื้นที่จังหวัดนครพนมยังมีน้อยและไม่เพียงพอต่อการนำมาใช้ในการจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดนครพนม เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการออกแบบ กิจกรรม หรือโปรแกรมจัดการเรียนรู้ เพื่อสร้างและยกระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการ ป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม เพื่อให้สามารถดูแลให้คำแนะนำแก่ประชาชนใน ชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งการป้องกันการสัมผัสฝุ่นและการลดการสร้างฝุ่นเพื่อให้ตนเองและประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่พึงประสงค์ปลอดภัยจากฝุ่นละอองขนาด ไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนมกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$)

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlational research) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกัน ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม ทำการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 13,416 คน ซึ่งดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 ถึงมกราคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม จำนวน 13,416 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้ตามแนวทางของ Krejcie & Morgan (1970**)** จากการประเมิน พบว่า ต้องใช้ตัวอย่างเป็นจำนวน **374** ตัวอย่างเป็นอย่างน้อย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบหลาย ขั้นตอน **(**Multi-stage Random Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากร ทั้งหมด ในจังหวัดนครพนม ดังนี้

ขั้นที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยแบ่ง ประชากรในพื้นที่เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) อำเภอโซนเหนือ ประกอบด้วย 6 อำเภอ คือท่าอุเทน ศรีสงคราม นาหว้า นาทม บ้านแพง และโพนสวรรค์ 2) อำเภอโซนใต้ ประกอบด้วย 6 อำเภอ คือ เมืองนครพนม ธาตุพนม เรณูนคร วังยาง นาแก และปลาปาก

ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการสุ่มจำนวนอำเภอจากโซนเหนือและโซนใต้โซนละ 50 % ได้โซนละ 3 อำเภอ รวมเป็น 6 อำเภอ สุ่มตำบลจากแต่ละอำเภอ ๆ ละ 50% และสุ่มหมู่บ้านจากแต่ละตำบลๆ ละ 50%

ขั้นที่ 3 การสุ่มตัวอย่างจากแต่ละหมู่บ้านโดยให้กลุ่มตัวอย่างสมัครใจใน การตอบแบบสอบถามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามการศึกษาเรื่อง “ความรอบรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมในการป้องกัน ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแบบประเมินและวัดระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกัน ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 2 ตอนรวม 44 ข้อมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ที่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาเป็นอสม. โรคประจำตัว และงานประจำที่ทำ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 9 ข้อ 3) การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 11 ข้อ และ 4) การตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับจากคะแนน 1- 5

โดยเกณฑ์การประเมินการจัดระดับคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แสดงว่า อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34- 3.67 แสดงว่า อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่า อยู่ในระดับต่ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประสานหน่วยงานสารณสุขในพื้นที่ในการเก็บข้อมูล

2. ชี้แจงคณะผู้ศึกษาในการสัมภาษณ์เพื่อให้เข้าใจแบบสอบถามตรงกัน

3. ทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ถึงวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

4. ดำเนินการสัมภาษณ์ แบบสอบถาม “ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม”

5. รวบรวม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับการรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้ สถิติไคสแควร์

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี(ICH GCP) เลขที่ใบรับรองจริยธรรม คือHE5367 ลง วันที่ 25 มกราคม พ.ศ.2567 หมดอายุวันที่ 20 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 331 คน(ร้อยละ 88.5) และเพศชายจำนวน 43 คน(ร้อยละ 11.5) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 48-61 ปี จำนวน 223 คน(ร้อยละ 59.6) รองลงมาอยู่ในช่วง 34 – 47 ปี จำนวน 83 คน (ร้อยละ 22.2) โดยมีอายุเฉลี่ย 52.84 ปี (SD=9.471) การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับชั้นมัธยมศึกษาปลาย/ปวช. จำนวน 149 คน(ร้อยละ 39.6) รองลงมาจบชั้นประถมศึกษา จำนวน 106 คน(ร้อยละ 28.3) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาทำ ไร่ ทำสวน จำนวน 236 คน (ร้อยละ 63.1) รายได้โดยเฉลี่ย 4,496.15 บาท/เดือน (SD= 3,503.510) ระยะเวลาที่ทำหน้าที่อสม.โดยเฉลี่ย 15.40 ปี (SD=10.166) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 255 คน (ร้อยละ 68.2)

2.ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 ที่อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ =3.70 , SD= .947) ซึ่งด้านที่รองลงมาเป็น ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม($\overline{X}$ =3.65 , SD= .929) ด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม($\overline{X}$ =3.57 , SD= .942) และด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม($\overline{X}$ =3.47 , SD= .966) ส่วนความรอบรู้โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =3.60 , SD= .895)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านต่างๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกคือเพศกับความรอบรู้ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 (p ≤.05) อายุกับความรอบรู้ด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 และความรอบรู้โดยภาพรวม (p ≤ .05) ระดับการศึกษากับความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและความรอบรู้โดยภาพรวม(p ≤ .05) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การมีโรคประจำตัว และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ดังตารางที่ 1และ 2

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านต่างๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประเด็นความสัมพันธ์	value	sig
1.เพศกับความรอบรู้ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 (p ≤.05)	6.064	.048
2.อายุกับความรอบรู้ด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	133.233	.021
3.อายุกับความรอบรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	129.745	.033
4.อายุกับความรอบรู้ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5	127.830	.043
5.อายุกับความรอบรู้โดยภาพรวม	133.919	.019
6.ระดับการศึกษากับความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	18.412	.048
7.ระดับการศึกษากับความรอบรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	18.769	.043
8.ระดับการศึกษากับความรอบรู้โดยภาพรวม	18.303	.050

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ≤.05

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าความสัมพันธ์		
	df	value	sig
1.รายได้	70	71.084	.441
2.ระยะเวลาการเป็นอสม.	78	90.274	.162
3.การมีโรคประจำตัว	2	.324	.851
4.อาชีพ	16	26.134	.052

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ≤.05

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 331 คน(ร้อยละ 88.5) และเพศชายจำนวน 43 คน (ร้อยละ 11.5) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 48-61 ปี จำนวน 223 คน(ร้อยละ 59.6) รองลงมาอยู่ในช่วง 34 – 47 ปี จำนวน 83 คน (ร้อยละ 22.2) โดยมีอายุเฉลี่ย 52.84 ปี (SD=9.471) การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับชั้นมัธยมศึกษาปลาย/ปวช. จำนวน 149 คน (ร้อยละ 39.6) รองลงมาจบชั้นประถมศึกษา จำนวน 106 คน(ร้อยละ 28.3) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาทำ ไร่ ทำสวน จำนวน 236 คน (ร้อยละ 63.1) รายได้โดยเฉลี่ย 4,496.15 บาท/เดือน (SD= 3,503.510) ระยะเวลาที่ทำหน้าที่อสม.โดยเฉลี่ย 15.40 ปี (SD=10.166) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 255 คน (ร้อยละ 68.2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมัตติกา ยงอยู่(2564)[6] ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ในเขนสุขภาพที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ79.6) อายุระหว่าง46-60 ปี(ร้อยละ 49.5) มีประสบการณ์การเป็น อสม.เฉลี่ย 13 ปี การศึกษาของอังศินันท์ อินทรกำแหง(2563)[4] ที่ศึกษาการจัดทำสถานการณ์ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 90.2 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ57.5 และมีระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านน้อยกว่า 13 ปี

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5สูงที่สุด ($\overline{x}$ =3.70 , SD= .947) รองลงมาเป็น ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม($\overline{x}$ =3.65 , SD= .929) ด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม($\overline{x}$ =3.57 , SD= .942) และด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม($\overline{x}$ =3.47 , SD= .966) ส่วนความรอบรู้โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{x}$ =3.60 , SD= .895) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์ และคณะ(2565) [7] ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM 2.5 ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM 2.5 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{x}$ =3.59 , SD= .57) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันการสัมผัสฝุ่นPM2.5สูงสุด ($\overline{x}$ =3.75 , SD= .72) การศึกษาของอังศินันท์ อินทรกำแหง(2563)[4] ที่ศึกษาการจัดทำสถานการณ์ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกัน

ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ พบว่าความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม($\overline{x}$ =3.30 , SD= .76) ด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม($\overline{x}$ =3.23 , SD= .68)ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม($\overline{x}$ =3.38 , SD= .74) ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ($\overline{x}$ =3.46 , SD= .75)และความรอบรู้โดยภาพรวม($\overline{x}$ =3.34 , SD= .63)และการศึกษาของมัตติกา ยงอยู่ (2564) [6] ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ในเขนสุขภาพที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.3) แต่แตกต่างจากการศึกษาของณภัทร พงษ์เทิดศักดิ์ และคณะ(2558)[8] ที่ศึกษาความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในภาวะหมอกควันของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลจันว้า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงรายที่พบว่าประชาชนมีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาหมอกควันทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง รองลงมาเป็นระดับปานกลาง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านต่างๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกคือเพศกับความรอบรู้ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 อายุกับความรอบรู้ด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 และความรอบรู้โดยภาพรวม ระดับการศึกษากับความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและความรอบรู้โดยภาพรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จริยาจิรวัฒนาและคณะ(2565)[9] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนไทยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้และการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ แต่แตกต่างจากการศึกษาของสุภาพร มงคลหมู่ (2564)[10] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาและเจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งรายด้านส่วนใหญ่และภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางซึ่งยังถือว่ายังไม่มากพอที่จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความตระหนักถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM 2.5) จึงไม่ให้ความสำคัญในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่นละออง PM2.5 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงควรจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM 2.5) ให้มากขึ้นเพื่อให้กลุ่มอสม.เหล่านี้สามารถเป็นแกนนำให้กับชุมชนในการจัดการกับปัญหาการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM 2.5)ต่อไป

1.2 การวิจัยพบว่าอายุและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5

ไมครอน(PM 2.5) ในเบื้องต้นถ้าต้องการพัฒนาแกนนำเพื่อจัดการกับปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM 2.5) ในพื้นที่ควรเลือกใช้อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุและระดับการศึกษาที่สูงมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จมากกว่า

2.ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเกี่ยวกับการรอบรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่อการเผชิญกับปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM 2.5)เป็นประจำทุกปี

2.2 ควรศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM 2.5) ที่เกิดกับประชาชนในพื้นที่ในมิติต่างๆ

2.3 ควรศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถกำหนดการรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM 2.5) ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่อการเผชิญกับปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM 2.5)เป็นประจำทุกปี

เอกสารอ้างอิง

1.กรีนพีซ (ประเทศไทย). (2566). **มาตรฐานการวัดคุณภาพอากาศที่แตกต่าง**.สืบค้น 26 กรกฎาคม 2566, จาก https://www.greenpeace.org/thailand/explore/protect/cleanair/air-standard/.

2.กรมควบคุมมลพิษ (2565). **สถานการณ์และการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศของประเทศไทย 2564.** ค้นเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2565, จาก chrome-extension:// efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2022/11/pcdnew-2022-11-01_07-34-54_842781.pdf

3.อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2563). การจัดทำสถานการณ์ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ(รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ:มปท.

4.อุรบล โชติพงษ์. (2019). ฝุ่นPM 2.5 ในประเทศไทย. วารสารสิ่งแวดล้อม. 22(4), 51-55. สืบค้นจาก https://ej.eric.chula.ac.th/article/view/53

5.มัตติกา ยงอยู่.(2564). ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ในเขตสุขภาพที่ 5.วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 44(2) เมษายน-มิถุนายน: 83-96.

6.สุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์, นิธินันท์ ศิรบารมีสิทธิ์ และ ชนินทร รัตตสัมพันธ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM 2.5 ของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลปทุมธานี.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 42 (3) กันยายน- ธันวาคม : 53-62.

7.นภัทร พงษ์เทิดศักดิ์, พัชรา ก้อยชุสกุลและพิรภานุวัตณ์ ชื่นวงศ์. (2558). ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในภาวะหมอกควันของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลจันว้า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย 8(17) พฤษภาคม- สิงหาคม: 140-147.

8.ศิริพร จริยาจิรวัฒนา , ภัทรพร บุตรดีและพรวิมล นภาศัย. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนไทยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 45(2) เมษายน-มิถุนายน: 25-38.

9.สุภาพร มงคลหมู่. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดัน โลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน ต่อความรู้ การคลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี

Effects of the Educative- Supportive Program on Knowledge Preterm birth and readmission among pregnant Women with preterm labor at Kumphawapi Hospital.

(Received: March 1,2024 ; Revised: March 15,2024 ; Accepted: March 22,2024)

เครือวัลย์ พลาชัยภิรมย์ศิล[1] อรพนิต ภูวงษ์ไกร[2] ภริญพัทธ์ สายทอง[3]
Kruawan Palachaipiromsil[1] Ornpanit Poowongkrai[2]Pharinpat Saithorng[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน ต่อความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ณ โรงพยาบาลกุมภวาปี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษา คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24 – 36 สัปดาห์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับบริการรักษาโดยการยับยั้งการคลอด ที่ห้องคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 6.67 คะแนน(S.D.=1.80) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 9.77 คะแนน(S.D.= 0.43) อยู่ในระดับสูง และพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (t=9.820, p-value <0.001, 95% CI = 2.45 – 3.74) และนอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 และไม่มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3

คำสำคัญ: ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน ความรู้ การคลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Abstract

This quasi-experimental research aims to study Effects of the Educative- supportive program on knowledge, prevalence of preterm birth and readmission after discharge by Inhibited of preterm labor among pregnant women with preterm labor at Kumphawapi Hospital. The sample group consisted of 30 Pregnant Women of Preterm labor. Data collected between September – December 2023 and analyzed by descriptive statistics and paired t-test. Results found that before the experiment, the sample group had an average knowledge score of 6.67 (S.D.=1.80), which was at a moderate level regarding knowledge about preterm birth. After the experiment, the average knowledge score increased to 9.77 (S.D.=0.43), reaching a high level. Statistical analysis revealed that the average knowledge score after the experiment was significantly higher than before, with a statistically significant difference at the 0.05 level (t=9.820, p-value <0.001, 95% CI = 2.45 – 3.74). Furthermore, pregnant women with preterm labor who received the Educative- supportive program, all were able to successfully inhibit premature delivery, accounting for 100%, totaling 28 cases did not readmission until giving birth, which accounted for 93.3%.

Keywords: Educative- Supportive Program, Knowledge, Preterm birth, readmission, pregnant Women with preterm labor

[1] พ.ย.บ. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
[2] พ.ย.ม., อาจารย์ สาขาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
[3] พ.ย.บ., พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งต่อมารดาและทารก นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาหลายๆด้านทั้งด้านร่างกาย พบว่า ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อส่วนหลัง แขนขาไม่มีแรง และผลกระทบด้านจิตใจทำให้หญิงตั้งครรภ์สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง เกิดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ทำให้เกิดภาวะกดดันและซึมเศร้า[1] และถ้าไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์ทำให้มีการคลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนดเป็นการคลอดตั้งแต่ 24 สัปดาห์จนถึงการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์หรือ 259 วันของการตั้งครรภ์[2]ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุการตายลำดับแรกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ ถึง 1 ล้านคนจากการเสียชีวิตทั้งหมด 5.9 ล้านคน[3] และซึ่งจากรายงานของ Global report on preterm birth and stillbirth พบว่าการคลอดก่อนกำหนดนั้นเป็นสาเหตุโดยตรงของการตายในทารกแรกเกิด(Neonatal Mortality) มากที่สุดถึงร้อยละ 27 โดยทั่วโลกพบทารกคลอดก่อนกำหนดถึง 15 ล้านคนต่อปีหรือประมาณร้อยละ 10 ของการคลอดทั้งหมด[4)] ซึ่งประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด ประมาณร้อยละ 8-12 หรือประมาณ 80,000 คนต่อปี[5] การคลอดทารกก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดน้อย ถือเป็นสาเหตุหลักสำคัญลำดับแรกของการเสียชีวิตในเด็ก (prematurity and low birth weight) รองลงมาด้วยโรคติดเชื้อ (sepsis) และการขาดออกซิเจน (asphyxia) โดยทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดมีโอกาสเจ็บป่วยบ่อยกว่าทารกเกิดครบกำหนด 7 เท่า[6]ซึ่งภาวะแทรกซ้อนระยะยาวของทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดนั้นจะนำมาสู่ภาระค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูที่เพิ่มขึ้นและทำให้รายได้ในครอบครัวลดลง[7] อีกทั้งการมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของทารกยังส่งผลต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยทารกที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัวและสังคมของทารกในอนาคตอีกด้วย[8] ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับปัญหาทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จึงมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดในแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 -2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ[9]

การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากต้องรับการรักษาด้วยยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ กระวนกระวาย แน่นหน้าอก หายใจไม่สุดและอาจรุนแรงมากจนเกิดภาวะน้ำคั่งในปอดได้ นอกจากนี้ยังทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอารมณ์ไม่มั่นคง การรับรู้ลดลง หงุดหงิดง่าย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน มีความเครียดและวิตกกังวล บางรายมีภาวะซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยวและเบื่อหน่าย รู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตนเองที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง รวมถึงมีการใช้ค่าใช้จ่ายและงบประมาณที่สูงในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด ละยังมีค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของทารกแรกเกิดที่สูงจากการที่ทารกแรกเกิดต้องรักษาในห้องอภิบาลทารกแรกเกิด การคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของทารกยังไม่สมบูรณ์ มีอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) มีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) อาจมีภาวะแทรกซ้อน ลำไส้เน่าเปื่อย ภาวะจอตาเจริญผิดปกติหรือโรคปอดเรื้อรัง ถือเป็นภาระของครอบครัวเป็นอย่างมาก นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกแรกเกิด[10] ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการป้องกันการคลอดก่อน

กำหนดเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น

การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแบ่งได้ 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ระดับปฐมภูมิ มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์[11] ส่วนระดับทุติยภูมิ จะมุ่งเน้นที่การรักษาหรือลดความเสี่ยงในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจป้องกันการแท้งหรือลดความเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระดับตติยภูมิ คือ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้มีการหดรัดตัวของมดลูกและมีการเปิดของปากมดลูกเพิ่มขึ้น เช่น การนอนพัก การให้ยายับยั้งการคลอด การป้องกันการขาดน้ำ เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงวิธีการพยาบาล เช่น การผ่อนคลาย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งถ้าสตรีตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องตามคำแนะนำจะสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดในระยะนี้ได้ และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านได้ทั้งนี้เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอดแล้วและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้[12]

ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[13] การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบการพยาบาลที่บุคคลสามารถทำกิจกรรมหรือเรียนรู้ที่จะทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองโดยให้เสนอแนะว่าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยซึ่งมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ แต่อาจขาดความรู้ ทักษะที่จำเป็น และไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองได้เป็นระบบ การช่วยเหลือของพยาบาลภายใต้ระบบดังกล่าวคือ การให้การช่วยเหลือทั้งแบบการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น[14] สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรษมน ปาพรม และคณะ[15] ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในการเตรียมมารดาวัยรุ่นครรภแรกก่อนการจำหน่ายทารก โดยการให้ความรูและฝึกทักษะในการดูแลทารกผ่านการใช้สื่อดิจิทัล ซึ่งในปัจจุบันวัยรุ่นมีการยอมรับและใช้สื่ออินเทอรเน็ตในการศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ผลการศึกษาพบว่า มารดาเกิดการเรียนรูและมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และนอกจากนี้การนำสื่อออนไลน์เข้ามาประกอบการให้คำแนะนำแกมารดาจะสามารถช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการแพรกระจายเชื้อได้ในช่วงสถานการณการแพรระบาดของโรคได้อีกด้วย สวนการศึกษาของภากร ชูพินิจ รอบคอบ[16] มีการนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive educative nursing system) แกมารดาประกอบการใช้คูมือการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรูของมารดากลุมทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนสามารถเพิ่มความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

โรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำอำเภอกุมภวาปี และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของโซนลุ่มน้ำปาว ให้บริการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจากลูกข่าย โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-พ.ศ.2565 พบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 2.91 4.79 และ 4.40 ของการคลอดทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น นอกจากนั้นยังพบว่า มีมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับการรักษาโดยการยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 3.10 5.10 และ 2.24 ของมารดาที่ได้รับการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด[17] จากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่เป็นการดูแลรักษาโดยการให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกสำหรับการพยาบาลเป็นการพยาบาลตามแผนการรักษาเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ขาดการดูแลต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาอายุครรภ์พบว่า มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 28-34 สัปดาห์ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จะต้องใช้เวลาประมาณ 5-9 สัปดาห์ที่ต้องจัดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งอาจจะจัดการดูแลตนเองได้ไม่ดีจนต้องกลับมารักษาซ้ำ ทั้งนี้ จากอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลกุมภวาปี ที่ยังคงมีการคลอดก่อนกำหนดเรื่อยมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความรู้ การคลอดก่อนกำหนด และการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อให้มารดา และทารกมีสุขภาพที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถตั้งครรภ์และคลอดในอายุครรภ์ที่ครบกำหนด และลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลกุมภวาปีได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความรู้ การคลอดก่อนกำหนด และการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมตามกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (educative-supportive nursing system) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24 – 36 สัปดาห์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับบริการรักษาโดยการยับยั้งการคลอด ที่ห้องคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี ในระหว่างเดือนกันยายน – เดือนพฤศจิกายน 2566 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้เข้ารับการรักษาเนื่องจากมีภาวะเจ็บคลอดก่อนกำหนด และมีอายุครรภ์ 24 – 36 สัปดาห์
2. เข้าใจภาษาไทย โดยไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การเขียนและการพูด
3. มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถใช้ไลน์สื่อสารได้ตลอดการวิจัย
4. ยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้

และเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1 .สตรีตั้งครรภ์เกิดการเสียชีวิต จากทุกสาเหตุ

2. จำเป็นต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์จากสาเหตุปัญหาสุขภาพของทารกในครรภ์ เช่น ทารกมีความพิการ หรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ เป็นต้น

3. สตรีตั้งครรภ์ที่สูติแพทย์พิจารณาให้สามารถคลอดได้

4. อยู่ในกระบวนการวิจัยไม่ครบขั้นตอน เช่น มารดาที่ไม่สามารถยับยั้งการคลอดสำเร็จ หรือได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นแต่ไม่สามารถติดตามข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดของโอเร็ม (Orem,1995) ประกอบไปด้วย 1) การสอน เกี่ยวกับความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการจัดประสานกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีเวลาในการเรียนรู้ สื่อการเรียนรู้ เอกสารประกอบการให้ความรู้ 3) การชี้แนะ การให้ข้อมูลป้อนกลับในการเรียนรู้ การให้ทางเลือกในการดูแลตนเองที่เหมาะสมในแต่

ละราย การติดตามเยี่ยมทางแอพลิเคชันไลน์ทุกสัปดาห์ เพื่อชี้แนะ สนับสนุนช่วยพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ และ 4) การจัดสิ่งแวดล้อม โดยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบไปด้วย 1) แผ่นพับการให้ความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) แผ่นคั่นหนังสือให้ความรู้ 3) QR Code สื่อออนไลน์

2. แบบทดสอบความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติทางสูติกรรม

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ของ bloom[18] ดังนี้

ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79 ขึ้นไป

ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ลงไป

3. แบบบันทึกผลลัพธ์การคลอด และการกลับมารักษาซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ค่า (Index of Item-Objective Congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ทุกข้อ 2) ทดสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยทดลองใช้กับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24 – 36 สัปดาห์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับบริการรักษาโดยการยับยั้งการคลอด ที่ห้องคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วหาความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้วยวิธีการหา ค่าการหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson: KR) ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คปสอ.กุมภวาปี รหัสโครงการ KPEC 36/2566 ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี จากการศึกษาศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 20 – 30 ปี และ31-40 ปี จำนวนกลุ่มละ 13 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 86.6 อายุเฉลี่ย 29.80 ปี (S.D.= 6.55) อายุต่ำสุด 18 ปี, อายุสูงสุด 43 ปี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวนกลุ่มละ 12 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 ประวัติการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ครรภ์หลัง จำนวน 25คน คิดเป็นร้อยละ83.3 ประวัติการคลอดส่วนใหญ่เคยคลอดมาแล้ว 1 ครั้ง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ประวัติการฝากครรภ์ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ 4 ครั้ง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 อายุครรภ์ที่เข้ารับการยับยั้งการคลอดส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุครรภ์ 29 – 36 สัปดาห์ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 อายุครรภ์ที่คลอดส่วนใหญ่อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 และส่วนใหญ่คลอดธรรมชาติจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3

2. ความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการ

เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 6.67 คะแนน (S.D.=1.80) อยู่ในระดับระดับปานกลาง เมื่อจัดกลุ่มตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ พบว่าอยู่ในระดับสูง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 ระดับปานกลาง 11คน ร้อยละ 36.7 และระดับต่ำ 10 คน ร้อยละ 33.3 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 9.77 คะแนน (S.D.= 0.43) อยู่ในระดับสูง เมื่อจัดกลุ่มตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ พบว่าระดับความรู้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในระดับสูง รายละเอียดดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (t=9.820, p-value <0.001, 95% CI = 2.45 – 3.74) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
$\bar{x}$	(S.D.)	การแปลผล	$\bar{x}$	(S.D.)	การแปลผล
6.67	1.80	ระดับปานกลาง	9.77	0.43	ระดับสูง

ตารางที่ 2 ความถี่ ร้อยละ ระดับความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ระดับความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	9	30.0	30	100
ระดับปานกลาง	11	36.7	0	0
ระดับต่ำ	10	33.3	0	0

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean difference	95%CI	t	p-value
$\bar{x}$(S.D.)	$\bar{x}$(S.D.)				
6.77(1.80)	9.77(0.43)	3.10	2.45 – 3.74	9.82	<0.001

ตารางที่ 4 ความถี่ ร้อยละ การคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับการรักษาโดยการยับยั้งการคลอด (n=30)

ยับยั้งการคลอดสำเร็จ		การคลอดก่อนกำหนดการ	
จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
30	100	0	0

3. การคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังการทดลองใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน ต่อความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อน

กำหนด การคลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนสามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดสำเร็จ ร้อยละ 100 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

4. การกลับมารักษาซ้ำของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังการทดลองใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน ต่อความรู้การคลอดก่อนกำหนด และการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน พบว่า ไม่มีการการกลับมารักษาซ้ำก่อนการคลอด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 และมีการการกลับมารักษาซ้ำก่อนการคลอด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความถี่ ร้อยละ การกลับมารักษาซ้ำของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับการรักษาโดยการยับยั้งการคลอด (n=30)

มีการกลับมารักษาซ้ำก่อนคลอด		ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำก่อนคลอด	
จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
2	6.7	28	93.3

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (t=9.820, p-value <0.001, 95% CI = 2.45 – 3.74) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความรู้ การคลอดก่อนกำหนด และการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาการยับยั้งการคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เป็นโปรแกรมที่วางแผนการดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งติดตามและประเมินผลภายหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว โปรแกรมการพยาบาลนี้ได้นำระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ (supportive-educative system) ซึ่งในระบบนี้ ผู้ป่วยจะมีบทบาทในการเรียนรู้ที่จะพิจารณาตัดสินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด กระทำการดูแลตนเอง ประเมินผล และปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้นำระบบการพยาบาลนี้มาใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลบุตรให้เพิ่มมากขึ้น และปรับเปลี่ยนกิจกรรมต่างๆ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลตนเองในการปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรก ซ้อนที่จะส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และ ปองกันไม่ให้เกิดการกลับมารักษาซ้ำหลังจากได้รับการยับยั้งการคลอด ตามกรอบแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู การให้การช่วยเหลือทั้งแบบการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น[14] เมื่อได้รับความรูจะส่งผล ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันไม่ให้เกิดการกลับมารักษาซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภากร ชูพินิจรอบคอบ[16]เรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาในการดูแลทารก

เกิดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร มีหมู่[19] พบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยของมารดา ทั้งโดยรวม รายด้านและรายข้อสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ผ่านสื่อการเรียนรู้ร่วมกับการฝึกทักษะ ช่วยพัฒนาศักยภาพและความสามารถของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย ทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้ รับรู้เข้าใจนำสู่การพินิจพิจารณา ตัดสินใจ นำไปสู่การปรับพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยของมารดาได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นจะเห็นได้ว่า พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการพัฒนาความสามารถและช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ กระตุ้นและให้กำลังใจสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเองจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น การสอนและการสาธิต และการได้ฝึกปฏิบัติจริง จะทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดการเรียนรู้ และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้

การคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังการทดลองใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน ต่อความรู้การคลอดก่อนกำหนด และการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนดทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 สามารถอธิบายได้ว่า การให้ความรู้และการสนับสนุน เป็นวิธีการช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในการพัฒนาความรู้ และฝึกทักษะการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จนมารดาเกิดความมั่นใจ กระตุ้นให้มารดามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ในกิจกรรมที่มารดาได้ฝึกปฏิบัติ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบ 2 ทาง (two-way communication) ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เกิดการรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ นอกจากนี้ การสนับสนุนเป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ถึงแม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด หรือความทุกข์ทรมานจากเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยม ทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา สร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจให้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากขึ้น ซึ่งการสนับสนุนอาจทำได้หลายวิธี เช่นการกล่าวชมเชยทางวาจา สัมผัส สายตา เป็นการเสริมพลังใจให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของประชุมพร สุวรรณรัตน์ และคณะ[10] พบว่า การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ซึ่งช่วยทำให้บุคคลได้เรียนรู้ ตระหนักและพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา การแสวงหาและการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง ทั้งนี้การ

เสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่บุคคลหรือกลุ่มเพิ่มอำนาจในการควบคุมตนเองเท่านั้นและไม่สามารถรับโดยตรงจากผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น ในการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่เป็นกระบวนการรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ ถึงแม้จะเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อประคับประคองให้สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์ และคณะ[20] พบว่า สัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาลและสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.017, p=0.010) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัตรา ปิ่นแก้วและคณะ[21] พบว่า อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บคลอดก่อนกำหนด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บคลอดก่อนกำหนด ร่วมกับการติดตามการหดรัดตัวของมดลูกและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อเน้นย้ำให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตอาการและการแสดงของภาวะเจ็บคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองมีประโยชน์ในการลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์และอัตราคลอดก่อนกำหนดได้ ดังนั้นจากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาการยับยั้งการคลอด ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี สามารถส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากคะแนนความรู้ที่เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดหลังการทดลองใช้โปรแกรมที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้มากกว่า ร้อยละ 80 ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ ทำให้สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนด และการติดตามผลการติดตามเยี่ยมผ่านทางแอพพลิเคชั่นไลน์ อย่างต่อเนื่องทุก 1 สัปดาห์ หลังกลับบ้านเพื่อคอยย้ำเตือนเกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะเจ็บคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง สามารถช่วยลดการลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์และอัตราคลอดก่อนกำหนดได้

การกลับมารักษาซ้ำของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังการทดลองใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน ต่อความรู้การคลอดก่อนกำหนด และการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับการรักษาโดยการยับยั้งการคลอด พบว่า ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำก่อนการคลอด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีการกลับมารักษาซ้ำก่อนการคลอด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 อาจเกิดขึ้นได้จากการที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถสแกน QR Code สื่อการให้ความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดผ่านในโทรศัพท์มือถือของตนเอง ทำให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนความรู้ซ้ำได้ตลอด เป็นวิธีการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้เรียนที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความสนใจมากขึ้นจากสื่อที่ใช้รูปภาพประกอบชัดเจน และมีเสียงบรรยายที่ทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น สามารถดูซ้ำได้หลายครั้งผู้เรียนได้รับเนื้อหาที่ครบถ้วน คงที่ สตรีตั้งครรภ์ได้เนื้อหาเหมือนๆกัน ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีความรู้เพิ่มขึ้นและมีทักษะในการปฏิบัติที่ดีขึ้นตามมา นอกจากนี้ได้รับการติดตามเยี่ยมผ่านทางแอพพลิเคชั่นไลน์ อย่างต่อเนื่องทุก 1 สัปดาห์ หลังกลับบ้านเพื่อคอยย้ำเตือนให้ประเมินความเสี่ยงของตนเอง และการปฏิบัติตัวเพื่อลด และป้องกันความเสี่ยงที่สามารถป้องกัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับ

การศึกษาของบังอร ล้อมไธสง[12]พบว่า ใช้กรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ (D-M-E-T-H-O-D) เป็นการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม ช่วยให้พยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันซึ่งการมีแนวทางการวางแผนจำหน่าย ที่ปฏิบัติได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดูแลที่ต่อเนื่องได้ตามบริบทของโรงพยาบาลทำให้การปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง จาก 53.48 เป็น 24.44 และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์จำนวน 2 คน กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 6.7 อาจเกิดจากการที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รายที่ 1 ซึ่งมีอาชีพรับจ้างจึงยังต้องกลับไปทำงานต่อ รวมถึงการมารับการรักษาอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครั้งแรกนั้นยังภาวะช่องคลอดอักเสบอีกด้วย และรายที่ 2 ซึ่งมีอาชีพแม่บ้านและเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวที่ต้องดูแลบุตรอีก 1คนเพียงลำพังจึงต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด จะเห็นได้ว่าสตรีทั้ง 2 คนที่มีการกลับมารักษาซ้ำนั้น เมื่อกลับบ้านแล้วไม่ได้มีการพักผ่อนให้เพียงพออย่าง ในการใช้ชีวิตประจำวันยังต้องมีการเดินนานๆ ยืนนานๆ และการทำงานหนัก จึงทำให้มดลูกมีการหดรัดตัว และกลับมาด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดเช่นเดิม นอกจากนี้หลังได้รับโปรแกรมฯ และการติดตามผลการรักษา รวมถึงการให้คำแนะนำตามโปรแกรมนี้แล้ว สตรีที่กลับมารับการรักษาซ้ำ เมื่อสังเกตพบอาการผิดปกติของตนเองจึงรับกลับมาพบแพทย์อีกครั้ง แต่ทั้งนี้สตรีทั้ง 2 คนก็ยังสามารถคลอดเมื่ออายุครบกำหนดได้ ดังนั้น นอกจากการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนขณะอยู่ที่โรงพยาบาล การให้คำแนะนำและการเตรียมสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนกลับบ้าน เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์และคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนดได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำระบบการพยาบาลเสมือนจริงและเสริมความจริง เช่น Virtual Reality (VR), Augmented Reality (AR), Mixed Reality (MR) หรือ Metaverse มาใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงหรือมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เข้าถึงบริการได้ทุกที่ ทุกเวลา และสบายใจที่ได้รับบริการเสมือนว่ามีบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลอยู่เสมอจนการตั้งครรภ์สิ้นสุดลง โดยการศึกษาครั้งนี้ มีการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์มาประยุกต์ใช้ด้วย จึงสะดวกและง่ายต่อการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและสตรีตั้งครรภ์ในการติดตามการรักษาและการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมการนำผลการวิจัยไปในการวางแผนการจัดบริการแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยควรมีการปรับรูปแบบของระบบบริการเดิมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วยการสอดแทรกการนำโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน ไปใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีช่องทางการติดต่อผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์อีกทั้งควรมีการบูรณาการการดูแลกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ นักจิตบำบัด เป็นต้น เพื่อให้สามารถดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน ต่อความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ควรเป็นการวิจัยระยะยาว มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เป็นขนาดใหญ่ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ประพนธ์ จารุยาวงศ์. มาตรฐานทางสูติศาสตร์กับปัญหาการคลอดก่อนกำหนด. ในวิทยา ถิฐาพันธ์, นิศารัตน์ พิทักษ์วัชระ และพจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา (บรรณาธิการ), วิกฤตในเวชปฏิบัติปริกำเนิด.กรุงเทพฯ: พี. เอ.ลีฟวิ่ง; 2555.
2. ธีระ ทองสง, บรรณิการ. สูติศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
3. Liu, L. et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: An updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. The Lancet 2016; 388(10063): 3027–3035.
4. Simmons, L. E., Rubens, C. E., Darmstadt, G. L., & Gravett, M. G. Preventing preterm birth and neonatal mortality: exploring the epidemiology, causes, and interventions. Seminars in perinatology2010; 34(6): 408–415. https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.09.005
5. จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน: คมสันต์ สุวรรณฤกษ์ และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เผ่า (บรรณาธิการ). ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีสมุทรสาคร; 2554.
6. ชุษณะ มะกรสาร (บรรณาธิการ). การแพทย์ไทย 2554 - 2557. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
7. Frey, H.A., & Klebanoff, M.A. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine 2016; 21(2): 68–73.
8. สายฝน ชวาลไพบูลย์. ตำราคลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพฯ:ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
9. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ 2562. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
10. ประชุมพร สุวรรณรัตน์, ทิพย์วรรณ บุณยาภรณ์, ศศิธร คำพันธ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด. วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา 2565; 5(3): 81-91.
11. สุภาพ ไทยแท้. การพยาบาลสูติศาสตร์ : ภาวะผิดปกติในระยะคลอด. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
12. บังอร ล้อมไธสง. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566; 3(3): 431-442.
13. ชุติมา เทียนชัยทัศน์, กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, นภาภรณ์ เกตุทอง และ ชณุตพร สมใจ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2565; 5(1): 35-46.
14. Orem, D. E. Nursing Concepts of Practice. the United States of America: Mosby,Inc; 2001.
15. วรรณลักษณ์ สุประดิษฐอาภรณ์. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 คลินิกโรคไต โรงพยาบาลท่าตะโก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น 2565, 3(4): 1-23.
16. วรรษมน ปาพรม, สมสมร เรืองวรบูรณ์, สมปอง พะมุลิลา, นุชรัตน์ มังคละศีรี, และ มารศรี ศิริสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาวัยรุ่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562; 39(9): 86-96.
17. ห้องคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี. สถิติการคลอด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566. อุดรธานี: โรงพยาบาลกุมภวาปี; 2566.
18. Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw–Hill; 1971.
19. ศิริพร มีหมู่ และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแล ทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยของมารดาหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2560; 40(4): 21-30.
20. ทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์, วิรัชนี สุขวัฒนานนท์, และศศิธร อินทุดม. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2563; 45: 47-55.

21. สุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, วิบูลย์เรืองชัยนิคม. ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2557; 22:58-71.

ผลของรูปแบบการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

The results of the model for applying technology to the participation of community leaders in preventing dengue fever. In the area of responsibility of Na Kae Hospital, Na Kae District, Nakhon Phanom Province.

(Received: March 1,2024 ; Revised: March 11,2024 ; Accepted: March 15,2024)

ภรณ์ทิพย์ ปานเชียงวงษ์[1] ,วรกร วิชัยโย[2],ธีรนาถ สุวรรณเรือง[2]
Pornthip Panchiangwong [1], Woragon Wichaiyo[2], Theeranat Suwanaruang[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการเปรียบเทียบการรับรู้ ความตระหนักรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกหว่างก่อนและหลังการดำเนินกระบวนการการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม เก็บรวมรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีกลุ่มทดลองจำนวน 56 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบใช้สถิติ paired sample t – test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ย 4.25 (S.D.=0.16) และก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.47 (S.D.=0.27) ซึ่งค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value<0.001, 95%CI=0.71-0.86), ด้านความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.25 (S.D.=0.19) และก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.58 (S.D.=0.33) ซึ่งค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value<0.001, 95%CI=0.57-0.77), และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.31 (S.D.=0.16) และก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย 2.66 (S.D.=0.67) ซึ่งค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value<0.001, 95%CI=0.48-0.82) และหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความเข้าใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.79 คะแนน (S.D.=0.131)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน, การป้องกันโรคไข้เลือดออก, โรคไข้เลือดออก

ABSTRACT

This research was participatory action research (Participatory Action Research: PAR). The purpose of the study was to conduct a comparative analysis of community participation in dengue fever prevention and perceptual awareness behavior before and after the process of deploying technology to prevent dengue fever was implemented. Within Na Kae Hospital's purview in Na Kae District, Nakhon Phanom Province An interview form and in-depth interviews were used to gather data. In the experimental group, there were fifty-six participants. With the use of descriptive statistics, data were examined. utilizing the standard deviation, mean, proportion, and frequency. and comparison utilizing the statistical significance threshold set at 0.05 for the paired sample t-test.

The results of the study's findings showed that there was a difference in the means of the perceptions of dengue fever prevention before and after the experiment, with a mean of 3.47 (S.D.=0.27) and 4.25 (S.D.=0.16), respectively. Following the experiment, there was a bigger increase than there was initially. Preventive knowledge

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
[2] อาจารย์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

of dengue fever, statistically significant 0.05 (p-value<0.001, 95%CI=0.71-0.86). The means were different: the mean before the experiment was 3.58 (S.D.=0.33), while the mean after the experiment was 4.25 (S.D.=0.19). The results showed that community participation in dengue fever prevention varied between before and after the experiment, with the mean of 2.66 (S.D.=0.67) before and after the experiment having an average of 3.31 (S.D.=0.16). The increase was higher after the experiment with a statistical significance of 0.05 (p-value<0.001, 95%CI=0.57-0.77). Following the experiment, there was a significant increase compared to before, with a statistical significance of 0.05 (p-value<0.001, 95%CI=0.48-0.82). Additionally, the experimental group demonstrated a high level of understanding regarding participation activities in preventing dengue fever, with an average score of 3.79 points (S.D.=0.131).
Keywords: Community participation, Dengue fever prevention, Dengue fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever หรือ DHF) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มียุงลายเป็นแมลงนำโรค ปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลกและเป็นปัญหาต่อเนื่องกันมานานคน ส่วนใหญ่ที่ป่วยเป็นไข้เลือดออกจะไม่มีอาการ อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย คลื่นไส้ และมีผื่นขึ้น ส่วนใหญ่จะดีขึ้นใน 1-2 สัปดาห์ บางคนเป็นไข้เลือดออกรุนแรงและต้องการการดูแลในโรงพยาบาล[1] ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 – 2565 พบว่า มีการหมุนเวียนของสายพันธุ์ไวรัสเดงกีทั้ง 4 ชนิด โดยในปี พ.ศ. 2565 พบ DENV-1 เป็นชนิดเชื้อไวรัสเด่น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รองลงมาคือ DENV-2 DENV-3 และ DENV-4 ตามลำดับ โดย DENV-3 มีสัดส่วน เพิ่มมากขึ้น 5 – 16 เท่า[2] จังหวัดนครพนม มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2561 -2565 มีอัตราป่วย 21.81,141.68,63.35,15.03 และ 36.75 ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ) และในปี พ.ศ. 2566 ยังพบว่าจังหวัดนครพนม มีอัตราป่วยเป็นอันดับสองของเขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราป่วยเท่ากับ 69.70 ต่อประชากรแสนคน[3] อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม พบว่ามีปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกอยู่ทุกปี ตั้งแต่ ปี 2561-2565 มีอัตราป่วย 28.67,150.58,106.90,2.61และ 13.03 ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ สายพันธุ์ที่พบผู้ป่วยในพื้นที่ตั้งแต่ปี 2562-2565 มีสายพันธุ์ที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 74.55 และสายพันธุ์ 2 คิดเป็นร้อยละ 25.44 พบผู้ป่วยสูงสุดวินิจฉัยเป็นไข้เดงกี (Dengue fever) ร้อยละ 71.34 และไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever) ร้อยละ 28.62 ไม่พบผู้เสียชีวิต เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ในปี พ.ศ. 2566 พบจำนวนผู้ป่วย 20 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 228.02 ต่อประชากรหมื่นคน ซึ่งเป็นอันดับที่3 ของการระบาดในพื้นที่อำเภอนาแก[4]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดจากหลายๆ ปัจจัยมาผสมผสานกัน เพื่อให้ประชาชนเกิดความรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับนำเอาเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) เป็นการสร้างพลังให้แก่ชุมชนเข้ามามีบทบาท ในการร่วมวางแผน ปฏิบัติการ สังเกต และสะท้อนผลของประชาชน เพื่อสร้างแนวทางหรือการปฏิบัติที่ดี สามารถนำมาเป็นรูปแบบในการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เกิดเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง รวมถึงองค์กรทุกภาคส่วนในชุมชนเกิดความร่วมมือกันแก้ปัญหาดังกล่าว รวมถึงการดำเนินงานการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของประชาชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาการรับรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หว่างก่อนและหลังการดำเนินกระบวนการการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

4. เพื่อศึกษากระบวนการ การประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

5.เพื่อศึกษาระดับการเข้าใจของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม หลังเข้าร่วมกิจกรรม

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) คัดเลือกแบบวิธีเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ ประกอบด้วย ประชาชนอายุ 20-60 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก ศึกษาในระหว่างเดือนธันวาคม 2566 –มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้นำชุมชนดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านทั้ง 10 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก รวม 3 คน ทีมกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม งานควบคุมโรคติดต่อ ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลนาแก (อบต. นาแก), องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแก้ง (อบต. บ้านแก้ง), และเทศบาลตำบลนาแก (ทต. นาแก) แห่งล่ะ 1 คน รวม 3 คน คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน 10 คน และประชาชนที่สมัครใจเป็นตัวแทนหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก จำนวน 20 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้าจากหมู่บ้านละ 2 คน ที่สมัครใจเป็นตัวแทนหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ ความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความเข้าใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก หลังเข้าร่วมกิจกรรม ที่ผ่านการแก้ไข ปรับปรุงตามคำแนะนำของคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเป็นการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Concurrently : IOC) เกณฑ์ > 0.5 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างในตำบลหนองสังข์ อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน พบว่าค่า Cronbach's Alpha Coefficient เพื่อหาความสมบูรณ์ของเครื่องมือ นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์และปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ ในภาพรวมทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.88 และแยกเป็นรายด้าน จำนวน 4 ด้าน ดังนี้ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.80 ความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.87 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

เท่ากับ 0.78 การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.97

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอหนังสือราชการจากคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ติดต่อประสานงานกับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาแก โรงพยาบาลนาแก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง เทศบาลตำบลนาแก องค์การบริหารส่วนตำบลนาแก องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแก้ง เพื่อขอความร่วมมือให้การเข้าร่วมในการดำเนินการวิจัย และแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์รูปแบบ แผนงาน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้เพื่อการเตรียมแผนการดำเนินการวิจัย

3. รวบรวมข้อมูล ได้แก่ การรับรู้ ความตระหนักรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนการจัดกิจกรรมกระบวนการการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

4. จัดเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีและชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์แผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บ รวบรวมข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน

5.จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะใช้ในกระบวนการจัดกิจกรรมให้มีความพร้อม และมีจำนวนที่เพียงพอ

6.การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดังนี้ 1) การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group)

2) กล้องบันทึกภาพ เทปบันทึกเสียงการสนทนา

3) ประเมินความเข้าใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก หลังเข้าร่วมกิจกรรม

4) เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมงานวิจัยหลังทดลองประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics ได้แก่ การเปรียบเทียบการรับรู้ ความตระหนักรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างก่อนและหลังการดำเนินกระบวนการการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม โดยใช้สถิติ Paired sample t – test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่การรับรอง 157/66

ผลการวิจัย

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ย 4.25 (S.D.=0.16) และก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.47 (S.D.=0.27) ซึ่งค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value<0.001, 95%CI=0.71-0.86), ด้านความ

ตระหนักรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.25 (S.D.=0.19) และก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.58 (S.D.=0.33) ซึ่งค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value<0.001, 95%CI=0.57-0.77), และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.31 (S.D.=0.16) และก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย 2.66 (S.D.=0.67) ซึ่งค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value<0.001, 95%CI=0.48-0.82) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ ความตระหนักรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ระหว่างก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	n	ก่อน		หลัง		df	t	95%CI		p-value
		เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.			lower	upper	
1.การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก	56	3.47	0.27	4.25	0.16	55	20.60	0.71	0.86	<0.001
2.ความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	56	3.58	0.33	4.25	0.19	55	13.13	0.57	0.77	<0.001
3.พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	56	2.95	0.38	3.89	0.19	55	17.77	0.84	1.05	<0.001
4.การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกนโรคไข้เลือดออก	56	2,66	0.67	3.31	0.16	55	7.57	0.48	0.82	<0.001

2. วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) โดยประยุกต์การใช้เทคนิคเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP) ร่วมกับกระบวนการถกปัญหาแบบ ORID ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม สรุปผลการวิจัย ดังนี้ ผู้นำชุมชนทั้ง 10 หมู่บ้าน ประธาน อสม. คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านและประชาชนทั่วไป ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก ประกอบด้วย โรงพยาบาลนาแก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาแก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง และ ทีมกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม งานควบคุมโรคติดต่อ ประกอบด้วยองค์การบริหารส่วนตำบลนาแก (อบต.นาแก), องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแก้ง (อบต.บ้านแก้ง), และเทศบาลตำบลนาแก (ทต. นาแก) ผู้เข้าประชุมจำนวน 56 คน มีความสนใจในทดลอง ตั้งใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม เกิดการเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการวางแผน ในการพัฒนาชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ทุกขั้นตอน จนได้แผนงานกิจกรรมจำนวน 1 กิจกรรม คือ “ชุมชนห่างไกลไข้เลือดออก”

สรุปขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอนของ PAOR ประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมของ TOP Model เข้าสู่กระบวนการถกปัญหาของชุมชน (ORID Method Process) มองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร และจะทำอย่างไร เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกจนเกิดพันธะสัญญาร่วมกัน สู่การวางแผนปฏิบัติการหรือภารกิจที่สำคัญของชุมชน

ซึ่งนักวิจัยได้สรุปผลของการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก คือ **“NAKAE Model”** ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

N = Nominal group technique (NGT) หมายถึง การระดมสมองผ่านบัตรความคิด

A = Analysis factors หมายถึง การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

K = Knowledge and decision หมายถึง มีองค์ความรู้และร่วมกันตัดสินใจ

A = Achievement goal together หมายถึง เป้าหมายความสำเร็จร่วมกัน มีพันธะสัญญาใจร่วมกัน

E= Evaluation of success หมายถึง การประเมินผลความสำเร็จ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคเลือดออก ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม มีรายละเอียดดังนี้

จากผลการวิจัย พบว่า ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ย 4.25 (S.D.=0.16) และก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.47 (S.D.=0.27) ซึ่งค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value<0.001, 95%CI=0.71-0.86) สอดคล้องกับ อเนก นนทะมาตย์[8] ได้ทำการศึกษา การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและเมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่แนวทางการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนแนวทาง และ มีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก น้อยกว่าค่า median ทั้งโดยรวมและรายหมู่บ้าน

ด้านความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.25 (S.D.=0.19) และก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.58 (S.D.=0.33) ซึ่งค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value<0.001, 95%CI=0.57-0.77) สอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาศิ ศรีคง[6] ที่ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนและการมี ส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคต่ำและสูง ในจังหวัดนครราชสีมาพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคต่ำมีค่าคะแนนการส่วนร่วมสูงกว่าตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูง (p-value < 0.001) เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.16 และก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย 2.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value=0.000,95%CI=0.48-0.82)

และกลุ่มทดลองมีความเข้าใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.79 คะแนน (S.D.=0.131) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิศา เสนคราม และรชานนท์ ง่วนใจรัก[7]ได้ทำการศึกษา การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า ผล

การดำเนินงานเกิดการมีส่วนร่วมจากการร่วมคิดร่วมทำของคนในชุมชน และมีการปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การนำเสนอตัวบุคคลสามารถสร้างแรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรค เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยรวมด้านความรู้ ความตระหนักรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า หลังการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001,P<0.001 และ P<0.001)

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.31 (S.D.=0.16) และก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย 2.66 (S.D.= 0.67) ซึ่งค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value<0.001, 95%CI=0.48-0.82) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาศิ ศรีคง[6] ที่ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนและการมี ส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคต่ำและสูง ในจังหวัดนครราชสีมาพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคต่ำมีค่าคะแนนการส่วนร่วมสูงกว่าตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูง (p-value < 0.001) เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.16 และก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย 2.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value=0.00,95%CI=0.48-0.82)
และกลุ่มทดลองมีความเข้าใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.79 คะแนน (S.D.=0.131) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิศา เสนครามและรชานนท์ ง่วนใจรัก[7]ได้ทำการศึกษา การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า ผลการดำเนินงานเกิดการมีส่วนร่วมจากการร่วมคิดร่วมทำของคนในชุมชน และมีการปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การนำเสนอตัวบุคคลสามารถสร้างแรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรค เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยรวมด้านความรู้ ความตระหนักรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า หลังการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001,P<0.001 และ <0.001) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นแบบอย่างที่เป็นประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคล และการประเมินวัดความเข้าใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 56 คน พบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง จำนวน 56 คิดเป็นร้อยละ 100 เฉลี่ยที่ 3.79 คะแนน (S.D.=0.131)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญในการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจัง รวมถึงมีมาตรการการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน

2. การดำเนินงานร่วมกันของประชาชนในชุมชน ต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างแกนนำต่าง ๆ ในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกันรวมทั้งต้องกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานร่วมกันและการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อช่วยให้การดำเนินงานในชุมชนประสบผลสำเร็จได้

3. ควรมีการกำหนดมาตรการการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ตั้งแต่เริ่มกระบวนการ ระหว่างดำเนินการ และติดตาม เพื่อให้มีรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dengue and dengue hemorrhagic fever. [online] 2023 [cited 2023 Sep 20]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue
2. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2566. กระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2566]; เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1398220230310075357.pdf
3. ระบบงานภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. สำนักงานสาธารณสุขนครพนม [อินเตอร์เน็ต].2565 [สืบค้น 1 มีนาคม 2565] เข้าถึงจาก: https://npm.hdc.moph.go.th/ hdc/main/index.php
4. โรงพยาบาลนาแก. สรุปรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกปี 2566. นครพนม:งานควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลนาแก; 2566.
5. สำเนียง วงศ์วาน. การมีส่วนของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ; 2549.
6. ประภาศิ ศรีคง. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนและการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคต่ำและสูง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น; 2557.
7. ชนิศา เสนคราม และรชานนท์ ง่วนใจรัก.การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2560. วารสารวิชาการ สคร.9 ปี 2562, 25(1); 27-36.
8. อเนก นนทะมาตย์. การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2565, 8(3);1031- 1037 สืบค้นจาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1990

การพัฒนาโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย

Development of the prevention program for monitoring urinary tract infections from urinary catheters Phakhao District, Loei Province

(Received: March 5,2024 ; Revised: March 17,2024 ; Accepted: March 22,2024)

โฉมฐิตาภา ศิริมา[1] **สุลาลักษณ์ จำเรียง**[1]
Chomthitapa Sirima[1] **Sulaluck jumriang**[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อ การพัฒนาโปรแกรมและศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย เป็นการวิจัยและพัฒนา ศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 – ตุลาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 159 คน และผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิดในการสนทนากลุ่ม แบบประเมิน แบบติดตาม แบบสอบถาม และแบบเก็บข้อมูลตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้โปรแกรมด้วยสถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 สถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อ ปัญหาที่พบมี 4 ประเด็น คือ 1) มีการติดเชื้อในชุมชน 2) เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด 3) เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 4) เกิดการติดเชื้อซ้ำ ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อ ได้การปฏิบัติของโปรแกรมคือการปฏิบัติตามหลัก 3C technique ประกอบด้วย CAUTI bundle , CM-CAUTI และ Continuous of care ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้โปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามโปรแกรมและการป้องกันการติดเชื้อหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความเป็นไปได้ของโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.66, SD=0.41) ความคิดเห็นการใช้โปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.74, SD=0.39) ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยด้านอัตราการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนลดลง เช่น ไม่พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล การติดเชื้อในชุมชนลดลงจาก 2.48% เป็น 0.23% การติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงจาก 1.86 เป็น 0 ไม่พบภาวะช็อคและการตายจากการติดเชื้อ วันนอนรวมของการติดเชื้อลดลงจาก 6 วันเป็น 3 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลงจาก 2,080 บาทเป็น 1,323 บาทต่อราย

คำสำคัญ โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อ , การคาสายสวนปัสสาวะ

Abstract

This research aimed to study the infection situation, program development, and the effectiveness of a urinary tract infection prevention program for indwelling urinary tract infections (UTIs) in Pha Khao District, Loei Province. The research and development project was conducted between November 2022 and October 2023. The sample consisted of 159 staff members caring for patients with indwelling urinary catheters and 40 patients with indwelling urinary catheters. Data collection tools included open-ended focus group discussions, assessment forms, follow-up questionnaires, and patient care indicators. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests for comparison before and after implementation, and content analysis for qualitative data.

Results: Phase 1: The infection situation was identified. Four key issues were identified: 1) community-acquired infections, 2) sepsis, 3) septic shock, and 4) reinfection. Phase 2: The infection prevention program was developed. The program implementation was based on the 3C technique, consisting of CAUTI bundle, CM-CAUTI, and Continuous of care. Phase 3, the study of the program implementation found that the mean

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลผาขาว

scores of program adherence and infection prevention after using the program were significantly higher than before using the program ($p < .05$). The feasibility of the program was at a high level ($\bar{X}$ = 2.66, SD = 0.41). The opinions of using the program were at a high level (($\bar{X}$ = 2.74, SD = 0.39). Patient care indicators in terms of infection and complication rates were reduced, such as no hospital-acquired infections were found, community-acquired infections were reduced from 2.48% to 0.23%, bloodstream infections were reduced from 1.86 to 0, shock and death from infections were not found, the total length of stay for infection was reduced from 6 days to 3 days, and the treatment cost was reduced from 2,080 baht to 1,323 baht per case.

Keywords: Infection prevention program, Urinary catheterization

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาลยังพบว่าเป็นปัญหาสำคัญโดยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ (Catheter-associated urinary tract infection) หนึ่งในสามอันดับแรกที่พบในโรงพยาบาลทั่วโลก เฉลี่ยปีละประมาณ 5 ล้านคนที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะมีการติดเชื้อมากกว่า 1 ล้านคน[1] และพบว่ามีการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากการใส่สายสวนปัสสาวะสูงถึง 18.2 ครั้งต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะในชุมชนประมาณ 6-15% โดยวัดเป็นอัตรา 2-13 CAUTIs ต่อ 1,000 catheter-days ขึ้นอยู่กับรูปแบบการดูแลและปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะพบ 22.55 ครั้งต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 5 สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อ การคาสายสวนปัสสาวะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,327 ดอลลาร์สหรัฐ[2]

ในประเทศไทย การติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะพบอยู่ในห้าอันดับแรกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล จากการเก็บข้อมูลอัตราการติดเชื้อโดยระบบฐานข้อมูลโรคติดเชื้อ (IC Surveillance Program) ของสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค เป็นศูนย์กลางข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับประเทศ วิเคราะห์จากระบบ IC Surveillance Program โดยมีโรงพยาบาลที่กรอกข้อมูลจำนวน 418 แห่ง พบว่าอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลภาพรวมเท่ากับ 1.46 ครั้ง/1,000 วันนอน[3]

การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย มีการปฏิบัติตามแนวทางของ CAUTI bundle ไม่พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล แต่พบปัญหาการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะในชุมชน ปี 2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 1.96, 2.03 และ 2.48 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น พบการติดเชื้อในกระแสเลือดปี 2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 1.23, 1.92 และ 1.86 ตามลำดับ และเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ปี 2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 0.23, 0.76 และ 0.63 ตามลำดับ มีผู้ป่วยติดเชื้อซ้ำ 4 ครั้ง จำนวน 1 คน ซึ่งการติดเชื้อดังกล่าวส่งผลกระทบทำให้ระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะนานขึ้น 10 วัน มากกว่าผู้ป่วยได้รับการคาสายสวนปัสสาวะแต่ไม่ติดเชื้อ ซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ยเพียง 2 วัน วันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เฉลี่ย 6 วัน มากกว่าผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่ติดเชื้อ เฉลี่ย 3 วัน นอกจากนั้นในผู้ป่วย 1 ราย ที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 2,080.55 บาท/ราย จะเพิ่มขึ้นเป็น 3,850 บาท/ราย หากมีการติดเชื้ออย่างอื่นร่วมด้วย และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด[4]

การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยต้องคาสายสวนปัสสาวะนานขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ส่งผลให้เกิดภาวะช็อคและเสียชีวิตจากการติดเชื้อได้ โดยทำให้ระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะนานขึ้นเฉลี่ย 21 วัน มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะแต่ไม่ติดเชื้อ มีระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะเฉลี่ยเพียง 9 วัน ทำให้มีค่ายาต้านจุลชีพที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 8,180 บาท ต่อราย และจะเพิ่มขึ้นเป็น 49,983 บาท หากมีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะขณะรักษาในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 6.3[5]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย
3. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย

วิธีการศึกษา

การพัฒนาโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อ ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อ และระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อ มีการพัฒนาโปรแกรมทั้งหมด 3 วงรอบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลและในชุมชนอำเภอผาขาว จำนวน 206 คน และ ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่โรงพยาบาลผาขาวและผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่ดูแลต่อเนื่องใน อำเภอผาขาว

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล (Key informant) คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง คือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในชุมชนจำนวน 6 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver) จำนวน 6 คน และผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะจำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน
2. กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลลัพธ์การใช้โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย มีดังนี้

2.1 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลผาขาวและในชุมชนอำเภอผาขาวได้แก่ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 40 คน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนจำนวน 7 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver) จำนวน 112 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 159 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้าวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ 2) เป็นผู้ที่สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.2 ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยมีเกณฑ์คัดเข้าวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นเพศชายและหญิง 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ได้รับการรักษาด้วยวิธีคาสายสวนปัสสาวะทั้งผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่าที่ได้รับการสวนปัสสาวะที่โรงพยาบาลผาขาว 4) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ ถามตอบรู้เรื่อง 5) มีญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver) เป็นผู้ดูแล 6) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ผู้วิจัยใช้ช่วงเวลากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะรายใหม่ในโรงพยาบาลผาขาวและรายเก่าในชุมชนอำเภอผาขาวที่ได้รับการดูแลในช่วงเดือนมีนาคม 2566 – สิงหาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย มีรายละเอียดดังนี้ 1) CAUTI bundle คือ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ 2) CM-CAUTI หรือ Care and Monitor CAUTI คือ พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ในการดูแลและติดตามผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ 3) Continuous of care คือ การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะต่อเนื่องในชุมชน โดยพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของรพ.สต.ร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver) รวมถึงผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

1.2 สื่อการสอนสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย จัดทำโดยทีมผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลผาขาว ได้แก่ 1) เอกสารสไลด์การสอนประกอบการอบรมชี้แจงการปฏิบัติตามแนวทางของโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ 2) วิดีโอความรู้สำหรับพยาบาลผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ เรื่อง การสวนปัสสาวะโดยใช้ CAUTI bundle

1.3 แผนการสอนเรื่องโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ได้แก่ 1) แผนการสอนและชี้แจงแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย สำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2) แผนการสอนและชี้แจงแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย สำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 8 ชุด ดังนี้

2.1 แนวคำถามปลายเปิดในการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ตามแนวทางปฏิบัติของ CAUTI bundle สำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาล มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) มีเกณฑ์การให้คะแนนคือมีการปฏิบัติได้ 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน

2.3 แบบประเมินการปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย สำหรับพยาบาลที่ดูแลและติดตามผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลและในชุมชน (CM-CAUTI หรือ Care and monitor CAUTI) เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) มีเกณฑ์การให้คะแนนคือมีการปฏิบัติได้ 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน

2.4 แบบประเมินการปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ตามแนวทางปฏิบัติของ Continuous of care สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver) มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) มีเกณฑ์การให้คะแนนคือมีการปฏิบัติได้ 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน

2.5 แบบติดตามการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ โดยใช้แอปพลิเคชัน web app notify มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) มีเกณฑ์การให้คะแนนคือปฏิบัติได้ถูกต้องได้ 1 คะแนนและปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน

2.6 แบบประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ มีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ

2.7 แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) สอบถามความคิดเห็น

เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ มีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ

2.8 แบบเก็บข้อมูลตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คำนวณค่า IOC ได้ในช่วง 0.88-0.95 ทุกข้อมีค่าเกิน 0.5 จึงผ่านเกณฑ์ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มเป้าหมาย 40 คน หลังจากนั้นคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

วิธีการศึกษา

มีกระบวนการพัฒนาทั้งหมด 3 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 (เดือนที่ 1-4)

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research : R_1) คือ ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development : D_1) คือ ออกแบบโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะจากปัญหาที่พบในพื้นที่

วงรอบที่ 2 ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2566 - พฤษภาคม 2566 (เดือนที่ 5- 7)

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research : R_2) คือ นำโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่จำนวน 30 คน และผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะจำนวน 10 ค

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development : D_2) คือ ติดตามประเมินผล ถอดบทเรียน ปรับปรุงโปรแกรมครั้งที่ 1

วงรอบที่ 3 ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 - สิงหาคม 2566 (เดือนที่ 8-12)

ขั้นตอนที่ 5 การวิจัย (Research : R_3) คือ นำโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ หลังปรับปรุงครั้งที่ 1 ไปใช้กับกลุ่ม ตัวอย่างเจ้าหน้าที่จำนวน 147 คนและผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 32 คน

ขั้นตอนที่ 6 การพัฒนา (Development : D_3) คือ ติดตามประเมินผล ถอดบทเรียนปรับปรุงโปรแกรมครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 7 การวิจัย (Research : R_4) คือ นำโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ หลังปรับปรุงครั้งที่ 2 ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่จำนวน 12 คนและผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะจำนวน 8 คน

ขั้นตอนที่ 8 การพัฒนา (Development : D_4) คือติดตามและประเมินผลโปรแกรมรายงานผลการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์ปัญหา พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ 4 ประเด็น คือ 1) มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะในชุมชน 2)มีการติดเชื้อในกระแสเลือด 3) เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) 4) มีการติดเชื้อซ้ำในผู้ป่วยรายเดิม วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการปฏิบัติตามแนวทางของ CAUTI bundle 2) ด้านการดูแลและติดตามผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน 3) ด้านการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Continuous of care)

2. การพัฒนาโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ซึ่งโปรแกรมพัฒนามาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ 3) การจัดการเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ 5) การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ และทฤษฎีการจัดการ

รายกรณีในการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดกรองและเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินสภาพ 3) การประสานงานการเฝ้าระวัง 4) การดำเนินการ 5) การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่าย 6) สิ้นสุดการดูแล ทำให้ได้โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย คือ การปฏิบัติตามหลัก 3C technique ประกอบด้วย CAUTI bundle , CM-CAUTI และ Continuous of care มีรายละเอียดดังนี้ 1) CAUTI bundle คือ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ประกอบด้วย 1.1 ใส่สายสวนปัสสาวะตามข้อบ่งชี้ 1.2 สวนปัสสาวะด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ 1.3 การดูแลขณะใส่สายสวนปัสสาวะ 1.4 การถอดสายสวนปัสสาวะ 2) CM-CAUTI หรือ Care and Monitor CAUTI คือ พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ในการดูแลและติดตามผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ประกอบด้วย 2.1 CM – CAUTI 1 คือ พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาทีม ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกรายและติดตามอาการผู้ป่วยทุกรายผ่าน web app notify 2.2 CM – CAUTI 2 คือ พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของตึกผู้ป่วยใน (ICWN) ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะทุกรายกรณีนอนโรงพยาบาล 2.3 CM – CAUTI 3 คือ พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของรพ.สต.ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนกรณีจำหน่ายกลับบ้าน 3) Continuous of care คือ การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะต่อเนื่องในชุมชน โดยพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver) รวมถึงผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีการปฏิบัติคือ 3.1 ดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของรพ.สต. 3.2 ดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver) 3.3 ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยประเมินการปฏิบัติและประเมินอาการติดเชื้อของตนเองผ่านแอปพลิเคชัน web app notify ซึ่งมีการแจ้งเตือนให้เจ้าหน้าที่รับทราบทันทีและเจ้าหน้าที่ตอบสนองต่อทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงผู้ป่วยและญาติทันทีเมื่อพบอาการของการติดเชื้อ

3. การประเมินผลการใช้โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย

3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการหาจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1) กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่จำนวน 159 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ร้อยละ 25.15 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. ร้อยละ 4.40 ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver) ร้อยละ 70.44 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.42 ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 30.18 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35.22 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 29.55

2) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะทั้งหมดจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 64.55 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.5 เป็นผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะรายเก่าที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน ร้อยละ 40

3.2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ตามแนวทางปฏิบัติของ CAUTI bundle สำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า หลังการใช้โปรแกรม ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า p – value < .05

3.3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย สำหรับพยาบาลที่ดูแลและติดตามผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลและในชุมชน (CM-CAUTI หรือ Care and monitor CAUTI) value < .05

3.4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

จากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Continuous of care) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า หลังการใช้โปรแกรม ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า p – value < .05

3.5 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแบบติดตามการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะโดยใช้แอปพลิเคชัน web app notify ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะรายเก่าก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า หลังการใช้โปรแกรม ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า p – value < .05

3.6 การประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลยสำหรับเจ้าหน้าที่ พบว่า ความเป็นไปได้ของโปรแกรมอยู่ในระดับมาก โปรแกรมมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ประสิทธิผลของโปรแกรม และโปรแกรมมีความชัดเจนตามลำดับ

3.7 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะสำหรับผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะอยู่ในระดับมาก โปรแกรมมีประโยชน์ต่อตัวท่าน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ โปรแกรมสามารถนำไปปฏิบัติได้และโปรแกรมมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ ตามลำดับ

3.8 เปรียบเทียบตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย พบว่า ไม่พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะในชุมชนลดลงจากร้อยละ 2.48 เป็น 0.23 การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะลดลงจากร้อยละ 1.86 เป็น 0 การเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะลดลงจากร้อยละ 0.63 เป็น 0 ไม่พบการตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community Acquired จากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ไม่พบการติดเชื้อซ้ำ วันนอนเฉลี่ยของการติดเชื้อลดลงจาก 6 วันเป็น 3 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาจากการติดเชื้อลดลงจาก 2,080 บาท/ราย เป็น 1,323 บาท/ราย

สรุปและอภิปรายผล

1. การศึกษาสถานการณ์ปัญหา พบปัญหาหลัก 4 ประเด็น คือ 1) ผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะในชุมชน 2) ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนปัสสาวะ 3) เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 4) มีการติดเชื้อซ้ำในผู้ป่วยรายเดิม สาเหตุของปัญหาสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการปฏิบัติตามแนวทางของ CAUTI bundle คือ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติไม่ครบถ้วน ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติไม่ครอบคลุม 2) ด้านการดูแลและติดตามผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน คือ ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องและไม่ทราบอาการแจ้งเตือนของการติดเชื้อ พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่สามารถทราบการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อและอาการผิดปกติของผู้ป่วยแต่ละรายได้ทันที 3) ด้านการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Continuous of care) คือ มีการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ไม่มีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยในชุมชน ไม่มีระบบติดตามการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ผลกระทบจากปัญหาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ได้แก่ 1) ระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะนานขึ้น 2) วันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น 3) ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น 4) ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงสูง สอดคล้องกับ กาญจนา ชวนไชยสิทธิ์ (2562)[6] และ อารักษ์ พระสว่างและคณะ (2566)[7] การพบปัญหาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน

ปัสสาวะโดยเฉพาะการติดเชื้อในชุมชนและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แสดงให้เห็นถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะยังขาดความเข้มแข็ง โดยเฉพาะในมาตรการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การไม่ปฏิบัติตามแนวทางของ CAUTI bundle อย่างครบถ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนได้ อีกทั้งยังขาดการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน นอกจากนี้การดูแลในชุมชนที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าไม่ถึงการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของการติดเชื้อ แม้จะมีการให้ความรู้แต่ผู้ป่วยอาจหลงลืมได้ ทำให้เห็นถึงความจำเป็นของการสร้างเครือข่ายทีมดูแลผู้ป่วยในชุมชนและระบบติดตามผลหลังจำหน่ายผู้ป่วย การพัฒนารูปแบบการดูแลในรูปแบบใหม่เป็นแนวทางที่สำคัญและจำเป็นเพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลและลดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้นำข้อค้นพบเหล่านี้ไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะในรูปแบบใหม่ เพื่อแก้ไขปัญหาและลดผลกระทบจากการติดเชื้อในอนาคต

2. การพัฒนาโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย เป็นการรวบรวมข้อมูลประเด็นปัญหาความต้องการที่ได้จากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จากนั้นได้เข้าสู่ขั้นตอนการบูรณาการ วิเคราะห์ข้อมูลระดมความคิดของคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการร่างโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทและข้อมูลที่ได้ ซึ่งโปรแกรมพัฒนามาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะและทฤษฎีการจัดการรายกรณีในการพยาบาล การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ พัฒนาทั้งหมด 3 วงรอบ ทำให้ได้โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย คือ การปฏิบัติตามหลัก 3C technique ประกอบด้วย CAUTI bundle , CM-CAUTI และ Continuous of care โดย 1) CAUTI bundle คือ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ประกอบด้วยการใส่สายสวนปัสสาวะตามข้อบ่งชี้ สวนปัสสาวะด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ การดูแลขณะใส่สายสวนปัสสาวะ การถอดสายสวนปัสสาวะ 2) CM-CAUTI หรือ Care and Monitor CAUTI คือ พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ในการดูแลและติดตามผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ 3) Continuous of care คือ การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะต่อเนื่องในชุมชน โดยพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของรพ.สต.ร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver) รวมถึงผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองและรายงานผลผ่านแอปพลิเคชัน web app notify ได้เพื่อแจ้งเตือนและตอบสนองจากทีมดูแลได้ทันท่วงที การพัฒนาโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะเป็นการบูรณาการความรู้และความต้องการจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการในพื้นที่ ทำให้โปรแกรมมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งการนำแนวทาง CAUTI bundle มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นการยืนยันการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งต้องมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การจัดระบบให้มี CM-CAUTI เชื่อมโยงพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทุกระดับตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน ช่วยให้มีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศคือแอปพลิเคชัน web app notify ในการแจ้งเตือนและสื่อสารทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพและทันท่วงที โดยการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและเฝ้าระวังอาการผ่านแอปพลิเคชัน ถือเป็นนวัตกรรมสำคัญที่ช่วยเพิ่มความรับผิดชอบและลดภาระการดูแลจากเจ้าหน้าที่ รวมทั้งลดโอกาสการเกิดการติดเชื้อ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อที่รุนแรง การดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Continuous of care) ทำให้สามารถลดการติดเชื้อซ้ำและภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ เป็นการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับชุมชนจนเกิดเครือข่ายที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายการรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามความสำเร็จของโปรแกรมขึ้นกับการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ การจัดการทรัพยากรและการ

สนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงความเข้าใจและความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นความท้าทายที่สำคัญในการปฏิบัติงาน

3. การประเมินผลการใช้โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ภายหลังจากที่ได้นำโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ โดยการมีส่วนร่วมของทีมดูแลผู้ป่วยและเครือข่ายในชุมชน ได้มีการประเมินในประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การปฏิบัติตามโปรแกรมของทีมดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรม การปฏิบัติตามแบบติดตามการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะโดยใช้แอปพลิเคชัน web app notify ของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แบบติดตาม การประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม การประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม และประเมินตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย จากการประเมิน พบว่า 1) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลปฏิบัติตาม CAUTI bundle มากขึ้น 2) พยาบาลที่ดูแลและติดตามผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน (CM-CAUTI) มีการปฏิบัติที่ดีขึ้น 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver) มีการดูแลต่อเนื่องได้ดีขึ้น 4) ผู้ป่วยและญาติที่ใช้ระบบติดตามการปฏิบัติและอาการผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชัน web app notify มีการปฏิบัติในการเฝ้าระวังการติดเชื้อและมีระบบการแจ้งเตือนอาการของการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยมีระบบเฝ้าระวังอาการติดเชื้อ 5) โปรแกรมมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้จริง มีความเหมาะสมและประสิทธิภาพ 6) ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์และสะดวกต่อการนำไปใช้ 7) ตัวชี้วัดสำคัญด้านอัตราการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างชัดเจน เช่น ไม่พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล การติดเชื้อในชุมชนลดลงจากร้อยละ 2.48 เหลือร้อยละ 0.23 การติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงจากร้อยละ 1.86 เหลือ 0 ไม่พบภาวะช็อคและการตายจากการติดเชื้อ วันนอนรวมของการติดเชื้อลดลงจาก 6 วันเหลือ 3 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลงจาก 2,080 บาทเหลือ 1,323 บาทต่อราย ซึ่งจากผลการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้ตัวชี้วัดอัตราตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของจังหวัดและเขตสุขภาพลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2565-2567 สอดคล้องกับนาตยา ทองพลับ[8] และสอดคล้องกับธัญพัฒน์ เหล่าพิเชียรพงษ์[9] ผลการศึกษาแสดงให้ว่าโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มมากขึ้น มีการนำแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องมาใช้จริงจึงลดภาระและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี การฝึกอบรมและติดตามการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศคือแอปพลิเคชัน web app notify เป็นตัวช่วยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงข้อมูลการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนอาการของการติดเชื้ออย่างทันเวลา ช่วยลดความล่าช้าในการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการผิดปกติ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เห็นผลชัดเจน คือ การลดลงของอัตราการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะช็อค การตายและการติดเชื้อซ้ำ รวมถึงระยะเวลาการนอนและค่าใช้จ่าย แสดงให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและช่วยประหยัดทรัพยากรระบบสุขภาพ ผลการประเมินความเป็นไปได้และความคิดเห็นของผู้ใช้โปรแกรมเป็นไปในทางที่ดี แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนและผู้ใช้บริการพึงพอใจ ซึ่งช่วยให้เกิดการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในภาพรวม ข้อจำกัดและโอกาสพัฒนา แม้ผลจะดีแต่จำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินผลในระยะยาว เพื่อยืนยันความยั่งยืน รวมถึงพัฒนาเครื่องมือและระบบสนับสนุนให้เหมาะสมกับเทคโนโลยีและบริบทในอนาคต สรุปได้ว่า โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะช่วยส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการส่งเสริมและขยายผลการใช้โปรแกรมนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันปัญหาการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลและชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ส่วนกลางและจังหวัดควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะอย่างจริงจัง เพื่อช่วยลดภาระงบประมาณในการรักษา และลดงานประจำของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการส่งเสริมและพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรพร้อมทั้งพัฒนาแนวปฏิบัติให้เหมาะสมควบคู่กันไป โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่และโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติ

2.1 การนำโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะของอำเภอผาขาว จังหวัดเลยไปปฏิบัติจริงในระดับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ควรกำหนดขั้นตอนการใช้งานให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล โดยเน้นการสนับสนุนกระบวนการทำงานเป็นทีมและส่งเสริมการสร้างเสริมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ดูแล และการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

2.2 ควรมีการส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายภาคีต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความสำเร็จและประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการติดเชื้อ

3. การวิจัยในอนาคตควรเพิ่มการทดลองเปรียบเทียบในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีขนาดและลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อศึกษาความแตกต่างและปรับปรุงประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และชุมชนที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ ได้ความกรุณาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย นายแพทย์ยอดลักษ์ สัยลังกา ที่ได้ทุนสนับสนุนการวิจัย ตลอดจนบุคลากรโรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย และผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ที่มีส่วนสำคัญทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention.(2017). Contingency contracting to enhance patient compliance: a review. Patient Educ Couns. 5(4):165-78.
2. Manosuthi W, Thientong V, Moolasart V, Rongrungrueng Y, Sangsajja C, Danchaivijitr, S.(2017). Healthcare Associated Infections at Selected Hospital in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 204-212.
3. ระบบฐานข้อมูลโรคติดเชื้อ (IC Surveillance Program) [อินเทอร์เน็ต]. (2565). นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2565 - เข้าถึงได้จาก: https://www.nicc-ipcprogram.org
4. กลุ่มการพยาบาล.(2565). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว. โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.
5. ลินจง บุญถนอม และลำภู เนียมทอง.(2560). ผลการจัดการแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพงาน IC ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2(3): 35-45.
6. กาญจนา ชวนไชยสิทธิ์ และคณะ.(2562). การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36(1): 224-233.
7. อารักษ์ พระสว่าง และคณะ.(2566). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในชุมชน อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ.
8. นาตยา ทองพลับ.(2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลทั่วไป. โรงพยาบาลแม่สอด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย.
9. ธัญพัฒน์ เหล่าพิเชียรพงษ์.(2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง. วิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ คณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วมได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย

Elderly Nursing Care for Osteoarthritis with Co-Morbidities undergoing Total Knee Arthroplasty : 2 case studies

(Received: March 10,2024 ; Revised: March 23,2024 ; Accepted: March 24,2024)

ภณิชชา เฮ้าประมงค์[1]
Phanitcha Houseprakhamong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย ในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วมได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อเปรียบเทียบ สาเหตุการเกิดโรค อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน โดยใช้วิธีศึกษาด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จากประวัติเวชระเบียน การสังเกต และการสัมภาษณ์ ประเมินตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ในระยะก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy adaptation theory) สู่การปฏิบัติการพยาบาลในระยะนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเรียนรู้ ส่งเสริมศักยภาพ ปรับตัว ได้อย่างเหมาะสม ใช้ระยะเวลาศึกษา เดือนมกราคม 2566 – สิงหาคม 2566

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมของกรณีศึกษาผู้สูงอายุทั้ง 2 ราย ที่เหมือนกันคือ อายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยกรณีศึกษาที่1 หญิงสูงอายุรูปร่างท้วมก่อนผ่าตัดควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ รักษาด้วยการผ่าตัด Bilateral Total knee arthroplasty (TKA) with medial release โดย ทำ epidural block in bilateral TKA จัดการอาการปวดด้วย Epidural morphine 72 ชั่วโมงหลัง และบริหารข้อเข่าทั้ง 2 ข้าง โดยใช้เครื่องบริหารข้อเข่าต่อเนื่อง ได้ 0-120 องศา ฝึกเดินด้วยเครื่องพยุงเดิน 4 ขา ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล 8 วัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 หญิงสูงอายุกว่า รูปร่างผอม มีโรคประจำตัวเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 โรคโลหิตจางเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง รักษาด้วยการผ่าตัด Left knee arthroplasty หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง มีอาการ Acute chest pain รักษาด้วยยา ASA gr.V, Palvix, Enoxaparin หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง อาการดีขึ้น บริหารข้อเข่าซ้าย เครื่องบริหารข้อเข่าต่อเนื่องได้ 0-90 องศา และฝึกเดิน ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล รวม 10 วัน กรณีศึกษาทั้ง 2 รายนัดติดตามการรักษา 2 สัปดาห์ โดยกรณีศึกษารายที่ 2 นัดฟื้นฟูสภาพข้อเข่าที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่นทุกวัน

คำสำคัญ : กระบวนการพยาบาล, ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วมได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด

Abstract

This study was case study aimed to study elderly patients with osteoarthritis and comorbidities who received knee replacement surgery. to compare Causes of disease, symptoms, treatment, complications using content analysis methods. From medical records, observations, and interviews Assessed according to Gordon's 1 1 health assessment framework. Nursing practice according to the nursing process concept. Define nursing diagnosis Summary and evaluation of results in the preoperative period. after surgery rehabilitation and continuous care Using Roy adaptation theory to nursing practice in this phase. So that patients and families can learn Promote potential to adapt appropriately The study period is January 2023 - August 2023.

The results: factors promoting the development of knee osteoarthritis in the two elderly case studies were the same: increasing age Resulting in osteoarthritis. By case study 1 A chubby elderly woman before surgery had her high blood pressure controlled with regular medication. Treated with surgery: Bilateral Total knee arthroplasty (TKA) with medial release by performing an epidural block in bilateral TKA, managing pain with Epidural morphine 72 hours after, and exercising both knees On CPM (continuous passive motion) 0-120

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น

degrees. Practice. Walking with a walker frame, length of stay in hospital 8 days, case study number 2 A very old woman with a thin build He has a chronic kidney disease, stage 4. chronic anemia and high blood pressure with intermittent medication use Treated with Left knee arthroplasty. After 24 hours of surgery, there was acute chest pain. Treated with ASA gr.V, Palvix, Enoxaparin. After 48 hours of surgery, symptoms improved. Exercise the left knee joint. On CPM 0-90 degrees and practice walking for a period of time. Stayed in the hospital for a total of 10 days. Both case studies made an appointment for follow-up treatment for 2 weeks. The second case study made an appointment for knee joint rehabilitation at the physical therapy department. Khon Kaen Hospital every day

Keywords: Nursing process, Elderly Nursing Care for Osteoarthritis with Co-Morbidities undergoing Total Knee Arthroplasty

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยมากในบรรดาข้อกระดูกเสื่อมทั้งหลาย มักเกิดควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงสู่วัยสูงอายุ ร้อยละ 70-80 พบในผู้สูงอายุ[1] ซึ่งข้อเข่าเสื่อมนอกจากจะทำให้เกิดอาการเจ็บปวดแล้วถ้าเป็นมากอาจก่อให้เกิดความพิการหรือผิดรูปของกระดูกเข่าถาวรส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวลดลงได้ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total Knee Arthroplasty:TKA) เป็นวิธีการรักษาผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงที่มีประสิทธิภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการปวดเข่าสามารถเดินเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆได้[2] แต่ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคร่วมและต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมนั้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ เช่น ภาวะเสียเลือด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหรือข้อเข่า การบาดเจ็บต่อหลอดเลือดและเส้นประสาท ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา ภาวะลิ่มเลือดอุดตนที่ปอด ข้อเข่าติดรวมถึงความเสี่ยงจากโรคประจำตัว ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษานานและอาจกลายเป็นความพิการถาวร ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วมได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จึงต้องการการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการเฉพาะตั้งแต่แรกรับ จนถึงระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ในทุกระยะของการให้การดูแลมีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมากในช่วงระยะวิกฤติการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ร่วมกับความเชี่ยวชาญในการดูแลก็จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤติ การประเมินและวางแผนฟื้นฟูสภาพ และการวางแผนจำหน่ายดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวมร่วมกับสถานพยาบาลที่จะรับดูแลต่อเนื่องก็เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ดำรงชีวิตอยู่ได้ตามศักยภาพ

จากสถิติ หอผู้ป่วยกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น มีจำนวนผู้เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ปี 2563-2566 จำนวน 35, 45, 121 ราย[3] ตามลำดับและมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น ได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งเป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ผู้ศึกษาค้นคว้า การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วมได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม กรณีศึกษา 2 ราย เกี่ยวกับ พยาธิสภาพ สาเหตุ อาการ และอาการแสดง การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่ต้องใช้ทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพโดยนำใช้กรอบการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ร่วมด้วยปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล ประเมินในระยะก่อนผ่าตัด ส่วนการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพข้อเข่าและการดูแลต่อเนื่องได้นำใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy adaptation theory) สู่การปฏิบัติการพยาบาลในระยะนี้ เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเรียนรู้ ส่งเสริมศักยภาพปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และจัดการสิ่งแวดล้อมได้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วมได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 2 ราย

วิธีการศึกษา

เลือกกรณีศึกษา 2 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วมรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น และศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากตำรา เอกสารวิชาการ การสืบค้นงานวิจัย 2) ประเมินภาวะสุขภาพ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แบบบันทึกการเก็บข้อมูลผู้ป่วย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) รวบรวมข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยการรักษาจากเวชระเบียน สังเกต สอบถามและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและญาติ 4) วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เนื้อหาเปรียบเทียบการกระบวนการพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคล แบบแผนสุขภาพ การรักษา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งการวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านข้อเทียมและนักกายภาพบำบัด 5) เปรียบเทียบกรณีศึกษา ประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) การวางแผนจำหน่ายแบบ D-MEDTHOD และดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านนำใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy adaptation theory)

ผลการศึกษา

1. ประเมินภาวะสุขภาพ สังเกต ซักประวัติ ตรวจร่างกาย โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แบบบันทึกการเก็บข้อมูลผู้ป่วย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป อาการ อาการแสดง ประวัติสุขภาพ พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 เป็นหญิงสูงอายุ อายุ 65 ปี ยังทำไร่ทำนาเป็นอาชีพหลัก เรียนจบชั้นประถมศึกษา มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ใช้สิทธิการรักษาบัตรทองยกเว้นค่าธรรมเนียม ด้านการดูแลช่วยเหลือตนเอง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้บางส่วน เป็นสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกัน 4 คน มีบุตรชายคอยดูแลช่วยเหลือดี ให้ประวัติ 2 ปีก่อนปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง ปวดเข่าขวามากกว่าข้างซ้าย มักมีอาการปวดมากเมื่อเปลี่ยนท่า และ 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลปวดมากขึ้นเดินลำบาก ขณะเดินต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุงตัว ซึ่งผลของการเอกซเรย์เข่าทั้ง 2 ข้าง พบกระดูกอ่อนสึกกร่อน และช่องระหว่างข้อแคบชิดติดกัน ข้อติดแข็ง วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมทั้ง 2 ข้างซึ่งเข่ามีผิดรูป และพิจารณารักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นหญิงชรามาก อายุ 81 ปี สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน มีหลานเป็นคนดูแลหลัก เรียนจบชั้นประถมศึกษา เดินโดยใช้ไม้เท้า มีโรคประจำตัวเป็นไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 โลหิตจางเรื้อรัง และความดันโลหิตสูง ให้ประวัติเคยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข่าขวาเมื่อปี 2563 ครั้งนี้มาด้วยอาการปวดเข่าซ้ายมาก ผลเอ็กซเรย์พบข้อเข่าติดผิดรูป แพทย์วินิจฉัยข้อเข่าซ้ายเสื่อมพิจารณารักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

2. การเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน จากการซักประวัติ พบว่า แบบแผนสุขภาพที่มีความแตกต่างของ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังนี้ 1) การรับรู้และการดูแลสุขภาพ กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 รับทราบเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และต้องรักษาด้วยการผ่าตัด อีกทั้งทราบว่ามีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาด้วยการรับประทานยาต่อเนื่อง แต่พบว่ากรณีศึกษาที่1 ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยการจำกัดการรับประทานอาหารเฉพาะโรค แต่กรณีศึกษาที่ 2 ไม่ได้ควบคุมอาหาร และการรับประทานยาจะไม่ต่อเนื่อง 2) การพักผ่อนนอนหลับ พบว่ากรณีศึกษาที่1 มีปัญหาการนอนไม่หลับเนื่องจากอาการปวดเข่าต้องรับประทานยานอนหลับประจำ ส่วนกรณีศึกษาที่2 นอนหลับได้ปกติ 3)

สติปัญญาและการรับรู้ พบว่า กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะตาทั้ง 2 ข้างพร่ามัว 4) กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 case ADL อยู่ในระดับ ภาวะพึ่งพาปานกลาง (Mild dependent)[4]

ข้อมูลภาพถ่ายรังสี และ EKG ของกรณีศึกษา 2 ราย กรณีศึกษาที่ 1 พบความเข้มข้นเลือดต่ำ เม็ดเลือดแดงน้อยกว่าเกณฑ์ ซึ่งอาจเกิดจากการเสื่อมตามอายุ มีการสร้างเม็ดเลือดแดงทดแทนเซลล์เก่าช้าลงจำนวนเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินลดลงด้วย สำหรับ SGOT สูงกว่าเกณฑ์ อาจเป็นเอนไซม์ที่ตรวจพบในเลือดเมื่อมีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อจากภาวะข้อเข่าทั้ง 2 ข้างเสื่อม กรณีศึกษาที่ 2 ผลตรวจเลือดพบผิดปกติ คือ ก่อนการผ่าตัด มีภาวะความเข้มข้นเลือดต่ำ เม็ดเลือดแดงน้อยกว่าเกณฑ์ ซึ่งสาเหตุเกิดจากสูงอายุและโรคไตเรื้อรังซึ่งได้รับการรักษาให้ PRC 1 unit มีค่า BUN สูง Albumin ต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะไตกำลังเสียหาย หลังผ่าตัดตรวจเลือดพบ มีภาวะความเข้มข้นเลือดต่ำ เม็ดเลือดแดงน้อยกว่าเกณฑ์ ค่า BUN สูง เม็ดเลือดขาวสูง คาร์บอนไดออกไซด์สูง อาจบ่งบอกถึง ไตเสียหน้าที่ ภาวะร่างกายที่มีการบาดเจ็บมาก หรือเลือดมีภาวะเป็นกรด และค่าน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นหลังการผ่าตัดอาจบ่งบอกได้ถึงภาวะเครียดของร่างกาย

กรณีศึกษาที่1 ผลเอกซเรย์เข่าทั้ง 2 ข้างมีความเสื่อมระดับรุนแรง กระดูกอ่อนสึกกร่อน และช่องระหว่างข้อแคบชิดติดกัน ข้อติดแข็ง ผลเอกซเรย์ปอดไม่มีภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปวด และไม่มีหัวใจโตคลื่นหัวใจปกติ ผลตรวจกรณีศึกษาที่ 2 พบว่ามีภาวะข้อเข่าขวาเสื่อม เอกซเรย์ปอดพบภาวะหัวใจโตปานกลาง คลื่นหัวใจ Normal sinus rhythm อัตราการเต้นของหัวใจ 66 ครั้ง/นาที และไม่พบกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ตารางที่ 1 สรุปเปรียบเทียบการรักษา ของกรณีศึกษา 2 ราย

ระยะ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
ก่อนผ่าตัด	หญิงสูงอายุรูปร่างท้วม ก่อนผ่าตัดให้การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ และเตรียมผ่าตัด TKA both knee โดย มีการ consult Anes เพื่อทำ epidural block in bilateral TKA	หญิงสูงอายุกว่ามีรูปร่างผอม มีโรคประจำตัว คือ โรคไตวายเรื้อรัง โลหิตจางเรื้อรัง และความดันโลหิตสูง ก่อนการผ่าตัด Lt. TKA เตรียมความพร้อมด้วยการให้ PRC 1 unit เมื่อพบว่ามีฮีมาโตคริท 26vol% พร้อมกับปรึกษาแพทย์เฉพาะโรคอายุรกรรม วิสัญญีแพทย์ ซึ่งได้มีการปรับยาความดันโลหิตเพิ่มเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้
หลังผ่าตัด	มีแผลผ่าตัดที่เข่าทั้ง 2 ข้าง อาการปวดมาก Pain score 8-10 คะแนนในช่วงหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงจึงจัดการอาการปวดด้วย Epidural morphine และยาบรรเทาปวดแบบรับประทาน และบริหารข้อเข่าทั้ง 2 ข้างด้วยการขึ้น CPM (continuous passive motion) ได้ 0-120 องศา หัดเดินแบบ Full weight barring ด้วย walker flame ซึ่งใช้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลทั้งหมด 8 วัน นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์	หลังการผ่าตัด Lt.TKA พบ ผู้ป่วยเหนื่อย O_2sat 80-88% ให้ On O_2 Mask with bag 10 LPM มีอาการ Acute Chest pain ประกอบกับผล Trop-T สูงกว่าเกณฑ์ consult Med emergency และ Cardio-Med เพื่อประเมินอาการซึ่งสงสัย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ PE (Pulmonary embolism) ให้การรักษาด้วยยา ASA gr.V, Palvix Enoxaparin หลังผ่าตัด 2 วันผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ค่าผล Trop-T ปกติ จึงเริ่มกายภาพบำบัด On CPM 0-90 องศาและฝึกเดิน รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 10 วัน นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ และฝึกงอ-เหยียดเข่าที่แผนกกายภาพบำบัดทุกวัน

3. วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เนื้อหาเปรียบเทียบการกระบวนการพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคล แบบแผนสุขภาพ การรักษา ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินปัญหาตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ของกอร์ดอน ของกรณีศึกษา 2 ราย

ระยะ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
ก่อนผ่าตัด	1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง	1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเข่าซ้าย
	2. มีโอกาสเกิดพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเดินลำบาก	2. มีโอกาสเกิดพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเดินลำบาก
	3. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	3. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
หลังผ่าตัด	4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
	5. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากปวดเข่าเดินลำบาก	5. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากปวดเข่าเดินลำบาก
	6. อ่อนเพลียจากการนอนไม่หลับ	6. ไม่พบ
	7. ไม่พบ	7. มีโอกาสได้รับอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง
	8. ไม่พบ	8. อ่อนเพลียจากภาวะซีด
	9. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาบรรเทาปวด Epidural morphine	9. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและแบบระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
	10. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้ง 2 ข้าง ได้แก่ Pulmonary embolism, deep vein thrombosis, Fat embolism	10. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้าง ได้แก่ Pulmonary embolism, deep vein thrombosis, Fat embolism
	11. มีโอกาสได้รับอันตรายจากการเสียเลือดในการผ่าตัด	11. มีโอกาสได้รับอันตรายจากการเสียเลือดในการผ่าตัด
	12. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลหลังผ่าตัด	12. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลหลังผ่าตัด
	13. มีโอกาสได้รับอันตราจากการได้รับยาแก้ปวด	13. มีโอกาสได้รับอันตรายจากการได้รับยาแก้ปวด
	14. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	14. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
	15. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ	15. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
	16. มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มเนื่องจากลุกเดินลำบากเพราะมีแผลผ่าตัดที่เข่าทั้ง 2 ข้าง	16. มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มเนื่องจากลุกเดินลำบากเพราะมีแผลผ่าตัดที่เข่าซ้าย
	17. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติดยึดแข็ง	17. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติดยึดแข็ง
	18. ไม่มี	18. มีโอกาสได้รับอันตรายจากการได้รับยา Enoxaparin
	19. ไม่มี	19. มีโอกาสได้รับอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
ก่อนจำหน่ายและวางแผนดูแลต่อเนื่อง	20. ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน	20. ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน

จากตารางพบว่า กรณีศึกษา 2 ราย พบว่า 1) ระยะก่อนการผ่าตัด มีปัญหาที่เหมือนกัน 5 ข้อ คือ ข้อ 1 ,2, 3, 4 และ5 ส่วนความแตกต่าง พบว่าข้อ 5 เป็นปัญหาการนอนไม่หลับของกรณีศึกษาที่1 และข้อ 6 และ7 เป็นปัญหาของกรณีศึกษาที่2 เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะซีด 2) ระยะหลังผ่าตัด พบปัญหาที่เหมือนกัน 4 ข้อ คือ ข้อ 9-16 ข้อที่มีความแตกต่างกัน คือ ข้อ 8 คือ กรณีศึกษาที่1 ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาบรรเทาปวด Epidural morphine กรณีศึกษาที่2 ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง และข้อ 17, 18 กรณีศึกษารายที่2 ต้องเฝ้าระวังอันตรายจากการได้รับยา Enoxaparin และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 3) ระยะก่อนจำหน่ายและวางแผนดูแลต่อเนื่อง พบปัญหากรณีศึกษาทั้ง 2

รายเหมือนกัน คือขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน

4. การวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายแบบ D-MEDTHOD และดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านโดยทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy adaptation theory)

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมิน กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล ของกรณีศึกษา 2 ราย การพยาบาลที่สำคัญในแต่ละระยะมีดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด	
พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เกณฑ์การประเมิน 1. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการและขั้นตอนเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ถูกต้อง	1. อธิบายและให้คำแนะนาเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประเมินความเข้าใจ ให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เพื่อให้คำแนะนาได้ตรงประเด็น 2. ให้คำแนะนาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดทั่วไป เรื่องการงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน การทำความสะอาดร่างกาย การนอนหลับให้เพียงพอ การรับประทานยา Premedication 3. สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้ Triflow ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าและออกปกติ 2-3 ครั้ง จากนั้นอม mouth pieces แล้วสูดหายใจเข้าเต็มที่ช้าๆ และค้างในช่วงสุดท้ายของการหายใจเข้าประมาณ 2-3 วินาทีแล้วจึงปล่อยตามจังหวะหายใจออก ทำติดต่อกัน 5-10 ครั้ง/รอบ ทำ 10 รอบ หรือ พยายามให้สูดได้อย่างน้อย วันละ 100 ครั้ง/วัน จะเพิ่มประสิทธิภาพการ ทำงานของปอดได้ดี[5] 4. แนะนำประเมินความปวดโดยใช้ Numeric rating scale และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดและเมื่อเริ่มรู้สึกปวดให้รีบแจ้งพยาบาลทันทีเพื่อรับยาบรรเทาปวด 5. สอนและสาธิตการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูร่างกาย เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อ ป้องกันข้อติดแข็ง โดยสามารถทำทันทีหลังผ่าตัดเมื่ออาการชาของขาลดลง ควรทำทุกวัน วันละ 3-4 เวลา รวมแล้วได้วันละ 100-200 ครั้ง ต่อการบริหาร 1 ท่า ควรทำ 2 ข้างดังนี้[6] ท่าที่ 1 บริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (quadriceps) โดยการนั่งบนเก้าอี้ หรือบนเตียง แล้วเหยียดเข่าให้ตรง กระดกข้อเท้า เกร็งไว้ประมาณ 10-15 วินาที (นับ 1 ถึง 10) แล้วจึงคลายออก งอเข่าลงนับเป็นการบริหาร 1 ครั้ง ท่าที่ 2 บริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า โดยหงายราบ ขาเหยียดตรง กระดกข้อเท้าขึ้นให้ปลายนิ้วชี้ไปที่เพดาน กดเข่าลงให้แนบกับเตียง ทำค้างไว้ประ 10-15 วินาที แล้วจึงคลายพักเข่า นับเป็น 1 ครั้ง ท่าที่ 3 บริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (quadriceps) โดยนอนราบ เหยียดขาตรง แล้วยกขาข้างหนึ่งขึ้นสูงจากพื้นประมาณ 34 นิ้ว เกร็งค้างไว6ประมาณ 10 วินาที แล้วปล่อยขาลงช้าๆ ทาประมาณ 10 ครั้งทาสลับขาซ้าย ขาขวา ท่าที่ 4 บริหารข้อเท้า (ankle pumps) นอนราบ เข่าเหยียดตรง กระดกข้อเท้าขึ้นลงขณะกระดกข้อเท้าขึ้นหรือ ลง ให้ทาค้างไว้10 วินาที แล้วหมุนข้อเท้าทาสลับกันระหว่างขาข้างซ้าย กับขาข้างขวา ท่านี้สามารถเริ่มทาได้ตั้งแต่ทาผ้าตัดเสร็จ และอยู่ในห้องพักฟื้น ท่าที่ 5 บริหารกล้ามเนื้อสะโพก นอนหงายชันเข่าทั้งสองข้างขึ้นแล้วยกสะโพกขึ้น ทำค้างไว้ 5วินาทีแล้วยกสะโพกลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง
	ท่าที่ 6 บริหารข้อเข่า ใช้หมอนรองใต้เข่างอ 30 องศา แล้วยกเท้าขึ้นให้เข่าเหยียดตรง ค้างไว้ 5 วินาที นับเป็น 1 ครั้งทำ 10-20 ครั้ง ท่าที่ 7 บริหารข้อเข่าให้งอได้ดี นอนคว่ำงอเขาขึ้นทำค้างไว้ 5 วินาที แล้วเอาลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง ท่าที่ 8 บริหารข้อเข่าให้งอ นั่งบนเก้าอี้หรือขอบเตียง ใช้เท้าข้างไม่ผ่าตัดประคองข้างผ่าตัดที่เอ็นร้อยหวาย แล้วยกขาข้างผ่าตัดให้สูงเท่าที่ทำได้ ทำค้างไว้นับ 1 ถึง 10 (เมื่อขาที่ผ่าตัดแข็งแรง ให้ยกขาเอง) 6. ประเมินความรู้ และการปฏิบัติตนหลังจากให้ข้อมูลและให้ฝึกตามคำแนะนำ **ประเมินผลทางการพยาบาล:** 1.ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการและขั้นตอนเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ถูกต้อง 2.ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ถูกต้อง **สรุปผล** ปัญหาของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการแก้ไข ปัญหานี้หมดไป
ระยะหลังผ่าตัด	
มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสัน	1.ประเมินอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ บ้านหมุนคล้ายจะเป็นลมจากความดันโลหิตต่ำ[7] ประเมินอาการเป็นพิษจากยาชา ได้แก่ มึน ศีรษะ (dizziness), ขมปาก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
หลัง วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จาก การได้ยาระงับความรู้สึก ทางไขสันหลัง เกณฑ์การประเมิน 1.ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ความดัน โลหิตต่ำ ปัสสาวะไม่ออก เป็นพิษจากยาชา ได้แก่ มึนศีรษะ ชมปาก หูอื้อ สับสน พูดไม่ชัด กล้ามเนื้อกระตุก ชัก ความดันโลหิตต่ำ หัว ใจเต้น ช้าจนหยุดเต้น 2.สัญญาณชีพอยู่ในระดับ ปกติ ความดันโลหิต90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ16-20 ครั้ง/นาที	(metallic taste), หูอื้อ (tinnitus), ชารอบปาก (perioral numbness) มีอาการวุ่นวายสับสน (agitation), พูดไม่ชัด (slurred speech), กล้ามเนื้อกระตุก (muscle twitching), ชัก (generalized tonic-clonic seizure) ความดันโลหิตต่ำ (hypotension), หัว ใจเต้นช้าจนหยุดเต้น (asystole) รีบรายงานแพทย์ 2. ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ ความรู้สึกชาขาทั้ง 2 ข้าง[8] โดยให้ผู้ป่วยขยับขา ยกขา อาการชาจะลดลง ความรู้สึกรับสัมผัสจะเริ่มกลับมา 1-4 ชั่วโมง[7] 3. จัดท่าให้นอนหงายราบ 6-8 ชั่วโมง พลิกตะแคงตัว แบบท่อนซุง เพื่อหลีกเลี่ยงความดันโลหิตต่ำจากระบบ ประสาทอัตโนมัติ 4. ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณ ชีพจะคงที่ 5. ดูแลให้สารน้ำ Acetar 1000 ml vein drip 80 ml/hr. หมด off ตามแผนการรักษา 6. ประเมิน bladder full หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะไม่ออกภายใน 8 ชั่วโมง รายงานแพทย์ **ประเมินผลทางการพยาบาล:** กรณีศึกษารายที่1 ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ ไม่อาเจียน BP 150/76 mmHg PR 84 /min RR 18 /min ออกซิเจนในเลือด 98-100% ปัสสาวะออก 500 ml. กรณีศึกษารายที่2 ผู้ป่วยวิงเวียนศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน เจ็บหน้าอก BP 134/76 mmHg – 74/52 mmHg PR 80-102 /min RR 18-24 /min ออกซิเจนในเลือด 88-100% ปัสสาวะออก 400 ml. **สรุปผล** กรณีศึกษารายที่ 2 เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้ยาระงับความรู้สึก มีอาการเวียนศีรษะ เจ็บหน้าอก ค่าออกซิเจนในเลือดลดต่ำสุด 88% ให้เป็น O_2 mask with bag 10 LPM และปรึกษาแพทย์อายุรกรรม ได้รับยาตามแผนการรักษา
มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้แก่ deep vein thrombosis วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Deep vein thrombosis	1. ประเมินภาวะ Deep vein thrombosis มีอาการ ปวด บวม แดง ร้อน 2.ประเมิน Homen's sign หาก positive ผู้ป่วยจะมี อาการปวดเมื่อกระดกข้อเท้าขึ้นขณะที่เข่าอยู่ในท่า เหยียดตรง วัดขาเพื่อประเมินเทียบระดับ Swelling 3.ประเมิน capillary refill โดยการทำ blanching test เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดของอวัยวะส่วน ปลาย ซึ่งต้องมีค่า < 2 sec 4. ยกขาส่วนที่ได้รับบาดเจ็บสูงกว่าระดับหัวใจ เพราะจะลดการบวมเกิดจากการคั่งของน้ำในเนื้อเยื่อและกด ปลายประสาทรับความรู้สึก การยกให้สูงจะช่วยให้การ ไหลเวียนกลับของเลือดดำและน้ำเหลืองดีขึ้น[9]
เกณฑ์การประเมิน 1.ไม่มีอาการขาบวมตึง ไม่มี อาการปวดน่องไม่มีอาการกด เจ็บบริเวณน่อง สีผิวไม่ซีดเย็น Capillaryrefill <2 sec 2.คลำ dorsalis pedis ได้ชัดเจน 2+ และสม่ำเสมอเท่ากันทั้งสองข้าง 3.Homan's sign: negative (ไม่มีอาการปวดที่น่อง เมื่อทำ Dorsiflexion)[10]	5. กระตุ้น early ambulation Active foot-ankle pumping exercise เนื่องจากการไหลกลับของเลือด ดำต้องอาศัยการบีบตัวของกล้ามเนื้อ 6. ดูแลให้สารน้ำ Acetar 1000 ml vein rate 80 ml/min ตามแผนการรักษา 7. สังเกตอาการของหลอดเลือดดำส่วนปลายอุดตันที่ จะส่งผลให้เกิดภาวะ PE (Pulmonary embolism) ตามมาได้ เช่น แน่นอก หายใจไม่สะดวก cyanosis ออกซิเจนในเลือดต่ำรีบ รายงานแพทย์ 8. ใช้เครื่องป้องกันหลอดเลือดดำตัน (on IPCD) วันละ 1-2 ชั่วโมง เช้า-เย็น เมื่ออาการปวดแผลทุเลา **ประเมินผลทางการพยาบาล:** กรณีศึกษารายที่1 ไม่มีอาการขาบวมตึง ไม่มีอาการปวดน่อง ไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณน่อง สีผิวไม่ซีดเย็น Capillary refill 2+ และสม่ำเสมอเท่ากันทั้งสองข้าง Homan's sign: negative ผู้ป่วยรับทราบปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ กรณีศึกษารายที่2 ไม่มีอาการขาบวมตึง ไม่มีอาการปวดน่อง ไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณน่อง สีผิวไม่ซีดเย็น Capillary refill 2+ และสม่ำเสมอเท่ากันทั้งสองข้าง Homan's sign: negative ผู้ป่วยรับทราบปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก สงสัยภาวะ PE ส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรมและได้รับยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยปลอดภัย **สรุปผล** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะ Deep vein thrombosis แต่กรณีศึกษารายที่2 สงสัยการมีภาวะ PE

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด ยึดแข็ง <u>วัตถุประสงค์</u> ไม่เกิดภาวะข้อลีบติดแข็ง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบ ข้อติด แข็ง full ROM 2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำเกี่ยวกับการ ออกกำลังกายได้ถูกต้อง 3. On CPM 0-120 องศา	1. ประเมินภาวะกล้ามเนื้อลีบ ข้อติด ปลายเท้าตก ขาทั้งสองข้างอย่างต่อเนื่อง 2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองที่ เท่าที่สามารถทำได้ 3. ให้คำแนะนำ สอนสาธิต และกระตุ้นให้ผู้ป่วย เคลื่อนไหวข้อทุกข้อและกล้ามเนื้อทุกมัดเพื่อให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวและไม่ลีบง่าย - ให้งอเข่า เหยียดเข่า กระดกเท้าขึ้น กระดกเท้าลง (Ankle pumping exercise) หมุนข้อเท้าเข้าใน หมุน ข้อเท้าออกนอก เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณใส่ external fixation - active Quadriceps exercise นอน หงายขาเหยียด ตรงใช้ผ้ารองใต้เข่า เกร็งกดเข่าลงกับผ้านับ 1 -5 จากนั้นคลายการเกร็ง ลง ทำ 10 ครั้ง แล้วจึงพัก ทำ บ่อย ๆ จนรู้สึกว่าต้นขาเกร็งตึง - Gluteal setting exercise โดยการขมิบก้นเข้าหา กันแล้วเกร็งอยู่กับที่ให้มีแรงต้านคงที่ โดยปราศจาก การเคลื่อนไหวของข้อ ทำครั้งละ 5-10 ครั้งทุก 2 ชั่วโมง 4 จัดท่า และดูแลให้ใช้เครื่องช่วยการเคลื่อนไหวข้อเข่าอย่าง Continuous Passive Motion: CPM) โดยตั้งเครื่องให้ งอ-เหยียด ได้มากที่สุด 0-120 องศา 5. ให้กำลังใจและเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆ **ประเมินผลทางการพยาบาล:** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเท่าที่ทำได้ เช่น การ รับประทานอาหาร การเปลี่ยนเสื้อผ้า การแปรงฟันล้างหน้า สามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายได้ถูกต้อง แต่มีความแตกต่างกัน คือ กรณีศึกษารายที่ 1 On CPM ได้ 0-120 องศา เดินโดยใช้ walker frame ได้ดี กรณีศึกษารายที่ 1 On CPM ได้ 0-90 องศา ยืนด้วย walker frame ผู้ป่วยยังไม่เดิน **สรุปผล** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะข้อลีบติดแข็ง
ระยะก่อนจำหน่าย และวางแผนดูแลต่อเนื่อง ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน <u>วัตถุประสงค์</u> ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองหลังการจำหน่ายกลับบ้านได้ ถูกต้อง	1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยได้อย่างเต็มที่ 2.แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้การดำเนินของโรค การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ความรู้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 3.แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-METHOD ดังนี้ D : Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น DVT การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด เป็นต้น M : Medicine แนะนำการใช้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อน เช่น ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ อันตรายจากการซื้อยา รับประทานเองหรือการหยุดยาเอง E : Environment ให้คำแนะนำและความรู้การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เช่น ให้ผู้ป่วยชั้นล่างของบ้านก่อน ยังไม่ให้ขึ้น-ลงบันได ในระยะแรกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ จัดสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย หยิบ ใช้ได้สะดวก ห้ามนั่งพับเพียบ ห้ามนั่งขัดสมาธิให้นั่งบนเก้าอี้ นอนอยู่บนเตียงก่อน ห้องน้ำควรเป็นแบบชักโครก ถ้าไม่มีแนะนำซื้อเก้าอี้แบบชักโครก เพื่อสะดวกในการนั่งขับถ่าย ในห้องน้ำควรมีราวเกาะ เป็นต้น T : Treatment แนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้แก่ ห้ามยกของหนัก การดูแลบาดแผลผ่าตัด และการบริหารข้อเข่าอย่างต่อเนื่อง H : Health ทบทวนวิธีการลุก วิธีการเปลี่ยนท่านั่งมาเป็นท่ายืน อย่างถูกวิธี โดยเน้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวให้ถูก วิธีแนะนำกิจกรรมต่าง ๆ ที่สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้ การเดินโดยใช้ Walker เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และ ขับถ่ายควรใช้ส้วมชักโครกชนิดโถสูงหรือเก้าอี้เจาะรูครอบโถส้วม O : Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิด ภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง เน้นย้ำผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ตามนัด และ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ปวดบวมแดงร้อนบริเวณเข่า หรือมีจุดจ้ำเลือดออกตามร่างกาย สามารถมาพบ แพทย์ก่อนวันนัดได้ D : Diet ทบทวนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เน้นการรับประทานอาหารที่มีปริมาณแคลเซียม สูง ได้แก่ นมหรือผลิตภัณฑ์จากนม เช่น นมถั่วเหลือง ปลาเล็กปลาน้อย ถั่วเหลือง งาดำ ผักคะน้า หลีกเลี่ยง หรืองดกินสิ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน น้ำอัดลม ดื่มน้ำ 2 ลิตร/วัน และเครื่องดื่มที่มีโพรไบโอติก ที่ผู้ป่วยชอบและไม่ขัดกับแผนการรักษา รับประทานผักผลไม้ที่มีกากใย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
	เช่น ข้าวโอ๊ต มะละกอ ซึ่งช่วยปรับปรุงความสามารถในการเคลื่อนไหวของ ลำไส้ ช่วยเพิ่มความถี่ของการเคลื่อนไหวของลำไส้และเพิ่มความอ่อนนุ่มของอุจจาระช่วยให้ขับถ่ายได้คล่องขึ้น ป้องกันการเกิดท้องผูก[11] **ประเมินผลทางการพยาบาล:** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย และญาติเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองหลังการจำหน่ายกลับบ้านทุกข้อ โดย กรณีศึกษารายที่ 1 รับฟังข้อมูลพร้อมบุตรชาย และสาธิตท่าการบริหารเข่าได้ทุกท่า ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 รับฟังข้อมูลพร้อมหลานสาว แจ้งว่าเคยผ่าตัดเข่าขวาแล้ว ครั้งนี้จะดูแลเหมือนเข่าที่เคยผ่าตัด **สรุปผล** กรณีศึกษา 2 ราย และญาติมีความเข้าใจการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วมได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 2 ราย ซึ่งเป็นหญิงสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและมีโรคร่วม คือ กรณีศึกษาที่ 1 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีรูปร่างท้วม ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่4 โลหิตจางเรื้อรัง และความดันโลหิตสูง รูปร่างผอม จึงมีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมจากความเสื่อมตามวัยได้ สอดคล้อง กับการศึกษา รักสกุลชัย ทองจันทร์ และคณะ[11] ที่พบว่า โรคข้อเข่าเสื่อมพบในผู้สูงอายุเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ และปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อมอีกอย่างคือ น้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐานซึ่งกรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติเคยมีรูปร่างอ้วน จากโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้มีอาการปวดเข่าเรื้อรัง เดินลำบาก ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ[6] ด้านการพยาบาล ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุน 1) การใช้แบบประเมินตามแบบแผนสุขภาพ11 แบบแผนของกอร์ดอน มาใช้ในการประเมินและค้นหาปัญหาความต้องการทางการพยาบาลทำให้ข้อมูลครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นำสู่การวินิจฉัยการพยาบาลและใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยาวดี เจี่ยเจริญ[2] ซึ่งนำใช้เครื่องมือนี้ใช้กับกรณีศึกษาผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเช่นกัน 2) การใช้กระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย นั้นมีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความแตกต่างกันตามปัญหาความต้องการทางการพยาบาล และได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบ D-MEDTHOD ตั้งแต่แรกรับถึงวันจำหน่ายและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 3) ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ผู้ศึกษาได้นำใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยกับกรณีศึกษาพบว่า กรณีทั้ง 2 มีการปรับตัวเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มี 4 ข้อ ดังนี้ ข้อแรกคือ บุคคล ในด้านสรีรภาพ อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่และการพึ่งพา กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีการปรับตัว เช่น การปรับเปลี่ยนในการทำกิจกรรม ต้องเดินโดยใช้เครื่องช่วยเดิน (walker frame) บทบาทหน้าที่ที่ต้องพึ่งพาญาติ เป็นต้น ข้อสองคือ สิ่งแวดล้อม โดยการปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมหลังผ่าตัด เช่น จัดบ้านให้มีระเบียบ พักฟื้นร่างกายที่ชั้นล่างเพื่องดการขึ้น-ลง บันได ข้อสามคือ สุขภาพ ปรับการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการสร้างกระดูก และอาหารเฉพาะโรค และยาประจำตัว เพื่อควบคุมโรคร่วม พร้อมกับฟื้นฟูสภาพข้อเข่า และ ข้อสี่ คือ การพยาบาล เมื่อได้รับการดูแลให้การพยาบาลแล้ว กรณีศึกษา 2 ราย สามารถปรับตัวได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่โรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วม ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด เพื่อใช้เป็นคู่มือมาตรฐานการพยาบาลสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. ควรมีการประเมินสมรรถนะของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่โรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรค

ร่วม ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด

3. ควรให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการ การรักษาของผู้ป่วย เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก พว.สุพาพร ตันดี หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโธปิดิกส์ โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นที่ปรึกษาซึ่งได้ให้คำแนะนำตรวจแก้ไขข้อบกพร่องสนับสนุนให้กำลังใจ เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้จัดทำ และสนับสนุนให้มีการทำบทความในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณฑิรชา เฟื่องทอง, ผุสดี สระทอง. Nursing Care for Elderly People with Knee Osteoarthritis. Reg 11 Med J. 1 เมษายน 2019;33(2):197–210.

2.ปิยาวดี เจี่ยเจริญ. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 31 ธันวาคม 2023;8(3):386–92.

3.สารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานการผ่าตัดผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. โรงพยาบาลขอนแก่น; 2566.

4.8/1 KhonKaen-Hospital. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL). Report No.: From 13/1_NUR Asessment 2.

5.Butsankot P, Kongklang J. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังในระยะฟื้นฟู. Srinagarind Med J-ศรีนครินทร์ เวช สาร. 2021;36(5):639–48.

6.วรรณี สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วน จำกัด เอ็นพีเพรส.; 2553.

7.ระพีพัชร หิรันย์ณรงค์, มลิวัลย์ ออฟุวงศ์, ปัณณวิชญ์ เบญจวลีย์มาศ. Patient's Perceptions on Complications and Practices When Receiving Spinal Anesthesia in Songklanagarind Hospital. Srinagarind Med J-ศรีนครินทร์เวช สาร. 30 มิถุนายน 2022;37(3):218–24.

8.ภาวะดี ณ นคร. การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย. Acad J Mahasarakham Prov Public Health Off. 10 พฤศจิกายน 2020;104–21.

9.เสาวณีย์ ศิริพันธุ์, อุดรทักษ์ อ, ละม้ายศรี ว, คาดีวี ย. ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 30 กันยายน 2020;5(3):1–9.

10. ไสว นรสาร, พีรญา ไสไหม. แนวคิดและหลักการจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บสำหรับพยาบาล. กรุงเทพ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559. (การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma nursing).

11. รักสกุลชัย ทองจันทร์, กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์, ธนากร ธนวัฒน์. ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี งิ้วงาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(02):118–118.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

Development of a Model for Promoting Health Literacy and Health Behaviors for Working Age Group in Chum Phae District, Khon Kean Province.

(Received: March 10,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

ถนัต จ่ากลาง[1]
Thanut Jaklang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 35-59 ปี ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ที่มีผลการคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชากรกลุ่มตัวอย่างสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 60 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และอภิปราย การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ t-test

จากการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ก่อนการพัฒนาร้อยละ 46.0 หลังการพัฒนาร้อยละ 40.0 แต่ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.8 เป็นร้อยละ 36.0 ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 48.3 หลังการพัฒนาเพิ่มเป็นร้อยละ 62.0 ด้านการสื่อสารสุขภาพ ก่อนการพัฒนาร้อยละ 56.8 หลังการพัฒนาร้อยละ 60.5 ด้านการจัดการตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนาร้อยละ 61.8 แต่ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.8 เป็นร้อยละ 30.5 และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา ร้อยละ 66.8 แต่ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 25.0 และส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี 2 ด้าน คือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ก่อนการพัฒนาร้อยละ 73.3 หลังการพัฒนาร้อยละ 86.8 และด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ก่อนการพัฒนาร้อยละ 48.4 หลังการพัฒนาร้อยละ 56.9 โดยทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=<0.05)

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, กลุ่มวัยทำงาน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The aimed of this research and development were to study the effectiveness of a model for promoting health literacy and health behaviors for working-age group between 35-59 years old in Chum Phae District. With screening results confirming the risk of chronic non-communicable diseases. The samples used were 60 people by random sampling. The equipment for collecting the data were interviews, and focus group discussions. The data were analyzed by percentage, mean, and t-test.

The research results were as follows, most of them were at a moderate level in 5 areas, namely, cognitive knowledge before development 46.0 %, after development 40.0 %, but good level increased from 21.8 % to 36.0%. In terms of access to information and health services before development 48.3%, after development increased to 62.0 %, health communication before development 56.8 %, after development 60.5%, self-management 61.8 % before and after the development, but the good level increased from 21.8 % to 30.5% and health behaviors 66.8 % before and after the development, but the good level increased from 15.0 % to 25.0%, and most of them were at the good level in 2 aspects, namely media literacy before development 73.3%, after development 86.8%. In terms of discriminatory decision-making skills before development 48.4 %, after development 56.9 %, all aspects having a statistically significant increase in mean scores (p=<0.05).

Keywords: Chronic non-communicable diseases, Working Age Group, Health literacy, Health behaviors

---

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) แสดงถึงทักษะทางปัญญาและสังคมซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลในลักษณะต่าง ๆ ที่ส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี เพื่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน[1] ประเทศไทยได้กำหนดเป้าประสงค์ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อก้าวสู่สังคมอุดมปัญญา (Smart Thailand) คือ คนไทยทุกคน ทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีการจัดการสุขภาพตนเองได้ และสภาปฏิรูปได้เสนอให้มีการยกระดับการปฏิรูปความรอบรู้ด้านต่าง ๆ ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ กำหนดให้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย และสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรทุก 3-5 ปี[2] จากสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 802,012 ราย โรคความดันโลหิตสูง 1,231,910 ราย โรคหัวใจและหลอดเลือด 325,873 ราย และโรคหลอดเลือดสมอง 276,523 ราย[3] เมื่อพิจารณาในด้านอัตราเพิ่มของความชุก พบว่า โรคเบาหวาน กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงขึ้นมากในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ส่วนกลุ่มผู้หญิงเพิ่มสูงมากขึ้นในกลุ่มอายุ 30-39 ปี โรคความดันโลหิตสูงพบในกลุ่มอายุที่มีอัตราเพิ่มสูงสุด คือ อายุ 15-29 ปี และ อายุ 30-39 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงมากขึ้นในกลุ่มอายุ 30-39 ปี ส่วนกลุ่มผู้หญิงเพิ่มสูงมากขึ้นในช่วงอายุ 40-49 ปี[4] ทั้งนี้โรค ไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวเป็นผลมาจาก 4 พฤติกรรมเสี่ยงหลัก คือ การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[5] ดังนั้น การป้องกันโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้ ต้องเริ่มด้วยการพัฒนาทักษะทางสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอกับตนเอง เพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) นั่นเอง[6] การศึกษาในระดับพื้นที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ[7] จากผลการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ(Health Behavior) ของกลุ่มประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.73 และ 50.25 ตามลำดับ[8] จังหวัดขอนแก่น เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอัตราป่วยสะสมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2561-2563 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 52.81, 51.2, 54.13 และโรคเบาหวาน 26.35, 25.66, 26.99 ต่อ 100 ประชากร ตามลำดับ[9] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยเป็นการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นให้ผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ร่วมพัฒนามีองค์ความรู้มากขึ้นเรื่อย ๆ ตามแนวคิดการพัฒนากระบวนการวิจัยของ Kemmis & McTaggart[10] เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ประเมินข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ลดภาวะเสี่ยงและอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม – ธันวาคม 2564 โดยทำการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยทำงานอายุ 35-59 ปี ในพื้นที่ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้เกิดรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานต่อไป โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กระบวนการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ทำให้ได้รูปแบบ การพัฒนาโปรแกรมสำหรับกลุ่มวัยทำงาน จากการประชุมเชิงปฏิบัติการจากการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพสหวิชาชีพและชุมชน (Participatory Approach) โดยจัดอบรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs หรือ non-communicable diseases) ด้วยแบบคัดกรองของกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ประจำปี พ.ศ. 2563 ผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลที่มีประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-59 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสูง ใน 5 ตำบล ของอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 981 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 35-59 ปี คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 คน จากพื้นที่ 5 ตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 (2) เครื่องมือประเมินรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และการถอดบทเรียน รายงานการสังเกตการมีส่วนร่วม

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative research) ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการโดยความเคารพสิทธิส่วนบุคคล ศักดิ์ศรี ความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีตามหลักจริยธรรมการวิจัย

ผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชากรวัยทำงานในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 60 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 อายุ 55-59 ปี ร้อยละ 36.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.0 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 78.3 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.0 ได้รับตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 58.3 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 83.30 เมื่อวิเคราะห์หาค่าระดับความดันโลหิต พบว่า ส่วนใหญ่ความดันโลหิต (ค่าบน) อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 43.30 ความดันโลหิต (ค่าล่าง) อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 69.30

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในพื้นที่อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับดี ปานกลางและต่ำ พบว่า

ด้านความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 46.0 หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 แต่ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.8 เป็นร้อยละ 36.0

ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.3 ($\overline{X}$ =6.5 SD=1.45 Max= 10 Min=2) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเพิ่มเป็นร้อยละ 62.0 ($\overline{X}$ = 7.18 SD=1.27 Max= 10 Min=5)

ด้านการสื่อสารสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.8 ($\overline{X}$ =10.06 SD=1.45 Max= 15 Min=5) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเพิ่มเป็น ร้อยละ 60.5 ($\overline{X}$ =10.76 SD=2.05 Max= 15 Min=7)

ด้านการจัดการตนเองของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.8 ($\overline{X}$ =16.83 SD=3.04 Max= 25 Min=9) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางท่าเดิม ร้อยละ 61.8 ($\overline{X}$ =17.48 SD=2.75 Max= 25 Min=13) แต่ระดับดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.5

ด้านการรู้เท่าทันสื่อของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.3 ($\overline{X}$ =8.18 SD=1.29 Max= 10 Min=5) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเพิ่มเป็นร้อยละ 86.8 ($\overline{X}$ =8.93 SD=1.12 Max= 10 Min=6)

ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.4 ($\overline{X}$ = 14.90 SD= 3.29 Max= 20 Min=5) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.9 ($\overline{X}$ = 15.50 SD=2.74 Max= 20 Min=8)

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.8 ($\overline{X}$ =32.96 SD=6.59 Max= 43 Min=17) หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.8 ($\overline{X}$ =35.73 SD=5.37 Max= 46 Min=22) โดยมีระดับดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 25.0

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=<0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพรายด้านก่อนและหลังการทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง $\overline{X}$ (S.D.)	หลังการทดลอง $\overline{X}$ (S.D.)	p-value
1. ด้านความรู้ความเข้าใจ	6.0(1.87)	6.71(1.58)	0.000
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ	6.50(1.45)	7.18(1.27)	0.000
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพ	10.06(2.17)	10.77(2.05)	0.000
4. ด้านการจัดการตนเอง	16.83(3.04)	17.48(2.75)	0.000
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	8.18(2.75)	8.93(1.12)	0.000
6. ด้านการตัดสินใจ	14.90(3.39)	15.50(2.74)	0.003
7. ด้านการปฏิบัติตัว	32.97(6.59)	35.73(5.37)	0.000

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เริ่มต้นจากการศึกษาชุมชน การวิเคราะห์ชุมชน การวางแผนและโครงการพัฒนาชุมชน ดำเนินงานพัฒนาชุมชน การประเมินผลและทบทวนเพื่อการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค โดยเน้นเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน[11] โดยไม่ได้ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐเพียงอย่างเดียว โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม ซึ่งระดับของการมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่มีโอกาสเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล มีการปรึกษาหารือกันอย่างใกล้ชิด คนในชุมชนมีโอกาสในการตัดสินใจว่าปัญหาของตนคืออะไร จะแก้ไขได้อย่างไร จนมีการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่มีส่วนสนับสนุนการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. และสร้างผู้นำสุขภาพ โดยมุ่งไปที่ผลของการเปลี่ยนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ[12]

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จากกิจกรรมที่ออกแบบขึ้นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการจากการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ สหวิชาชีพและชุมชน (Participatory Approach) ของ ผู้ร่วมวิจัยโดยใช้ข้อมูลของชุมชน (Community-Base) ในการสร้างชุดกิจกรรม โดยกิจกรรมประกอบด้วยการตั้งเป้าหมายและการวางแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ การฝึกปฏิบัติ การติดตามผลการปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รูปแบบการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันและท้องถิ่น การออกกำลังกายด้วยตนเอง การจัดการความเครียด และระยะติดตามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผ่านกลุ่มไลน์ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยมีกระบวนการจัดอบรมประชาชนกลุ่มวัยทำงานในแต่ละพื้นที่ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในเรื่องการออกกำลังกาย และให้ผู้เข้าอบรมนำความรู้ไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งพบว่า ภายหลังการอบรม 8 สัปดาห์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมโครงการแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[13]

ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตามชุดกิจกรรมที่ออกแบบขึ้นจากกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยการนำแนวคิดและใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการสร้างเจตคติที่ดีมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรม ด้วยการมีส่วนร่วมในการระดมความคิด และการสะท้อนผลจากการเป็นผู้จัดกิจกรรมในพื้นที่และผู้เข้าร่วมโครงการฯ จนเป็นชุดกิจกรรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้าน และพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพก่อนและหลังการอบรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีประสิทธิภาพที่จะใช้ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพประชากลุ่มวัยทำงาน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น อีกประการหนึ่งคือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มไลน์ เป็นการกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และได้ตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับกับเพื่อนถึงการปฏิบัติตัวที่บ้าน พบว่าประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีความระมัดระวังในการเลือกรับประทานอาหาร และมีการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งด้านการออกกำลังกาย และการทำงานบ้านทุกวัน จึงเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นชัดเจน จึงถือได้ว่าการใช้การสื่อสารสุขภาพผ่านกลุ่มไลน์ เป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นและส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงควรนำไปใช้ในการพัฒนาประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามความมุ่ง

หมายของการวิจัยเนื่องมาจาก 1)รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของชุมขน (Community base) และการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วม เป็นชุดกิจกรรมที่สร้างขึ้น คือ การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation) เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ (Attitude) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) การกำกับตนเอง (Self-regulation) และกลุ่มเพื่อช่วยเพื่อน (Self-help group) ที่ให้ทั้งความรู้ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในการจัดกิจกรรม จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ[15] 2) ระยะเวลาของการจัดกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 8 สัปดาห์ ที่ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องออกแบบขึ้นโดยเป็นการจัดกระบวนการต่อเนื่องจำนวน 7 ครั้ง และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 1 ครั้ง ส่งผลต่อการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่เหมาะสม[16] 3) รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น มีกระบวนการ 7 ขั้นตอน ซึ่งรูปแบบที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิดเนื่องมาจาก การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน เป็นกระบวนการเสริมสร้างความสามารถของบุคคลและชุมชนในการดำเนินชีวิตให้ไปสู่การมีสุขภาวะ เป็นการเพิ่มสมรรถนะให้คนควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และส่งผลให้คนมีสุขภาพดีขึ้น มีหลักแนวคิดพื้นฐานในเรื่องของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ การมีความรู้ความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจลงมือปฏิบัติ[17] จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ และควรดำเนินกิจกรรมและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง และกระตุ้นให้มีความคงอยู่ของความรอบรู้ และพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายในการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร และเทคโนโลยีทางสุขภาพ เพื่อรู้เท่าทันและสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลง ควรจัดให้มีเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในสถานที่ทำงานและในชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ด้านสุขภาพคอยให้คำชี้แนะ รวมถึงควรสร้างเครือข่ายในการดูแลด้านสุขภาพโดยอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหา ร่วมคิดและปรับใช้ให้สอดคล้องบริบทวิถีชีวิตและความเชื่อ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ที่ชัดเจน ควรมีการจัดโปรแกรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อเป็นการกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ และควรมีการกำหนดโครงสร้างและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการติดตาม ความก้าวหน้าในการปฏิบัติ

3. ควรสร้างโอกาสให้ประชากรวัยทำงานได้เรียนรู้ทางเลือกในการปฏิบัติที่เหมาะสมจากบุคคลต้นแบบ หรือจัดให้มีการศึกษาดูงาน ควรจัดกิจกรรมเสริมทักษะการวิเคราะห์และตัดสินใจในการเลือกและลงมือปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เหมาะสม

4. ควรจัดกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะ ๆ

เอกสารอ้างอิง

1.Nutbeam D. **Health promotion glossary.** Health Promotion International 1998; 13(4): 349-364.

2.อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์. การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 23 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: http://doh.hpc.go.th/data/HL/HL_DOH_drive.pdf

3.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2561.

4.สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทยในระยะ 5 ปี (2553-2557). วารสารควบคุมโรค 2560;43(4):379-90.

5.จุรีพร คงประเสริฐ, ธิดารัตน์ อภิญญา. บรรณาธิการ. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.

6.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, สมพร รักความสุข, อรวรรณ ดวงใจ. ความฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2561;12(1),1-9.

7.สุพัตรา แก้วเมือง, สุนีรัตน์ ยั่งยืน, อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์, ชัชฎา มหาวีรวัฒน์. ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตชนบท. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563;(3):311-322.

8.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 กรุงเทพมหานคร. 2560.

9.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2565). รายงานภาวะสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 20 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: http://www.kkpho.go.th

10. Kemmis S, Mc Taggart R. **Participatory Action Research: Communicative Action and The Public Sphere.** In Handbook of Qualitative Research. 3rd (edit by Denzin N.K.&Lincoln YS). London: Sage Publications; 2005.

11.Altin S, Stock S. Health Literate Health care Organizations and Their Role in Future Health care. **Journal of Nursing and Care** 2015; 4(2): 1-3.

12.สมพงษ์ จันทร์โอวาท, สุภาพร สุโพธิ์, นวรัตน์ บุญนาน. การพัฒนารูปแบบการ มีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรัง. วารสาวิชาการสาธารณสุข 2557; 23(3), 394-402.

13.พิชชาดา สุทธิแป้น. (2559). การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง. ปริญญานิพนธ์ ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

14.Bjørk IT, Lomborg K, Nielsen CM, Brynildsen G, Frederiksen AS, Larsen K, et al. From Theoretical Model to Practical Use: an Example of Knowledge Translation. **Journal of Advanced Nursing** 2013; 69(10): 1-11.

15.รุ่งนภา อาระหัง. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.

16.กชกร ธรรมนำศีล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ,พัชราพร เกิดมงคล, จินตนา อาจสันเที๊ยะ. ผลของโปรแกรม การส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิพยาบาลสาธารณสุข 2558; 29(2),43-55.

17.เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรีวงค์ หวังมั่น. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(3): 419-429.

การพัฒนาศักยภาพด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

The development potential for first aid to emergency patients With the participation of the community, Pla Pak District, Nakhon Phanom Province

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

ธันยนันท์ กัญญวิมล[1]
Thanyanan Kanyawimon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นำชุมชน ในพื้นที่อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม จำนวน 275 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และความพึงพอใจ มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการทดสอบที่แบบกลุ่มสัมพันธ์

การศึกษานี้ทำให้ได้ประกอบด้วยกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย คือ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 2 ทักษะการประเมินสถานการณ์ 3 ทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วย และ 4 ทักษะการห้ามเลือดและทำแผล ผลลัพธ์จากการนำชุดกิจกรรมไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-23,893$, $p < 0.01$) และมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ,การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This study was research and development study with the objective of studying the development of the potential for first aid to emergency patients through the participation of the community. and to compare knowledge and skill scores before and after developing the potential for first aid to emergency patients with community participation in Pla Pak District, Nakhon Phanom Province. Sample size by purposively selected were 275 village health volunteers, community leaders. In the area of Pla Pak District Nakhon Phanom Province. Research tools is a questionnaire on community participation in emergency patient assistance, consisting of personal information Knowledge and skills for basic emergency patient assistance Participation in emergency patient assistance activities and satisfaction Data were analyzed using descriptive statistics and cluster correlation tests.

This study resulted in community participation activities in emergency patient assistance. It consists of 4 sub-activities: 1. Basic knowledge about the emergency medical system, 2. Situation assessment skills, 3. Patient condition assessment skills, and 4. Bleeding and wound dressing skills. The results from using the activity set found that the sample group had a significantly higher average

[1] จ่าตรีหญิง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

score of knowledge and skills for basic emergency patient assistance after participating in the activity than before participating in the activity (t=-22.733, p < 0.01) and were overall satisfied with community participation activities in the area of first aid to emergency patients at the highest level
.**Key words :** Developing potential for first aid to emergency patients ,Community participation

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเกือบทุกประเทศทั่วโลก เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ และอุบัติเหตุที่คาดการณ์ไม่ถึง อีกทั้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินยังส่งผลต่อประชาชนในมิติทางด้านประชากร ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐาน อายุและขนาดประชากร มิติทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และมิติทางด้านสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของประชากรลดลง ประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินประมาณ 4 ล้านคนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้มีประมาณ 6,000 คน ที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล ดังนั้น ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึง[4]

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวนี้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนทีมให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไปถึงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งหากประชาชนผู้พบเหตุสามารถประเมินอาการ และให้การปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา และหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มารับช่วงต่อ สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพย่อมส่งผลให้ลดการบาดเจ็บ ภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง ลดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตลงได้ แม้ว่าการพัฒนาระบบการให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบปัญหาที่ต้องได้รับการพัฒนา เช่น การให้บริการอย่างทันท่วงทีใน กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 8 นาทีที่พบว่าปี พ.ศ. 2558 สามารถดำเนินการได้เพียงร้อยละ 47 หรือขณะเดียวกันประชาชนที่พบเหตุการณ์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้ หรือบางกรณีก็ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นผิดพลาดหรือไม่ถูกขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากช่วงเวลาก่อนนำส่งโรงพยาบาลเป็นช่วงเวลาทอง (Golden hour)[1,2,3]

จากรายงานสถิติของโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากจำนวน 9,563 ราย ในปี พ.ศ. 2563 เป็นจำนวน 11,455 ราย ในปี พ.ศ. 2564 และ 17,489 ราย ในปี พ.ศ. 2565 อีกทั้งมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 45 ราย ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 78 ราย ในปี พ.ศ. 2564 และ 156 ราย ในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งจะเห็นว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัด

ของผู้ป่วยโดยตรง เพิ่มความเสี่ยงต่อความพิการและการสูญเสียชีวิต และประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือผ่านหมายเลข 1669 โดยตรง[5,6] ด้วยความสำคัญนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการ การพัฒนาศักยภาพด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ขึ้น เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาการทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ชุมชน เสริมสร้างความรู้และทักษะในช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นให้แก่ประชาชนได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา ผู้ป่วยฉุกเฉินมีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตลดลง

3. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
4. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด ฟังและเข้าใจภาษาไทย
5. เป็นผู้ที่สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มทดลอง

1 . มีประวัติความบกพร่องด้านความจำ
2 . ผู้ป่วยย้ายออกจากพื้นที่วิจัยในช่วงการเก็บข้อมูล
3. เจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 3 ชุด

- ชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น
- ชุดที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน 4 ชุดกิจกรรม

นครพนม ทั้งหมด จำนวน 275 คน คัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม
2. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
3. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มทดลอง

1. ไม่จำกัดอายุ และไม่จำกัดเพศ
2. มีโรคประจำตัวอื่นร่วมได้

กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นก่อนและหลังการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired sample t-test

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

(Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาข้อคำถามและนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความหมาะสมของภาษาโดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliabity) เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการและวางแผน ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้เริ่มกระบวนการวางแผนและเตรียมการ

ชุดกิจกรรมที่ 1 : ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
ชุดกิจกรรมที่ 2 : ทักษะการประเมินสถานการณ์
ชุดกิจกรรมที่ 3 : ทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วย
ชุดกิจกรรมที่ 4 : ทักษะการห้ามเลือดและทำแผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังนี้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น การมีส่วนร่วมใน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ โดยนำชุดกิจกรรมไปทดลองใช้ และนำไปใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม กับกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล หลังจากประชุมเชิงปฏิบัติการเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 3 ชุด

การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงการวิจัยแก่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมเลขที่ REC 113/66 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 63.64 และเพศชายร้อยละ 36.36 ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 52.73 รองลงมาคือ อายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 41.82 และอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 3.27 ตามลำดับ จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 52.36 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40.73 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 3.64 และอนุปริญญา ร้อยละ 3.27 สำหรับการประกอบอาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี อาชีพเกษตรกร รายได้ 7,000 - 9,000 บาท ร้อยละ 41.81 และรายได้ 5,001 - 7,000 บาท ร้อยละ 1.82

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ร้อยละ 40.73 และไม่มีทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ร้อยละ 39.28 เคยอบรม ร้อยละ 16.36 เคยช่วยเหลือคนในครอบครัว หรือ คนในชุมชน ร้อยละ 1.82 และ 1.82 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ร้อยละ 81.82 โดยแหล่งข้อมูลที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากการประชุมหรือการอบรมในชุมชนหรือหน่วยงาน ร้อยละ 84.44 รองลงมาคือจากอินเตอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์ และวิทยุ/โทรทัศน์ ร้อยละ 8.89 และ 6.67 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80 รองลงมาระดับต่ำ ร้อยละ 20 และภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะการช่วยเหลือ ผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.36

2. ผลการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

ภายหลังจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมโดยนำกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน อำเภอปลา

ตั้งแต่การพัฒนาโครงร่างวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การจัดกิจกรรมมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยประชุมวางแผนงานร่วมกับผู้ช่วยวิจัย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วม และร่างชุดกิจกรรมขึ้นมา

ร้อยละ 41.82 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.91 อาชีพอื่นๆ ได้แก่ แม่บ้าน ค้าขาย อาชีพอิสระ 16.36 และธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 10.91 และมีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 9,001 - 11,000 บาท ร้อยละ 56.37 รองลงมาคือ และภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.36 และภายหลังปาก จังหวัดนครพนม ที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้ในพื้นที่เป้าหมายพบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 80 รองลงมา อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 20 การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.64 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=275)

ระดับคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (15 -20 คะแนน)	-	-	265	96.36
ระดับปานกลาง (8 - 14 คะแนน)	220	80	10	3.64
ระดับต่ำ (0 - 7 คะแนน)	55	20	-	-

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นโดยนำกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-22.733$, $p < 0.01$)

โดยคะแนนความรู้และทักษะภายหลังการจัดกิจกรรมมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการจัดกิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=275)

คะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	P-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	12.78	3.08	-22.733	0.000
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	17.16	2.18		

3. ประเมินผลการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน ภายหลังการจัดประชุมปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย =3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.66) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในด้านการดำเนินงาน และทำกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.34) ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน และการติดตามประเมินผลและการนำไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย = 4.04 และ 3.81ตามลำดับ) ในขณะที่การมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.35)

สรุปและการอภิปรายผล

ผลจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม พบว่า คะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และทักษะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังจากได้ทำกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และทักษะอยู่ในระดับมาก สำหรับผลด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในด้านการดำเนินงานกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุดลำดับต่อมาคือการมีส่วนร่วม ในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการอยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหา อุปสรรคหรือข้อจำกัดของชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในระดับมากที่สุด ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล และการนำไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการนำความรู้ ประสบการณ์และการฝึกทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ไปใช้ประโยชน์ได้ในชุมชนได้ให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะการปรับปรุงและพัฒนาการ ทำกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้ในระดับมาก ขณะเดียวกันการมีส่วนร่วม ในการวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเสนอและจัดทำโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน และการร่วมคิดยังอยู่ในระดับปานกลาง จากการพัฒนากิจกรรมการพัฒนาศักยภาพด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ที่มุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาโดยการให้ความรู้และประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย ความคิดรวบยอด/การทบทวนและการทดลองประยุกต์ ส่งผลให้ชุมชนสามารถนำองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ได้รับจากกิจกรรมไปพัฒนาต่อยอดขยายผลใน ชุมชนได้อย่างเหมาะสม ในชุมชนตนเองตลอดจนส่งผลให้ชุมชนเป้าหมายมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชนได้อย่างถูกต้องต่อไป[7,8,9]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้ระดับตำบลมีการจัด ทำแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น โดยมีการประสานงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ร่วมกันจัดทำแผน เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับตำบล ที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีงบประมาณรองรับแผนงานอย่างเพียงพอและเหมาะสม และจัดสรรอุปกรณ์ เครื่องมือการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับตำบลให้อย่างทั่วถึง รวมทั้งจัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่ความรู้แก่คนในชุมชน

2. ควรพิจารณาปรับปรุงและพัฒนาระบบสวัสดิการให้แก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในระดับชุมชนอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงสามารถปฏิบัติงานด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในส่วนชุมชนที่มีความพร้อมและต้องการได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

3. ระดับชุมชนควรมีการจัดตั้งทีมช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นที่สามารถทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง

ที่ปรึกษา แนะนำ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นให้แก่ประชาชนในชุมชนได้ พร้อมกันนี้สามารถประสานความร่วมมือกับองค์กรเครือข่ายภายนอกชุมชนในการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าสู่กระบวนการทางการแพทย์ที่รวดเร็วเป็นระบบ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, และณัฐวุฒิ คำนวณฤกษ์. (2559). สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย. รายงานการวิจัยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
2. เพ็ญรุ่ง บุญรักษ์ และสุนิสา สุวรรณรักษ์. (2557). ตำราประกอบการอบรมหลักสูตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์. สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด.
3. ยุภาวดี คงดำ. (2562). ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562) แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 - 2564 (ฉบับปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2563). โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.
6. แสงอาทิตย์ วิชัยยา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลฝาง. เชียงรายเวชสาร. 10(1): 93-102.
7. International Association for Public Participation. (2010). public participation processes. New York: International Association for Public Participation.
8. Rovinelli, R.J., & Hambleton, R.K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research, (2), 49-60.
9. United Nations.(2010).Department of Economic and Social Affair Community Development and Related Service. New York: United Nation Republication.

การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม

The Development of “Ma Beng Der” Nursing Innovation for HIV Patients on Antiretroviral Drugs of Namsom Hospital.

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

หงษ์ทอง บุตรพรม[1], นภชา สิงห์วีรธรรม[2] กิตติพร เนาว์สุวรรณ[3], อัจฉรา คำมะทิตย์[4]
Hongthong Butprom[1*], Noppcha Singweratham[2], Kittiporn Nawsuwan[3], Achara Kummatid[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนานวัตกรรม "มาเบิ่งเด้อ" และประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมดังกล่าวในผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สร้างและพัฒนานวัตกรรม เป็นการวิจัยและพัฒนา ได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการ ทบทวนวรรณกรรม ยกร่างนวัตกรรม ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ทดลองใช้ และพัฒนานวัตกรรม ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรม เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แห่งหนึ่ง จำนวน 45 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากโปรแกรม G* Power Analysis เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” แบบบันทึกผลปริมาณไวรัสเอชไอวี ในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV viral load) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon signed ranks test

ผลวิจัยพบว่า 1) นวัตกรรม “มาเบิ่งเด้อ” 1 ชุด ประกอบด้วย วงล้อวงกลมแบ่งระดับสีของผลปริมาณไวรัส เอชไอวีในเลือด (HIV viral load) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีแผ่นอธิบายการปฏิบัติตัวของสีแต่ละสี ได้แก่ สีเขียวคือกลุ่มดี สีเหลืองคือกลุ่มเสี่ยง สีแดงคือกลุ่มดื้อยา และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ในแต่ละระดับสี 2) หลังใช้นวัตกรรม “มาเบิ่งเด้อ” ผลปริมาณไวรัส เอชไอวีในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV viral load) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<.001$) 3) หลังใช้นวัตกรรม “มาเบิ่งเด้อ” ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p <0.05$)

จากผลการศึกษาดังกล่าว นวัตกรรม "มาเบิ่งเด้อ" ควรได้รับการบูรณาการเข้าสู่โปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการสุขภาพทั่วไป และนำไปประยุกต์ใช้เฉพาะกับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างการรับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ การขยายนวัตกรรมนี้ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะช่วยขยายประโยชน์ไปสู่กลุ่มผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพเพิ่มเติม

คำสำคัญ : นวัตกรรม , ผู้ติดเชื้อเอชไอวี , ยาต้านไวรัส

ABSTRACT

This innovation research and development study aim to develop the "Ma Beng Der" innovation and evaluate its effectiveness among HIV patients receiving antiretroviral therapy at a Namsom Hospital, Udon Thani Province. The research was implemented through two distinct phases. Phase 1: Innovation Creation and Development involved conducting a needs analysis, reviewing relevant literature, developing the innovation prototype, obtaining expert validation, conducting pilot testing, and refining the innovation based on feedback. Phase 2: Effectiveness Evaluation employed a quasi-experimental research design using a one-group pretest-posttest methodology. The study participants consisted of HIV patients receiving antiretroviral

[1] โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี
[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[3] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
[4] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

therapy at a hospital. The sample size of 45 participants was determined through G*Power Analysis program calculations. Data analysis utilized descriptive statistics and the Wilcoxon signed-ranks test.

The research yielded three significant findings. First, the "Ma Beng Der" innovation consists of a color-coded circular grading system for HIV viral load results accompanied by an explanatory leaflet describing behavioral recommendations for each color category. The green designation indicates optimal viral suppression, yellow represents patients at risk of treatment failure, and red signifies drug resistance development. Second, following implementation of the " Ma Beng Der" innovation, participants demonstrated a statistically significant reduction in HIV viral load levels at the .001 significance level ($p < .001$). Third, after utilizing the " Ma Beng Der" innovation, participants' average self-care behavior scores increased from moderate to high levels, representing a statistically significant improvement at the .05 significance level ($p < 0.05$)

Based on these findings, the " Ma Beng Der" innovation should be integrated into patient education programs for general healthcare service users and applied specifically to HIV-infected patients during hospital admissions. Furthermore, expansion of this innovation to sub-district health promotion hospitals would extend its benefits to additional patient populations and healthcare settings.

Keywords: Innovation , HIV Patients , *Antiretroviral Drugs*

บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญระดับโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2564 พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 38.4 ล้านคน และยังมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ราว 650,000 คนต่อปี สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 500,000 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 6,500 คนต่อปี โดยในจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด มีเพียงร้อยละ 85 ที่ทราบสถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง ร้อยละ 77 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และเพียงร้อยละ 73 ที่สามารถกดปริมาณไวรัสได้สำเร็จ โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งเป็นไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ส่งผลกระทบ ต่อจิตใจและสังคม หากไม่เข้ารับการรักษาหรือรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลง ร่างกาย ไม่แข็งแรง มีโอกาสติดเชื้อโรคฉวยโอกาส และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ [2]

จากเป้าหมายของยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 ตามยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแลและช่วยเหลือทางสังคม ให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน คือผู้ที่ได้รับยาต้าน เอชไอวีสามารถกดปริมาณไวรัสเอชไอวี (HIV Viral load) ลดลงให้ได้มากกว่าร้อยละ 95 [3] โรงพยาบาลน้ำโสม มีสถานการณ์ร้อยละของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีสามารถกดปริมาณไวรัส (HIV Viral load) ลดลงในปี พ.ศ. 2562 , 2563 และ 2564 คือร้อยละ 92 , 88 และ 90 ตามลำดับ (สถิตินภาคลินิกโรงพยาบาลน้ำโสม,2564) ซึ่งยังไม่ได้ตามเป้าที่ยุทธศาสตร์แห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์กำหนด คือร้อยละ 95 [3] หัวใจสำคัญของการกดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV Viral load) ให้ลดลง คือการรับประทานยา ต้านไวรัสให้ต่อเนื่องและตรงเวลา จากการสอบถามผู้ป่วยและสนทนากลุ่มย่อย พบว่าปัญหาหลักใน คือ ผู้ป่วย ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว ยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องร้อยละ 54 ผู้ป่วยไม่เข้าใจสถานะผลปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV Viral load) ของตนเอง ไม่เข้าใจความหมายของผลเลือดของตนเองว่ายาต้าน ไวรัสกดปริมาณ เชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV Viral

load) ได้อยู่ในระดับใด ร้อยละ 32 (สถิตินภาคลินิก โรงพยาบาลน้ำโสม,2564) ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการรับประทานยาต้านไวรัส ส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานยา ต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอ และยังไม่เข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแล ตนเองตามผลปริมาณไวรัสเอชไอวี ในเลือด (HIV viral load) ของตนเอง คณะผู้วิจัยจึงสร้างและพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล "มาเบิ่งเด้อ" สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ ยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสมขึ้นมา ซึ่งคำว่า "มาเบิ่งเด้อ" เป็นชื่อที่มาจากภาษาถิ่นอีสาน มีความหมายว่า "มาดูนะ" หรือ "มาดูกันเถอะ" เป็นการเชิญชวนผู้ป่วยให้มาดูและทำความเข้าใจสถานะผลเลือดของตนเอง ชื่อนวัตกรรมนี้สื่อถึงความเป็นกันเอง ความเข้าใจง่าย และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีประชากรส่วนใหญ่พูดภาษาอีสาน การใช้ภาษาถิ่นในชื่อนวัตกรรม ช่วยลดช่องว่างระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกันเอง และเข้าถึงความรู้ได้ง่ายขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือในการ ให้พยาบาล เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ให้เข้าใจสถานะผลเลือดของตนเอง ว่ายาต้านไวรัสสามารถกดผลปริมาณเชื้อ ไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV Viral load) ได้อยู่ในระดับใด และผลปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV Viral load) แต่ละระดับควรปฏิบัติตัวอย่างไร เพิ่มความตระหนักในการรับประทานยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ โดยใช้นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งทฤษฎี การดูแลตนเองของโอเร็ม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อสร้างและพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลนวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

2.1 เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV Viral load) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสโรงพยาบาลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังใช้นวัตกรรม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสโรงพยาบาลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังใช้นวัตกรรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 259 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลน้ำโสม อย่างน้อย 6 เดือน 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ หรือสามารถสื่อสารภาษาถิ่นอีสานได้ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 5) ยินดี เข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการมองเห็น (ตาบอดสี) ซึ่งอาจมีผลต่อการใช้นวัตกรรมที่ใช้สีเป็นสัญลักษณ์ 3) ผู้ป่วย ที่ย้ายไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นระหว่างการวิจัย 4) ผู้ป่วยที่ขอถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 45 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากโปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean : Difference between Two Dependent Means (Match Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen (1988)[9] ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่าPower = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากแบบไม่คืนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม ประกอบด้วยวงล้อวงกลมแบ่งระดับสีของผลปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV viral load) และมีแผ่นอธิบายการปฏิบัติตัวของสีแต่ละสี ได้แก่ สีเขียวคือกลุ่มดี สีเหลืองคือกลุ่มเสี่ยง สีแดงคือกลุ่มดื้อยา และบทบาทของพยาบาลของแต่ละระดับสี ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญในขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรม และได้นำมาทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในขั้นตอนตามนวัตกรรมที่สร้างขึ้นร้อยละ 100

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบบันทึกปริมาณผลไวรัสเอชไอวีในกระแส**เลือด** (HIV Viral load) ก่อนและหลังใช้นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสโรงพยาบาลน้ำโสม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสโรงพยาบาลน้ำโสม ก่อนและหลังใช้นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก จำนวน 5 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open end)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัส เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัส ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 7 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะคำตอบ มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่, ไม่ใช่, ไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่และไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (1971) ดังนี้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับสูง , คะแนนร้อยละ 60 – 79.99 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง , คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 9 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ = 3 คะแนน , ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 2 คะแนน , ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 1 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ [7] ดังนี้

ช่วงคะแนน 2.36 – 3.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง

ช่วงคะแนน 1.68 – 2.35 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 1.00 – 1.67 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลระดับต่ำ

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส

โรงพยาบาลน้ำโสมผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ว่ามีความสอดคล้องตรงตามประเด็นและครอบคลุมสิ่งที่ต้องการวัดหรือไม่ โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC : Item Objective Congruence index) จากการให้คะแนนรายข้อของผู้เชี่ยวชาญ 3 คน (ค่าคะแนนรายข้อที่นำมาหาค่าเฉลี่ย กำหนดคะแนนเป็น คะแนน +1 = คำถามตรงตามเนื้อหา คะแนน 0 = คำถามไม่แน่ใจความตรงตามเนื้อหา , คะแนน -1 = คำถามไม่ตรงตามเนื้อหา) และนำค่าคะแนนแต่ละข้อ มาหาค่าเฉลี่ยจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน ได้ค่าเฉลี่ยความตรงเชิงเนื้อหาทุกข้อ เท่ากับ 0.826 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสมได้รับการปรับปรุงแล้วทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) และได้นำมาทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนเพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.762 และแบบสอบถามใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach’s Alpha) เท่ากับ 0.846

วิธีดำเนินการวิจัย ดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 **การสร้างและพัฒนานวัตกรรม** การพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลน้ำโสม การศึกษาในขั้นตอนนี้ได้ดำเนินการตามรูปแบบการวิจัยและพัฒนาระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 แบ่งเป็น 5 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสด้วยการตอบแบบสอบถาม และสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) และหลังจากมีการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) เสร็จทุกครั้ง ผู้วิจัยจะสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้ง หลังจากนั้นวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) พบปัญหา ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสยังไม่เข้าใจผลปริมาณไวรัสเอชไอวี ในเลือด (HIV viral load) ของตนเอง ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว ขาดความตระหนักในการรับประทานยา ต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ 2) ด้านบุคลากร ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์มีน้อย ผู้ป่วยมีจำนวนมาก ระยะเวลาการให้คำแนะนำผู้ป่วยน้อย

ระยะที่ 2 การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสโรงพยาบาลน้ำโสม ผู้วิจัยได้นำผลจากการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบปัญหา คือ 2 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสยังไม่เข้าใจผลปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV viral load) ของตนเอง ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว ขาดความตระหนักในการรับประทานยา การับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ 2) ด้านบุคลากร ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์มีน้อย ผู้ป่วยมีจำนวนมาก ระยะเวลาให้คำแนะนำผู้ป่วยน้อย ผู้วิจัยได้นำปัญหาข้างต้นมาเป็นแนวคิดในการยกร่างนวัตกรรม

โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล คือ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยโอเร็มอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) มาสนับสนุนและให้ความรู้ [11] ผ่านนวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส

โรงพยาบาลน้ำโสมและยึดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามมาตรฐาน ที่ 7 คือการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ (ของผู้รับบริการอย่างหมาะสม) โดยการพัฒนาเอกสาร สื่อ การให้ข้อมูลและความรู้เฉพาะเจาะจงกลุ่มที่สำคัญ รวมถึงการเปิดโอกาสและมีช่องทางการเข้าถึงการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือผู้ใช้บริการมีความรู้และเข้าใจการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเอง[6] รวมทั้งประชุมทีม เพื่อยกร่างนวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม

ระยะที่ 3 การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ทีมผู้วิจัยจัดวิพากษ์นวัตกรรม โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี ได้แก่ แพทย์ รวมถึงผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาลจากโรงพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านช่าง รวม 15 คน ผลการวิพากษ์ได้มีการแสดงความคิดเห็นในการปรับนวัตกรรม คือ ตัวนวัตกรรมมีเพียงวงล้อแบ่งระดับสีของปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดของผู้ป่วย (HIV Viral load) แต่ยังไม่มีคำอธิบายความหมายให้ผู้ป่วยให้เข้าใจ จึงได้เพิ่มเอกสารคำอธิบายความหมายของแต่ละสี

ระยะที่ 4 ทดสอบใช้ ภายหลังผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรม ตามข้อเสนอแนะจากเชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำนวัตกรรมทดลองใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนานวัตกรรม โดยเพิ่มแผ่นอธิบายความหมายของแต่ละสี แล้วจึงทดลองใช้กับผู้ป่วยเอชไอวีกลุ่มใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงผลเลือดของตนเองในแต่ละสีแต่ผู้ป่วยร้อยละ 80 แต่ยังต้องการคำอธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตัว ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มคำคำอธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตัว และพัฒนานวัตกรรมในระยะต่อไป

ระยะที่ 5 พัฒนานวัตกรรมหลังจากนั้นได้พัฒนานวัตกรรม ให้ผู้เชี่ยวชาญชุดที่ 2 ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ โดยผู้วิจัยจึงแก้ไขปรับปรุงทั้งลักษณะภายนอก เพื่อความสวยงามและมีรูปลักษณ์ภายนอกที่น่าใช้มากขึ้น และได้นำไปการทดลองใช้กับกลุ่มใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า มีความเข้าใจในขั้นตอนตามนวัตกรรมที่สร้างขึ้นร้อยละ 100 และมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มช่องทางการเข้าถึงนวัตกรรมได้ทุกที่ ทุกเวลา และมีวิดีโอประกอบ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้นและน่าสนใจ ผู้วิจัยได้พัฒนาเพิ่มคิวอาร์โค้ดเพิ่มลงในตัวนวัตกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกดโหลดดูได้ที่บ้าน ไม่ต้องเสียเวลามารับบริการที่โรงพยาบาล และได้นำไปการทดลองใช้กับกลุ่มใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนพบว่า มีความเข้าใจในขั้นตอนตามนวัตกรรมที่สร้างขึ้นร้อยละ 100

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรม ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยการศึกษาผลปริมาณไวรัสเชื้อเอชไอวีในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV viral load) ก่อนและหลังใช้นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม และการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อน และหลังใช้นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม ระหว่าง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2566

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่รับรอง UDREC ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

1. นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม 1 ชุด ประกอบด้วยวงล้อวงกลมแบ่งระดับสีของผลปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV viral load) และมีแผ่นอธิบายการปฏิบัติตัวของสีแต่ละสี มีลักษณะดังนี้

1.1 วัสดุและอุปกรณ์ วงล้อวงกลมแบ่งระดับสีของผลปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV viral load) ทำมาจากแผ่นพลาสติกลูกฟูกแข็ง ขาตั้งทำจากเหล็ก โดยวัสดุแผ่นพลาสติกลูกฟูกแข็งและเหล็กนำมาจากวัสดุที่ไม่ใช้แล้วถูกนำมาแปรใช้ใหม่ (recycle) สร้างเป็นนวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม ส่งผลให้ประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาล และวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาสร้างนวัตกรรม สามารถหาได้ในโรงพยาบาล

1.2 แผ่นอธิบายการปฏิบัติตัวของสีแต่ละสี สีเขียวคือดี สีเหลืองคือเสี่ยง สีแดงคืออันตราย ทำมาจากแผ่นพลาสติกลูกฟูกแข็ง โดยอธิบายความหมายคำแนะนำในการปฏิบัติตัว และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามระดับสี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 35 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.2 ปี (S.D.= 9.21, Rang 18 – 66) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันเกือบทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 93.3 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนมากระดับประถมศึกษา รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และอนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 42.2 , 26.7 , 22.2 และ 8.9 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบผลปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด(HIV viral load) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังใช้นวัตกรรมการพยาบาล“มาเบิ่งเด้อ”

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด(HIV viral load) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสโรงพยาบาลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังใช้นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ”สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม

HIV Viral load	n	$\bar{x}$	SD	IQR	Z	P-Value(1-tailed)
ก่อนใช้นวัตกรรม	45	32.91	15.59	19.00	-5.863	< 0.001
หลังใช้นวัตกรรม	45	4.22	8.47	0.00		

จากตาราง พบว่าหลังใช้นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” ปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV viral load) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 (p<.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม (n=45)

ด้าน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Paired t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล		
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัส	5.24	.88	ปานกลาง	6.97	.15	สูง	-13.89	.000

จากตารางพบว่า ผลการเปรียบเทียบความต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และยาต้านไวรัสก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสก่อนและหลังเพิ่มขึ้น จากระดับปานกลาง เป็นระดับสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม (n=45)

ด้าน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			z	p-value (2-tailed)
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล		
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	2.52	.25	ปานกลาง	3.00	.00	สูง	-5.797[b]	.000

จากตาราง พบว่าผลการเปรียบเทียบความต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อน และหลังเพิ่มขึ้น จากระดับปานกลางเป็นระดับสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาหลังใช้นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม ผลปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV viral load) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการเปรียบเทียบความต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสก่อนและหลัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) โดยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง และผลการเปรียบเทียบความต่าง ของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก่อนและหลัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) โดยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง

ทั้งนี้เนื่องจากจุดเด่นของ นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม 1 ชุด ประกอบด้วยวงล้อวงกลมแบ่งระดับสี ของปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV viral load) โดยวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้สร้างวงล้อวงกลมแบ่งระดับสีของปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV viral load) ทำมาจากแผ่นพลาสติกลูกฟูกแข็ง ขาตั้งทำจากเหล็กมีความมั่นคง โดยวัสดุแผ่นพลาสติกลูกฟูกแข็งถูกนำมาแปรใช้ใหม่ (recycle) และเหล็กนำมาจากวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว ถูกนำมาแปรใช้ใหม่ (recycle) สร้างเป็นนวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม ส่งผลให้การสร้างนวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม ช่วยประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาล และวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาสร้างนวัตกรรม สามารถหาได้ในโรงพยาบาล และแผ่นอธิบายการปฏิบัติตัวของสีแต่ละสี ทำมาจากแผ่นพลาสติกลูกฟูกแข็งที่ไม่ใช้แล้วถูกนำมาแปรใช้ใหม่ (recycle) โดยอธิบายความหมายและการปฏิบัติตัว ประกอบด้วยสีเขียวคือกลุ่มดี สีเหลืองคือกลุ่มเสี่ยง และสีแดงคือกลุ่มดื้อยา จะเห็นได้ว่านวัตกรรมดังกล่าว มีจุดเด่นคือการแบ่งระดับสีของ ผลปริมาณไวรัสเอชไอวี ในเลือด (HIV viral load) ที่ชัดเจน มีคำอธิบายการปฏิบัติของผู้ป่วยที่ชัดเจน อ่านแล้วเข้าใจง่าย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยอ่านแล้วเข้าใจง่ายสามารถนำไปใช้ได้และเกิดการปรับตัวในการดูแลตนเอง

และจากการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิภาพร คนงาน (2555)[4] ที่ทำการศึกษา ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องยายาต้านไวรัส 4 วิธี ได้แก่ 1) การอบรมรายกลุ่มอย่างเดียว 2) การอบรมรายกลุ่ม และแจกฉลากช่วยยาต้านไวรัส 3) การอบรมรายกลุ่มร่วมกับสอนร้องเพลง และเต้นประกอบเพลงยาต้านไวรัสด้วยสื่อวีซีดี 4) การอบรมรายกลุ่ม แจกฉลากช่วยยาต้านไวรัส ร่วมกับสอนร้องเพลง และเต้นประกอบเพลงยาต้านไวรัสด้วยสื่อวีซีดี พบว่าหลังให้ความรู้ทั้ง 4 วิธี กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจะส่งต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ดาววงศ์ญาติ (2564)[5] ที่ทำการศึกษาการบริการรูปแบบให้ความสำคัญกับผู้บริการเป็นศูนย์กลาง เป็นการบริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถช่วยให้กดไวรัสในกระแสเลือดได้ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.19 มีคะแนนสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.48 ± 13.54 และร้อยละ 79.57 มีคะแนนสุขภาพทางใจอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.25 ± 16.63 ความพึงพอใจต่อการให้บริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.44 มีความพอใจมากถึงมากที่สุด และสามารถกดไวรัสใน กระแสเลือดได้ร้อยละ 99.15

และจากการศึกษาหลังใช้นวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม ผลปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด(HIV viral load) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.001 สอดคล้องกับตัวชี้วัด ของแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติของกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 คือตัวชี้วัดร้อยละของผู้ที่ได้รับยาต้านเอชไอวีสามารถกดปริมาณไวรัสเอชไอวี(HIV Viral load) ลดลง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายผลนำนวัตกรรมการพยาบาล “มาเบิ่งเด้อ” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสโรงพยาบาลน้ำโสม ไปปรับใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ นอกจากนั้นควรปรับเปลี่ยนและต่อยอดนวัตกรรม ไปปรับใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ และปรับใช้ในผู้รับบริการทั่วไปในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค(2565).*แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี2564/2565*. ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.1(1):65-71

2.กัญญา พฤฒิสืบ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *Thai AIDS Journal*, 33(3), 139-150.

3.คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์(2560).*ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560 - 2573* .บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด.1(1):25-26

4.นิภาพร คนงาน(2555).*ประสิทธิผลของวิธีให้ความรู้เรื่อง ยาต้านไวรัส 4 วิธี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส โรงพยาบาลดอกคำใต้จังหวัดพะเยา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยพะเยา.

5.นิตยา ดาววงศ์ญาติ(2564).คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อการจัดบริการและการกดไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับบริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้บริการเป็นศูนย์กลาง ณ คลินิกเติมยาโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.*วารสารโรคเอดส์*.33(3):102-110

6.สำนักการพยาบาล(2551).*มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*(ปรับปรุงครั้งที่2).จัดพิมพ์โดยสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.2(3) :97-118

7.Best, J.W.(1977). Research in Education.(3 rd ed) Engelwood Cliffs,New Jersy:Pretice

Hall,Inc.

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.Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

10.Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 39(2), 175-191.

11.Orem, D.E. (1995).Nursing: Concepts of practices (5th ed.).St.Louis: Mosby Year Book.

การศึกษาระยะเวลาการกลับมาอ้าปากปกติภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีกระดูกขากรรไกรล่างหักและยึดตรึงกระดูกขากรรไกรบนล่าง (maxillo-mandibular fixation) ด้วยลวดเปรียบเทียบกับการใช้ยาง

A Study of the time to return to normal mouth opening after surgery in patients with mandibular fractures who had maxillo-mandibular fixation with wire compared to using interarch elastic.

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

อตินาต ธรรมรัชสุนทร[1] ปวรวรรณ ฤทธิพากร[2]
Atinart Tummarutsoontorn[1] Pawornwan Rittipakorn[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการกลับมาอ้าปากปกติของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องยึดตรึงกระดูกขากรรไกรบนและล่างเข้าด้วยกันอีก 1-2 สัปดาห์ ระหว่างการใช้ลวด (stainless steel wire no 25) เทียบกับการใช้ ยางดึงฟัน (interarch elastic) กลุ่มตัวอย่าง วินิจฉัยกระดูกขากรรไกรล่างหัก ระหว่างปี 2555 – 2565 จำนวน 162 คน แบ่งเป็นกลุ่มใช้ลวดมัดฟันจำนวน 87 คน ใช้ยางมัดฟันจำนวน 75 คน เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก และผลการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ผลการรักษา ในกลุ่มที่ใช้ยางมัดฟันมีปัญหาการสบฟันผิดปกติจำนวน 1 คน ระยะเวลาการกลับมาอ้าปากปกติภายหลังการผ่าตัดในกลุ่มที่ใช้ยางมัดฟันน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ลวดมัดฟันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.38±0.489, 1.97 ± 0.156, p=0.000)

คำสำคัญ : กระดูกขากรรไกรล่างหัก, การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขากรรไกรบนล่าง, การมัดฟัน

Abstract

This study retrospectively examined and compared the recovery duration for achieving normal mouth opening post-surgery among patients with mandibular fractures. It focused on those treated with maxillo-mandibular fixation using stainless steel (wire no 25) versus those treated with interarch elastics. The sample consists of 162 patients diagnosed with mandibular fractures between 2012 and 2022. We collected basic personal and clinical information, and analyzed treatment outcomes using descriptive statistics, chi-square tests, and t-tests.

The study revealed no significant differences in personal and clinical characteristics between the two groups. Regarding treatment outcomes, one individual in the interarch elastic group experienced a malocclusion issue. Moreover, the recovery time to achieve normal mouth opening post-surgery was significantly shorter for the interarch elastic group compared to the wire group, with statistical significance (1.38±0.489 vs. 1.97±0.156, p<0.001).

Keywords: mandibular fractures, maxillo-mandibular, fixation

บทนำ

กระดูกขากรรไกรล่างเป็นกระดูกที่มักมีการแตกหักเมื่อมีการบาดเจ็บของกระดูกขากรรไกรและใบหน้าโดยพบว่าเพศชายมากกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ โดย ไพศาล กังวลกิจ และ เพียรชัย เธียรโชติ[1] ได้ศึกษาสาเหตุการหักของกระดูกขากรรไกรและใบหน้าพบว่าเกิดจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มากที่สุด ส่วนการศึกษาอื่นๆ พบว่าสาเหตุหลักเกิด

[1] โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

[2] อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง สาขาวิชาสุขภาพช่องปากผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

จากอุบัติเหตุจราจร ตามด้วยการทำร้ายร่างกาย หรือ ทะเลาะวิวาท[2,3] การรักษามีตั้งแต่การทำ closed reduction และการผ่าตัดยึดดามกระดูกด้วยแผ่นเหล็กและสกรู (Open reduction and internal fixation with miniplate and screw) ซึ่งทั้งสองวิธีมีข้อดีข้อด้อยที่ต่างกัน[4-6] ซึ่งภายหลังการผ่าตัดยึดดามกระดูกด้วยแผ่นเหล็กและสกรู (Open reduction and internal fixation with miniplate and screw) ในผู้ป่วยที่มีกระดูกขากรรไกรล่างหัก ในบางรายอาจจำเป็นต้องยึดตรึงกระดูกขากรรไกรบนและล่างเข้าด้วยกันอีก 1-2 สัปดาห์เพื่อให้การกัดสบฟันเป็นไปตามแผนการรักษา โดยอาจใช้เป็นลวด (stainless steel wire no 25) หรือยางดึงฟัน (interarch elastic)[7-10]

ผู้วิจัยได้นำวิธียึดตรึงกระดูกขากรรไกรบนและล่างเข้าด้วยกันโดยใช้ยางดึงฟันตั้งแต่ปี 2561 และยังไม่เคยศึกษารวบรวมประสิทธิผลด้านระยะเวลาในการกลับมาอ้าปากปกติของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องยึดตรึงกระดูกขากรรไกรบนและล่างเข้าด้วยกัน การวิจัยครั้งนี้จึงมีความต้องการที่จะศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาในการกลับมาอ้าปากปกติของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องยึดตรึงกระดูกขากรรไกรบนและล่างเข้าด้วยกันอีก 1-2 สัปดาห์ ระหว่างการใช้ลวด (stainless steel wire no 25) เทียบกับการใช้ยางดึงฟัน (interarch elastic) หากวิธีใดที่มีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาในการกลับมาอ้าปากปกติของผู้ป่วยได้ จะเป็นประโยชน์ต่อทันตแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกขากรรไกรล่างหักต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการกลับมาอ้าปากปกติของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องยึดตรึงกระดูกขากรรไกรบนและล่างเข้าด้วยกันอีก 1-2 สัปดาห์ ระหว่างการใช้ลวด (stainless steel wire no 25) เทียบกับการใช้ ยางดึงฟัน (interarch elastic)

วิธีการดำเนินโครงการ

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective cohort study)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ วินิจฉัยกระดูกขากรรไกรล่างหัก ระหว่างปี 2555 – 2565 จำนวน 180 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ วินิจฉัยกระดูกขากรรไกรล่างหัก ระหว่างปี 2555 – 2565 คัดเลือกตามคุณสมบัติ ได้แก่

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ 1) ผู้ป่วยที่มีฟัน อายุ 15 ปีขึ้นไป 2) กระดูกขากรรไกรล่างหัก 3) ไม่มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งกระดูกหักก่อนการรักษา 4) มีการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออกอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยออกจากโครงการ 1) กระดูกขากรรไกรล่างหักตำแหน่งหัวคอนดายล์ (condylar head fracture) 2) กระดูกขากรรไกรล่างหักร่วมกับกระดูกขากรรไกรบนหัก 3) เป็นการหักไม่สมบูรณ์ (incomplete fracture) 4) มีกระดูกขากรรไกรล่างหักที่เกิดจากอาวุธปืนหรือ ระเบิด 5) ระยะเวลาจากการบาดเจ็บถึงได้รับการรักษามากกว่า 7 วัน

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 162 คน สุ่มแบบเป็นระบบจากฐานข้อมูล HosXp โดยใช้โปรแกรมได้กลุ่มที่ใช้ลวด (stainless steel wire no 25) จำนวน 87 คน กลุ่มที่ใช้ยาง (interarch elastic) จำนวน 75 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคร่วม อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย สาเหตุการบาดเจ็บ อาการและอาการแสดง ตำแหน่งที่หัก จำนวนตำแหน่งที่หัก ชนิดวัสดุมัดฟัน ระยะเวลาการบาดเจ็บจนถึงผ่าตัด

ส่วนที่ 3 ผลการรักษา ประกอบด้วย ระยะเวลามัดฟัน การหายของกระดูก การติดเชื้อ การสบฟันผิดปกติ ระยะการอ้าปากปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนตามชนิดของข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม สาเหตุการบาดเจ็บ อาการและอาการแสดง ตำแหน่งที่หัก นำเสนอโดยทดสอบทางสถิติโดยใช้ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบ ระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้สถิติ Chi square test กำหนดค่านัยสำคัญ (significance) ที่ $p \leq 0.05$

เปรียบเทียบ ระยะการอ้าปากปกติ Independent t-test กำหนดให้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยใช้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 95% (P-value < 0.05)

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ วินิจฉัยกระดูกขากรรไกรล่างหัก กลุ่มที่ใช้ลวดมัดฟัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 67 คน (ร้อยละ 71.3) อายุเฉลี่ย 36.93 ปี มีโรคประจำตัวจำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.2) อาชีพรับจ้างจำนวน 42 คน (ร้อยละ 48.3) กลุ่มที่ใช้ยางมัดฟัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 56 คน (ร้อยละ 74.6) อายุเฉลี่ย 35.53 ปี มีโรคประจำตัวจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.2) อาชีพรับจ้างจำนวน 33 คน (ร้อยละ 44) ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันตามนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ วินิจฉัยกระดูกขากรรไกรล่างหัก กลุ่มที่ใช้ลวดมัดฟัน พบว่า สาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจากจักรยานยนต์จำนวน 78 คน (ร้อยละ 89.7) ตำแหน่งที่หักพบในตำแหน่ง Symphysis จำนวน 48 คน (ร้อยละ 59.3) รองลงมาตำแหน่ง Body จำนวน 34 คน (ร้อยละ 37) กลุ่มที่ใช้ยางมัดฟัน สาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจากจักรยานยนต์จำนวน 72 คน (ร้อยละ 96) ตำแหน่งที่หักพบในตำแหน่ง Symphysis จำนวน 50 คน (ร้อยละ 61.7) รองลงมาตำแหน่ง Body จำนวน 32 คน (ร้อยละ 39.5) ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันตามนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ผลการรักษา พบการสบฟันผิดปกติจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.3) ในกลุ่มที่ใช้ยางมัดฟัน (ตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการกลับมาอ้าปากปกติภายหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ใช้ลวดมัดฟัน กับใช้ยางมัดฟัน พบว่า ในกลุ่มที่ใช้ยางมัดฟันระยะเวลาการกลับมาอ้าปากปกติน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ลวดมัดฟัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.38±0.489, 1.97 ± 0.156, p=0.000) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	วิธีการรักษา		p-value
	stainless steel wire no 25 (N=87) จำนวน (ร้อยละ)	interarch elastic (N=75) จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	62 (71.3)	56 (74.6)	0.500
หญิง	25 (28.7)	19 (25.4)	

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	วิธีการรักษา		p-value
	stainless steel wire no 25 (N=87) จำนวน (ร้อยละ)	interarch elastic (N=75) จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี) mean ± SD	36.93 ± 13.11	35.53 ± 12.93	0.428
โรคประจำตัว			
มี	2 (2.3)	1 (1.3)	0.500
ไม่มี	85 (97.7)	74 (98.7)	
อาชีพ			
รับจ้าง	42 (48.3)	33 (44.0)	0.204
เกษตรกร	34 (39.1)	32 (42.7)	
ไม่มีอาชีพ	11 (12.6)	10 (13.3)	

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทางคลินิก

ข้อมูลทางคลินิก	วิธีการรักษา		p-value
	stainless steel wire no 25 (N=87) จำนวน (ร้อยละ)	interarch elastic (N=75) จำนวน (ร้อยละ)	
สาเหตุการบาดเจ็บ			
อุบัติเหตุจากจักรยานยนต์	78 (89.7)	72 (96.0)	0.323
ตกจากที่สูง พลัดตกหกล้ม	4 (4.6)	0 (0)	
โดนทำร้าย	5 (5.7)	3 (4.0)	
ตำแหน่งที่หัก			
Symphysis	48 (59.3)	50 (61.7)	0.436
Body	34 (37.0)	32 (39.5)	0.432
Angle	28 (34.6)	25 (30.9)	0.301
Condyle	15 (18.5)	3 (3.7)	0.003*
Ramus	7 (8.6)	12 (14.8)	0.164

ตารางที่ 3 แสดงผลการรักษา

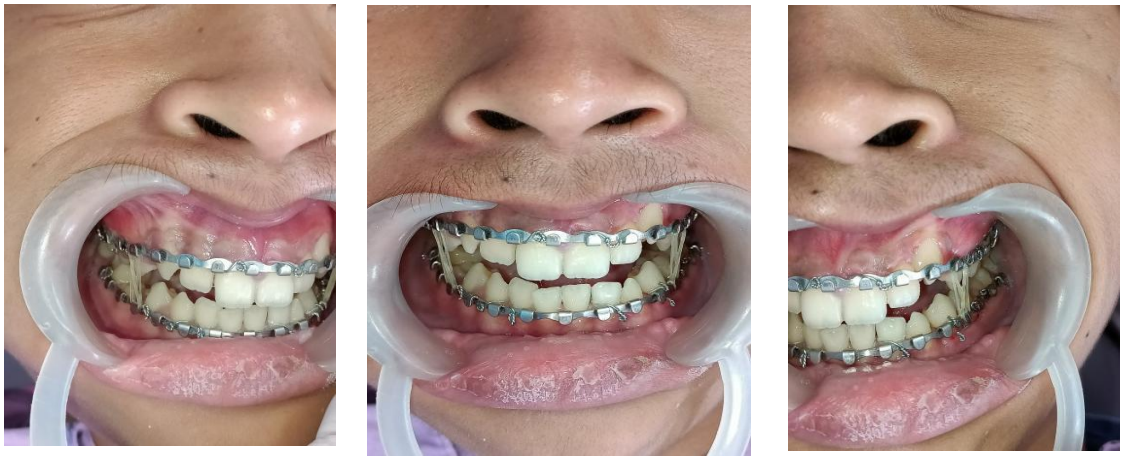
ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	วิธีการรักษา	
	stainless steel wire no 25 (N=87) จำนวน (ร้อยละ)	interarch elastic (N=75) จำนวน (ร้อยละ)
การติดเชื้อ		
มี	0 (0)	0 (0)
ไม่มี	87 (100.0)	75 (100.0)
การสบฟันผิดปกติ		
มี	0 (0)	1 (1.3)
ไม่มี	87 (100.0)	74 (98.7)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลามัดฟัน ระยะการอ้าปากปกติระหว่างชนิดวัสดุมัดฟัน

ระยะการอ้าปากปกติ (cms)	Mean	S.D.	t	p-value
stainless steel wire no 25	1.97	0.156	10.388	0.00*
interarch elastic	1.38	0.489		



ภาพที่ 1 ใช้ยาง (interarch elastic) ยึดฟันบนล่างติดกันแน่นในสัปดาห์ที่ 1



ภาพที่ 2 ใช้ยาง (interarch elastic) ยึดฟันบนล่างติดกันแบบอ้าปากได้บ้างในช่วง 3-5 มิลลิเมตร ในสัปดาห์ที่ 2

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบวิธียึดตรึงกระดูกขากรรไกรบนและล่างเข้าด้วยกัน ระหว่างการใช้ลวด (stainless steel wire no 25) เทียบกับการใช้ยางดึงฟัน (interarch elastic) พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง เพศ อายุ และอาชีพ ระหว่าง 2 กลุ่ม สาเหตุการบาดเจ็บบริเวณกะโหลกศีรษะและใบหน้าส่วนใหญ่เกิดจาก

อุบัติเหตุจากจักรยานยนต์ ตำแหน่งที่หักส่วนใหญ่คือบริเวณ symphysis รองลงมาคือบริเวณ body of mandible ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาในด้านสาเหตุและตำแหน่งที่หัก[3,11-15]

ปัจจุบันแนวทางการรักษากระดูกขากรรไกรล่างหักมี 2 ทางเลือก[16] ได้แก่ 1 การรักษาโดยการเปิดติดเหล็กและสกรูดามกระดูก (open reduction and internal fixation with miniplate and screw , ORIF With Miniplate And Screw) และ 2 การรักษาด้วยการมัดฟัน (closed reduction and maxillomandibular fixation) ซึ่งการใช้วิธี ORIF With Miniplate And Screw จะทำให้ผู้ป่วยสามารถขยับขากรรไกรและอ้าปากได้เร็วขึ้นหลังการรักษา และเพื่อให้เกิดการสบฟันแบบสบสนิท (maximum intercuspation) ผู้วิจัยได้ใช้ 2 วิธีการคือ 1 วิธีการมัดฟันบนล่างติดกันด้วยลวดขนาด stainless steel 25 โดยยึดให้ฟันบนและล่างติดกันชนิดที่ไม่สามารถอ้าปากได้เลย 2 สัปดาห์ วิธีที่ 2 ใช้ยางหรือ interarch elastic ยึดฟันบนล่างติดกันในลักษณะที่ไม่สามารถขยับได้เลยเช่นกันในสัปดาห์ที่ 1 (ดังภาพที่ 1) และลดจำนวนของยาง interarch elastic ลง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขยับหรืออ้าปากได้บ้างในช่วง 3-5 มิลลิเมตร (วัดระหว่างปลายฟันหน้าบน กับ ฟันหน้าล่าง) ในสัปดาห์ที่ 2 (ดังภาพที่ 2) และเมื่อถึงขั้นตอนการฝึกการอ้าปาก พบว่าหลังจากผ่านไป 2 สัปดาห์เมื่อทำการ off หรือถอดทั้งลวดและยางออกพบว่าในกลุ่มที่ใช้ยาง interarch elastic สามารถฝึกให้มีการอ้าปากกลับมามีความกว้างได้ใกล้เคียงเดิมได้เร็วกว่าการใช้ลวดมัดฟันติดแน่นทั้ง 2 สัปดาห์ และพบว่าเมื่อดูการสบฟันในกลุ่มของการใช้ยาง ก็ยังสามารถมีการสบฟันแบบสบสนิทหรือ maximum intercuspation ได้เช่นเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ Demet Kaya และคณะ[17] พบว่าการใช้แบร็คเกตร่วมกับยางดึงฟันในผู้ป่วยที่ขากรรไกรล่างหักบริเวณ parasymphysis จะช่วยลดการทำลายเหงือก และอวัยวะปริทันต์รอบฟัน และช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขอนามัยช่องปากที่ดีขึ้น รวมไปถึงยางจะช่วยยืดหยุ่นให้คนไข้สามารถปรับการสบฟันให้ไปสู่ตำแหน่งเดิมก่อนการบาดเจ็บได้เร็วยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.ไพศาล กังวลกิจ,เพียรชัย เธียรโชติ. (2538). การศึกษากระดูกขากรรไกรและใบหน้าหักในผู้ป่วย 1415 ราย. วารสารศัลย์ช่องปากแม็กซิลโลเฟเชียล; 9(1):3-7.

2.Morshed S. Current options for determining fracture union. Advances in Medicine 2014: 1-12.

3.สมร บุญเกษม และ วิจิตร ธรานนท์. (2538). การศึกษาผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า 342 ราย ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วารสารศัลย์ช่องปากแม็กซิลโล เฟเชียล; 9(1):8-13.

4.Rahpeyma A, Khajehahmadi S. Force relaxation of 3/16 inch heavy orthodontic latex elastics used in maxillofacial trauma in simulated jaw fracture situation. Dent Hypotheses 2014;5:146-9.

5.Smith AT. The use of orthodontic chain elastic for temporary intermaxillary fixation. Br J Oral Maxillofac Surg 1993;31:250-1.

6.VP Singh, PR Pokhrae, K Pariekh, DK Roy, A Singla, KP Biswas. Elastics in orthodontics: A review. Health Renaissance. 2012; Vol 10 (No. 1);49-56

7.Asbell M B. “A brief history of orthodontics”. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1990; 98: 176-182.

8.Graber TM ,Swain BF.”Current orthodontic concepts and techniques”. second edition. Toronto: W.B. Sounders company; 1975.

9.Hirani NH, Pujara N. Comparison of open reduction and internal fixation in case of symphysis and parasymphysis mandible fracture. International Journal of Science and Research 2015; 4(6): 2129-31.

10.Queiroz CS, Sarmento VA, Azevedo RA, Oliveira TF, Bastos LC. A comparative study of internal fixation and intermaxillary fixation on bone repair of mandibular fractures through radiographic subtraction. J Craniomaxillofac Surg 2014;42(5):152-6.

11.มัลลิกา สถิตนิรามัย. (2551). การหักของกระดูกขากรรไกรและใบหน้าในโรงพยาบาลสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 17(2): 266-273.

12.Amin M, Babar A, Ibrahim MW, Awan MUA. Post-operative complications in mandibular fractures. comparison of three different treatment modalities. Pak Armed Forces Med J 2016; 66(5): 720-5.

13.Anderson GF, Bishara SE. “Comparison of alastik chains to elastics involved with intra-arch molar-to molar forces”. Angle Orthod.1970; 40: 151-158.

14.Anyanechi CE, Saheeb BD. Complications of mandibular fracture: study of the treatment methods in Calabar, Nigeria. West Indian Med J 2014;63(4):349-53.

15.Baty DL.” Synthetic Elastomeric chains a Literature Review” .Am J Orthod Dentofac Orthop.1994;105:536- 42.

16.โจมา แสงแก้ว และสิทธิชัย ตันติภาสวศิน. (2560). การหายของกระดูกขากรรไกรล่างหักที่ได้รับการรักษาโดยการมัดฟันเป็นเวลา 3 สัปดาห์. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี; 44(2):109-118.

17.Kaya, Demet & Kocadereli, Ilken & Akcan, Cenk & Konaş, Ersoy & Mavili, Mehmet. (2013). Use of Acrylic Occlusal Splint and Direct Bonded Brackets for Intermaxillary Fixation in the Treatment of Unilateral Parasymphyseal and Condylar Fractures: A Case Report. CLINICAL DENTISTRY AND RESEARCH. 37. 46-50.

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Affecting Overnutrition among Secondary School Students, Ubon Ratchathani Province.

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

ณัฐวดี เยาวะศรี[1] กิตติ เหลาสุภาพ[2]
Nattawadee Yaowasri1, Kitti Laosupap [2]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมตระการพืชผล จำนวน 302 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การเปรียบเทียบข้อมูลที่เป็น Categorical data ใช้ Chi-square test ในกรณีไม่เป็นไปตามเงื่อนไขจะใช้ Fishers' exact test แทน

ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.3 รองลงมาความรู้ระดับดี ร้อยละ 28.5 และมีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 64 มีการออกกำลังกายน้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 92.1 โดยใช้เวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งน้อยกว่า 30 นาที พฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 95.7 เพศหญิงมีโอกาสที่จะมีภาวะโภชนาการเกินมากกว่าเพศชาย 1.71 เท่า กลุ่มอายุ 14-15 ปี มีโอกาสที่จะมีภาวะโภชนาการเกินมากกว่านักเรียนกลุ่มอายุ 12-13 ปี 2.6 เท่า เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องแล้ว พบว่า กลุ่มอายุ มีผลต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มอายุ 14-15 ปีมากกว่านักเรียนกลุ่มอายุ 12-13 ปี 2.76 เท่า (P-value < 0.001)

คำสำคัญ: นักเรียนมัธยมศึกษา ภาวะโภชนาการเกิน

Abstract

This cross-sectional analytical research conducted in this study aimed to investigate factors influencing the prevalence of malnutrition among junior high school students in Ubon Ratchathani Province. The sample group consisted of junior high school students from Maturatana Phuphathip School, totaling 302 individuals. A multistage random sampling method was employed to collect data using questionnaires. Data analysis was performed using statistical analysis, specifically Chi-square tests for categorical data comparison. In cases where conditions were not met, Fisher's exact test was used instead.

The research findings revealed that the majority of students had moderate knowledge (50.3%), followed by good knowledge (28.5%), and low knowledge (64%). Additionally, 92.1% of students engaged in physical activity less than 5 days per week, with each session lasting less than 30 minutes. Dietary behavior was mostly inadequate, with 95.7% at a low level. Females were 1.71 times more likely to experience malnutrition compared to males. Students aged 14-15 years were 2.6 times more likely to experience malnutrition than those aged 12-13 years. Controlling for various factors, it was found that the older age group had a significantly higher risk of malnutrition compared to the younger age group, with a relative risk of 2.76 (P-value < 0.001).

Keywords: Secondary School Students, Overnutrition, Ubon Ratchathani Province

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] ปร.ด.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, Corresponding author Email: kitti.l@ubu.ac.th

บทนำ

ภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition) ในเด็กวัยเรียน อายุ 7-15 ปี เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก สาเหตุสำคัญเกิดจากการบริโภคอาหารหรือสารอาหารที่เกินกว่าความต้องการของร่างกาย เช่น การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานเกินกว่าที่ร่างกายจะใช้ ร่างกายจึงเกิดการสะสมพลังงานเหล่านั้นไว้ในรูปของไขมัน ทำให้เกิดโรคอ้วน (Obesity) โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก โรคหัวใจและหลอดเลือด[1] เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าทั่วโลกมีคนเป็นโรคอ้วน ประมาณ 800 ล้านคน ในจำนวนนี้ 39 ล้านคน เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และอีกประมาณ 340 ล้านคน เป็นเด็กและวัยรุ่นอายุ 5-19 ปี จากการสำรวจสถิติประเทศที่มีจำนวนเด็กอ้วนสูงสุดอยู่ที่ไมโครนีเซีย ตะวันออกกลาง และประเทศแถบแคริบเบียน นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา จำนวนของเด็กอ้วนในแอฟริกาเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และในอีกหลายประเทศ ยังพบว่าเด็กได้สารอาหารที่มีแคลอรี่สูงมาก อย่างเช่นในแอฟริกาใต้ หนึ่งในสามของเด็กชายมีปัญหาอ้วนเกินไป ส่วนที่บราซิล ร้อยละ 36 ของเด็กหญิง น้ำหนักเกินหรืออ้วน ส่วนอีกร้อยละ 16 ผอมเกินไป องค์การอนามัยโลกรายงานว่าเด็กที่เป็นโรคอ้วนได้เพิ่มขึ้นทั่วโลกจาก 31 ล้านคนในปี 2533 เป็น 44 ล้านคนในปี พ.ศ. 2555 และภายในปี พ.ศ. 2568 หรืออีก 2 ปีข้างหน้า คาดการณ์ว่าจะมีเด็กเป็นโรคอ้วนทั่วโลก 70 ล้านคน[2]

ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการมีภาวะโภชนาการเกินในวัยเรียน ด้านร่างกาย มีการเจริญเติบโตของร่างกายและภาวะเป็นหนุ่มสาวเร็วขึ้น การมีประจำเดือน พบว่า มีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราการเพิ่มขึ้นของปริมาณไขมันในร่างกาย และยังมีภาวะแทรกซ้อนของระบบกระดูกและข้อ ระบบทางเดินหายใจ ความดันหลอดเลือดในปอดสูง ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร กรดไหลย้อน ไขมันสะสมที่ตับ และยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง มะเร็งหลอดอาหาร ต่อมไทรอยด์ ไต ผิวหนัง อีกทั้งยังมีผลกระทบด้านสังคมและจิตใจ เนื่องจากเด็กที่อ้วนจะขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม ชอบโดนเพื่อนล้อ ถูกกลั่นแกล้ง ทำให้เกิดความอับอาย มีความวิตกกังวน ซึมเศร้า ซึ่งมีแนวโน้มทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา[3]

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กไทย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเด็กไทยมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะโภชนาการเกินเพิ่มมากขึ้น โดยเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับเริ่มอ้วน และอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.7 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี 2564 และมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นในทุกปี[4] การสำรวจข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มรายงานมาตรฐานงานโภชนาการ ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563-2566 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 10.41 ร้อยละ 8.65 ร้อยละ 10.83 และร้อยละ 13.80 ตามลำดับ[5] และร้อยละของเด็กอายุ 5-18 ปี สูงดีสมส่วน ปีงบประมาณ 2563-2566 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 10.99, ร้อยละ 6.64 ร้อยละ 9.56 และร้อยละ 8.79 ตามลำดับ[6] ซึ่งเด็กวัยเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี มีแนวโน้มเป็นภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากปัญหาภาวะโภชนาการเกิน ส่งผลกระทบต่อตัวนักเรียน ครอบครัว และสังคม ในด้านลบต่างๆ มากมาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริม ป้องกันเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินไม่ให้เป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นและไม่ให้มีโรคแทรกซ้อนอันจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2566 โรงเรียนมัธยมตระการพืชผล อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2566 ถึง มกราคม 2567

ประชากร

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีการศึกษา 2566 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 56,881 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) 1) เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นปีการศึกษา 2566 โรงเรียนมัธยมตระการพืชผล อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี 2) นักเรียนที่มีอายุระหว่าง 12-15 ปี 3) นักเรียนสมัครใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย 4) นักเรียนที่เข้าร่วมไม่เป็นผู้ที่กำลังอยู่ในโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก หรือโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ 5) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria) 1) กลุ่มตัวอย่างมีความบกพร่องทางการรับรู้ เช่น โรค learning disorder: LD (ความบกพร่องทางการเรียนรู้) และมีความยากลำบากในการสื่อสาร เช่น มีภาวะบกพร่องด้านการสื่อความหมาย (Aphasia) มีความผิดปกติทางการพูด (ล่าช้าด้านความเข้าใจของภาษา พูดไม่ชัด พูดติดอ่าง ใช้เสียงผิดปกติ) 2) มีโรคประจำตัว เช่น โรคที่เกี่ยวกับฮอร์โมน หรือต่อมไร้ท่อ เช่น โรคขาดฮอร์โมนไทรอยด์ ขาดฮอร์โมนการเจริญเติบโต Cushing's syndrome (โรคคุชชิง) มีความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน หรือโรคทางพันธุกรรมบางอย่างที่มีภาวะน้ำหนักเกินเป็นหนึ่งในอาการแสดงของโรค เช่น Prader-Willi Syndrome (กลุ่มอาการพราเดอร์-วิลลี่) 3) มีการใช้ยาที่มีผลทำให้น้ำหนักตัวลด เช่น ยาโอลิสแตท (เซนิคาล) ยาไรโมนาแบนท์ (อะคอมเพลีย) ยาไซบูทามีน (เมริเดีย) และยาที่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม เช่น antidepressant antipsychotic hormone steroid เป็นต้น 4) กลุ่มตัวอย่างย้ายโรงเรียน

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างคำนวณจากผลลัพธ์หลักคือภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เกิน และปกติ ดังนั้น การคำนวณขนาดตัวอย่างจึงใช้สูตรการคำนวณแบบการถดถอยพหุลอจิสติก Multiple logistic regression การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง Hsieh, Bloch, & Larsen (1998)[7] ดังนี้

$$N_1 = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha}+Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0-P_1)^2]}$$

$$Nm = \frac{N_1}{1-\rho^2_{1,2,3.....p}}$$

P_0 = การมีพฤติกรรมดื่มน้ำอัดลมในกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน =0.60

P_1 = การมีพฤติกรรมดื่มน้ำอัดลมในกลุ่มภาวะโภชนาการปกติ =0.45

B = อัตราความชุกของการมีโภชนาการเกิน =0.11

$P = [((1-B)* P_0)+(B* P_1)]$ =0.66

Z_β = ค่า coefficient ในการปฏิเสธสมมติฐาน null hypothesis (1.96 for alpha = 0.05)

ρ^2 = multiple correlation ของตัวแปรพฤติกรรมเทียบกับตัวแปรอื่นๆ

VIF = Variance Inflation Factors $1/1 - p^2$

N_1 = ขนาดตัวอย่างแบบ univariate logistic regression

N_m = ขนาดตัวอย่างแบบ multivariate logistic regression

เมื่อได้ขนาดตัวอย่างแบบ N_1 หารด้วย $1 - p^2$ จะได้ขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ Multivariate logistic regression

จากการศึกษานำร่องพบว่าอัตราความชุกของการมีภาวะโภชนาการเกิน 11% การมีพฤติกรรมดื่มน้ำอัดลมในกลุ่มในกลุ่มปกติ (P1) เท่ากับ 0.45 การมีพฤติกรรมดื่มน้ำอัดลมในกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน (P_0) เท่ากับ 0.60

แทนค่าในสูตร

$$N_1 = \frac{0.66(1-0.66)(1.96+0.84)^2}{[0.11(1-0.11)(0.60-0.45)^2]}$$

$= 154$ คน

$$Nm = \frac{N_1}{1-\rho^2_{1,2,3.....p}}$$

$\rho^2 = 0.49$

VIF $= 1.67$

$N_m = 302$

ดังนั้นได้ขนาดตัวอย่าง = 302 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง การประเมินรูปร่าง การได้รับเงินมาโรงเรียน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ รูปร่างของสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่ดีมีคุณค่า ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ครบ 5 หมู่ เหมาะสมตามวัย ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย และรู้ถึงโทษ พิษภัยของอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ลักษณะคำถามแบบถูก-ผิด (True-false Items)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยพฤติกรรมการบริโภค ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับกิจกรรมหรือปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่ม การเลือกซื้ออาหาร ขนม เครื่องดื่ม โดยสร้างคำถามทั้งทางด้านบวกและด้านลบตามรูปแบบ Likert scale กำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบได้ 4 ตัวเลือก เป็นประจำ ค่อนข้างบ่อย นานๆครั้ง ไม่เคย

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมมีดังนี้ 1) ขอหนังสืออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมตระการพืชผล เพื่อประสานงานตามขั้นตอน ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล 2) ติดต่อประสานงานกับคุณครูที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล 3) เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล พร้อมนัดกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

ขั้นดำเนินการ 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา และการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มเป้าหมายได้ทราบอย่างชัดเจน 2) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้เด็กนักเรียน เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อ ครบถ้วนของข้อมูลแต่ละชุด และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้นหลายตัวแปร ใช้ Multiple logistic regression ส่วนรายตัวแปรวิเคราะห์ Univariate โดย binary logistic regression การประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio และ Crude Odds ratio ตามลำดับ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.2 มีอายุระหว่าง 14 – 15 ปี ร้อยละ 65.6 และ อายุระหว่าง 12 – 13

ปี ร้อยละ 34.4 โดยส่วนใหญ่นักเรียนได้รับเงินมาโรงเรียนวันละน้อยกว่า 100 บาท ร้อยละ 96.0

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ร้อยละ 88.7 และผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 11.3 โดยระดับการศึกษาประถมถึงมัธยมศึกษา ร้อยละ 80.5 และปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 19.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 43.4 อื่นๆ ร้อยละ 56.6 และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 53.3 ต่ำกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 46.7

3. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.3 รองลงมาความรู้ระดับดี ร้อยละ 28.5 และมีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 64 ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในหลายประเด็น เช่น นักเรียนสามารถดื่มนมจืดได้ไม่จำกัด เพราะไม่มีไขมันทำให้ไม่อ้วน ขนมกรุบกรอบมีประโยชน์คือให้พลังงานแก่ร่างกาย การรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมาก จะทำให้ร่างกายแข็งแรง เป็นต้น

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 95.7 รองลงมาพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 4.3

5. พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายน้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 92.1 โดยใช้เวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 87.4

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ปัจจัย	ระดับภาวะโภชนาการ				Crude OR (95%CI)	aOR*	(95%CI)	p-value
	ปกติ		เกินเกณฑ์					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1.เพศ								0.37
1.1 หญิง	139	68.5	64	31.5	1.71	1.34	0.70-2.53	
1.2 ชาย	78	78.8	21	21.2	(0.97-3.01)	1		
2. อายุ								<0.001
2.1 14-15 ปี	61	58.7	43	41.3	2.62	2.76	1.56-4.86	
2.2 12-13 ปี	156	78.8	42	21.2	(1.56-4.39)	1		
3. นร.ได้รับเงินมาโรงเรียน(บาท/วัน)								0.62
3.1 ≥101 ขึ้นไป	8	66.7	4	33.3	1.29	1.38	0.37-5.38	
3.2 ≤100	209	72.1	81	27.9	(0.37-4.40)	1		
4.จำนวนพี่น้อง								0.46
4.1 3 คนขึ้น	64	69.6	28	30.4	1.17	1.25	0.68-2.31	
4.2 1-2 คน	153	72.9	57	27.1	(0.68-2.01)	1		
5.ระดับความรู้การบริโภคอาหาร								0.32
5.1 ดี	156	72.2	60	27.8	1.01	0.69	0.19-2.53	
5.2 น้อย-ปานกลาง	61	70.9	25	29.1	(0.61-1.85)	1		
6. ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร								0.58
6.1 ปานกลาง	9	69.2	4	30.8	0.88	0.69	0.19-2.54	
6.2 น้อย	208	72.0	81	28.0	(0.26-2.92)	1		
7.ระดับการออกกำลังกาย/สัปดาห์								0.32
7.1 < 5 วัน	198	71.2	80	28.8	1.54	1.75	0.57-5.34	
7.2 ≥ 5 วัน	19	79.2	5	20.8	(0.55-4.25)	1		

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ปัจจัย	ระดับภาวะโภชนาการ				Crude OR (95%CI)	aOR*	(95%CI)	p-value
	ปกติ		เกินเกณฑ์					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ข้อมูลผู้ปกครอง								
8. ผู้ปกครอง								0.869
8.1 บิดา/มารดา	192	71.6	76	28.4	0.90			
8.2 อื่นๆ	25	73.5	9	26.5	(0.41-2.04)	1		
9.ระดับการศึกษา								0.738
9.1 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	42	71.2	17	28.8	1.04			
9.2 ประถม-มัธยมศึกษา	175	72.0	68	28.0	(0.55-1.95	1		
10. อาชีพ								0.52
10.1 อื่นๆ	120	70.2	51	29.8	1.21	1.14	0.63-2.05	
10.2 เกษตรกรรม	97	74.0	34	26.0	(0.73-2.02)	1		
11. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท)								0.18
11.1 ≥ 20,001	110	68.3	34	51	1.46	1.5	0.82-2.76	
11.2≤ 20,000	107	75.9	24.1	31.7	(0.87-2.43)	1		

จากตารางที่ 1 พบว่า เพศหญิงมีโอกาสที่จะมีภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าเพศชาย 1.71 เท่า กลุ่มอายุ 14-15 ปี มีโอกาสที่จะมีภาวะโภชนาการเกินมากกว่านักเรียนกลุ่มอายุ 12-13 ปี 2.6 เท่า อย่างไรก็ตามเมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องแล้ว พบว่ามีเพียง กลุ่มอายุ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มอายุ 14-15 ปีมากกว่านักเรียนกลุ่มอายุ 12-13 ปี 2.76 เท่า (P-value < 0.001)

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างอายุ 14-15 ปี มีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 41.3 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการรายงานการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด 1.11 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน สำนักโภชนาการ รอบ 5 เดือนย้อนหลังปี 2565 สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศ ปี 2565 เขตที่ 4 พบภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 47.6 จะเห็นว่านักเรียนมัธยมศึกษามีภาวะโภชนาการเกินจำนวนมาก[4] อาจส่งผลต่อสุขภาพและเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินต่อไป ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.3 โดย....กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายแต่ละครั้งน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 87.4 และน้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์...ในแต่ละวันนักเรียนดูโทรทัศน์วันละ 1-2 ชั่วโมง ร้อยละ 59.3 ขณะที่นักเรียนดูโทรทัศน์และกินขนมไปด้วยวันละ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1-2 ชั่วโมง ร้อยละ 60.9

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ กลุ่มอายุ 14-15 ปี มีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 41.3 เนื่องจากกลุ่มอายุดังกล่าวอยู่ในวัยรุ่นซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นวัยผู้ใหญ่ทำให้มีการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นแต่การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมทั้งปริมาณและคุณภาพก็จะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐพงษ์ อัญชลี และเบญจา มุกตพันธุ์[8] ที่ศึกษาวิถีชีวิตและปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของบุคลากร สายสนับสนุนมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของบุคลากรสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยขอนแก่น และ Almudena Garrido-Fernández et al. (2020). ศึกษาอาหารที่นักเรียนมัธยมปลายบริโภคระหว่างวัน

เรียน พบว่า อายุ มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมการกินของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในอันดาลูเซีย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1.ควรมีการให้ความรู้เรื่องโภชนาการแบบหลายช่องทางเนื่องจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นยังมีความรู้อยู่ในระดับกลางๆ

2. ควรส่งเสริมให้นักเรียนมีการเคลื่อนไหวออกแรงมากขึ้นเพราะมีพฤติกรรมเนือยนิ่งค่อนข้างสูง เน้นในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มอายุ 14-15 ปีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น นักเรียนในระดับชั้นอนุบาล ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย นักศึกษาในมหาวิทยาลัย เพราะประชากรแต่ละกลุ่ม อาจมีภาวะโภชนาการที่แตกต่างกันออกไป

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยออกแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ วัดผลลัพธ์แบบเรียงลำดับ เช่น ผอม ค่อนข้างผอม สมส่วน ค่อนข้างอ้วน อ้วน เป็นต้น รวมทั้งศึกษาในรูปแบบของงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกและสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาได้ตรงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. “คลังความรู้”, ภาวะโภชนาการเกินในเด็ก. กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา; 2563.
2. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2024: No area of the world is unaffected by the consequences of obesity [Internet]. World Obesity Federation. [cited 2024 Mar 16]. Available from: https://www.worldobesity.org/news/world-obesity-atlas-2024
3. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ตารางการแปลผลภาวะโภชนาการ [Internet]. 2566 [cited 2024 Mar 16]. Available from: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th
4. สำนักโภชนาการ กรมอนามั ย. รายงานประจำ ปี 2565 เฝ้าระวังทางโภชนาการ [Internet]. 2565. Available from: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/
5. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลด้านโภชนาการ เด็กวัยเรียน อายุ 6-18 ปี [Internet]. HDC Report. 2565 [cited 2024 Mar 16]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formated/nutri6.php&cat_id=46522b5b
6. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผลการรายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด 1.11 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน. 2565.
7. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998 Jul 30;17(14):1623–34.
8. ณัฐพงษ์ อัญชล, เบญจา มุกตพันธุ์. วิถีชีวิตและปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของบุคลากรสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2563;35(1):89–91.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

Development of a care system for the elderly who are dependent Ban Phaeng Hospital Nakhon Phanom Province

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

ประเดิม อภัยโส[1]
Praderm Aphaiso[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 67 คน ผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา : 1) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 2) คุณภาพชีวิตภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 3) ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การพัฒนาระบบ

Abstract

This research was action research aimed to study the results of developing a care system for dependent elderly people. Ban Phaeng Hospital Nakhon Phanom Province. Sample size were the elderly who are dependent, totaling 67 people. Tools Used in the research was a general information questionnaire. Assessment of ability to perform daily living according to the Barthel ADL Index (Activity Daily Living: ADL) of the Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Quality of life assessment form for dependent elderly people Using a short version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire, Thai version, care system for dependent elderly people. Ban Phaeng Hospital Guide to caring for the elderly who are dependent Data were analyzed using descriptive statistics to find frequencies, percentages, and standard deviations. Differences were tested for comparison using Paired t-test statistics.

Results of the study : 1) Ability to carry out daily activities according to the Barthel ADL Index (Activity Daily Living: ADL) of dependent elderly people. After the system development, the average value increased more than before the system development. Statistically significant at 0.05 2) Quality of life of the elderly who are dependent. After the system development, the average value increased more than before the system development. Statistically significant 0.05 3) Satisfaction of the sample group Elderly people who are dependent After the system development, the average value increased more than before the system development. Statistically significant 0.05

Keywords : elderly, dependent elderly, dependent elderly care, system development.

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งประเทศไทย[1] ทั้งจากสัดส่วนและขนาดจำนวนประชากรที่ทำให้เข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ ใน พ.ศ. 2559 ประมาณ 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด ส่วนประเทศไทยพบเป็นผู้สูงอายุประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 การเพิ่มของประชากรสูงอายุด้วยอัตราที่สูงมากประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ส่งผลให้ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีก 5 ปีข้างหน้า โดยอาจสูงถึงร้อยละ 20 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากร[2] สัดส่วน ของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความต้องการการบริการสุขภาพของประเทศ

วัยผู้สูงอายุร่างกายจะมีความเสื่อมถอย สาเหตุจากความเสื่อมของร่างกายร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงในชีวิตประจำวัน ความเครียด รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่คุกคามต่อสุขภาพกายและจิต ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิงหรือติดบ้าน ติดเตียง รวมทั้งขาดผู้ดูแลหรือครอบครัวไม่มีศักยภาพในการดูแลทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งด้านความต้องการการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกายด้านการดูแลและช่วยเหลือจากครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านจิตใจ[3] เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การมีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ การมีทีมเครือข่ายสุขภาพที่มีความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติมีความรู้ความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการบำบัดฟื้นฟูที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพที่ดีภายใต้ภาวะสุขภาพที่เผชิญอยู่

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านแพง พบปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ โดยพบว่าสัดส่วนประชากรก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในแต่ละปี พ.ศ. 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 18.78, 19.43 และ 20.48 ตามลำดับ และผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าเป็นผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 3.06, 3.44 และ 3.15 ตามลำดับ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 0.61, 0.30 และ 0.62 ตามลำดับ และจากการวิเคราะห์ปัญหาทางสุขภาพ พบปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 5.44, 3.44 และ 3.60 ตามลำดับ ปัญหาโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.36, 2.61 และ 4.56 ตามลำดับ ปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 15.71, 9.19 และ 16.38 ตามลำดับ ปัญหาเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.45, 3.80 และ 2.76 ตามลำดับ ปัญหาข้อเข่า ร้อยละ 27.87, 9.55 และ 4.45 ตามลำดับ ปัญหาช่องปาก ร้อยละ 23.59, 5.76 และ 4.33 ตามลำดับ ปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 34.41, 19.70 และ 22.68 ตามลำดับ เสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 17.79, 6.71 และ 4.05 ตามลำดับ เสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 7.58, 1.66 และ 1.97 ตามลำดับ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 1.04, 0.65 และ 1.07 ตามลำดับ ภาวะนอนไม่หลับ ร้อยละ 9.66, 5.28 และ 5.68 ตามลำดับ ภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 13.39, 24.09 และ 21.83 ตามลำดับ และพบมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 53.17, 54.32 และ 51.17 ตามลำดับ

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ได้ดำเนินการตามนโยบาย ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดนครพนม ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ทุกปีเพื่อนำสู่การคัดกรองภาวะสุขภาพประจำปี ผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงจะขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดร่างแผนการดูแลหลัก (Care plan) เพื่อเสนอคณะอนุกรรมการ และแผนการดูแลรายสัปดาห์ จัดทำโครงการเพื่ออนุมัติงบประมาณในการดำเนินงานด้านการจัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care givers) ดำเนินการดูแลตามแผนและติดตาม กำกับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มอบวัสดุ ครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เบิกจ่ายค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care givers) ประเมินผลการดูแลของปีงบประมาณและดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่างระบบดังกล่าวข้างต้น ถึงแม้กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านแพง จะมีแนวทางในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายปฏิเสธการดูแลของเจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ขาดความต่อเนื่องในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องจากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย ดังนั้นการมีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ การมีทีมเครือข่ายสุขภาพที่มีความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติมีความรู้ความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการบำบัดฟื้นฟูที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพที่ดีภายใต้ภาวะสุขภาพที่เผชิญอยู่ จึงนำสู่การศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม 2567 ระยะเวลา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-probability sample) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม 2567 โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม จำนวน 67 คน ที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) เท่ากับ 0 – 11 คะแนน 2) มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตตำบลบ้านแพง และกำลังรับบริการในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

โรงพยาบาลบ้านแพง 3) มีสติสัมปชัญญะดี มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) เท่ากับ 0 – 11 คะแนน ที่มีภาวะฉุกเฉินทางด้านร่างกายที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่หน่วยบริการทางสาธารณสุข 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง ที่มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) มากกว่า 11 คะแนน

3) มีภูมิลำเนาอาศัยนอกเขตตำบลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร 2) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.92 คำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient)[4] พบว่าแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) ได้เท่ากับ 0.94 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้เท่ากับ 0.90 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL), คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 5 เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL), คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์หาค่า t (t-test) ชนิด dependent Sample t-test

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[5] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 122/66 วันที่ 12 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทีมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 40 รองลงมาคืออยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 30 และระยะเวลาที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุดอยู่ที่ 4-6 ปี ร้อยละ 60

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 59.37 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 50 และระยะเวลาที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มากที่สุดอยู่ที่ 1-3 ปี ร้อยละ 37.5

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.64 ส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 58.21 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีระดับการศึกษาอยู่ที่ชั้นประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 61.19 อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกรรม ร้อยละ 100 โดยมีรายได้ครอบครัว/เดือน ส่วนใหญ่ในช่วง 1,500-4,000 บาท ร้อยละ 35.78 ซึ่งมีสิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 100 โดยร้อยละ 84.98 มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดโดยพบว่าระยะเวลาที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 76.03 และมี ร้อยละ 23.96 เคยได้รับการดูแลในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 4-6 ปี ร้อยละ 65.78 โดยพบว่าไม่มีบุตร ญาติ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 76.03 และร้อยละ 55.23 เคยได้รับการดูแลในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (PLAN)

1. การวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถวิเคราะห์และแยกประเด็นได้ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านระบบบริการ พบว่าไม่มีรูปแบบและระบบการดูแลที่ชัดเจน ไม่มีผังกำกับงาน หรือการกำกับงานที่ชัดเจน ขาดแนวทางปฏิบัติในระบบ แนวทางปฏิบัติเดิมไม่มีความชัดเจน 2) กระบวนการดูแล พบว่ามีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน มีความหลากหลายของระบบ 3) ด้านทีมสุขภาพ พบว่าการกำหนดบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบ ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานทั้งผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขาดการประสานงานที่ดี อัตรากำลังผู้ดูแลผู้สูงอายุที่รับผิดชอบหมู่บ้านไม่เพียงพอ 4) ด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน พฤติกรรมไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ขาดความตระหนักรู้ และไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่มีผู้ดูแล และ 5) ดูแลและญาติ พบว่า ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ไม่ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ขาดความตระหนักรู้ จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาวิจัยจึงได้ร่วมกับทีมในการกำหนดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง โดยการส่งเสริมให้ทีมสุขภาพ ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการการที่เหมาะสมกับบริบทของเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้ภาวะเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ตามมา

1. การวางแผนและการกำหนดแนวทางในการกำหนดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนคือ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยื่นความจำนงเข้าร่วมโครงการ 2) ขึ้นทะเบียน Care Manager และ Care giver 3) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ LTC 4) สำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และลงทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5) กองทุน LTC ยืนยันข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6) จัดทำ Care plan และ Care conference 7) สปสช. อนุมัติงบประมาณ 8) สปสช. โอนงบประมาณให้กองทุน LTC และ 9 กองทุน LTC โอนเงินลงหน่วยบริการ หรือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ขั้นตอนในการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 10) เขียนโครงการเสนอตามระเบียบเงินบำรุงของหน่วยงานนั้นๆ 11) จัดทำใบสั่งจ้าง Care giver 12)จัดทำเอกสารโครงการและดำเนินการตามขั้นตอนของหน่วยบริการ 13) Care giver ลงปฏิบัติงานดูผู้สูงอายุในพื้นที่ตาม Care plan 14) ประชุมสรุปการติดตามและประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver เดือนละ 1 ครั้ง และ 15) ส่งหลักฐานการเบิกจ่ายค่าตอบแทน Care giver

ขั้นตอนการสรุปผลการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ 16) สรุปโครงการ และ 17) สรุปผลการดำเนินงานเสนอองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบรับทราบ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (DO) การทดลองดำเนินงานตามแผนในการกำหนดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1) ทำหนังสือเชิญทีมสุขภาพเข้าร่วมประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงาน แจ้งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ชี้แจงเพื่อซักซ้อมความเข้าใจก่อนการลงสู่การปฏิบัติ

2) ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

3) ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการทดลอง พร้อมทั้งได้แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้ทราบ ซึ่งจะดำเนินการตามขั้นตอนกรศึกษาเมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเท่านั้น

4) ดำเนินการทดลองตามระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพงตามที่ได้กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการตรวจสอบ/แก้ไข (CHECK)

การสังเกตผลการดำเนินงานตามระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยติดตาม นิเทศ กำกับการดำเนินกิจกรรมของทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง และประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ประเมินผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคในระหว่างการใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้ข้อคำถามปลายเปิด สามารถสรุปประเด็นปัญหาได้ดังนี้ ด้านระบบบริการ ปัญหาที่พบคือ 1) ขาดความต่อเนื่องในการนำข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าระบบโปรแกรม LTC 2) ขาดความต่อเนื่องในการจัดสรรงบประมาณของ สปสช. ลงสู่หน่วยบริการ และ 3) ขาดความต่อเนื่องของทีมสหสาขาวิชาชีพในการออกเชิงรุกเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นนำสู่การปรับปรุงระบบการดูแลระยะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง โดยการส่งเสริมให้ทีมสุขภาพ ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้ภาวะเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ตามมา

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการปรับปรุงและประเมินผล (ACT)

ขั้นตอนการปรับปรุง

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนคือ 1)องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยื่นความจำนง

เข้าร่วมโครงการ 2) ขึ้นทะเบียน Care Manager และ Care giver 3) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ LTC 4) สำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และลงทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5) กองทุน LTC ยืนยันข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6) จัดทำ Care plan และ Care conference 7) สปสช. อนุมัติงบประมาณ 8) สปสช. โอนงบประมาณให้กองทุน LTC และ 9 กองทุน LTC โอนเงินลงหน่วยบริการ หรือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ขั้นตอนในการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนคือ 10) เขียนโครงการเสนอตามระเบียบเงินบำรุงของหน่วยงานนั้นๆ 11) จัดทำใบสั่งจ้าง Care giver 12)จัดทำเอกสารโครงการและดำเนินการตามขั้นตอนของหน่วยบริการ 13) Care giver ลงปฏิบัติงานดูผู้สูงอายุในพื้นที่ตาม Care plan 14) ประชุมสรุปการติดตามและประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุของ Caregiver เดือนละ 1 ครั้ง 15) ส่งหลักฐานการเบิกจ่ายค่าตอบแทน Care giver 16) ประเมินผลหลังจากการดูแลครบ 9 เดือน และ 17) สปสช.ตรวจสอบและตัดข้อมูลผู้สูงอายุรายต่อเนื่องและรายใหม่ เพื่อแจ้งส่วนกลางโอนงบก่อนครบ 12 เดือน

ขั้นตอนการสรุปผลการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ 18) สรุปโครงการ และ 19) สรุปผลการดำเนินงานเสนอองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบรับทราบ

ขั้นตอนการประเมินผล การประเมินผลการใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยภาพรวมพบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เท่ากับ X=7.64, SD=2.01 หลังพัฒนาระบบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง เท่ากับ X=9.00, SD=1.48 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 67 คน)

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (n=67)		หลังพัฒนา (n=67)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ADL	7.64	2.01	9.00	1.48	-10.35	66	0.00

* p<0.05

คุณภาพชีวิตภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยภาพรวม พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี (X = 56.07, SD = 7.38) หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ (X = 88.39, SD=9.57) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ระดับคุณภาพชีวิตภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 67 คน)

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (n=67)			หลังพัฒนา (n=67)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
คุณภาพชีวิต	ไม่ดี	56.07	7.38	กลางๆ	88.39	9.57	-25.24	66	0.00

* p<0.05

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม โดยภาพรวม พบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย (X=22.36, SD=3.13) หลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (X=33.63, SD=2.01) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าหลังการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 67 คน)

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (n=67)			หลังพัฒนา (n=67)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความพึงพอใจ	น้อย	22.36	3.13	มากที่สุด	33.63	2.01	-24.40	66	0.00

* p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพงที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ มีการพัฒนาและการจัดการระบบโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งในหน่วยบริการและท้องถิ่นในการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการทั้งของผู้สูงอายุและชุมชน เน้นการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเยี่ยมดูแล รวมถึงการให้ความรู้ในการดูแลแก่ญาติผู้ดูแล การสร้างองค์ความรู้สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการช่วยเหลือดูแล จัดช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล ทำให้ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีระดับที่ดีขึ้นและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ดังการศึกษาของชาญชัย เหลาสารและคณะ พบว่าค่าเฉลี่ยของ ADL เปรียบเทียบก่อนและหลังให้การดูแล พบว่ากลุ่มที่ 1 มีค่าเฉลี่ย ADL จาก 10.36 เป็น 10.78 คะแนน กลุ่มที่ 2 มีค่าเฉลี่ย ADL จาก 8.23 เป็น 8.50 คะแนน กลุ่มที่ 3 มีค่าเฉลี่ย ADL จาก 6.00 เป็น 6.33 คะแนนและกลุ่มที่ 4 ค่าเฉลี่ย ADL จาก 4.00 เป็น 4.00 คะแนน ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น[6] และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 77.70 มีความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น[7]

คุณภาพชีวิตภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลหรือการช่วยเหลือจากคนรอบข้างหรือผู้ดูและแม้กระทั่งชุมชน เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพด้านสาธารณสุข เพื่อให้การช่วยเหลือเมื่อต้องอยู่ในสภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง การให้การดูแลหรือการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังการศึกษาของอาริษา เสาร์แก้ว พบว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง (μ = 3.32, S.D. = 0.57) ส่วนคุณภาพชีวิตระดับน้อยที่สุด ได้แก่ ความพอใจในชีวิตทางเพศ การยอมรับรูปร่างหน้าตา และทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวันแม้ว่าจะจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล (μ = 1.88, S.D. = 0.78), (μ = 1.00, S.D. = 0.53), (μ = 1.00, S.D. = 0.00) ตามลำดับ[8] และการศึกษาของประเสริฐ สาวีรัมย์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.000 (t=10.193, p<0.001) และมีคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.000 (t =20.397, p<0.001)[9]

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลบ้านแพง หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าหลังการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้การดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีความชัดเจน เป็นรูปธรรมมากขึ้น ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้รับการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์สำหรับให้การดูแลมีอย่างเพียงพอ ที่มีการดำเนินการจัดหาให้ได้มาเพื่อการให้บริการ มีความพียงพอมากขึ้นด้วย ส่วนในด้านเจ้าหน้าให้การดูแลมีอย่างเพียงพอและให้บริการอย่างมีคุณภาพนั้น การประชุมทีมสุขภาพผู้ร่วมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้การดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ให้ได้มีความรู้ในการดูแล รับทราบระบบการดูแลร่วมกัน รวมทั้งการติดต่อประสานงานในการดูแลร่วมกันได้เป็นระบบ ชัดเจน เกิดความพึงพอใจต่อการดำเนินการพัฒนาระบบในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของชาญชัย เหลาสารและคณะ พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลแบบคึดฮอด จอดเถิง เบิงแยง ฮักแพง บ่ถิ่มกัน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีความต่อ เนื่องสม่ำเสมอจากนักบริบาลผู้สูงอายุ และได้รับการแก้ปัญหาสุขภาพที่ถูกต้องและรวดเร็ว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนความช่วยเหลือด้านสังคมจากทีมภาคีเครือข่ายตำบลกระเดียน ส่งผลให้ภายหลังการดูแลมีการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะพึ่งพิงในแต่ละกลุ่ม และความพึงพอใจที่วิเคราะห์ผลโดยหาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ พบว่า หลังให้การดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับดีมากทุกข้อคำถาม ผลการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสังเกตแบบมีส่วนร่วม ภายหลังการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่าความคิดเห็นไปในทางบวก จึงกล่าวได้ว่าศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รพ.สต. เวียง สามารถ ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามแผนที่จัดทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนนิเทศ กำกับ ติดตามประเมินการปฏิบัติและผลลัพธ์การดำเนินงาน ตลอดจนมีการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลทุก 6, 12 เดือน เพื่อให้

เกิดความต่อเนื่องและความยั่งยืนของระบบบริการในชุมชนต่อไป

2. ควรส่งเสริมให้เกิดศูนย์พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในระดับตำบล เพื่อขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบไร้รอยต่อ

3. ควรขยายระบบบริการให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้พิการ, เด็กพัฒนาการบกพร่อง 4 กลุ่มโรคในการป้องกันการดูแลเพื่อป้องกันส่งเสริม แก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

4. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เน้นให้เป็นผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้

5. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโดยกำหนดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อให้เห็นถึงประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). ผลการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
3. เกรียงไกร ซื่อเลื่อม. (2552). องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
4. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
5. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. ชาญชัย เหลาสาร กัลยา ไชยสัตย์ และวชิราภรณ์ วิทยาขาว. (2563). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(5). 56-72.
7. ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล (2563) การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
8. อาริษา เสาร์แก้ว. (2565). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครัว เทศบาลตำบลป่าตันนาครัว จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง. 9(1). 89-101.
9. ประเสริฐ สาวีรัมย์. (2565). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(1) 86-100.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

The effectiveness of the health care behavior promotion program on health behaviors and blood pressure levels of patients with uncontrolled hypertension Phonsawan Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

วันวิสาข์ บัวสาย[1]
Wanwisa Buasai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบก่อนและหลังชนิดแบบ 1 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ที่มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ ในระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2567 จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา : พบว่า 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย, ระดับน้ำตาลในเลือด, ความดันโลหิต, ระดับไขมันรวมโคเลสเตอรอลในเลือด ระดับไขมันในเลือดชนิดไม่ดีแอลดีแอล ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ และระดับไขมันในเลือดชนิดดีเอชดีแอล พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้, การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

Abstract

This study was quasi-experimental research comparing before and after in 1 group design aimed to study the effectiveness of the health care behavior promotion program on health behavior and blood pressure levels of patients with uncontrolled hypertension. Phonsavan Hospital Nakhon Phanom Province. This research is a. Study among patients with stage 3 chronic kidney disease who received services in a chronic disease clinic, Outpatient Nursing Group Phonsavan Hospital who are voluntary and agree to participate in the project during the month January-March 2024, totaling 40 people,. The tool used to collect data was a general information questionnaire. Perception assessment based on health belief patterns and a questionnaire on behavior to control blood pressure levels in patients with high blood pressure.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

General data analysis Perception of health belief patterns Behavior to control behavior questionnaire to control blood pressure level of hypertensive patients and clinical results using descriptive statistics to find frequency, percentage and standard deviation. Differences were tested for comparison using Paired t-test statistics.

Results : It was found that 1) perceptions of health belief patterns of patients with uncontrolled high blood pressure After the experiment, the mean scores were higher than before the experiment. Statistically significant at the 0.05 level. 2) Behavior to control blood pressure levels in patients with uncontrolled high blood pressure. After the experiment, the mean scores were higher than before the experiment. Statistically significant at the 0.05 level 3) Clinical outcomes for patients with uncontrolled hypertension include body mass index, blood sugar levels, blood pressure, and total blood cholesterol levels. Levels of bad blood cholesterol, LDL Triglyceride levels and DHDL cholesterol levels in the blood It was found that after the experiment the average was better than before the experiment. Statistically significant at the 0.05 level.

Keywords : Hypertensive patients, uncontrolled hypertensive patients, promotion of health care behavior

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ[1] คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) จะเพิ่มเป็น 1.56 พันล้านคน โรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยร้อยละ 50 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ[2] ประเทศไทยพบเพิ่มขึ้นทุกป ส่วนใหญ่รอยละ 60 พบในเพศชาย ซึ่งไมเคยไดรับการวินิจฉัยมากอน และมีเพียง 1 ใน 4 ของผูไดรับการรักษาเทานั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได[3] สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

โรคความดันโลหิตสูงเปนภาวะที่ความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic) เทากับหรือสูงกวา 140 มม.ปรอท และหรือความดันไดแอสโตลิก (diastolic) เทากับหรือสูงกวา 90 มม.ปรอท[4,5] การรักษาโรคความดันโลหิตสูงเน้นการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ[6] ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงตามมา ซึ่งอาจนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตได้ ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจึงถือว่าเป็นวิธีการจัดการดูแลที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันผลกระทบข้างต้นได้

อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 1 ใน 5 ของจังหวัดนครพนม และพบเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้นๆ ที่สำคัญ จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 พบจำนวน 6,102, 6,618 และ 6,835 รายตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ด้านผลลัพธ์ของการรักษา พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 33.47, 25.47 และ 29.57 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์การเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 6.07, 3.82 และ 1.96 ตามลำดับ, มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง จำนวน 22, 16 และ 13 รายตามลำดับ และมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 0, 1 และ 0 รายตามลำดับ ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญในการ

รักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อช่วยควบคุมภาวะโรคและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

จากการศึกษานำร่องโดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาไม่ถูกโดย รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ใช้ยาผิดขนาด บางรายปรับลดยาเอง ขาดความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ บางรายสูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสเค็ม บางรายไม่ออกกำลังกายเนื่องจากคิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง บางรายดื่มสุราระหว่างทำงานและหลังทำงาน เพราะช่วยลดอาการปวดตามร่างกาย บางรายชอบรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ สะท้อนให้เห็นถึงการมีความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดแรงจูงใจและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[7] จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมภาวะโรคได้ นอกจากนี้ยังพบว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยส่วนใหญ่จะถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทั้งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคและกลุ่มป่วยที่เป็นโรค หรือใช้สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ผลการศึกษาก็พบว่าทฤษฎีนี้สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ทฤษฎีนี้เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นคณะกรรมการบริหารในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานและการดูแลด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นบุคลากรสาธารณสุขและเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบาย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เน้นส่งเสริมการให้การให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 6 ประการได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สิ่งที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต ช่วยควบคุมภาวะโรคที่ดีซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one sample t-test design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling)[8] สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากสูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการทดลอง โดยคำนวณจากผลการวิจัยของขวัญเรือน แก่นของ[9] ซึ่งใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{\left(Z_\alpha + Z_\beta\right)^2 2\sigma^2}{\sigma^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

σ^2 คือ ความแปรปรวนของตัวแปรตาม

δ คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่าง 2 กลุ่มที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหรือยอมรับได้ทางคลินิก (กำหนดจากงานวิจัยที่เคยศึกษา)

Z_α คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติที่สอดคล้องกับ α ที่กำหนด (type I error)

Z_β คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติที่สอดคล้องกับ β ที่กำหนด (type II error)

แทนค่า $n = \frac{(1.645+0.84)^2\ 2(8.56)^2}{5^2}$

$= 36.20$

$= 36$

จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้เท่ากับ กลุ่มละ 36 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (drop out) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคาดว่าจะมีการสูญหายร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 40 คน

วิธีการศึกษา

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าทำการศึกษาและขออนุญาตใช้ข้อมูลแก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่สามารถระบุตัวตนได้ ในระบบฐานข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยในโปรแกรม Hosxp ทั้งข้อมูลประวัติทั่วไปและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปี 2566

3. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรอการตรวจหรือภายหลังที่ได้รับการตรวจแล้ว เพื่อขอ

ความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และเข้าร่วมการศึกษา โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับและการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม ไม่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล ซึ่งตลอดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ การศึกษาวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเก็บตัวอย่างเลือด จำนวน 2 ครั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 5 ml เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษาสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงชื่อในใบยินยอม จึงนัดมาในอีก 2 สัปดาห์ต่อไป

5. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมฯ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง การให้ความรู้พื้นฐานและกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3-4 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองที่บ้าน โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามพร้อมให้คำแนะนำ

กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 5-7 เยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8-11 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองที่บ้าน โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามพร้อมให้คำแนะนำ

กิจกรรมครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 12 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง

6. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนมและคู่มือการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการและทฤษฎี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.90 นำเครื่องมือแบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไต ได้เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[10] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 122/66 วันที่ 12 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 60 เป็นเพศชาย มีอายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 82 ปี อายุเฉลี่ย 56.70 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.02 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 52.5 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 9,001 บาท ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีสิทธิค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (สิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 90 กลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาการเกิดโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลาการเกิดโรคต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคสูงสุด 16 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคเฉลี่ย 6.27 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.11 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลในครอบครัว ในขณะที่ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100 และโดยส่วนใหญ่มารับการตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ร้อยละ 77.5

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =63.55, S.D.=7.63) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =86.82, S.D.=2.89) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	14.15	3.85	ปานกลาง	21.25	1.39	สูง	-11.03	39	.000
2. การรับรู้ความรุนแรง	16.15	2.74	ปานกลาง	21.22	1.09	สูง	-10.06	39	.000
3. การรับรู้ถึงประโยชน์	16.20	3.53	ปานกลาง	22.22	1.25	สูง	-10.06	39	.000
4. การรับรู้ถึงอุปสรรค	17.05	2.05	ปานกลาง	22.12	1.78	สูง	-13.08	39	.000
การรับรู้	**63.55**	**7.63**	**ปานกลาง**	**86.82**	**2.89**	**สูง**	**- 18.67**	**39**	**.000**

* p<0.05

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 66.95, S.D.=4.87) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 96.37, S.D.=4.56) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. ด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต	32.15	2.69	ปานกลาง	51.57	2.42	สูง	-31.97	39	0.000
2. ด้านพฤติกรรมทั่วๆ ไปในการควบคุมระดับความดันโลหิต	34.80	3.45	ปานกลาง	57.15	3.06	สูง	-30.65	39	0.000
พฤติกรรมภาพรวม	**66.95**	**4.87**	**ปานกลาง**	**96.37**	**4.56**	**สูง**	**-31.97**	**39**	**0.000**

* p<0.05

ผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

ดัชนีมวลกาย (BMI) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 24.22, S.D.=3.53; $\bar{x}$ = 27.34, S.D.=5.18)

ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 92.62, S.D.=11.37; $\bar{x}$ = 105.37, S.D.=13.95)

ความดันโลหิต (Blood Pressure) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 132.77/80.95, S.D.=5. 52 / 5.1 5; $\bar{x}$ = 15 2 .75 / 95.40, S.D.=8.25/5.54)

ระดับไขมันรวมโคเลสเตอรอลในเลือด (CHOL) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับไขมันรวมโคเลสเตอรอลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 160.22, S.D.=32.94; $\bar{x}$ = 185.90, S.D.=42.67)

ระดับไขมันในเลือดชนิดไม่ดีแอลดีแอล (LDL) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 56.35, S.D.=9.46; $\bar{x}$ = 107.90, S.D.=28.17)

ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (TG) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 120.90, S.D.=31.71; $\bar{x}$ = 179.52, S.D.=48.53)

ระดับไขมันในเลือดชนิดดีเอชดีแอล (HDL) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 54.95, S.D.=9.11; $\bar{x}$ = 49.70, S.D.=4.72) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=40)		หลังทดลอง (n=40)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
1. BMI	27.34	5.18	24.22	5.53	9.40	39	0.000
2. FBS	105.37	13.95	92.62	11.37	11.27	39	0.000
3. Blood Pressure							
- Systolic Pressure	152.75	8.25	132.77	5.52	12.33	39	0.000
- Diastolic Pressure	95.40	5.54	80.95	5.51	12.58	39	0.000
4. CHOL	185.90	42.67	160.22	22.94	11.60	39	0.000
5. LDL	107.90	28.17	56.35	9.46	13.73	39	0.000
6. TG	179.52	48.53	120.90	31.71	11.12	39	0.000
7. HDL	49.70	4.72	54.95	9.11	3.58	39	0.000

* p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, ผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย, ระดับน้ำตาลในเลือด, ความดันโลหิต, ระดับไขมันรวม โคเลสเตอรอลในเลือด ระดับไขมันในเลือดชนิดไม่ดี แอลดีแอล ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ และระดับไขมันในเลือดชนิดดีเอชดีแอล พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม มีกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละด้านตามความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งมีการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตทั้งการควบคุมภาวะและพฤติกรรมทั่วๆ ไปในการควบคุมระดับความดันโลหิต จึงทำให้เกิดการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องและเหมาะสมตามมา ส่งผลให้หลังการทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังการศึกษาของทัศนะ วงศ์รัตนดิลก[11] ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเดินเร็วในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และมีการปฏิบัติตัวต่อการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับปานกลางและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และระดับความดันโลหิตภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้มีระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับความดันโลหิตปกติ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งโรจน์ พรมอยู่[12] ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05, t = 2.28)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมฯ ที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อระบบบริการในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมคุณภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปได้

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโดยกำหนดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2004). Leading Cause of Death by Income Group. [Online]. Available from: http://www.Int/healthinfo/global_burden_disease 2004_report_ update/en/index,html [accessed August 29, 2012].

2. สมาคมความดันโลหิตสูงแหงประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแหงประเทศไทย.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
4. สุดาพรรณ ธัญจิรา และอรสา พันธภักดี. (2556). ความผิดปกติของหลอดเลือด. ใน สุจินดา ริมศรี ทอง อรุณศรี เตชัสหงส และสุภามาศ ผาติประจักษ (บรรณาธิการ). พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2 (พิมพครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย.
5. ผองพรรณ อรุณแสง. (2555). การพยาบาลผูปวยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพครั้งที่ 9). ขอนแก่น: โรงพิมพคลังนานาวิทยา.
6. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://www. thaihypertension.org/2019guideline.pdf [สืบค้นเมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2566].
7. Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. Health Education Monographs, 2, 329-386.
8. วรรณชนก จันทชุม. (2545). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ พร้อมตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
9. ขวัญเรือน แก่นของ, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, สุณี เลิศสินอุดม, อัมพรพรรณ ธีรานุตร. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 a. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 37:211-20.
10. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. ทัศนะ วงศ์รัตนดิลก. (2560). ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเดินเร็วในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
12. รุ่งโรจน์ พรมอยู่, สุภาพร แนวบุตร, และชมนาด วรรณพรศิริ. (2558). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 10(3), 108-120

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567

VOL.9 NO.1 January - March 2024

Part IV

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.9 NO.1 January - March 2024 Part 4

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 703
บุษรินทร์ สุวรรณมาโจ

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชุมพร 714
เรณู สุวรรณเนาว์ ,วิษณุ อนิลบล

เปรียบเทียบผลของการรับประทานยาบำรุงเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ต่อระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอด 722
สันทัด บุญเรือง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 729
ผจงจิต สุวรรณศรี

การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานงานการพยาบาลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 737
จันทร์เพ็ญ สีเครือดง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 746
ธวัชชัย แสวงหา ,กิตติ เหลาสุภาพ

ประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชน 753
กมลรัตน์ อัมพวา

ลักษณะทางจุลชีววิทยา ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในผู้ใหญ่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา พ.ศ. 2559 – 2563 762
ศรีสกุล เจียมจิต

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี 771
นิโลบล ช่วยแสง

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย 782
กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์

ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตึกพิเศษร่มเย็น 5 โรงพยาบาลลำพูน 792
กาญจนา ประสงค์ทรัพย์

การศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บึงบอน อ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี 802
โสวณี มุกนพรัตน์

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน 813
วันทนีย์ เชื่อมรัมย์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสระบุรี : กรณีศึกษา 823
สุมาลี เตชะ

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสตูล 831
นวพรรณ ศุขมณี ,นภาภรณ์ แก้วเหมือน

การพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหนองบัวแดง 840
พลศักดิ์ อันทะนิล

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการต่อผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การระบาด ของโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในพื้นที่อำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท 846
มนตรี หนองคาย

ผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อ ฟังก์ชั่นเสี่ยงอันตราย และระยะปลอดเหตุการณ์ ตามสูตรการได้รับวัคซีนของประชาชนจังหวัดนครศรีธรรมราช 857
พิทยา แต่งเกลี้ยง ,สุมลรัตน์ ขนอม

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 868
ภัทรมน ชิณจักร์

วารสารสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อมศึกษา
Journal of Health and Environmental Education

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567 VOL.9 NO.1 January - March 2024 Part 4

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่พบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 880
ศิวพร สุวรรณสัมพันธ์

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวในสังคมพหุวัฒนธรรม อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล 888
รุ่งฤดี สุขุมาลย์

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 33 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา มกราคม – มีนาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ป่วยหายใจล้มเหลวจากภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากการใช้ยาเมทฟอร์มินร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อกและไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เทคนิคการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อรุนแรงของเยื่อหุ้มคอชั้นลึกโพรงใต้คาง ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส การรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อควบคุมการเสียเลือดสาหรับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มโรคสำคัญ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน สัญญาณเตือน (Search out Severity Score : SOS score) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต การคัดกรองผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระยะรอคอย การเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้หลักการ 3อ.2ส. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกแบบใหม่ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้องผ่านท่อไต การจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพ ผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องทำทวารเทียมหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) การตรวจสอบคุณภาพทางจุลินทรีย์และเอกลักษณ์ทางเคมีของเครื่องดื่มนมกระชาย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ การประคบแผนไทยและการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

The effects of a self-care program based on health belief model to slow down deterioration of the kidneys in patients with stage 3 chronic kidney disease, Phonsawan Hospital Nakhon Phanom.

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

บุษรินทร์ สุวรรณมาโจ[1]
Busarin Suwanmajo[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบก่อนและหลังชนิดแบบ 1 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ทำการศึกษาในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2567 จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และผลลัพธ์ทางคลินิกโดยสถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษา : พบว่า 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ดัชนีมวลกาย, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด, ความดันโลหิต, ระดับไขมันในเลือดและอัตราการกรองของไต พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3, การดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

This research is a quasi-experimental research comparing before and after in 1 group design. Aimed to study the results of a self-care program based on health beliefs to slow down kidney deterioration in patients with stage 3 chronic kidney disease, Phonsavan Hospital. Nakhon Phanom Province. Sample size were patients with stage 3 chronic kidney disease who received services in a chronic disease clinic. Outpatient Nursing Group Phonsavan Hospital The study was conducted between January and March 2024, with a total of 40 people, The tools used to collect data included a general information questionnaire. Perception assessment based on health belief patterns Questionnaire on behavior to slow down kidney deterioration General data analysis Perception of health belief patterns Behavioral practices to slow down kidney deterioration and clinical outcomes using descriptive statistics to determine frequency, percentage, and standard deviation. Differences were tested for comparison using paired t-test statistics.

Results : It was found that 1) the perception of health belief patterns of patients with stage 3 chronic kidney disease in the sample after the experiment had a higher mean score than before the experiment. Statistically significant at the 0.05

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

level 2) Behavioral practices to slow down the deterioration of the kidneys of patients with stage 3 chronic kidney disease of the sample after the experiment had a higher mean score than before the experiment. Statistically significant at the 0.05 level 3) Body mass index (BMI), blood sugar level (HbA1C), blood pressure (Blood Pressure), blood fat level (LDL), glomerular filtration rate (eGFRs) found that after The experiment was on average better than before the experiment. Statistically significant at the 0.05 level.

Keywords : Patients with stage 3 chronic kidney disease, self-care to slow down kidney deterioration, health belief model

บทนำ

ปัญหาโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย พบอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลก อยู่ระหว่างร้อยละ 3.2-7.6 ต่อปี แตกต่างกันไปตามแต่ละประเทศ[1] ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยไตวายทุกระยะร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 11.44 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในระยะที่ 1-3 ซึ่งภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น[2] ต้องทนต่อความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษา[3] ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากถึง 2,000 รายต่อปี[4] สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว การป้องกันการเสื่อมของไตและการชะลอการเสื่อมของไตจนเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงถือว่าเป็นวิธีการจัดการดูแลที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น[5]

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังครอบคลุมทุกกลุ่มโรครวมทั้งโรคไตเรื้อรัง พบสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 1,508, 1,694 และ 1,934 รายตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 1,026, 1,154 และ 1,362 รายตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบบำบัดทดแทนไต จำนวน 482, 540 และ 572 รายตามลำดับ โดยรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 92.17, 88.70 และ 85.31 ตามลำดับ ล้างไตทางช่องท้อง ร้อยละ 2.47, 3.76 และ 5.12 ตามลำดับ, ฟอกเลือด ร้อยละ 5.85, 8.77 และ 11.88 ตามลำดับ และผ่าตัดปลูกถ่ายไต ร้อยละ 0.22, 0.20 และ 0.20 ตามลำดับ จากการศึกษานำร่องเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคไตเรื้อรังโดยการ focus groups เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง พบว่า 1. ด้านผู้ป่วยพบว่ามีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาไม่ถูกต้อง การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ใช้ยาผิดขนาด ขาดความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง นอกจากนั้นในด้านการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสเค็ม ไม่ออกกำลังกาย ดื่มสุรา ทานยาแก้ปวด มีการกลั้นปัสสาวะบ่อยครั้ง บางรายดื่มน้ำน้อย และรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ 2. ด้านผู้ดูแลพบว่ายังขาดความรู้ในการดูแล ขาดความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงยังพบว่าอุบัติการณ์การเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จนเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การชะลอการเสื่อมของไตและการมีพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตที่ถูกต้อง เหมาะสมก็จะช่วยชะลอและป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ยังพบว่ายังมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสื่อมของไต เช่น ผู้ป่วยดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ ผู้ป่วยไม่ให้ความ

ร่วมมือในการดูแลตนเอง รวมถึงยังขาดความตระหนักถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง[3] สอดคล้องกับผลการศึกษาของมยุรา อินทรบุตรและเบญจา มุกตพันธุ์ที่ศึกษาถึงการรับรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ประเภทที่ 2 พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นเกิดจากรับรู้ว่าต้องควบคุมอาหารแต่รับรู้ว่าไม่ต้องควบคุมปริมาณ และรับรู้ว่าผลไม้รสหวานและขนมหวานถ้ารับประทานนานๆ ครั้งไม่ต้องควบคุมปริมาณ และพบว่ารับประทานข้าวเหนียวเป็นหลักซึ่งครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่ควบคุมปริมาณ[6] เช่นเดียวกับการศึกษาของเกจุรีย์ พันธุ์เขียนที่พบว่าผู้ป่วยรับประทานข้าวเหนียวโดยมีเหตุผลว่าทำให้มีแรงในการทำเกษตร ในด้านการออกกำลังกายพบว่าไม่มีเวลา และบางรายมีความคิดว่าการทำงานหนักเป็นการออกกำลังกาย และนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายมีวิธีการรักษาเยียวยาแบบอื่นร่วมด้วย เช่น รับประทานยาสมุนไพรและยาพื้นบ้าน [7] และการศึกษาของขนิษฐา นันทบุตร และคณะพบว่ารับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ปรับลดยาเอง[8] สอดคล้องกับการศึกษานำร่องโดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาไม่ถูกโดยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ใช้ยาผิดขนาด บางรายปรับลดยาเองเนื่องจากรับรู้ว่าต้องรับประทานยาตามระดับน้ำตาลในแต่ละวันเพื่อไม่ให้เหนื่อย บางรายขาดความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง บางรายสูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสเค็ม บางรายไม่ออกกำลังกายเนื่องจากคิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย บางรายดื่มสุราระหว่างทำงานและหลังทำงานเพราะช่วยลดอาการปวดตามร่างกาย บางรายทานยาแก้ปวดทั้งที่ไม่ปวดเนื่องจากเกรงว่าหลังทำงานจะเกิดอาการอักเสบของกล้ามเนื้อ นอกจากนั้นบางรายพบว่ามีการกลั้นปัสสาวะบ่อยครั้ง บางรายดื่มน้ำน้อย รวมถึงชอบรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องรวมทั้งการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดการเสื่อมของไตเข้าสู่ระยะที่ 4-5 ตามมา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากมีอิทธิพลต่อการรับรู้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยก่อให้เกิดแรงจูงใจ กระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี[9] แสดงให้เห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[10] ซึ่งหลายๆ การศึกษาที่นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคได้ นอกจากนี้ยังพบว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยส่วนใหญ่จะถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทั้งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคและกลุ่มป่วยที่เป็นโรค หรือใช้สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ผลการศึกษาก็พบว่าทฤษฎีนี้สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ทฤษฎีนี้เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะคณะกรรมการบริหารมีบทบาทในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานและการดูแลด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นบุคลากรสาธารณสุขและเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบาย จึงมีความสนใจที่จะจัดทำโปรแกรมการดูแลตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนมโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเน้นส่งเสริมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 6 ประการได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ

การเกิดโรค, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สิ่งที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมในการชะลอการเสื่อมของไต ช่วยประคับประคองไตให้ทำหน้าที่ได้ดี ทำให้ชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ9 เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ออกแบบกิจกรรมประกอบด้วยการส่งเสริมการรับรู้ใน 6 ด้าน คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 5) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งกิจกรรมมีลักษณะเป็นการดำเนินการรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย ที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ โปรแกรมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ 7 กิจกรรม สื่อที่ใช้คือ คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม และเครื่องมือสนับสนุนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one sample t-test design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling)[11] สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากสูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการทดลอง โดยคำนวณจากผลการวิจัยของขวัญเรือน แก่นของ[12] ซึ่งใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{\left(Z_\alpha + Z_\beta\right)^2 2\sigma^2}{\sigma^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

σ^2 คือ ความแปรปรวนของตัวแปรตาม

δ คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหรือยอมรับได้ทางคลินิก (กำหนดจากงานวิจัยที่เคยศึกษา)

Z_{α}คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติที่สอดคล้องกับ α ที่กำหนด (type I error)

Z_{β} คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติที่สอดคล้องกับ β ที่กำหนด (type II error)

แทนค่า $n = \frac{(1.645+0.84)^2\ 2(8.56)^2}{5^2}$

$= 36.20$

$= 36$

จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 36 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (drop out) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคาดว่าจะมีการสูญหายร้อยละ 10 ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นจำนวน 40 คน

วิธีการศึกษา

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่เข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เพื่อขอความร่วมมือและความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ซึ่งจะนัดในอีก 2 สัปดาห์ต่อไปที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์

4. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมการดูแลตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย และ 2) การให้ความรู้พื้นฐานและการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์

กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (รายบุคคล) 2) การให้ความรู้เรื่อง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (รายกลุ่ม) 3) การฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต (กิจกรรมกลุ่ม) 4) การให้ความรู้เรื่อง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัวในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การชะลอการเสื่อมของไตแก่ผู้ป่วย ตามหัวข้อดังนี้ (กิจกรรมกลุ่ม) ในสัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์

กิจกรรมครั้งที่ 3 การติดตาม แนะนำผู้เข้าร่วมวิจัยในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย 1) การโทรศัพท์ในการติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการ

เสื่อมของไตของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) ในสัปดาห์ที่ 3 – 4 ใช้ระยะเวลา 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 4 การเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ประกอบด้วย 1) การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม พูดคุยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) ในสัปดาห์ที่ 5 – 7 ใช้ระยะเวลา 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 5 การติดตาม แนะนำผู้เข้าร่วมวิจัยในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย 1) การโทรศัพท์ในการติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) ในสัปดาห์ที่ 8 – 11 ใช้ระยะเวลา 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 6 การประเมินผลการวิจัย ประกอบด้วย 1) การประเมินน้ำหนัก ความดันโลหิต รอบเอวและเก็บตัวอย่างเลือด ปัสสาวะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังเข้าสู่การศึกษาวิจัย 2) ทำแบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตหลังเข้าสู่การศึกษาวิจัย ในสัปดาห์ที่ 12 ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์

6. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม และคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิด จากเนื้อหาวิชาการ ทฤษฎี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบ แบบสอบถามเอง โดยดูด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และภาษา นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.96 นำเครื่องมือแบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไต มาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไต ได้เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยข้อมูลจากแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านสุขภาพ โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อ

ชะลอการเสื่อมของไต และผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[13] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 124/66 วันที่ 15 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 56 ปี อายุสูงสุด 71 ปี อายุเฉลี่ย 61 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.56 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 67.5 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 85 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 1,501-4,000 บาท ร้อยละ 55 ส่วนใหญ่มีสิทธิค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (สิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 95 กลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานระยะเวลาการเกิดโรคต่ำสุด 8 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคสูงสุด 18 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคเฉลี่ย 14 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.87 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังของบุคคลในครอบครัว ในขณะที่ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100 และโดยส่วนใหญ่มารับการตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ร้อยละ 72.5

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างองกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =56.77, S.D.=3.00) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =86.02, S.D.=3.14) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
การรับรู้	56.77	3.00	ปานกลาง	86.02	3.14	สูง	- 51.18	39	.000

* p<0.05

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 86.40, S.D.=5.37) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 112.47, S.D.=3.12) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
พฤติกรรมการปฏิบัติตัว	86.40	5.37	ปานกลาง	112.47	3.12	สูง	-28.67	39	0.000

* p<0.05

ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ดัชนีมวลกาย (BMI) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 21.21, S.D.=1.19; $\bar{x}$ = 23.59, S.D.=1.49), ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 7.02, S.D.=0.52; $\bar{x}$ = 8.85, S.D.=1.30), ความดันโลหิต (Blood Pressure) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 123.15/75.50, S.D.=8.34/4.56; $\bar{x}$ = 148.35/92.90, S.D.=5.78/5.62), ระดับไขมันในเลือด (LDL) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 123.40, S.D.=12.51; $\bar{x}$ = 189.00, S.D.=23.08) และอัตราการกรองของไต (eGFRs) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 67.50, S.D.=2.89; $\bar{x}$ = 55.37, S.D.=4.07) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=40)		หลังทดลอง (n=40)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
BMI	23.59	1.49	21.21	1.19	12.07	39	0.000
HbA1C	8.85	1.30	7.02	0.52	10.74	39	0.000
Systolic pressure	148.35	5.78	123.15	8.34	17.10	39	0.000
Diastolic pressure	92.90	5.62	75.50	4.56	13.91	39	0.000
LDL	189.00	23.08	123.40	12.51	17.55	39	0.000
eGFRs	55.37	4.07	67.50	2.89	-18.60	39	0.000

* p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ความดันโลหิต (Blood Pressure) ระดับไขมันในเลือด (LDL) อัตราการกรองของไต (eGFRs) พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเป็นเพราะว่าก่อนการทดลองมีการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ มีการคืนข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคน มีการกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง รวมทั้งในกระบวนการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบและวิธีการในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ตามบริบทของตนเอง นอกจากนั้นการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงรายบุคคลร่วมกับการทำกลุ่มทำให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความกลัว วิตกกังวล จึงสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น และโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a เน้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ทั้งการควบคุมภาวะโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การจัดการตนเองด้านอาหาร การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและการจัดการตนเองเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่งผลให้ดัชนีชี้วัดทางด้านสุขภาพดีขึ้นตามมา ดังการศึกษาขวัญเรือน แก่นของ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[12] และการศึกษาของนิฤมล สบายสุข, ปนหทัย ศุภเมธาพร และณิชกานต ทรงไทย ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผลการวิจัย พบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[14]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านผู้บริหาร จากผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ eGFRs หลังการทดลองดีกว่ากว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นผู้บริหารจึงควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยกำหนดเป็นนโยบายในระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ นำสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a หรือกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชนต่อไป

2. ด้านการบริการพยาบาล จากผลการศึกษาดังที่สรุปข้างต้นสามารถนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความคล้ายคลึงกัน เน้นการสนับสนุนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหรือลดความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และควรพัฒนาสื่อการสอนในรูปแบบของสื่อดิจิตอลออนไลน์ที่เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย และเพื่อช่วยให้สะดวกและเข้าถึงสื่อ เช่น กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยวัยทำงาน

3. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่ชัดเจน โดยทำการทดลองและเปรียบเทียบ 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

1. อำนาจ ชัยประเสริฐ. (2551). การศึกษาความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 14(2), 16-19.
2. Richard, C.L. (2006). Self-care management in adult undergoing hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, 33(4), 387-392.
3. นุสรา วิโรจนกุฎ. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 31(1), 41-48.
4. คัทลียา อุคติ, & ณัฐนิช จันทจิรโกวิท. (2550). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่อง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 25(3), 171-177.
5. อัมพร ซอฐานานุศักดิ์. (2551). บทบาทของพยาบาลกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. Journal Nursing Science, 26(2-3), 33-42.
6. มยุรา อินทรบุตร, & เบญจา มุกตพันธุ์. (2550). การรับรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเภทที่ 2. ศรีนครินทร์เวชสาร, 22(3), 283-290.
7. เกจุรีย์ พันธุ์เขียน. (2549). พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
8. ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2550). การศึกษาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพชุมชนระหว่างกองทุนภาครัฐองค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน กรณีศึกษา ตำบลบุ่งค้า อำเภอหล่มศัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 10(1), 37-49.

9. Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. Health Education Monographs, 2, 329-386.
10. Barker, H.M. (1996). Diet in diabetes mellitus. In Nutrition and dietetics for health care. (9th ed). Malaysia: Longman Group.
11. วรรณชนก จันทชุม. (2545). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ พร้อมตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
12. ขวัญเรือน แก่นของ, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, สุณี เลิศสินอุดม, อัมพรพรรณ ธีรานุตร. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 a. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 37:211-20.
13. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
14. นิฤมล สบายสุข, ปิ่นหทัย ศุภเมธาพรและณิชกานต์ ทรงไทย. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ระยะที่ 3. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, ฉบับพิเศษ:137-150.

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชุมพร

The professional nurses' competencies in caring management of patients with mechanical ventilator at secondary care hospital, Chumphon.

(Received: March 11,2024 ; Revised: March 23,2024 ; Accepted: March 24,2024)

เรณู สุวรรณเนาว์[1]วิษณุ อนิลบล[2]
Renu Suwannao[1]Witsanu Aninlabon[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 ราย สุ่มแบบบังเอิญจากพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล 5 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 6 ด้าน ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา 1 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมานหาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับมาก ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในด้านคุณธรรมจริยธรรม การปฏิบัติทางการพยาบาล ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล การสื่อสาร และการบริหารจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานทั้งหมด และประวัติการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

คำสำคัญ: สมรรถนะการดูแลผู้ป่วย เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

The purpose of this survey research was to study the competency and relationship between personal factors and competency in managing patients using ventilators of professional nurses in secondary care hospitals in Chumphon. A sample of 143 patients was randomly selected from professional nurses in 5 hospitals. Data were collected using a questionnaire on general information and competencies in managing care for patients using ventilators in 6 units of competencies. Verify by experts, the content validity value was 1 and the Cronbach's alpha coefficient reliability value was 0.73. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics by Pearson's correlation.

The results of the study found that the competency in caring for patients using ventilators in all 6 units was at a high level. Experience in caring for mechanically ventilated patients is related to competency in caring for mechanically ventilated patients. In terms of morality and ethics nursing practice skills in nursing practice communication and management statistically significant ($p<0.05$). Age factor, education level, all work experience and history of receiving additional training in caring for patients using ventilators were no relationship with the competency of caring for patients using a ventilator.

Keywords: nurses' competencies, mechanical ventilator, secondary care hospital.

บทนำ

ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการดูแลตนเอง เนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases)

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร
[2] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร

ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อสุขภาพบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งทางตรงและทางอ้อม แนวโน้มการจัดการปัญหาสุขภาพจึงต้องปรับเปลี่ยนตามปัญหาสุขภาพ ในปัจจุบัน พบว่าคนไทยมีอายุยืนนานขึ้น ทำให้สังคมไทยก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจึงเปลี่ยนจากโรคติดต่อมาเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ จากรายงาน สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564 โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบ ว่า อัตราตายของประชากรไทยนับตั้งแต่ พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 8.4 ต่อประชากร 1,000 คน โดยกลุ่มโรคที่ทำให้คนเสียชีวิตมากที่สุดในปี ได้แก่ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบก[1] ดังนั้น วิชาชีพพยาบาลต้องมีการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร โดยเพิ่มทักษะด้านบริหารและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลมีมาตรฐาน และได้ผลลัพธ์ที่ดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีภาวะวิกฤตจำเป็นต้องใช้เครื่องมือบำบัดรักษาด้วยเครื่องช่วยหาย ใจ เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่สำคัญและมีความต้องการใช้เพิ่มมากขึ้น ผู้ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่อง ช่วยหายใจอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่คือพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการบำบัดระบบหายใจจึงสำคัญอย่างยิ่ง[2] ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้ป่วย ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความรู้และทักษะการบำบัดระบบหายใจ และทักษะในการใช้เครื่องช่วยหายใจ[3]

เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) คือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นเครื่องมือสำหรับการช่วยชีวิตหรือยื้อชีวิตในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำการหายใจได้ด้วยตนเอง โดยที่เครื่องช่วยหายใจจะทำหน้าที่นำอากาศเข้าและออกจากปอดเพื่อที่ร่างกายของผู้ป่วยจะยังได้รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายอย่างเพียงพอ เครื่องช่วยหายใจแบ่งตามประเภทของการส่งอากาศเข้าสู่ร่างกาย จะแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ (1) Non-invasive Ventilation (NIV) หมายถึง การใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านทางหน้ากากครอบจมูกและปากเหมาะกับผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเฉพาะเวลากลางคืน หรือต้องการช่วยหายใจน้อยกว่า 12-16 ชั่วโมงต่อวัน และ(2) Invasive Ventilation หมายถึง การใช้เครื่องช่วยหายใจ ผ่านทางท่อเจาะคอสำหรับผู้ป่วยที่ต้องช่วยหายใจมากกว่า 20 ชั่วโมงต่อวัน[2] ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีไอซียูมักจะเป็นการดูแลผู้ป่วย ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านทางหน้ากากครอบจมูกและปาก พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินจะมีการดูแลผู้ป่วยที่ต้องช่วยหายใจทั้งแบบต้องใช่ท่อช่วยหายใจและไม่ใช่ท่อช่วยหายใจ ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในมีบางครั้งที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ เช่น ผู้ป่วยที่ดูแลรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หรือ ผู้ป่วยที่มีภาวะที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจที่เตรียมตัวส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า[2]

สมรรถนะของบุคลากรมีความสำคัญที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้น บุคลากรในโรงพยาบาลทุกวิชาชีพ จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานทั้งสมรรถนะหลัก (Core competency) และสมรรถนะประจำกลุ่มงาน (Functional competency) การกำหนดสมรรถนะจำเป็นต้องคำนึงถึงลักษณะงานและปัญหาของความเจ็บป่วย การจัดการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหาย ใจจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีสมรรถนะเฉพาะทาง มีความรู้และทักษะในการบำบัดระบบหายใจ มีความรู้ทั้งการดูแลผู้ป่วยและทักษะในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในแต่ละหน่วยงานพยาบาลวิชาชีพจะมีความรู้ทักษะความ สามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่างกัน หากพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็จะได้รับบริการที่ดีและปลอดภัย[3]

ด้วยความสำคัญของสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการกำหนดไว้ ผลการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ในแต่ละหน่วยงานมีความรู้ทักษะความสามารถ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่างกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาข้อกำหนดสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชุมพรเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชุมพร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชุมพร

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยการใช้การสำรวจ ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทุ่งตะโก โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน โรงพยาบาลพะโต๊ะ โรงพยาบาลละแม และโรงพยาบาลหลังสวน จำนวนทั้งสิ้น 266 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ เครจซีและมอร์แกน[6] $n = \frac{\chi 2Np(1-p)}{e2(N-1)} + \chi 2p(1-p)$ ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (χ^2=3.841) และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจใน ประชากรเท่ากับ 0.4 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 141 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจจะมีการสูญหาย (missing data) ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทั้งสิ้น จำนวน 143 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล มี 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา แผนกที่ทำงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานทั้งหมด ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และประวัติการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 6 ด้าน รวม 27 ข้อ ได้แก่ ด้านคุณธรรมจริยธรรม จำนวน 3 ข้อ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ ด้านการกำกับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 4 ข้อ และ ด้านการสื่อสาร จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตามมาตรวัดแบบลิเคิต (Likert scale) ดังนี้

คะแนนระดับ 5 หมายถึง มีความรู้ความสามารถในระดับดีมาก

คะแนนระดับ 4 หมายถึง มีความรู้ความสามารถในระดับดี

คะแนนระดับ 3 หมายถึง มีความรู้ความสามารถในระปานกลาง

คะแนนระดับ 2 หมายถึง มีความรู้ความสามารถในระดับพอใช้

คะแนนระดับ 1 หมายถึง มีความรู้ความสามารถในระดับต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้ใช้ แบบสอบถามส่วนที่ 2 ของวราภรณ์ ธโนโรจน์และคณะ[4] เรื่อง การกำหนดสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ 0.81 และค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาอีกครั้ง โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และ ตรวจสอบความเที่ยง โดยผู้วิจัย

นำแบบสอบถาม สมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ 6 ด้าน ไปทดลองใช้กับพยาบาลซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอน (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง และขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยในการแจกและอธิบายแบบสอบถามพร้อมเอกสารชี้แจงให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขอรับแบบสอบถามคืนด้วยวิธีการเก็บใส่ซองภายใน 1 เดือน พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลที่ได้รับทั้งหมด 143 ชุด โดยการสุ่มแบบบังเอิญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพรายข้อและรายด้าน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติหาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2566 หนังสือรับรองเลขที่ 051/2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 143 คน พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 93.70 และ 6.30 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 39.9) โดยมีอายุเฉลี่ย 35.42 ปี (S.D. = 9.85) มีระดับการศึกษาปริญญาตรี มากที่สุด (ร้อยละ 98.6) แผนกที่กลุ่มตัวอย่างทำงานมากที่สุด ได้แก่ แผนกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 42.7) รองลงมาได้แก่ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 39.2 และ 11.9 ตามลำดับ) มีประสบการณ์ทำงานทั้งหมด น้อยกว่า 10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 51) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่า 10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 80.4) และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 69.2)

สมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจรายด้าน พบว่า สมรรถนะอยู่ในระดับมาก ในด้านคุณธรรมจริยธรรม การปฏิบัติการพยาบาล ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการ และการสื่อสาร ส่วนด้านการกำกับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจรายด้าน พบว่า ในด้านคุณธรรมจริยธรรม มีสมรรถนะในระดับมาก โดยพยาบาลวิชาชีพมีพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร โอบอ้อมอารีห่วงใยและเอาใจใส่ มากที่สุด

สมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลมีสมรรถนะในระดับมาก โดยพยาบาลวิชาชีพมีความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจมากที่สุด

สมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับมาก โดยพยาบาลวิชาชีพมีการดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมไม่หักพับงอ มากที่สุด

สมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในด้านการกำกับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ อยู่ในระดับปานกลาง โดยพยาบาลวิชาชีพมีการเตรียมเครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนมากที่สุด

สมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในด้านการ

สื่อสาร อยู่ในระดับมาก โดยพยาบาลวิชาชีพมีการยอมรับและรับฟังเมื่อมีการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพ มากที่สุด

สมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในด้านการบริหารจัดการ อยู่ในระดับมาก โดยพยาบาลวิชาชีพมีการมอบหมายงานในทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างถูกต้อง มากที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชุมพร พบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในด้านคุณธรรมจริยธรรม (r = 0.199, p=0.017) ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล (r = 0.262, p=0.002) ด้านทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล (r = 0.174, p=0.038) ด้านการสื่อสาร (r = 0.175, p=0.036) และด้านการบริหารจัดการ (r = 0.198, p=0.018) ส่วนปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานทั้งหมด และประวัติการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชุมพร อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร (n = 143 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	สมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ											
	1.ด้านคุณธรรมจริยธรรม		2. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล		3.ด้านทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล		4.ด้านการกำกับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ		5. ด้านการสื่อสาร		6. ด้านการบริหารจัดการ	
	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P
อายุ	-0.066	0.436	-0.080	0.341	-0.139	0.098	-0.060	0.480	-0.121	0.151	0.028	0.744
ระดับการศึกษา	0.065	0.440	0.017	0.842	0.044	0.602	-0.030	0.722	-0.104	0.217	0.051	0.545
ประสบการณ์การทำงานทั้งหมด	-0.058	0.494	-0.046	0.588	-0.105	0.214	-0.045	0.597	-0.069	0.410	0.056	0.505
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	0.199*	0.017	0.262*	0.002	0.174*	0.038	0.146	0.081	0.175*	0.036	0.198*	0.018
ประวัติการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ	-0.044	0.602	-0.133	0.114	-0.092	0.278	-0.164	0.051	0.002	0.982	-0.098	0.244

สรุปและอภิปรายผล

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจำเป็นต้องใช้เครื่องมือบำบัดรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจมีสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้และทักษะการบำบัดระบบหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งแบบต้องใช่ท่อช่วยหายใจ และไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ จากการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา[4,5,7] พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 39.9) โดยมีอายุเฉลี่ย 35.42 ปี (S.D. = 9.85) สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ธโนโรจน์และคณะ[4] และสุนันทา ระวิวรรณ[5] และกุลญนาท ผ่องแผ้ว และคณะ[7]กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานทั้งหมดน้อยกว่า 10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 51) และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วย

หายใจ น้อยกว่า 10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 80.4) สมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และจากการศึกษาของ ปนัสยา หนูริ[8] พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาล ได้แก่ ความรับผิดชอบ และความสำเร็จในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ของ ธนิตา กำจิตเอก[9] ที่พบว่า ลักษณะงาน และความรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อพิจารณาสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในคะแนนรายข้อ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร โอบอ้อมอารี ห่วงใยและเอาใจใส่ มากที่สุด เนื่องมาจากวิชาชีพพยาบาล ได้ทำประโยชน์ต่อผู้อื่น ให้พ้นจากความทุกข์ ความเจ็บป่วย และรับรู้ถึงความสุขจากการทำงานที่ทำให้ผู้อื่นมีความสุข รองลงมา คือ พยาบาลวิชาชีพมีการยอมรับและรับฟังเมื่อมีการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น พยาบาลวิชาชีพ มีการประเมินความพร้อมและดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ในเวลาที่เหมาะสม มีค่าน้อยที่สุด เนื่องมาจาก พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 69.2) เนื่องมาจากในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และผู้ป่วยนอก อาจจะจะได้การอบรม หรือดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจน้อย แตกต่างกับการศึกษาของ กุลญนาท ผ่องแผ้ว และคณะ[7] ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 85.5 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากกกว่า5 ปี

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในด้านคุณธรรมจริยธรรม (r = 0.199, p=0.017) ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล (r = 0.262, p=0.002) ด้านทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล (r = 0.174, p=0.038) ด้านการสื่อสาร (r = 0.175, p=0.036) และด้านการบริหารจัดการ (r = 0.198, p=0.018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กุลญนาท ผ่องแผ้ว และคณะ[7] ที่พบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะด้านการบริการจัดการ สมรรถนะด้านทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะด้านการกำกับดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ) และสมรรถนะด้านคุณธรรมและจริยธรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา ระวิวรรณ[5] ที่พบว่า ประสบการณ์การทำงานและประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในทุกด้าน ($p<0.05$) และจากการศึกษานี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานทั้งหมด และประวัติการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชุมพร อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องใช้ความสามารถ ความชำนาญและประสบการณ์ จึงทำให้ปัจจัยทางด้านอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานทั้งหมด หรือประวัติการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ นั้นไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลญนาท ผ่องแผ้ว และคณะ[7] และแจ่มจันทร์ คล้ายวงษ์[10] ที่พบว่า อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงานทั้งหมด ประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน และการอบรมเพิ่มเติม ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ 3 ด้าน คือ ด้านทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการสื่อสาร และด้านการบริหารจัดการ การอบรมเพิ่มเติมทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ 4 ด้าน คือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านการกำกับดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ด้านการสื่อสาร และด้านการบริหารจัดการ สุนันทา ระวิวรรณ[5]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรศึกษาเพิ่มเติมในการพัฒนาสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามความเหมาะสมกับหน้าที่ ความรับผิดชอบ และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

แนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลในการกำหนดนโยบายและพัฒนาแนวทางปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพให้มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เอกสารอ้างอิง

1.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2566 : คำสัญญาของไทยใน “คอป” (COP: Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน”. บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน). กรุงเทพฯ; 2566.

2.สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน (พิมพ์ครั้งที่2). ชานเมืองการพิมพ์. สงขลา; 2549.

3.จันทร์เพ็ญ เนียมวัน, เดือนแรม เรืองแสน และวราทิพย์ แก่นการ. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 28(1):6-14.

4.วราภรณ์ ธโนโรจน์, บุญทิพย์ สิริธรังศรี, และ สิริรัตน์ วิภาสศิลป์ทิพย์. การกำหนดสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลตำรวจ. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2. 2545

5.สุนันทา ระวิวรรณ. สมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 67]. เข้าถึงจาก: https://www.vachiraphuket.go.th/articles/research/the-professional-nurses-competencies-in-caring-management-of-patients-with-mechanical-at-vachira-phuket-hospital

6.วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสาหรับการวิจัย: มายาคติในการใช้สูตรของทาโรยามาเน่และเครทซี-มอร์แกน. วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา 2562; 8(1):11-28.

7.กุลญนาท ผ่องแผ้ว, และสมหมาย คชนาม. สมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วชิรสารการพยาบาล 2561; 20(2):1-12.

8.ปนัสยา หนูริ. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี. สาขาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 67]. เข้าถึงจาก: https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/vlt15-2/6114993399.pdf

9.ธนิตา กำจิตเอก. ปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. สารนิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก. 2562.

10.แจ่มจันทร์ คล้ายวงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในงาน ลักษณะงาน และ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในเครือสมิติเวช. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.

เปรียบเทียบผลของการรับประทานยาบำรุงเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ต่อระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอด

A comparative study on the effect of daily supplement medicine in pregnant women who attending antenatal care clinic at Dansai Crown Prince Hospital to TSH hormone level in newborn infants.

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

สันทัด บุญเรือง[1]
Santad Bunruang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยโดยการทดลองไปข้างหน้า (Prospective experimental research) มี**วัตถุประสงค์**เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการรับประทานยาบำรุงเลือด ObiminAZ® และ Triferdine ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย รวมทั้งศึกษาข้อมูลทั่วไปและอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต่อระดับ TSH ในทารกแรกคลอด ด้วยการสุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์จำนวน 397 คนในปี พศ. 2560-2562 ต่อระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดเมื่อครบ 48 ชม. แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับยา Obimin AZ® 199 คน และTriferdine 198 คน และตรวจระดับ TSH ในทารกแรกคลอดเมื่อครบ 48 ชั่วโมง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย TSH ทั้งสองกลุ่ม การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ Independence t-test และ F-test

ผลการศึกษา : พบว่าค่าเฉลี่ยระดับฮอร์โมน TSH ในมารดาที่รับประทาน ObiminAZ® เท่ากับ 6.75 และ 7.10 ในกลุ่ม Triferdine ผลการศึกษาเปรียบเทียบการรับประทานยาบำรุงเลือดทั้ง 2 ชนิดต่อระดับระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p=.381) ปัจจัยทั่วไปและอาการข้างเคียงของการรับประทานยาไม่มีผลต่อระดับระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอด

คำสำคัญ : สตรีตั้งครรภ์, สารไอโอดีน, ยาบำรุงเลือดที่ผสมไอโอดีน, ระดับฮอร์โมนทีเอสเอช

Abstract

This research was prospective experimental research aimed to study and compare the effects of taking the blood tonics ObiminAZ® and Triferdine in pregnant women coming for prenatal care at Somdej Phra Yupparat Dan Sai Hospital, Loei Province, including general information and side effects of taking the medicine on TSH levels in infants new born. Sample size were 397 pregnant women by sampling in 2017-2019 on TSH levels in newborns at 48 hrs. 199 subjects were divided into groups that received Obimin AZ® and 198 subjects Triferdine, and TSH levels in newborns were examined at 48 hours to compare the mean TSH of the two groups. This study used quantitative data analysis, including frequencies, percentages, values. Standard deviation and mean and comparative analysis using Independence t-test and F-test statistics.

Results : It was found that the mean TSH hormone level in mothers taking ObiminAZ® was 6.75 and 7.10 in the Triferdine group. The results of the study compared taking both types of blood tonics on the TSH hormone level in newborns. It was found that there was no statistical difference (p=.381). General factors and side effects of taking medicine had no effect on TSH hormone levels in newborns.

Keywords : pregnant women, iodine, iodine-containing blood tonics, TSH hormone levels

บทนำ

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย

การตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพมีเป้าหมายเพื่อให้การตั้งครรภ์และคลอดบุตรเป็นไปอย่างปลอดภัย สุขภาพร่างกายแข็งแรงทั้งแม่และเด็ก เมื่อเกิดการขาดสารไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์[1,2,3] จะส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด หรือเกิดภาวะพร่องไทรอยด์ และส่งผลกระทบทารก ได้แก่ ภาวะขาดไอโอดีนตั้งแต่แรกคลอด ส่งผลให้เซลล์สมองไม่ได้รับการพัฒนา ทำให้บกพร่องสติปัญญา[4] ทำให้พัฒนาการล่าช้าและเมื่อไม่ได้รับแก้ไขที่ทันท่วงทีจะทำให้เด็กมีภาวะปัญญาอ่อนได้ การป้องกันสามารถทำได้โดยการกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์และขณะให้นมบุตรได้รับประทานอาหารที่มีไอโอดีนสูงและส่งเสริมการรับประทานยาบำรุงเลือดที่ผสมไอโอดีน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์หลายคนยังไม่ทราบมาตรการป้องกันควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนและมีความรู้น้อยเกี่ยวกับประโยชน์ของไอโอดีนต่อการตั้งครรภ์[5] ส่งผลให้เกิดภาวะต่อมไทรอยด์ของทารกแรกเกิดผิดปกติค่อนข้างสูง[6]

จากการเฝ้าระวังติดตามและประเมินการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ทั่วประเทศไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[7] ได้รายงานสถานการณ์ระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ต้องไม่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร โดยในปี พ.ศ. 2554-2559 มีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ ของหญิงตั้งครรภ์อยู่ที่ 181.2 159.4 146.8 155.7 147.1 และ 145.0 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดว่าพื้นที่ที่มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตรเกินร้อยละ 50 เป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน[8] ดังนั้นค่ามัธยฐานของระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยยังอยู่ในระดับต่ำ นั่นย่อมแสดงว่ายังมีผู้หญิงไทยจำนวนมากประสบปัญหาขาดไอโอดีน และจะส่งผลทำให้ทารกที่เกิดมามีภาวะขาดไอโอดีนตามไปด้วย การขาดสารไอโอดีนที่รุนแรงแบบในอดีตนั้นอาจลดลงไป แต่ว่าการขาดสารไอโอดีนยังเป็นปัญหาเงียบที่ซ่อนอยู่ในทุกพื้นที่ ดังเช่นข้อมูลจากการศึกษาของพญ.อรพร ดำรงวงศ์ศิริ[9] คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี ม.มหิดลได้รายงานในปี 2553 พบว่าปริมาณไอโอดีนในน้ำนมแม่มีค่าเฉลี่ย 55 ไมโครกรัม/เดซิลิตร ในขณะที่ระดับที่เหมาะสมควรจะมีปริมาณมากกว่า 100 ไมโครกรัม/เดซิลิตร

ในปีงบประมาณ 2558-2560 พบว่าโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช (รพร.) ด่านซ้าย มีมารดาคลอด 896 899 และ 852 คน โดยเป็นมารดาคลอดที่เป็นคนด่านซ้าย จำนวน 418 456 และ 435 คนตามลำดับ จากการที่ WHO ได้แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์และขณะให้นมบุตร ต้องได้รับไอโอดีน 250 ไมโครกรัมต่อวัน[10] ซึ่งสามารถได้จากอาหารที่รับประทานเข้าไปร่วมกับยาบำรุงเลือดที่ผสมไอโอดีน และในปัจจุบันกระทรวงสาธารณะสุขได้กำหนดให้สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับยาบำรุงเลือดที่ผสมไอโอดีน[11] โดยมียา Triferdine เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และสามารถสั่งจ่ายได้ทุกสิทธิ แต่เนื่องจากอำเภอด่านซ้าย จ.เลย เป็นพื้นที่ภูเขาและมีโอกาสที่ประชากรจะบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนเป็นส่วนประกอบน้อย ดังเห็นได้จากข้อมูลการตรวจระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ของ อ.ด่านซ้ายในปี พ.ศ.2557 และ 2558 พบว่า มีอัตราระดับไอโอดีนในปัสสาวะมีระดับต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตรพบเป็นร้อยละ 75 และ 60 ตามลำดับ และลดลงเป็นร้อยละ 31.6 ในปีพ.ศ.2559 ดังนั้นทาง รพร.ด่านซ้าย จึงได้กำหนดให้ใช้ยา Obimin AZ® ที่เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีไอโอดีเป็นส่วนประกอบ 200 ไมโครกรัมต่อเม็ด เป็นยาบำรุงเลือดที่ต้องใช้ในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายตั้งแต่ปี 2550 เนื่องจากมีปริมาณไอโอดีนที่สูงกว่า Triferdine ซึ่งมีไอโอดีนเป็นส่วนประกอบเพียง 150 ไมโครกรัมต่อเม็ด หลังจากใช้ Obimin AZ® ในสตรีตั้งครรภ์ไม่พบว่ามีทารกที่คลอดครบกำหนดและไม่มีภาวะผิดปกติรุนแรงอื่นๆ ที่มารดาฝากครรภ์ที่ รพร.ด่านซ้ายมีภาวะพร่องไทรอยด์ตั้งแต่แรกคลอดเลย

ดังนั้นจึงทำให้เกิดปัญหาในการพิจารณาความเหมาะสมในการใช้ยา เนื่องจาก Obimin AZ® เป็น

ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและมีราคาสูงกว่า Triferdine มาก จึงนำมาสู่การศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการรับประทานยาบำรุงเลือด Obimin AZ® และ Triferdine ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพร.ด่านซ้าย ต่อระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดเมื่อครบ 48 ชม.

2. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์และอาการข้างเคียงจากการทานยาบำรุงเลือดทั้ง 2 ชนิด ที่มีผลต่อต่อระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอด

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยโดยการทดลองไปข้างหน้า (Prospective experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการรับประทานยาบำรุงเลือด Obimin AZ® และ Triferdine ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพร.ด่านซ้าย ต่อระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดเมื่อครบ 48 ชม. และเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์และอาการข้างเคียงจากการทานยาบำรุงเลือดทั้ง 2 ชนิด ที่มีผลต่อต่อระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอด เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2560 – 30 กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพร.ด่านซ้าย

กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพร.ด่านซ้าย จำนวน 385 คน ซึ่งได้จากการคำนวณตามวิธีของยามาเน่ (Taro Yamane) มีการสุ่มตัวอย่างโดยการเลือกใช้ยา Obimin AZ® และ Triferdine สลับกันไปในแต่ละสัปดาห์ที่สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพร.ด่านซ้าย อ.ด่านซ้าย จ.เลย 2) มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ < 20 สัปดาห์ 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่รุนแรง 4) ไม่มีข้อห้ามต่อการรับประทานยา ได้แก่ โรคไทรอยด์เป็นพิษ โรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงและโรคทางอายุรกรรมที่รุนแรง

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ไม่สามารถรับประทานยาบำรุงเลือดที่กำหนดให้ได้ 2) มีการแท้งหรือคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์ 3) ไม่ได้คลอดที่ รพร.ด่านซ้าย อ.ด่านซ้าย จ.เลย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 1 ชุด ซึ่งประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส พื้นที่พักอาศัย และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Gravida, G) จำนวนครั้งของการคลอด (Parity, P) อายุครรภ์ (GA) เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ที่คลอด ภาวะแทรกซ้อนขณะฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด และวิธีการคลอด

ส่วนที่ 3 ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการแพ้อาหารหรือยา อาการข้างเคียงจากการทานยา

ส่วนที่ 4 ผลตรวจระดับ TSH ของทารกแรกคลอด 48 ชม.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมดของแบบสอบถามในทุกข้อ ได้เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ฝาก

ครรภ์ที่ รพ. ภูเรือและ รพ. นาแห้ว จ. เลย จำนวน 20 ราย วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84 และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่ามีค่าความเที่ยงมากกว่า 0.80 ในทุกข้อ

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เมื่อได้รับการอนุมัติศึกษาวิจัยในมนุษย์ จึงได้เริ่มเก็บข้อมูลการวิจัย

2. แจ้งสตรีตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัย

3. เมื่อสตรีตั้งครรภ์ ลงชื่ออนุญาตเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัย ให้ยาบำรุงเลือด 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างคนไข้ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและสลับยาทั้ง 2 ชนิดไปเรื่อยๆ ในแต่สัปดาห์ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ได้รับยา Triferdine สัปดาห์ที่ 1 และ 3 กลุ่มที่ 2 ได้รับยา Obimin AZ® สัปดาห์ที่ 2 และ 4

4. แจ้งสตรีตั้งครรภ์ที่ได้ยาบำรุงเลือดตัวใดตัวหนึ่งแล้ว ให้ทานยาตัวเดิมจนถึงคลอด ยกเว้นประสงค์เปลี่ยนยา ไม่สามารถรับประทานยาตัวเดิมได้ แพ้ยา เกิดอาการข้างเคียงรุนแรงหรือประสงค์จะออกจากการศึกษาวิจัย

5. แจ้งเภสัชกร ให้จัดยาบำรุงเลือดตามที่บันทึกใน HOSxP ไว้ครั้งแรก โดยไม่ให้เปลี่ยนยานอกจากจะได้รับอนุญาตจากแพทย์

6. ให้การดูแลฝากครรภ์ตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ ของ รพร.ด่านซ้าย

7. เมื่อตรวจพบภาวะแทรกซ้อนขณะฝากครรภ์ ให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงของ รพร.ด่านซ้าย

8. ดูแลการคลอด ตามมาตรฐานการดูแลมารดาคลอดของ รพร.ด่านซ้าย การทำหัตถการช่วยคลอดหรือผ่าตัดคลอด สามารถทำได้เมื่อมีข้อบ่งชี้ตามมาตรฐาน

9. หลังทารกคลอดครบ 48 ชม. เจาะเส้นเลือดดำหลังมือทารก(ตามมาตรฐานปฏิบัติ) เพื่อส่งตรวจระดับฮอร์โมน TSH ของทารก โดยส่งตรวจที่ศูนย์ปฏิบัติการคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จ. นนทบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย วิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ Independence t-test และ F-test

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2560 เลขที่ ECLOEI60001

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุ 20-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 68 ในกลุ่ม Obimin AZ® และร้อยละ 80 ในกลุ่ม Triferdine ส่วนมากนับถือศาสนาพุทธและมีสถานภาพสมรสโดยมีอัตราใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม ระดับการศึกษาส่วนมากจบมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายมากกว่าร้อยละ 50 ทั้ง 2 กลุ่ม รายได้ต่อเดือนส่วนมากบอกว่าไม่มีรายได้ รองลงมาคือกลุ่มที่มีรายได้ 2,501–10,000 บาท อาชีพที่พบบ่อยคือเกษตรกรที่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเองประมาณร้อยละ 25 รองลงมาคือแม่บ้าน ทั้ง 2 กลุ่มและพื้นที่อาศัยส่วนมากอยู่ที่ ตำบลด่านซ้ายประมาณร้อยละ 28 รองลงมาเป็น ตำบลกกสะทอน

การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์กับระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดของมารดาที่รับประทานยาบำรุงเลือด Obimin AZ® และ Triferdine พบว่า ปัจจัยทั่วไปด้านศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพและพื้นที่อาศัย มีระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุต่างกัน จะมีระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และเมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ F-test แบบ LSD เพื่อดูว่าค่าเฉลี่ยกลุ่มอายุคู่ใดบ้างที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ปัจจัยกลุ่มอายุของสตรีตั้งครรภ์กับระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี มีระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอด แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 20-24 ปี, 25-29 ปี และ 30-34 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ปัจจัยกลุ่มอายุของสตรีตั้งครรภ์กับระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดของมารดาที่ทานยาบำรุงเลือด จำแนกตามกลุ่มอายุ

ตัวแปร อายุ	$\bar{X}$	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	≥ 40
		1.32	1.56	1.52	1.52	1.41	1.75
15-19	1.32	-	**-.24***	**-.20***	**-.21***	-.21	-.43
20-24	1.56		-	.03	.03	.15	-.19
25-29	1.52			-	-.00	.11	-.22
30-34	1.52				-	.11	-.22
35-39	1.41					-	-.34
≥ 40	1.75						-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาเปรียบเทียบผลของการรับประทานยาบำรุงเลือด Obimin AZ® และ Triferdine ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายต่อระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดเมื่อครบ 48 ชม. พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน โดยพบว่า ผลการศึกษาเปรียบเทียบผลของการรับประทานยาบำรุงเลือด Obimin AZ® และ Triferdine ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพร.ด่านซ้ายต่อระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดเมื่อครบ 48 ชม. พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับฮอร์โมน TSH ในมารดาที่รับประทาน ObiminAZ® เท่ากับ 6.75 โดยมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D) 4.14 และค่าเฉลี่ยระดับฮอร์โมน TSH ในมารดาที่รับประทาน Triferdine มีค่าเท่ากับ 7.10 มีค่า S.D 3.63 และเมื่อเปรียบเทียบผลของการรับประทานยาบำรุงเลือด Obimin AZ® และ Triferdine ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพร.ด่านซ้ายต่อระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดเมื่อครบ 48 ชม. พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p=.381) แต่ค่าเฉลี่ยระดับฮอร์โมน TSH ในมารดาที่รับประทาน Obimin AZ® มีค่าต่ำกว่ามารดาที่รับประทานยาบำรุงเลือด Triferdine เล็กน้อย ดังแสดงใน ตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบระหว่างระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดเมื่อครบ 48 ชม.ในมารดาที่รับประทานยาบำรุงเลือด Obimin AZ® และ Triferdine

ตัวแปร	MEDICATION	N	Mean	Std. Deviation	p - value
TSH	Obimin AZ®	196	6.7548	4.14359	.382
	Triferdine	191	7.1021	3.63459	

ผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ อายุครรภ์ที่คลอด ภาวะแทรกซ้อน และวิธีการคลอดต่อระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอด ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนมากเป็นมารดาตั้งครรภ์ที่ 2 มากกว่าร้อยละ 40 รองลงมาคือตั้งครรภ์แรกประมาณร้อยละ 30 ส่วนมากยังไม่เคยคลอดลูกมาก่อน(P0)มากกว่าร้อยละ 70 ทั้ง 2 กลุ่ม ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 10 สัปดาห์

มากกว่าร้อยละ 50 อายุครรภ์ที่คลอดส่วนมากคือ 37-39^{+6} สัปดาห์ใกล้เคียงกัน ส่วนมากไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะฝากครรภ์ แต่กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนจะเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ประมาณร้อยละ 10 ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนมากไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด และส่วนมากคลอดปกติทางช่องคลอดร้อยละ 70 พบอัตราผ่าตัดคลอดใกล้เคียงกันร้อยละ 22.4 ในกลุ่ม Obimin AZ®และร้อยละ 27.7 ในกลุ่ม Triferdine

การศึกษาอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาบำรุงเลือด Obimin AZ® และ Triferdine ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ พบว่า โดยส่วนใหญ่สตรีไม่มีอาการข้างเคียงคิดเป็นร้อยละ 96.9 ในกลุ่มที่บอกว่ามีอาการข้างเคียง(คลื่นไส้/อาเจียน) เป็นกลุ่มที่รับประทานยา Triferdine จำนวน 8 คน และ Obimin AZ® จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.1 และ 0.5 ตามลำดับ คนที่เวียนหัว มีจำนวน 1 คนทั้ง 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 0.3 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาบำรุงเลือดทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือการรับประทานยาทั้งสองชนิดมีอาการข้างเคียงไม่ต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาบำรุงเลือดในกลุ่ม Obimin AZ® และ Triferdine

อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาบำรุงเลือด	ยาบำรุงเลือด		รวม
	Obimin AZ®	Triferdine	
ไม่มี	188 (48.6%)	187 (48.3%)	375 (96.9%)
มี	2 (0.5%)	8 (2.1%)	10 (2.6%)
เวียนหัว	1 (0.3%)	1 (0.3%)	2 (0.5%)
รวม	191 (49.4%)	196 (50.6%)	387 (100.0%)

$\mathbf{X}^2$ = 0.54, df = 2, Sig. = 0.17

สรุปและอภิปรายผล

การรับประทานยาบำรุงเลือด Obimin AZ® และ Triferdine ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่รพร.ด่านซ้ายต่อระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดเมื่อครบ 48 ชม. พบว่าไม่มีความแตกต่างกันปัจจัยทั่วไปและปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ตลอดจนอาการข้างเคียงของการรับประทานยาทั้ง 2 ชนิด พบว่าไม่ต่างกัน จึงสามารถใช้ยาตัวใดก็ได้ในสตรีตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มของสตรีตั้งครรภ์อายุน้อย จะมีผลแตกต่างกันต่อระดับระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกคลอดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า[1,3]

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.สุรพล พรมกุล อาจารย์ประจำสาขาวิชารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหา จุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น ที่เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ ทองสง. ใน: ธีระพร วุฒยวนิช, ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. : พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรน บุ๊คส เซนเตอร์; 2539. 341-348.
2. Cuningham FC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Wenstrom KD, editors. Thyroid and other endocrine disorders. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010. P 1126-1144.
3. ดาราวดี พลอยเลื่อมแสง. ใน: ธีระพร วุฒยวนิช, ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. : พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอเรน บุ๊คส เซนเตอร์; 2539. 53-70.
4. สายพิณ โชติวิเชียร. สารอาหารสำคัญเพื่อแม่ลูกคุณภาพ. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

5. ปราโมทย์ มาตย์สุริย์, การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ปี 2554. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เมย.-กย. 2555: 27-40.
6. ภัสสร สมภาร, มานพ คณะโต, ภัสสร์วัลย์ รังสิปราการ. พฤติกรรมป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของสตรีตั้งครรภ์กับระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ของทารกแรกเกิดในอำเภอนาวังและอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 2556. 117-130.
7. สายพิณ โชติวิเชียร. แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562-2566 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 อาหารศึกษา กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2561-2580); สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); ธันวาคม 2562.
8. World Health Organization/ International Council for the Control of the Iodine Deficiency Disorders / United Nations Children Fund (WHO/ ICCIDD/ UNICEF). Assessment of the iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. 3rd edition. Geneva: WHO ; 2007.
9. เตือนหญิงตั้งครรภ์ขาดไอโอดีน. สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2560 จาก: URL; http://www.thaihealth.or.th/Content/10302-เตือนหญิงตั้งครรภ์%20“ขาดไอโอดีน”.html
10. องค์การอนามัยโลก. (2007). การประเมินภาวะบกพร่องไอโอดีนและการตรวจสอบการขจัดภาวะบกพร่อง: คู่มือสำหรับผู้จัดการโครงการ (พิมพ์ครั้งที่ 3). ค้น จาก https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43781/9789241595827_eng.pdf;jsessionid=3917D7F16C0B96649328118E517471B1?sequence=1
11. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖. สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2560 จาก :https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2556/E/126/11.PDF

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

THE DEVELOPMENT OF SCREENING NURSING PRACTICE FOR PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AT KHAM MUANG HOSPITAL, KALASIN PROVINCE, THAILAND

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

ผจงจิต สุวรรณศรี[1]
Phajongjit Suwansri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวและผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาด้วยรูปแบบ (R&D) ประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA ในการศึกษาครั้งนี้ได้หมุน 3 วงรอบการพัฒนา เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทำให้พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยเปรียบเทียบกันก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าและรายงานแพทย์ลดลงจาก 9.60±0.65 นาที เหลือเป็น 5.58±0.83 นาทีต่อราย การประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.00 อัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือเพียง 3.77 จากเดิม 15.38 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้กระบวนการ 3C-PDSA สามารถใช้งานได้จริงเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติระดับดีมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.83±0.21 ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 98.25

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรอง, ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, 3C-PDSA

Abstract

This study was research and development project. The objective is to study the development and results of nursing guidelines for screening patients with acute myocardial infarction. Kham Muang Hospital Kalasin Province Study with a model (R&D) applying the 3C-PDSA quality development process. In this study, 3 development cycles were rotated. Data were collected from medical records. Data were analyzed using frequency distribution. percentage and average.

The investigation disclosed that the implementation of guidelines has significantly enhanced the efficacy of chest pain screening for nurses. Pre- and post-guideline development comparisons demonstrated a noteworthy reduction in the duration needed to receive electrocardiograms and physician reports, decreasing from 9.60±0.65 minutes to 5.58±0.38 minutes. This represents the initial instance in a decade where the proportion of expeditiously screened patients for chest pain escalated to 98.00%. The clinical protocol for screening patients with acute myocardial infarction, cultivated through the application of 3C-PDSA methodologies, has evidenced favorable patient outcomes. The average score for each practice is 4.83±0.21, attaining a success rate of 98.25%.

Keywords: Acute Myocardial Infarction Patients, Nurse Screening Practice, 3C-PDSA

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome : ACS) เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขสำคัญโรคหนึ่งของโลก ส่งผลต่ออัตราการตายของประชากรโลก องค์กรอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าประเทศกำลังพัฒนาจะมี

[1] งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลคำม่วง

ผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากถึงร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิตทุกชนิด[1] จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 800,000 คน/ปี หรือพบว่าทุกๆ 36 วินาทีจะมีประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกาเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด และพบว่ามีประชากรอย่างน้อย 300,000 คน/ปี ที่เสียชีวิตจากอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยส่วนมากเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล[2] ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยพบประชากรในประเทศต้องเข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 5.8 เท่าและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวมากที่สุด 9.5 เท่า[3] เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ส่งผลทำให้อัตราการตายจำแนกตามสาเหตุการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดของประเทศไทย พ.ศ. 2564 เท่ากับ 33.5 ต่อประชากรแสนคน[4] ในภาพของจังหวัดกาฬสินธุ์ปี พ.ศ. 2560 - 2564 พบอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีสาเหตุจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 20.81, 19.90, 18.71, 20.73 และ 20.20 ต่อประชากรแสนคน[5]

ภาวะของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้นที่ส่งผลให้เกิดอัตราการตายที่สูงอยู่ใน 3 อันดับแรกที่จำแนกตามสาเหตุการตาย[6] ในอนาคตมีการคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มที่พบสูงขึ้น และประชากรที่พบอาการหรือโรคเหล่านี้จะมีอายุน้อยลง ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตในปัจจุบัน พฤติกรรมการบริโภค สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ วิถีชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเมืองมากขึ้น นำไปสู่การเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลให้เกิดปัญหาวิกฤตที่เป็นอันตรายถึงชีวิตอยู่หลายอย่าง เช่น การตายอย่างกะทันหัน (Sudden cardiac arrest), ภาวะช็อคจากหัวใจ (Cardiogenic shock), ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) ซึ่งภาวะโรคหัวใจชนิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่มีความซับซ้อนอย่างมาก มีภาวะแทรกซ้อนสูงและอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตทั้งหมดล้วนแต่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก[7] เป็นโรคที่จำเป็นต้องมีแพทย์พยาบาลที่มีความเชียวชาญรวมถึงสมรรถนะเฉพาะทางสูงในการดูแล ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกเป็น 2 ชนิด คือ 1. ST elevation acute coronary syndrome พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 2. Non-ST elevation acute coronary syndrome ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้า หัวใจเป็น ST segment depression และ/ หรือ T wave inversion ร่วมด้วยวิธีการรักษาแบ่งเป็นประเภทใหญ่ๆได้ 3 วิธี ได้แก่ รักษาด้วยยาในกลุ่ม Fibrinolytic คือ Streptokinase, การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูน และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป้าหมายสำคัญของการรักษาโรคนี้คือผู้ป่วยระยะเฉียบพลันต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีแรก เพราะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานกว่า 30 นาที ถึง 6 ชั่วโมง จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง และหากนานกว่า 6 ชั่วโมง โดยไม่ได้รับการรักษาเลยจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อตายถาวร เนื่องจากหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินและมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงเนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในทันทีทันใดได้ หากไม่ได้รับคัดกรองเพื่อการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วทันเวลา โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ และเป็นสาเหตุการป่วย/การเสียชีวิต อันดับต้นๆ ของประชากรไทย

จากปัญหาโรคหลอดเลือดที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั้งระดับโลกและประเทศไทยนั้น ในระดับของอำเภอคำม่วง พบว่ามีปัญหาในเชิงการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ค่อนข้างซับซ้อน ซึ่งโรงพยาบาลคำม่วงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง (F2) มีข้อจำกัดที่สำคัญในการบริหารจัดการคือ แพทย์มีจำนวนน้อย

และไม่มีแพทย์เฉพาะทาง เมื่อมีผู้ป่วยกลุ่ม ACS ทั้งชนิด STEMI และ NSTEMI จำเป็นต้องส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระยะทางที่ห่างจากโรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ถึง 84 กิโลเมตร บางกรณีจะต้องส่งที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นระยะทาง 158 กิโลเมตร ปัจจัยสำคัญอีกอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลคำม่วง ส่วนใหญ่เสียชีวิตมาแล้วหรือมีอาการหนักบางรายเลย Golden period ไปแล้ว โรงพยาบาลคำม่วงมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2566 เท่ากับ 32, 21, 13, 15 และ 17 คน[8] จากจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้มีอัตราการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่ถึงร้อยละ 50[9] การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาลที่ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่กรมการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด[10] ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการดูแล ผู้วิจัยจึงได้มีการทำงานร่วมกันกับสหวิชาชีพได้นำแนวทางการคัดกรองในปี พ.ศ. 2555 ที่โรงพยาบาลเคยใช้ และได้ศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนาร่วมกันกับสหวิชาชีพเพื่อเกิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมุ่งหมายให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในประเด็นที่สำคัญ คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีความมุ่งหมายศึกษาการสถานการณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทบทวนแนวทางการดูแล ตลอดจนปรับปรุงแนวทางการดูแล ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและนิติเวช โรงพยาบาลคำม่วง ประยุกต์ใช้แนวคิด 3C-PDSA เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในครั้งมีอยู่ 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบบสอบรวม 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งเป็นคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยผู้เลือกตอบคำถามเพียงข้อเดียวที่คิดว่าตรงกับความคิดเห็นตนเองมากที่สุด การแปลผลโดยแบ่งช่วงวิธีการหาความกว้างของอันตรภาคชั้นตามหลักของ Best[11] โดยมีเกณฑ์ระดับความพึง

พอใจ แบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้ มีระดับความพึงพอใจในระดับดีมาก คะแนนค่าเฉลี่ย 4.20 – 5.0, มีระดับความพึงพอใจในระดับดี คะแนนค่าเฉลี่ย 3.40 – 4.19, มีระดับความพึงพอใจในระดับปานกลาง คะแนนค่าเฉลี่ย 2.60 – 3.39, มีระดับความพึงพอใจในระดับไม่ดี คะแนนค่าเฉลี่ย 1.80 – 2.59, มีระดับความพึงพอใจในระดับที่ไม่ดี คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.79

2. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อเกิดผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ออก แบบสร้างข้อคำถามตามกรอบแนวคิดการวิจัย ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ การแปลผลโดยแบ่งช่วงวิธีการหาความกว้างของอันตรภาคชั้น โดยมีเกณฑ์ระดับของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3 ระดับดังนี้ มีระดับการปฏิบัติในระดับดี คะแนนค่าเฉลี่ย 2.33 – 3.00, มีระดับการปฏิบัติในระดับปานกลาง คะแนนค่าเฉลี่ย 1.66 – 2.32, ระดับการปฏิบัติในระดับต่ำ คะแนนค่าเฉลี่ย 0.99 – 1.65

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) ให้เห็นชอบในด้านของความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความเหมาะสมทางภาษา (Wording) แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และหาค่าความสอดคล้อง โดยการหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of-objective congruence : IOC) เพื่อความสมบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ประยุกต์ใช้แนวคิด 3C-PDSA แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ระยะที่ 1 การวิจัย (Research) โดยใช้หลัก 3C (Concepts, Context, Criteria) ทำการศึกษาบริบท สภาพปัญหา และสถานการณ์ในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลคำม่วง ศึกษาโดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

2. ระยะที่ 2 การพัฒนา (Development) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวงล้อคุณภาพ PDSA (Plan-Do-Study-Act) กำหนดการศึกษาอยู่ 4 ขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ทำการศึกษาโดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาล คัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีอยู่เดิมมาประเมินความเหมาะสมโดยอ้างอิงผลการศึกษาสภาพปัญหาจากการศึกษาในระยะที่ 1 การวิจัย (Research) จัดทำกลุ่มระดมสมองในแต่ละขั้นตอน (Brain Storming) แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเดิมให้มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล

2.2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (DO) ดังนี้

1) นำประเด็นพัฒนาจากขั้นตอนการวางแผน (Plan) และการระดมสมองของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงาน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

2) มาสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นพัฒนาสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลคำม่วง คัดเลือกงานวิจัยประเภท Systematic review หรือ Meta analysis, งานวิจัยประเภท Cohort study, งานวิจัยประเภท Guideline, Clinical review หรือ Expert opinion

3) นำสาระสำคัญที่ได้มาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ แนวการปฏิบัติทางการพยาบาล และการประเมินการดูแลผู้ป่วยเจ็บหน้าอก ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและมีความเชียวชาญทางด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 3 ท่าน และดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.3 ขั้นตอนที่ 3 เรียนรู้ประเมินผล (Study) ดำเนินการติดตาม ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

2.4 ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงในประเด็นที่ผลลัพธ์ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย (Act) และนำไปสู่การปรับปรุงและปฏิบัติเพื่อเฝ้าดูผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอีกวงรอบหรือจนกว่าผลลัพธ์จะได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ จากนั้นนำผลการพัฒนาแนวปฏิบัตินี้ไปถอดบทเรียนและสรุปต่อไป

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิจัย (Research) โดยใช้หลัก 3C (Concepts, Context, Criteria) ผลการศึกษาบริบท สภาพปัญหา และสถานการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลคำม่วงด้วยวิธีการทบทวนเวชระเบียน ปี 2562 – 2564 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลคำม่วงเป็นเพศชาย ร้อยละ 62.22 มีอายุเฉลี่ยที่ 62.36± 14.64 ปี เป็นผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลทุ่งคลองร้อยละ 23.81 มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงร้อยละ 39.41 โรคเบาหวานร่วมกันกับโรคความดันโลหิตสูง 11.08 และไม่มีโรคประจำตัว 10.79 พบอัตราเสียชีวิตอยู่ที่ 15.38 จากจำนวนผู้ป่วยที่กล่าวมาพบว่ามีอัตราการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่ถึงร้อยละ 50 ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลาอยู่ที่ร้อยละ 42 และปัญหาสำคัญที่เป็นบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลคำม่วงคือไม่มีแพทย์เฉพาะทางและระยะห่างจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ถึง 84 กิโลเมตร ระยะห่างจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น 158 กิโลเมตร ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกจึงมีความจำเป็นมากตามสภาพปัญหาเมื่อมีผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลคำม่วงนั้น พบว่ายังไม่มีแบบบันทึกผู้ป่วย ACS โดยเฉพาะยังไม่มีแนวทางการคัดกรองอย่างเป็นรูปธรรม พยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินและนิติเวชเองยังขาดองค์ความรู้ความเข้าใจในการประเมินการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล คำม่วง ด้วยอาการที่ไม่เด่นชัด (Atypical chest pain) ซึ่งมีผลต่อมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ดังนั้นเมื่อพิจารณาตามหลัก 3C (Concepts, Context, Criteria) พบปัญหาสำคัญที่มีความจำเป็นต้องนำสู่การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนา (Development) คือ 1) การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ระยะที่ 2 การพัฒนา (Development) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวงล้อคุณภาพ PDSA (Plan-Do-Study-Act) ได้พัฒนาและปรับปรุง 3 วงรอบ ระยะเวลา ปี 2564 -2566 ซึ่งมีผลการพัฒนาดังนี้

<u>วงรอบที่ 1</u> นำประเด็นพัฒนาจากระยะที่ 1 มาสร้างแบบคัดกรองผู้ป่วย ทำการพัฒนาโดยผู้วิจัยได้ค้นหาแบบการคัดกรองเดิมที่เคยมีพยาบาลวิชาชีพประจำงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ได้ออกแบบไว้เมื่อปี พ.ศ. 2555 แต่ไม่มีการนำมาใช้ในปัจจุบัน นำมาพัฒนาด้วยวิธีการจัดทำกลุ่มระดมสมอง (Brain Storming) พบว่าแบบคัดกรองมีความยากเมื่อคัดกรองผู้ป่วยเสร็จแล้วไม่สามารถใช้ต่อได้เนื่องจากเป็นการดัดแปลงมาจากโรงพยาบาลศูนย์ที่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่เป็นปัจจุบันและไม่มีการคำนึงถึงผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยา SK ตามบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีความเสี่ยง ผู้วิจัยนำประเด็นดังกล่าวมาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงได้พัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขึ้นมาโดยมีการวัดผลของแบบคัดกรองนี้คือ Door to EKG และรายงานแพทย์ต้องใช้เวลาน้อยกว่า 10 นาที ซึ่งแบบคัดกรองที่ออกแบบเพื่อทดลองใช้ แบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกโรงพยาบาลคำม่วง Version 1

ผลการคัดกรองพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสามารถรายงานแพทย์และตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าทันภายใน 10 นาที (Door to EKG<10 นาที)

เท่ากับร้อยละ 77.14 (27/35) ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55±0.78 ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีการปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 64.97 เมื่อมีปัญหาที่ทำให้ผลลัพธ์ทั้งด้านผู้ป่วยและด้านการปฏิบัติของพยาบาลที่ไม่เป็นที่น่าพอใจดังกล่าว จึงได้มีการใช้กระบวนการคุณภาพทางการพยาบาล คือ การทบทวนการให้ความรู้ทางวิชาการ โดยได้นำแบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกโรงพยาบาลคำม่วง Version 1 มาทบทวนร่วมกับผู้ปฏิบัติงานและทำการติดตามพบการปฏิบัติตามเพิ่มมากขึ้น 70.77 และพบข้อเสนอแนะที่เป็นประเด็นพัฒนาเพื่อนำเข้ากระบวนการ PDSA อีกวงรอบคือ 1) อยากให้มีการพัฒนาแบบคัดกรองให้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2) เพิ่มรายละเอียดการคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วย Typical chest pain ในแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วงรอบที่ 2 หลังจากได้ทดลองใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจึงได้พัฒนาต่อตามประเด็นของวงรอบที่ 1 จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติโดยวิธีการกลุ่มระดมสมองอีกครั้งและปรับปรุงแบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก โดยแบบคัดกรองครอบคลุมผู้ป่วยใน 2 ส่วน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาด้วย Atypical chest pain และ ผู้ป่วยที่มาด้วย Typical chest pain โดยวัดผลของแบบคัดกรองนี้คือ Door to EKG และรายงานแพทย์ต้องใช้เวลาน้อยกว่า 10 นาทีซึ่งแบบคัดกรองที่ออกแบบเพื่อทดลองใช้ แบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกโรงพยาบาลคำม่วง Version 2 พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสามารถรายงานแพทย์และตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าทันภายใน 10 นาที (Door to EKG<10 นาที) เท่ากับร้อยละ 97 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.67±0.11 จึงได้มีการพัฒนาต่อในวงรอบที่ 3 คือการพัฒนาแบบคัดกรองสู่แนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วงรอบที่ 3 หลังจากได้มีการทดลองใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกโรงพยาบาลคำม่วง Version 2 ได้ผลที่เป็นที่น่าพอใจทั้งด้านผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางด้านพยาบาล จึงได้พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติด้วยกระบวนการ PDSA อีกครั้งเกิดเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังภาพประกอบที่ 1

ผลการศึกษาการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการที่โรงพยาบาลคำม่วง จำนวน 90 ราย พบว่า ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนา (n=84)	หลังการพัฒนา (n=90)
1.Door to EKG (นาที)	9.60±0.65	5.58±0.83
2. EKG Diagnosis to Needle time (นาที)	42.80±2.24	21.83±1.78
3.อัตราความครอบคลุมในการคัดกรองผู้ป่วย ACS	88 (74/84)	98(88/90)
4.อัตราผู้ป่วย ACS มีการวินิจฉัยโรคผิดพลาด/ล่าช้า	5.66	0
5.อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย ACS ในโรงพยาบาลคำม่วง	15.38	3.77

ส่วนลัพธ์ทางการพยาบาลพบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีรายละเอียดที่เข้าใจง่ายและจุดคัดกรองมีการนำแนวทางติดไว้ที่โต๊ะซักประวัติสะดวกต่อการปฏิบัติ ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีมาก ค่า

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.83±0.21 ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีการปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 98.25

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาล คำม่วง มีหัวใจหลักสำคัญอยู่ 2 กระบวนการคือ 1) การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการระดมสมอง แสดงความคิดเห็น ร่วมวิเคราะห์ ร่วมสร้างเครื่องมือ เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ใช้เครื่องมือในการคัดกรองหากพยาบาลไม่ใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นก็จะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรอนงค์ ช่วยณรงค์ ที่กล่าวว่าแนวทางที่มีการพัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติจริงทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการใช้งานของแนวทางนั้น[12] 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักกระบวนการคุณภาพเข้ามาโดยใช้หลัก 3C-PDSA เข้ามาใช้โดยเริ่มจาก 3C (Concepts, Context, Criteria) ทำให้ทราบสภาพปัญหา บริบทที่เฉพาะของโรงพยาบาลคำม่วง แนวปฏิบัติที่มีอยู่เดิมหรือแม้แต่เกณฑ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความเฉพาะของโรคและความเฉพาะของพื้นที่โรงพยาบาลคำม่วง เมื่อใช้กระบวน 3C จะทำให้ทราบประเด็นสำคัญที่มีความเฉพาะเหมาะสมนำสู่ขั้นตอนการพัฒนาด้วยการใช้กระบวนการ PDSA ได้แก่ Plan: นำผลประเด็นสำคัญจาก 3C และแนวทางเดิมมาใช้วางแผนด้วยกระบวนการระดมสมอง เสนอแนะแนวทาง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน DO: สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตลอดจนวิชาการต่างๆ นำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล Study: ติดตามเรียนรู้ผลการดำเนินงานโดยแบ่งเป็นด้านการพยาบาล คือประเมินระดับความพึงพอใจและประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยประเมินระยะการส่งตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าและการรายงานแพทย์ภายในเวลา 10 นาที ACT: เมื่อเรียนรู้ผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งก็จะทำการวน PDSA อีกรอบหรือวนไปเรื่อย ๆ จนทำให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ทำการวน 3 วงรอบ PDSA โดย วงรอบที่ 1 เกิดเป็นแบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก Version 1 การพัฒนาวงรอบที่ 2 เกิดเป็นแบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก Version 2 และการพัฒนาวงรอบที่ 3 เกิดเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สุดท้ายของการพัฒนาทำให้พยาบาลที่คัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกสามารถปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกันส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าและการรายงานแพทย์ (Door to EKG) จาก 9.60 นาที ลดลงเหลือ 5.58 นาทีต่อราย ระยะเวลารอคอยการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (EKG to needle time) เดิมใช้เวลา 42.80 นาที ลดลงเหลือ 21.83 นาที การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 88 เป็นร้อยละ 98 อุบัติการณ์วินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า (Missed/ Delayed diagnosis) ลดลงเป็น 0 อัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือ 3.77 จากเดิม 15.38

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นด้วยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) ประยุกต์ใช้แนวคิด 3C-PDSA สามารถใช้งานได้จริงและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย พยาบาลผู้ใช้งานมีความพึงพอใจและระดับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก เกิดจากการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.ควรมีการเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการแปลผลคลื่นหัวใจไฟฟ้าอย่างสม่ำเสมออาจมีการใช้กระบวนการทบทวนความรู้ทางวิชาการหรือจัดอบรมวิชาการประจำปี

2.ส่งเสริมองค์ความรู้ของประชาชนหรือกลุ่มเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้เข้าถึงกระบวนการประเมินและคัดกรองของโรงพยาบาล

ส่งเสริมให้เข้าสู่กระบวนการบริการด้วยระบบแพทย์ฉุกเฉิน (1669)

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งสำเร็จลุลวงได้จากการสนับสนุนจากนายแพทย์ธนธร กานตอาภา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำม่วง คุณประวีณา ปรีดี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล อาจารย์ ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่แนะนำและเป็นที่ปรึกษาจนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และพยาบาลวิชาชีพประจำงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ประจำงานสารสนเทศทางการแพทย์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็น ขอขอบพระคุณผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณวัตร สันประโคน. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : ความท้าทายของการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2562; 14(1) : 43-51.

2.American College of Cardiology Foundation. Statistic of Cardiovascular disease. American Heart Association 2007.

3.สถาบนวิจัยโภชนาการ มหาวทยาลยมหดล (2552) “ ร่างแผนยุทศาสตร์ดีวิถีชีวิตไทย (Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan) พ.ศ. 2550 – 2559 ” สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.

4.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 (Public Health Statistics A.D. 2021). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

5.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 (Public Health Statistics A.D. 2021). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

6.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโรคหัวใจโดยการจัดการความรู้. วารสารพยาบาลโรคและทรวงอก 2013; 24: 84-95.

7.Health car financing review: Medicare and Medicaid statistical supplement. Health Care Financing Administration Baltimore 1998.

8.ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลคำม่วง. รายงานการประเมินตนเอง SAR. โรงพยาบาลคำม่วง 2565.

9.งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โนงพยาบาลคำม่วง. รายงานการประเมินตอนเองตามตัวชี้วัดผลลัพธ์ขององค์กร. โรงพยาบาลคำม่วง 2565.

10. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารรสุข. เกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริบาลผู้ป่วยฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด พ.ศ.2556.พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

11. ขวัญใจ ศุกรนันทน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสาคาม. วารสารวิชาการสาธารรสุขชุมชน 2019; 6: 136-148.

12. อรอนงค์ ช่วยณรงค์ และดาราวรรณ รองเมือง. การพัฒนาแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยเจ็บแน่น-แน่นหน้าอกหรือใต้ลิ้นปี่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลระนอง. วารสารกองการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561; 36(3): 187-96.

การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

THE DEVELOPMENT OF HYPOGLYCEMIA MANAGEMENT MODEL FOR IN-PATIENT CARE OF NURSE IN KHMMUANG HOSPITAL.

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

จันทร์เพ็ญ สีเครือดง[1]
Chanpen Seekrauedong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยเบาหวาน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 24 คน ทำการพัฒนาแนวทาง 2 วงรอบและทำการสรุปถอดบทเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ 1) แบบประเมินความพึงพอใจของแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่าสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.44 เป็นผู้สูงอายุ 66.42±10.76 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำร้อยละ 79.01 รุนแรงร้อยละ 20.98 ผลการทบทวนแนวปฏิบัติเดิมพบว่า มีอุบัติการณ์ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงร้อยละ 50.00 และผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำร้อยละ 39.84 น้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงจนหมดสติต้องได้รับการช่วยเหลือทันที ร้อยละ 11.63 วันนอนรักษาตัวเฉลี่ยเท่ากับ 5.7 วัน กลับเข้ามารักษาซ้ำอยู่ร้อยละ 10.94 หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2 วงรอบและทดลองใช้ ด้านการพยาบาล มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.62±0.05 มีการปฏิบัติได้ทุกครั้งมากกว่าร้อยละ 91.71 ด้านผู้ป่วยไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่พบอัตราการเสียชีวิต วันนอนรักษาตัวลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 3.2 วัน

คำสำคัญ: แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล, ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, ผู้ป่วยใน

Abstract

This research was research and development. The objective is to study the development of a management model for hypoglycemia. Diabetic patients Inpatient nursing work Kham Muang Hospital Kalasin Province. Sample size were 24 professional nurses. The research follows a two-cycle approach, with lessons drawn from the study. The tools used for data collection include 1) the Medical Practice Satisfaction Assessment and 2) the Nursing Practice Compliance Assessment. Data analysis will involve frequency distribution, percentage, average, and standard deviations.

The results found that 62.44 % of diabetics were female and had an average age of 66.42±10.76 years. Among them, 79.01% had severe hypoglycemia, while 20.98 percent experienced milder forms. In the same study, 50.00% of participants encountered severe hypoglycemia, and 39% had repeated hypoglycemic episodes. Additionally, 11.63% of individuals with low blood sugar required immediate assistance, and the average sleep time for 10.94% of participants was 5.7 days. After two rounds of clinical practice and trials, the average score increased to 4.62±0.05%, representing more than a 91% improvement compared to the initial average. Notably, in patients without complications and with no reported mortality, the average length of stay (LOS) decreased by 3.2 days.

Keywords: Nursing practice, Hypoglycemia, Inpatient Care

[1] งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำม่วง

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกาย ผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ หรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยารักษาอินซูลินหรือกระตุ้นอินซูลิน หากมีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือถูกต้อง รวมถึงมีการรับประทานหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป[1] ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำม่วง พบข้อมูลการเข้ารักษาตัวด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงและยังคงเป็นปัญหาสำคัญ พบว่าภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญ ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยทั่วไปแล้วการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำควรมีการแก้ไข มีกระบวนการทางการพยาบาลที่มีความเฉพาะและรวดเร็ว เพื่อให้น้ำตาลในเลือดอยู่ในภาวะที่เหมาะสม[2] แต่บางครั้งปัญหาทางการพยาบาลเมื่อมีการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นคือเกิดภาวะน้ำตาลสูงตามมา หากมีวิธีการจัดการที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น[3] เกิดค่าใช้จ่ายในกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และอัตราตายเพิ่มขึ้นทั้งขณะทำการรักษาและหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน[4] รวมทั้งเกิดปัญหาภาระงานในกระบวนการทางการพยาบาลที่มากขึ้นและความพึงพอใจในการรักษาลดลง

เป้าหมายสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นวิธีการควบคุมอาหาร การให้ออกกำลังกาย รวมทั้งการรับประทานยาที่เหมาะสม เป็นแนวทางที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน[5] เพื่อลดภาวะฉุกเฉินจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Restricted Glycemic Control) ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่มีอาการรุนแรงอาจมีอาการถึงขั้น หมดสติ ชัก หรือเสียชีวิตได้ หากได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ไม่ทันท่วงที[6] การทำงานของสมองบกพร่อง หรือแม้แต่เกิดพยาธิสภาพที่หัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้[7] นอกจากนี้ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ยังเป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญในการจัดการผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพในเชิงของการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนระยะยาวที่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดเสื่อมลง เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Retinopathy) โรคไตจากภาวะเบาหวาน (Diabetic nephropathy) และโรคประสาทจากโรคเบาหวาน (Neuropath) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับเล็กน้อยถึงปานกลางคือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 มก/ดล. จะมีอาการเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ส่วนน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงผู้ป่วยจะมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มก./ดล. ระดับการรู้สึกตัวจะลดลงต้องมีการพยาบาลที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที[8]

จากปัญหาที่ผู้วิจัยกล่าวมาเบื้องต้น ทำให้โรงพยาบาลคำม่วงตระหนักถึงปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน จึงได้มีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับผู้ป่วยเบาหวานงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งกำหนดบทบาทเป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพโดยมีผู้วิจัยเป็นหลัก เนื่องจากแนวทางเดิมยังขาดรายละเอียดที่สำคัญ รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติโดยเฉพาะทางการพยาบาล ผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

งานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีแนวทาง มีรูปแบบการจัดการที่ถูกต้องเหมาะสม และเป็นมาตรฐานเป็นทิศทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร ส่งผลให้เกิดกระบวนการจัดการที่มีความปลอดภัย ผู้ป่วยได้รับกระบวนการดูแลที่เหมาะสม รวดเร็วตามบริบทของโรงพยาบาลคำม่วง ลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ งานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยเบาหวานงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยเบาหวานงานการผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในประเด็นที่สำคัญ คือ การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความมุ่งหมายศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทบทวนแนวทางการดูแล ตลอดจนปรับปรุงแนวทางการดูแล ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของงานการพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำการศึกษาเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำม่วง มีประสบการณ์การทำงาน 6 เดือนขึ้นไป เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย จำนวน 24 คน 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือด จำนวน 15 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อที่ผู้ป่วยต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในครั้งมีอยู่ 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลของแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แผนกผู้ป่วยใน แบบสอบรวม 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งเป็นคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยผู้เลือกตอบคำถามเพียงข้อเดียวที่คิดว่าตรงกับความคิดเห็นตนเองมากที่สุด การแปลผลโดยแบ่งช่วงวิธีการหาความกว้างของอันตรภาคชั้น ตามหลักของ Best[9] โดยมีเกณฑ์ระดับความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

ระดับดีมาก คะแนนค่าเฉลี่ย 4.20 – 5.00
ระดับดี คะแนนค่าเฉลี่ย 3.40 – 4.19
ระดับปานกลาง คะแนนค่าเฉลี่ย 2.60 – 3.39
ระดับไม่ดี คะแนนค่าเฉลี่ย 1.80 – 2.59
ระดับที่แย่ คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.79

2. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อเกิดผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ออกแบบสร้างข้อคำถามตามกรอบแนวคิดการวิจัย ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ การแปลผลโดยแบ่งช่วงวิธีการหาความกว้างของอันตรภาคชั้น โดยมีเกณฑ์ระดับของการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แผนกผู้ป่วยใน 3 ระดับดังนี้

ระดับดี คะแนนค่าเฉลี่ย 2.33 – 3.00

ระดับปานกลาง คะแนนค่าเฉลี่ย 1.66 – 2.32

ระดับต่ำ คะแนนค่าเฉลี่ย 0.99 – 1.65

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) ให้เห็นชอบในด้านของความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความเหมาะสมทางภาษา (Wording) แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และหาค่าความสอดคล้อง โดยการหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of-objective congruence : IOC) เพื่อความสมบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในประเด็นที่สำคัญ คือ การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบของการวิจัยเป็นการ วิจัยและพัฒนา (Research & Development) แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดการศึกษาดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สังเคราะห์สภาพปัญหาและทบทวนแนวทาง (Research : R) การศึกษาในระยะนี้ทำการศึกษาในประเด็นที่สำคัญคือวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จึงได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยทำการศึกษาประเด็นที่สำคัญดังนี้ สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยใน รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยทำการทบทวนแนวปฏิบัติเดิมที่มีอยู่ในโรงพยาบาลคำม่วง นำประเด็นที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาเป็นประเด็นในการพัฒนาหาวิธีการแก้ไขโดยมาสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นพัฒนาสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลคำม่วง คัดเลือกงานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยประเภท Systematic review หรือ Meta analysis จำนวน 2 เรื่อง, งานวิจัยประเภท Cohort study จำนวน 3 เรื่อง, งานวิจัยประเภท Guideline, Clinical review หรือ Expert opinion จำนวน 5 เรื่อง

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำม่วง (Development: D) ดำเนินการศึกษา 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาเป็นแนวทางกำหนดขอบเขตของปัญหา วัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย สรุปการจัดการปัญหาจากการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ นำเอาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไปนำร่อง/ ทดลอง

ปฏิบัติ โดยเอาแนวทางที่ได้จากการกำหนดในขั้นตอนที่ 1 ไปใช้ในงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำม่วง

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแผนกผู้ป่วยใน ด้านการพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวทาง ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก (ภาวะแทรกซ้อน/อัตราการเสียชีวิต) ผลลัพธ์ระยะเวลาในการรักษา

ขั้นตอนที่ 4 สรุปถอดบทเรียน รูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยกำหนดเป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับผู้ป่วยเบาหวานงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สังเคราะห์สภาพปัญหาและทบทวนแนวทาง (Research : R)

1.1 สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผลการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลคำม่วงปี พ.ศ. 2563 – 2566 จำนวน 197 คน ด้วยวิธีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคำม่วงด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.44 และเป็นผู้สูงอายุ โดยมีอายุเฉลี่ย 66.42±10.76 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 84.10 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.74 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 86.22 และส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 59.34 สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วยพบว่า ส่วนมากเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 60.87 การรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบันรักษาด้วยยากินร้อยละ 51.76 รักษาโรคเบาหวานด้วยยาฉีดร้อยละ 48.24 โดยมีโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 68.88 ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำอยู่ในช่วง 40-70 มก./ดล. ร้อยละ 79.01 และ 1 ใน 4 มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงร้อยละ 20.98 (ต่ำกว่า 40 มก./ดล.)

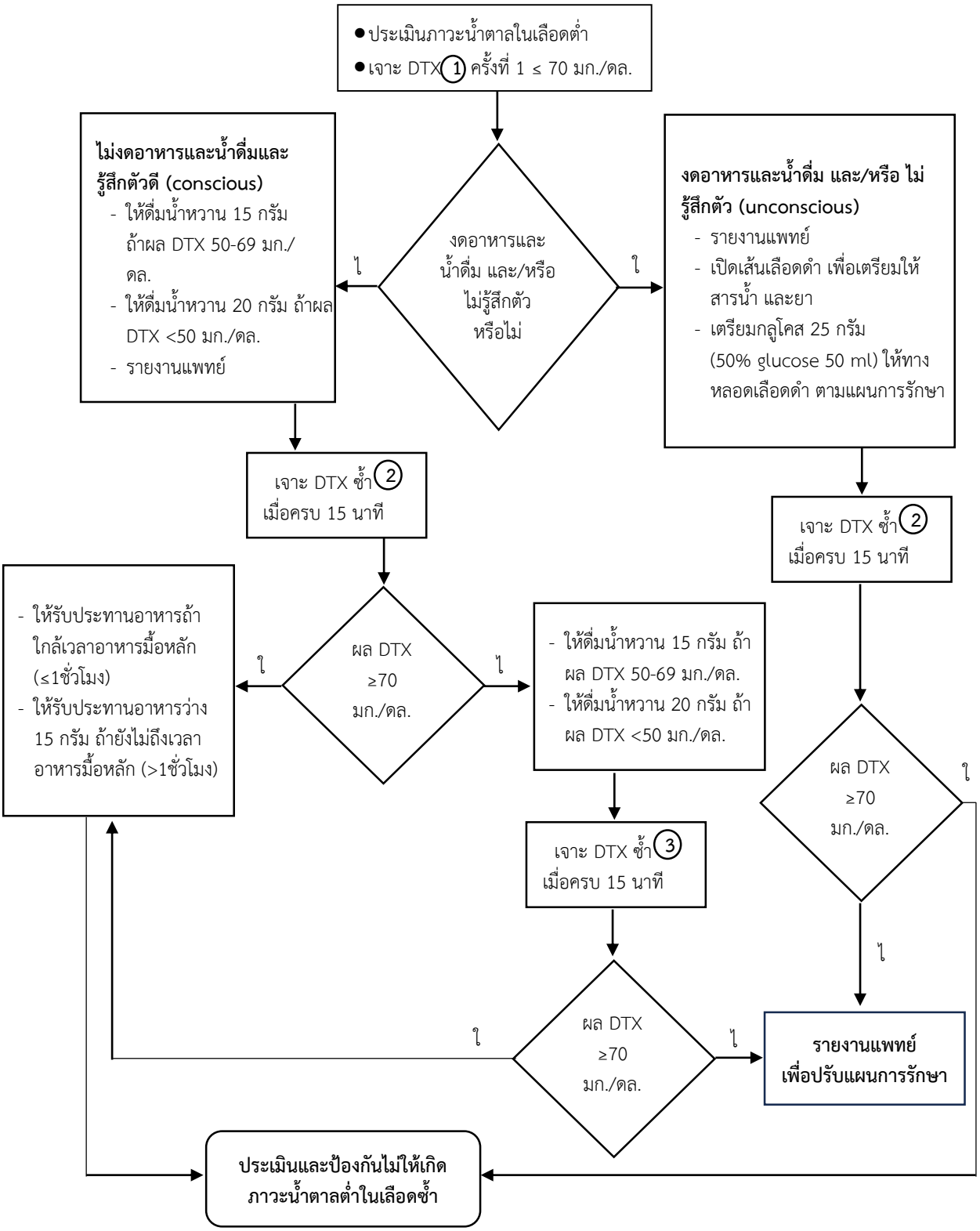
1.2 ทบทวนแนวทางเดิมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ส่วนผลการทบทวนแนวทางการรักษาพบว่างานการพยาบาลผู้ป่วยในพบปัญหาที่สำคัญที่เป็นผลลัพธ์จากแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเดิมอยู่ 3 ประการ คือ 1) มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำร้อยละ 49.25 และมีอุบัติการณ์ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงร้อยละ 50.00 และระหว่างที่ทำการรักษาพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำจำนวน 1 ครั้ง จนถึง 3 ครั้ง ร้อยละ 39.84 เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงจนหมดสติต้องได้รับการช่วยเหลือทันที ร้อยละ 11.63 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเฉลี่ยมีวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลคำม่วงเท่ากับ 5.7 วัน 3) มีการกลับเข้ามารักษาซ้ำอยู่ร้อยละ 10.94

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำม่วง (Development: D)

2.1 กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

จากผลการทบทวนแนวทางการปฏิบัติเดิมที่งานผู้ป่วยในมีนั้นพบว่ายังมีความสับสนของแนวทางและขาดการทำให้เป็นปัจจุบันที่มีความเหมาะสม ทางผู้วิจัยเมื่อมีการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นพัฒนาสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลคำม่วง สรุปได้เป็น 2 ประเด็นที่จะกำหนดเป็นแนวทางดังนี้ คือ 1) ประเมินอาการแสดงของโรคภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) และการตรวจค่าน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (DTX) 2) ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารและระดับรู้สึกตัว (Level of conscious) (ภาพประกอบที่ 1)



ภาพประกอบที่ 1 แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แผนกผู้ป่วยใน

2.2 ดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2.3 ประเมินผลลัพธ์ของแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

การประเมินผลลัพธ์ของแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ประเมินออกมาใน 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพยาบาล คือ การประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.62$\pm$0.05 ส่วนการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ พบว่ามีการปฏิบัติได้ทุกครั้งมากกว่าร้อยละ 91.71 โดยเรื่องที่ยังมีการปฏิบัติน้อย คือ การประเมินและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ และการเจาะค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้วซ้ำครั้งที่ 3 ภายใน 15 นาที 2) ด้านผู้ป่วย คือ การประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต พบว่าไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนพักรักษาตัวในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำม่วงหลังจากที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และไม่พบอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่พักรักษาตัวงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำม่วง พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำจำนวน 1 ครั้ง แต่อาการไม่รุนแรงและสามารถให้การพยาบาลที่ทันเวลา และพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลคำม่วงลดลงเฉลี่ยมีเท่ากับ 3.2 วัน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การจัดการผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่ถูกกล่าวถึงเป็นลำดับต้นๆ ของงานการพยาบาลผู้ป่วยในมาตลอด งานการพยาบาลผู้ป่วยในจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการทางการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงสำคัญนี้ในหน่วยงานให้ลดลง ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่เป็นที่น่าพอใจของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งรูปแบบการพัฒนาได้มีการศึกษาความจำเพาะของปัญหาโดยการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่มารักษาที่โรงพยาบาลคำม่วงย้อนหลัง 3 ปี ด้วยวิธีการทบทวนเวชระเบียนทำให้ได้ข้อมูลที่นำมาสู่การทบทวนแนวปฏิบัติที่มีอยู่ ซึ่งแสดงให้เห็นผลที่ชัดเจนในเรื่องกระบวนการทางการพยาบาลที่ไม่เป็นปัจจุบันและไม่ชัดเจน ส่งผลกระทบผู้ป่วยในเรื่องการรักษาตัวที่นาน การที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย รวมทั้งประเด็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเดิมใช้วิธีการทบทวนเอกสารทางวิชาการอย่างเดียวโดยขาดการประเมินการมีส่วนร่วม[10] และประเมินการปฏิบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีอยู่เดิมแต่ผลลัพธ์การปฏิบัติที่ผลลัพธ์ที่เป็นที่น่าพอใจ สามารถประยุกต์ใช้วิธีการที่มีหลักการพัฒนาที่ชัดเจน 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อให้ทราบสาเหตุที่เป็นรากที่แท้จริงของปัญหาเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่ตรงกับสาเหตุ 2) ทบทวนแนวทางการดูแลเดิมในกรณีที่มีแนวทางนั้นอยู่แล้ว และให้ทราบว่าสาเหตุที่แท้จริงได้มีการนำมาแก้ไขและระบุลงในแนวปฏิบัตินั้นหรือไม่ สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นพัฒนาสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลคำม่วง โดยเป็นงานวิจัยประเภท Systematic review หรือ Meta analysis, งานวิจัยประเภท Cohort study, งานวิจัยประเภท Guideline, Clinical review หรือ Expert opinion เป็นต้น 3) กำหนดแนวทาง โดยขั้นตอนนี้จะได้ประเด็นในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่มีความชัดเจน กำหนดเป็นประเด็นที่ยังขาดจากแนวทางเดิมและจำเป็นต้องมี เนื่องจากเป็นการแก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทที่ศึกษาได้จากการศึกษาสถานการณ์ 4) ดำเนินการตามแนว

ปฏิบัติที่มีการพัฒนาขึ้น ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องเอาผู้ที่มีส่วนสำคัญในการใช้แนวปฏิบัตินี้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา 5) การประเมินผลแนวทางต้องมีการประเมินใน 2 มิติที่สำคัญคือ การประเมินทางด้านการพยาบาลและประเมินผลทางด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย 6) ปรับปรุง ขั้นตอนนี้จะได้ประเด็นจากแนวปฏิบัติที่มีผลทำให้ผลลัพธ์ไม่ดีและนำเอาประเด็นนั้นไปเพิ่มในแนวปฏิบัติ เป็นกระบวนการ PDCA อีกรอบในประเด็นนั้น 7) สรุปถอดบทเรียน เพื่อกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันทั้งพยาบาลฝ่ายบริหาร พยาบาลที่เป็นผู้ปฏิบัติและสหสาขาวิชาชีพ[11]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.ควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติที่เป็นเชิงป้องกันของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่สร้างกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในระดับพื้นที่

2.ควรมีการกำหนดการทบทวนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้เกิดความทันสมัย และเป็นระบบ แล้วนำมาปรับใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

3.ควรมีการศึกษาประเด็นการพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีการคำนึงถึงประเด็นทางด้านเศรษฐศาสตร์ไปด้วย

การนำไปใช้ด้านการพยาบาล

การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยเบาหวานมักจะมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง เมื่อเกิดภาวะดังกล่าวแล้วไม่ได้เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำส่วนมากผู้ป่วยหรือญาติจะใช้วิธีการหาน้ำหวานมาดื่ม บางครั้งมีการดื่มน้ำหวานมากเกินความจำเป็นและเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงตามมา ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพสามารถนำเอาแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ นำไปสื่อสารทำความเข้าใจให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ในการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำด้วยตนเองหรือญาติตามแนวทางปฏิบัตินี้ได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งสำเร็จลุลวงได้จากการสนับสนุนจากนายแพทย์ธนธร กานตอาภา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำม่วง คุณประวีณา ปรีดี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่แนะนำและเป็นที่ปรึกษาจนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และพยาบาลวิชาชีพประจำงานการพยาบาลผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่ประจำงานสารสนเทศทางการแพทย์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็น ขอขอบพระคุณผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.วราลี อภินิเวศ. การศึกษาสาเหตุของภาวะน้ำตาลต่ำ ณ ห้องฉุกเฉิน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช. แพทยสารทหารอากาศ 2551; 54: 1-10.

2.ศิริมา มณีโรจน์, ธนัชพร ลาภจุติ และกัญจนา ปุกคำ. การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560; 27(2): 126-139.

3.Curkendall SM, Natoli JL, Alexander CM, Nathanson BH, Haidar T, Dubois RW. Economic and Clinical impact of inpatient diabetic hypoglycemia. EndocrPract.2009; 15(4):302-12.

4.Turchin A, Matheny ME, Shubina M, Scalon JV, Greenwood B, Pendergrass ML. Hypoglycemia and clinical outcomes in patients with diabetes hospitalized in the general ward. Diabetes Care.2009;32(7):1153-7.

5.สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023). พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.

6.เสาวภา บุญมั่ง, ทวีศักดิ์ กสิผล, รัชนี นามจันทรา และปิ่นหทัย สุเมธาพร. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2556; 9(2): 1-14.

7.Zoungas S, Patel A, Chalmes J, de Galan BE, Li Q, Billot L, et al. for the ADVANCE Collaborative Group. Severe hypoglycemia and risk of vascular event and death. N Engl J MED 2010; 363:1410-8.

8.Briscoe, V. J., & Stephen, N. D. Hypoglycemia in type 1 and type 2 diabetes: Physiology, pathophysiology, and management. Clinical Diabetes, 2006; 24(3):115-121.

9.ขวัญใจ ศุกรนันทน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในมหาวิทยาลัยมหาสาคาม. วารสารวิชาการสาธารรสุขชุมชน 2019; 6: 136-148.

10.รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (หลักการและระเบียบวิธีวิจัย). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร, โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2556.

11. อรอนงค์ ช่วยณรงค์ และดาราวรรณ รองเมือง. การพัฒนาแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยเจ็บแน่น-แน่นหน้าอกหรือใต้ลิ้นปี่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลระนอง. วารสารกองการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561; 36(3): 187-96.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Factors related to the sleep quality of elderly individuals in Pho Yai Sub District, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

ธวัชชัย แสวงหา[1] กิตติ เหลาสุภาพ[2]
Thawatchai Sawaengha[1], Kitti Laosupap[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 173 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportionated stratified random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานใช้ Chi-square test ในกรณีไม่เป็นไปตามเงื่อนไขจะใช้ Fishers' exact test แทน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.1 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี โรคประจำตัว ประวัติการป่วยเป็นโรคทางจิตเวชของคนในครอบครัว คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ เวลาในการเข้านอนจนหลับไป และจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ในแต่ละคืน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research aimed to investigate the quality of sleep and its related factors among elderly individuals in Pho Yai Subdistrict, Warin Chamrab District, Ubon Ratchathani Province, Thailand, with a sample size of 173 participants selected using proportionated stratified random sampling. Data were collected through interviews and analyzed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, standard deviations, and inferential statistics. Chi-square test was employed for statistical inference, while Fishers' exact test was used when conditions were not met.

The result revealed that 34.1% of the sample had poor sleep quality, which correlated significantly with chronic diseases, family history of mental illness, physical health, mental well-being, bedtime, and hours of sleep per night ($p < 0.05$).

Keywords: Sleep quality, factors related to sleep, elderly individuals

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในต้นสหัสวรรษนี้ ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้น[1] เนื่องมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและคนมีอายุยืนยาวขึ้น ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปีพ.ศ. 2563 มีประชากรรวมทั้งหมด 7,795 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,050 ล้านคน หรือร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด[2] ผู้สูงอายุตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมานั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] ปร.ด.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, Corresponding author Email: kitti.l@ubu.ac.th

2566 จำนวนประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี มีจำนวนมากเกือบร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดและคาดว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 และกลายเป็นผู้สูงอย่างยิ่งยวดในอีกทศวรรษต่อมา[3]

สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม ซึ่งผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อม การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีประสิทธิภาพลดน้อยลง ความคิดและการตัดสินใจช้าลง การรับรู้การแสดงปฏิกิริยาช้าลง ความจำลดลง มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น และรวมไปถึงคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุก็จะลดลงตามไปด้วย[4] การนอนหลับในผู้สูงอายุที่ไม่ดีพบความชุกในประชากรทั่วโลกร้อยละ 30-35 และพบในวัยผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีถึงร้อยละ 50 จากการสำรวจของมูลนิธิการนอนหลับแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี พบได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น อายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 32.1 และอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปพบถึงร้อยละ 52.53[5] โดยพบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงของระยะเวลาในวงจรการนอนหลับ เช่น ผู้สูงอายุเกิดการนอนหลับยาก ตื่นนอนตอนกลางคืนหลายครั้งถึง ร้อยละ 39 เมื่อเทียบกับวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่[6] ข้อมูลในระบบ Aging health data ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ 2562 ซึ่งได้จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนและสถานบริการสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการด้านการนอนหลับผิดปกติจำนวน 13,347 ราย จากการคัดกรองทั้งหมด 142,633 ราย ร้อยละ 9.36[7] จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ปัญหาการเกิดคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมักพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอมีผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาวมากมาย ผลกระทบระยะสั้น ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานและความตื่นตัวลดลง ความจำและการรู้คิดบกพร่อง จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและปัญหาคุณภาพการนอนหลับของ ผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 1,233 คน ร้อยละ 15.68 จากจำนวนประชากรทั้งหมด 7,863 คน[8] และจากการสัมภาษณ์และประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุเบื้องต้น พบว่าผู้สูงอายุมีโน้มเพิ่มขึ้นและจากการบันทึกประวัติในเวชระเบียน พบมีความชุกของภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุร้อยละ 6.2 ซึ่งเชื่อว่าความจำเพาะของบริบทที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาน่าจะทำให้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับมีความแตกต่างและมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับผู้สูงอายุจะเป็นประโยชน์ในแง่ของการประเมิน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านคุณภาพการนอนหลับตลอดจนช่วยส่งเสริมและหาแนวทางป้องกันปัญหาก่อนที่ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ครั้งนี้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ ปี พ.ศ. 2566 ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 1,233 คน **เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)** 1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 3) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย **เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria)** ป่วยเป็นโรคนอนไม่หลับและกำลังรักษาอยู่

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างกรณีประชากรมีขนาดเล็ก ดังนี้

$$\frac{NZ^2_{\alpha/2}[p(1-p)]}{[e^2(N-1)]+[Z^2_{\alpha/2}[p(1-p)]]}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

N = ขนาดจำนวนประชากรทั้งหมด 1,233 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสัมประสิทธิ์ภายใต้โค้งปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น Z (0.05) = 1.96

p = ค่าสัดส่วนของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

ร้อยละ 58.43 (ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ในตำบลหนองแซง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่นของนุสบา ใจซื่อและอภิญญา ธรรมแสง[9] = 0.58

e = ค่าความแม่นยำของการประมาณค่าสัดส่วน มีค่าเท่ากับ 0.07 (ค่าร้อยละ 12 ของค่า p)

$$\boldsymbol{n}\frac{(\mathbf{1233})(\mathbf{1.96^2})[\mathbf{0.58}(\mathbf{1-0.58})]}{[\mathbf{0.07^2}(\mathbf{1233}\text{-}1)]+[1.96^2(\mathbf{0.58})[(1\text{-}0.\mathbf{58})]]}$$

$$\mathrm{n} = 165.48$$

$$\boldsymbol{n} \approx 166$$

สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportionated stratified random sampling) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้น สูตรการคำนวณ

$$\text{จำนวนตัวอย่างตัวอย่างแต่ละระดับชั้น} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างที่ทำการศึกษา} \times \text{จำนวนประชากรแต่ละหมู่บ้าน}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

จากนั้นใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อประชากรผู้สูงอายุที่มีในทะเบียนราษฎร์ของแต่ละหมู่บ้านในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี การศึกษาครั้งนี้ใช้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 173 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว และประวัติการป่วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว เป็นต้น โดยเป็นแบบกำหนดให้ตอบ (Check List)

ส่วนที่ 2 ด้านการเคลื่อนไหวทางกายและวิถีชีวิต ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย และการงีบหลับระหว่างวัน โดยเป็นแบบกำหนดให้ตอบ (Check List)

ส่วนที่ 3 ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า **1) แบบสอบถามข้อมูลสภาวะความเครียด** ผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบความเครียดสวนปรุง 20 ข้อ ของโรงพยาบาลสวนปรุง[10] **2) ภาวะซึมเศร้า** ใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale 15 : TGDS-15) ของ ณหทัย วงศ์ปการันย์[11]

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF)[12]

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสุขนิสัยการนอนหลับ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบสอบถามของ ผาณิตา ชนะมณีและคณะ[13]

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์กฉบับแปลภาษาไทย (Thai version-Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ประกอบด้วยคำถาม 7 องค์ประกอบ[14]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 173 คน โดยผู้วิจัยจะเข้าไปชี้แจงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ใหญ่ ที่รับผิดชอบในพื้นที่เป้าหมายทั้งหมด 18 คน ใน 13 หมู่บ้าน ให้มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบบสอบถาม ตลอดจนการตรวจสอบความสมบูรณ์ หลังจากนั้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ เมื่อตอบเสร็จแล้วรวบรวมส่งไว้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ใหญ่ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปที่เป็น Categorical data รายงานด้วยจำนวน ร้อยละ ข้อมูลที่เป็น Continuous data กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติรายงานด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ รายงานด้วยค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การเปรียบเทียบข้อมูลที่เป็น Categorical data ใช้ Chi-square test ในกรณีไม่เป็นไปตามเงื่อนไขจะใช้ Fishers' exact test แทน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.7 มีอายุระหว่าง 60 – 70 ปี ร้อยละ 64.7 รองลงมา อายุระหว่าง 71 – 80 ปี และอายุ 81 ปีขึ้นไป ร้อยละ 24.9 และ 10.4 ตามลำดับ โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.1 รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 2.9 โดยมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.5 รองลงมาคือหม้าย และโสด ร้อยละ 33.5 และ 5.8 ตามลำดับ ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 47.4 รองลงมา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 43.4 ด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอและไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 40.5 รองลงมาคือมีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ และรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 35.3 และ 24.3 ตามลำดับ ด้านลักษณะครอบครัว พบว่า เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 53.8 โดยเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.7 ซึ่งมีโรคประจำตัวได้แก่ โรคเบาหวาน รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.7 และ 32.0 ตามลำดับ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตของคนในครอบครัว ร้อยละ 97.1 และร้อยละ 2.9 ที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต ได้แก่ โรควิตกกังวล และโรคจิต

2. การเคลื่อนไหวทางกายและวิถีชีวิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องใช้ไม้เท้า ร้อยละ 83.8 รองลงมาคือ เดินได้ด้วยตนเอง โดยใช้ไม้เท้าช่วย ร้อยละ 15.0 และผู้สูงอายุที่รู้สึกง่วงนอน หรืองีบหลับระหว่างวัน 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ มีร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ รู้สึกง่วงนอน หรืองีบหลับระหว่างวัน 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า ร้อยละ 20.2

3. ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้สูงอายุมีความเครียดปานกลาง ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือมีความเครียดต่ำ และความเครียดสูง ร้อยละ 25.4 และ 22.5 ตามลำดับ และภาวะซึมเศร้า ในภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 79.2 รองลงมาเริ่มมีภาวะซึมเศร้าและเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 20.2 และ 0.6 ตามลำดับ

4. ระดับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.7 มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ รองลงมาคือ

คุณภาพชีวิตที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 27.7 และ 0.6 ตามลำดับ จำแนกองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านสุขภาพกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ร้อยละ 83.2 ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ร้อยละ 55.5 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ร้อยละ 62.4 และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ ร้อยละ 71.7

5. สุขนิสัยการนอนหลับ สุขนิสัยการนอนหลับของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีระดับสุขนิสัยการนอนหลับดีมากร้อยละ 55.5 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 44.5 และไม่พบผู้สูงอายุที่มีระดับสุขนิสัยการนอนหลับไม่ดี

6 คุณภาพการนอนหลับ ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ร้อยละ 65.9 และมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 34.1 ตามลำดับ นอกจากนี้ พบเวลาในการเข้านอนจนหลับไป มีเวลาเข้านอนเฉลี่ย 24 นาที โดยมีเวลาในการเข้านอนจนหลับไปช้าที่สุด คือ 120 นาที และเวลาในการเข้านอนเร็วที่สุด คือ 5 นาที ซึ่งผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเข้านอนตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป จำนวน 77 คน ร้อยละ 44.5

ผู้สูงอายุมีจำนวนชั่วโมงนอนหลับได้ในแต่ละคืนเฉลี่ย 7.48 ชั่วโมง โดยมีจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ในแต่ละคืนมากที่สุด คือ 10 ชั่วโมง และจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ในแต่ละคืนน้อยที่สุด คือ 4 ชั่วโมง ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ในแต่ละคืนตั้งแต่ 7 ชั่วโมงขึ้นไป จำนวน 136 คน ร้อยละ 78.6

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆกับคุณภาพการนอนหลับ

ปัจจัย	คุณภาพการนอนหลับ				Chi-square test	p-value
	ดี		ไม่ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	55	31.8	28	22.0	5.31	0.07*
ครอบครัวขยาย	49	28.3	15	8.7		
อื่น ๆ เช่น อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส อยู่กับ พี่และน้อง อยู่วัด	10	5.8	6	3.5		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	52	30.1	16	9.2	5.58	0.02
มี	62	35.8	43	24.9		

*Fisher Exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ความชุกของคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 34.1 เนื่องจากส่วนใหญ่มีความเครียดปานกลาง ร้อยละ 48.6 และคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางๆร้อยละ 71.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ธรรมเจริญ และคณะที่พบความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเท่ากับร้อยละ 38.9[15] ผู้สูงอายุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการชราภาพและเสื่อมถอยของร่างกาย ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทส่วนกลางทำหน้าที่ควบคุมวงจรการนอนหลับในผู้สูงอายุเสื่อมประสิทธิภาพลง จึงทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีการนอนไม่พร้อมกันหรือตื่นระหว่างการนอนส่งผลต่อคุณภาพการนอนของสมาชิกคนอื่นๆ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากวงจรการนอนหลับ (sleep cycle) และโครงสร้างการนอนหลับ (sleep architecture) ที่เปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ กล่าวคือมีการลดลงของระยะหลับลึก (non-rapid eye movement stage 3) และระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement, REM) ในขณะที่ระยะหลับตื้นจะเพิ่มขึ้น(non-rapid eye movement stage 1 or 2) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมักมีระยะเวลาการนอนหลับที่สั้นลง ตื่นบ่อยกลางดึก และหลับได้ไม่ลึก สอดคล้องกับการวิจัย ที่พบว่าโรคประจำตัวเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และเกิดปัญหาการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของนัฏศรา ดำรงค์พิวัฒน์และคณะซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ โรคประจำตัว[16]

ประวัติการป่วยเป็นโรคทางจิตเวชของคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีความกังวลเรื่องโรคทางกรรมพันธ์ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับเนื่องจากระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับกลาง ๆ ร้อยละ 83.2 มีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับที่ไม่ดี ร้อยละ 31.2 ซึ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับอายุรกรรม จะทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง ถึงร้อยละ 60[17]

ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) ความเครียดและคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งในที่นี้ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ การมีสุขภาพจิตดีมักจะส่งผลให้มีความสุขและมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการลดความเครียด ความวิตก และอารมณ์เสียที่ส่งผลต่อการนอนหลับ ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและคุณภาพการนอนหลับมีลักษณะที่ซับซ้อน มักมีปัจจัยมากมายที่มีผลต่อทั้งการนอนหลับและสุขภาพจิต[9]

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับให้ผู้สูงอายุ เช่น จัดคลินิกให้คำปรึกษา มีการคัดกรองความเครียดเบื้องต้น

2. นำมาใช้เป็นแนวทางในการให้บริการสุขภาพหรือการดูแลผู้สูงอายุให้ตรงกับความต้องการ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุพักผ่อนอย่างเพียงพอ การเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ลดลง และทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่สามารถบ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ในเชิงสาเหตุและผลได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุต่อไป เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ หรือ แก้ไขปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อครอบคลุมสาเหตุและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2560 [Internet]. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2018 [cited 2024 Mar 15]. Available from: https://thaitgri.org/?p=38607
2. dop.go.th. สถิติผู้สูงอายุ | สถิติผู้สูงอายุ มิถุนายน 2566 by Looker Studio [Internet]. [cited 2024 Mar 15]. Available from: http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449
3. dop.go.th. สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย [Internet]. [cited 2024 Mar 15]. Available from: http://www.dop.go.th/th/know/15/926
4. Siriphanit B. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. หมอชาวบ้าน; 2004. 149 p.
5. Anders MP, Breckenkamp J, Blettner M, Schlehofer B, Berg-Beckhoff G. Association between socioeconomic factors and sleep quality in an urban population-based sample in Germany. Eur J Public Health. 2014 Dec;24(6):968–73.
6. Medical Asia Healthcare Complex [Internet]. [cited 2024 Mar 15]. Available from: http://www.medasiahealthcare.com/feed.php
7. คู่มือ/แนวทางเวชปฏิบัติ [Internet]. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. [cited 2024 Mar 15]. Available from: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/manual-guideline/
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโพธิ์ใหญ่. รายงานประจำปี 2566. 2566.
9. นุสบา ใจซื่อ, อภิญญา ธรรมแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ในตำบลหนองแซง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2021 Jun 2;4(1):81–95.
10. แบบประเมินความเครียด (SPST-20) | Mentalmate [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 15]. Available from: https://mentalmateservice.com/spst-20/
11. ณหทัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์ ท, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ม. บุคลิกภาพแปรปรวน : [Internet]. เชียงใหม่ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,; 2558 [cited 2024 Mar 15]. Available from: https://lib.rmutp.ac.th/bibitem?bibid=b00098941
12. กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) [Internet]. สุขภาพจิต-. [cited 2024 Mar 15]. Available from: https://dmh.go.th/test/download/-dmh.go.th-
13. ผานิตา ชนะมณี, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, ถนอมศรี อินทนนท์. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
14. ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์, และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์. ดัชนีชี้วัดคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก [Internet]. 2566. Available from: http://www.cumentalhealth.com/index
15. วิทมา ธรรมเจริญ, นิทัศนีย์ เจริญงาม, ญาดาภา โชติดิลก, นิตยา ทองหนูนุ้ย. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยรำไพพรรณี. 2021 Dec 1;15(3):52–62.
16. นัฏศรา ดำรงค์พิวัฒน์, โชติมันต์ ชินวรารักษ์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ณ หมู่บ้านประชานิเวศน์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2019 Oct 9;27(3):183–95.
17. Maulik P, Joseph CC, Brian WC, and Daniel S. Sleep in the Intensive Care Unit Setting. Critical Care Nursing Quarterly. 31(1):309–18.

ประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

Effectiveness of Community Participation Care for Non-communicable Diseases in the Elderly.

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

กมลรัตน์ อัมพวา[1]
Kamolrat Amphawa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง จำนวน 40 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 25 คน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 12 คน และเครือข่ายชุมชน 6 คน ซึ่งอาศัยอยู่ ณ ชุมชนเทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และแบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ pair- t test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัปดาห์ที่ 12 ภายหลังได้รับโปรแกรม 2) เครือข่ายชุมชนมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัปดาห์ที่ 12 ภายหลังได้รับโปรแกรม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง การดูแลแบบชุมขนมีส่วนร่วม

Abstract

This research was participatory action research to study the results of community-based participatory care for the elderly with chronic diseases. The sample selection was purposive, totaling 40 people, consisting of 25 elderly people with chronic diseases, 12 volunteer caregivers for elderly people with chronic diseases, and 6 people from community networks who lived in the Khao Phra Ngam Subdistrict, Mueang District, Lopburi Province. Achievement Evaluation Tools used to collect data self-care behavior measure for elderly people with chronic diseases and a measure of satisfaction with participation in caring for the elderly with chronic diseases. The data statistics analysis are descriptive statistics and statistics comparing differences in rank means by pair-t test.

The results of the research found that 1) Elderly people with chronic diseases had a statistically significant increase in self-care behavior in Week 12 after receiving the program, 2) Community networks have statistically significant increased satisfaction with participation in week 12 after receiving the program.

Keywords: elderly, chronic disease, community-based care with participation

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ ทำให้มีภาวะเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุ โดยจะมีผู้สูงอายุ 1 คนในทุกๆ 5 คนเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง มีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงถึง 5.3 ล้านคน โดยอุบัติการณ์การเกิดโรค

[1] เทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

ดังกล่าวมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคเรื้อรังดังกล่าวได้ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20-30 ของประชากรผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จึงมีผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและมากถึงอาจก่อให้เกิดปัญหาทุพพลภาพตามมาได้เช่นกัน[1]

การเกิดโรคเรื้อรังดังกล่าวสามารถส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้สูงอายุดูแลปัญหาสุขภาพของตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร จึงอาจนำสู่กลุ่มโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุมากขึ้น กลุ่มโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหลอดเลือดสมองตีบ และภาวะซึมเศร้า กลุ่มโรคเหล่านี้จะมีผลต่อระดับความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและอาจนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตามมา ด้วยความสามารถในการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันที่ลดลงจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งในสังคมไทยส่วนใหญ่บุคคลภายในครอบครัวจะเข้ามารับบทบาทผู้ดูแลคอยให้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นเวลานานสามารถก่อให้เกิดผลกระทบรอบด้านทั้งผู้สูงอายุ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจตามมา

การชะลอและป้องกันผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ให้เกิดภาวะทุพพลภาพ เป็นความจำเป็นอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพในยุคปัจจุบัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะคลอเลสเตอรอลสูง จะมีปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการไหลเวียนของเลือดตามส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ซึ่งอาจส่งผลต่อการทำงานของสมองและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง และอาจมากจนกระทั่งเกิดการเสื่อมและไม่สามารถทำงานได้หรือก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมองตีบ รวมถึงผลกระทบต่อสภาพจิตใจ นั่นคือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความซับซ้อนและใช้เวลาในการดูแลต่อวันค่อนข้างมากและยาวนาน เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 โรค ประกอบกับการเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย และประสบการณ์การดำเนินชีวิตที่ผ่านมาก่อให้เกิดความเชื่อ และบุคลิกภาพที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ด้านการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ ในปัจจุบันมีสนับสนุนให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แต่จากสถานการณ์ที่ผ่านมา พบว่า ครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เพียงพอ รวมถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ผ่านมา พบว่า ยังขาดประสิทธิภาพเกี่ยวกับกลวิธีในการเฝ้าระวังผู้สูงอายุโรคเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง การสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ รวมถึงทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม ได้แก่ โรคสมองเสื่อม โรคซึมเศร้า และการเกิดฟื้นฟูสภาพร่างกายในผู้สูงอายุ ยังไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึง การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังขาดความยั่งยืน และการเชื่อมโยงเครือข่ายการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนยังขาดประสิทธิภาพ[2] ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องค้นหาแนวทางในการดำเนินงานดังกล่าวเพื่อสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดการดูแลระยะยาว เป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ซึ่งในปัจจุบันการดูแลระยะยาวมุ่งเน้นให้ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ รูปแบบการบูรณาการศูนย์บริการที่บ้าน (Integrated home-service center model) รูปแบบการรวมบริการ (Congregate service model) และรูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home care service) เป็นต้น (สัมฤทธิ์ และคณะ, 2550)[3] ซึ่งทิศทางการการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุไทย สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดรูปแบบการบริการสาธารณสุขและบริการ

สังคมให้สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอน ติดเตียง หรือติดบ้าน โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล รวมถึงการบริการด้านสังคมได้แก่ การช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)[4] ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวเป็นการร่วมมือกันระหว่างภาคีหุ้นส่วนภายในชุมชน เพื่อเป้าหมายที่คาดหวังไว้ คือ การที่ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมีระบบการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและการดูแลตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ได้รับการส่งเสริมสนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว (Respite care)/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community : LTC center) และการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home care) และสถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว (กรรณิการ์, 2541)[5] ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนจึงควรคำนึงถึงระบบการดูแลที่มีความยั่งยืน โดยที่ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและครอบครัวสามารถเข้าถึงแหล่งบริการในชุมชนได้โดยง่าย รวมถึงสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ด้วยตนเอง ซึ่งสถาบันการศึกษาถือว่าเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีความสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มาจากครอบครัวและชุมชน อันได้แก่ การสนับสนุนให้ผู้ดูแลหรือตัวแทนสมาชิกภายในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรังและสามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ รวมถึงการสร้างระบบและกลไกในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังร่วมกันระหว่างครอบครัว องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และโรงพยาบาลชุมชน

ผลจากการสำรวจลักษณะประชากรในเทศบาลตำบลเขาพระงาม ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 11.30 ของประชากรทั้งหมด โดยมีผู้สูงอายุติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 82 ผู้สูงอายุติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ 17 และผู้สูงอายุติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 1.44 (Khao Phra Ngam Municipality, 2016)[6] ซึ่งปัญหาผู้สูงอายุติดเตียงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำมาสู่ผลกระทบรอบด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจทั้งต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ประกอบกับชุมชนเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวและมีความต้องการที่จะแก้ปัญหาภายในชุมชนด้วยคนของชุมชนเองอย่างยั่งยืน ด้วยเหตุนี้รูปแบบการจัดการระบบบริการสุขภาพของชุมขนในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน จึงเป็นกลวิธีหนึ่งของการบริการสุขภาพเชิงรุกที่สามารถนำมาใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพได้ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการวิจัยเรื่องผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวให้เป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและครอบครัวได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และเครือข่ายชุมชน ที่อาศัยอยู่ในเทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการ

วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง หรือเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. กลุ่มเครือข่ายชุมชน คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังซึ่งมาจาก

2.1 อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่ได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.2 บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ บุคคลที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม

2.3 บุคลากรทางสุขภาพ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และเครือข่ายชุมชน ได้มาด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณลักษณะที่กำหนด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละขั้นตอน มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 15 คน เครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 12 คน บุคลากรทางสุขภาพ 3 คน บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนวางแผนกิจกรรม กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อาสาสมัครผู้ดูแลโรคเรื้อรัง จำนวน 12 คน บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน และบุคลากรทางสุขภาพ จำนวน 3 คน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นดำเนินการตามแผน ประกอบด้วย อาสาสมัครผู้ดูแลโรคเรื้อรัง 12 คน บุคลากรทางสุขภาพ 3 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วย อาสาสมัครผู้ดูแลโรคเรื้อรัง 12 คน บุคลากรทางสุขภาพ 3 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นประเมินผล ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 25 คน อาสาสมัครผู้ดูแลโรคเรื้อรัง 12 คน บุคลากรทางสุขภาพ 3 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และเครื่องมือวัดประสิทธิผลของการดำเนินการ

1. เครื่องมือการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามสำหรับใช้ในการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคเรื้อรัง และการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน และมีการตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยเป็นผู้ใช้เครื่องมือดังกล่าวในการสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์บุคลากรทีมสุขภาพ ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

3) แนวคำถามในการสัมภาษณ์อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชน และการมีส่วนร่วมในการดูแลการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

4) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับการการมีส่วนร่วมในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชน

2. เครื่องมือวัดประสิทธิผลของการดำเนินการ

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการผ่อนคลายความเครียด ด้านการใช้ยาและด้านการแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุ แต่ละด้านประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง หรือไม่ปฏิบัติ ตรวจสอบค่า IOC เท่ากับ 0.84 ทดสอบหาระดับความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

2) แบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยข้อคำถามเป็นการถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนร่วมในในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนี้ แบบประเมินมีจำนวน 10 ข้อ แบ่งระดับการวัดแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุดถึงน้อยที่สุด ตรวจสอบค่า IOC เท่ากับ 0.87 ทดสอบหาระดับความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาปัญหาการดูแลโรคเรื้อรัง และความต้องการของเครือข่ายชุมชนเกี่ยวกับ การจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในกลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแล บุคลากรทางสุขภาพ และบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนกิจกรรม โดยใช้วิธีการจัดประชุมระดมสมองของเครือข่ายชุมชนเพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน อุปสรรคและปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อกำหนดแผนการดำเนินงานและตัวชี้วัดร่วมกัน มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานภายในชุมชน และบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองภาวะสุขภาพเบื้องต้น การประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพ บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรายบุคคล 2) บุคลากรทางสุขภาพ มีหน้าที่ให้ความรู้และคำปรึกษากับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง วางแผนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรายบุคคลที่มีปัญหาซับซ้อน 3) บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่สนับสนุนทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ การจัดยานพาหนะรับ-ส่งตัวผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา และการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการกิจกรรมตามแผนดังนี้

3.1 แผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้วิธีจัดโครงการอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง และโครงการอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครผู้ดูแล

3.2 แผนเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยกำหนดให้อาสาสมัครผู้ดูแล 1 คน ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 4 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 3 ประเภท คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่เร่งด่วน (ภาวะปกติ) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเร่งด่วนปานกลาง (ควบคุมอาการไม่ได้และเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ) และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเร่งด่วน (มีภาวะทุพพลภาพ)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมโดยใช้วิธีสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแผนดำเนินงานพัฒนาผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ และปรับปรุงจนกระทั่งได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม และนำเสนอต่อชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นตอนการประเมินผล เพื่อประเมินผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม โดยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อ

จัดหมวดหมู่และจำแนกคำตอบ (Content analysis) และการวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในการมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรีลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจากจำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 ช่วงอายุ 51-60 ปี อายุเฉลี่ย 50.13 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 66.67 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นภรรยา ร้อยละ 53.33 ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.11 ช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 49.87 ปี จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ 33.34 เป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ร้อยละ 66.68

ผลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความต้องการให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าไปเยี่ยมที่บ้านเป็นประจำ อีกทั้งในบางเวลาอาสาสมัครผู้ดูแลสามารถเข้ามาช่วยสลับพลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของทีมพยาบาลในชุมชน และต้องการได้รับค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน ส่วนบุคลากรองค์กรบริหารส่วนตำบล การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน แนวคิดการจัดการดูแลสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมาจากการที่ผู้บริหารของเทศบาลเขาพระงามมีวิสัยทัศน์ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุว่า บุคลากรทีมสุขภาพควรให้การพัฒนาความสามารถอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงในชุมชน โดยประสานความร่วมมือกับ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

2. การประเมินประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม การประเมินประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม โดยการวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 5 ด้าน ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและเครือข่ายชุมชน มีดังนี้

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการส่งเสริมด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการผ่อนคลายความเครียด ด้านการใช้ยาและด้านการแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุ 25 คน ร้อยละ 100 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนทดลอง	25.68	1.79	-8.12	0.000*
หลังทดลอง	38.79	1.34		

*p<.05

อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และเครือข่ายชุมชนมีระดับความพึงพอใจการมีส่วนร่วม

ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและเครือข่ายชุมชน

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนทดลอง	4.10	0.54	-11.48	0.000*
หลังทดลอง	4.51	0.23		

*p<.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทั้ง 5 ขั้นตอน สามารถส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากกระบวนสามารถสนับสนุนขั้นตอน วิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนกิจกรรม โดยการสนับสนุนให้มีการประชุมระดมสมองเพื่อประเมินความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งเครือข่ายชุมชนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ศักยภาพของชุมชนในด้านต่างๆ ซึ่งเครือข่ายชุมชนเล็งเห็นว่า อาสาสมัครผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการเชื่อมต่อการดำเนินงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ รวมถึงเครือข่ายมีการค้นหาแหล่งสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกชุมชน เพื่อเสริมสร้างโอกาส และสนับสนุนให้การดำเนินงานของชุมชนบรรลุผลสำเร็จไปได้ด้วยดี จึงนำมาซึ่งการกำหนดแผนการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และตัวชี้วัดแห่งความสำเร็จ

ขั้นตอนการดำเนินการ เครือข่ายชุมชนจัดโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ภายหลังจากเสร็จสิ้นโครงการอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรู้และความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น อีกทั้งสามารถสร้างแกนนำอาสาสมัครผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้อีก ซึ่งอาสาสมัครผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติจริง และเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่คอยสนับสนุนให้คำปรึกษาและรับผิดชอบติดตามการเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ สัมภวมานะ และคณะ (2561)[8] พบว่า การดำเนินงานพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครทั้งด้านความรู้ และความสามารถประเมินอาการของกลุ่มเสี่ยงรวมถึงการให้คำแนะนำเบื้องต้นในการดูตนเอง ซึ่งอาสาสมัครมีความรู้อยู่ในระดับดี และเสาวนีย์ ไกรอ่อน และสาริณี วอนเก่าน้อย (2558) พบว่า การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชุมชน โดยมีอาสาสมัครผู้ดูแลติดตามอาการผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบติดตามการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามาสนับสนุน ปรับปรุงด้านที่อยู่อาศัย อุปกรณ์ในการดูแลต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับครอบครัวได้ สอดคล้องกับ อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ (2561)[9] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้หลักการมีส่วนร่วมโดยอาศัยความมีจิตสำนึกร่วมรับผิดชอบสำหรับอาสาสมัครที่พร้อมจะปฏิบัติงานและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสนับสนุนคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนได้

ขั้นตอนการสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยได้จัดประชุมเพื่อให้เครือข่ายได้ร่วมกันติดตามการดำเนินงานและปรับแผนการดำเนินงานด้านการดูแล

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เครือข่ายชุมชนมีการทบทวนบทบาทหน้าที่ ปัญหาและอุปสรรค ซึ่งเครือข่ายชุมชนเล็งเห็นว่า การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังขาดความต่อเนื่อง และการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายชุมชน ยังขาดความเป็นรูปธรรม ด้วยเหตุนี้จึงมีการพัฒนาคู่มือคัดกรองภาวะสุขภาพและการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งผลจากการดำเนินการ เครือข่ายชุมชนสามารถมีแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการคัดกรองและแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ซึ่งแต่ละประเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถเฝ้าระวังผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ รวมถึงผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถควบคุมอาการของโรคเรื้อรังให้อยู่ในภาวะปกติเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั้งหมด อีกทั้งจากการสะท้อนคิด พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกิดความมั่นใจและรู้สึกพึงพอใจในบทบาทของการเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนการประเมินผล ผลจากการถอดบทเรียน การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านการดำเนินงานของชุมชนแห่งนี้นั่นคือ เกิดแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานที่เริ่มต้นจากการวิเคราะห์ความต้องการของชุมชน การแก้ไขปัญหาตามบริบทหรือต้นทุนของชุมชนที่มีอยู่ มีการกำหนดค่านิยมร่วมกันในชุมชนที่ต้องการให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการมีระบบบริหารจัดการร่วมกันระหว่างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ด้านงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และวัสดุอุปกรณ์ นอกจากนี้ประโยชน์ที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับจากการดำเนินการดังกล่าว สามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเกิดโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นผลมาจากการที่ได้รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองจากคู่มือการคัดกรองภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการได้รับคำแนะนำ และกำลังใจจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และบุคลากรทางสุขภาพ จึงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น สามารถควบคุมอาการและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ นำมาซึ่งการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองเพิ่มขึ้นตามมา นั่นหมายถึงการบรรลุผลสำเร็จตามตัวชี้วัดของชุมชน นอกจากนี้พบว่า ชุมชนแห่งนี้ได้รับการยอมรับจากชุมชนอื่นให้เป็น ชุมชนต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจึงนำมาซึ่งความรู้สึกภาคภูมิใจ และความรู้สึกพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ด้านการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำไปใช้ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยการสนับสนุนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในทีมสุขภาพ

ด้านการศึกษา สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

ด้านนโยบาย สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชนไปกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานในระดับปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม ในครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลเกี่ยวกับความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมถึงการติดตามประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยากร หวังมหาพร. (2562). บทบาทอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน:การเปลี่ยนแปลงจากการปกครองสู่การบริหารปกครองสาธารณะ. สืบค้น 10 ตุลาคม 2562, จาก http://www.polsci-law.buu.ac.th/journal/document/8-2/1.pdf
2. วรณัน ประสารอธิคม, (2561). แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Concept of home care). เอกสารประกอบการสอน.
3. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2550). การศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการดูแลสุขภาพสาหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ. กราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) ในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติปีงบประมาณ 2559. สืบค้นจาก. http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download /20151202/%E0%
5. กรรณิการ์ พงษ์สนิท. (2541). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต. วิทยานิพนธ์แพทย์ศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. Khao Phra Ngam Municipality. (2016). Removing innovative lessons for the master's house project for chronic and elderly patients. Lop Buri: Khao Phra Ngam Municipality. (in Thai).
7. Cohen, J.M. and Uphoff, N. (1980). "Participation's Place in Rural Development: Seeking Clarity through Specificity". World Development, 8, 213-235.
8. อรวรรณ สัมภวมานะ และคณะ. (2561). การพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลมะลวน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข; 27(1). 157-167.
9. อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ. (2561). การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี;4(2): 113-125.

ลักษณะทางจุลชีววิทยา ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในผู้ใหญ่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา พ.ศ. 2559 – 2563

Microbiological profile of adult septic arthritis inpatients in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital 2016 – 2020.

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

ศรีสกุล เจียมจิต[1]
Srisakul Jiemjit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางจุลชีววิทยาของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2559 – 2563 โดย ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้ออายุ 15ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (In-patient department) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 - 31 ธันวาคม 2563 ตามการลงรหัส ICD-10 ที่เข้าได้กับโรคข้ออักเสบติดเชื้อและได้รับการบันทึกวินิจฉัยโรคข้ออักเสบติดเชื้อโดยแพทย์ศึกษาตัวแปร อายุ โรคประจำตัว หอผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาแสดงอาการ อาการแสดงในข้อและนอกข้อ จำนวนข้อที่อักเสบ ตำแหน่งข้อที่อักเสบ จำนวนครั้งของการเจาะข้อ ผลการเจาะข้อ และผลการรักษา ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อทั้งสิ้น 274 ราย ได้รับการเจาะข้อเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 234 ราย และเจาะข้อสำเร็จ 228 ราย ผลการตรวจในจำนวนดังกล่าวไม่พบเชื้อ 150 ราย พบเชื้อ 78 รายเชื้อที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ Staphylococcus aureus 33 ราย (42.9%), Group B Streptococcus 14 ราย(18.2%), Streptococcus pyogenase 7 ราย (9.1%), Burkholderia pseudomallei 5 ราย (6.5%) และ Escherichia coli 5 ราย(6.5%) เป็นต้น พบเชื้อดื้อยาในน้ำเจาะข้อของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อจำนวน 9ราย (11.7%) ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อที่พบเชื้อ Group B Streptococcus จากน้ำเจาะข้อมีแนวโน้มพบอาการแสดงข้ออักเสบหลายข้อมากกว่าเชื้ออื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอัตราการเสียชีวิตจำแนกตามผลการติดเชื้อในน้ำเจาะข้อไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: โรคข้ออักเสบ ติดเชื้อลักษณะทางจุลชีววิทยา เชื้อดื้อยา

Abstract

This study was retrospective survey research. The objective was to study the microbiological characteristics of patients with septic arthritis admitted to Maharat Nakhon Ratchasima Hospital in 2016 - 2020. Analyzed medical records of patients aged 15 and over with infectious arthritis who were admitted as inpatients to Maharat Nakhon Ratchasima Hospital from January 1, 2016, to December 31, 2020, based on ICD-10 codes for infectious arthritis and physician diagnosis. Interested variables included age, underlying disease, hospitalization duration, joint symptoms and signs, number and location of affected joints, frequency and results of joint aspiration, and treatment outcomes. Descriptive statistics were used to evaluate the results.

Results: 274 patients with infectious arthritis were studied, with 234 patients undergoing joint aspiration for laboratory testing, of which 228 were successful. No pathogens were found in 150 cases, while 78 cases had positive results. The most common pathogens found were Staphylococcus aureus (33 cases, 42.9%), Group B Streptococcus (14 cases, 18.2%), Streptococcus pyogenes (7 cases, 9.1%), Burkholderia pseudomallei (5 cases, 6.5%, and Escherichia coli (5 cases, 6.5%). Nine cases (11.7%) showed antibiotic-resistant organisms in joint aspirate. Patients with Group B Streptococcus infection were found to have positive results in joint aspirate. Mortality rate was not difference among each joint aspirate result.

[1] โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา

Keywords: septic arthritis, microbiological characteristics, antibiotic-resistant organisms

บทนำ

โรคข้ออักเสบติดเชื้อเป็นอาการฉุกเฉินทางอายุรกรรมที่สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลของการทำลายข้ออย่างถาวร ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในระยะยาว และพบว่าการติดเชื้อในข้อในผู้สูงอายุมักส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ[1] แม้ว่าโรคข้ออักเสบติดเชื้อจะเป็นโรคที่พบได้ทั่วไปในเวชปฏิบัติ แต่กลับพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในช่วงแรกมีค่อนข้างน้อย เนื่องจากอาการและอาการแสดงของโรคนั้นไม่ได้จำเพาะเจาะจง จำเป็นต้องวินิจฉัยโรคปวดข้ออื่นๆออกไปก่อนและการเจาะน้ำในข้อมาตรวจอาจจะไม่พบเชื้อก่อโรค เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับยาปฏิชีวนะนำมาก่อน

จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาช่วงปี ค.ศ. 2009 - 2012 พบว่าอัตราภาวะข้ออักเสบติดเชื้อสูงขึ้น[2] อุบัติการณ์โรคข้ออักเสบติดเชื้อแตกต่างกันในแต่ละประเทศและภูมิภาค ซึ่งพบร้อยละ 2-10 ในประชากร 100,000 คนต่อปี[3] อุบัติการณ์การเกิดเสียชีวิตร้อยละ 5-15 และอุบัติการณ์ข้อผิดรูปถาวรที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตร้อยละ 25-50[4] อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่พบหลักฐานแน่ชัดเกี่ยวข้องกับอัตราการเพิ่มขึ้นของภาวะข้ออักเสบติดเชื้อ

โรคข้ออักเสบติดเชื้อ มักมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากเชื้อแบคทีเรียแต่เชื้อชนิดอื่นก็สามารถทำให้ก่อโรคได้เช่น วันโรค ไวรัส เชื้อรา และอื่นๆ ภาวะข้ออักเสบติดเชื้อมีได้ตั้งแต่ 1 ข้อเป็นต้นไป ซึ่งมักจะเกิดการติดเชื้อที่ข้อใหญ่ เช่น ข้อเข่า และสะโพก อาการและอาการแสดงมีได้ทั้งไข้ ปวดข้อ หรือไม่มีไข้ได้ การวินิจฉัยมักเจาะน้ำในข้อมาแล้วทำการส่งเพาะเชื้อ โดยเชื้อก่อโรคที่พบได้บ่อยคือแบคทีเรียแกรมบวก ได้แก่ Staphylococcus aureus และ Streptococcus spp. ได้แก่ Streptococcuss group B ,Streptococcus pyogenases ในขณะเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ ได้แก่ Escherichia coli และ Pseudomonas spp. โดยปัจจุบันพบอุบัติการณ์โรคข้ออักเสบ Neisseria gonorrhoeae ได้ลดลง[4,5]

ในประเทศไทยมีหลักฐานจากหลายการศึกษาพบว่าลักษณะการพบเชื้อแบคทีเรียของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อมีความแตกต่างจากลักษณะผู้ป่วยในต่างประเทศ และแตกต่างกันเองในประเทศตามสถานที่ศึกษา จากการศึกษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าเชื้อที่พบการติดเชื้อมากที่สุด ได้แก่ Burkholderia pseudomallei (48.1%), Streptococcus spp. (28.6%), และ Staphylococcus aureus (10.4%)[6] ส่วนการศึกษาจากโรงพยาบาลนครพนม พบว่าเชื้อที่ก่อโรคที่สุดคือ Streptococcus spp. (41.7%), Staphylococcus spp. (32.3%), และ Burkholderia pseudomallei (18.8%) ตามลำดับ[7] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาลักษณะทางจุลชีววิทยาของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อใน ผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลระบาดวิทยาพื้นฐานสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับพื้นที่ โดยส่งผลต่อการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาช่วงแรกที่ยังไม่ทราบผลการเพาะเชื้อ รวมถึงการเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยในภูมิภาคอื่น ๆ ในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะทางจุลชีววิทยาของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2559 - 2563

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาลักษณะทางจุลชีววิทยา ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในผู้ใหญ่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พ.ศ. 2559 – 2563 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง ระยะเวลาที่ใช้ศึกษา ศึกษา

ข้อมูล ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระยะเวลาการทำวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2565 รวมระยะเวลาทำการศึกษา 7 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้ออายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้ออายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (In-patient department) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 - 31 ธันวาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้ออายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (In-patient department) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 - 31 ธันวาคม 2563

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)

1. ได้รับการลงรหัส ICD-10 เป็น MOO (Pyogenic arthritis) หรือ M01 (Direct infections of joint in infectious and parasitic diseases classified elsewhere) ในส่วน Principle diagnosis หรือ Comorbidity หรือ Complication ของบันทึกสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน และได้รับการบันทึกวินิจฉัยโรคข้ออักเสบติดเชื้อ (Septic arthritis) โดยแพทย์ในบันทึกแรกรับผู้ป่วย หรือบันทึกติดตามการรักษา

2. สามารถเข้าถึงข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์ ผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีบันทึกประวัติการผ่าตัด หรือแผลผ่าตัด ณ ข้อที่มีการติดเชื้อในเวชระเบียนครั้งที่มีการรักษาด้วยข้ออักเสบติดเชื้อ

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

คำนวณตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วน โดยกำหนดให้ n = จำนวนเวชระเบียนที่ต้องทบทวน, Z = ค่าคงที่เมื่อ a (typr I error) เท่ากับ 0.05, P = ค่าสัดส่วนที่คาดว่าจะพบในประชากร โดยกำหนดให้ให้เท่ากับ 0.5 เนื่องจากเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ไม่มีสมมติฐานก่อนหน้า (no priori hypothesis) d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 จะได้จำนวนเวชระเบียนที่ต้องทบทวนขั้นต่ำ 384 ราย ในกรณีที่ประชากรที่คัดเข้ามีน้อยกว่า จะทำการศึกษาประชากรที่คัดเข้าทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานวิจัย

เก็บข้อมูลจากข้อมูลจากเวชระเบียน (Data abstraction form)

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจากแผนกเวชระเบียน

2.ทบทวนเวชระเบียนโดยดึงข้อมูลจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว หอผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาแสดงอาการ อาการแสดงในข้อและนอกข้อ จำนวนข้อที่อักเสบ ตำแหน่งข้อที่อักเสบ การเจาะข้อ (จำนวนครั้งของการเจาะ และผลการเจาะข้อ) และผลการรักษา บันทึกข้อมูลดังกล่าวลงในแบบทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน

3. เรียบเรียงและบันทึกข้อมูลเป็นไฟล์คอมพิวเตอร์ เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ผลการศึกษา โดยใช้ค่าความถี่ร้อยละสำหรับข้อมูลตัวแปรแจงนับ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์สำหรับข้อมูล

ตัวแปรต่อเนื่อง โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel ในการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

ผลการวิจัย

จากจำนวนผู้ป่วย 274 ราย พบว่า ลักษณะทางระบาดวิทยา มีสัดส่วนเพศชายต่อหญิงเป็น 1.3 : 1 อายุเฉลี่ย 59 ปี มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่ร้อยละ 53 ผู้ป่วยร้อยละ 75 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบบ่อยได้แก่ เบาหวาน เกาต์ และเกาต์เทียมตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ รองลงมาเป็นแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรม สัดส่วนผู้ป่วยที่มาอาการแสดงเฉียบพลันและเรื้อรังมีพอ ๆ กันผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษามีอาการอักเสบเพียงข้อเดียว ตำแหน่งที่พบบ่อย ได้แก่ ข้อเข่า ข้อเท้า และข้อไหล่ตามลำดับ อัตราป่วยตายของผู้ป่วยในการศึกษาเป็นร้อยละ 5.0 ผู้ป่วยได้รับการเจาะข้อเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวน 234 ราย และเจาะข้อสำเร็จจำนวน 228 ราย (ตาราง ที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในการศึกษานี้ (N=241)

ตัวแปร	ผลการศึกษา
เพศ	
ชาย (n, %)	137, 56.8
หญิง (n, %)	104, 43.2
อายุ (mean, SD)	59.3, 18.2
ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (n, %)	130, 53.9
มีโรคประจำตัวใด ๆ (n, %)	181, 75.1
มีโรคประจำตัว เบาหวาน (n, %)	60, 24.9
มีโรคประจำตัว เกาต์ (n, %)	42,17.4
มีโรคประจำตัว เกาต์เทียม (n, %)	13, 5.4
มีโรคประจำตัว ข้ออักเสบรูมาตอยด์ (n, %)	9, 3.7
มีโรคประจำตัว อื่น ๆ(n, %)	159, 66.0
แผนกขณะนอนโรงพยาบาล (n, %)	
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	123, 51.3
อายุรกรรม	105, 43.8
ศัลยกรรม	5, 2.1
อื่นๆ	7,2.9
ระยะเวลาแสดงอาการ (n, %)	
น้อยกว่า 1 สัปดาห์	132,54.8
1 สัปดาห์ขึ้นไป	109,45.2
มีอาการแสดงในข้อ (n, %)	241,100
มีอาการแสดงนอกข้อ (n, %)	68,28.5
จำนวนข้อที่อักเสบ (n, %)	
1 ข้อ	195,80.9
2-4 ข้อ	46,19.1
มากกว่า 4 ข้อ	0

ตารางที่ 1 ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในการศึกษานี้ (N=241)

ตัวแปร	ผลการศึกษา
ตำแหน่งข้อที่อักเสบ (n, %)	
ข้อไหล่	24,10.0
ข้อศอก	17,7.1
ข้อมือ	19,7.9
ข้อสะโพก	18,7.5
ข้อเข่า	174,72.2
ข้อเท้า	31,12.9
ข้ออื่น ๆ	4,1.7
การเจาะข้อ (n, %)	
ได้เจาะ	233,96.7
ไม่ได้เจาะ	8,3.3
จำนวนครั้งของการเจาะข้อ (N=233) (n, %)	
1	176,75.5
2	47,20.2
3	10,4.3
ผลการเจาะข้อ (N=233) (n, %)	
สำเร็จ	288,97.4
ไม่สำเร็จ	6,2.6
เสียชีวิตระหว่างการรักษา (n, %)	12,5.0

ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อที่ได้รับการเจาะข้อเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการสำเร็จจำนวน 228 ราย ปรากฏว่าผลการตรวจไม่พบเชื้อจำนวน 150 ราย พบเชื้อจำนวน 78 ราย (คิดเป็นร้อยละ 34.2 ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อทั้งหมด) โดยในจำนวนผู้ที่พบเชื้อสามารถแบ่งได้เป็นผู้ที่พบเชื้อชนิดเดียวจำนวน 76 ราย และพบเชื้อสองชนิดจำนวน 2 ราย

สำหรับผลการเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการจากตัวอย่างน้ำเจาะข้อของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบจำนวน 78 ราย พบว่าเชื้อที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ Staphylococcus aureus 33 ราย (42.9%), Group B Streptococcus 14 ราย (18.2%), Streptococcus pyogenase 7 ราย (9.1%), Burkholderia pseudomallei 5 ราย (6.5%) และ Escherichia coli 5 ราย (6.5%) เป็นต้น (ตารางที่ 2)

ทั้งนี้ ผู้วิจัยยังพบว่า มีผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 11.7 ขอตัวอย่างน้ำเจาะข้อ ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อทั้งหมด) ที่พบเชื้อดื้อยาในน้ำเจาะข้อ ประกอบด้วย MRSA Staphylococcus aureus จำนวน 4 ราย, ESBL Escherichia coli จำนวน 2 ราย MDR/XDR Acinetobacter baumannii จำนวน 2 ราย และ CRE Klebsiella pneumoniae จำนวน 1 ราย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการจากตัวอย่างน้ำเจาะข้อของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ (n=78)

เชื้อที่พบจากตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่างที่พบเชื้อ	ร้อยละของตัวอย่างทั้งหมด
Staphylococcus aureus	33	42.9
MRSA S. aureus *	4	5.2
MSSA S. aureus	25	32.5

ตารางที่ 2 ผลการเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการจากตัวอย่างน้ำเจาะข้อของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ (n=78)

เชื้อที่พบจากตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่างที่พบเชื้อ	ร้อยละของตัวอย่างทั้งหมด
Unspecified S. aureus	4	5.2
Group B Streptococcus	14	18.2
Streptococcus pyogenase	7	9.1
Burkholderia pseudomallei	5	6.5
Escherichia coli	5	6.5
ESBL Escherichia coli *	2	2.6
Non-ESBL Escherichia coli	3	3.9
Salmonella spp.	3	3.9
Streptococcus suis	2	2.6
ESBL Escherichia coli	2	2.6
Pseudomonas aeruginosa	2	2.6
Enterococcus spp.	2	2.6
MDR/XDR Acinetobacter baumannii *	2	2.6
Neisseria gonorrhea	1	1.3
CRE Klebsiella pneumoniae *	1	1.3

หมายเหตุ: * = Drug-resistant organisms

จากผลการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตจึงได้ทำการเปรียบเทียบ ข้อมูลภายหลัง (Post-hoc analysis) โดยการเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตจำแนกตามปัจจัยที่สนใจได้แก่เพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลามีอาการแสดง อาการแสดงนอกข้อ และผลการติดเชื้อในน้ำเจาะข้อโดยวิธี Univariable logistic regression นำเสนอผลเป็น Odds ratio และ 95% Confidence interval ผลปรากฏว่าผลการเพาะเชื้อมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีผลเพาะเชื้อเป็นบวก มีอัตราตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีผลเพาะเชื้อเป็นลบประมาณ 3 เท่า เพศ อายุโรคประจำตัว ระยะเวลามีอาการแสดง และอาการแสดงนอกข้อ มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง ที่ 3) พร้อมกันนี้ ดังกล่าวผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเพาะเชื้อจากน้ำเจาะข้อกับอาการแสดงข้ออักเสบหลายข้อ (oligoarthritis) จึงได้ทำการเปรียบเทียบข้อมูลภายหลัง (Post-hoc analysis)โดยการเปรียบเทียบสัดส่วนอาการแสดงการอักเสบหลายข้อจำแนกตามลักษณะการติดเชื้อในน้ำเจาะข้อของเชื้อ Staphylococcus aureus, Group B Streptococcus, Streptococcus pyogenase, Burkholderia pseudomalle, Escherichia coli และผลปรากฏว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อที่พบเชื้อ Group B Streptococcus จากน้ำเจาะข้อ มีแนวโน้มพบอาการแสดงข้ออักเสบหลายข้อมากกว่าเชื้ออื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อ (n=241)

ปัจจัย		Odds Ratio	95% CI
เพศ	หญิง	0.94	0.29 – 3.04
	ชาย	Ref.	-
อายุมากกว่า 60 ปี	ใช่	2.68	0.71 – 10.15
	ไม่ใช่	Ref.	-

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อ (n=241)

ปัจจัย		Odds Ratio	95% CI
มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค	ใช่	3.82	0.48 – 30.2
	ไม่ใช่	Ref.	-
อาการแสดงมากกว่า 1 สัปดาห์	ใช่	0.86	0.26 – 2.78
	ไม่ใช่	Ref.	-
มีอาการแสดงนอกข้อ	ใช่	0.48	0.1 – 2.29
	ไม่ใช่	Ref.	
ผลการเพาะเชื้อ	ผลบวก พบเชื้อดื้อยา	n/a*	n/a*
	ผลบวก ไม่พบเชื้อดื้อยา	3.57	1.09 – 11.66
	ผลลบ	Ref.	

Ref.= Reference group

*เนื่องจากในผู้ป่วยกลุ่มผลบวก พบเชื้อดื้อยา ไม่พบผู้เสียชีวิต จึงไม่สามารถคำนวณ Odds ratio ได้

ตารางที่ 4 แสดงอัตราการเสียชีวิต จำแนกตามลักษณะการติดเชื้อในน้ำเจาะข้อ (n=78)

เชื้อที่พบจากตัวอย่าง	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้มีอาการแสดงข้ออักเสบหลายข้อ	สัดส่วนผู้มีอาการแสดงข้ออักเสบหลายข้อ (%)	p-value* (chi-square)
Staphylococcus aureus	33	6	19.1	0.89
Group B Streptococcus	14	7	50.0	0.002
Streptococcus pyogenase	7	1	18.4	0.77
Burkholderia pseudomallei	5	0	0	0.27
Escherichia coli	5	1	25.0	0.76

*เปรียบเทียบกับผู้ป่วยข้ออักเสบติดเชื้อที่มีผลน้ำเจาะข้อ (n=228) แต่ไม่พบเชื้อดังกล่าว

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเรื่องลักษณะทางจุลชีววิทยาของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในผู้ใหญ่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พ.ศ. 2559 - 2563 มีวัตถุประสงค์เพื่อพรรณนาลักษณะทางจุลชีววิทยาของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ที่สุดของเขตสุขภาพที่ 9 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แต่ละภูมิภาคของประเทศไทยพบลักษณะทางจุลชีววิทยาของของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในผู้ใหญ่ที่แตกต่างกันไป[6-8] ดังนั้นข้อมูลจากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลระบาดวิทยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และในระดับพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยและเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยกับผู้ป่วยในภูมิภาคอื่น ๆ ในประเทศไทยต่อไป

จากการศึกษาพบผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อจำนวนทั้งสิ้น 274 ราย ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยในการศึกษามีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในผู้ใหญ่ในการศึกษาอื่น ๆ กล่าวคือ มักมีการอักเสบของข้อ ๆ เดียว และมักเป็นที่ข้อใหญ่ที่อยู่ส่วนล่างของร่างกาย[7] ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อมรูมาตอยด์[9] สอดคล้องกับการศึกษาของ Carpenter CR et.al. ซึ่งพบว่าปัจจัยที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ ได้แก่ ผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน และโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ และ

แผนกอายุรกรรมในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ดังนั้นแผนกทั้งสองจึงมีบทบาทสำคัญร่วมกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในผู้ใหญ่

ลักษณะทางจุลชีววิทยาของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในการศึกษา พบว่าเชื้อก่อโรคที่พบบ่อย 5อันดับแรก ได้แก่ Staphylococcus aureus, Group B Streptococcus, Streptococcus pyogenase,Burkholderia pseudomallei, และ Escherichia coli ตามลำดับ ซึ่งการพบเชื้อ Staphylococcus aureus และ Streptococcus spp. เป็นลำดับแรก ๆ มีความคล้ายคลึงกับผลลักษณะทางจุลชีววิทยาของการศึกษาอื่นๆ[5-7] อย่างไรก็ตามการพบเชื้อ Burkholderia pseudomallei เป็นหนึ่งในเชื้อที่พบบ่อย เป็นลักษณะเฉพาะที่คล้ายคลึงกับผลของการศึกษาลักษณะทางจุลชีววิทยาในประเทศไทย[6,7] สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้จำแนกเชื้อ Streptococcus spp. ที่พบเป็น Group B Streptococcus (GBS) และ Streptococcus pyogenase โดยการศึกษานี้พบผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อจากเชื้อ GBS เป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อทั้งหมด โดยพบลักษณะพิเศษของเชื้อ GBS คือพบสัดส่วนผู้มีอาการแสดงข้ออักเสบหลายข้อ (polyarthritis) มากกว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อจากเชื้ออื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อจากเชื้อ Group B Streptococcus ของ Nolla JM et. al.[10]

การศึกษาอัตราการเสียชีวิตจำแนกตามผลการติดเชื้อในน้ำเจาะข้อแม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าสัดส่วนผู้เสียชีวิตในกลุ่มผู้ที่พบเชื้อในน้ำเจาะข้อมีสูงกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่พบเชื้อในน้ำเจาะข้อ ซึ่งบ่งชี้แนวโน้มถึงความสำคัญของการส่งตรวจน้ำเจาะข้อเนื่องจากสามารถจำแนกความเสี่ยงทางคลินิกในการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อต่อไปได้

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยยังพบผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อที่พบเชื้อดื้อยาในน้ำเจาะข้อ ได้แก่ MRSA Staphylococcus aureus, ESBL Escherichia coli, MDR/XDR Acinetobacter baumannii, และ CRE Klebsiella pneumoniae โดยเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าการติดเชื้อที่มีเชื้อก่อโรคเป็นเชื้อดื้อยาจะทำให้ผลการรักษามีแนวโน้มที่แย่ลง เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงเสียชีวิตมากขึ้น อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ยังไม่พบผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อที่พบเชื้อดื้อยาในน้ำเจาะข้อที่เสียชีวิต จึงเป็นโอกาสในการศึกษาต่อไป หากพบโรคข้ออักเสบติดเชื้อดื้อยามากขึ้นในอนาคต

การศึกษานี้มีจุดเด่น คือสามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อในจังหวัดนครราชสีมาและใกล้เคียงในปี พ.ศ. 2559 - 2563 ได้เนื่องจากในกระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อจำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล และส่งตัวมายังโรงพยาบาลจังหวัดที่มีศักยภาพสูงในการดูแลภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการทำหัตถการล้างข้อหากเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น จึงมีความเป็นไปได้สูงว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบในจังหวัดนครราชสีมาและใกล้เคียงจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อย่างไรก็ตามการศึกษาอาจมีข้อจำกัด เช่น รูปแบบวิธีการศึกษาซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลัง ความแม่นยำของข้อมูลจึงขึ้นกับข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน รวมทั้งการวินิจฉัยโรค ซึ่งยึดตามการวินิจฉัยของแพทย์ ณ วันที่รักษา ซึ่งอาจคลาดเคลื่อนกับนิยามมาตรฐานของโรคข้ออักเสบติดเชื้อได้

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อ โดยเฉพาะการให้ยาปฏิชีวนะขณะยังไม่ทราบเชื้อก่อโรค (Empirical antibiotics) ให้สอดคล้องกับลักษณะทางจุลชีววิทยาของผู้ป่วย

2. สร้างความร่วมมือระหว่างแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อและแผนกอายุรกรรม เพื่อกำหนดแนวทางและมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อร่วมกัน

3. เฝ้าระวังการพบเชื้อดื้อยาในน้ำเจาะข้อของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อ ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

4. ทำการศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาเพิ่มเติม ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อที่พบเชื้อดื้อยาในน้ำเจาะข้อหากพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Singh JA, Yu S. The burden of septic arthritis on the U.S. inpatient care: A national study. PLoS One. 2017 Aug 15;12(8):0182577. doi: 10.1371/journal.pone.0182577.
2. Wu CJ, Huang CC, Weng SF, Chen PJ, Hsu CC, Wang JJ, Guo HR, Lin HJ. Septic arthritis significantly increased the long-term mortality in geriatric patients. BMC Geriatr. 2017
Aug 9;17(1):178. doi: 10.1186/s12877-017-0561-x.
3. Vassallo C, Borg AA, Farrugia D, Mercieca C. The Epidemiology and Outcomes of Septic Arthritis in the Maltese Islands: A Hospital-Based Retrospective Cohort Study.
Mediterr J Rheumatol. 2020 Jun 30;31(2):195-205. doi: 10.31138/mjr.31.2.195.
4. Mathews CJ, Weston VC, Jones A, Field M, Coakley G. Bacterial septic arthritis in adults. Lancet. 2010 Mar 6;375(9717):846-55. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61595-6.
5. Smith EM, Khan MA, Reingold A, Watt JP. Group B streptococcus infections of soft tissue and bone in California adults, 1995-2012. Epidemiol Infect. 2015
Nov;143(15):3343-50. doi: 10.1017/50950268815000606.
6. Teparrukkul P, Nilsakul J, Dunachie S, Limmathurotsakul D. Clinical Epidemiology of Septic Arthritis Caused by Burkholderia pseudomallei and Other Bacterial Pathogens in Northeast Thailand. Am J Trop Med Hyg. 2017 Dec;97(6):1695-1701. doi:10.4269/ajtmh.17-0288.
7. สมคิด สุระชัย ผู้ป่วยข้ออักเสบติดเชื้อ : โรงพยาบาลนครพนม. วารสารการแพทย์โรงพยาบาล อุดรธานี. 2561;26:64-73
8. Helito, C. P., Noffs, G. G., Pecora, J. R., Gobbi, R. G., Tirico, L. E. P., Lima, A. L. M., de Oliveira, P. R., & Camanho, G. L. (2014). Epidemiology of septic arthritis of the knee at Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, 18(1), 28-33. doi: 10.1016/j.bjid.2013.04.010
9. Carpenter CR, Schuur JD, Everett WW, Pines JM. Evidence-based diagnostics: adult septic arthritis. Acad Emerg Med. 2011 Aug; 18(8):781-96. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01121.x. Erratum in: Acad Emerg Med. 2011 Sep;18(9):1011.
10. Nolla JM, Gómez-Vaquero C, Corbella X, Ordóñez S, García-Gómez C, Pérez A, Cabo J, Valverde
11. J, Ariza J. Group B streptococcus (Streptococcus agalactiae) pyogenic

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี

Development of a mental health surveillance model after the coronavirus disease 2019 crisis, Ku Kaeo District, Udon Thani Province.

(Received: March 17,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

นิโลบล ช่วยแสง[1]
Nilobon Chuaysaeng[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และระยะที่ 3 ประเมินผลของรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบการสำรวจสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิต (S B S D Survey) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Paired samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี มีความเครียด ร้อยละ 4.51 และ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.14 ระยะที่ 2 รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 2) ด้านการดูแลรักษาและฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิต 3)ด้านการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 4) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และระยะที่ 3 หลังจากการดำเนินการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี เป็นไปในทิศทางที่ดี พบว่าระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิต, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstracts

This research aims to study the development of a mental health surveillance model after the coronavirus disease 2019 crisis in Ku Kaeo District, Udon Thani Province. The study is divided into three phases: studying the population's mental health after the COVID-19 crisis, developing a mental health surveillance model, and evaluating the model's results. The survey tool used in the study is the SBSD survey, which analyzes data using statistical methods such as frequency distribution, mean, standard deviation, and paired samples t-test.

The research found that in the first phase, the mental health of the population in Ku Kaeo District showed 4.51% anxiety and 11.14% depression. The second phase of the model consists of four areas: monitoring and preventing mental health problems, caring for mental health issues, communicating risk factors related to mental health, and fostering community involvement in preventing mental health problems. In the third phase, after the mental health surveillance model was implemented, there was a significant decrease in anxiety and depression levels statistically (P-value < .05).

Keywords: Model development, Mental health surveillance, Coronavirus disease 2019

[1] โรงพยาบาลกู่แก้ว

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่มโคโรนา สายพันธุ์ว่า 2019 nCoV อยู่ในตระกูลเดียวกันกับไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคซาร์ส (SARS) หรือโรคเมอร์ส (MERS) มีระยะฟักตัวเฉลี่ย 5-6 วัน ถึง 14 วัน สามารถแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนโดยการสัมผัสกับสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจหรือแพร่กระจายเชื้อของฝอยละอองน้ำมูก น้ำลายจากผู้ป่วยที่มีเชื้อโดยการไอหรือจาม ผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการร้อยละ 45 และหากมีอาการมักจะแสดงอาการเล็กน้อยเท่านั้น เช่น ไข้ ไอ น้ำมูก สูญเสียการได้กลิ่นการรับรส เป็นต้น เพียงร้อยละ 10 ที่มีอาการรุนแรงตั้งแต่เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) จนทำให้เสียชีวิตได้โดยกลุ่มเสี่ยงที่พบจะมีภาวะปอดอักเสบรุนแรงจนเสียชีวิตได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง[1]

สถานการณ์ปัจจุบันมีแนวโน้มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิดที่ลดลง รวมถึงอัตราการติดเชื้อในต่างประเทศก็ลดลงเช่นกัน ตลอดจนในประเทศไทยมีจำนวนวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเพียงพอ อีกทั้งประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 อย่างครอบคลุม ทำให้มีภูมิคุ้มกันที่เพิ่มขึ้น[2] ข้อมูลเมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2565 พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนไวรัสรายใหม่จำนวนทั้งสิ้น 23,195,390 ราย และเสียชีวิต 67,228 ราย สำหรับในประเทศไทยจำนวนผู้ติดเชื้อล่าสุดในช่วงเวลาเดียวกันมีจำนวนทั้งสิ้น 55,034 ราย และมีจำนวนผู้ที่เสียชีวิต 125 ราย[3] สำหรับในประเทศไทย ระบบควบคุมโรคติดต่อมีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการติดตามผู้ป่วยที่สัมผัสเชื้อทุกราย และมีการตรวจเชื้อจากผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้สถานการณ์ COVID-19 ของประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้ดี แต่อย่างไรก็ตามยังคงฝ้าระวังสถานการณ์อย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันมีให้เกิดการระบาด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประชาชน เช่น การขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ และกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID - 19)) เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง การป้องกันและการควบคุมโรคติดต่อตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565[4]

เมื่อวิกฤตโควิด-19 เริ่มคลี่คลายลง ความเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตที่เกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ COVID-19 จากแนวทางเพื่อป้องกันการระบาดซ้ำ นอกจากจะกระทบวิถีชีวิตของประชาชนและความเปลี่ยนแปลงทางสังคมแล้ว ย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ลักษณะของการระบาดตาม Health Footprint of COVID-19 สามารถแบ่งการระบาดออกเป็น 4 คลื่น (Wave) พบว่าปัจจุบันประเทศไทยเริ่มเข้าสู่คลื่นลูกที่ 4:4 wave : Psychic trauma, Mental illness, Economic injury, Burnout: ผลกระทบทางเศรษฐกิจและผลกระทบด้านปัญหาสุขภาพจิต เนื่องมาจากการต่อสู้กับสถานการณ์ระบาดในระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนานและมาตรการในการควบคุมโรค อันส่งผลให้ประชาชนเกิดความเครียด วิตกกังวล เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะเครียดเรื้อรัง ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย รวมทั้งภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมาหรือเกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชได้ การฟื้นฟูจิตใจ ส่งเสริม เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)[5] จากการถอดบทเรียน การจัดการความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว

จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและการดูแลรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิต พบว่า ขาดระบบการจัดทำฐานข้อมูลภาวะสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นเฉพาะการติดตามอาการ ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการและการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ถูกต้องไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในชุมชนที่ต่อเนื่องและขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตของคนในครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างมาก จากปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการบูรณาการมาตรการการป้องกันปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตเข้าด้วยกัน การดำเนินการป้องกันโรคจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ที่ทำให้ชุมชนมีความเข้าใจการป้องกันโรค มีวิธีรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ที่สำคัญคือการดูแลใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในด้านความปลอดภัยในชุมชน ลดความตื่นตระหนก และค่อย ๆ ฟื้นฟูให้คนในชุมชนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ตามแนวคิดของการสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ[5]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ดังนี้

1. ประชากร คือ ประชาชนเขตอำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานีที่มีอายุ 20-59 ปี จำนวน 9,601 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนเขตอำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis จากโปรแกรม G*power' เลือก Linear regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.15 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 343 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจจะมีการสูญหาย (Missing data) ร้อยละ 10 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกันของ Zhang และคณะ[6] ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น จำนวน 377 คน เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) (1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี (2) อาศัยอยู่ในอำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี (3) ไม่มีภาวะทางสุขภาพจิต (4) สามารถพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ (5) มีโทรศัพท์ที่เป็นแบบสมาร์ทโฟน (Smart Phone) (6) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) (1) ไม่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย (2) มีการเจ็บป่วยเสียชีวิตในระหว่างการวิจัย (3) ในระหว่างที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้ข้อมูล

3. เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ผู้วิจัยใช้เครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา การรับข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคโควิด 19

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองความกังวลต่อโรคโควิด -19 จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ไม่กังวล (1 คะแนน) กังวลบ้าง/กังวลเล็กน้อย (2 คะแนน) กังวลมาก (3 คะแนน) การแปลผล ระดับความกังวลสูง (12-15 คะแนน) ระดับความกังวลต่ำ (5-11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด ST5 จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เป็นประจำ (3 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) และแทบไม่มี (0 คะแนน) การแปลผล ระดับความเครียดมาก (8-15 คะแนน) ระดับความเครียดน้อย (0-7 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินซึมเศร้า 2Q จำนวน 2 ข้อ และ 9Q จำนวน 9 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต การแปลผล มีภาวะซึมเศร้า (7 คะแนนขึ้นไป) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6 คะแนน)

4. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี

1. จัดประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แกนนำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชน เพื่อกำหนดแนวทางและจัดทำแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

2. นำเสนอแผนปฏิบัติการกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของการปฏิบัติงานตามแผน พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 ประเมินผลของรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กลุ่มประชากรทั้งหมดจากการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต มีคะแนนความเครียด 8-15 คะแนน จำนวน 17 คน และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เหมือนกับระยะที่ 1

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้หมายเลขรับรอง UDREC 0666

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี

ความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกกังวลกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง ร้อยละ 80.90 มีความรู้สึกกังวลไม่สบายใจกับการที่ต้องออกไปนอกบ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.27 ส่วนใหญ่มีความรู้สึกกังวลกับการเตรียมตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 82.49 ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับการนอนไม่หลับหรือมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน ร้อยละ 88.33 ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่มีผลกระทบในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.50

เมื่อจำแนกระดับความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 94.69 และมีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 5.31 ดังตารางที่ 4.5

ความเครียด อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การมีปัญหาการนอนไม่หลับหรือนอนมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แทบไม่มี ร้อยละ 51.46 มีความรู้มีความรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวายว้าวุ่นใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แทบไม่มี ร้อยละ 66.05 มีสมาธิน้อยลง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แทบไม่มี ร้อยละ 58.89 รู้สึกเบื่อเซ็ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แทบไม่มี ร้อยละ 65.52 และไม่อยากพบปะผู้คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แทบไม่มี ร้อยละ 72.94

เมื่อจำแนกระดับความเครียดในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 มีความเครียด ร้อยละ 4.51 และไม่มีความเครียด ร้อยละ 95.49

ภาวะซึมเศร้าภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกหดหู่เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวัง ร้อยละ 10.08 รู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ร้อยละ 13.26

เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่า อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ อาการเบื่อไม่สนใจอยากทำอะไร เป็นบางครั้ง ร้อยละ 29.97 บ่อยครั้ง ร้อยละ 1.06 และทุกวัน ร้อยละ 1.06 ไม่สบายใจซึมเศร้าท้อแท้ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 20.16 บ่อยครั้ง ร้อยละ 1.0 และทุกวัน ร้อยละ 1.06 มีอาการนอนหลับยากหรือหลับหลับตื่น ๆ หรือหลับมากไป เป็นบางครั้ง ร้อยละ 20.16 บ่อยครั้ง ร้อยละ 2.92 และทุกวัน ร้อยละ 1.33 เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยแข็งแรง เป็นบางครั้ง เป็นบางครั้ง ร้อยละ 20.69 บ่อยครั้ง ร้อยละ 0.80 และทุกวัน ร้อยละ 1.06 เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป เป็นบางครั้ง ร้อยละ 13.26 บ่อยครั้ง ร้อยละ 1.59 และทุกวัน ร้อยละ 1.06 รู้สึกไม่ดีกับตัวเองคิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง เป็นบางครั้ง ร้อยละ 9.55 บ่อยครั้ง ร้อยละ 0.80 และทุกวัน ร้อยละ 1.33 สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 15.38 บ่อยครั้ง ร้อยละ 1.06 และทุกวัน ร้อยละ 1.06 พูดช้าทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น เป็นบางครั้ง ร้อยละ 9.55 บ่อยครั้ง ร้อยละ 0.53 และทุกวัน ร้อยละ 0.80 คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี เป็นบางครั้ง ร้อยละ 6.10 บ่อยครั้ง ร้อยละ 0.53 และทุกวัน ร้อยละ 0.80

เมื่อจำแนกระดับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ร้อยละ 11.14 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 88.86

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี

1. สร้างการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤต เช่น การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือวิกฤตจากภัยธรรมชาติ เป็นต้น

2. ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชนทั้งในระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. พัฒนาสังคม กลุ่ม/ชมรมต่าง ๆ ในชุมชน NGOs รวมถึง ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมและวางแผนปฏิบัติการในชุมชนเพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิตและลดผลกระทบทางสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤต ด้วยกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม

3. รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

1. การสำรวจสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิต (S B S D Survey) สำรวจสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิตเน้นใน 4 ประเด็นหลักคือ ภาวะเครียด (Stress), ภาวะเหนื่อย

ล้าหมดไฟ (Burnout), การฆ่าตัวตาย (Suicide), และโรคซึมเศร้า (Depression)

2. การคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุก (Active Screening) การคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการคัดกรองทางโทรศัพท์/ออนไลน์โดยทีม MCATT อำเภอกู่แก้ว เพื่อประเมินคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นและปัญหาโรคจิตเวชผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check up

3. การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก (Active Surveillance) การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกเพื่อตรวจสอบและรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชากรในชุมชนตลอดเวลา โดยอาศัยข้อมูลจากการคัดกรองและการสำรวจสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิต

4. การให้คำปรึกษา ให้คำปรึกษาเชิงรุกและการให้คำปรึกษาในที่ตั้งเพื่อให้การสนับสนุนและช่วยเหลือสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการลดการตีตราในสังคมผ่านการประชาสัมพันธ์และการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต

ด้านการดูแลรักษาและฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิต

1. การดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถดำเนินการใน 2 ประเด็น จากการคัดกรองตามแนวทางการเฝ้าระวัง SBSB (Stress, Burnout, Suicide, Depression) คือ ความเครียด (Stress) ภาวะซึมเศร้า (Depression) การใช้การบำบัดทางจิตวิทยา การสนับสนุนผ่านกลุ่มสนับสนุน การใช้ยาที่เหมาะสม เป็นต้น เพื่อการรักษาโรคซึมเศร้าและลดอาการของผู้ป่วย ซึ่งการให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหา การดูแลรักษาในแต่ละประเด็นจะต้องมีการปรับเปลี่ยนและปรับปรุงตามความเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปตามบริบทของการระบาดของโรค COVID-19 อย่างต่อเนื่อง

2. ฟื้นฟูสภาพจิตใจ ร่วมกับทีม MCATT อำเภอกู่แก้ว การฟื้นฟูสภาพจิตใจร่วมกับทีม MCATT เป็นกระบวนการที่ให้การสนับสนุนทางจิตวิทยาแก่กลุ่มเป้าหมายที่มีความเครียดและภาวะซึมเศร้าภายหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยทีม MCATT จะทำการประเมินสถานการณ์และให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลนั้นสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม หลังจากการให้บริการที่เหมาะสม ทีม MCATT จะติดตามสถานการณ์และรักษาต่อเนื่อง เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

ด้านการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

1. พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารด้านสุขภาพจิต เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนสามารถเข้าใจและจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

2. การสร้างความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เพื่อให้กลุ่มกลุ่มตัวอย่าง และประชาชนทั่วไปเข้าใจถึงปัญหาทางจิตเวชและวิธีการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต โดยมีการใช้สื่อต่างๆ เช่น โปสเตอร์ วิดีโอ Facebook เพื่อเผยแพร่ข้อมูลและข้อความที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตเวชให้กับประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมเชิงพฤติกรรม เช่น การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงานหรือชุมชน

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

พัฒนาและติดตั้งวัคซีนใจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal ซึ่งประกอบด้วย

1. การสร้างความรู้สึกปลอดภัย มีการสื่อสารให้ความรู้ในการดูแล/ป้องกันตัวเองและผู้อื่น เช่น มีการสื่อสารเกี่ยวกับวิธีการป้องกัน/การดูแลตนเองและครอบครัวจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และการแพร่กระจาย เทคนิคหรือความรู้ในการใช้ชีวิตแบบชีวิตวิถีใหม่ สถานบริการที่

สามารถให้คำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

2. การสร้างความรู้สึกสงบ มีการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน สม่ำเสมอ เช่น สื่อสารข้อมูลการระบาดที่ถูกต้องและตรงกันกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข มีความสม่ำเสมอในการให้ข้อมูลแก่คนในชุมขน เช่น การประชาสัมพันธ์เสียงตามสายของผู้ใหญ่บ้านเวลาเดิมในทุก ๆ วัน

3. การสร้างความหวัง บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. และอสม. เยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำผู้ที่มีความเครียดและภาวะซึมเศร้าในการจัดการอารมณ์ผ่อนคลายความเครียด หรือความกังวล

4. การสร้างความเข้าใจและให้โอกาส คนในชุมชน/องค์กร อยู่ร่วมกันได้อย่างเข้าใจ เห็นใจ ไม่อคติ ไม่ตีตรา เนื่องจากได้รับการสื่อสารความรู้ที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. แกนนำชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 ผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 เพศชาย จำนวน ร้อยละ 28.57 อายุเฉลี่ย 42.17 ปี (S.D. = 16.58) อายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 78 ปี โดยเป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี และ 40 ปีขึ้นไป กลุ่มละร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/เจ้าของกิจการ ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.43 ความกังวล อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100.00 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากโทรทัศน์ ร้อยละ 100.00 สื่อโซลเชียลต่าง ๆ เช่น เฟสบุ๊ค ยูทูป ไลน์ เป็นต้น ร้อยละ 92.86 หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 64.29 โปสเตอร์/แผ่นพับ/เอกสาร ร้อยละ 42.86

2 ความเครียดภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ความเครียดภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 หลังดำเนินการ พบว่า ความเครียดภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 96.43 และระดับสูง ร้อยละ 3.57

3. ภาวะซึมเศร้าภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังดำเนินการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดเฉลี่ยภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังดำเนินการ

ความเครียด	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	t	95%CI	P-value
ก่อนดำเนินการ	11.14	2.57				
หลังดำเนินการ	2.14	2.20	-9	-14.07	-10.28 to -7.71	<0.001

จากตารางที่ 1 คะแนนความเครียดเฉลี่ย ภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนดำเนินการพบว่า คะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 11.14 คะแนน หลังดำเนินการ พบว่า คะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 คะแนน ซึ่งคะแนนความเครียดเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังดำเนินการมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อยกว่าก่อนดำเนินการ 9 คะแนน (95% CI = -10.28 to -7.71)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ภาวะซึมเศร้าภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังดำเนินการ

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน (n=28)	ร้อยละ (100.00)	จำนวน (n=28)	ร้อยละ (100.00)
ซึมเศร้า	28	100.00	4	14.29
ไม่ซึมเศร้า	0	0.00	24	85.71

จากตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้าภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ก่อนดำเนินการ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 100.00 หลังดำเนินการ พบว่า ภาวะซึมเศร้าภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.29 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 85.71

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังดำเนินการ

ภาวะซึมเศร้า	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	t	95%CI	P-value
ก่อนดำเนินการ	13.92	6.30				
หลังดำเนินการ	1.85	2.91	-12.07	-9.20	-14.72 to -9.41	<0.001

จากตารางที่ 3 คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนดำเนินการพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 13.92 คะแนน หลังดำเนินการ พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 1.85 คะแนน ซึ่งคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังดำเนินการมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อยกว่าก่อนดำเนินการ 12.07 คะแนน (95% CI = -14.72 to -9.41)

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นการศึกษาในช่วงการระบาดระลอกสามตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564[7] พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเครียด ร้อยละ 4.51 และ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.14 ทั้งนี้เนื่องจากภายหลังการระบาดแล้วประชาชนอาจมีการปรับตัวทางด้านจิตใจได้ดีขึ้น ทำให้ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพจิต ในภาพรวมภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง-รุนแรงมากของคนไทยมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ตั้งแต่การระบาดระลอกแรกระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563 และเริ่มมีแนวโน้มสูงต่อเนื่องตั้งแต่ปลายเดือนพฤศจิกายน 2563 จนถึงระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - ปัจจุบัน (13 กันยายน 2564) โดยพบสูงสุดในการระบาดระลอกสาม ร้อยละ 13.6[7] แต่ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของกุลณ์วลี กิจวัฒนะโภคิน และธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์[8] พบว่า ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของพนักงานโรงงานแห่งหนึ่งในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เท่ากับร้อยละ 11.7 และ 11.4

ตามลำดับ และมากกว่า ผลการศึกษาของธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์[9] พบว่า ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เท่ากับร้อยละ 0.9 และ 1.5 ตามลำดับ

รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 2) ด้านการดูแลรักษาและฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิต 3)ด้านการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 4) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นกระบวนการในการจัดกิจกรรมในชุมชน เช่น กระบวนการการสำรวจสภาพปัญหาสุขภาพจิต, การคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุก, การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก, และการให้คำปรึกษาและการดูแลรักษาภาวะสุขภาพจิต ติดตั้งวัคซีนใจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal โดยมุ่งเน้นให้การสนับสนุนและการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต เพื่อช่วยเหลือกลุ่มประชาชนที่มีความเครียดและภาวะซึมเศร้าภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน รวมถึงประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมและวางแผนปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน เทียบเคียงกับแนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 : C4) โดยมุ่งเน้นความร่วมมือของทุกภาคส่วน ในทุกเขตสุขภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว และชุมชน ปลอดภัย จากผลกระทบด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นี้ ได้แก่ การประเมินและดูแลจิตใจในประชาชนกลุ่มเสี่ยง กระบวนการส่งเสริม เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และบทบาทบุคลากรสุขภาพจิตในการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาด[5]

หลังจากการดำเนินการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี เป็นไปในทิศทางที่ดี พบว่าระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตที่มีผลดีต่อชุมชนดังนี้

1. การคัดกรองและการสำรวจสภาพปัญหา การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าผ่านการสำรวจสภาพปัญหาสุขภาพจิตช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการและให้การสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การคัดกรองเชิงรุก การคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุกด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทีม MCATT ช่วยในการตรวจสอบและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. การเฝ้าระวังเชิงรุก การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกที่ต่อเนื่องช่วยให้เจ้าหน้าที่มีข้อมูลที่สำคัญเพื่อดำเนินการตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้อย่างทันท่วงที

4. การให้คำปรึกษาและการดูแลรักษา การให้คำปรึกษาและการดูแลรักษา โดยการสร้างความเข้มแข็งทางใจจะช่วยบุคคลให้ได้รู้ถึงความสามารถของตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง ตลอดจนมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นดีขึ้น การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจจึงเปรียบเสมือนการให้วัคซีนคุ้มกันและเป็นการเตรียมต้นทุนทางใจเพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะวิกฤตไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมเริ่มต้นชีวิตใหม่อย่างมีความสุข[10]

5. การสร้างความรู้และความเข้าใจด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการติดตั้งวัคซีนใจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal มีการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน

และมีความสม่ำเสมอในการให้ข้อมูลแก่คนในชุมชนเกี่ยวกับวิธีการป้องกันและการดูแลตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การแพร่กระจายของโรค และเทคนิคในการใช้ชีวิตแบบใหม่ นอกจากนี้ยังมีการให้คำแนะนำเพื่อช่วยให้คนที่มีความเครียดและภาวะซึมเศร้าในการจัดการอารมณ์ผ่อนคลายความเครียดหรือความกังวล ส่งผลให้ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในชุมชนหลังจากวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานีลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการสร้างความเข้มแข็งทางใจในชุมชนในสถานการณ์การะบาดโรค COVID 19 เป็นความร่วมมือทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมน ที่มิใช่เป็นหน้าที่ของคนใดคนหนึ่ง แต่ทุกภาคส่วนควรตระหนัก ให้ความสำคัญ ใส่ใจ ร่วมมือ และประสานกลมเกลียวเพื่อสร้างความเข็มแข็งทางใจให้เหนียวแน่นมั่นคง โดยมีหลากหลายวิธีให้เลือกนำไปปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ ความสนใจความถนัดและบริบทของชุมชน หากชุมชนใดสามารถสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อเป็นต้นแบบให้กับประชาชน ก็จะนำไปสู่ความเข้มแข็งที่ยั่งยืนต่อไปทั้งของชุมชนและประเทศชาติ[11]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมความตระหนักและความเข้าใจเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการรับมือกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากสื่อโซลเชียลต่าง ๆ เช่น เฟสบุ๊ค ยูทูป ไลน์ เป็นต้น ร้อยละ 92.86 และการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องในการควบคุมและการป้องกันโรค COVID-19 เชิงรุกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อปรับตัวให้ทันกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

2. การคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการคัดกรองทางโทรศัพท์/ออนไลน์โดยทีม MCATT อำเภอกู่แก้ว ช่วยในการตรวจสอบและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตภายหลังวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการขับเคลื่อนภายใต้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกิดผลลัพธ์เชิงบวกในการดูแลสุขภาวะทางจิต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพจิตในระยะยาว และการวิเคราะห์ความต่อเนื่องของผลกระทบต่อชุมชนหรือบุคคลในระยะยาว แบบวัดผลซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) อาจทำให้สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้าได้

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตหลังจากวิกฤตการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมทางสังคมและภาวะสุขภาพจิต

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการและกลไกที่ทำให้บุคคลหรือชุมชนสามารถฟื้นตัวจากภาวะสุขภาพจิต รวมถึงการสำรวจเทคนิคหรือกลไกการทำงานของการให้ความช่วยเหลือทางจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). (2021). [ออนไลน์] จาก: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 เดือน ตุลาคม ปี 2565]

2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. (2565). [ออนไลน์] สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no637-011064.pdf [เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 เดือน ตุลาคม ปี 2565]
4. ประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565. (2565, 20 กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 : C4). นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอวัน ปริ้นติ้ง.
6. Zhang, M., Simon, M. A., & Dong, X. (2014). The prevalence of perceived stress among US Chinese older adults. AMIS Medical Science, 1(1), 40-56. https://doi.org/10.3934/medsci.2014.1.40
7. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย.[ออนไลน์] สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1335820221025031629.pdf [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 เดือน มีนาคม ปี 2567]
8. กุลณ์วลี กิจวัฒนะโภคิน และธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์. (2565). ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของพนักงานโรงงานแห่งหนึ่งในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่.วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(3), 393-403.
9. ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์. (2564). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 29(1), 12-2
10. ฐาศุกร์ จันประเสริฐ สุดา วงศ์สวัสดิ์ และปองพล ชุษณะโชติ. (2565) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูป แบบการสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, 14(1), 1-18.
11. วิภา สุวรรณรัตน์, มาลี เกตแก้ว และกัณณวันท์ สกูลหรัง. (2565). การพัฒนาความเข้มแข็งทางใจในชุมชนในสถานการณ์ระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). เข้าถึงจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/252384/174179[เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 เดือน มีนาคม ปี 2567]

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย

Oral health–related quality of life and satisfaction in removable complete denture wearers with traditional and simplified impression method.

(Received: March 18,2024 ; Revised: March 21,2024 ; Accepted: March 23,2024)

กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์[1]
Kanyawan Srisawatphong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และระดับความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก และศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ระหว่างกลุ่มใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมและวิธีการพิมพ์แบบง่าย ของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย ที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 16 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและยินดีเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed rank test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 66.4 ± 7.9 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 53.1 และเพศหญิงร้อยละ 46.9 มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.4 และมีความพึงพอใจอย่างมากต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากอยู่ที่ 94.5 ± 4.1 โดยไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ระหว่างกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย (p>.05)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม วิธีการพิมพ์แบบง่าย

Abstract

This survey research by cross-sectional study aiming to study and compare oral health-related quality of life and satisfaction of removable complete denture wearers with traditional and simplified impression method. The subjects were the 32 patients who received removable complete denture with traditional and simplified impression method at Sirindhorn Khon Kaen hospital. Random sampling into 2 groups, each group contained 16 persons that met the inclusion criteria and signed consent form. The data were collected by the questionnaires and were analyzed by Mann-Whitney U test and Wilcoxon signed rank test.

The results were revealed that 32 patients have an average age of 66.4 ± 7.9 years. 53.1% were male and 46.9% were female. 59.4% had moderate oral health–related quality of life and had highly satisfied at the level of 94.5 ± 4.1. There were no statistically significant differences in oral health–related quality of life and satisfaction between the 2 groups of traditional and simplified impression method (p>.05).

Keywords: Oral health–related quality of life, Removable complete denture, Traditional impression method, Simplified impression method

บทนำ

จำนวนประชากรผู้สูงอายุของโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยปี 2565 ทั่วโลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลกทั้งหมด ภูมิภาคอาเซียนมีประชากรทั้งหมด 674 ล้านคน โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 79 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.74 ของประชากรทั้งหมด ส่วนประเทศไทย ในปี 2565 มีประชากรอายุ

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

60 ปีขึ้นไป 12.69 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.21[1] จากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคมและโครงสร้างของประเทศ รวมทั้งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต[2] จากการสูญเสียฟันหรือการมีสภาวะไร้ฟันในผู้สูงอายุ ซึ่งจะไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้อย่างปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งการพูดที่ไม่เป็นปกติ และความมั่นใจต่อภาพลักษณ์ของใบหน้าเมื่อมีการพบปะสังสรรค์กับผู้คน ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีสภาวะไร้ฟัน จึงจำเป็นจะต้องใส่ฟันเทียมทดแทนฟันที่สูญเสียไป เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว การพูด ภาพลักษณ์ของใบหน้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ปี 2560 พบว่า กลุ่มวัยสูงอายุ 60-74 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันถาวรที่มีในช่องปาก 18.6 ซี่/คน โดยมีผู้มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 56.1 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบร้อยละ 40.2 มีจำนวนฟันถาวรใช้งาน 20 ซี่ และมีฟันหลัง 4 คู่สบร้อยละ 39.4 สำหรับผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80-85 ปี มีการสูญเสียฟันถาวรเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยฟันถาวรที่มีในช่องปาก 10 ซี่/คน เหลือผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 22.4 ที่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังสบกัน 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 12.1 ทำให้เมื่ออายุเพิ่มขึ้นประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหารจะลดลง[3] จากสถิติกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564 - 2566 ผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มารับบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งหมดจำนวน 83, 91 และ 112 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นฟันเทียมทั้งปากถอดได้จำนวน 27, 29 และ 48 ราย ตามลำดับ[4]

การใส่ฟันเทียมทั้งปาก สำหรับผู้ป่วยไร้ฟันหรือผู้ป่วยที่สูญเสียฟันทั้งปาก มีส่วนสำคัญที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระยะยาว[5] การทำฟันเทียมทั้งปากถอดได้มีขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งคือ การพิมพ์แบบ เพราะการพิมพ์แบบที่ดีจะทำให้ได้ขอบเขตที่ครอบคลุมมากที่สุด (maximum extension) เกิดความแนบสนิทอย่างเที่ยงตรง (accurate adaptation) ช่วยส่งเสริมการยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียม และเกิดการผนึกตามขอบ (peripheral seal) และสุดท้ายคือช่วยให้กระจายแรงกดอย่างเหมาะสม (equitable stress distribution) เพื่อกระจายแรงกดไปทั่วพื้นที่รองรับได้อย่างเหมาะสมตามความแตกต่างของลักษณะโครงสร้างทางกายวิภาคในแต่ละบริเวณ[6-7]

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีการให้การรักษาผู้ป่วยไร้ฟันด้วยการทำฟันเทียมทั้งปากถอดได้ โดยใช้วิธีการพิมพ์ 2 วิธีคือ วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมและวิธีการพิมพ์แบบง่าย ซึ่งวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมมีขั้นตอนทางคลินิกดังนี้ 1) การพิมพ์แบบขั้นต้นด้วยถาดพิมพ์สำเร็จรูปแบบมีรูสำหรับผู้ป่วยไร้ฟัน ร่วมกับวัสดุพิมพ์อัลจิเนต 2) การปั้นขอบและการพิมพ์แบบขั้นสุดท้ายด้วยถาดพิมพ์เฉพาะบุคคลร่วมกับวัสดุพิมพ์โพลีไวนิลไซลอกเซน 3) การลองแท่นกัดบนและล่าง หาตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ บันทึกการสบฟันในศูนย์ของขากรรไกรบนและล่าง 4) การลองฟันเทียม 5) การใส่ฟันเทียมทั้งปากให้ผู้ป่วย 6) ติดตามผลหลังการใช้งานฟันเทียม[8-9] ส่วนวิธีการพิมพ์แบบง่ายจะไม่มีขั้นตอนการปั้นขอบ และการพิมพ์แบบขั้นสุดท้าย ซึ่งจะทำให้ลดจำนวนครั้งในการรักษาลง 1 ครั้งเมื่อเทียบกับวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม[10] วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมจะมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาที่นานกว่า และมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า ทั้งจากจำนวนครั้งของการรักษาที่มากกว่า และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากค่าวัสดุและอุปกรณ์ สำหรับวิธีการพิมพ์แบบง่ายจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย เพราะช่วยลดจำนวนครั้งของการรักษาลง[11] อย่างไรก็ตามวิธีการดั้งเดิมยังเป็นวิธีการที่สอนให้นักศึกษาทันตแพทย์มานาน แต่ทันตแพทย์ที่เรียนจบโดยทั่วไปมักจะเลือกใช้วิธีการพิมพ์แบบง่าย เพราะความสะดวก ช่วย ประหยัดเวลา และวัสดุ[12]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและระดับความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ของกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากระหว่างกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย ที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2565 ถึง 2566 จำนวน 77 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power ใช้ Test family เลือก t-tests คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ใช้งานวิจัยที่ใกล้เคียง (Ereifej NS. และคณะ; 2024[11]) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.414 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ (Alpha) เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 16 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและยินดีเข้าร่วมการวิจัย พร้อมลงนามเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และไม่มีฟันทั้งปาก ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้มาอย่างน้อย 6 เดือน ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้โดยทันตแพทย์คนเดียวกัน มีการรับรู้สมบูรณ์และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สวมใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้เป็นประจำ

เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ ป่วยหนักในขณะที่ทำการศึกษา เป็นผู้ป่วยติดเตียง มีการย้ายภูมิลำเนา มีเนื้องอกในช่องปาก มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวกับการรับรู้ เช่น โรคความจำเสื่อม ความผิดปกติของการได้ยิน โรคทางจิตเวช เป็นโรคปากแห้ง หรือมีความผิดปกติในระบบบดเคี้ยว เช่น ปวดข้อต่อขากรรไกร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยไร้ฟัน (OHIP-EDENT) โดย Allen F. และ Locker D.[13] ที่ได้รับการพัฒนาเป็นรูปแบบภาษาไทยโดย พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์ และคณะ[14] และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก จากการศึกษาของ Celebic A. และ Knezovic-Zlataric D.[15] และการศึกษาของ Alfadda SA.[16] โดยแบบสอบถามมี 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว และประสบการณ์การใส่ฟันเทียม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยไร้ฟัน (OHIP-EDENT) ฉบับภาษาไทย จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การจำกัดในหน้าที่ ความเจ็บปวดทางกายภาพ ความไม่สะดวกสบายทางจิตใจ การไร้ความสามารถทางกายภาพ การไร้ความสามารถทางจิตใจ การไร้ความสามารถทางสังคม และความพิการ หรือด้อยโอกาส ใช้เกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับของลิเคิร์ทสเกล แบ่งระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ผลรวมของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดี จนถึง 76 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่ดี นำผลรวมของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมาเขียนกราฟฮิสโตแกรมเพื่อดูแนวโน้ม และการกระจายของข้อมูล และแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตโดยวิธีอิงกลุ่มให้ได้ 3 กลุ่ม[14]

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ใช้มาตรวัดความพึงพอใจด้วยสายตา (100-mm Visual analogue scale; 100-mm VAS) ผู้ป่วยจะให้ระดับความพึงพอใจได้ตั้งแต่ 0 คะแนน แสดงถึงความพึงพอใจน้อยที่สุด จนถึง 100 คะแนน แสดงถึงความพึงพอใจมากที่สุด

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก (OHIP-EDENT) ฉบับภาษาไทย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 ส่วน

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก มีค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's kappa) อยู่ที่ 0.76–0.92

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ตามระเบียบวิธีการวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS 26.0 (SPSS Statistics 26.0, SPSS Inc., IBM Company, USA) ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาในการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และระดับความพึงพอใจของของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher's Exact test, Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จากการทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ 03/2567

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก ที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม จำนวน 16 ราย และกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก ที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบง่ายจำนวน 16 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 66.4 ± 7.9 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 53.1 และเพศหญิงร้อยละ 46.9 โดยร้อยละ 78.1 มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 68.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 65.6 ร้อยละ 46.9 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน 4 ราย โรคความดันโลหิตสูง 5 ราย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3 ราย และอื่น ๆ 4 ราย ร้อยละ 78.1 เคยใส่ฟันเทียม ส่วนมากเคยใส่ฟันเทียมมาก่อน 1 ชุด จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.3 และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.4 มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจอย่างมากต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากโดยรวมอยู่ที่ 94.5 ± 4.1 ซึ่งไม่พบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบง่าย

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแสดงเป็นค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ พบว่าไม่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย (ตารางที่ 1) และเมื่อแยกตามองค์ประกอบ พบว่าองค์ประกอบที่ 5 การไร้ความสามารถทางจิตใจ องค์ประกอบที่ 6 การไร้ความสามารถทางสังคม และองค์ประกอบที่ 7 ความพิการ หรือด้อยโอกาส มีค่าเป็นศูนย์ หมายถึง ไม่เคยเกิดขึ้นหรือไม่เกิดผลกระทบ โดยไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในแต่ละองค์ประกอบ ระหว่างสองกลุ่มวิธีการพิมพ์ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-EDENT) ฉบับภาษาไทย ของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมและวิธีการพิมพ์แบบง่าย โดยแสดงค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-EDENT)	**วิธีการพิมพ์**		p-value
	แบบดั้งเดิม (n=16)	**แบบง่าย** (n=16)	
เคยใส่ฟันเทียมแล้วบดเคี้ยวอาหารบางชนิดยาก	1 ± 0	1 ± 2	.419
เคยใส่ฟันเทียมแล้วมีเศษอาหารติดตามฟันเทียม (ขณะรับประทานอาหาร)	1 ± 1	1 ± 1	.769
เคยรู้สึกว่าฟันเทียมหลวมไม่กระชับ	0.5 ± 1	1 ± 2	.320

ตารางที่ 1 แสดงระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-EDENT) ฉบับภาษาไทย ของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมและวิธีการพิมพ์แบบง่าย โดยแสดงค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-EDENT)	**วิธีการพิมพ์**		**p-value**
	แบบดั้งเดิม (n=16)	**แบบง่าย** (n=16)	
เคยใส่ฟันเทียมแล้วมีอาการเจ็บหรือปวดภายในช่องปาก (เนื่องจากฟันเทียม)	0 ± 1	1 ± 1	.077
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรับประทานอาหารบางชนิดไม่สะดวกสบาย	0	0 ± 1	.108
เคยมีจุดกดเจ็บหรือแผลในช่องปาก (เนื่องจากฟันเทียม)	0	0	.317
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกอึดอัด ไม่สะดวกสบาย	0 ± 1	0	.551
เคยรู้สึกวิตกกังวลกับปัญหาจากฟันเทียม	0	0	.317
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกประหม่าหรือไม่มั่นใจ	0	0	.151
เคยใส่ฟันเทียมแล้วต้องเลือกหรือหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด	1 ± 1	1 ± 1	.593
เคยใส่ฟันเทียมแล้วไม่สามารถรับประทานอาหารได้	0 ± 1	1 ± 1	.330
เคยใส่ฟันเทียมแล้วต้องหยุดการรับประทานอาหาร	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกอารมณ์เสีย	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกเขินอาย	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วต้องหลีกเลี่ยงการออกไปนอกบ้าน	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกว่าความอดทนต่อคู่สมรส บุคคลในครอบครัวลดลง	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกหงุดหงิดหรือฉุนเฉียวง่ายกับผู้อื่น	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วการทำงานและกิจกรรมอย่างสนุกร่วมกับผู้อื่นยากขึ้น	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกพอใจต่อการใช้ชีวิตตามปรกติลดน้อยลง	0	0	1.000
ผลของฟันเทียมทั้งปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยรวม	4 ± 5	5.5 ± 5	.404
การจำกัดในหน้าที่ (functional limitation)	2 ± 2	2 ± 3	.788
ความเจ็บปวดทางกายภาพ (physical pain)	0 ± 1	1 ± 2	.126
ความไม่สะดวกสบายทางจิตใจ (psychological discomfort)	0	0	.632
การไร้ความสามารถทางกายภาพ (physical disability)	1.5 ± 3	2 ± 3	.655
การไร้ความสามารถทางจิตใจ (psychological disability)	0	0	1.000
การไร้ความสามารถทางสังคม (social disability)	0	0	1.000
ความพิการ หรือด้อยโอกาส (handicap)	0	0	1.000
ผลของฟันเทียมทั้งปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยรวม	4 ± 5	5.5 ± 5	.404

ความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากแสดงเป็นค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจอย่างมาก และไม่มีความแตกต่างกันของความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากระหว่างกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย โดยระดับความพึงพอใจต่อการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากชิ้นล่างมีระดับความพึงพอใจต่ำกว่าหัวข้ออื่น (ตารางที่ 3) และระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากชิ้นบน สูงกว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากชิ้นล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 2 แสดงระดับความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก (100-mm VAS rating score) ของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมและวิธีการพิมพ์แบบง่าย โดยแสดงค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก (100-mm VAS rating score)	**วิธีการพิมพ์**		**p-value**
	แบบดั้งเดิม (n=16)	**แบบง่าย** (n=16)	
ความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมทั้งปาก	95 ± 8	95 ± 9	.574
ความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากชิ้นบน			
ความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมทั้งปากชิ้นบน	100 ± 4	100 ± 5	.234
ความพึงพอใจต่อความสบายในขณะที่สวมใส่ฟันเทียมทั้งปากชิ้นบน	100 ± 0	97.5 ± 5	.102
ความพึงพอใจต่อการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากชิ้นบน	100 ± 4	97.5 ± 5	.155
ความพึงพอใจต่อเสถียรภาพของฟันเทียมทั้งปากชิ้นบน	100 ± 4	97.5 ± 5	.155
ความพึงพอใจต่อความสวยงามของฟันเทียมทั้งปากชิ้นบน	100 ± 5	100 ± 5	.151
ความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากชิ้นล่าง			
ความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมทั้งปากชิ้นล่าง	92.5 ± 5	92.5 ± 15	.861
ความพึงพอใจต่อความสบายในขณะที่สวมใส่ฟันเทียมทั้งปากชิ้นล่าง	97.5 ± 10	92.5 ± 15	.133
ความพึงพอใจต่อการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากชิ้นล่าง	90 ± 5	90 ± 10	.697
ความพึงพอใจต่อเสถียรภาพของฟันเทียมทั้งปากชิ้นล่าง	95 ± 10	90 ± 5	.177
ความพึงพอใจต่อความสวยงามของฟันเทียมทั้งปากชิ้นล่าง	100 ± 5	100 ± 5	.663
ความพึงพอใจต่อการใช้งานฟันเทียมทั้งปาก			
ความพึงพอใจต่อการใช้งานฟันเทียมทั้งปากในการบดเคี้ยว	95 ± 5	95 ± 9	.937
ความพึงพอใจต่อการใช้งานฟันเทียมทั้งปากในการพูด	100 ± 5	95 ± 10	.171

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ควรประเมินหลังจากผู้ป่วยได้รับการใส่ฟันเทียมไปแล้ว 3 – 6 เดือน เพื่อให้ทันตแพทย์ได้นัดผู้ป่วยกลับมาปรับแก้ไขฟันเทียมตามระยะ และผู้ป่วยมีเวลาเพียงพอในการปรับตัวกับการใช้งานฟันเทียมชุดใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยเคยใส่ฟันเทียมชุดเดิมมาก่อน[17-18] การรักษาผู้ป่วยที่ไร้ฟันทั้งบนและล่างด้วยการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ จะช่วยให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด[19] ยกเว้นองค์ประกอบความเจ็บปวดทางกายภาพที่เกิดขึ้นหลังจากการใส่ฟันเทียม จึงจำเป็นที่จะต้องนัดผู้ป่วยกลับมาแก้ไขฟันเทียม เพื่อลดอาการเจ็บหรือปวดภายหลังจากการใส่ฟันเทียม[5,20-21]

ผลจากการศึกษานี้พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน ทำให้ไม่มีผลต่อการรับรู้ต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของทั้งสองกลุ่ม[22-23] โดยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และความพึงพอใจโดยรวมต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ระหว่างกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมและวิธีการพิมพ์แบบง่ายไม่แตกต่างกัน (p=0.40 และ p=0.57 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Albuquerque IS. และคณะ (2020)[22] พบว่าระหว่างสองกลุ่มมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-EDENT) ในแต่ละองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน (p>0.05) และค่าคะแนนความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน(p>0.05) การศึกษาของ Kawai Y. และคณะ (2018)[24] พบว่า จากการติดตามการใช้งาน 10 ปี ทั้งกลุ่มที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย มีค่าความพึงพอใจ (100-mm VAS) ต่อฟันเทียมทั้งปากบนและล่าง และค่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-20) ไม่แตกต่างกัน (p=0.36, p=0.48 และ p=0.46 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nunez MCO. และคณะ (2015)[19] พบว่า คุณภาพชีวิต

ในมิติสุขภาพช่องปาก ความพึงพอใจต่อฟันเทียมบนและความพึงพอใจต่อฟันเทียมล่าง ของกลุ่มผู้ป่วยฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย หลังการใช้งานฟันเทียม 30 วัน ไม่แตกต่างกัน (p=0.723, p=0.833 และ p=0.441 ตามลำดับ) และติดตามผลการรักษา 6 เดือน ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (p=0.945, p=0.528 และ p=0.114 ตามลำดับ) การศึกษาของ Regis RR. และคณะ (2013)[18] พบว่า หลังจากใส่ฟันเทียมทั้งปากเป็นเวลา 3 และ 6 เดือน กลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมด้วยวิธีการพิมพ์แบบง่ายมีค่าคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.017 และ p=0.043 ตามลำดับ) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลังใส่ฟันเทียม 3 เดือน จะมีความพึงพอใจต่อการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากชิ้นล่าง และความพึงพอใจต่อการใช้งานฟันเทียมทั้งปากในการพูด (p=0.044 และ p=0.017 ตามลำดับ) แต่หลังใส่ฟันเทียม 6 เดือน กลับไม่แตกต่างกัน จากการศึกษานี้สรุปว่า วิธีการพิมพ์แบบง่าย สามารถสร้างฟันเทียมทั้งปากที่มีคุณภาพเทียบเท่ากับวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของ Jo A. และคณะ (2015)[12] ทำการวัดผลหลังจากใส่ฟันเทียม 1 เดือน จากความพึงพอใจโดยรวม (100-mm VAS) และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-EDENT) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมมีความพึงพอใจโดยรวมสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการพิมพ์แบบง่ายอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.04) ค่าคะแนนโดยรวม และค่าคะแนนทั้ง 7 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=0.22) จากการศึกษาจึงสรุปว่า การทำฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม โดยมีถาดพิมพ์เฉพาะบุคคล ทำการปั้นขอบและพิมพ์ขั้นสุดท้าย จะให้ผลความพึงพอใจที่สูงกว่า เพราะการปั้นขอบจะช่วยทำให้เกิดเสถียรภาพ และทำให้ใส่ฟันเทียมได้สบายกว่า

ในบางการศึกษาได้มีการดัดแปลงวิธีการพิมพ์แบบง่าย โดยการรวมขั้นตอนการรักษาเข้าด้วยกัน เพื่อลดจำนวนครั้งในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจสูงกว่า โดยที่ระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากใกล้เคียงกับวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม ได้แก่ การศึกษาของ Ereifej NS. และคณะ (2024)[11] มีการประเมินการยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียมในขั้นตอนการลองฟัน และใช้ฐานชั่วคราว เป็นถาดพิมพ์เพื่อเสริมฐานฟันเทียม ด้วยวัสดุโพลิไวนิลไซลอกเซนอีกครั้ง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการนี้มีค่าคะแนนความพึงพอใจ (VAS) สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ในหัวข้อความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมทั้งปากชิ้นบน (p=.036), การยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากชิ้นบน (p=.002), เสถียรภาพของฟันเทียมทั้งปากชิ้นบน (p=.003) และการใช้งานฟันเทียมทั้งปากในการพูด (p=.002) การศึกษาของ Hsu YJ และคณะ (2021)[25] จะมีการดัดแปลงใช้ฐานแท่นกัดทำการปั้นขอบ พิมพ์ขั้นสุดท้าย และบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่างไปพร้อมกันในการรักษาครั้งเดียว พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มใส่ฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการดั้งเดิม และวิธีการดัดแปลง เท่ากับ 13.79±3.81 และ 15.33±5.25 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ (VAS 0-10) เท่ากับ 8.33±0.61 และ 8.66±1.13 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษานี้สรุปได้ว่า การทำฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการดัดแปลงจะลดจำนวนครั้งในการกลับมาแก้ไขหลังใส่ฟันเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Ceruti P. และคณะ (2017)[26] กลุ่มวิธีการพิมพ์แบบง่าย จะดัดแปลงรวมขั้นตอนของการพิมพ์แบบขั้นต้น การลองแท่นกัด การบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่าง และการลองฟันหน้า ให้อยู่ในการรักษาครั้งเดียว ทำให้ใช้เวลาการทำฟันเทียมทั้งปากเพียง 3 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจที่จำนวนครั้งของการรักษาลดลง (p=.003) จึงสรุปได้ว่า วิธีการทำฟันเทียมทั้งปากที่ดัดแปลงให้ง่ายขึ้น อาจพิจารณาเป็นทางเลือกของวิธีการทำฟันเทียมทั้งปากที่ยอมรับได้ และใช้กรอบเวลาในการรักษาที่ลดลง แต่ยังได้คุณภาพของฟันเทียมและความพึงพอใจของผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าวิธีการพิมพ์แบบง่ายมีข้อดีเหนือกว่าวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม ในแง่ของเวลาที่ใช้ในการรักษาที่น้อย

กว่า และต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อมที่น้อยกว่า โดยที่ผลการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นวิธีการพิมพ์แบบง่ายจึงมีความคุ้มค่ามากกว่า[24,27-32]

จากการศึกษานี้ยังพบว่า องค์ประกอบที่ 5 การไร้ความสามารถทางจิตใจ องค์ประกอบที่ 6 การไร้ความสามารถทางสังคม และองค์ประกอบที่ 7 ความพิการ หรือด้อยโอกาส มีค่าเป็นศูนย์ หมายถึงไม่เคยเกิดขึ้น หรือไม่เกิดผลกระทบ เพราะการใส่หรือไม่ใส่ฟันเทียมไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ และการเข้าสังคมของผู้สูงอายุไทย อีกทั้งการใส่ฟันเทียมยังทำให้มีความมั่นใจในการเข้าสังคมมากกว่า ส่วนองค์ประกอบที่ 1 การจำกัดในหน้าที่ และองค์ประกอบที่ 4 การไร้ความสามารถทางกายภาพ เกิดผลกระทบได้นาน ๆ ครั้ง หรือบางครั้ง ดังนั้นทันตแพทย์ควรอธิบายการปรับรูปแบบของอาหารแก่ผู้ป่วยเพื่อการเคี้ยวที่ง่ายขึ้น[14]

ระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากชิ้นบน สูงกว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากชิ้นล่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) เนื่องมาจากเสถียรภาพ และการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากชิ้นล่างที่น้อยกว่าชิ้นบน เพราะกายวิภาคที่แตกต่างกัน[16,33] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความพึงพอใจต่อฟันเทียมทั้งปาก มาจากการที่ใส่สบาย มีเสถียรภาพ และการยึดอยู่ที่ดี มีความสวยงาม และมีประสิทธิภาพในการพูดและการบดเคี้ยว ส่งผลไปถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้[12,16-17,33] และยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาวะจิตใจ ความคาดหวังต่อการทำหน้าที่ของฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติ รวมทั้งการให้คุณค่าที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ[14] ดังนั้นก่อนการให้การรักษาด้วยฟันเทียมทั้งปาก มีความจำเป็นที่ทันตแพทย์ควรพูดคุย และสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความคาดหวังต่อฟันเทียมทั้งปาก แจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อจำกัดของฟันเทียมทั้งปาก รวมถึงสภาวะในช่องปากของผู้ป่วยที่มีผลต่อการรักษาเช่น ลักษณะของสันเหงือกส่วนเหลือ เนื้อเยื่ออ่อนโดยรอบ ปริมาณน้ำลาย รวมถึงทางเลือกในการรักษาอื่น ๆ เช่น การใส่รากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปาก[34] นำข้อมูลทั้งหมดมาวางแผนการรักษา และวางเป้าหมายการรักษาร่วมกันของทันตแพทย์และผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความคาดหวังต่อฟันเทียมที่สูงเกินไป และเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมากที่สุดในการใช้งานฟันเทียมทั้งปาก[16,33,35]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำฟันเทียมทั้งปากถอดได้ สามารถเลือกวิธีการพิมพ์แบบง่ายหรือวิธีการดัดแปลง โดยรวมขั้นตอนการรักษาเข้าด้วยกัน เพื่อลดจำนวนครั้งในการรักษา ช่วยทำให้ใช้เวลา และใช้ต้นทุนในการรักษาที่น้อยลง

2. ควรพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ และระบบการนัดหมายผู้ป่วยกลับมาแก้ไขฟันเทียมเป็นระยะและต่อเนื่อง จนครบ 1 ปี เพื่อลดอาการเจ็บหรือปวดภายหลังจากการใส่ฟันเทียมทั้งปาก

3. ทันตแพทย์ควรพูดคุยและสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความคาดหวังต่อฟันเทียมทั้งปาก แจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อจำกัดของฟันเทียมทั้งปาก สภาวะในช่องปากของผู้ป่วยที่มีผลต่อการรักษา รวมถึงทางเลือกอื่น ๆ ในการรักษา เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาวางแผนการรักษา และวางเป้าหมายการรักษาร่วมกันของทันตแพทย์และผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการกำหนดประเภท และความสูงของสันเหงือกส่วนเหลือ ของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมและวิธีการพิมพ์แบบง่าย

2. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมถึงการวิจัยทางคลินิก เพื่อเปรียบเทียบการใช้งานของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ด้วยวิธีการพิมพ์ทั้งสองแบบ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่กว่าเดิม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานทันตกรรม เพื่อนร่วมงาน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และครอบครัว ที่อำนวยความสะดวก ช่วยเหลือ ให้ข้อคิดเห็น และให้กำลังใจ ในการทำวิจัยนี้จนประสบผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2565. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาแพรสจำกัด. 2565.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. รายงานทันตกรรม แยกตามหัตถการ. เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2567 จากโปรแกรม HOSxP.
5. Martin AM, Guimaraes LS, Campos CH, Kuchler EC, Pereira DM, Maia LC, et al. The effect of complete dentures on edentulous patients' oral health-related quality of life in long-term: A systematic review and meta-analysis. Dent Res J. 2021; 18(1): 65. Available from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ 34584643/
6. Winkler S. Essentials of complete denture prosthodontics. 2nd edition. St. Louis: PSG Publishing Company INC; 1988.
7. Levin B. Impressions for Complete Dentures. Quintessence Publishing Co Inc; 1984.
8. ดนัย ยอดสุวรรณ. ฟันเทียมทั้งปาก 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.
9. ดนัย ยอดสุวรรณ. ฟันเทียมทั้งปาก 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2561.
10. Duncan JP, Taylor TD. Simplified complete dentures. Dent Clin N Am. 2004; 48(3): 625-40.
11. Ereifej NS, Oweis YG, Manaseer WE, et al. Simplified versus conventional complete dentures: A randomized crossover clinical trial. J Prosthet Dent. 2024; 131(1): 50-5.
12. Jo A, Kanazawa M, Sato Y, Iwaki M, Akiba N. A randomized controlled trial of the different impression methods for the complete denture fabrication: Patient reported outcomes. J Dentistry. 2015; 43(8): 989-96.
13. Allen F, Locker D. A modified short version of the Oral Health Impact Profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. Int J Prosthodont. 2002; 15: 446-50.
14. พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์, ทรงชัย ฐิตโสมกุล และไพฑูรย์ ดาวสดใส. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก และความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์. 2557; 64(1): 26-46.
15. Celebic A, Knezovic-Zlataric D. A comparison of patient's satisfaction between complete and partial removable denture wearers. J Dent. 2003; 31: 445-51.
16. Alfadda SA. The relationship between various parameters of complete denture quality and patients' satisfaction. 2014; 145(9): 941-8.
17. Soboleva U, Rogovska I. Edentulous patient satisfaction with conventional complete dentures. Medicina. 2022; 58(2): 344-54.
18. Regis RR, Cunha TR, Vecchia D, Ribeiro AB, Silva-Lovato CH, De Souza RF. A randomized trial of a simplified method for complete denture fabrication: patient perception and quality. J Oral Rehabil. 2013; 40(7): 535-45.
19. Nunez MCO, Silva DC, Barcelos BA, Leles CR. Patient satisfaction and oral health-related quality of life after treatment with traditional and simplified protocols for complete denture construction. Gerodontology. 2015; 32(4): 247-53.

20. Rad HM, Asli HN, Rebiei M, Falahchai M, Ghasemi F. Effect of complete denture therapy on oral health-related quality of life of edentulous patient. Enviro Dental J. 2020; 2(1): 21-8.
21. Shrestha B, Basnet BB, Adhikari G. A questionnaire study on the impact on oral-health-related quality of life by conventional rehabilitation of edentulous patient. BDJ Open. 2020; 6(3). Available from https://doi.org/10.1038/s41405-020-0029-5.
22. Albuquerque IS, Regis RR, de Souza RF, Gurgel KF, Silva PG, et al. Is a two-step impression mandatory for complete denture fabrication on the severely resorbed mandible? A randomized trial on patient perception and denture quality. J Dent. 2020; 98. Available from https://doi.org/10.1016/j.jdent. 2020.103356.
23. Albuquerque IS, Freitas-Pontes KM, de Souza RF, Negreiros WA, Ramos MB, et al. Is a two-step impression mandatory for complete denture fabrication on the severely resorbed mandible? A randomized trial on mastication, patient satisfaction and adjustments. J Dent. 2020; 99. Available from https://doi.org/10.1016/j.jdent. 2020.103357.
24. Kawai Y, Muarakami H, Feine JS. Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques? A 10-year follow-up of a randomized clinical trial. J Dent. 2018; 74(4): 30-6.
25. Hsu YJ, Lin JR, Hsu JF. Patient satisfaction, clinical outcomes and oral health-related quality of life after treatment with traditional and modified protocols for complete dentures. J Dent Sciences. 2021; 16(1): 236-40.
26. Ceruti P, Mobilio N, Bellia E, Borracchini A, Catapano S, Gassino G. Simplified edentulous treatment: A multicenter randomized controlled trial to evaluate the timing and clinical outcomes of the technique. J Prosthet Dent. 2017; 118(4): 462-7.
27. Vecchia MPD, Regis RR, Cunha TR, Andrade IM, Matta JCS, Souza RF. A randomized trial on simplified and conventional methods for complete denture fabrication: Cost analysis. J Prosthodontics. 2014; 23(3): 182-91.
28. Sanjeevan V, Rajagopal P, Venkitachalam R, Aras M. Efficiency of simplified versus traditional denture fabrication methods: A systematic review and meta-analysis. J Prosthet Dent. 2021; 126(3): 377-85.
29. Ye Ye, Jian Sun. Simplified complete denture: A systematic review of the literature. J Prosthodont. 2017; 26(4): 267-74.
30. Regis RR, Alves CCS, Rocha SSM, Negreiros WA, Freitas-Pontes KM. The importance of a two-step impression procedure for complete denture fabrication: a systematic review of the literature. J Oral Rehabil. 2016; 43(10): 771-7.
31. Paulino MR, Alves LR, Gurgel BCV, Calderon PS. Simplified versus traditional techniques for complete denture fabrication: A systematic review. J Prosthet Dent. 2015; 113(1): 12-6.
32. Kawai Y, Muarakami H, Shariati B, Klemetti E, Blomfield JV, Billette L, et al. Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques?. J Dent. 2005; 33(8): 659-68.
33. Yamaga E, Sato Y, Minakuchi S. A structural equation model relating oral condition, denture quality, chewing ability, satisfaction, and oral health-related quality of life in complete denture wearers. J Dent. 2013; 41(8): 710-7.
34. Subin KM, Koli DK, Jain V, Pruthi G, Nanda A. Comparison of ridge resorption and patient satisfaction in single implant-supported mandibular overdentures with conventional complete dentures: A randomized pilot study. J Oral Bio Craniofac Res 2021; 11(1): 71-7.
35. Devi BV, Ahmed N, Ganapathy D, Maiti S, Pandurangan KK. Expectation of treatment outcomes in complete denture wearers. J Adv Pharm Technol Res 2022; 18(1): 277-81.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตึกพิเศษร่มเย็น 5 โรงพยาบาลลำพูน

Effect of Using Guidelines Palliative Care,Special Building Romyen 5,Lamphun Hospital

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

กาญจนา ประสงค์ทรัพย์[1]
Kanjana Prasongsub[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบวัดกลุ่มเดียวก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ และเปรียบเทียบความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5 และพยาบาลประคับประคอง โรงพยาบาลลำพูน จำนวนทั้งสิ้น 7 คน ช่วงระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสำหรับทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติ และแบบประเมินสำหรับญาติผู้ดูแล การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าทีมพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.17) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.07)

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, แนวปฏิบัติ, ญาติผู้ดูแล

Abstract

This research was quasi-experimental research. (Quasi-Experimental Research) single group measurement before and after Its purpose is to Study the knowledge and ability of professional nurses to care for terminally ill patients. Before and after using the guidelines Assess satisfaction Satisfied with using the guidelines and compare the satisfaction of caregivers' relatives with care according to guidelines. The population were 7 professional nurses during April-May 2023. The instruments used were guidelines and manuals for Palliative care. Data were collected using the assessments for nurses and caregivers. Data was analysis using descriptive and inferential statistics, i.e. Paired Samples t-test set the statistical significance level at the level of 0.05. Results: The result of the study were as follow 1) The average score of knowledge and ability were increasing statically significant at 0.05 level and high level of satisfaction in nurses. ($\bar{X}$=4.17). The satisfaction of caregivers in palliative care services were high ($\bar{X}$=4.07).

Keywords: Palliative care, Guidelines, Caregivers

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นบทบาทที่ท้าทายของบุคลากรทางด้านสุขภาพซึ่งจำเป็นต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม และใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติในทุกระดับของการให้บริการสุขภาพ พยาบาลจำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้ายของชีวิต[1] หากกล่าวถึงการตายทุกคนย่อมหลักเลี่ยงไม่ได้ แต่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ด้านสาธารณสุขไทยได้ให้

[1] หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5 และพยาบาลประคับประคอง โรงพยาบาลลำพูน

ความสำคัญกับการดูแลภาวะสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย พ.ศ. 2556-2559 มีสาระสำคัญคือ การสร้างเสริมสุขภาวะของบุคคลควรต้องหมายรวมถึงสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตและตายดี มุ่งช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of life) และสามารถเผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และตายดี (Quality of death)[2] จากแผนยุทธศาสตร์นี้ จึงทำให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขต่างมุ่งดำเนินให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งสร้างความรู้ความเข้าใจถึงแนวคิดดังกล่าวให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้นในสังคมไทย[3]

วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ทำให้มนุษย์มี โอกาสตายตามธรรมชาติได้น้อยลง ผู้ป่วยบางรายไม่มีโอกาสได้ตายอย่างสงบที่บ้าน แต่ตายอย่างโดดเดี่ยวและทรมานในโรงพยาบาล โดยตายกับสายยาง ต่าง ๆ ที่เข้าออกจากร่างกาย และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่อยู่รอบตัว การยืดชีวิตหรือการชะลอความตายเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม การช่วยฟื้นคืนชีพโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสได้ตัดสินใจด้วยตนเอง แต่เป็นการตัดสินใจของทีมสุขภาพและญาติ เมื่อใช้เครื่องช่วยหายใจไประยะหนึ่งแล้วไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพดีขึ้นแต่มีชีวิตที่ไม่รับรู้ใดๆ จึงมีข้อถกเถียงกันที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ว่าใครเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องอยู่กับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานในการยืดชีวิต ต้องนอนบนเตียงไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ ต้องทนทุกข์ทรมานมีชีวิตอยู่อย่างไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ เป็นภาระในการดูแลของผู้อื่น[4] ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต จึงถือเป็นเรื่องท้าทายของสังคมไทย ซึ่งจะต้องอาศัยทั้งระบบบริการสุขภาพและระบบสังคมรองรับเรื่องนี้ ด้วยจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้องเผชิญกับโรคใหม่ๆ และโรคร้ายแรงต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น อันเป็นต้นเหตุของความทุกข์ทรมานก่อนที่จะเสียชีวิต รวมทั้งสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ปัจจุบันมีถึงร้อยละ 11-12 ของประชากรทั้งประเทศและกำลังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความต้องการ การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้บุคคลจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์[5]

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสานการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) และการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) โดยนำแนวทางการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันและความเชื่อในการรักษาพยาบาลตามภูมิปัญญาท้องถิ่นรวมเข้าด้วยกัน[6] ซึ่งในประเทศไทยได้มีการนำการแพทย์ทางเลือกเข้ามาใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การที่ผู้ป่วยหันมาใช้การแพทย์ทางเลือกมากขึ้น เนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบันมักให้ความสำคัญกับการรักษาทางกายเพียงอย่างเดียว และให้การดูแลแบบแยกส่วนโดยไม่ได้ดูแลด้านจิตใจควบคู่ไปด้วย ซึ่งต้องพึ่งพาแพทย์เฉพาะทางโดยใช้เทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์ที่ซับซ้อนมากขึ้น[7] ในขณะที่การรักษาโดยใช้การแพทย์ทางเลือกมีผลการวิจัยที่สนับสนุนว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่ใช้หลักศาสนา เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ไหว้พระการทำบุญอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้เจ้ากรรมนายเวร และการถือศีล ในการเยียวยาผสมผสานกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันสามารถมีชีวิตได้มากกว่า 5 ปี[8] นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการใช้ธรรมะและสมาธิในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการใช้ธรรมะทำให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความสบายด้วยการได้ทำบุญ ไม่หวั่นกลัวความตาย และมีที่พึ่งทางใจส่วนสมาธิช่วยให้ใจสงบ สบายใจ คลายโกรธ และผ่อนคลายนอนหลับได้[9]

พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้แก่ การวางเป้าหมายของการรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม การลดอาการที่ทุกข์ทรมานต่าง ๆ ของผู้ป่วย การตัดสินใจเลือกการตรวจและการรักษาที่เหมาะสม การดูแล

รักษาผู้ใกล้เสียชีวิตให้จากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี [10] พยาบาลยังมีบทบาทในการเตรียมผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การให้ข้อมูลที่จำเป็น และการให้คำปรึกษาและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการสนับสนุนด้านอารมณ์ของญาติโดยการจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษาแนะนำต่อครอบครัว เพื่อช่วยให้พวกเขาสามารถเผชิญกับความทุกข์จากความเจ็บป่วยของคนที่รักและการสูญเสียได้ ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวพยาบาลจะต้องประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวตามบทบาทของตน[1] บทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกประการหนึ่ง ก็คือการช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเผชิญและเป็นธรรมดาของชีวิต ที่ไม่มีใครหนีพ้น การยอมรับความตายจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสติ และมองเห็นว่า เวลาที่เหลืออยู่เป็นโอกาสที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ที่ค้างคาอยู่ หรือทำสิ่งที่อยากทำ ให้เวลาที่เหลือน้อยนั้นมีคุณค่ามากที่สุด อันจะช่วยให้ชีวิตในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยมีความหมายมากที่สุดจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตไปได้อย่างสงบ และสมศักดิ์ศรี

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสานการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) และการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) จึงมีความสำคัญในการช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวได้อย่างครอบคลุม สามารถจัดการสนองตอบความต้องการอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมด้วยความเมตตา และเอื้ออาทรดุจญาติมิตร รวมทั้งสามารถนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ได้อย่างมีศักยภาพสูงสุด เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง[11] ซึ่งเป็นการดูแลที่คำนึงถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงจากความเจ็บป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้[1] นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือและการประสานงานที่ดีจากบุคลากรทีมสุขภาพในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น และช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ อันจะทำให้บุคลากรทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในงาน และญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5 โรงพยาบาลลำพูน ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรกรรมที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่พ้นภาวะวิกฤต และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง มีจำนวนเตียง จำนวน 12 เตียง แยกตามห้อง ได้แก่ ห้องพิเศษปรับอากาศธรรมดา 10 ห้อง และห้องพิเศษปรับอากาศวีไอพี 2 ห้อง ในระหว่างปีงบประมาณ 2564 – 2566 มีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลจำนวนมาก โดยมีจำนวน 134 ราย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็ง และอื่น ๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลปกติจากแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และเป็นการดูแลสุขภาพและอาการที่เป็นสาเหตุของการเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลประจำ

หอผู้ป่วยได้ใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลลำพูน แต่ยังพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลไม่เหมาะสมและเกิดความขัดแย้งในแผนการรักษา ปฏิเสธแผนการรักษา ตลอดถึงญาติผู้ป่วยมีความไม่พึงพอใจในแผนการรักษา เป็นต้น

จากความสำคัญของปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองยังไม่บรรลุเป้าหมายขององค์กร ผู้วิจัยซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสานการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) และการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) ของ ฟริช & ราบิโนวิทช์ (Frisch & Rabinowitsch, 2019) นำมาประยุกต์กับแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลลำพูน มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5 โรงพยาบาลลำพูน เพื่อขับเคลื่อนแนวปฏิบัติดังกล่าวให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการเชื่อมโยงประสานการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจคุณภาพการบริการพยาบาลสามารถสะท้อนผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามมาตรฐานวิชาชีพ ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการทำงาน และญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ รวมถึงเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลลำพูนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ
4. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบวัดกลุ่มเดียวก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเจาะจง(Purposive Sampling) กับพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5 และพยาบาลประคับประคอง โรงพยาบาลลำพูน จำนวนทั้งสิ้น 7 คน ช่วงระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินสำหรับทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ และ 2) แบบประเมินสำหรับญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เครื่องมือการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item – objective congruence) กับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน มีค่า IOC โดยรวมอยู่ที่ 0.96 และทำการทดความสอบความน่าเชื่อของ 1) แบบประเมินความรู้ 2) แบบประเมินทักษะ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของญาติผู้ดูแล โดยทดลองใช้กับกลุ่มทดลองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92, 0.89, 0.89 และ 0.97 ตามลำดับ

กระบวนเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง จัดตั้งทีมพัฒนาเพื่อร่วมกันดำเนินการทบทวนสถานการณ์ปัญหาในหน่วยงาน ศึกษา ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน นำแนวปฏิบัติและคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมบริบทการให้บริการสุดท้าย ในหอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5 โรงพยาบาลลำพูน เสนอผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาให้เหมาะสม นำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำแนวทางปฏิบัติไปใช้จริง จัดประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมพยาบาลก่อนการใช้แนวปฏิบัติ หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมการประชุมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พร้อมกับแจกคู่มือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้แก่ทีมพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ระยะทดลอง นำแนวปฏิบัติมาใช้ในหน่วยงาน เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยดำเนินการขอความร่วมมือผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งขอการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมกับประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อการได้รับบริการทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนใช้แนวปฏิบัติในวันแรกที่พบกับญาติผู้ดูแล ขอความร่วมมือจากทีมพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยร่วมวางแผนการให้บริการทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ติดตาม ตรวจเยี่ยมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวันแก่ทีมพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมใช้แนวปฏิบัติ

3. ระยะประเมินผล ดำเนินการติดตามและทบทวนการนำแนวปฏิบัติมาใช้ของทีมพยาบาลวิชาชีพ พร้อมกันสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อให้เกิดทักษะและความชำนาญในการให้บริการตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นประเมินการความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติของทีมพยาบาล และประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อการได้รับบริการทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังใช้แนวปฏิบัติในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ประกอบด้วย 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการนำมาบรรยายข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจของทีมพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางปฏิบัติ และความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแล และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสถิติ Paired samples t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจในบริการของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยเบื้องต้นได้ทำการทดสอบความเป็นการกระจายแบบปกติ (Normality Test) ซึ่งพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน เลขที่ 073/2566 อนุมัติวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติ ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติ พบว่าทั้งหมดเป็นเพศหญิง จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 100 และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.92

2. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมพยาบาลวิชาชีพ ผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ด้วย

ค่าสถิติ Paired Samples t-test พบว่า ค่าสถิติ t= -8.065 และค่า Sig. = 0.000 ซึ่งเมื่อเทียบกับค่าระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีค่าน้อยกว่า แสดงว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	N	Mean	SD	t	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	7	10.85	1.21	-9.021	0.000*
หลังใช้แนวปฏิบัติ	7	15.00	0.00		

*(P<0.05)

3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติในภาพรวม พบว่าก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลแบบองค์รวม 2) ด้านการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย 3) ด้านการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคล พบว่าก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 2)

]**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		Mean	SD	t	p-value
ด้านการดูแลแบบองค์รวม					
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		3.42	0.53	-3.286	.017*
หลังใช้แนวปฏิบัติ		4.28	0.48		
ด้านการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย					
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		3.00	0.81	-4.382	.005*
หลังใช้แนวปฏิบัติ		4.14	0.37		
ด้านการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคล					
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		3.14	0.37	-7.778	.000*
หลังใช้แนวปฏิบัติ		4.71	0.48		
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในภาพรวม					
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		**3.19**	**0.37**	**-7.426**	**.000***
หลังใช้แนวปฏิบัติ		**4.38**	**0.23**		

*(P<0.05)

4. ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติของทีมพยาบาลวิชาชีพ ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมพยาบาลวิชาชีพ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็นพบว่า ทีมพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ($\bar{X}$=4.42)

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการทำงาน ($\bar{X}$=4.42) และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ($\bar{X}$=4.28) นอกจากนี้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย มีความชัดเจนและเข้าใจได้ง่าย ($\bar{X}$=4.14) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้การพยาบาลตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ($\bar{X}$=4.14) มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}$=4.14) มีการประสานงานที่ดีในการดูแลผู้ป่วยภายในหน่วยงาน ($\bar{X}$=4.14) ช่วยให้การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X}$=4.14) มีการประสานงานที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพ ($\bar{X}$=4.00) และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหน่วยงาน ($\bar{X}$=4.00) ตามลำดับ

5. ข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแล ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 50.0 หรือมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 46.13 ปี สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 83.3 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.0 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 33.3 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นลูก ร้อยละ 66.7 และทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 100.0

6. ความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติในภาพรวม พบว่าก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนใช้แนวปฏิบัติทีมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.41) หลังการใช้แนวปฏิบัติพบว่าเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.07) เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรายด้าน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านศิลปะการดูแล 2) ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค 3) ด้านความพร้อมในการให้บริการ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 5) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง 6) ด้านผลลัพธ์ของการดูแล พบว่าก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		Mean	SD	t	p-value
ด้านศิลปะการดูแล					
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		3.53	0.73	-2.048	0.050*
หลังใช้แนวปฏิบัติ		3.93	0.73		
ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค					
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		3.36	0.66	-4.205	0.000*
หลังใช้แนวปฏิบัติ		4.20	0.71		
ด้านความพร้อมในการให้บริการ					
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		3.36	0.66	-4.097	0.000*
หลังใช้แนวปฏิบัติ		4.10	0.66		
ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ					
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		3.33	0.71	-4.642	0.000*
หลังใช้แนวปฏิบัติ		4.23	0.67		
ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง					
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		3.56	0.85	-2.138	0.041*
หลังใช้แนวปฏิบัติ		4.03	0.66		

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ความพึงพอใจในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		Mean	SD	t	p-value
ด้านผลลัพธ์ของการดูแล					
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		3.43	0.67	-2.475	0.019*
หลังใช้แนวปฏิบัติ		3.93	0.78		
ความพึงพอใจในภาพรวม					
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		3.40	0.75	-2.205	0.036*
หลังใช้แนวปฏิบัติ		4.07	0.47		

*(P<0.05)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตึกพิเศษร่มเย็น 5 โรงพยาบาลลำพูน พบว่า แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสานการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) และการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) ของ ฟริช & ราบิโนวิทช์ (Frisch & Rabinowitsch[6] ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสาน โดยเป็นการทำงานร่วมกันของทีมพยาบาลวิชาชีพ ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการให้บริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมในการดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และการดูแลตามหลักพุทธศาสนา จากการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตึกพิเศษร่มเย็น 5 โรงพยาบาลลำพูน พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) เนื่องด้วยแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น มีการระดมความคิดเห็น ทบทวนสถานการณ์ปัญหาในหน่วยงาน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน รวมถึงได้นำแนวปฏิบัติและคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมบริบทการให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5 โรงพยาบาลลำพูน เสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาให้เหมาะสม และนำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำแนวทางปฏิบัติไปใช้จริง หลังจากนั้นได้มีการจัดประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน เพื่อให้ความรู้แก่ทีมพยาบาล ดังนั้นเมื่อนำมาใช้จึงทำให้ทีมพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความรู้หลังจากการใช้แนวปฏิบัติเพิ่มสูงขึ้น

ด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติ พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดียิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสถิติ (P<0.05) เนื่องแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่สร้างขึ้นมุ่งพัฒนาความสามารถของทีมพยาบาลทั้งในการดูแลแบบองค์รวม การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย และการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยและญาติ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และนำมาพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทีมพยาบาลทุกคนได้ร่วมกันศึกษาเรียนรู้ พร้อมกันนั้นผู้วิจัยและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติได้มีการทบทวนให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทีมพยาบาลวิชาชีพเกิดทักษะและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วีรยา อินทร์คง ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี[13] พบว่าหลังการใช้รูปแบบบุคลากรทีมสุขภาพรับรู้ว่ามีความสามารถใน

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

นอกจากนี้จากการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้ พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก โดยประเมินว่าแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการ ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการทำงาน และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เป็นต้น เนื่องด้วยแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ มีการเปิดโอกาสให้พยาบาลทีมดูแลผู้ป่วยได้เสนอความคิดเห็นต่อการกำหนดแนวปฏิบัติที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมุ่งพัฒนาให้สอดคล้องเหมาะสมกับทรัพยากรในหน่วยงาน ดังนั้นเมื่อนำมาใช้จึงสร้างความพึงพอใจให้แก่ทีมพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรยา อินทร์คง ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี[13] พบว่าหลังการใช้รูปแบบบุคลากรทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในรูปแบบอยู่ในระดับมาก โดยเห็นว่าเกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานและทีมสุขภาพมีแนวปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

สำหรับผลการศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ค้นพบว่าหลังจากการได้รับการดูแลจากทีมพยาบาลวิชาชีพ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากต่อบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และมีความพึงพอใจในระดับมากต่อด้านศิลปะการดูแล ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค ด้านความพร้อมในการให้บริการ ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง และด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งทิวา จุลยามิตรพร ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า[14] พบว่าหลังจากนำโปรแกรมมาใช้พยาบาลวิชาชีพ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรยา อินทร์คง ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี[13] พบว่าหลังการใช้รูปแบบญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความพึงพอใจต่อบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา นิลบดี ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่[15] พบว่าญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการของทีมพยาบาลในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาไปใช้ ควรมีการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมถึงเสริมสร้างความตระหนักให้แก่ทีมพยาบาลผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งแบบองค์รวม ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย และการตอบสนองความเป็นปัจเจกบุคคลแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ตลอดจนกลุ่มงานการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้กับบริบทของการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชิงบูรณาการความร่วมมือทีมเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานสนับสนุนในท้องถิ่นและชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สุวคนธ์ กุรัตน์, พัชรี ภาระโข และสุวิริยา สุวรรณ โคตร. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย พ.ศ.2556-2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2556.
3. อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร. การบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2565.
4. รัชนีย์ ป้อมทอง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of Life Care. กรุงเทพฯ: คณะกายภาพบำบัดมหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
5. ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราคล. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2556.
6. Risch NC, Rabinowitsch D. What's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review. J Holist Nurs. 2019;37(3):260-272.
7. สถาบันแพทย์แผนไทย. การแพทย์แผนไทยการแพทย์แบบองค์รวม. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย; 2560.
8. จันทิรา จิตต์วิบูลย์. การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. สงขลา: วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2553.
9. อังศุมา อภิชาโต และกานดาวศรี ตุลาธรรมกิจ. ประสบการณ์การใช้ธรรมะและสมาธิในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. สงขลา: คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
10. สาวิตรี มณีพงศ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤตอายุรกรรม แผนกการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ขอนแก่น: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
11. ปราณี อ่อนศรี. บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557:15(2):39-43.
12. หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5 โรงพยาบาลลำพูน. รายงานการให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรกรรม. ลำพูน: หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5 โรงพยาบาลลำพูน; 2565.
13. วีรยา อินทร์คง. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี. นนทบุรี: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2558.
14. รุ่งทิวา จุลยามิตรพร. การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. นนทบุรี: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2557.
15. กฤษณา นิลบดี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2566.

การศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บึงบอน อ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี

Study of Behaviors of Patients with Uncontrol DM. in Area of Responsibility of Primary Care Unit: Beung Bon, Nongsue District, Pathumtani Province.

(Received: March 20,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

โสวณี มุกนพรัตน์[1]
Sowanee Muknopparat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บึงบอน อ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด > 180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≥ 7 mg% จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมายมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≤ 7 mg% จำนวน 285 ราย รวมเป็น 315 ราย เข้ารับการตรวจรักษาระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2564 คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.878 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยสถิติ chi- square test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ข้อมูลส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างตัวแปร ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด โรคร่วม ระยะเวลาการมีโรคร่วม และมีผู้ดูแลในการจัดยาพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) 2) ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา และด้านการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$)

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This descriptive research the purpose of this study was to the behavior of diabetic patients who are unable to achieve glycemic control within the responsibility area of the Bueng Bon Hospital, Nong Suea District, Pathum Thani Province. The sample group consisted of 30 patients who had blood sugar levels > 180 mg/dl or HbA1c levels ≥ 7 mg%, while the control group consisted of 285 patients who had blood sugar levels ≤ 180 mg/dl or HbA1c levels ≤ 7 mg%, totaling 315 patients. They underwent treatment and examination from March 1, 2021, to August 31, 2021. Purposive sampling was employed, and data were collected through questionnaires comprising general information and self-care behaviors. The content validity was checked by three experts, and Cronbach's alpha coefficient was found to be 0.878, indicating high reliability. Statistical analysis involved descriptive statistics including means, percentages, and standard deviations, as well as correlational analysis between personal data, self-care behaviors, and blood sugar control outcomes. Chi-square tests were used for comparative analysis.

The results showed that; 1) Personal data correlates significantly with blood sugar level control, including variables such as education level, occupation, latest blood sugar level, comorbidities, duration of comorbidities, and having a caregiver in medication management ($p < .05$). 2) Self-care health behavior data of diabetic patients correlates

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

significantly with blood sugar level control, particularly in terms of dietary intake, medication adherence, and physical activity ($p < .05$).

Keywords: Diabetes mellitus, Patients with Uncontrol DM, Healthy behaviors

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำเอาน้ำตาลที่ได้จากกการรับประทานอาหารไปใช้ได้อย่างปกติ[1] จึงกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกและรวมทั้งประเทศไทย ข้อมูลอัตราป่วยของประชากรทั่วโลกด้วยโรคเบาหวานในปี 2562จำนวน 463 ล้านคน คาดการณ์แนวโน้มผู้ป่วยจะเพิ่มเป็น 700 ล้านคน ภายในปี 2588[2] สถานการณ์ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเบาหวาน 5 ล้านราย หรือเปรียบเทียบข้อมูลสัดส่วนได้ 1 ใน 11 ราย ซึ่งคนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงป่วยเป็นโรคเบาหวาน สถิติข้อมูลของจังหวัดปทุมธานี ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเบาหวาน 42,835 ราย สำหรับอำเภอหนองเสือ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนทั้งหมด 2,182 ราย สำหรับพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.บึงบอน มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 500 ราย[3]

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรค NCDs อีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ฯลฯ และก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะโรคเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[4-5]

จากการปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิตำบลบึงบอน โดยเภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องจัด จ่ายยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและลงเยี่ยมบ้านผู้รับบริการ ผลการเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนหนึ่งมีระดับน้ำตาลสูงที่ควบคุมไม่ได้ทั้งที่ได้รับการปรับยาเพื่อการรักษา พยาบาลให้สุขศึกษา และเภสัชกรจ่ายยาตามมาตรฐาน กระบวนการเหล่านี้ควรจะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถควบคุมน้ำตาลให้ได้ผลตามเป้าหมายได้ แต่ในผลการดำเนินงานที่แท้จริงนั้นมีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานจึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะส่วนบุคคล, ระยะเวลาเป็นเบาหวาน, ผู้ดูแล และระดับน้ำตาลล่าสุด พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายเกิดจากปัจจัยด้านใด จะช่วยให้พบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ตามค่าเป้าหมาย ผู้วิจัยคาดหวังผลลัพธ์ของผลการศึกษาครั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนา หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา

รูปแบบวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาข้อมูลโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด > 180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≥ 7 mg% จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมายมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≤ 7 mg% จำนวน 285 ราย รวมเป็น 315 ราย และเข้ารับบริการที่ รพ.สต.บึงบอน อ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายที่มีค่าระดับน้ำตาลใน

เลือด > 180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≥ 7 mg% จำนวน 33 ราย และกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมายมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≤ 7 mg% จำนวน 467 ราย รวมเป็น 500 ราย และเข้ารับการตรวจรักษาช่วงระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2564 ที่ รพ.สต.บึงบอน อ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนโดยการกำหนดค่า P คือ ค่าสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายต่อผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่รับบริการเท่ากับ 0.067 ค่า $Z_{\alpha/2}$ คือ ระดับพื้นที่ใต้โค้งปกติเท่ากับ 1.96 และค่า d คือ ระดับความแม่นยำเท่ากับ 0.05 โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง[6] ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{d^2(N-1)+ Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 315 ราย โดยกำหนดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด > 180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≥ 7 mg% จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมายมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≤ 7 mg% จำนวน 285 ราย รวมเป็น 315 ราย และเข้ารับการตรวจรักษาระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2564 ที่ รพ.สต.บึงบอน อ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากรทั้งหมดโดยมีเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปและได้รับการรักษาที่ รพ.สต.บึงบอน อ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี 2) กลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด >180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≥7 mg% และกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมายมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 180 mg/dl หรือค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ≤ 7 mg% ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2564 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถ อ่าน ฟัง เขียนภาษาไทย และสื่อสารได้ดี 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ 1) มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะไตวาย ตามัวจนมองไม่เห็น อัมพาต 2) กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย 3) ย้ายออกนอกพื้นที่หรือย้ายสถานบริการ

เมื่อพิจารณาการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) มีกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การพิจารณาและสมัครใจเข้าร่วมวิจัยจำนวน 315 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลล่าสุด ระดับ HbA1C โรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อน และผู้ดูแลในการจัดยา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บึงบอน อ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี ผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยของ สุปรียา เสียงดัง (2560)[7] ประกอบด้วยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตน 5 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 4 ข้อ และด้านการดูรักษาต่อเนื่อง จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ

ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามที่แสดงถึงพฤติกรรมดีที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 2, 1, 0 ตามลำดับ สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมโดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง พฤติกรรมการการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง พฤติกรรมการการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง พฤติกรรมการการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะนำมาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.878

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยโรงพยาบาลหนองเสือ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี เพื่อขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจ้งวัตุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเองที่บ้านผู้ป่วย ระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม พ.ศ.2564 ได้รับแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ จำนวน 315 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนาใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยสถิติ chi- square test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ PPHO-REC 2564/016 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 315 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.00 อายุเฉลี่ย 64.18 (SD= 11.073) ปี มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 70.48 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ ปวช. ขึ้นไป ร้อยละ 58.73 รองลงมาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.92 ประกอบอาชีพใช้แรงงาน ร้อยละ 64.44 รองลงมาไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 20.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน < 10,000 บาท ร้อยละ 46.34 รองลงมา ≥ 10,000 บาท ร้อยละ 36.83 ระยะเวลาการเป็นเบาหวานส่วนใหญ่ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.43 ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 130 mg/dl ร้อยละ 51.75 รองลงมา 130-179 mg/dl ร้อยละ 38.73 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด 180-199 mg/dl ร้อยละ 5.71 และ มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl ร้อยละ 3.81 ประวัติมีโรคร่วม ร้อยละ 92.06 ระยะเลาการมีโรคร่วมเฉลี่ย 6.81 (SD= 3.283) ปี มีผู้ดูแล (จัดยาเอง) ร้อยละ 90.80 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 6.03 และมีผู้ดูแล (จัดยาให้กิน) ร้อยละ 3.17 ดังตารางที่ 1

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไปกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างตัวแปร ระดับ

การศึกษา อาชีพ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด โรคร่วม ระยะเวลาการมีโรคร่วม และมีผู้ดูแลในการจัดยาพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนตัวแปร เพศ อายุ รายได้ และระยะเวลาเป็นเบาหวาน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 315)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง (n= 315)		ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) (n= 30)		ควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) (n= 285)		χ^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							0.224	0.409
ชาย	85	27.00	7	23.33	78	27.37		
หญิง	230	73.00	23	76.67	207	72.63		
อายุ (ปี) Min= 22, Max= 99, Mean= 64.18, Median= 65.00, SD= 11.073							1.749	0.134
< 60	93	29.52	12	40.00	81	28.42		
≥ 60	222	70.48	18	60.00	204	71.58		
ระดับการศึกษา							9.618	0.008*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	20	6.35	5	16.66	15	5.26		
ประถมศึกษา	110	34.92	14	46.67	96	33.68		
มัธยมศึกษา/ ปวช. ขึ้นไป	185	58.73	11	36.67	174	61.06		
อาชีพ							29.532	< 0.001*
ไม่ประกอบอาชีพ	63	20.00	15	50.00	48	16.84		
อาชีพใช้แรงงาน	203	64.44	6	20.00	197	69.12		
อาชีพไม่ใช้แรงงาน	49	15.56	9	30.00	40	14.04		
รายได้ (บาท)							4.128	0.127
ไม่มีรายได้	53	16.83	9	30.00	44	15.44		
< 10,000	146	46.34	12	40.00	134	47.02		
≥ 10,000	116	36.83	9	30.00	107	37.54		
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน							3.610	0.164
1-5 ปี	81	25.71	12	40.00	69	24.21		
6-10 ปี	72	22.86	5	16.66	67	23.51		
10 ปีขึ้นไป	162	51.43	13	43.34	149	52.28		
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด							198.130	< 0.001[F]*
>130 mg/dl	152	38.73	30	0.00	122	42.71		
< 130 mg/dl	163	51.75	0	0.00	163	57.19		
โรคร่วม							6.604	0.022*
ไม่มี	25	7.94	6	20.00	19	6.67		
มี	290	92.06	24	80.00	266	93.33		
ระยะเวลาการมีโรคร่วม	Min= 0, Max= 10, Mean= 6.81, Median= 8.00, SD= 3.283							

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 315)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง (n= 315)		ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) (n= 30)		ควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) (n= 285)		χ^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่มีโรคร่วม	25	7.94	6	40.00	19	6.67	6.674	0.036*
ต่ำกว่า 5 ปี	92	29.21	7	23.33	85	29.82		
5 ปีขึ้นไป	198	62.85	17	56.67	181	63.51		
ผู้ดูแลในการจัดยา							55.718	< 0.001*
ไม่มีผู้ดูแล	19	6.03	9	30.00	10	3.51		
มีผู้ดูแล (จัดยาเอง)	286	90.80	16	53.34	270	94.74		
มีผู้ดูแล (จัดยาให้กิน)	10	3.17	5	16.66	5	1.75		

* *p*< .05

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บึงบอน อ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานทั้งกลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) และกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) จำแนกเป็นรายด้าน ผลการวิจัยพบว่า **(1) ด้านการรับประทานอาหาร** กลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 73.34 ในขณะที่กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.16 **(2) ด้านการรับประทานยา** กลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 93.33 ในขณะที่กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.86 **(3) ด้านการออกกำลังกาย** กลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ ร้อยละ 56.67 ในขณะที่กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) มีพฤติกรรมการสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.77 **(4) ด้านการจัดการความเครียด** กลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 73.33 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.79 และ **(5) ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง** กลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 86.67 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.39

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานทั้งกลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) และกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา และด้านการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) ส่วนตัวแปร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่องพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p> .05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (n= 315)

พฤติกรรมสุขภาพ	ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) (n= 30)		ควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) (n= 285)		χ^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านการรับประทานอาหาร					45.591	< 0.001[F]*
ระดับต่ำ	1	3.33	4	1.40		
ระดับปานกลาง	7	23.33	237	83.16		
ระดับสูง	22	73.34	44	15.44		
ด้านการรับประทานยา					102.834	< 0.001[F]*
ระดับต่ำ	0	0	7	2.46		
ระดับปานกลาง	2	6.67	239	83.86		
ระดับสูง	28	93.33	39	13.68		
ด้านการออกกำลังกาย					52.954	< 0.001*
ระดับต่ำ	17	56.67	30	10.53		
ระดับปานกลาง	9	30.00	59	20.70		
ระดับสูง	4	13.33	196	68.77		
ด้านการจัดการความเครียด					2.300	0.317
ระดับต่ำ	2	6.67	6	2.11		
ระดับปานกลาง	22	73.33	216	75.79		
ระดับสูง	6	20.00	63	22.10		
ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง					2.720	0.110
ระดับปานกลาง	4	13.33	16	5.61		
ระดับสูง	26	86.67	269	94.39		

F คือ Fisher's Exact Test * $p< .05$

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บึงบอน อ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี ผลการวิจัยแสดงให้เห็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) จากการทดสอบหาความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างตัวแปร ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด โรคร่วม ระยะเวลาการมีโรคร่วม และมีผู้ดูแลในการจัดยาพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) ส่วนตัวแปร เพศ อายุ รายได้ และระยะเวลาเป็นเบาหวาน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p> .05$) อภิปรายตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ได้ดังนี้

1. ระดับการศึกษาที่แตกต่างมีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะเห็นได้จากข้อมูลผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.67 ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/

ปวช.ขึ้นไป ร้อยละ 61.06 และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างมีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) อธิบายเหตุผลได้ว่าการศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเรียนรู้และการจัดระเบียบพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้เช่นเดียวกับการศึกษาของวัชราภรณ์ นาฬิกุล ลำไพร แทนสา และสุรภา พิลาอ่อน (2023) และธานี นามม่วง (2023)[8-9] ที่พบว่าระดับการศึกษาและความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมมากขึ้นจึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพราะพฤติกรรมสุขภาพได้รับอิทธิพลทางตรงเชิงบวกจากความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาเช่นกัน

2. อาชีพที่แตกต่างมีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะเห็นได้จากข้อมูลผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.00 ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน ร้อยละ 69.12 และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าอาชีพที่แตกต่างมีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) อธิบายเหตุผลได้ว่า อาชีพที่มีพฤติกรรมทำงานใช้แรงงานในขณะทำงานร่างกายจะมีกลไกการทำงานคล้ายกับการออกกำลังกายส่งผลให้มีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นจากการยืดหดตัวของเส้นใยกล้ามเนื้อซึ่งต้องใช้พลังงานจากกลูโคสจึงมีการสลายน้ำตาลในเลือดสอดคล้องกับงานวิจัยของ ตติภูมิ ภิญโย, ปิยนุช ภิญโย วชิรศักดิ์ อภิพัตฐ์กานต์ และภาวิณี แพงสุข (2020)[10] นอกจากนี้เมื่อร่างกายมีกิจกรรมทางกายจะช่วยเพิ่มจำนวนไมโตคอนเดรีย (mitochondria) ที่ช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงานในเซลล์ให้มากขึ้นจึงมีผลในการลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยของ สิริกาญจน์ สันติเสวี (2019)[11]

3. ค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดมีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะเห็นได้จากข้อมูลผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) ส่วนใหญ่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 180-199 mg/dl ร้อยละ 60.00 ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด < 130 mg/dl ร้อยละ 57.19 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดที่แตกต่างมีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) อธิบายเหตุผลได้ว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุดในทุกครั้งที่เข้ารับบริการแสดงให้เห็นถึงความตระหนักของผู้ป่วยที่พยายามควบคุมตนเองเช่นเดียวกับการศึกษาของนครินทร์ อาจหาญ สุกัญญา บัวศรี และธีรพันธ์ จันทร์แข็ง (2023) ที่กล่าวว่าการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ด้วยการแจ้งผลระดับน้ำตาลในเลือดให้รับรู้จะช่วยเสริมสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมในการควบคุมตนเอง[12]

4. โรคร่วมและระยะเวลาของการมีโรคร่วมมีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะเห็นได้จากข้อมูลผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) ส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 80.00 และระยะเวลาของการมีโรคร่วม 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.67 เมื่อจำแนกในรายละเอียดพบว่าโรคร่วมส่วนใหญ่จะมีภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) มีโรคร่วม ร้อยละ 93.33 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และระยะเวลาของการมีโรคร่วม 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.51 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าโรคร่วมและระยะเวลาของการมีโรคร่วมมีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) อธิบายโรคร่วมที่เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ว่าไขมันมีบทบาทสำคัญในการเกิดโรคเบาหวานและ

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพราะภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับไขมัน Low Density Lipoprotein: LDL และ Triglyceride: TG สูง มีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากถึง 3 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันงานวิจัยของ Ambachew, Shimelis, Lemma (2015)[13]

5. ผู้ดูแลในการจัดยามีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะเห็นได้จากข้อมูลผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล (จัดยาเอง) ร้อยละ 53.34 และไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 30.00 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) มีผู้ดูแล (จัดยาเอง) ร้อยละ 94.74 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าผู้ดูแลในการจัดยามีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดพบว่าปัญหาเรื่องประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบเกิดจากปัญหาของประสิทธิภาพการใช้ยาเป็นเหตุผลหลัก ๆ ซึ่งเกิดจากความสม่ำเสมอของการรับประทานยา ปัญหาการลืมรับประทานยา และความเบื่อหน่ายในการรับประทานยาเนื่องจากต้องรับประทานยามาเป็นระยะเวลานาน เหตุผลดังกล่าวมีอิทธิพลในการควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นบทบาทของเภสัชกรในการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยามีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นอย่างมากสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภาณุ วิริยานุทัยและคณะ (2022) และศิณาพรรณ หอมรส (2020) ที่อธิบายว่าการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้มากขึ้น จัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14-15]

วิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานทั้งกลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) และกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) จากการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) ส่วนตัวแปร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่องพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p> .05) อภิปรายตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ได้ดังนี้

1. ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 73.34 เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานผ่านการรับความรู้และข้อมูลการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจึงสามารถตอบคำถามวิธีการปฏิบัติตัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุปรียา เสียงดัง (2017)[7] ส่วนผู้ป่วยอีกร้อยละ 26.66 ยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มประเภทต่าง ๆ และอาหารขบเคี้ยวประเภทแป้งทำให้ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ ในขณะที่กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.16 และระดับสูง ร้อยละ 15.44 มีเพียงร้อยละ 1.40 ที่ยังมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารระดับต่ำ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ ทนิน ฟักรักษา (2021)[16]

2. ด้านการรับประทานยา กลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 93.33 ขณะที่กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ระดับปานกลาง ร้อยละ 83.86 จากข้อมูลดังกล่าวพฤติกรรมด้านการรับประทานยาที่สูงเกิดจากการเข้ารับบริการจะได้รับทราบข้อมูลเรื่องการใช้ยาทุกครั้งจากเภสัชกร เมื่อ

มีการสอบถามถึงพฤติกรรมการรับประทานยาผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลได้ แต่ปัญหาที่เกี่ยวข้องการกับความคุมระดับน้ำตาลในเลือดเกิดจากปัญหาของประสิทธิภาพการใช้ยาเป็นเหตุผลหลักซึ่งเกิดจากความสม่ำเสมอของการรับประทานยา ปัญหาการลืมรับประทานยา และความเบื่อหน่ายในการรับประทานยาเนื่องจากต้องรับประทานยามาเป็นระยะเวลานาน [14-15] จึงทำให้มีโอกาสใช้ยาไม่ต่อเนื่องจึงส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

3. ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≥7 mg%) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ ร้อยละ 56.67 ในขณะที่กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ผลตามเป้าหมาย (HbA1c ≤ 7 mg%) มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.77 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) จะเห็นได้ว่าข้อมูลนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับปัจจัยด้านอาชีพที่พบว่ากลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.00 และอาชีพไม่ใช้แรงงาน ร้อยละ 30.00 ประกอบอาชีพใช้แรงงานเพียง ร้อยละ 20.00 เท่านั้น ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวทาง FITT Model (Frequency, Intensity, Time, Type) ซึ่งการออกกำลังกายที่มีผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะต้องเพิ่มกิจกรรมทางกายให้ได้ในระดับปานกลางขึ้นไป เช่น การทำกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอทุกวันอย่างน้อย 30 นาทีหรือมากกว่านั้นจะมีผลต่อการใช้พลังงานของร่างกาย ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในงานวิจัยของ กาญจนาภรณ์ ไกรนรา (2023) ที่ศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานพบว่าการเพิ่มกิจกรรมทางกายช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้[17]

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมายกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี แต่ผลการควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย การวิจัยในอนาคตควรมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลในเชิงลึก เนื่องจากปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอาจมีหลายปัจจัยร่วมกัน

2. การออกแบบวิธีออกกำลังกายให้เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลตามเป้าหมาย

3. ควรส่งเสริมให้ครอบครัว ภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของตนเองและช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่คอยกระตุ้นให้คำปรึกษาและแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ และการรักษาไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมาย เพื่อให้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมและสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2. สามารถนำไปเป็นข้อมูลไปใช้แก้ปัญหาให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถใช้ยาและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลต่อการรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ผศ.ดร.ทิพมาศ เศวตวรโชติ หัวหน้าฝ่ายจัดการศึกษา มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตศรีธรรมโศกราช เภสัชกรหญิงรติยา ถาวรยิ่ง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จ.จันทบุรี

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee, American Diabetes Association Professional Practice Committee. 6. Glycemic targets: standards of medical care in diabetes—2022. Diabetes Care. 2022;45(Supplement_1):S83-S96.
2. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the international diabetes federation diabetes atlas, 9th edition. Diabetes Research and Clinical Practice. 2019;157:107843. Retrieved May 15, 2023, from https://www.doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843
3. Ministry of Public Health. (2020). Statistics on Non-Communicable Diseases. Bangkok: Ministry of Public Health.
4. Ministry of Public Health. eHealth strategy, Ministry of Public Health (2017–2026). Retrieved May 31, 2023 from https://www.ict.moph.go.th/upload_file/files/eHealth_Strategy_ENG_141117.pdf.
5. Phinyo P, Aphiphatkan W, Pangsuk P, Niyomsat Y, Mahem K. Effects of the North Eastern (Esan) Thai Folk Dance Exercise Program on Physical Fitness and Blood Sugar Levels in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Songklanagarind Journal of Nursing. 2020;40(3):1-14.
6. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK, World Health Organization. Adequacy of sample size in health studies. Chichester: Wiley; 1990.
7. Supriya, S. (2017). Self-care behaviors of diabetic patients who fail to control blood sugar levels in the diabetes clinic, Songkhla Hospital, Songkhla Province. Journal of Nursing and Public Health Science Network, 4(1), 191-204.
8. Nalikul W, Tansar L, Pilaon S. Effects of a self-management supporting program on glycemic control for patients with uncontrolled diabetes in Puai Noi Hospital, Khon Kaen Province. 2020;2(1):77-90.
9. Thani N, Nammuang T. Predictive factors of self-care behaviors among elderly patients with uncontrolled diabetes in Surin Province. J Community Public Health Acad. 2023;9(01):170-180.
10. Phinyo P, Aphiphatkan W, Pangsuk P, Niyomsat Y, Mahem K. Effects of the North Eastern (Esan) Thai Folk Dance Exercise Program on Physical Fitness and Blood Sugar Levels in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Songklanagarind Journal of Nursing. 2020;40(3):1-14.
11. Santisevi S. Effects of Functional Training on Blood Biochemical Parameters and Physical Fitness in Adults with Prediabetes. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD), 9470; 2022.
12. Argham N., Buasri S., Janpeng T. The Effects of Self-Awareness Development Program on Eating Behaviors and Two-Hour Postprandial Blood Glucose Levels of Diabetic Patients: Quasi-Experiment in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Journal of Social Science Panyapat. 2023;5(1):61-74.
13. Ambachew, H., Shimelis, T., Lemma, K. (2015). Dyslipidemia among diabetic patients in Southern Ethiopia: cross-sectional study. Journal of Diabetes and Endocrinology. 2015;6(4):19-24.
14. Wiriyanutai P., Thongbunjob K., Inchaithep S. Wichada Mali W., Kraunuan C. Effects of Home Pharmaceutical Care in Uncontrolled Diabetes Mellitus Patients. Thai Journal of Public Health and Health Education. 2022;2(2):40-58.
15. Hanros S., KeeSirorot A. Factors influencing medication adherence among type 2 diabetes patients receiving services at Bang Krathum Hospital, Phitsanulok Province (Doctoral dissertation). Naresuan University. 2020.
16. Fakraksa T. Factors Affecting Health Care Behavior and Blood Sugar of Patients with Type2 Diabetes, Klangwiang Subdistrict, Wiangsa District, Nan Province. Journal of Phrae Public Health for Development. 2021;1(1):1-17.
17. Krainara K. The Effects of Dietary Management with Physical Activity Program among Blood Sugar Level of Pre-Diabetic Mellitus in Thung Yai District Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2023;1(4):31-42.

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน

Effects of participation program to learn about fever-reducing wipes on the ability of caregivers of children with high fevers in the pediatric ward Lamphun Hospital.

(Received: March 23,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

วันทนีย์ เชื่อมรัมย์[1]
Wantanee Cheamram[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังการทดลอง (One group pre-post research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ และทักษะการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired Samples t-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.3 เป็นร้อยละ 98.0 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงเพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรม และอุณหภูมิกายของผู้ป่วยเด็กหลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : โปรแกรมการมีส่วนร่วม เช็ดตัวลดไข้ ผู้ดูแล

Abstract

This research was quasi-experimental research. Quasi-experimental research, one group pre-post research design, aimed to compare knowledge about fever reducing wipes. and the skill of wiping to reduce fever among caregivers of children with high fever before and after using the participation program to learn about wiping to reduce fever. In the pediatric ward Lamphun Hospital The sample group is Pediatric caregiver who received treatment at the pediatric ward Lamphun Hospital During the month of June Until July 2023, data analyzed by Frequency distribution, percentage, mean and standard deviation and Paired Samples t-test and statistical significance level set at 0.05 level.

The results of the study found that after receiving the program for caregivers of children with high fever, The average score of knowledge about caring for children with high fever increased. Statistically significant Caregivers of children with high fever had the skills to correctly care for children with high fever increased from 50.3% to 98.0%, which is a significant difference at the 0.05 level. increased in all activities and body temperature of young patients after caregivers received a participation program to learn about wiping to reduce fever. Decreased with statistical significance at the 0.05 level

Keywords: Participation program, fever reducing wipes, caregivers

บทนำ

เมื่อเด็กเกิดความเจ็บป่วยย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาวะจิตใจหรือร่างกาย ซึ่งสภาวะเปลี่ยนแปลงที่พบบ่อยคืออาการไข้ตัวร้อน ภาวะไข้เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งแปลกปลอมหรือการอักเสบต่างๆ เกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อโรค เช่น เชื้อไวรัส เชื้อบัคเตรี เชื้อโปรโตซัว เป็นต้น โดย

[1] พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน

พบบ่อยในโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน[2] แต่บางครั้งอาการไข้ก็ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคเสมอไป เช่น คนที่แพ้ภูมิตัวเองก็มักมีไข้ต่ำ ๆ อย่างเรื้อรัง เนื่องจากเม็ดเลือดขาวทำงานกำจัดเซลล์ร่างกายปกติ โดยเข้าใจว่าเป็นเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอม[1] ภาวะไข้คือภาวะที่อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นกว่าปกติ โดยการวัดอุณหภูมิแต่ละตำแหน่งอาจได้ค่าปกติที่แตกต่างกันได้ เช่นถ้าวัดมักไม่เกิน 0.6 องศาเซลเซียส ในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปีและไม่เกิน 1.1 องศาเซลเซียส ในเด็กอายุ 7 ปีขึ้นไป อุณหภูมิสูงสุดอยู่ระหว่างเวลา 16.00 น. ถึง 18.00น. นอกจากนี้ยังอาจเปลี่ยนแปลงตามสภาวะภูมิอากาศหรือตามกิจกรรม เช่น อาจเพิ่มสูงขึ้นหลังรับประทานอาหารหรือการออกกำลังกาย โดยทั่วไปจะถือว่ามีไข้เมื่ออุณหภูมิที่วัดทางทวารหนักมากกว่า 38.3 องศาเซลเซียส ทางปากมากกว่า 37.8 องศาเซลเซียสและทางรักแร้หรือทางหูมากกว่า 37.3 องศาเซลเซียส

เด็กที่มีไข้สูงมักจะเกิดภาวะชักจากการมีไข้สูงตามมา เป็นภาวะที่ค่อนข้างอันตรายเพราะอาจจะทำให้เกิดความผิดปกติภายในสมองได้ สาเหตุส่วนใหญ่ของไข้ที่ทำให้เกิดการชักได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การอักเสบของผิวส่วนกลาง ไข้ออกผื่น การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินอาหารที่มีอาการไข้สูงมากเกิน 39 องศาเซลเซียส แต่ไม่นับรวมการติดเชื้อสมองและเยื่อหุ้มสมองและไม่นับรวมกับโรคลมชักซึ่งเป็นคนละโรคกัน อาการชักเพราะไข้สูงมักพบในเด็กที่มีอายุระหว่าง 1-3 ปี โดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงเล็กน้อย (ปิติกานต์ บูรณาภาพ, 2554) อาการชักที่เกิดจากไข้นี้เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีลักษณะของการชักเป็นแบบชักเกร็งหรือชักกระตุกและตามด้วยอาการชักเกร็งทั้งตัวเป็นระยะเวลาสั้นๆ ภายหลังจากการชักจะเป็นปกติเหมือนก่อนเกิดอาการ ไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาท เรียกว่า simple febrile convulsion (ภาวะชักจากไข้แบบธรรมดา) แต่ในบางกรณีที่มีอาการชักติดต่อกันนานเกิน 15 นาทีหรือชักเฉพาะข้างใดข้างหนึ่งของร่างกายหลังชักแล้วอาจมีอัมพาตของแขนขาข้างนั้น (Todd's paralysis) หรือชักซ้ำติดต่อกันหลายๆครั้งในการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน อาการชักลักษณะนี้เรียกว่า complex หรือ atypical หรือ complication febrile convulsion[3]

อุบัติการณ์ในผู้ป่วยเด็กที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการชักสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือชักเนื่องจากไข้ ในอเมริกาและยุโรปมีรายงานอุบัติการณ์เด็กที่ชักเนื่องจากไข้ประมาณร้อยละ 2-4 ส่วนรายงานทางเอเชียสูงกว่า อายุที่ชักครั้งแรกพบบ่อยที่สุดคือช่วงอายุ 1-2 ปีแรก ถ้าอายุมากกว่า 3 ปีขึ้นไปโอกาสที่ชักจากไข้ครั้งแรกน้อยลง[3]ในประเทศไทยมีการศึกษาสาเหตุของไข้ในเด็กที่มาด้วยอาการชักจากไข้เป็นครั้งแรก พบว่าสาเหตุหลักคือการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน[4] ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้จากไข้ชักในเด็กเล็กได้แก่ การสำลักอาหารหรือน้ำลายในช่องปาก การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หากมีอาการชักซ้ำบ่อยและรุนแรงมากกว่า 30 นาที จะส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและอาจส่งผลต่อสมองได้ บิดามารดาที่มีบุตรป่วยเป็นอาการชักจากไข้ มักจะมีความวิตกกังวลมาก เนื่องจากกังวลกับการเกิดชักซ้ำ[5] ทั้งนี้ภาวะชักจากไข้สูงย่อมส่งผลกระทบและผลเสียต่อเด็ก ดังนั้นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กจะเป็นบุคคลที่สามารถช่วยเหลือและบรรเทาภาวะไข้และป้องกันภาวะชักได้ บุคคลสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กสามารถช่วยเหลือจัดการและป้องกันอาการแทรกซ้อนจากภาวะไข้ในเด็กเพื่อให้เด็กได้รับความปลอดภัยคือ บิดามารดาหรือผู้ดูแลผู้ดูแลเด็ก ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้ในการจัดการกับภาวะไข้ในเด็กไม่ถูกวิธี มักจะให้เด็กรับประทานยาลดไข้ไม่ได้ขนาดที่เหมาะสมกับน้ำหนักตัวของเด็ก ให้เด็กรับประทานยาลดไข้บ่อยเกินไป แม้ว่าเด็กจะมีไข้ต่ำๆ เพราะกลัวเด็กจะชักจากไข้สูง กลัวว่าสมองของเด็กจะเป็นอันตราย กลัวเด็กจะเสียชีวิตจากการมีไข้และมักจะพาเด็กไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น เมื่อเด็กมีไข้การดูแลรักษาโดยทั่วไปคือการให้เด็กรับประทานยาลดไข้ หรือการเช็ดตัวลดไข้ สำหรับเด็กที่ไข้สูงนั้นการให้ยาลดไข้รับประทานอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะลดไข้ได้เร็ว เนื่องจากยาที่

รับประทานจะต้องใช้เวลาราว 30 นาทีกว่าที่จะดูดซึมและออกฤทธิ์ ทำให้ไข้ลดลง ซึ่งในระหว่างที่รอให้ยาออกฤทธิ์นั้นเด็กบางคนอาจจะเกิดอาการชักจากไข้สูงได้ จึงควรทำการเช็ดตัวลดไข้ให้เด็กด้วย[1] ดังนั้นการเช็ดตัวลดไข้นับว่าเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการลดภาวะชักจากไข้สูงในเด็ก

อุบัติการณ์ชักจากไข้ในผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลลำพูน จากข้อมูลการรายงานจำนวนผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน ปี 2563 – 2565 พบว่า มีผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการไข้เฉียบพลัน (acute febrile illness) จำนวน 187 ราย, 148 ราย และ 110 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยมีอาการชักจากไข้สูงก่อนนำส่งโรงพยาบาล (Febrile convulsion) จำนวน 18 ราย , 25 ราย และ 28 ราย ตามลำดับ และมีอุบัติการณ์ชักจากไข้สูงขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 12 ราย, 10 ราย และ 4 ราย ตามลำดับ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการไข้เฉียบพลัน (acute febrile illness) ติดอันดับ 1 ใน 5 ของจำนวนผู้ป่วยเด็กนอนโรงพยาบาลมากที่สุดในแต่ละเดือน[8]

จากบริบทปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเด็ก หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน จึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ เพื่อให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ เชปป์ (Schepp,1995) ที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้และปฏิบัติดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ (Routine Care Participation) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Technical Care Participation) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและบุคลากรพยาบาล (Information Sharing Participation) และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย (Decision-making Participation) นำมาสร้างและพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน อันก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะไข้ ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน เพิ่มความสามารถและทักษะในการปฏิบัติการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ดูแลเด็กป่วย ลดภาวะชักจากอาการไข้ สามารถเช็ดตัวลดไข้ได้ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน รวมถึงสามารถป้องกันชักจากไข้สูงที่บ้านและช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังการทดลอง (One group pre-post research design) วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ และทักษะการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 และการวิจัยนี้กำหนดระยะเวลาการวิจัยไว้ 6 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกันยนยน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยเด็กไข้สูง ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 จำนวน 30 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเด็กไข้สูงมีอุณหภูมิตั้งแต่ 39°c ขึ้นไป 2) ผู้ป่วยเด็กไข้สูงที่มีอายุ 6 เดือน – 5 ปี 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเด็กมีไข้แล้วใช้ยาลดไข้ก่อนการเช็ดตัว 2) ผู้ป่วยเด็กย้ายหรือ refer ขณะทำการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปป์ (Schepp,1995) ที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้และปฏิบัติดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ (Routine Care Participation) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Technical Care Participation) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและบุคลากรพยาบาล (Information Sharing Participation) และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย (Decision-making Participation) นำมาสร้างและพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ด้วยวิธีการสอนรายบุคคล และการให้แผ่นพับเรื่องชักจากไข้สูง

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล โดยร่วมกันวางแผนการดูแล สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้วิจัย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดตัวลดไข้ การวัดไข้ การป้อนยา การเปลี่ยนเสื้อผ้า ตลอดจนให้คำแนะนำ ซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้คำปรึกษาจนกว่าผู้ป่วยจะจำหน่าย

กิจกรรมที่ 4 ประเมินผลร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ความสามารถในการดูแลเบื้องต้นเมื่อมีภาวะไข้สูงที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

2.2แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ประวัติการป่วยไข้สูง และประวัติภาวะชักจากไข้สูง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

2.2แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบใช่ , ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ โดยตอบคำถามถูก ให้ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) และตอบผิด ให้ 0 คะแนน (คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน) สามารถแบ่งช่วงระดับความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0 – 5 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ/น้อย

6 – 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

11 – 15 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง/มาก

2.3แบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ระดับ คือ ปฏิบัติได้ถูกต้องและปฏิบัติไม่ถูกต้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบเฉพาะความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบเฉพาะความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง และแบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงกับผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน การทดความสอบความน่าเชื่อ (Reliability) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง และแบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ทดสอบความน่าเชื่อถือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กับกลุ่มทดลอง จำนวน 10 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง มีค่าเท่ากับ 0.89 และแบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงมีค่าเท่ากับ 0.87 ซึ่งสามารถนำไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยเด็ก ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบความรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ทักษะการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง อุณหภูมิกายและอัตราการเต้นของหัวใจผู้ป่วยเด็กไข้สูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ด้วยค่าสถิติ Paired Samples t-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำโครงร่างการนำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย วิธีการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับจากโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์จะตอบตกลงหรือปฏิเสธในระหว่างที่เข้าร่วมทำการศึกษา มีสิทธิ์ยกเลิกการศึกษาในครั้งนี้โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 46.7 หรือมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 36.13 ปี สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 73.3 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 36.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.3 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กโดยเป็นพ่อแม่ ร้อยละ 66.7 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กไข้สูงมาก่อน ร้อยละ 93.3

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วม

เรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ สามารถสรุปคะแนนในภาพรวมพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง พบว่าก่อนการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง อยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6 และมีความรู้อยู่ในระดับมาก/สูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 หลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง อยู่ในระดับสูง จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 63.3 และมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 ด้านการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ด้วยค่าสถิติ Paired Samples t-test พบว่าค่าสถิติ t= -8.065 และค่า Sig. = 0.000 ซึ่งเมื่อเทียบกับค่าระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีค่าน้อยกว่า แสดงว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรม ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=7.53) และหลังการใช้โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=11.53) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงเพิ่มสูงขึ้น (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง	N	Mean	SD	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	30	7.53	1.88	-8.065	0.000*
หลังใช้โปรแกรม	30	11.53	2.20		

หมายเหตุ:* หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ภายหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.3 เป็นร้อยละ 98.0 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงเพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรม เมื่อพิจารณาตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ทั้ง 10 กิจกรรม พบว่าก่อนใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ มีการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ทั้งหมด 300 ครั้ง มีการปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 50.3 แยกเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติพบว่า สามารถอ่านอุณหภูมิจากเทอร์โมมิเตอร์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 63.3 รองลงมาคือ เตรียมน้ำอุ่นสำหรับเช็ดตัวลดไข้ ถูกต้องร้อยละ 60.0 เช็ดตัวย้อนรูขุมขนและเช็ดเข้าหาหัวใจ ถูกต้องร้อยละ 53.3 พักผ้าที่หน้าผากซอกคอ รักแร้ ข้อพับแขนขา ถูกต้องร้อยละ 50.0 ขณะเช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ ถูกต้องร้อยละ 50.0 เตรียมผ้าสำหรับเช็ดตัวลดไข้ ถูกต้องร้อยละ 46.7 ใส่เสื้อผ้าบาง ไม่ห่มหน้า และไม่ห่อผ้าหนาหลังเช็ดตัว ถูกต้องร้อยละ 46.7 เช็ดตัวลดไข้ครบ 15 นาที ถูกต้องร้อยละ 46.7 ปิดพัดลมหรือแอร์ก่อนเช็ดตัวทุกครั้ง ถูกต้องร้อยละ 46.7 และสามารถใช้เทอร์โมมิเตอร์

เหน็บรักแร้ผู้ป่วยถูกตำแหน่ง ถูกต้องร้อยละ 40.0 ตามลำดับ

หลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ มีการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงทั้งหมด 300 ครั้ง มีการปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 98.0 แยกเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงทุกส่วนสามารถใช้เทอร์โมมิเตอร์ เหน็บรักแร้ผู้ป่วยถูกตำแหน่ง เตรียมผ้าสำหรับเช็ดตัวลดไข้ พักผ้าที่หน้าผากซอกคอ รักแร้ ข้อพับแขนขา ใส่เสื้อผ้าบาง ไม่ห่มหน้า และไม่ห่อผ้าหนาหลังเช็ดตัว ขณะเช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อย ๆ ถูกต้อง ร้อยละ 100.0 รวมถึงสามารถอ่านอุณหภูมิจากเทอร์โมมิเตอร์ได้ถูกต้อง เช็ดตัวย้อนรูขุมขนและเช็ดเข้าหาหัวใจ เช็ดตัวลดไข้ครบ 15 นาที ถูกต้องร้อยละ 96.7 และปิดพัดลมหรือแอร์ก่อนเช็ดตัวทุกครั้ง และเตรียมน้ำอุ่นสำหรับเช็ดตัวลดไข้ ถูกต้องร้อยละ 93.3 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบร้อยละของทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้

กิจกรรม	ก่อนการใช้โปรแกรม			หลังการใช้โปรแกรม			p-value
	จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง	จำนวนครั้งที่สังเกต	ร้อยละของการปฏิบัติที่ถูกต้อง	จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง	จำนวนครั้งที่สังเกต	ร้อยละของการปฏิบัติที่ถูกต้อง	
1. สามารถใช้เทอร์โมมิเตอร์ เหน็บรักแร้ผู้ป่วยถูกตำแหน่ง	12	30	40.0	30	30	100.0	0.000*
2. สามารถอ่านอุณหภูมิจากเทอร์โมมิเตอร์ได้ถูกต้อง	19	30	63.3	29	30	96.7	0.001*
3. เตรียมน้ำอุ่นสำหรับเช็ดตัวลดไข้	18	30	60.0	28	30	93.3	0.001*
4. เตรียมผ้าสำหรับเช็ดตัวลดไข้	14	30	46.7	30	30	100.0	0.000*
5. เช็ดตัวย้อนรูขุมขนและเช็ดเข้าหาหัวใจ	16	30	53.3	29	30	96.7	0.000*
6. พักผ้าที่หน้าผากซอกคอ รักแร้ ข้อพับแขนขา	15	30	50.0	30	30	100.0	0.001*
7. ใส่เสื้อผ้าบาง ไม่ห่มหน้า และไม่ห่อผ้าหนาหลังเช็ดตัว	14	30	46.7	30	30	100.0	0.018*
8. ขณะเช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อย ๆ	15	30	50.0	30	30	100.0	0.000*
9. เช็ดตัวลดไข้ครบ 15 นาที	14	30	46.7	29	30	96.7	0.000*
10.ปิดพัดลมหรือแอร์ก่อนเช็ดตัวทุกครั้ง	14	30	46.7	29	30	96.7	0.000*
รวม	**151**	**300**	**50.3**	**294**	**300**	**98.0**	**0.000***

4. ผลลัพธ์จากการพัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงให้แก่ผู้ดูแล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 1 – 2 ปี ร้อยละ 40.0 หรือเฉลี่ยอยู่ที่ 1.92 ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นไข้หวัดใหญ่ (Influenza) ร้อยละ 40.0 ไม่เคยมีประวัติป่วยไข้สูงมาก่อน ร้อยละ 76.7 และไม่มีประวัติการชักจากไข้สูง ร้อยละ 66.7

ผลลัพธ์จากการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแล โดยการใช้โปรแกรมการมีส่วน

ร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ พบว่า อุณหภูมิกายของผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการเช็ดตัวหรือก่อนที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ผู้ป่วยเด็กมีอุณภมิกายเฉลี่ยอยู่ที่ 39.40 องศาเซลเซียส และหลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ผู้ป่วยเด็กมีอุณภมิกายลดลงเฉลี่ยอยู่ที่ 37.52 องศาเซลเซียส

ด้านอัตราการเต้นของหัวใจพบว่า ก่อนและหลังที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ไม่แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอุณหภูมิกายและอัตราการเต้นของหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง

ผลลัพธ์จากการพัฒนาความทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแล	Mean	SD	t	p-value
อุณหภูมิกาย				
ก่อนใช้โปรแกรม	39.40	0.61	16.698	0.000*
หลังใช้โปรแกรม	37.52	0.38		
อัตราการเต้นของหัวใจ				
ก่อนใช้โปรแกรม	121.16	6.13	1.489	0.146
หลังใช้โปรแกรม	119.50	3.98		

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปป์[9] ที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้และปฏิบัติดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง ด้วยวิธีการสอนรายบุคคล และการให้แผ่นพับเรื่องชักจากไข้สูง กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล โดยร่วมกันวางแผนการดูแล สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้วิจัย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดตัวลดไข้ การวัดไข้ การป้อนยา การเปลี่ยนเสื้อผ้า ตลอดจนให้คำแนะนำ ซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้คำปรึกษาจนกว่าผู้ป่วยจะจำหน่าย กิจกรรมที่ 4 ประเมินผลร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ความสามารถในการดูแลเบื้องต้นเมื่อมีภาวะไข้สูงที่บ้าน ผลจากการนำมาใช้ในการพัฒนาความรู้และทักษะผู้ดูแลเด็กป่วยไข้สูง พบว่า หลังจากการได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ผู้ดูแลเด็กป่วยไข้สูงมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) โดยก่อนการใช้โปรแกรม ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการใช้โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้การที่ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงเพิ่มขึ้นเนื่องจากกระบวนการทำกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้พ่อแม่เด็กป่วยไข้สูงได้ฝึกทักษะการดูแลด้วยตนเอง รวมถึงการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยจะให้ข้อมูลย้อนกลับทันที เพื่อให้พ่อแม่เด็กป่วยได้เรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ หรือตอบคำถามต่างๆ ให้กระจ่างทันที และสามารถดูแลเด็กป่วยไข้สูงได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับ ผลการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กชักจากไข้สูงโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของ วิไลวัลน์ พนาลิกุล[10] พบว่า หลังใช้โปรแกรม

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กชักจากไข้สูง ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001)

ในด้านทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.3 เป็นร้อยละ 98.0 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงเพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรม ทั้งนี้กระบวนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ เป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้และปฏิบัติดูแลเด็กป่วยไข้สูงขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกขั้นตอน ทั้งในเรื่องการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและบุคลากรพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ตลอดจนการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลเด็กป่วยไข้สูง ที่ผู้วิจัยให้ความเป็นกันเอง คอยสอบถาม แนะนำในกิจกรรมที่ผู้ดูแลเด็กป่วยทำไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้ทำ พร้อมกันนั้นผู้วิจัยได้สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลโดยการร่วมกันวางแผนการดูแล สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้วิจัย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดตัวลดไข้ การวัดไข้ การป้อนยา การเปลี่ยนเสื้อผ้า ตลอดจนให้คำแนะนำ ซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้คำปรึกษาจนกว่าผู้ป่วยจะจำหน่าย จึงทำให้ผู้ดูแลเด็กป่วยไข้สูงได้อย่างถูกต้องและเกิดความมั่นใจที่จะดูแลเด็กป่วยไข้สูงได้ หากเกิดกรณีที่เด็กป่วยไข้สูงอยู่บ้าน หรือระหว่างที่จะนำตัวมารักษาที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาต่อความสามารถในการดูแลบุตรที่มีภาวะชักจากไข้สูงของบงกช นิลอ่อน[11] พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลบุตรที่มีภาวะชักจากไข้สูงหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงนี้ ยังส่งผลในการป้องกันภาวะชักจากไข้สูง ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กไข้สูงเบื้องต้นที่บ้านได้ถูกต้องก่อนนำส่งโรงพยาบาล

นอกจากนี้ จากการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงแก่ผู้ดูแล โดยการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยเด็กไข้สูง โดยพบว่าอุณหภูมิกายของผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการเช็ดตัว หรือก่อนที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ผู้ป่วยเด็กมีอุณภมิกายเฉลี่ยอยู่ที่ 39.40 องศาเซลเซียส และหลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ผู้ป่วยเด็กมีอุณภมิกายลดลงเฉลี่ยอยู่ที่ 37.52 องศาเซลเซียส จึงถือได้ว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ ช่วยลดอุณหภูมิกายของผู้ป่วยเด็กไข้สูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) สอดคล้องกับผลการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กชักจากไข้สูงโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของวิไลยวัลน์ พนาลิกุล (2563) พบว่าหลังใช้โปรแกรมอุณหภูมิกายหลังเช็ดตัวของผู้ป่วยเด็กชัดจากไข้สูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.011) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภาพรรณ เอี่ยมทา และคณะ[12] พบว่า การเช็ดตัวที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้อุณหภูมิก่อนและหลังการเช็ดตัวลดไข้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้

1. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้นี้ไปกับผู้ดูแลเด็กป่วยไข้สูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้พ่อแม่/ผู้ปกครอง มีความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กป่วยที่มีภาวะไข้สูงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. กลุ่มงานการพยาบาลที่ให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไข้สูง สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไข้สูง แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้นี้ ในการดูแลเด็กป่วยโรคอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. ปิติกานต์ บูรณาภาพ. คู่มือตรวจโรคเด็ก ด้วยตนเองเบื้องต้น: กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น; 2554.
2. ศิริพร ผ่องจิตสิริ. Acute Care Pediatrics. กรุงเทพ: เอ-พลัส พริ้น; 2554.
3. สุวรรณี พันเจริญ. Febrile Convulsion. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์จจำกัด; 2552.
4. ขนิษฐา คูศิวิไลส์. ตำรากุมารเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2557.
5. สุมิศรา อารีย์วัฒนานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดไข้ชักซ้ำในผู้ป่วยเด็กโรคไข้ชักครั้งแรกของโรงพยาบาลหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559;13(3):119-128.
6. Vicens-Blanes F, Miro-Bonet R, Molina-Mula J. Analysis of the perceptions, knowledge and attitudes of parents towards fever in children: a systematic review with a qualitative meta-synthesis. J Clin Nurs.2022;22(1):1–27.
7. Barbi E, Marzuillo P, Neri E, Naviglio S, Baruch S, Krauss BS. Fever in Children: Pearls and Pitfalls. PMC Disclaimer. 2017;4(9): 81-93.
8. หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน. รายงานจำนวนผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน ปี 2563 – 2565. ลำพูน: หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน;2565.
9. Schepp K. (1995). Psychometric assessment of the preferred participation scale for parents of hospitalized children. Washington: University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA;1995.
10. วิไลยวัลน์ พนาลิกุล. ผลการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กชักจากไข้สูงโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วม. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2563;3(2):44-55.
11. บงกช นิลอ่อน, ยุนี พงศ์จตุรวิทย์, นุจรี ไชยมงคล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาต่อความสามารถในการดูแลบุตรที่มีภาวะชักจากไข้สูง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557;22(3):30-41
12. สุภาพรรณ เอี่ยมทา, ฉัตรฤดี พุ่มลัดดา, ภภาอัมพ์ บุญทองนุ่ม และเบญจา พุฒซ้อน. ประสิทธิภาพการเช็ดตัวลดไข้ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับ การรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร. ชัยนาท: โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร;2559.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสระบุรี: กรณีศึกษา

Nursing care of patient rheumatic heart disease with complications in Saraburi Hospital: Case study

(Received: March 17,2024 ; Revised: March 23,2024 ; Accepted: March 24,2024)

สุมาลี เตชะ[1]
Sumalee Tacha[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีสาเหตุจากการติดเชื้อไข้รูมาติก ทำให้การดำเนินโรครุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูง ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลสระบุรี โดยการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การสังเกต นำมาวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 14 ปี อาการสำคัญ มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย ปวดตามข้อ เป็นมา 1 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัย Acute rheumatic fever พบมีการอักเสบที่หัวใจ ลิ้นหัวใจ Mitral valve ลิ้นหัวใจ Aotic รั่วรุนแรง และมีภาวะหัวใจล้มเหลว กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 14 ปี อาการสำคัญ มีผื่นตามตัว แขนขาเคลื่อนไหวควบคุมไม่ได้ เป็นมา 3 วัน แพทย์วินิจฉัย Acute rheumatic fever พบลิ้นหัวใจ Mitral valve ทำงานผิดปกติ และ มีภาวะขาดดุลเกลือแร่ ทั้ง 2 กรณีศึกษาได้รับการดูแลรักษาจนผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนโดยใช้กระบวนการพยาบาล และการปฏิบัติตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) จนผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้าน

คำสำคัญ : โรคไข้รูมาติก, การพยาบาลโรคหัวใจรูมาติก, กระบวนการพยาบาล

Abstract

This study was case study. The objective of this study was to study nursing care of patients with rheumatic heart disease complications caused by rheumatic fever infection. This causes severe disease progression with a high mortality rate. Selected sample two case studies admitted at Saraburi Hospital's pediatric ward 1 based on patient medical records. History from patients and relatives observation It is analyzed by comparing health patterns, pathologies. Symptoms and signs, nursing treatment and diagnosis Nursing planning from reception to discharge

The results of the study showed that Case Study 1 , a1 4 -year-old Thai boy patient, had significant symptoms. Acute rheumatic fever found carditis, severe mitral valve regurgitation, Aotic valve regurgitation and heart failure. Case Study 2: a1 4-year-old Thai girl with major symptoms and a rash. Abnormal movement. For 3 days, the doctor diagnosed acute rheumatic fever, found a malfunctioning mitral valve, and electrolyte deficit. Both cases were treated until the crisis was over, and complications were monitored using nursing process and the 7 Aspects of Care were followed until the patient could be discharged home

Keywords: Rheumatic fever, Rheumatic heart nursing, Nursing process

[1] โรงพยาบาลสระบุรี

บทนำ

โรคหัวใจรูมาติกเป็นโรคหัวใจในเด็กที่เกิดตามหลังโรคไข้รูมาติก เกิดจากติดเชื้อแบคทีเรียบีตาฮีโมไลติกเสตรปโตค็อกคัส กลุ่ม เอ (Beta-hemolytic streptococcus group A จากสถิติอุบัติการณ์ ผู้ป่วยเด็กโรคไข้รูมาติก (Rheumatic fever) ทั่วโลกพบผู้ป่วยสูงถึงกว่า 470,000 รายปี หรือ 19 รายต่อ 100,000 ประชากรเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย พบมากในเด็กอายุ 5-15 ปี[2] กลไกการเกิดโรค เมื่อร่างกายได้รับเชื้อจะสร้างภูมิต้านทานต่อเชื้อโรค เกิดปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อภายในร่างกายของตัวเอง ทำให้เกิดการอักเสบของอวัยวะหลายระบบ ได้แก่ 1) ข้ออักเสบ (arthritis) มีอาการปวดบวมแดงร้อน 2) มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Sydenham's chorea) เป็นความผิดปกติของระบบประสาท การเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถควบคุมได้ 3) เกิดปุ่มใต้ผิวหนัง (Subcutaneous nodules) บริเวณที่ ห่อหุ้มกระดูกหรือเอ็น 4) มีผื่นแดงที่ผิวหนัง (Erythema marginatum) 5) เมื่อมีการติดเชื้อนานๆหรือติดเชื้อซ้ำๆจะมีการทำลายเนื้อเยื่อหัวใจ เกิดการอักเสบของหัวใจ การอักเสบลิ้นหัวใจ ทำให้ลิ้นหัวใจตีบ ลิ้นหัวใจรั่ว หรือเป็นทั้งรั่วและตีบในเวลาเดียวกัน ที่พบบ่อย ได้แก่ ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่วหรือตีบ และลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว[1]องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดแนวทางการวินิจฉัยโรคไข้รูมาติกของ WHO criteria (2002-2003) ในการติดเชื้อซ้ำ เพียง 2 minor manifestations ร่วมกับหลักฐาน การติดเชื้อ hemolytic streptococcus group A ผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจไมตรัลรั่วหรือตีบ การตรวจร่างกายจะพบหัวใจมีเสียงฟู่ ตรวจคลื่นเสียงสะท้อนของหัวใจ (Echocardiogram) พบหัวใจห้องบนซ้ายและห้องล่างโต พบความผิดปกติที่ลิ้นหัวใจ การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ ESR, CRP สูงขึ้น บ่งชี้ถึงกระบวนการอักเสบในร่างกาย ค่า ASO, DNase B สูงขึ้น บ่งชี้ว่ามีการอักเสบและการติดเชื้อ[8]การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดเชื้อ ให้ยารักษาการอักเสบได้แก่ salicylate และ steroid ยา digitalis รักษาอาการหัวใจวาย[2]จากสถิติของโรงพยาบาลสระบุรี ปี 2564 – 2567 (ข้อมูลถึงเดือนมกราคม 2567) พบผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติก 25,28,20,4 คน ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคลิ้นหัวใจรั่ว การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วย ต้องได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้อง ตั้งแต่ระยะแรกรับ ได้รับการดูแลในระยะวิกฤตอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และการดูแลในระยะต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ และมีอัตราตายได้สูง ผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกที่มีอาการรุนแรงมาก จะศึกษาเล่าเรียนได้ไม่เต็มความสามารถ หรือทำงานได้ไม่เต็มศักยภาพภาพ และอาจกลายเป็นคนทุพพลภาพไม่สามารถประกอบอาชีพได้ การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ในช่วงวิกฤติฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต จนกระทั่งผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ[1,5,6,7]

ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติก จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลสระบุรี โดยศึกษาประวัติการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ นำมาวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและความต้องการ นำทฤษฎีทางการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยนำแนวคิดการใช้แบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน[5] เป็นการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น การปฏิบัติการพยาบาล ตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) การใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และนำผลการศึกษาไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติก เพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาสภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยหัวใจรูมาติก และศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกเปรียบเทียบกรณีศึกษา

2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติก

วิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะ-เจาะจงในผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติก ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลสระบุรี ระหว่าง เดือนพฤษภาคม 2566 ถึงมกราคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบฟอร์มการประเมินแผนสุขภาพ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลจากญาติผู้ป่วย ข้อมูลจากทีมสุขภาพ การสังเกต การปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำผลการศึกษามาวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ พร้อมทั้งสังเคราะห์และวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย โดยมีประเด็นเปรียบเทียบได้แก่ แบบแผนสุขภาพ อาการและอาการแสดง พยาธิสภาพของโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ แผนการรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลการรักษา ดังมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกที่มีภาวะแทรกซ้อน

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 14 ปี เป็นชาวกัมพูชาเรียนหนังสือถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาศัยอยู่กับบิดา มารดา น้องชาย ในห้องเช่า ปฏิเสธโรคประจำตัว เคยเป็นไข้หวัด เจ็บคอ ซื้อยากินเอง มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร	ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 14 ปี เรียนหนังสือถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ไม่ได้เรียนหนังสือต่อ อาศัยอยู่กับมารดาในห้องเช่า 1 เดือน ก่อนมาโรง-พยาบาล ออกจากบ้านไปอยู่กับแฟน เสพยาเสพติด สูบบุหรี่ กินน้ำกระท่อม เสพกัญชา และยาเคมารดาบอกว่าไม่รับทราบว่าบุตรเสพยาเสพติดปฏิเสธโรคประจำตัว เคยเป็นไข้หวัด เจ็บคอ ไม่ได้รักษา อาการหายได้เอง มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด มีโอกาสได้รับเชื้อแบคทีเรียบีตาฮีโมไลติกเสตรปโตค็อกคัส กลุ่ม เอ และมีประวัติเป็นไข้หวัด เจ็บคอ ซื้อยากินเอง ไม่ได้รับการรักษา ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ จึงทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำๆเกิดเป็นโรคหัวใจรูมาติก และมารดากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร
อาการและอาการแสดงและการวินิจฉัยโรค	ไข้ หายใจเหนื่อย ปวดตามข้อเข่าข้อเท้า ฟังเสียงหัวใจพบเสียงฟู่ที่ Apex	หายใจหอบเหนื่อย แขนขาเคลื่อนไหวตลอดเวลาควบคุมไม่ได้ มีผื่นนูนขึ้นตามตัว ฟังเสียงหัวใจไม่พบเสียงฟู่	กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการไข้ร่วมกับอาการข้ออักเสบ แต่กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Sydenham's chorea) ไม่มีอาการไข้ร่วมด้วย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยตามแนวทางของWHO criteria (2002-2003) ดังนี้ กรณีศึกษารายที่ 1 มี Major criteria คือ Poly arthritis, carditis, ESR และ CRP สูง กรณีศึกษารายที่ 2 มี Major criteria คือ Chorea , carditis ผล ESR และ CRP สูง
การตรวจทางห้อง-ปฏิบัติการ	-CBC, Electrolyte, ESR ทุกวันพุธ CRP, ASO titer ,LFT, ANA,	-CBC, Electrolyte, ESR, CRP, ASO titer, LFT, Ca, Mg, PO4,	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการตรวจว่ามีการติดเชื้อ ส่งตรวจ ASO titer Anti D Nase B

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกที่มีภาวะแทรกซ้อน

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	ASO titer, Anti D Nase B -CXR EKG 12 lead	Anti HIV, ANA, Anti DNase B, UA, Urine pregnancy test, Urine amphetamine -CXR EKG 12 lead	และตรวจหาการอักเสบในร่างกาย ส่งตรวจ ESR, CRP
ผล Echocar-diogram	Severe Mitral valve regurgitation, Tricuspid Regurgi-tation, Aotic regur-gitation, LVEF 65 %	Severe Mitral valve regurgitation, LVEF good	ผล Echocardiogram กรณีศึกษารายที่ 1 พบการอักเสบของหัวใจและมีลิ้นหัวใจ Mitral, Tricuspid, Aortic รั่วรุนแรง และพบการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ผล Echocardiogram กรณีศึกษารายที่ 2 พบการมีลิ้นหัวใจ Mitral รั่วรุนแรง การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายปกติ
แผนการรักษาและยาที่ได้รับ	-on oxygen canula 3 LPM -Lasix 40 mg iv x 2 dose -Lasix 20 mg iv x 2 dose -Penicillin G sodium 1.2 ล้าน unit IM ทุก 3 สัปดาห์ - Prednisolone 5 mg 5 tab oral TID pc -Lasix 40 mg 1 tab oral OD -Aldactone 25 mg 1 tab oral BID pc - Enalapril 25 mg oral OD -Aspirin 300 mg 3 tab oral TID pc -Digoxin 0.25 mg ½ tab oral BID pc -Folic 1 tab oral OD -MTV 1 tab oral OD -Losec 20 mg 1 tab oral OD ac - Absolute bed rest -จำกัดน้ำดื่ม <1000 ml/day	-Prednisolone 5 mg 5tab oral TID pc -Amoxycillin 500 mg 2 tab oral BID pc 10 วัน Then Pen V 250 mg 1 tab oral BID pc -Aldactone 25 mg 1 tab oral BID pc - Enalapril 25 mg oral OD -Aspirin 300 mg 3 tab oral TID pc -Absolute bed rest -ส่งปรึกษาจิตแพทย์ ให้ยา Clonazepam0.5 mg 1 tab oral HS -Quetiapine 25 mg ¼ tab oral เช้า ½ tab oral HS -Losec 20 mg 1 tab oral OD ac -Absolute bed rest	แผนการรักษาของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความต่างกันคือ กรณี-ศึกษารายที่ 1 มีอาการหัวใจล้มเหลว และลิ้นหัวใจรั่วรุนแรง ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดขับปัสสาวะร่วมกับยา Digitalis และยาปฏิชีวนะ Penicillin G sodium 1.2 ล้าน unit IM ทุก 3 สัปดาห์ ได้รับยา Aspirin (ASA), Prednisolone ลดการอักเสบของหัวใจและข้อ จำกัดน้ำดื่ม Absolute bed rest นาน 8 สัปดาห์ กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการเคลื่อนไหวผิดปกติได้รับการปรึกษาจิตแพทย์ให้ยาคุมอาการ ไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว แพทย์ไม่จำกัดน้ำดื่ม Absolute bed rest 4 สัปดาห์ ทั้ง 2 กรณีศึกษา ได้รับยาขับปัสสาวะ ยา digitalis เพื่อลดอาการทางหัวใจ ยาช่วยลดแรงต้านการไหลเวียนเลือด(Aldactone, Enalapril) ยาsalicylate ลดการอักเสบ ยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อ
อาการก่อนจำหน่าย	รู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบเหนื่อย ลุกเดินทำกิจวัตรประจำวันในระยะทางสั้นๆ ได้	รู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบเหนื่อย ลุกเดินทำกิจวัตรประจำวันในระยะทางสั้นๆ ได้	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รู้สึกตัวดี ลุกเดินทำกิจวัตรประจำวันในระยะทางสั้นๆ ได้ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย
ยากลับบ้าน	-Lasix 40 mg ½ tab oral OD / 10 tab -Aldactone 25 mg 1 tab oral BID pc/20 tab -Enalapril 25 mg oral OD -prednisolone 5 mg 3 tab oral และลด dose ลงจน off วันที่ 12	-Lasix 40 mg ½ tab oral OD / 10 tab -Aldactone 25 mg 1 tab oral BID pc/20 tab -Aspirin 300 mg 3 tab oral TID pc/90 tab -Enalapril 25 mg oral OD /-Lanoxin 0.0625 mg 1 tab oral BID pc/20 /tab -Pen V 250 mg 1 tab oral BID	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีแผนการรักษาได้รับยาขับปัสสาวะ ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำกลับบ้าน

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกที่มีภาวะแทรกซ้อน

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		ac/ 20 tab	
การติดตามต่อเนื่อง	นัด Follow up cardio clinic 29/02/67 เจาะเลือดตรวจ BUN Cr Electrolyte ESR LFT ก่อนพบแพทย์	นัด Follow up cardio clinic 29/11/66 เจาะเลือดตรวจ BUN Cr Electrolyte ESR CRP LFT ก่อนพบแพทย์	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีนัดติดตามอาการติดตามผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ และมารับยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การพยาบาล
1) เสี่ยงต่อการเกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง และเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ		<u>การพยาบาล</u> 1) ติดตามประเมินสัญญาณชีพ โดยใช้แบบประเมิน Respiratory failure score และความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว ทุก 1-2 ชั่วโมง 2) สังเกต ประเมินภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือเท้าเย็น กระสับกระส่าย cyanosis รายงานทราบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ 3) จัดท่านอนศีรษะสูง 30-60 องศา 4) ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Oxygen cannula 3 LPM และ Keep ออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 % 5) ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์(Absolute bed rest) เพื่อลดการใช้ออกซิเจน 6) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและเงียบสงบ
2) เสี่ยงต่อภาวะ Cardiac Output ลดลง จากการเต้นของหัวใจผิดปกติจากมีลิ้นหัวใจรั่วและประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง	2)เสี่ยงต่อภาวะ Cardiac Output ลดลงจากการเต้นของหัวใจผิดปกติจากมีลิ้นหัวใจรั่วและประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง	1) ประเมินสัญญาณชีพ Oxygen saturation โดยใช้แบบประเมิน Respiratory failure score ทุก 1-2 ชั่วโมง 2) สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของหัวใจ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ รายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ 3) ประเมินอาการขาบวมหรือท้องบวม 4) ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์ (Absolute bed rest) เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ลดการทำงานของหัวใจ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำ กิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การเช็ดตัว การขับถ่าย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 พักนาน 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยรายที่ 2 นอนพักนาน 4 สัปดาห์ 5) ดูแลให้ยาขับปัสสาวะและยา Digitalis ตามแผนการรักษา 6) บันทึกจำนวนน้ำดื่มและปัสสาวะในรอบ 8 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีปัสสาวะออก < 0.5-1 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ชั่วโมง 7) ดูแลให้รับประทานอาหารจืด หรือมีเกลือโซเดียมน้อยกว่า 4 กรัมต่อวัน 8) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการักษาและรายงานแพทย์ทุกครั้งเมื่อพบความผิดปกติ 8) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความจำเป็นในการจำกัดอาหารและการจำกัดกิจกรรม
3) มีเลือดกำเดาไหลจากการอักเสบอักเสบของหลอดเลือดหรือจากการกินยา Aspirin		กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการเลือดกำเดาไหลจากจมูก 2 ข้าง กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีอาการ อาจเกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดหรือจากการกินยา Salicylate[6] <u>การพยาบาล</u> 1) จัดให้อยู่ในท่าศีรษะสูง ก้มหน้าเล็กน้อย เพื่อกันเลือดไหลลงคอและคลื่นไส้อาเจียน 2)ใช้กระเป๋าน้ำแข็งประคบสันจมูก เพื่อช่วยให้หลอดเลือดหดตัว เลือดออกน้อยลง 3) ประเมินจำนวนสี ลักษณะของเลือดที่ออกถ้าเลือดยังไม่หยุด รายงานแพทย์ เพื่อให้การห้ามเลือด เตรียม Adrenalin1:1,000 หรือ ephedrine 1% พ่นจมูก หรือชุบสำลีสอดเข้าไปในจมูกตามแผนการรักษา 4) แนะนำผู้ป่วยไม่ให้สั่งน้ำมูก หรือแกะสะเก็ดแผล 5) ประเมินวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อค และประเมินภาวะไข้จากการ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การพยาบาล
		ติดเชื้อในช่องปากและลำคอ 5) รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดยา Aspirin
	3)มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย	กรณีศึกษารายที่ 2 มีค่าโปแตสเซียมในร่างกายต่ำ <u>การพยาบาล</u> 1) ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น อาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน การเต้นของหัวใจผิดปกติ 2) ประเมินสัญญาณชีพ ตามแผนการรักษา 3) ดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา 4) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานให้แพทย์ทราบ
4) ไม่สุขสบายจากอาการอักเสบและปวดบริเวณข้อ		กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการข้ออักเสบ ปวดบวม กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีอาการอักเสบตามข้อ <u>การพยาบาล</u> 1) ประเมินอาการปวด บวมบริเวณข้อ 2) ประคบบริเวณข้อที่ปวด ด้วยความเย็นนานประมาณ 15-30 นาที ทำซ้ำ ทุก 2-4 ชั่วโมง 3) พักข้อที่ปวด จัดวางบนหมอนสูง 4) ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ประเมินอาการปวดซ้ำหลังได้ยาลดอาการปวด หากอาการไม่ทุเลาลง รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวดเพิ่ม 4) ดูแลให้ยาต้านการอักเสบ Aspirin 300 mg 3 tab oral TID PC ตามแผนการรักษา 5) ประเมินอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการปวดท้องจากการระคายเคืองกระเพาะอาหาร หรือกระเพาะอาหารเป็นแผล รายงานแพทย์ทราบเมื่อพบอาการผิดปกติ
5) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากการถูกจำกัดกิจกรรม	4) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากการถูกจำกัดกิจกรรม	กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ แบบควบคุมไม่ได้ (Syden-ham's chorea) แต่ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ถูกจำกัดกิจกรรมให้พักบนเตียงแบบสมบูรณ์ <u>การพยาบาล</u> 1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่สามารถดูแลอย่างใกล้ชิด 2) ยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง 3) ดูแลให้ยาลดคุมอาการเคลื่อนไหวผิดปกติตามแผนการรักษา และรายงานแพทย์เพื่อติดตามอาการเป็นระยะ 4) ดูแลป้อนอาหารและน้ำ ระวังการสำลัก 5) ให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ การความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย 6) อนุญาตให้ญาติผู้ป่วยเฝ้าข้างเตียงเพื่อดูแลใกล้ชิด เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยและลดความหวาดกลัว 7) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่มีสิ่งรบกวนเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน
6) เตรียมผู้ป่วยตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจหัวใจ (Echocardiogram)	5) เตรียมผู้ป่วยตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจหัวใจ (Echocardiogram)	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการตรวจ Echo-cardiogram <u>การพยาบาล</u> 1) อธิบายวัตถุประสงค์ของการตรวจ วิธีการตรวจ การปฏิบัติตัวขณะตรวจ เพื่อลดความวิตกกังวล 2) จัดท่านอนหงาย หรือตะแคงซ้ายเล็กน้อย ศีรษะราบหรือสูง 30 องศา วางตัวรับคลื่นเสียงบริเวณ ช่องซี่โครงด้านซ้ายที่ ตำแหน่ง 3 หรือ 4 ทางด้านซ้ายของกระดูก ตรวจในห้องมืดใช้เวลา 15-45 นาที 3) ขณะตรวจแนะนำผู้ป่วยให้นอนนิ่งๆและกลั้นหายใจเข้าออก ตามที่ผู้ตรวจบอก 4) อธิบายผู้ป่วยและญาติว่าการตรวจ ไม่มีความเจ็บปวดไม่เกิดอันตราย เพื่อลดความหวาดกลัว
7) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล	6) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล	ผู้ป่วยและญาติกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย <u>การพยาบาล</u>

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การพยาบาล
เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต	เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต	1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก 2) ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล ของผู้ป่วยและญาติ 3) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับอาการของโรค แผนการดูแลรักษา แผนพยาบาล แนวทางการปฏิบัติตัว และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นระยะ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้ซักถามในหัวข้อสงสัย ด้วยท่าทีเป็นมิตร 4) ให้พบแพทย์ผู้ดูแลเพื่อทราบอาการของโรคและแนวทางการรักษา 5) บอกและอธิบายผู้ป่วยและญาติก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งเพื่อความเข้าใจและการให้ความร่วมมือที่ดี 6) ให้กำลังใจและสนับสนุน ส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
8) เตรียมความพร้อมการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องก่อนตามหลัก M-E-T-H-O-D	7) เตรียมความพร้อมการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องก่อนตามหลัก M-E-T-H-O-D	การพยาบาลวางแผนจำหน่าย แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-METHOD ดังนี้ D: Disease ให้ความรู้ เรื่องโรคไข้รูมาติก การติดเชื้อแบคทีเรีย บีตาฮีโมไลติกเสตรปโตค็อกคัส กลุ่ม เอ มีอาการไข้ เจ็บคอ หากมีการติดเชื้อซ้ำเป็นโรคหัวใจรูมาติกทำให้ความอาการผิดปกติที่หัวใจ เกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องได้รับการดูแลรักษา อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต M: Medication แนะนำการรับประทานยา ตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หากมีอาการข้างเคียงของยา ให้มาพบแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา E: Environment แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านและบริเวณบ้านให้มีความสะอาด ป้องกันการติดเชื้อซ้ำโดยการใส่หน้ากาก ล้างมือ ไม่อยู่ในชุมชนแออัด T-Treatment แนะนำการพักผ่อน ให้ทำกิจกรรมเดินได้ในระยะทางสั้นๆ งดออกกำลังหนักๆ เช่นวิ่ง เล่นกีฬา แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ เจ็บคอ หายใจหอบเหนื่อย H-Health แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ได้แก่การรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อม ไม่อยู่ที่แออัด เจ็บป่วยต้องมาพบแพทย์ รับประทานยาปฏิชีวนะต่อเนื่องตามแผนการรักษา ไม่ซื้อยากินเอง O-Out patient การมาพบแพทย์ตามนัด หรือก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉินติดต่อสถานบริการใกล้บ้าน D-Diet แนะนำรับประทานรสไม่จัดให้ครบ 3 มื้อ ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กเพศชาย และเพศหญิงอายุ 14 ปี ได้รับได้รับการวินิจฉัยโรค Rheumatic heart disease จากประวัติกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด และมีประวัติติดเชื้อเป็นไข้หวัด เจ็บคอ มาก่อน การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ ESR และ CRP สูง ทั้ง 2 กรณีศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 ตรวจร่างกายพบหัวใจมีเสียงฟู่ ตรวจคลื่นเสียงสะท้อนของหัวใจ (Echocardiogram) พบมีลิ้นหัวใจ Mitral valve, Aotic valve, Aotic valve รั่วรุนแรง พบการอักเสบของหัวใจ การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง และมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว มีการอักเสบปวดบวมบริเวณข้อ และมีเลือดกำเดาไหล กรณีศึกษาที่ 2 ตรวจคลื่นเสียงสะท้อนของหัวใจ (Echocardiogram) พบลิ้นหัวใจ Mitral valve รั่วรุนแรง มีอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ ควบคุมไม่ได้ (Syden-hamฎ่ s chorea ทั้ง 2 กรณีศึกษา[4] เสี่ยงต่อการเกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง เสี่ยงต่อภาวะ Cardiac Output ลดลงจากการเต้นของหัวใจผิดปกติจากมีลิ้นหัวใจรั่วและการบีบตัวของหัวใจลดลง ได้รับรักษาโดยได้รับยาขับปัสสาวะ การรักษาอาการหัวใจล้มเหลว ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดเชื้อโรค ได้รับยาต้านการอักเสบ ได้รับการพยาบาล ติดตามประเมินอาการ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ปัญหาทางการพยาบาล ที่มีความแตกต่างกัน คือ กรณีศึกษาที่ 1 มีการถูกทำลายของหัวใจ มากกว่ากรณีศึกษาที่ 2 ทำให้ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล

นานกว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่มีความวิตกกังวล กลัวตาย ต้องถูกจำกัดกิจกรรม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง พยาบาลอธิบายถึงข้อจำกัด ตลอดจนให้ข้อมูลเรื่องความก้าวหน้าของโรค แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การปฏิบัติตัว ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเป็นระยะ เพื่อลดความวิตกกังวล และส่งเสริมให้ญาติ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามหลัก Family central care เน้นย้ำผู้ป่วยและญาติเรื่องการให้รับประทานยาปฏิชีวนะยา ASA, digitalis ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ตลอดจนการมาตรวจตามนัด (follow up) เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจที่อาจเกิดขึ้นได้[5] ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการใช้กระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง[3] จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้รับการดูแลรักษา จนสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกจะต้องมีทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย

3. ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติดให้เหมาะสมและทันสมัย เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

4. การรณรงค์ให้ ความรู้ประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อไข้รูมาติก และอาการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. ธรรมเทวี, อัจฉรา เปรื่องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง (บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลเด็ก ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง;2561
2. มนัส ปะนะมณฑา. Rheumatic Fever.The Cardiac Children foundation Of Thailand. มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2562
3. มนัส ปะนะมณฑา,ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน,กฤตย์วิกรม ดุรงค์พิศิษฏ์กุล,สุเทพ วาณิชย์กุล,สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์,ยุพดา พงษ์พรต,และคณะ.แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้รูมาติกในประเทศไทย; 2560 สืบค้นจาก https://www.thaipediatrics.org/?p=700
4. ปราณี ทู้ไพเราะ.คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล.ครั้งที่1.กรุงเทพฯ:N P Press Limited Partnership;2566.
5. พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น.การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น.เชียงใหม่.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สมาร์ทโคตรติ้ง แอนด์ เซอร์วิส; 2563.
6. วรรณไพร แย้มนาและสุพัตรา นุตรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ.กรุงเทพมหานคร: นีโอดิจิตอล;2561.
7. เวียงพิงค์ ทวีพูน.การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์;2565.

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสตูล

Factors associated with decision to receive vaccinate against coronavirus (COVID-19) of high school students Satun Province.

(Received: March 25,2024 ; Revised: March 26,2024 ; Accepted: March 27,2024)

นวพรรณ ศุขมณี[1], นภาภรณ์ แก้วเหมือน[1]
Navaphan Sukmanee[1], Napaporn Kaewmuen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1–6 ปีการศึกษา 2565 จังหวัดสตูล จำนวน 520 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสุ่มแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) มีค่าความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Multiple Logistic Regression Analysis

ผลการวิจัยพบว่า 1. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ($\bar{X}$=4.05, SD=0.62) 2. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ($\bar{X}$=4.10, SD=0.60) 3. ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ($\bar{X}$=3.97, SD=0.66) และ 4. ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ($\bar{X}$=4.02, SD=0.62) และยังพบว่า ความสัมพันธ์ต่อแรงจูงใจในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

คำสำคัญ: ปัจจัย, การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส, นักเรียนมัธยมศึกษา

Abstract

This cross-sectional descriptive survey research aims to study the factors affecting the decision to vaccinate against coronavirus (COVID-19) infection among secondary school students in Satun Province. The sample group is students. Secondary school grades 1-6, academic year 2022, Satun Province, 520 people, selected as a stratified random sample. The tools used to collect data include general information questionnaires. And the questionnaire on motivation to prevent coronavirus (COVID-19) infection had a Cronbach's alpha confidence value of 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics and Multiple Logistic Regression Analysis.

The results found that 1. Perceived severity of coronavirus (COVID-19) infection ($\bar{X}$=4.05, SD=0.62) 2. Perceived risk of infection with coronavirus (COVID-19) ($\bar{X}$=4.10, SD=0.60.)3. Expectation of the effectiveness of the response to prevent coronavirus (COVID-19)infection ($\bar{X}$=3.97, SD=0.66) and 4. Self-efficacy on prevention of coronavirus (COVID-19) infection coronavirus germs Perceived risk of infection with coronavirus (COVID-19)disease Expectations for the effectiveness of the response to preventing coronavirus (COVID-19)infection ($\bar{X}$=4.02, SD=0.62) and self-efficacy in preventing coronavirus (COVID-19)infection was not statistically significant (p<0 .05)

Keyword: factors, decision to vaccinate against infection Coronavirus, secondary school student.

[1] โรงพยาบาลละงู

บทนำ

เนื่องด้วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (Coronavirus disease 2019, Covid-19) เกิดจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) เริ่มมีการรายงานการแพร่ระบาดของโรคตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 จากข้อมูลศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) พบว่า สถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ข้อมูล ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2564 พบว่า มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากถึง 174,909,515 ราย และมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกมากกว่า 3,774,561 ราย อัตราเสียชีวิตอยู่ที่ราว 2.16% โดยประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเป็นอันดับที่ 80 ของโลก โดยมีผู้ติดเชื้อแล้วจำนวน 187,538 ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสมรวม 1,375 คน คิดเป็น 0.73% ท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19)[1] ส่งผลให้มีผู้ล้มป่วยและเสียชีวิตจำนวนมากทั่วโลก การฉีดวัคซีนจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่จะลดความรุนแรงของการติดเชื้อ เป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่มีประสิทธิภาพ

จากผลการดำเนินการป้องกันโรคด้วยวัคซีนกับประเทศ ต่าง ๆ ทั่วโลก พบว่า ประเทศไทยประสบความสำเร็จค่อนข้างสูง โดยได้ให้บริการวัคซีนพื้นฐานแก่ประชากร ครอบคลุมกว่า ร้อยละ 90 ของกลุ่มเป้าหมาย การได้รับวัคซีนเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจึงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและคุ้มทุนที่สุด[2] การได้รับวัคซีนในประชาชนจึงมีการกำหนดขึ้น โดยเพิ่มกลุ่มเป้าหมายผู้รับวัคซีน และเพิ่มความครอบคลุมของการรับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ[3]โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มนักเรียนระดับประถมและมัธยมศึกษาที่ควรได้รับวัคซีนตามกำหนด เพราะสามารถลดความรุนแรงของอาการป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตได้ จากสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัส (COVID-19) สายพันธุ์ Omicron ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย ทำให้พบมีผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) จำนวนมากในทุกกลุ่มอายุ แม้จะมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในประเทศไทยในเด็กและวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปแล้ว โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา อีกทั้งนักเรียน ระดับชั้นมัธยมศึกษามีการเรียนหนังสือร่วมกันในชั้นเรียน จึงมีโอกาสที่จะสัมผัสใกล้ชิดกัน ไอจามใส่กัน และใช้ของร่วมกัน เมื่อคนใดป่วยทำให้สามารถแพร่เชื้อสู่คนอื่นได้ง่าย[4] นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาเหล่านี้จึงควรได้รับการดูแลเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรค การแพร่กระจายเชื้อ ภาวะแทรกซ้อน และ การเสียชีวิตจากการติดโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ[5] ดังนั้นแล้วการพัฒนาวัคซีนและการเข้าถึงวัคซีนจึงมีความสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19)

ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการกระบวนการตัดสินใจฉีดวัคซีนขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้ทำการสรุปกระบวนการตัดสินใจฉีดวัคซีน เป็น 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน โดยแต่ละบุคคลจะมีข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนที่แตกต่างกัน ขั้นที่ 2 การยอมรับความเสี่ยง ขั้นที่ 3 การพิจารณาทางเลือก โดยความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขั้นที่ 2 จะนำมาสู่การเกิดทัศนคติของแต่ละบุคคลต่อโรคและวัคซีน นำมาสู่การพิจารณาทางเลือกที่ทัศนคติของตนยอมรับ และขั้นที่ 4 การตัดสินใจ ขั้นตอนนี้บุคคลจะมีคำตอบของตนว่าจะตัดสินใจที่จะฉีด หรือไม่ฉีดวัคซีน[6]

แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนยังขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ปัจจัยที่ 1 คือ ด้านวัฒนธรรม (Cultural factor) เป็นสิ่งที่กำหนดความต้องการพื้นฐานและพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยที่ 2 คือ ด้านสังคม (Social factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในชีวิตประจำวันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการการตัดสินใจ ปัจจัยที่ 3 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา และปัจจัยที่ 4 คือ ด้านจิตวิทยา (Psychological factor) เป็นการตัดสินใจของบุคคลที่

ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านจิตวิทยา ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจ[7,8] และจากการศึกษาแรงจูงใจในการป้องกันโรค พบว่า แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งมีปัจจัยที่มีองค์ประกอบสำคัญ คือ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคปัญหาสุขภาพ หรือผลกระทบจากการเกิดโรค 3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) เป็นการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค 4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ 5. เกิดสิ่งชักนำให้การปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มา กระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา และ 6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสตูล เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญในการตัดสินใจของการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ของนักเรียนและสามารป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสตูล

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาพตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสตูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1–6 ปีการศึกษา 2565 จังหวัดสตูล จำนวน 2,496 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1–6 ปีการศึกษา 2565 จังหวัดสตูล จำนวน 520 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ ทาโร ยามาเน่ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเติมคำในช่องว่าง และแบบตรวจสอบรายการ (check list)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) จำนวน 7 ข้อ 2. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) จำนวน 8 ข้อ 3. ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) จำนวน 7 ข้อ และ 4. ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงของ

เนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ 0.67-1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2566 โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ยื่นการตรวจสอบพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่อนุมัติ IRB ET-ST 002/2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สถิติวิเคราะห์ตัวแปรต้นหลายตัวแปร (multivariable analysis) กับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติทดสอบ multiple logistic regression analysis

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 520 คน ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 334 คน ร้อยละ 64.2 เพศหญิง จำนวน 364 คน ร้อยละ 70 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 336 คน ร้อยละ 64.6 ไม่เคยป่วยหรือมีอาการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 455 คน ร้อยละ 87.5 ไม่เคยมีบุคคลในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 452 คน ร้อยละ 86.9 มีความประสงค์ที่จะรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ด้วยตนเอง จำนวน 275 คน ร้อยละ 54.6 และเมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีนจำนวน 485 คน ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 309 คน ร้อยละ 63.7 เพศหญิง จำนวน 342 คน ร้อยละ 70.5 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 311 คน ร้อยละ 64.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไป จำแนกตามการได้รับวัคซีนและไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนา
ไวรัส (COVID-19) (n=520)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนรวม (n=520)	ได้รับวัคซีน 485 (93.3)	ไม่ได้รับวัคซีน 35 (6.7)
อายุ (ปี) median (IQR)	**14 (13,17)**	**14 (13,17)**	**13 (13,16)**
น้อยกว่าเท่ากับ 15 ปี	334 (64.2)	309 (63.7)	25 (71.4)
มากกว่า 15 ปี	186 (35.8)	176 (36.3)	10 (28.6)
เพศ			
ชาย	156 (30.0)	143 (29.5)	13 (37.1)
หญิง	364 (70.0)	342 (70.5)	22 (62.9)
ระดับการศึกษา			
มัธยมศึกษาตอนต้น	336 (64.6)	311 (64.1)	25 (71.4)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	184 (35.4)	174 (35.9)	10 (28.6)
เคยป่วยหรือมีอาการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา			
ไม่เคย	455 (87.5)	428 (88.2)	27 (77.1)
เคย	65 (12.5)	57 (11.8)	8 (22.9)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไป จำแนกตามการได้รับวัคซีนและไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนา

ไวรัส (COVID-19) (n=520)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนรวม (n=520)	ได้รับวัคซีน 485 (93.3)	ไม่ได้รับวัคซีน 35 (6.7)
บุคคลในครอบครัวเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา			
ไม่เคย	452 (86.9)	425 (87.6)	27 (77.1)
เคย	68 (13.1)	60 (12.4)	8 (22.9)
เหตุผลที่ได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ครั้งล่าสุด			
ประสงค์ที่จะรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ด้วยตนเอง	275 (54.6)	264 (55.1)	11 (44.0)
บุคคลในครอบครัวเป็นผู้แนะนำให้ฉีดวัคซีน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้แนะนำให้ฉีดวัคซีน มีโอกาสเดินทางไป	122 (24.2) 98 (19.4) 9 (1.8)	116 (24.2) 93 (19.4) 6 (1.3)	6 (24.0) 5 (20.0) 3 (12.0)
ไม่ระบุ	16 (3.1)	6 (1.2)	10.(28.6)

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสตูล พบว่า

1. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในภาพรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$=4.05, SD=0.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในเยื่อบุทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ จมูก ลำคอ อาจลงไปถึงส่วนล่าง ได้แก่ หลอดลม และปอดด้วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.17, SD=0.71) รองลงมา คือ รับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) สามารถติดได้ง่าย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.17, SD=0.72) และน้อยที่สุด คือ หากผู้ป่วยเคยติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) จะมีโอกาสติดเชื้อซ้ำอีกได้ และจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น แต่ยังอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.90, SD=0.84) ตามลำดับ

2. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.10, SD=0.60) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) โดยการล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารอยู่เสมอ ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) รองลงมา คือ การรับประทานอาหารร่วมกันกับผู้ป่วย จะทำให้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ได้อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.23, SD=0.74) และ ($\bar{X}$=4.21, SD= 0.72 ตามลำดับ)

3. ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ภาพรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$=3.97, SD=0.66) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การดูแลความรักษาสะอาดบ้านสามารถป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ได้ไม่เพียงพอท่านจึงต้องไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้มีอากาศและแสงแดดส่องถึงนั้นสามารถกำจัดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ได้ไม่เพียงพอจึงต้องไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.04, SD= 0.78 และ $\bar{X}$=4.04, SD=0.78ตามลำดับ) รองลงมา คือ การไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ทำให้ท่านไม่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) แต่ยังมีโอกาสติดเชื้อได้จึงต้องไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.02, SD=0.76) และน้อยที่สุด คือ บ่อยครั้งที่นอนไม่หลับในตอนกลางคืน ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-

19) จึงต้องป้องกันโดยไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.83, SD=0.85)

4. การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ภาพรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$=40.2, SD=0.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ดูแลตนเองหลังจากรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รองลงมา คือ สามารถเดินทางไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ได้ที่สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งโรงพยาบาลหรือสถานที่ที่บริการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.10, SD= 0.71 และ $\bar{X}$=4.09, SD=0.73 ตามลำดับ) และน้อยที่สุด คือกลัวการแพ้วัคซีน ทำให้ไม่กล้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) แต่ยังอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.92, SD=0.86)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่อแรงจูงใจในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของนักเรียนมัธยมศึกษาระหว่างผู้ได้รับวัคซีนกับผู้ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่อแรงจูงใจในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19)
ระหว่างผู้ได้รับวัคซีนกับ ผู้ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) (n=520)

แรงจูงใจในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19)	**ได้รับวัคซีน (n=485)**	**ไม่ได้รับวัคซีน (n=35)**	***p*-value**
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19)	4.1 (0.6)	4.0 (0.7)	0.374
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19)	4.1 (0.6)	3.9 (0.6)	0.095
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19)	4.0 (0.7)	3.9 (0.5)	0.531
การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19)	4.0 (0.6)	3.9 (0.5)	0.151

สำหรับวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ของนักเรียนมัธยมศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์พหุถดถอยโลจิสติก Multiple Logistic Regression Analysis) พบว่า เหตุผลที่ได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ครั้งล่าสุดเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจฉีดวัคซีน โดยที่ผู้ที่มีความประสงค์ที่จะรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ด้วยตนเอง มีโอกาสฉีดวัคซีนมากกว่าเป็น 15.33 เท่า บุคคลในครอบครัวเป็นผู้แนะนำให้ท่านฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) มีโอกาสฉีดวัคซีน มากกว่าเป็น 12.84 เท่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้แนะนำให้ท่านฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) มีโอกาสฉีดวัคซีน มากกว่าเป็น 13.15 เท่า เมื่อเทียบกับการได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) โดยไม่ได้ตั้งใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (α = 0.05) ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ของนักเรียนมัธยมศึกษา

ปัจจัย	Crude OR	95% CI of crude OR	Adjusted OR	95% CI of adjusted OR	*p*-value (Wald's test)	*p*-value (LR test)
เคยป่วยหรือมีอาการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	2.22	0.96-5.13	2.17	0.82-5.75	0.120	0.138
เหตุผลที่ได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ครั้งล่าสุด						
มีโอกาสเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลและได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) โดยไม่ได้ตั้งใจ (reference)						<0.001
ประสงค์ที่จะรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ด้วยตนเอง	12.00	2.65-54.40	15.33	3.24-72.68	<0.001	
บุคคลในครอบครัวเป็นผู้แนะนำให้ท่านฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19)	9.67	1.93-48.39	12.84	2.46-67.1	0.002	
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้แนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19)	9.30	1.78-48.54	13.15	2.38-72.56	0.003	
ไม่ตอบ	0.30	0.05-1.67	0.39	0.07-2.25	0.291	
การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19)	1.47	0.87-2.49	1.67	0.94-2.96	0.078	

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ของนักเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดสตูล จากผลการศึกษา พบว่า การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในเยื่อบุทางเดินหายใจส่วนบนได้แก่จมูก ลำคออาจลงไปถึงส่วนล่าง ได้แก่ หลอดลมและปอด ด้วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.17, SD=0.71) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) โดยการล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารอยู่เสมอทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.23, SD=0.74) ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) พบว่า การดูแลความรักษาสะอาดบ้านสามารถป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ได้ไม่เพียงพอท่านจึงต้องไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้มีอากาศและแสงแดดส่องถึงนั้นสามารถกำจัดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ได้ไม่เพียงพอจึงต้องไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.04, SD=0.78 และ $\bar{X}$ =4.04, SD=0.78 ตามลำดับ) และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ดูแลตนเองหลังจากรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.10, SD=0.71) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการตัดสินใจในการเข้ารับการฉีดวัคซีน ถ้านักเรียนมัธยมศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) และมีการรับรู้

ความสามารถตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ก็จะส่งผลให้นักเรียนมีการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อของโคโรนาไวรัส (COVID-19) โดยวัคซีนเป็นตัวช่วยในการป้องกันความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการติดเชื้อโควิด 19 โดยวัคซีนจะสามารถช่วยบรรเทาความรุนแรงของอาการป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตได้

ยังพบว่า ความสัมพันธ์ต่อแรงจูงใจในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของนักเรียนมัธยมศึกษาระหว่างผู้ได้รับวัคซีนกับผู้ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัญญาภัค ประทุมภู(2559)[11] กล่าวไว้ว่า จากงานวิจัยเรื่องปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่มีผล ต่อการรับบริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีผลต่อการรับบริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.325 (p-value = 0.325) ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีผลต่อการรับบริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.916 (p-value = 0.916) และปัจจัยด้านความคาดหวังในประสิทธิผล ไม่มีผลต่อการรับบริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.158 (p-value = 0.158) และเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในปี 2565 ทั่วโลกและประเทศไทยมีความรุนแรงของการติดเชื้อดังกล่าวจากการได้รับวัคซีน เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีนักเรียนส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) คิดเป็นร้อยละ 93.3 นอกจากนี้เนื่องจากการเข้าถึงของวัคซีนดังกล่าวมีความสะดวก รวดเร็ว สอดคล้องกับผลการศึกษาการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ พบว่า โดยรวมมีการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก จากการให้บริการของโรงพยาบาลหรือสถานที่ที่ให้บริการในชุมชน นักเรียนในจังหวัดสตูลสามารถเข้ารับถึงการบริการได้อย่างทั่วถึง และอีกทั้งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ก็บรรเทาเบาบางลงอย่างเห็นได้ชัด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) WHO Thailand Situation Report 235 - 11 May 2022 [EN/TH] [Internet]. [cited 2023 Dec 12]. Available from: https: / /reliefweb.int/report/thailand/ Coronavirus -disease -2019 - covid- 19-who-thailand-situation-report-235-11-may-2022
2. National Institute of Vaccines. National agenda on vaccines. Bangkok: Basic Gear; 2011.
3. Bureau of Communicable Diseases. Vaccines and immunization textbooks. 1st Ed. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University;2013. Available from: http://odpc9.ddc.moph.go.th/ SRRTcenter/57-Vaccine2556.pdf (In Thai)
4. Shipara A, Zachary B, Anjali K, Luke P, Phil G, Rachel P, Jason H, Peter WF. Race and Socioeconomic Status Independently Affect Risk of Major Amputation in Peripheral Artery Disease, Journal of the American Heart Association. 2018; 7:e007425. DOI: 10.1161/JAHA.117.007425
5. National Statistical Office (TH). Report of the situation of children and women in Thailand. [Internet]. 2012. [cited 2023 Dec 12]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage /ebook/2023/20230509194824_87675.pdf (In Thai)

6. World Health Organization. Vaccination and trust: How concerns arise and the role of communication in mitigating crises; Technical Documents. [Internet]. 2017. [cited 2023 Dec 15]. Available from: https://www.who.int /publications/i/item/vaccination-and-trust
7. Philip K, Gary A. Marketing An Introduction. 4th Ed. New Jersey: Prentince Hall International; 1997.
8. Siriwan S. Consumer behavior. Bangkok: Pattanasauksa Publishing Limited; 1995.
9. National Health Security Office (TH). 10 things to know about health insurance rights. [Internet]. 2017. [cited 2023 Dec 15]. Available from:https://stream.nhso.go.th/assets/portals/1/fileups/(24)%2000.pdf (In Thai)
10. National Vaccines Institute (Public Organization) (TH). Workshop for immunization for health promotion and prevention personnel. [Internet].2018. [cited 2023 Dec 12]. Available from: http://nvi.go.th/wp-content/uploads/2019/12 /หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค_2561.pdf (In Thai)
11. Kanyapak P. Factor of motivation protection in diseases affecting services influenza vaccination in the elderly sansuk subdistrict, muang chonburi district, chonburi province [M.P.H. Public Health]. Chonburi: Burapha University; 2016. 81 p. (in Thai)

การพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหนองบัวแดง

Development of a Medical Supplies Management System from Nong Bua Daeng Hospital to Nong Bua Daeng Subdistrict Health Promoting Hospital.

(Received: March 25,2024 ; Revised: March 26,2024 ; Accepted: March 27,2024)

พลศักดิ์ อันทะนิล[1]
Pholsak Antanil[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ได้ทำการวิจัยในพื้นที่เป้าหมายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 13 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นตัวแทนคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 13 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลังยาโรงพยาบาลหนองบัวแดง จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองบัวแดง จำนวน 1 คน รวม 16 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการจดบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ต้องเกิดจากการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายประกอบด้วยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 6 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาด้านบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจ 2) การพัฒนาและปรับปรุงสถานที่ 3) การพัฒนาด้านวัสดุ และเครื่องมือที่ดำเนินการ 4) การพัฒนาด้านระบบการประกันคุณภาพการขนส่ง 5) การพัฒนาด้านกระบวนขนส่งและความปลอดภัย และ 6) การพัฒนาด้านการติดตามประเมินผลระบบการขนส่ง เพื่อให้ระบบการทำงานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมีประสิทธิภาพ และคุณภาพ โรงพยาบาลแม่ข่ายจะต้องมีกลไกในการติดตาม และการตรวจสอบคุณภาพ รวมถึงการสนับสนุนการพัฒนาระบบและการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: ระบบขนส่งเวชภัณฑ์, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

Abstract

The objective of this participatory action research was to develop a medical supplies management system from Nong Bua Daeng Hospital to Subdistrict Health Promoting Hospitals in Nong Bua Daeng District, Chaiyaphum Province. The research was conducted among 13 Subdistrict Health Promoting Hospitals of Nong Bua Daeng District Health Network, Chaiyaphum Province. There were 16 key informants, including 13 public health personnel representing the Medical Supplies Management Committee of Health Promoting Hospitals, 2 officials responsible for the medicine warehouse of Nong Bua Daeng Hospital, and 1 official responsible for medical supply management of Nong Bua Daeng District Public Health Office. Data were collected through in-depth interviews, focus group discussion, participatory observation and note taking. Content analysis was employed for data analysis .

The findings revealed that the development of the medical supplies management system from Nong Bua Daeng Hospital to Subdistrict Health Promoting Hospitals in Nong Bua Daeng District, Chaiyaphum Province must rely on systematic work through the collaboration among the network partners, consisting of the host hospital, District Public Health Office and Subdistrict Health Promoting Hospitals and development activities in 6 areas: 1) development of personnel with knowledge and understanding, 2) development of

[1] โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

locations, 3) development of materials and equipment, 4) development of the quality assurance system, 5) development of the transportation process and safety and 6) development of monitoring and evaluation of the system to ensure efficiency and quality of the work system of Subdistrict Health Promotion Hospitals. The host hospital is also required to have a mechanism for monitoring and inspecting quality and supporting system development and creating participation of relevant network partners.

Keywords: Medical supplies management system, Subdistrict Health Promoting Hospital

บทนำ

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาสถานีอนามัย เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อสร้างความเท่าเทียมและการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า และมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งคัดกรองสุขภาพ และเฝ้าระวังความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนมีสถานพยาบาลที่ใกล้บ้าน ลดความแออัดการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือร่วมกับเครือข่ายในการรักษาและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[4] ประเด็นมุ่งเน้นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสถานพยาบาลคือระบบบริการก้าวหน้าซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดภาระงาน ด้านการบริหารเวชภัณฑ์และเพิ่มประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย[1] กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โรงพยาบาลหนองบัวแดง และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในอำเภอหนองบัวแดง จึงได้ร่วมกันระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ด้วยเล็งเห็นว่า นอกจากเป็นการตอบสนองต่อ นโยบายดังกล่าวแล้ว ยังเป็นโอกาสในการพัฒนาการขนส่งยาให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นอีกด้วย ดังนั้นจึงมีแนวคิด ในการพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อคุณภาพ และความน่าเชื่อถือในการให้บริการด้านยาที่มีความปลอดภัย เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งยังเป็นการตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อประเมินผลระบบระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีรูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)[6] ได้ทำการวิจัยในพื้นที่เป้าหมาย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 13 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นตัวแทนคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 13 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลังยาโรงพยาบาลหนองบัวแดง จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองบัวแดง จำนวน 1 คน มีการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยใช้การเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนด

เกณฑ์คุณสมบัติ คือ มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป มีความเกี่ยวข้องกับระบบงานและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งสิ้น 16 คน ใช้เวลาในการวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย 2) แบบสัมภาษณ์เจาะลึก ในกระบวนการพัฒนาระบบระบบขนส่งเวชภัณฑ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3) แนวทางการสนทนากลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และ 4) อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุด และปากกา

วิธีการสร้างเครื่องมือโดยการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการทบทวนแนวคิดทฤษฎีต่างๆ และการหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความเหมาะสมเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมตามโครงสร้าง และภาษาปรับปรุงแก้ไข เพื่อพิจารณาตรวจสอบความสอดคล้อง ความถูกต้องเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูล โดยเตรียมความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ[4] ปรัชญา แนวคิด และหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลุ่มลึก ในระเบียบวิธีการวิจัย ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตการจดบันทึกและการบันทึกเทปเสียง ภายหลังการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้วิจัยทำการทอดเทปข้อความเชิงบรรยายในลักษณะคำต่อคำ วลีต่อวลี ประโยคต่อประโยค พร้อมทั้งตรวจสอบข้อความที่ยังไม่ชัดเจนครบถ้วน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลง เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์การของระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้แบบสำรวจสถานการณ์ พร้อมทั้งการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ได้แก่ เอกสารรายงานข้อมูลพื้นฐาน รายงานการวิจัย บทความ วารสาร หนังสือ สื่อสิ่งพิมพ์ รวมถึงแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานราชการ

ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อสะท้อนการปฏิบัติงานและปรับปรุงระบบ และนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ปฏิบัติและสะท้อนผลการดำเนินงานโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมสมองเพื่อการวางแผนงาน การประเมินผลลัพธ์ระบบ โดยการศึกษาข้อมูลภาคสนาม เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มย่อย การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม และการอภิปรายกลุ่ม ตลอดจนการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ

ระยะที่ 3 การประเมินผลระบบการขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิด้วยการอภิปรายกลุ่มเพื่อการประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ แล้วจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่วิเคราะห์เนื้อหา และสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการวิจัยที่กำหนดไว้ จัดทำสรุปผลโดยการใช้วิธีการพรรณนาความ และผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูลโดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน การตรวจสอบแบบสามเส้าข้อมูลด้านผู้วิจัยโดยเปลี่ยนตัวผู้สังเกต และการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูล

โดยวิธีต่างๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น ใช้วิธีการสังเกตควบคู่กับวิธีการซักถาม จากผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพจริงมาอธิบาย

การพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ สะท้อนเชิงเหตุการณ์ที่ปรากฏในแต่ละระยะของการวิจัย

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ และได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2565 เลขที่ 107/2565

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหนองบัวแดง สามารถสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. สภาพการณ์การพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิพบว่า บริบทของพื้นที่วิจัย สภาพทั่วไปเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ที่ให้บริการด้านสุขภาพ ครอบคลุม ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจของบุคลากรยังไม่ครอบคลุม ไม่มีเวลา ขาดการประสานงานระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลกับโรงพยาบาลชุมชน บุคลากรขาดความรู้ความสามารถเฉพาะทาง และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานมีภาระงานที่นอกเหนือจากภาระงานประจำ และขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ ขาดขวัญกำลังใจ ในการบริหารจัดการ รพ.สต.ทุกแห่งจะมีเครื่องมือพื้นฐานครบ แต่ยังขาดวิธีการใช้/การบำรุงรักษาเครื่องมือดังกล่าวอย่างถูกวิธี รวมทั้งระบบคุณภาพเพื่อให้เกิดคุณภาพและประโยชน์แก่ผู้รับบริการ

2. การพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิเคราะห์จาก การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและบันทึกภาคสนาม และการอภิปรายกลุ่ม ตลอดจนการพูดคุยและสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ พบว่า ในการพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองบัวแดง ต้องเกิดจากการทำงานอย่างเป็นระบบ มีการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายประกอบด้วยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 6 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาด้านบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจ 2) การพัฒนาและปรับปรุงสถานที่ 3) การพัฒนาด้านวัสดุและเครื่องมือที่ดำเนินการ 4) การพัฒนาด้านระบบการประกันคุณภาพการขนส่ง 5) การพัฒนาด้านกระบวนขนส่งและความปลอดภัย และ 6) การพัฒนาด้านการติดตามประเมินผลระบบการขนส่ง เพื่อให้ระบบการทำงานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมีประสิทธิภาพ และคุณภาพโรงพยาบาลแม่ข่ายจะต้องมีกลไกในการติดตามและการตรวจสอบคุณภาพ รวมถึงการสนับสนุนการพัฒนาระบบและการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

3. การประเมินผลการพัฒนาระบบขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองบัวแดง ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมการอภิปรายกลุ่ม ผลการ

วิเคราะห์ จากการถอดบทเรียนและประสบการณ์ในการดำเนินงาน พื้นที่มีการจัดการเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น สังเกตได้จากการมีส่วนร่วมของคณะผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ มีความตื่นตัวในการดำเนินกิจกรรมอย่างรูปธรรม จากการติดตามข้อมูลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองบัวแดง พบว่า โรงพยาบาลหนองบัวแดงที่เป็นแม่ข่ายซึ่งผ่านการรับรองคุณภาพ/ผ่านการรับรอง จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สรพ)เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและเป็นไปตามความเหมาะสม ได้ให้ความช่วยเหลือโดยการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการขนส่ง การจัดเก็บ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อค้นหาความเสี่ยงเบื้องต้นซึ่งใช้แบบบันทึกในการติดตามระบบคุณภาพยา ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเท่าเทียมกัน และตอบสนองนโยบายรัฐบาลด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง ระบบการขนส่งเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลหนองบัวแดงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองบัวแดง ในภาพรวม พบว่า สามารถดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ ซึ่งผลการตรวจติดตามและประเมินผลระบบคุณภาพและมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่ยังขาดการบันทึกเอกสารคุณภาพ มีขั้นตอนที่ไม่จำเป็นการเบิกยา ระยะเวลาการเบิกจ่ายยา มูลค่ายาคงคลัง มูลค่าการเบิกยา และภาระงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.โรงพยาบาลแม่ข่ายมีค่าใช้จ่ายจากการเดินทางขนส่งยาไปยัง รพ.สต. ต้องใช้บุคลากรเพิ่มขึ้น และต้องพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ และคุณภาพ โรงพยาบาลแม่ข่ายจะต้องมีกลไกในการติดตาม และการตรวจสอบคุณภาพ[2] รวมถึงการสร้างระบบเครือข่ายที่ให้การสนับสนุน และการช่วยเหลือด้านวิชาการ หลังการพัฒนา พบว่า รพ.สต.มีระบบการบันทึกข้อมูลในการติดตามคุณภาพยา มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงซึ่งช่วยลดความสูญเปล่า ลดขั้นตอนและระยะเวลาของการเบิกจ่ายยา มูลค่ายาคงคลัง มูลค่าการเบิกยา และภาระงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.[5]

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการอบรมหรือฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการบุคลากรผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้องตลอดเวลา โรงพยาบาลหนองบัวแดงต้องดำเนินการเตรียมเอกสารคุณภาพที่เกี่ยวข้องให้ รพ.สต.ในเครือข่ายเพื่อให้การดำเนินการพัฒนาคุณภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างต่อเนื่อง การวิจัยนี้อาจมีอคติจากการที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาทราบว่า ตนเองกำลังถูกสังเกตการปฏิบัติงาน จึงอาจมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ รวมถึงการให้ข้อมูลผลการดำเนินงาน ที่เป็นไปในทิศทางที่ดีได้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานโดยตรงอาจไม่สามารถหลีกเลี่ยงอคติชนิดนี้จากการ ดำเนินงานในช่วงที่ทำการศึกษาได้ จึงจำเป็นต้องมีการติดตาม ระยะยาวเพื่อประเมินความสม่ำเสมอของการปฏิบัติและผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และผลการศึกษาอาจจะไม่สามารถ นำไปใช้กับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่อื่นได้ เนื่องจากอาจมีบริบทและความพร้อมแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำเป็นอย่างดียิ่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวแดง คณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลังยาโรงพยาบาลหนองบัวแดง และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองบัวแดง ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. โฆษิต อร่ามโสภา และสุภารัตน์ อร่ามโสภา. (2556). การพัฒนาคุณภาพระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนของ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คปสอ.พุทไธสง. วารสารองค์การเภสัชกรรม, 39(4), 3-13.
2. ดวงจันทร์ จันทร์เมือง, พงศ์ผกา ภัณฑลักษณ์, มังกร อังค์นันท์ ธีร์ธวัช รัตนวรวิเศษ และวิเชียร ชนะชัย. (2555). อุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเขตนครชัยบุรินทร์. วารสาร สคร.5, 18(3), 37-46.
3. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธาณสุข. (2554). คู่มือการบริหารจัดการวัคซีนและ ระบบลูกโซ่ความเย็น พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
4. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). มาตรฐานการดำเนินงานด้าน คลังและการจัดเก็บวัคซีน. กรุงเทพฯ: พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
5. สุมณฑา พรหมบุญ และอรพรรณ พรสีมา. (2549). ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต้นแบบการเรียนรู้ ทางด้านหลักทฤษฎีและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ:
6. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต.(2553). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการต่อผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในพื้นที่อำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท

The Impact of Service Model Changes on Diabetic Patients in the Epidemic Situation of the Coronavirus (COVID-19) in Nong Mamong District Chainat Province.

(Received: March 25,2024 ; Revised: March 26,2024 ; Accepted: March 27,2024)

มนตรี หนองคาย[1]
Montri Nongkhai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ผลกระทบ ปัญหา และอุปสรรคของการบริการต่อผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อพัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบบริการการจัดส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัส(COVID-19)ในพื้นที่อำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะทำงานในโรงพยาบาลหนองมะโมง จำนวน 15 คน และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับบริการการจัดส่งยากลับบ้าน จำนวน 286 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับคณะทำงานโรงพยาบาลหนองมะโมง และแบบบันทึกติดตาม การวัดค่าน้ำตาลสะสม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปสะสมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการวิเคราะห์ค่าความถี่และค่าร้อยละ รวมถึงสถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนารูปแบบบริการส่งยากลับบ้านแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกำหนดกลไกและบทบาทหน้าที่ของคณะทำงาน 2) การกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และ 3) การกำหนดวิธีปฏิบัติงานในการส่งยากลับบ้าน ผลการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ส่งผลกระทบเชิงบวกทางคลินิกมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่วัดซ้ำ ในปีพ.ศ. 2563 - 2565 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในปีพ.ศ. 2565 มีค่าต่ำสุด

คำสำคัญ : รูปแบบบริการ, ผู้ป่วยเบาหวาน, โคโรนาไวรัส

Abstract

This research is action research. The objective is to analyze the situation, impacts, problems, and obstacles of services to diabetic patients. to develop and evaluate the service model for home delivery of medicines for diabetic patients in the situation of the outbreak of coronavirus (COVID-19) in the Nong Ma Mong District area Chainat province. The sample group was a working group of 15 people in Nong Ma Mong Hospital and a group of diabetic patients. There were 286 people who received home medicine delivery services through specific selection.Research tools It is a group discussion for the Nong Ma Mong Hospital working group and a follow-up recording form. Accumulated sugar measurement (HbA1C). Qualitative data were analyzed using content analysis and cumulative summaries, and quantitative data were analyzed using descriptive statistics using frequency and percentage analysis. Including inferential statistics using one-way repeated-measures analysis of variance.

The results of the research found that the development of a service model for home delivering medicine to patients consists of 3 components: 1) determining the mechanism and roles and responsibilities of the working group, 2) setting goals for diabetes patient care, and 3) determining work procedures. The results of using the model were found to have a positive clinical impact, with the mean cumulative sugar

[1] โรงพยาบาลหนองมะโมง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

levels of diabetic patients measured repeatedly in 2020 - 2022 being significantly different at the .01 level. The average cumulative sugar level in the year 2022 has the lowest value.

Keywords: Service Model, Diabetic Patients, Coronavirus

บทนำ

โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่สำคัญและมีการแพร่ระบาด ส่งผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นวงกว้างต่อประชากรทั่วโลก ทั้งยังสามารถกลายพันธุ์เพื่อหลบหลีกจากยาและวัคซีนที่ได้พัฒนาขึ้นเช่นกัน[1] การรักษาระยะทางสังคม (Social Distancing) สามารถช่วยลดการแพร่กระจายของโคโรนาไวรัสของคนในสังคมได้อีกวิธีหนึ่ง[2] ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีมาตรการ D-M-H-T-T ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ลดเวลาในการอยู่ร่วมกันในที่ชุมนุม รวมถึงการขอความร่วมมือประชาชนอยู่บ้านและจำกัดการออกนอกบ้าน[3] ตลอดจนการรักษาระยะห่างทางสังคม[4] แต่ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวยังมีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ยิ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและมีอาการรุนแรง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าคนปกติ การลดจำนวนและความถี่ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจึงเป็นมาตรการหนึ่งที่จะช่วยลดการติดเชื้อและแพร่เชื้อโคโรนาไวรัสได้

สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ธันวาคม 2562 - 31 สิงหาคม 2565)ของจังหวัดชัยนาท พบ 61 เหตุการณ์ สูงสุดได้แก่ อำเภอเมือง รองลงมาอำเภอสรรพยา และอำเภอมโนรมย์ มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 7,238 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 50 ราย ซึ่งอำเภอหนองมะโมง พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 276 รายคิดเป็นร้อยละ 3.81 ของผู้ป่วยสะสมทั้งจังหวัดชัยนาท ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน วัยเรียนและวัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.89, 19.00 และ 16.34 ตามลำดับ[9] กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแนวทางลดความแออัดของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ด้วยวิธีการเติมยา (Drug Refilled) สำหรับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีผ่านช่องทางและวิธีการตามความเหมาะสมในแต่ละบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เช่น การส่งยาทางไปรษณีย์ การให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเครือข่าย หรือการจัดส่งโดยบุคลากรของโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)[5] เป็นต้น ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับช่องทางการเติมยาให้ผู้ป่วยในประเทศไทย พบว่า มีระบบการเติมยาทางไปรษณีย์ ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังและเป็นผู้สูงอายุ เพื่อความสะดวกและช่วยประหยัดเวลา ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รอรับยาที่โรงพยาบาลได้[6] รวมถึงโรงพยาบาลศิริราชได้ดำเนินการ ส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 หากแต่เป็นการให้บริการกับผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล แต่ไม่ประสงค์จะรอรับยา เป็นต้น[3] ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศได้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างผู้ป่วยรับยาทางไปรษณีย์กับการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน พบว่าผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์มีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน[7] รวมถึงการส่งยาทางไปรษณีย์ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[8]

ผู้วิจัยและคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เครือข่ายอำเภอหนองมะโมง ได้ทบทวนวรรณกรรมและพิจารณาบริบทของโรงพยาบาล เพื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริการส่งยาไปที่บ้านและกำกับติดตามโดยเครือข่ายสุขภาพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยให้สอดคล้องกับนโยบายการรักษาระยะห่างทางสังคม และเหมาะสมกับวิถีบริบทพื้นที่ ซึ่งไม่มีที่ทำการไปรษณีย์ตั้งอยู่ จึงเลือกนำร่องการพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเนื่องจากเป็น

กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกสูงสุด เจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้ยา ไม่ซับซ้อน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามปกติหรือใกล้เคียงค่าปกติ และไม่มีอาการผิดปกติทางคลินิก โดยมีการประเมินและติดตามผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาทบทวน ปรับปรุงและพัฒนาการจัดบริการที่เหมาะสม รองรับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ในอนาคต และสามารถนำมาใช้ในการขับเคลื่อนนโยบาย การแพทย์ทางไกลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในอนาคต

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Coghlan and Brannick[10] ดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างประเด็น (Constructing) โดยใช้หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ตามแนวทางใน 4 ข้อ คือ 1) ทำเชิงรุก (Proactive HIA) 2) ทำเมื่อมีการดำเนินงานไปแล้ว (Ongoing HIA) 3) ทำเมื่อมีข้อร้องเรียนแล้ว (Conflict and Complaint Resolution) และ 4) ทำเพื่อความยั่งยืน (Sustainable HIA) [11] มาเป็นกรอบในการดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับคณะทำงาน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ผลกระทบ ปัญหา และอุปสรรคในการบริการต่อผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของ โคโรนาไวรัสในพื้นที่อำเภอมะโมง จังหวัดชัยนาท ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ สามารถกำหนดประเด็นสำคัญ คือปัญหาการบริการการจัดส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนปฏิบัติการ (Planning Action) สามารถกำหนดแผนการดำเนินงาน วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) เกี่ยวกับแนวทางการดูแลและขั้นตอนการส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยเบาหวานได้

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติการ (Taking Action) ให้คณะทำงาน ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติการ (Evaluation Action) ให้คณะทำงานประเมินผลรูปแบบบริการการจัดส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการนำเสนอข้อดี ปัญหาและอุปสรรคการบริการจัดส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและขยายผลการดำเนินการต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เครือข่ายอำเภอหนองมะโมง ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาลหนองมะโมง แพทย์ พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง ตัวแทนพยาบาลกลุ่มงานเวชปฏิบัติชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมจำนวน 15 คน ด้วยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และ 2) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับบริการการจัดส่งยากลับบ้าน และอาศัยในอำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท ทั้งหมดจำนวน 988 คน ใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane[(12)] ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 286 ตัวอย่าง และเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) 4 ประการ คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar: FBS) มากกว่า 70 - 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) 6.5 - 8 2) ได้รับการรักษาโดยอยู่ในความรับผิดชอบของ

โรงพยาบาลหนองมะโมง 3) ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสารและสามารถอ่านออกเขียนได้ และ 4) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมถึง กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเจ็บป่วยกระทันหันหรือมีปัญหาซับซ้อนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ต่อเนื่อง และ 2) ผู้ป่วยมีความรู้สึก ไม่พึงพอใจ ไม่สะดวกใจ หรือมีความประสงค์จะออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการสนทนากลุ่มในรูปแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) แบบปลายเปิด (Open-End Question) สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นคณะทำงาน เพื่อศึกษารวบรวมข้อมูลผลกระทบ ปัญหา และอุปสรรคของการบริการผู้ป่วยเบาหวานและนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบบริการการจัดส่งยากลับบ้าน

2. แบบบันทึกสุขภาพ (Patient EMR) ของโรงพยาบาลหนองมะโมง เพื่อติดตามระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผู้ให้ข้อมูลสำคัญและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการจัดส่งยาที่บ้านเพื่อรวบรวมข้อมูลผลกระทบ ปัญหา และอุปสรรคของการบริการที่เปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลสุขภาพในช่วงสถานการณ์การระบาด และชี้แจงความเข้าใจกับทีมสุขภาพระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 - กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทุกตำบลในเขตอำเภอหนองมะโมง ทั้ง 4 ตำบลได้แก่ ตำบลหนองมะโมง ตำบลวังตะเคียน ตำบลสะพานหิน และตำบลกุดจอก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสรุปสะสม (Cumulative Summarization Technique) จากการสนทนากลุ่ม

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ค่าความถี่ (Percentage) และค่าร้อยละ (Percentage) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated Measure ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานในปีพ.ศ. 2563-2565 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ตามหนังสือรับรองเลขที่ 011/2565E ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ผลกระทบ ปัญหา และอุปสรรคของการบริการผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัสในพื้นที่อำเภอมะโมง จังหวัดชัยนาท จากการสนทนากลุ่มกับคณะทำงาน พบว่า ในสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัส การให้บริการผู้ป่วยตามมาตรการ D-M-H-T-T เป็นไปด้วยความลำบาก ต้องมีขั้นตอนการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นหลายขั้นตอน ทำให้เกิดความล่าช้า เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 400-500 คนต่อวัน ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาต่อเนื่องสูงถึง 180-250 คนต่อวัน เสี่ยงต่อการแพร่กระจายและติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัสของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการเดินทางมารับบริการ และมีโอกาสขาดการรับยาอย่างต่อเนื่อง

มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

จากการสนทนากลุ่ม มีความเห็นตรงกันในประเด็นควรมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการด้วยกระบวนการพัฒนาระบบการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน ภายใต้บริบทความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพโรงพยาบาลหนองมะโมงและเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ เนื่องจากไม่มีศูนย์ไปรษณีย์ตั้งอยู่ในอำเภอ เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เน้นผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีหรือใกล้เคียงค่าปกติหรือเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุมได้ โดยมีการชี้แจง นัดหมายและเยี่ยมผู้ป่วย พร้อมกับมีพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหน่วยบริการระดับตำบล ทำหน้าที่เก็บเลือดผู้ป่วยเพื่อนำส่งห้องปฏิบัติการ พร้อมกับให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยทำหน้าที่ส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านตามคำสั่งแพทย์ ทั้งนี้ กำหนดให้คณะทำงานฯ ศึกษาและปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติงาน (Work Instruction) โดยประสานและดำเนินงานร่วมกัน ผ่านการสื่อสารช่องทางออนไลน์เพื่อรักษาระยะห่าง[13] และให้ผู้ป่วยสามารถเลือกเครือข่ายรับยาต่อเนื่องที่ผู้ป่วยเลือกไว้ตามความเหมาะสมกับบริบท

2. ผลการพัฒนารูปแบบบริการการจัดส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัสในพื้นที่อำเภอมะโมง จังหวัดชัยนาท

2.1 ผลการพัฒนารูปแบบบริการต่อผู้ป่วยเบาหวาน มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดกลไกและบทบาทหน้าที่ของคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เครือข่ายอำเภอหนองมะโมง ได้แก่

1) ผู้บริหารโรงพยาบาลหนองมะโมง มีหน้าที่กำหนดนโยบายและวางแผนดำเนินงาน กำหนดบุคลากร วิธีการดำเนินงาน จัดสรรทรัพยากร และตรวจสอบผลการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน พร้อมให้ข้อเสนอแนะแก่คณะทำงานในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานต่อไปได้

2) แพทย์ มีหน้าที่พิจารณาการรักษาและสั่งยาให้ผู้ป่วยโดยพิจารณาคำสั่งยาเดิม ระยะเวลาวันนัด ประวัติการรักษาในอดีตและผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินผลการรักษาต่อไป เป็นต้น

3) พยาบาล มีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา การนัดหมาย งานหัตการผู้ป่วยและการจัดส่งยากลับบ้าน โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รวมถึงการติดต่อผู้ป่วยเพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสาร รวมถึงสรุปรายชื่อผู้ป่วยส่ง ให้หน่วยตรวจเยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วย

4) เภสัชกรรม มีหน้าที่รับคำสั่งใช้ยา จัดยาและตรวจสอบรายการยาให้ถูกต้อง รวมถึงอธิบายวิธีใช้ยา ผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง

5) นักเทคนิคการแพทย์ มีหน้าที่ปฏิบัติงานทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงสรุปผลการวิเคราะห์ เพื่อนำส่งแพทย์ และจัดเก็บอย่างเป็นระบบ

6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีหน้าที่นำส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามการนัดหมาย และประสานงานร่วมกับคณะทำงาน ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 2 การระบุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัสในพื้นที่อำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท 3 ประการ ได้แก่

1) เป้าหมายทางการดูแลผู้ป่วย คือ สามารถเปลี่ยนแปลงจากผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่ได้ให้เป็นผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ และ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน รวมถึงมีความสุขกับโรคเบาหวาน ทั้งนี้สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน โดยผู้วิจัยและคณะทำงานได้อ้างอิงเป้าหมายตามแนวทางการรักษาโรคเบาหวานของประเทศไทย พ.ศ.2560 ซึ่งแบ่งเป้าหมายการรักษาเป็น 3 กลุ่ม พิจารณาจากการควบคุมระดับ

HbA1c คือ กลุ่มผู้ป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานระดับ HbA1c น้อยกว่า 6.5% ผู้ป่วยส่วนใหญ่ระดับน้อยกว่า 7% และ ผู้ป่วยสูงอายุหรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดใหญ่ ระดับ 7-8% ภายใต้ข้อตกลงเป้าหมายการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

2) เป้าหมายการตรวจประจำปี กำหนดให้พยาบาลเจาะเลือดผู้ป่วยเบาหวานเพื่อนำตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FBS, Cr และ eGFR, Lipid profile, HbA1 C, Urine Protein dip, Microalbuminuria อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยกำหนดแนวทางการนัดผู้ป่วยตามค่า FBS ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) 3 ระดับ ได้แก่

- ค่า FBS มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg% และน้อยกว่า 70 mg% กำหนดให้นัด 1 เดือน
- ค่า FBS ระหว่าง 150-199 mg% กำหนดให้นัด 2 เดือน ค่า FBS มากกว่าหรือเท่ากับ 70-149 mg% กำหนดให้นัด 3 เดือน

3) เป้าหมายการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลหนองมะโมงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล(รพ.สต) กำหนดให้ 1) ผู้ป่วยสมัครใจกลับไปรักษาต่อใกล้บ้าน 2) เป็นผู้ป่วยสิทธิ UC เท่านั้น 3) ไม่มีโรคอื่นร่วม เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคหอบหืด (Asthma) หรือ กลุ่มโรคจิตเภท (Psychosis) 4) มีภาวะที่การทำงานของไต (eGFR) มากกว่า 44 (CKD stage 1-3a) 5) ค่า FBS ไม่เกิน 150 mg% และค่าความดันโลหิต (BP) ไม่เกิน 140/90 mmHg. 5) มียารับประทานเพื่อรักษาโรคประจำตัวไม่เกิน 5 รายการ และไม่ใช้ยา Insulin แบบฉีด วาฟาริน,ยาพ่น ,ยาARV และยาจิตเวชและ 6) ผู้ป่วยไม่เข้าข่ายส่งกลับ แต่มีความจำเป็นจะขอกลับไปรับยาใกล้บ้าน เนื่องจากไม่มีญาติหรือคนดูแล ซึ่งจะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล มาที่โรงพยาบาลหนองมะโมง กำหนดให้ 1) มีค่า FBS มากกว่า 160 mg% และแพทย์แนะนำให้เปลี่ยนพฤติกรรม ปรับยา และนัดเจาะเลือด 2 สัปดาห์แต่ยังไม่มีอาการดีขึ้น 2) มีค่า FBS มากกว่า 350 mg% และมีอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และ 3) มีภาวะโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในระยะ 3b-5

องค์ประกอบที่ 3 การกำหนดวิธีปฏิบัติงานในการส่งยากลับบ้าน ดำเนินการดังนี้

1) นำข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าเกณฑ์การส่งยากลับบ้านเข้าสู่ระบบโปรแกรม HOSxP

2) แพทย์สั่งยาในระบบ REMED จากการจ่ายยาครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับและนัดหมายตามเกณฑ์ โดยให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ อสม.ดำเนินการส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน

3) ครบกำหนด ขอความร่วมมือจาก รพ.สต. เจาะ DTX , วัดความดันโลหิตส่งมาก่อนนัดครั้งหน้า 1 อาทิตย์ เพื่อปรึกษาแพทย์ปรับยา และจัดยาส่งกลับครั้งต่อไป

4) ปรับนัดหมายการจัดส่งยากลับบ้านเป็นราย รพ สต.แห่งละ 1 วัน (ทำตารางนัดให้)

5) ประเมินผู้ป่วยที่ผ่านตามเงื่อนไขรายบุคคลเพื่อส่งต่อการดูแลใกล้ชิดและใกล้บ้าน โดยกลไกร่วมระดับพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.และ อสม.

6) ทบทวนผลการจัดส่งยา ผลทางคลินิกของผู้ป่วย และปรับปรุงแนวทางการดูแลต่อเนื่องและส่งข้อมูลกลับระหว่าง รพ.หนองมะโมง รพ.สต.และผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์ที่กำหนด

7) รพ.หนองมะโมงร่วมกับ รพ.สต.เยี่ยมบ้าน case มีปัญหา เช่น HBA1C > 9, Admit ด้วยการมีภาวะแทรกซ้อน

2.2 ผลการนำรูปแบบบริการการจัดส่งยากลับบ้านไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัสในพื้นพื้นที่อำเภอมะโมง จังหวัดชัยนาท ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 286 คน ปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.75) และมีอายุมากกว่า 60 ปี หรือเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 55.22)

ส่วนประสิทธิภาพของแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและบริการจัดส่งยากลับบ้าน พิจารณาจากการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานที่วัดซ้ำในปีพ.ศ. 2563-2565 ปรากฏว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยค่า HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานที่วัดซ้ำในปี พ.ศ. 2563-2565

Source	Type III SS	df	MS	F	Sig.	Partial Eta Squared	Wilks' Lambda
Intercept	53565.019	1	53565.019	7322.295**	.000	0.965	32.762
Error	1953.194	267	7.315				

**Sig. < .001

ทั้งนี้ หากเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย HbA1C รายคู่ของแต่ละปีด้วยวิธี Bonferroni ปรากฏว่า ค่าเฉลี่ย HbA1C ของผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2564 มีค่าเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.688 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2563 จากนั้นค่าเฉลี่ย HbA1C ของผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2565 มีค่าลดลงเท่ากับ -0.831 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2564 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย HbA1C รายคู่ในปีพ.ศ. 2563-2565 ด้วยวิธี Bonferroni

ปี	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565
(ค่าเฉลี่ย HbA1C)	(7.98)	(8.67)	(7.84)
พ.ศ. 2563	-	0.688**	0.142
พ.ศ. 2564		-	-0.831**
พ.ศ. 2565			-

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและบริการจัดส่งยากลับบ้านตามแนวทางที่คณะกรรมการทำงานได้ดำเนินการตั้งแต่ปีพ.ศ. 2563-2565 ค่า HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ นั่นแสดงว่าการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการ ไม่ส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง หรือทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งยังสามารถลดความเสี่ยงการติดเชื้อได้อีกด้วย

3. ผลการประเมินผลรูปแบบบริการการจัดส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ การระบาดของโคโรนาไวรัสในพื้นพื้นที่อำเภอมะโมง จังหวัดชัยนาท พบว่า

ข้อสรุปประเด็นผลลัพธ์และผลกระทบจากผลการเปลี่ยนรูปแบบการบริการส่งยากลับบ้านต่อผู้ป่วยเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัสในพื้นพื้นที่อำเภอมะโมง จังหวัดชัยนาท ดังนี้

3.1 เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายอำเภอหนองมะโมง ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาลหนองมะโมง แพทย์ พยาบาล เภสัชกรรม นักเทคนิคการแพทย์ และ อสม.ซึ่งนับว่าเป็นกลไกสำคัญสำหรับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตใหม่

3.2 มีการปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงาน อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การสร้างกลวิธีลดช่องว่างประเด็นปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติการ และการประเมินผล ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม มีการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ภายใต้การหนุนเสริมของเครือข่ายสุขภาพ

3.3 ผลกระทบ และปัญหาอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบบริการจัดส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่พบในประเด็นสำคัญ คือ 1) ขาดการเสริมสร้างกระบวนการติดต่อสื่อสารและการประสานงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล รพ.สต. อสม. ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ เกิดผลกระทบต่อความไม่เข้าใจระหว่างกัน ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือการนัดหมายให้ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล 2) ทีมแพทย์และพยาบาลไม่สามารถประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยได้ทุกรายและ 3) เพิ่มขั้นตอนการทำงาน

ทั้งนี้ ผลการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก (SWOT Analysis) ของการพัฒนารูปแบบบริการการจัดส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกของรูปแบบบริการการจัดส่งยากลับบ้าน

SWOT	รายละเอียด
1. จุดแข็ง (Strengths)	1.1 คณะทำงานฯ มีศักยภาพสูงสามารถวางแผนและผลักดันการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายสุขภาพ อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การกำหนดประเด็นปัญหา การกำหนดกลไกและบทบาทหน้าที่ การระบุเป้าหมายผลลัพธ์ร่วมกัน รวมถึงการติดตามผลการดูแลของกลุ่มเป้าหมายอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง 1.2 รูปแบบการบริการส่งยากลับบ้านแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับมาตรการป้องกันและลดการแพร่เชื้อโรคของกระทรวงสาธารณสุข
2. จุดอ่อน (Weaknesses)	2.1 ขาดความชัดเจนและต่อเนื่องของกระบวนการสื่อสารและประสานงานระหว่างแพทย์พยาบาลและอสม. กับผู้ป่วย 2.2 ขาดการประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับบริการจัดส่งยากลับบ้าน เป็นรายบุคคลโดยแพทย์ผู้รักษา ทำให้บางช่วงระหว่างสถานการณ์การระบาดของ โรคโคโรนาไวรัสเกิดปัญหาการบริหารจัดการยาเบาหวานในระดับโรงพยาบาล
3. โอกาส (Opportunities)	3.1 นโยบายและมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขด้านการปรับรูปแบบบริการแนวใหม่ที่เน้นการลดระยะห่างทางสังคม ทำให้เกิดความร่วมมือและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมดำเนินงานร่วมกันที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัส โดยยึดผู้ป่วยและประชาชนเป็นสำคัญ เช่น ระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ ระบบการบริหารการจัดส่งที่บ้าน การบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ เป็นต้น 3.2 หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งมีอุปกรณ์เครื่องมือด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพียงพอ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ทางการแพทย์มากขึ้น เช่น การรักษาทางไกลผ่านระบบ Telemedicine หรือ Tele pharmacy เป็นต้น
4. อุปสรรค (Threats)	4.1 สถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัสต่อเนื่องหลายระลอก ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการแย่ลง แต่ไม่ยอมกลับมารักษาที่โรงพยาบาลเพราะกลัวได้รับเชื้อ 4.2 มาตรการ D-M-H-T-T อย่างเคร่งครัด เช่น การเดินทางไปเยี่ยมผู้ป่วยของพยาบาล การจัดส่งยาให้ผู้ป่วยของอสม. เป็นต้น

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบบริการการจัดส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัสในพื้นพื้นที่อำเภอมะโมง จังหวัดชัยนาทที่พัฒนาขึ้นนี้ถือว่าเป็นระบบเติมยาอีกรูปแบบหนึ่งที่ได้รับความสนใจจากผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย มีความปลอดภัย โดยสามารถลดความแออัดในการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่เชื้อโคโรนาไวรัสในผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงประหยัด เวลาและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์, ประดับ เพ็ชรจรูญ และสิรินยา สุริยา[4] ที่พัฒนาระบบการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัสของโรงพยาบาลท่าวังผา รวมถึงคเชนทร์ ชนะชัย[14] ที่ศึกษารูปแบบการจ่ายยาแนวใหม่ที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเทศบาตำบลบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ ช่วงการระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19

นอกจากนี้ การจัดส่งยากลับบ้านที่ได้ดำเนินการนี้ยังส่งผลให้ค่า HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจน โดยต้องเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้เป็นอย่างดี[13] ซึ่งผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาหารเป็นอย่างดี[4,5] เช่นเดียวกับที่ Fong et al[5] ได้แสดงทัศนะว่านอกจากแพทย์และพยาบาลที่ต้องมีหน้าที่รักษาและติดตามอาการผู้ป่วยแล้ว ตัวผู้ป่วยเองต้องรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมอาการหรือโรคที่เป็นอยู่ด้วยจึงจะส่งผลต่อการรักษาได้ ในขณะที่สถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัสยังสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมกับความปกติใหม่ตามที่บดินทร์ ชาตะเวที[15] ได้แสดงทัศนะว่าความเป็นปกติใหม่เป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต และกำลังกลายเป็นวิวัฒนาการใหม่ของสังคมมนุษย์ รวมถึงการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับสุราณี วงศ์กระบากถาวร[16] ได้เสนอกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าควรดำเนินการตามแผนการพัฒนาระบบบริการคลินิกในสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัสการในรูปแบบใหม่ ๆ เช่น รูปแบบการพัฒนาระบบการเติมยาในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

สำหรับการพัฒนารูปแบบบริการการจัดส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยเบาหวาน ถือว่าเป็นการพัฒนารูปแบบระบบบริการ (Service Delivery System) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (Six Building Blocks of Health System)[17] ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่การสร้างประเด็น การวางแผนปฏิบัติการ การลงมือปฏิบัติการ และการประเมินผลการปฏิบัติการ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่สามารถนำมาพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้[18] ส่วนวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก (SWOT Analysis) ของการบริการจัดส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถนำไปกำหนดกลยุทธ์ในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบบริการการจัดส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆต่อไปในอนาคตได้

อนึ่ง จุดเด่นของงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาแรก ๆ ในเรื่องการพัฒนาระบบการจัดส่งยากลับบ้านของผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัสในพื้นพื้นที่อำเภอมะโมง จังหวัดชัยนาท ด้วยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะทำงาน ผ่านกระบวนการศึกษาปัญหา ผลกระทบ และอุปสรรคในการบริการต่อผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นระบบ สำหรับข้อจำกัดของการวิจัย คือ ยังไม่มีการศึกษาเรื่องการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางรายมียาเหลือเป็นจำนวนมาก เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์

ส่วนข้อเสนอแนะในการวิจัยพัฒนาในครั้งต่อไป 1) ควรมีการพัฒนาระบบการเติมยาในรูปแบบต่าง ๆ นอกจากการส่งยากับบ้าน เช่น การรับยาที่คลินิกเติมยาในโรงพยาบาล การจัดส่งยาทางระบบไปรษณีย์ การรับยาที่ร้านยาเครือข่ายหรือที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน 2) ควรขยายผลการปฏิบัติยังพื้นที่อื่นและใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นและให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน 3) สามารถนำมาต่อยอดขยายผลการพัฒนาเชิงบูรณาการ โดยอาจนำระบบการจัดส่งยากลับของผู้ป่วยมาเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) และการดูแลด้วยการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) 4) ควรมีการวิจัยประเมินผลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบทั้งรูปแบบและกระบวนการในการบริการผู้ป่วยและผลการรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ที่แท้จริงจากการพัฒนาและดำเนินการ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีจากความร่วมมือจากคณะทำงาน ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาลหนองมะโมง แพทย์ พยาบาล เภสัชกรรม นักเทคนิคการแพทย์ และ อสม.ทุกท่าน รวมถึงหน่วยงานอีกหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยนี้มาโดยตลอด โดยเฉพาะความอนุเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองมะโมงที่ให้ข้อมูลทุกท่านตลอดจนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่ต้นจนแล้วเสร็จในทุกด้าน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Timeline-COVID-19. Thailand 2020. [Internet]. [cited 2023 May 29]. Available from: https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19?fbclid=IwAR2C1n_-bf2GhGvCqpgrN97gLZO2lV3SfylkESdD8k8aQe3XH3Dvu0LsqhM.
2. Cunningham AC, Goh HP, Koh D. Treatment of COVID-19: old tricks for new challenges.Crit Care. 2020; 24(91): 1-2.
3. Ratchadaporn Soontornpas. Implementation of the Home Delivery Program to reduce risks and avoid COVID-19 in Srinakarin Hospital. Khon Kaen University Hospital Journal. 2020; 1(2), 131-42.
4. Piyawat Rattanapan ,Pradub Phetcharun, Sirinya Suriya. DEVELOPMENT OF MAIL-ORDER PHARMACY SYSTEM FOR HYPERTENSIVE PATIENTS IN ERA OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 PANDEMIC. Chiangrai Medical Journal. 2020;12(2), 48-66.
5. Fong MW et al. Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings-social distancing measures. Emerg Infect Dis. 2020; 26(5): 976-84.
6. Chuanchom Thananithisak, Sugeerat Thadee, Suphicha Angkabsuwan, Meaysean Pongvilairut, Teerapon Dhippayom. Survey of Preference for Prescription Refilling Options in Patients with Chronic Diseases. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2019; 11(3): 504-14.
7. 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. J Med Econ 2011; 14(5): 562-7.
8. Schmittdiel JA, Karter AJ, Dyer WT, Chan J, Duru OK. Safety and effectiveness of mail order pharmacy use in diabetes. Am J Manag Care. 2013; 19(11): 882-7.
9. Chainat Provincical Public Health Office. Annual report 2022;2022.

10. Coghlan D, Brannick T. Doing Action Research in Your Own Organization (4th ed). London: SAGE Publications; 2014.
11. National Health Commission office. Criteria and Methods for Assessing Health Impacts Caused by Public Policy No. 2 B.E. 2559. Bangkok: Supa Publishing Company Limited;2017.
12. Yamane T. *Statistics: An Introductory Analysis*. London: John Weather Hill; 1973.
13. Department of Medical Services. HOME ISOLATION Services Department of Medical Services. [Internet]. 2022 [Cited 2022 May 25]; Available from: https://covid.19dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650105180407PM_%80E%0B9%8B%E%0B%8B5HomeIso.pdf
14. Kachen Chanachai. New Dispensing Model at Patients' Houses with Chronic Diseases in Buengboon Municipality, Buengboon District, Sisaket Provine during the COVID-19 Pandemic. Journal of Health Consumer Protection. 2022; 2(1): 100-12.
15. Bodin Chatawetthi. behavior and New Normal: New Normal. [Internet]. 2023 [Cited 2023 June 2]. Available from: https://www.ttmed.psu.ac.th/th/blog/258.
16. Suranee Wongkrabakthaworn. The results of follow – up care of hypertension patient by developing a drug dosing system to deliver medicines to patients at home In the situation to prevent the spread of COVID-19 Kantharawichai Hospital, Mahasarakham, Province. Journal of Environment Health and Community Health. 2022; 7(3): 151-9.
17. WHO. Monitoring The Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. [Internet]. 2010. [cited 2023 May 30]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruoso L, Shroff Z. Participatory Action Research in Health Systems: A Methods Reader. [Internet]. 2014. [cited 2023 April 12].Available from: https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/53867/IDL-53867.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อ ฟังก์ชั่นเสี่ยงอันตราย และระยะปลอดเหตุการณ์ตามสูตรการได้รับวัคซีนของประชาชนจังหวัดนครศรีธรรมราช

The results of the COVID-19 vaccine in terms of infection prevention, the hazard risk function and survival function according to the vaccination schedule for the population of Nakhon Si Thammarat province.

(Received: March 21,2024 ; Revised: March 24,2024 ; Accepted: March 25,2024)

พิทยา แต่งเกลี้ยง[1], สุมลรัตน์ ขนอม[2]
Pittaya Taengkliang[1], Sumonrat Khanom[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบ Retrospective cohort study เพื่อศึกษา 1) ผลของวัคซีนโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อ 2) อัตราความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และระยะเวลาปลอดการติดเชื้อ ตามจำนวนเข็มชนิดและสูตรของวัคซีน ของจังหวัดนครศรีธรรมราช สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม จำนวน 11,160 ตัวอย่าง จากประชากรอายุ 12 ปีขึ้นไปที่มารับบริการตรวจวินิจฉัย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 กันยายน 2565 ในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง เชื่อมโยงข้อมูลการรับวัคซีนจากฐานข้อมูลการรับวัคซีนกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุ วิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและระยะเวลาปลอดการติดเชื้อ ด้วย cox regression analysis โดยควบคุมตัวแปร เพศ และประเภทกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน

ผลการศึกษาพบว่า การรับวัคซีน 3 เข็มมีโอกาสลดการติดเชื้อได้ร้อยละ 52.0 โดยวัคซีนชนิด InV และ ViralV มีการติดเชื้อน้อยกว่า mRNA อย่างมีนัยสำคัญ กรณีรับวัคซีน 2 เข็ม สูตร InV-ViralV มีการติดเชื้อน้อยกว่า mRNA 2 เข็ม ร้อยละ 50.4 และกรณีรับวัคซีน 3 เข็ม วัคซีนสูตร ViralV-ViralV-mRNA มีการติดเชื้อน้อยกว่า mRNA 3 เข็มร้อยละ 95.9 และพบว่า ความเสี่ยงในการติดเชื้อ ของวัคซีน 2 เข็ม สูตร InV-ViralV น้อยที่สุด วัคซีนสูตร 3 เข็มที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อน้อยที่สุดคือ ViralV-ViralV-mRNA ส่วนระยะเวลาปลอดการติดเชื้อนานที่สุดตามลำดับคือ วัคซีน 2 เข็ม สูตร InV-ViralV, ViralV- ViralV ส่วน 3 เข็ม ได้แก่สูตร ViralV-ViralV-mRNA, สูตร InV-ViralV-ViralV และ InV-ViralV-mRNA

คำสำคัญ: ผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19, สูตรวัคซีนโควิด-19, ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ, ระยะเวลาปลอดการติดเชื้อ

Abstract

This research is a Retrospective Cohort Study aimed to investigate: 1)the effectiveness of COVID-19 vaccines in preventing infections, and 2) the hazard risk and survival function based on the number of doses, vaccine types, and formulations received in Nakhon Si Thammarat Province. Cluster sampling the sample group of 11,160 person aged 12 years and above who received diagnostic testing services between January 1st and September 30th, 2022, in 4 hospitals. Data on vaccination were linked from the Ministry of Public Health's vaccine database. Analyze by using multiple logistic regression analysis. And for the hazard risk and survival function used Cox regression analysis, while controlling for variables such as gender and types of target groups for vaccination.

The results show that receiving 3 doses of the vaccine reduces the risk of infection by 52.0%, by InV and ViralV was significantly less infectious than mRNA. As for the 2-dose, InV-ViralV was 50.4% less infection than 2mRNA and for 3-dose, ViralV-ViralV-mRNA was 95.9% less infection than 3mRNA and found that, the harzard

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
[2] สำนักสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

risk of 2-dose vaccined for InV-ViralV was least and 3-dose the least were ViralV-ViralV-mRNA, InV-ViralV-ViralV and InV-ViralV-mRNA respectively.

Keywords: The effects of COVID-19 vaccines, Vaccination regimens for COVID-19, Harzad risk, Survival time.

บทนำ

นับแต่มีการพบผู้ป่วยโควิด-19 รายแรกในประเทศไทย ช่วงต้นปี 2563 ได้พบการระบาดในระลอกต่อๆมา รวม 4 ระลอก และที่มีการระบาดสูง คือ ระลอกที่สามในจังหวัดสมุทรสาครในช่วงเดือนเมษายน 2564 ถึง พฤศจิกายน 2564[1]และการระบาดของพันธุ์โอมิครอนในระลอกที่ 4 ในช่วงเดือนมกราคม 2565[2] หลังจากนั้นจึงสงบลง และกระทรวงสาธารณสุข ประกาศยกเลิกโควิด-19 จากโรคติดต่ออันตราย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565[3]

ในระลอกมกราคม 2565 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2565 จังหวัดนครศรีธรรมราชพบผู้ป่วยทั้งหมด 89,506 ราย เสียชีวิต 319 ราย[4] ในขณะที่ความครอบคลุมการฉีดวัคซีน ณ เดือนกันยายน 2565 เข็มที่ 1 ร้อยละ 78.60 เข็มที่ 2 ร้อยละ 73.10 เข็มที่ 3 ร้อยละ 25.00 และเข็มที่ 4 ร้อยละ 7.80 ในขณะเดียวกันได้มีการรณรงค์ให้วัคซีนเข็มที่ 3 แก่กลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่ม 608 เพื่อลดการป่วยรุนแรง แต่ความครอบคลุมยังต่ำเพียง ร้อยละ 25.1[5]

ในช่วงแรกของการระบาดยังไม่มีวัคซีนในการป้องกันโรค จนกระทั่งองค์การอนามัยโลกอนุมัติการใช้วัคซีนโควิด-19 ในกรณีฉุกเฉิน (WHO Emergency Use Listing Procedure :EUL) ทั่วโลก จึงมีวัคซีนใช้ในการป้องกันการระบาด โดยที่ในประเทศไทยเริ่มฉีดวัคซีนแก่ประชาชนตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 และมีวัคซีนที่นำมาใช้หลายชนิด กรมควบคุมโรค ได้เผยแพร่ในเอกสารแนวทางการให้วัคซีน โควิด-19[6] สรุปได้ว่า เทคโนโลยีการผลิตวัคซีนมี 4 วิธีการหลัก ได้แก่ 1) วัคซีนชนิดสารพันธุกรรม ได้แก่ วัคซีนดีเอ็นเอ (DNA) หรือเอ็มอาร์เอ็นเอ (messenger RNA, mRNA) ได้แก่ BNT162b2 หรือไฟเซอร์ (Pfizer; PZ) และ mRNA-1273 หรือโมเดอร์นา (Moderna; MDN) 2) วัคซีนชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Viral Vector Vaccines; ViralV) ได้แก่ ChAdOx1 nCoV-19 หรือ แอสตร้าเซนเนก้า (AstraZeneca; AZ) และ Ad26.COV2.S. หรือจอห์นสันแอนด์จอห์นสัน (Johnson & Johnson; J&J) 3) วัคซีนที่ทำจากโปรตีนส่วนหนึ่งของเชื้อ (protein subunit vaccine) ได้แก่ NVX-CoV2373 หรือ Novavax และ 4) วัคซีนชนิดเชื้อตาย (inactivated vaccine; InV) ได้แก่ PiCoVacc หรือซิโนแวค (Sinovac; SV) และ BBIBP-CorV หรือซิโนฟาร์ม (Sinopharm; SPh ซึ่งวัคซีนแต่ละชนิดได้ทยอยนำเข้ามาใช้ในห้วงเวลาต่างๆ ซึ่งวัคซีนโควิด-19 ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อนุมัติให้นำเข้ามาใช้คือ AZ SV J&J MDN SPh และ PZ โดยวัคซีนหลักและวัคซีนทางเลือกที่ใช้อย่างกว้างขวาง ได้แก่ AZ SV SPh และ PZ โดยที่วัคซีน PZ เป็นยี่ห้อหลังสุดที่นำมาใช้ในพื้นที่ ในเดือนตุลาคม 2564 โดยศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 (ศบค.) ได้อนุมัติการฉีดวัคซีนที่ใช้ในประเทศไทยหลายสูตร ทั้งเป็นวัคซีนชนิดเดียวกัน และต่างชนิดกัน ทำให้ประชาชนได้รับวัคซีนที่หลากหลาย ในขณะเดียวกันก็ยังมีข้อสงสัยในประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรค

ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ยังไม่มีการศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนในการป้องกันโรคในภาพรวมจังหวัด จึงใช้ข้อมูลในระดับประเทศที่กรมควบคุมโรครายงานเป็นข้อมูลในการชี้แจงทำความเข้าใจกับประชาชน แต่มีรายงานการศึกษาในพื้นที่อำเภอพรหมคีรี 2 ฉบับ โดยการศึกษาประเมินประสิทธิผลของวัคซีนในช่วงเดือนมกราคม 2565 ถึง เดือนเมษายน 2565 พบว่า การรับวัคซีน 2 เข็ม และ 3

เข็ม มีการติดเชื้อไม่แตกต่างกัน เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับวัคซีน[7] เมื่อนับจำนวนเข็มวัคซีนที่ประชาชนได้รับโดยไม่พิจารณาประเภทวัคซีน และมีรายงานฉบับที่ 2 ถัดมาในพื้นที่เดียวกันเป็นการวิจัยแยกประเภทวัคซีน แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องวัคซีนบางสูตร ที่มีผู้รับน้อยเกินไปจนไม่สามารถวิเคราะห์ได้[7] ในขณะเดียวกันจากการติดตามข้อมูลในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีการรับวัคซีนทั้งวัคซีนชนิดเดียวและต่างชนิดกัน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อประเมินว่า ในสถานการณ์จริงนั้นจำนวนเข็ม และวัคซีนแต่ละชนิดแต่ละสูตร สามารถป้องกันการติดเชื้อ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และระยะปลอดการติดเชื้อ ที่แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร โดยศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบ Retrospective cohort study โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้รับบริการที่มารับการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2565 และข้อมูลการรับวัคซีนจากฐานข้อมูลวัคซีนกระทรวงสาธารณสุข (MOPH Immunization Center; MOPH_IC)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรอายุ 12 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 1,07,981 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เนื่องจากการใช้ตัวอย่างขนาดใหญ่จะทำให้มีความน่าเชื่อถือ อริสฬา เตหลิ่ม (2563) อ้างถึง Tabachnick and Fidell ว่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง 500 หน่วยขึ้นไปถือว่าอยู่ในระดับดีมาก และเพียงพอต่อความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ระดับ 5% ของทุกสถิติที่ใช้ ดงนั้นในการวิจัยนี้ จึงใช้ตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 11,160 ตัวอย่าง

ประเภทวัคซีนตามวิธีการผลิต คือ วัคซีนชนิดเชื้อตาย (InV) ได้แก่ SV และ SPh วัคซีนที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะ (ViralV) ได้แก่ AZ และวัคซีนชนิดสารพันธุกรรม (mRNA) ได้แก่ PZ และ MDN

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของวัคซีนโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อ ตามจำนวนเข็ม ชนิดและสูตรของวัคซีนที่ได้รับ

2. เพื่อเพื่อศึกษาอัตราความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และระยะเวลาปลอดการติดเชื้อ ตามชนิดและสูตรของวัคซีน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้รับการตรวจการติดเชื้อโควิด 19 ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2565 กรณีมาตรวจหลายครั้งใช้ผลการตรวจครั้งหลังสุด และกรณีมีผลตรวจเป็นทั้งผลบวกและลบซ้ำกันนับเป็นผลบวก 2) ข้อพิจารณาการรับวัคซีน ในกรณีที่ได้รับวัคซีนพิจารณาเข็มที่รับมาแล้วไม่น้อยกว่า 21 วันก่อนการตรวจวินิจฉัย และนับการรับวัคซีนเข็มแรกตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 เนื่องจากประชาชนสามารถเข้าถึงวัคซีนได้ทุกชนิดในช่วงนี้ 3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด 19 มาก่อนวันที่ 1 มกราคม 2565 4) ผลการตรวจ ATK ต้องเป็นการตรวจโดยโรงพยาบาล (Professional use)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลการรับวัคซีนได้ 2) อายุต่ำกว่า 12 ปี เนื่องจากเริ่มให้วัคซีนกลุ่ม 5-11 ปี ครั้งแรก วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 3) ประวัติและข้อมูลที่จำเป็นไม่ครบถ้วน เช่น ข้อมูลยืนยันที่อยู่ขณะป่วย ข้อมูลการรับวัคซีน ประเภทกลุ่มเป้าหมายวัคซีน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลจากเวชระเบียน และเครื่องมือการตรวจวินิจฉัย

1. เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย คือชุดตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ชนิดตรวจหาแอนติเจนแบบเร็ว (Antigen Test Kit; ATK) และการตรวจด้วยวิธี RT-PCR (Polymerase chain reaction)

1.1. ชุดตรวจ ATK เป็นชนิดที่ตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Professional use) ตรวจโดยโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 ยี่ห้อที่สำนักงานคณะกรรมการอาการและยา ให้การรับรอง คือยี่ห้อ ACON Flowflex, Roche และ STANDARD-Q โดยมีค่าความไว (Sensitivity) ระหว่าง 83.3-96.52 และค่าความจำเพาะ (Specificity) ระหว่าง 98.6-99.68 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์, 2565)

1.2 การตรวจด้วยวิธี RT-PCR เป็นผลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล และโรงพยาบาลท่าศาลา

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นข้อมูลจากเวชระเบียน ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2565 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลผลการตรวจ ATK และ RT-PCR

3. ข้อมูลการรับวัคซีน เป็นข้อมูลการรับวัคซีนจากฐานข้อมูลการรับวัคซีนของกระทรวงสาธารณสุข หรือ MOPH_IC ประกอบด้วย วันเดือนปีที่รับวัคซีน ชนิด/ประเภทวัคซีน ที่ได้รับ และประเภทกลุ่มเป้าหมาย

การติดตามกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาการติดตามกลุ่มศึกษาครั้งนี้เริ่มจากวันที่ได้รับวัคซีนครบ 21 วัน เริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 จากนั้นติดตามไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งติดเชื้อหรือจนสิ้นสุดการศึกษาคือวันที่ 30 กันยายน 2565 กลุ่มที่ไม่สามารถติดตามได้หรือออกจากการศึกษาไปจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่การติดเชื้อ พิจารณาเป็นกรณีเซ็นเซอร์ (censored)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ดังนี้

1. ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อใช้ข้อมูลเวชระเบียน เป็นฐานข้อมูลในรูปแบบ Microsoft Excel

2. รวบรวมข้อมูลการรับวัคซีนจากฐานข้อมูล MOPH_IC โดยกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3. เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างข้อมูลเวชระเบียนกับข้อมูลการรับวัคซีน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์และคำนวนระยะเวลาการรับวัคซีนเป็นจำนวนวัน

4. ตรวจสอบความซ้ำซ้อน ความครบถ้วนสมบูรณ์ ตัดข้อมูลซ้ำซ้อนออก

5. ตรวจสอบข้อมูลการรับวัคซีนกับฐานข้อมูล MOPH_IC เป็นรายบุคคลให้ครบถ้วน ตรวจสอบความซ้ำซ้อน ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลตามเงื่อนไขการคัดเข้าคัดออกจากฐานข้อมูล

6. นำข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ผลของวัคซีน ในการป้องกันการติดเชื้อด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression) นำเสนอผลการศึกษาด้วยค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds ratios: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงเชื่อมั่น (95% Confidence interval: 95%CI) การแปลผลโดยพิจารณาจากค่า OR วิเคราะห์ระยะปลอดการติดเชื้อหรือความอยู่รอด (survival function) และอัตรา

ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือความเสี่ยงอันตราย (hazard rate) โดยใช้ Cox regression analysis

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ตามเอกสารรับรองเลขที่ Exc-11/2566 รับรองวันที่ 9 ตุลาคม 2566-8 ตุลาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้รหัสที่ไม่สามารถเชื่อมโยงบุคคลได้ การนำเสนอจะเป็นภาพรวม และเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องจะถูกลบและทำลายทิ้งทั้งหมดหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 11,160 คน เป็นกลุ่มที่ติดเชื้อ 5,704 คน และไม่ติดเชื้อ 5,456 คน จาก 4 หน่วยตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลขนอม โรงพยาบาลพรหมคีรี โรงพยาบาลร่อยพิบูลย์ และโรงพยาบาลหัวไทร ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สัดส่วนใกล้เคียงกัน กลุ่มไม่ติดเชื้อ ร้อยละ 54.71 กลุ่มติดเชื้อ ร้อยละ 59.31 อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเท่ากับ 45.92 (S.D.=20.59) กลุ่มที่ติดเชื้อ เท่ากับ 37.70 (S.D.=19.00) พบติดเชื้อมากที่สุดในกลุ่มประชาชนทั่วไป 18 – 59 ปี ร้อยละ 70.16 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 12-17 ปี ร้อยละ 17.20 และผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.64 ตามลำดับ สัดส่วนกลุ่มเป้าหมายที่รับวัคซีน ในกลุ่มกลุ่มไม่ติดเชื้อมากที่สุดคือกลุ่มประชาชนทั่วไป ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัว ร้อยละ 45.88, 27.71 และ 15.49 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ติดเชื้อคือกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเด็ก 12-17 ปี และกลุ่มผู้มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.66,17.20 และ 13.80 ตามลำดับ กลุ่มติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 90 ตรวจด้วยวิธี ATK กลุ่มไม่ติดเชื้อตรวจด้วยวิธี ATK ร้อยละ 99.98

ในส่วนของการรับวัคซีน มากกว่าร้อยละ 98 ได้รับวัคซีน ส่วนใหญ่รับวัคซีน 2 เข็ม ในกลุ่มติดเชื้อร้อยละ 82.03 กลุ่มไม่ติดเชื้อ ร้อยละ 72.82 วัคซีนเข็มที่ 3 กลุ่มติดเชื้อ ร้อยละ 8.80 กลุ่มไม่ติดเชื้อร้อยละ 16.15 และในรายละเอียดการรับวัคซีน ผู้ที่ได้รับวัคซีน 1 เข็ม ทั้งสองกลุ่มรับวัคซีน AZ รองลงมาคือ PZ และ SV ตามลำดับ โดยกลุ่มติดเชื้อรับร้อยละ 59.31, 29.44 และ 10.39 กลุ่มไม่ติดเชื้อร้อยละ 77.56, 10.59 และ 10.41 ผู้ที่ได้รับ 2 เข็ม รับวัคซีนแต่ละสูตรในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันตามลำดับคือสูตร SV-AZ, PZ-PZ และ AZ-AZ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 35.91, 27.10 และ 20.47 กลุ่มไม่ติดเชื้อ ร้อยละ 55.07,16.49 และ 15.20 ส่วนวัคซีนสูตรอื่นมีจำนวนไม่มากนัก ผู้ที่ได้รับ 3 เข็ม รับวัคซีน SV-AZ-AZ, SV-AZ-PZ, และ SPh-SPh-PZ, PZ-PZ-PZ มากที่สุด ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 35.86, 29.88 และ 22.91 กลุ่มไม่ติดเชื้อ ร้อยละ 40.41, 34.96 และ 8.63 ตามลำดับ

2. ผลของวัคซีนโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อ ตามจำนวนเข็มที่ได้รับ ในการพิจารณาจำนวนเข็มที่ได้รับวัคซีนนั้น เนื่องจากประชาชนสามารถเข้าถึงวัคซีนทุกชนิดที่มีใช้ ได้ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 จึงใช้ข้อมูลการรับวัคซีนเข็มแรกตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 และได้รับมาแล้วไม่น้อยกว่า 21 วัน และไม่รวมการรับวัคซีน 4 เข็ม เนื่องจากมีจำนวนน้อย โดยควบคุมตัวแปร เพศ และประเภทกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน ได้แก่ กลุ่มอายุ ผู้มีโรคประจำตัว กลุ่มประชาชนทั่วไป บุคลากรทางการแพทย์/อสม. พบว่า เมื่อพิจารณาการรับวัคซีนเพียงอย่างเดียวโดยไม่พิจารณาตัวแปรอื่น การรับวัคซีน 1 เข็ม มีโอกาสลดการติดเชื้อได้ ร้อยละ 44.2 (COR = 0.558, 95%CI: 0.365-0.852) และ 3 เข็ม มีโอกาสลดการติดเชื้อได้ ร้อยละ 61.7 (COR = 0.383, 95%CI: 0.252-0.583) เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับวัคซีน และเมื่อควบคุมตัวแปรพบว่า เมื่อเทียบกับ

การไม่ได้รับวัคซีน การรับวัคซีน 1-2 เข็ม มีโอกาสติดเชื้อไม่แตกต่างกัน (p value>0.05) ส่วนการรับวัคซีน 3 เข็ม มีโอกาสลดการติดเชื้อได้ ร้อยละ 52.0 (AOR = 0.480, 95%CI: 0.314-0.736)

3. ผลของวัคซีนโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อ ตามชนิดและสูตรการได้รับวัคซีน ในกรณีการวิเคราะห์เปรียบเทียบชนิดและสูตรการได้รับวัคซีน โดยวิเคราะห์กลุ่มวัคซีนตามวิธีการผลิต คือ วัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated Vaccines; InV) ได้แก่ SV และ SPh วัคซีนที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Viral Vector Vaccines; ViralV) ได้แก่ AZ และวัคซีนชนิดสารพันธุกรรม (Messenger RNA vaccine; mRNA) ได้แก่ PZ และ MDN โดยเปรียบเทียบระหว่างการควบคุมตัวแปรและไม่ควบคุม หากไม่พิจารณาตัวแปรอื่นร่วมด้วย กรณีรับวัคซีน 1 เข็ม พบว่าเมื่อเทียบกับการรับวัคซีน mRNA, InV มีการติดเชื้อน้อยกว่า ร้อยละ 64.7 (COR=0.353, 95%CI: 0.220-0.567) ViralV มีการติดเชื้อน้อยกว่า ร้อยละ 72.0 (COR=0.280, 95%CI: 0.199-0.393) ส่วนกรณีรับวัคซีน 2 เข็ม พบว่าวัคซีนสูตร InV-InV, InV-ViralV, InV-mRNA, ViralV-ViralV และ ViralV-mRNA มีการติดเชื้อน้อยกว่า วัคซีน mRNA 2 เข็ม และกรณีรับวัคซีน 3 เข็ม พบว่าวัคซีนสูตร ViralV 2 เข็ม แล้วกระตุ้นด้วย mRNA ติดเชื้อน้อยกว่ารับวัคซีน mRNA 3 เข็ม ร้อยละ 97.2 (COR = 028, 95%CI: 0.005-0.154) ส่วนสูตรอื่นไม่มีความแตกต่างกัน

เมื่อควบคุมตัวแปร พบว่ากรณีรับวัคซีน 1 เข็ม InV และ ViralV มีการติดเชื้อน้อยกว่า mRNA อย่างมีนัยสำคัญ ร้อยละ 60.1(AOR = 0.399, 95%CI: 0.236-0.676) และ 69.3 (AOR = 0.307, 95%CI: 0.207-0.456) ตามลำดับ ส่วนกรณีรับวัคซีน 2 เข็ม เมื่อวัคซีนเข็มแรกเป็น InV เข็มที่ 2 เป็น ViralV มีการติดเชื้อน้อยกว่า ร้อยละ 50.4 (AOR = 0.496, 95%CI: 0.437-0.564) ส่วนวัคซีนสูตรอื่นไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบกับการรับวัคซีน mRNA 2 เข็ม และกรณีรับวัคซีน 3 เข็ม วัคซีนสูตร ViralV- ViralV - mRNA มีการติดเชื้อน้อยกว่า mRNA 3 เข็ม ร้อยละ 95.9 (AOR = 0.041, 95%CI: 0.007-0.230) ส่วนวัคซีนสูตรอื่นไม่แตกต่างกัน

4. วิเคราะห์การเสี่ยงอันตรายและระยะปลอดการติดเชื้อ ของวัคซีนโควิด-19 ตามชนิดและสูตรการได้รับวัคซีน ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ชนิดและสูตรการได้รับวัคซีน ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดวัคซีนบางชนิด บางสูตร ออกไปจากการวิเคราะห์ เนื่องจากมีผู้รับวัคซีนจำนวนน้อย

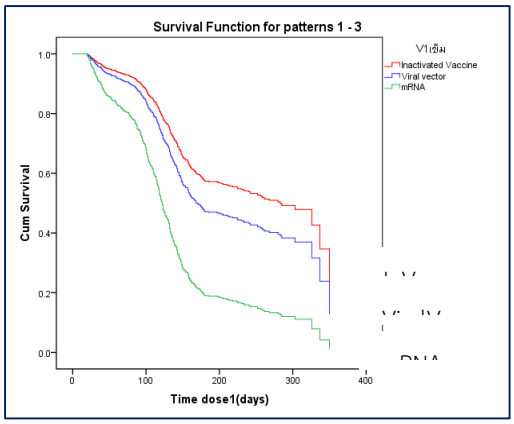
4.1 ค่ามัธยฐาน (median Time)ระยะเวลาปลอดการติดเชื้อ ตามชนิดและสูตรการได้รับวัคซีน ค่ามัธยฐาน ระยะเวลาปลอดการติดเชื้อ ตามชนิดและสูตรการได้รับวัคซีน 1 เข็ม 2 เข็ม และ 3 เข็ม วิเคราะห์ด้วยวิธีของ Kaplan-Meier โดยควบคุมตัวแปร เพศ และประเภทกลุ่มเป้าหมาย พบว่า กรณีรับวัคซีน 1 เข็ม ค่ามัธยฐานระยะเวลาปลอดการติดเชื้อของ InV นานที่สุด เท่ากับ 230 วัน (95% CI; 184.01-275.99) รองลงมาคือ ชนิด ViralV 158 วัน (95% CI; 143.77-172.23) และ mRNA 99 วัน (95% CI; 61.35-132.65) ตามลำดับ กรณีรับวัคซีน 2 เข็ม ระยะเวลาปลอดการติดเชื้อนานที่สุด 3 ลำดับแรกคือ สูตร InV-ViralV เท่ากับ 203 วัน (95% CI; 182.41-223.59) สูตร InV- InV เท่ากับ 143 วัน (95% CI; 134.45-151.55) และ mRNA-mRNA เท่ากับ 136 วัน (95% CI; 133.73-138.27) ส่วนที่น้อยที่สุดตามลำดับคือ ViralV 2 เข็ม, ViralV-mRNA และ InV-mRNA กรณีรับวัคซีน 3 เข็ม ระยะเวลาปลอดการติดเชื้อนานที่สุด คือสูตร ViralV- ViralV-mRNA ติดตามครบ 1 ปี ยังมีผู้ติดเชื้อไม่ถึงร้อยละ 50 (ยังหาค่ามัธยฐานไม่ได้) รองลงมาคือ InV-InV-ViralV เท่ากับ 239 วัน (95% CI; 106.86-115.14) และ InV-ViralV-mRNA เท่ากับ 208 วัน (95% CI; 178.32-237.68) ตามลำดับ ส่วนที่น้อยที่สุด

ตามลำดับคือ mRNA 3 เข็ม InV-InV-mRNA และ InV- ViralV- ViralV

4.2 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและระยะปลอดการติดเชื้อการรับวัคซีน โควิด-19 ตามชนิดและสูตรการได้รับวัคซีน ในการวิเคราะห์เป็นการวิเคราะห์ต่อเนื่องจากการวิเคราะห์ผลของวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อ ของผู้ได้รับวัคซีนตามชนิดและสูตรการได้รับวัคซีน โดยเลือกใช้การวิเคราะห์ ด้วย Cox proportional hazard เพื่อควบคุมตัวแปรที่อาจมีผลต่อความเสี่ยง และระยะปลอดการติดเชื้อ ได้แก่ เพศ และ ประเภทกลุ่มเป้าหมายวัคซีน พบว่า ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของการรับวัคซีน เมื่อไม่ควบคุมตัวแปรอื่น <u>กรณีวัคซีน 1 เข็ม</u> เมื่อเทียบกับการรับวัคซีน **mRNA** พบว่า วัคซีนทุกชนิดที่นำมาวิเคราะห์มีความเสี่ยงน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดย InV น้อยกว่าร้อยละ 73.0 (Crude HR=0.270, 95% CI; 0.195-0.374) วัคซีน ViralV น้อยกว่าร้อยละ 61.8 (Crude HR=0.382, 95% CI; 0.3010-0.469) ส่วน<u>กรณีวัคซีน 2 เข็ม</u> หากเทียบกับสูตร **mRNA-mRNA** พบว่า ที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูงกว่าคือ ViralV-mRNA เท่ากับ 2.096 เท่า (Crude HR =2.096, 95% CI; 1.876-2.343) และ ViralV-ViralV เท่ากับ 1.869 เท่า (Crude HR=1.869, 95% CI; 1.719-2.032) ส่วนสูตรที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อน้อยกว่าคือสูตร InV-ViralV โดยน้อยกว่า ร้อยละ 42.4 (Crude HR=0.576, 95% CI; 0.536-0.619) และสูตร InV-InV ร้อยละ 15.7 (Crude HR=0.843, 95% CI; 0.739-0.963) และ<u>กรณีวัคซีน 3 เข็ม</u> เมื่อเทียบกับการรับวัคซีน mRNA 3 เข็ม พบว่า สูตร InV-InV-ViralV มีความเสี่ยงน้อยกว่า ร้อยละ 71.7 (Crude HR=0.283, 95% CI; 0.121-0.664), InV-ViralV-ViralV มีความเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ 62.7 (Crude HR=0.373, 95% CI; 0.191-0.731), InV-ViralV-mRNA มีความเสี่ยงน้อยกว่า ร้อยละ 64.5(Crude HR=0.355, 95% CI; 0.181-0.697) และ ViralV-ViralV-mRNA มีความเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ 96.3 (Crude HR=0.037, 95% CI; 0.008-0.171)

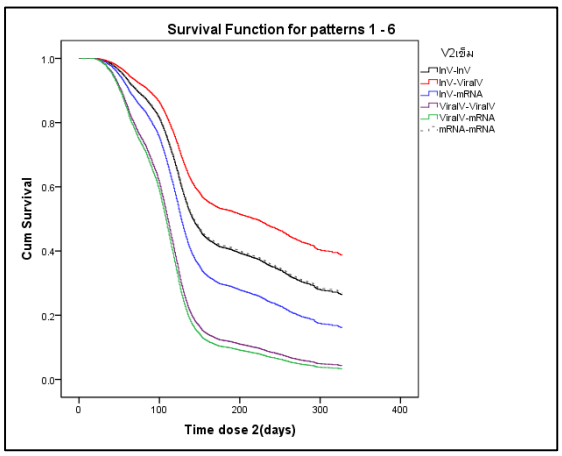
เมื่อควบคุมตัวแปร กรณีรับวัคซีน 1 เข็ม เมื่อเทียบกับวัคซีน **mRNA** วัคซีน InV มีความเสี่ยงน้อยกว่า ร้อยละ 66.5 (Adj.HR=0.335, 95% CI; 0.232-0.482) และ ViralV ร้อยละ 66.4 (Adj.HR=0.453, 95% CI; 0.352-0.583) <u>กรณีรับวัคซีน 2 เข็ม</u> พบว่าสูตรวัคซีน ที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูงกว่า **mRNA-mRNA** อย่างมีนัยสำคัญ คือ ViralV- mRNA โดยสูงกว่า 2.609 เท่า (Adj.HR=2.096, 95% CI; 1.876-2.343) และ ViralV-ViralV สูงกว่า 2.405 เท่า (Adj.HR=2.405, 95% CI; 2.180-2.653) และที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อน้อยกว่า คือ วัคซีนสูตร InV-ViralV โดยน้อยกว่า ร้อยละ 27.6 (Adj.HR=0.724, 95% CI; 0.663-0.790) <u>กรณีรับวัคซีน 3 เข็ม</u> เมื่อเทียบกับวัคซีน **mRNA 3 เข็ม** พบว่าสูตร ViralV-ViralV-mRNA มีความเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ 93.7 (Adj.HR=0.063, 95% CI; 0.013-0.293) ส่วนสูตรอื่น ไม่มีความแตกต่างกัน (p value>0.05)

เมื่อวิเคราะห์ระยะปลอดการติดเชื้อ ของวัคซีนแต่ละชนิดแต่ละสูตรวัคซีน ในการรับวัคซีน 1 เข็ม 2 เข็ม และ 3 เข็ม รายละเอียดดังภาพ 1-3



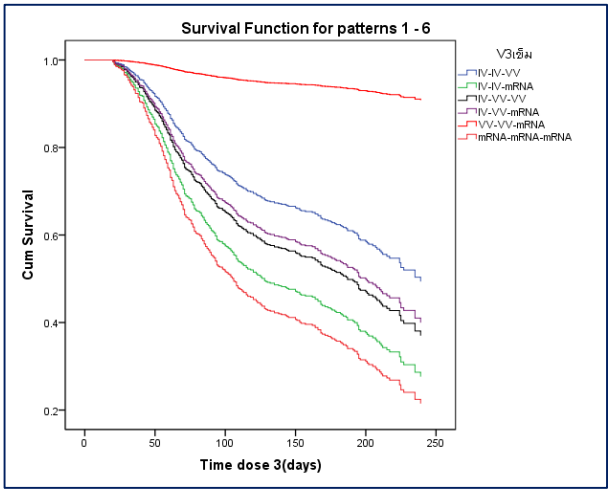
ภาพประกอบที่ 1 แสดงระยะเวลาปลอดการติดเชื้อวัคซีนโควิด-19 1 เข็ม

จากภาพประกอบที่ 1 กรณีรับวัคซีน 1 เข็ม ระยะปลอดการติดเชื้อของวัคซีนชนิดเชื้อตาย(InV) นานที่สุด รองลงมาคือ วัคซีนที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะ (ViralV) และวัคซีนชนิดสารพันธุกรรม (mRNA) ตามลำดับ



ภาพประกอบที่ 2 แสดงระยะเวลาปลอดการติดเชื้อวัคซีนโควิด-19 2 เข็ม

จากภาพประกอบที่ 2 กรณีรับวัคซีน 2 เข็ม ระยะเวลาปลอดการติดเชื้อนานที่สุด คือวัคซีนสูตรวัคซีน InV- ViralV รองลงมาคือ InV-InV กับ mRNA-mRNA และ InV-mRNA ตามลำดับ ส่วนที่สั้นที่สุดตามลำดับคือ viralV-mRNA และ viralV-ViralV



ภาพประกอบที่ 3 แสดงระยะเวลาปลอดการติดเชื้อวัคซีนโควิด-19 3 เข็ม

จากภาพประกอบที่ 3 กรณีรับวัคซีน 3 เข็ม ระยะเวลาปลอดการติดเชื้อนานที่สุด คือวัคซีนสูตร ViralV-ViralV-mRNA รองลงมาคือ InV-InV-ViralV และ InV-ViralV-mRNA ตามลำดับ ส่วนที่สั้นที่สุดตามลำดับคือ mRNA 3 เข็ม และ InV-InV-mRNA

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของวัคซีนโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อ ตามจำนวนเข็ม ชนิดและสูตรของวัคซีนที่ได้รับ รวมทั้งฟังก์ชันความเสี่ยงอันตราย และระยะเวลาปลอดการติดเชื้อ ตามชนิดและสูตรของวัคซีนที่ได้รับ สรุปและอภิปรายตามวัตถุประสงค์ 2 ประเด็นดังนี้

1. ผลในการป้องกันการติดเชื้อตามจำนวนเข็ม ชนิดและสูตรของวัคซีนที่ได้รับ พบว่า การรับวัคซีน 1-2 เข็ม มีโอกาสติดเชื้อไม่แตกต่างกัน การรับวัคซีน 3 เข็ม มีโอกาสลดการติดเชื้อได้ ร้อยละ 52.0 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับวัคซีน โดยที่ เมื่อแยกตามชนิดและสูตรของวัคซีน พบว่า กรณีรับวัคซีน 1 เข็ม InV และ

ViralV มีการติดเชื้อน้อยกว่า mRNA อย่างมีนัยสำคัญ ร้อยละ 60.1 และ 69.3 ตามลำดับ กรณีรับวัคซีน 2 เข็ม สูตร InV-ViralV มีการติดเชื้อน้อยกว่า ร้อยละ 50.4 ส่วนวัคซีนสูตรอื่นไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบกับการรับวัคซีน mRNA 2 เข็ม และ กรณีรับวัคซีน 3 เข็ม วัคซีนสูตร ViralV-ViralV-mRNA มีการติดเชื้อน้อยกว่า mRNA 3 เข็ม ร้อยละ 95.9 ส่วนวัคซีนสูตรอื่นไม่แตกต่างกัน

มีงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า เมื่อระยะเวลาผ่านไปภูมิคุ้มกันจะลดลง และการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นนั้นมีความจำเป็น ยง ภู่วรวรรณ และคณะ[8] พบว่า เมื่อระยะเวลาผ่านไป 6, 9 และ 12 เดือน หลังการติดเชื้อ ระดับ anti-N IgG จะมีการลดลงอย่างรวดเร็ว[9] พบว่าประสิทธิผลของวัคซีนในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 แปรผันตามจำนวนเข็มของวัคซีนที่ได้รับ โดยการได้รับวัคซีน 3-4 เข็ม มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคได้ดีใกล้เคียงกัน และจะอยู่คงทนกว่าการได้รับวัคซีนเพียง 2 เข็ม ศูนย์วิจัยคลินิกคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล (2564) พบว่าเมื่อติดตามไป 12 สัปดาห์ ไม่ว่าวัคซีนชนิดใดก็มีภูมิคุ้มกันที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด นิรันดร ยิ้มจอหอ, ปณิธี ธัมมวิจยะ, กฤชวัฐ ปลอดดี, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ ณัฐปราง นิตยสุทธิ์[10] พบว่า ช่วงการระบาดของสายพันธ์โอไมครอน การได้รับวัคซีน 2 เข็ม มีประสิทธิผลต่ำการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นหรือ เข็มที่ 3 ไม่ว่าจะกระตุ้นด้วยวัคซีนใดยังป้องกันการติดเชื้อได้สูง ซึ่งมีความสอดคล้องกัน

ส่วนภูมิคุ้มกันแต่ละประเภทวัคซีนนั้น มีรายงานการวิจัยทั้งในแต่ต่างประเทศว่า วัคซีนสูตรไขว้ต่างชนิดกัน (Heterologous) ได้ผลดีกว่าวัคซีนชนิดเดียวกัน Andrews, N., Stowe, J., Kirsebom, F., Toffa, S., Rickeard, T., Gallagherr, E และคณะ[11] ศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่า หลังจากได้รับการฉีด AZ หรือ PZ 2 เข็ม แล้วฉีดกระตุ้นด้วย PZ หรือ MDN พบว่ามีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ Au W. Y., & Cheung P. P. H.[12]วิเคราะห์อภิมานประสิทธิผลของสูตรวัคซีนป้องกันโควิด-19 จากฐานข้อมูลของขององค์การอนามัยโลก พบว่าการให้ virus vector สองโดสแล้วกระตุ้นด้วย mRNA หนึ่งโดส มีประสิทธิภาพในป้องกันการติดเชื้อโอมิครอน ร้อยละ 77 ศูนย์วิจัยคลินิกคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล[13] พบว่าหากใช้วัคซีนต่างชนิดจะกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีกว่า โดยการฉีดวัคซีนชนิด ViralV ตามด้วยวัคซีน mRNA สามารถกระตุ้นระดับภูมิคุ้มกันได้ดีกว่าการใช้วัคซีนชนิดไวรัสเวกเตอร์ 2 เข็ม และผู้ที่ฉีด SV แล้วสองเข็ม ถ้าใช้ AZ หรือ PZ ฉีดเป็นเข็ม 3 จะกระตุ้นภูมิได้สูงกว่าการใช้วัคซีนเชื้อตาย[8] รายงานว่ากลุมที่รับวัคซีนเชื้อตาย SV เข็มแรกและรับ PZ เข็มที่ 2 จะมีระดับแอนติบอดีที่ทำหน่าที่ในการปองกันการเข่าเซลลของไวรัส สายพันธุโอไมครอน ที่ต่ำกวากลุมที่การรับวัคซีน PZ สองเข็มและกลุมที่ได้รับ SPh 2 เข็มและรับ PZ เปนเข็ม 3 ภาสกร ศรีทิพย์สุโข, บุญยิ่ง ศิริบำรุงวงศ์, พิชญ ตันติยวรงค์, อารยา ศรัทธาพุทธ,พรรณศจี ดำรงเลิศ และพีร์ จารุอำพรพรรณ[14] พบว่า ในช่วงระยะเวลาของการระบาดด้วยสายพันธุ์โอไมครอน การได้รับเข็มกระตุ้นด้วย PZ หรือ AZ เพิ่มจากการได้รับวัคซีน SV สองเข็ม ประสิทธิผลการป้องกันการติดเชื้อของวัคซีนที่เพิ่มขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบกับการวิจัยนี้พบว่ามีความสอดคล้องกัน กล่าวคือ หากพิจารณาจำนวนเข็มที่ได้รับ วัคซีน 1-2 เข็มเมื่อเทียบกับการไม่ได้รับวัคซีนมีการติดเชื้อที่ไม่แตกต่างกัน การรับวัคซีน 3 เข็มสามารถลดการติดเชื้อได้ และเมื่อแยกประเภทวัคซีนพบว่า ว่ากรณีวัคซีน 1 เข็มวัคซีน InV และ ViralV มีการติดเชื้อน้อยกว่า mRNA หรือเมื่อวัคซีนเข็มแรกเป็น InV เข็มที่ 2 เป็น ViralV มีการติดเชื้อน้อยกว่า mRNA 2 เข็ม และกรณีรับวัคซีน 3 เข็ม วัคซีนสูตร ViralV-ViralV-mRNA มีการติดเชื้อน้อยกว่า mRNA 3 เข็ม จึงอาจสรุปได้ว่า ควรให้รับวัคซีนอย่างน้อย 3 เข็ม โดยใช้วัคซีนสูตรไขว้ โดยเริ่มเข็มแรก

เป็น ViralV หรือ InV เข็มที่ 2 เป็น ViralV และกระตุ้นด้วย mRNA จะมีประสิทธิภาพดีที่สุด

2. ความเสี่ยงอันต่อการติดเชื้อ และระยะเวลาปลอดการติดเชื้อ ตามชนิดและสูตรของวัคซีนที่ได้รับ กรณีรับวัคซีน 1 เข็ม เมื่อเทียบกับวัคซีน mRNA วัคซีน InV มีความเสี่ยงน้อยกว่า ร้อยละ 66.5 และ ViralV น้อยกว่า ร้อยละ 66.4 กรณีรับวัคซีน 2 เข็ม พบว่า สูตร InV-ViralV มีความเสี่ยงในการติดเชื้อน้อยกว่า mRNA 2 เข็ม ร้อยละ 27.6 ส่วนสูตร ViralV-mRNA มีความเสี่ยงสูงกว่า 2.609 เท่า และ ViralV-ViralV สูงกว่า 2.405 เท่า กรณีรับวัคซีน 3 เข็ม เมื่อเทียบกับวัคซีน mRNA 3 เข็ม พบว่าสูตร ViralV-ViralV-mRNA มีความเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ 93.7 ส่วนสูตรอื่น ไม่มีความแตกต่างกัน

เมื่อดูค่ามัธยฐานระยะเวลาปลอดการติดเชื้อ พบว่ากรณีรับวัคซีน 1 เข็ม ระยะปลอดการติดเชื้อนานที่สุด ตามลำดับ คือ InV, ViralV และ mRNA วัคซีน 2 เข็ม นานที่สุด คือสูตร InV- ViralV รองลงมาคือ InV-InV กับ mRNA-mRNA และ InV-mRNA ตามลำดับ ส่วนที่สั้นที่สุดตามลำดับคือ viralV-mRNA และ viralV-ViralV วัคซีน 3 เข็ม นานที่สุดคือสูตร ViralV-ViralV-mRNA รองลงมาคือ คือ InV-InV-ViralV และ InV-ViralV-mRNA ตามลำดับ ส่วนที่สั้นที่สุดตามลำดับคือ mRNA 3 เข็ม และ InV-InV-mRNA มีรายงานการประเมินผลกระทบและความคุ้มค่าของวัคซีนโควิดที่พึงประสงค์เพื่อใช้ในการพัฒนาและคัดเลือกวัคซีนสำหรับใช้ในประเทศไทยว่า หากวัคซีนโควิดที่มีประสิทธิผลในการป้องกันการติดเชื้อ คุณสมบัติด้านระยะเวลาในการป้องกันมีความสำคัญเทียบเท่าหรืออาจมากกว่าประสิทธิผลของวัคซีน[15] ระยะเวลาปลอดการติดเชื้อและความเสี่ยงในการติดเชื้อจึงมีเหตุผลที่ควรนำมาพิจารณาควบคู่ไปกับประสิทธิผลการป้องกันการติดเชื้อ ดังนั้นหากพิจารณาบนพื้นฐานของข้อเท็จจริงจากผลการวิจัยว่าประชาชนควรรับวัคซีนอย่างน้อย 3 เข็ม สูตรวัคซีนที่แนะนำจึงควรจะเป็น ViralV-ViralV-mRNA หรือ InV-ViralV-mRNA

เมื่อมองภาพรวมทั้งหมดของผลการศึกษานี้ จะเห็นว่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับวัคซีนแล้ว การรับวัคซีน 1-2 เข็ม มีโอกาสติดเชื้อไม่แตกต่างกัน ส่วนการรับวัคซีน 3 เข็ม มีโอกาสลดการติดเชื้อได้ ร้อยละ 52.0 ความเสี่ยงในการติดเชื้อ การรับวัคซีน 2 เข็ม สูตร InV-ViralV มีความเสี่ยงในการติดเชื้อน้อยที่สุด วัคซีนสูตร 3 เข็มที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อน้อยที่สุดคือ ViralV-ViralV-mRNA เมื่อเทียบกับการได้รับวัคซีน mRNA 2 และ 3 เข็ม และค่ามัธยฐานระยะเวลาปลอดการติดเชื้อ วัคซีน 2 เข็ม สูตร InV-ViralV เท่ากับ 203 วัน สูตร InV-InV เท่ากับ 143 วัน และ 3 เข็ม สูตร ViralV-ViralV-mRNA นานที่สุด InV-InV-ViralV เท่ากับ 239 วัน และ InV-ViralV-mRNA เท่ากับ 208 วัน จึงเป็นข้อสนับสนุนที่มีน้ำหนักมากขึ้นว่า วัคซีนที่พึงประสงค์สำหรับประชาชน ควรเป็นวัคซีน 3 เข็ม โดยพิจารณาเลือก สูตร ViralV-ViralV-mRNA เป็นลำดับแรก และอาจพิจารณาเลือกสูตรอื่นๆ เช่น สูตร InV-ViralV-mRNA

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรให้ประชาชนได้รับวัคซีนอย่างน้อย 3 เข็ม โดยพิจารณาใช้สูตร ViralV-ViralV-mRNA หรือ InV-ViralV-mRNA

2. ควรมีการติดตามระยะเวลาปลอดการติดเชื้อต่อเนื่องในกรณีที่ได้รับวัคซีน 3 เข็ม เนื่องจากงานวิจัยนี้ติดตาม 12 เดือนแล้วยังพบผู้ติดเชื้อไม่ถึง ร้อยละ 50

3. ควรศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนแต่ละชนิดเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาเลือกใช้วัคซีนที่มีประสิทธิผลทั้งในแง่การป้องกันการติดเชื้อและความปลอดภัยควบคู่กัน

เอกสารอ้างอิง

1. จรัส รัชกุล, ชาติชาย สุวรรณนิตย์, ฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์, พุฒิปัญญา เรืองสม, จีรวรรณ หัสโรค์ และ โศภิสุดา วิบูลย์พันธ. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการการประเมินการปฏิบัติตนของประชาชน ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงครึ่งปีแรกของปี 2564. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธาณณสุข. (2565). แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (ENDEMIC APPROACH TO COVID-19). สืบค้นวันที่ 10 พฤษภาคม 2565, จาก https://www.pyomoph.go.th/backoffice/files/42148.pdf.
3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. (2565,20 กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 223 ง. หน้า 1.
4. ศูนย์ระบาดวิทยานครศรีธรรมราช. (2565). รายงานสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19. [เอกสารประกอบการประชุม].
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2565). รายงานข้อมูลการฉีดวัคซีน. สืบค้นวันที่ 2 ตุลาคม 2565, จาก http://61.19.202.217/covid19nst/index.php?p=vaccine_report&hospcode =11322.
6. กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานผลการทบทวนสถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมป้องกัน ในระดับโลกและในประเทศไทย. สืบค้นวันที่ 10 พฤษภาคม 2565, จาก http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID19.65.pdf.
7. สุมลรัตน์ ขนอม และเฉลียว ผจญภัย. (2567). ผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ตามชนิดของวัคซีน และสูตรการได้รับวัคซีนในการป้องกันการติดเชื้อของประชาชน อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 4(1); 18-34.
8. ยง ภู่วรวรรณ, ณศมน วรรณลภากร, ณัฐินี สุทธินรเศรษฐ์, สิทธิชัย กนกอุดม, หนึ่งฤทัย สุนทรวงศ์, จิระ จันทร์แสนโรจน์ และคณะ. (2566). รายงานฉบับสมบูรณ์ ความปลอดภัยและผลการกระตุ้นภูมิต้านทาน ในประชากรผู้ใหญ่หลังให้วัคซีนโควิด-19 ชนิดเชื้อตาย (Sinovac) ครบแล้ว 2 เข็ม ด้วยวัคซีนโควิด-19 ชนิดเดียวกันหรือต่างชนิดกัน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
9. ภาสกร ศรีทิพย์สุโข, บุญยิ่ง ศิริบำรุงวงศ์, พิชญ ตันติยวรงค์, อารยา ศรัทธาพุทธ, พรรณศจี ดำรงเลิศ และพีร์ จารุอำพรพรรณ. (2565). รายงานฉบับสมบูรณ์ ประสิทธิผลของวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย: การศึกษาในสถานการณ์จริง (ปีที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
10. นิรันดร ยิ้มจอหอ, ปณิธี ธัมมวิจยะ, กฤชวัฐ ปลอดดี, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และณัฐปราง นิตยสุทธิ์. (2566). การประเมินประสิทธิผลวัคซีนโควิด 19 ในพื้นที่ 4 จังหวัดที่พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของสายพันธุ์โอมิครอน ประเทศไทย เดือนมกราคม 2565. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 54 ฉบับที่ 29(กรกฎาคม 2566).
11. Andrews, N., Stowe, J., Kirsebom, F., Toffa, S., Rickeard, T., Gallagher, E., & Lopez Bernal, J. (2022). Covid-19 vaccine effectiveness against the Omicron (B. 1.1. 529) variant. New England Journal of Medicine, 386(16), 1532-1546.
12. Au, W. Y., & Cheung, P. P. H. (2022). Effectiveness of heterologous and homologous covid-19 vaccine regimens: living systematic review with network meta-analysis. Bmj,
13. ศูนย์วิจัยคลินิกคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. (2564). ศิริราชปลื้ม! WHO อ้างอิงผลวิจัยวัคซีน "สูตรไขว้ เข็มสาม" เผยแพร่ทั่วโลก. สืบค้นวันที่ 25 มกราคม 2566, จาก https://sicres.org/2021/12/28/who-reference-sicres-research/?lang=th.
14. ภาสกร ศรีทิพย์สุโข, บุญยิ่ง ศิริบำรุงวงศ์, พิชญ ตันติยวรงค์, อารยา ศรัทธาพุทธ, พรรณศจี ดำรงเลิศ และ พีร์ จารุอำพรพรรณ (2565) รายงานฉบับสมบูรณ์ประสิทธิผลของวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย: การศึกษาในสถานการณ์จริง (ปีที่ 1) . กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
15. พัทธรา ลีฬหวรงค์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, วรรณฤดี อิสรานุวัฒนชัย, นันทสิทธิ์ เหลืองอาสนะทิพย์, วิริชดา ปานงาม, สมภพ ศรลัมพ์ และคณะ. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการประเมินผลกระทบและความคุ้มค่าของวัคซีนโควิดที่พึงประสงค์เพื่อใช้ในการพัฒนาและคัดเลือกวัคซีนสำหรับใช้ในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Schizophrenia Patients with Aggressive Behaviors in the Male medical ward at Thatphanom Crown Prince Hospital

(Received: March 25,2024 ; Revised: March 26,2024 ; Accepted: March 28,2024)

ภัทรมน ชิณจักร์[1]
Phataramon Chinnachak[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) เพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในแนวทางเดียวกัน โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC],1998) ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา 2) กำหนดทีมพัฒนา 3) กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ 4) สืบค้นและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล 6) ตรวจสอบเครื่องมือและแนวปฏิบัติการพยาบาล 7) ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ 8) ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม และแบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลผลการประเมินการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ด้วยความถี่และร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม พัฒนาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้องค์ประกอบในการให้การพยาบาลผู้ป่วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การประเมินการพยาบาลแรกรับ 2. การประเมินสภาพทางจิตและความรุนแรงของพฤติกรรม 3. การให้การพยาบาลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง และ 4. การให้ข้อมูลและการส่งต่อ ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้พัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความสอดคล้องทางด้านเนื้อหารวม (S-CVI) เท่ากับ 0.87
2. การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 10 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.3 เห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ส่วนด้านความยาก-ง่ายของการใช้แนวปฏิบัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.85 เห็นว่าแนวปฏิบัติมีความง่ายต่อการปฏิบัติ แต่มีร้อยละ 12.15 เห็นว่าแนวปฏิบัติมีความยากต่อการปฏิบัติโดยเฉพาะในองค์ประกอบที่ 2 ด้านการประเมินสภาพทางจิตและความรุนแรงของพฤติกรรม

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม สามารถนำไปปฏิบัติใช้ในหน่วยงานได้จริง แต่จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงเพื่อให้พยาบาลมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ ผู้ป่วยจิตเภท, พฤติกรรมก้าวร้าว, แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This study is developmental research aimed at developing and evaluating the quality of nursing practices for schizophrenia patients with aggressive behaviors in the male medical ward of Thatphanom Crown Prince Hospital. The objective is to provide professional nurses with unified guidelines for nursing schizophrenia patients

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

with aggressive behaviors. This study applies the clinical practice guideline development framework of the National Health and Medical Research Council (NHMRC), Australia (1998), consisting of 8 steps: 1) defining the issue and its scope, 2) forming a development team, 3) setting objectives, target groups, and outcomes, 4) searching and appraising the evidence, 5) drafting the nursing practice guidelines, 6) validating the tools and guidelines, 7) piloting the nursing practices, and 8) evaluating the implementation of the nursing practices. The tools used for data collection include the nursing practice guidelines for schizophrenia patients with aggressive behaviors in the male medical ward of Thatphanom Crown Prince Hospital and a feasibility assessment of implementing these nursing practices. The data analysis of the implementation evaluation was performed by frequency and percentage. The research findings are as follows:

1. The nursing practice guidelines for schizophrenia patients with aggressive behaviors in the male medical ward of Thatphanom Crown Prince Hospital, developed from evidence-based review, comprise 4 key components: 1) initial nursing assessment, 2) assessment of mental state and severity of behavior, 3) nursing care according to the severity level, and 4) information provision and referral. These guidelines have been content-validated by five qualified professionals, achieving a total content validity index (S-CVI) of 0.87

2. The quality assessment of the nursing practice guidelines for schizophrenia patients with aggressive behaviors in the male medical ward of Thatphanom Crown Prince Hospital by 10 professional nurses working in the ward found that 98.3% of the sample group considered the guidelines appropriate and practically applicable. Regarding the ease of use of the guidelines, 87.85% of the sample group found them easy to implement, while 12.15% considered them difficult, especially in aspects related to assessing mental state and the severity of behaviors.

The research results indicate that the nursing practice guidelines for schizophrenia patients with aggressive behaviors in the male medical ward of Thatphanom Crown Prince Hospital can be practically applied in the unit. However, additional training is necessary to enhance knowledge and skills in nursing care for patients with severe aggressive symptoms, ensuring that nurses can confidently and effectively follow the established guidelines.

Keywords: Schizophrenia Patients, Aggressive Behaviors, Nursing Practice Guidelines for Schizophrenia Patients.

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลายและมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (Lifetime Prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไปในประเทศไทย สำหรับระดับเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 9, 7 และ 8 เป็นเขตที่มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตต่อแสนประชากรสูงที่สุด 3 อันดับแรก[1,2] โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน การดูแลสุขอนามัยของตนเองและความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก เมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม[3] การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและระดับประเทศและที่สำคัญที่สุดการกลับป่วยซ้ำซึ่งมีอัตราการป่วยสูงถึงร้อยละ70 ยังก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยครอบครัวและสังคม หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยของความคิด บุคลิกภาพ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในการป่วย แต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลงส่งผลให้เกิดความเสื่อมของการทำหน้าที่และ

เป็นภาระในการรักษาพยาบาลในระดับประเทศ การรักษาโรคจิตเภทต้องใช้ระยะเวลานานและยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากก่อให้เกิดเป็นภาระการใช้งบประมาณของรัฐบาล ในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น[4]

ผู้ป่วยจิตเภทที่พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่แสดงออกมาทั้งทางคำพูดและการกระทำที่ก้าวร้าว มีโอกาสสูงในการก่ออันตรายต่อผู้อื่น ทำลายข้าวของ มีท่าทีไม่เป็นมิตร โกรธ พูดเสียงดัง ใช้ถ้อยคำรุนแรงพูดจาข่มขู่ โดยอาจมีสาเหตุมาจากหลายประการ ได้แก่ เกิดจากลักษณะอาการของโรคจิตเภท การได้รับการกระตุ้นให้โกรธ ไม่สามารถจัดการกับความวิตกกังวล ความคับข้องใจ และการควบคุมอารมณ์ การขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา สภาวะแวดล้อมทางสังคมรวมถึงการได้รับสารเสพติดเข้าสู่ร่างกาย[5] ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงถือเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่บ่งบอกถึงการเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ทั้งตัวผู้ป่วยผู้อื่น และทรัพย์สินได้[6] การรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมุ่งเน้นการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบร่วมกับการจำกัดพฤติกรรมเพื่อป้องกันการทำอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่น เนื่องจากเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช 4 อาการสำคัญที่ทำให้ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษาคือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร้อยละ 81.97 ผู้ดูแลนั้นจะเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ได้แก่ การพูดจาหยาบคาย ด่า เอะอะ โวยวายเสียงดัง ทุบทำลายข้าวของข่มขู่ทำร้ายญาติ/ ผู้ดูแล ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายและช่วยลดความรู้สึกในระดับรุนแรงของผู้รับบริการ การให้การพยาบาลผู้ป่วยประเภทนี้ เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถตัดสินใจในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดการเกิดอันตรายที่จะเกิดขึ้น[7]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีการเปิดให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งลักษณะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยรับรักษาผู้ป่วยในระยะวิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวชและผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงใน Psychiatric corner โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยมีอาการที่สงบและพร้อมในการรับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี ในปี 2564 ถึงปี 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับบริการผู้ป่วยในจำนวน 326, 345 และ 516 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่าเพิ่มมากขึ้นทุกปีโดยเฉพาะในปี 2566 โรงพยาบาลได้เปิดหอผู้ป่วยมินิธัญญารักษ์เพื่อรับบำบัดผู้ป่วยหลังจากที่อาการสงบและพ้นภาวะวิกฤตทางจิตเวช ซึ่งจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลทำให้เกิดอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยบ่อยครั้งโดยเฉพาะเกิดจากผู้ป่วยที่พฤติกรรมรุนแรงจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาแบบผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมในปี 2566 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้ 1. มีพฤติกรรมก้าวร้าวพูดจาหยาบคาย เอะอะโวยวายเจ้าหน้าที่ จำนวน 68 ครั้ง 2. มีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ จำนวน 2 ครั้ง 3. มีพฤติกรรมทำลายข้าวของในหอผู้ป่วย จำนวน 7 ครั้ง จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นได้มีการทบทวนและหาวิธีในการแก้ไขปัญหา ซึ่งผลของการแก้ไขปัญหาจะสามารถแก้ไขปัญหาในบางเรื่องและยังพบอุบัติการณ์ดังกล่าวอยู่บ่อยครั้งในหอผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าโรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การให้การพยาบาลจึงไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การบริหารจัดการอาการของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลในแต่ละคนที่เคยปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการก้าวร้าวที่ถูกต้อง เหมาะสม จะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน และผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่สงบไม่ก้าวร้าวตามมา

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ธาตุ

พนม มีบทบาทในการบริหารจัดการการปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงานให้มีคุณภาพ ลดอุบัติการณ์ที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ธาตุพนม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถความคุมพฤติกรรมความรุนแรงได้ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้โรค ที่เผชิญอยู่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ธาตุพนม

2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) เพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

กลุ่มประชากรที่จะศึกษา

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เพื่อให้พิจารณาตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาของเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2) พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานจิตเวชและยาเสพติด 3) พยาบาลวิชาชีพผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 5 ปีและจบการศึกษาเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช 4) พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์วิจัยและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

2. พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมจำนวน 10 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1. กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา

การเลือกหัวข้อสำหรับการศึกษา โดยการทบทวน/สืบค้นเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร่วมกับการประชุมปรึกษากับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชธาตุพนม เกี่ยวกับประเด็นเรื่องการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้ข้อมูลจากการประชุมดังนี้ (1) เมื่อมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจะได้รับเสียงบ่นจากผู้ป่วยคนอื่นในหอผู้ป่วยว่าได้รับการรบกวนจากเสียง (2) มีผู้ป่วยคนอื่นขอปฏิเสธการรักษาหรือขอให้ส่งตัวไปโรงพยาบาลอื่นเนื่องจากกลัวจะได้รับอันตรายจากการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (3) เจ้าหน้าที่เกิดความกลัวก่อนเข้าให้การพยาบาลต้องรอให้มีเจ้าหน้าที่หลายๆคนส่งผลให้การทำงานล่าช้า (5) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความทุกข์ในการปฏิบัติงานเนื่องจากถูกผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ด่า ตะคอกเสียงใส่บ่อยครั้ง (6) นอกเวลาราชการถ้าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวแล้วติดต่อพยาบาลแผนกงานจิตเวชเพื่อขอคำปรึกษาไม่ได้เลยไม่รู้ว่าต้องให้การพยาบาลอย่างไรกับผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยสงบได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 10 ราย พบว่า (1)แนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยยังไม่มีความจำเพาะกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการพยาบาลทั่วไป เช่นการให้ยาตามแผนการรักษา การสังเกตอาการต่อเนื่อง (2) ไม่พบการระบุปัญหาด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ชัดเจน (3) ไม่มีการใช้แบบประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว หลังจากนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์แล้วผู้วิจัยจึงได้นำมากำหนดเป็นประเด็นปัญหา เพื่อนำสู่การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2. กำหนดผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ

ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3. กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

กลุ่มเป้าหมายหรือผู้มีส่วนร่วม ประกอบด้วย ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

ผลลัพธ์ คือผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ได้แก่ คุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ความยาก-ง่าย และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมไปใช้

4. สืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยสืบค้นเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นและใช้วิธีการสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หลังจากนั้นประเมินและจัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้สืบค้นมา และเลือกข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาใช้ในหน่วยงานได้ โดยการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2008) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ฐานข้อมูลของ PubMed, CIANAHL, Google Scholar, Science Direct และเว็บไซต์ฐานข้อมูลการวิจัยของประเทศไทยและสถาบันการศึกษาในประเทศไทย โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท, พฤติกรรมก้าวร้าว, แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว, การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว, aggressive guideline, Schizophrenia guideline

5. ยกร่างแนวปฏิบัติ

ผู้วิจัยยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยหาข้อสรุปของเนื้อหาในการจัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การประเมินการพยาบาลแรกรับ 2) การประเมินสภาพทางจิตและความรุนแรงของพฤติกรรม 3) การให้การพยาบาลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง และ 4) การให้ข้อมูลและการส่งต่อ

6. ตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล ความครอบคลุม ความสมบูรณ์ของเนื้อหา และความสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิระบุคะแนนในแบบสอบถามความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นนำ

ผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้ ระดับ 1 หมายถึง ข้อความไม่สอดคล้องกับนิยามเลย ระดับ 2 หมายถึง ข้อความจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก ระดับ 3 หมายถึง ข้อความจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อย ระดับ 4 หมายถึง ข้อความความสอดคล้องกับนิยาม และจะต้องมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) และนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาใช้ในการคัดเลือกร่วมด้วย

7. การทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ภายหลังจากการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ผู้วิจัยเข้าชี้แจงรายละเอียดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ต่อทีมนำทางคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการประชุมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทดลองใช้หลังจากนั้นให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 10 ราย

8. การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

การประเมินหลังจากพยาบาลปฏิบัติการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ให้พยาบาลปฏิบัติงานที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชธาตุพนม ได้แก่ความยากง่าย และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ธาตุพนมไปใช้ เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และประเมินผลหลังจากพยาบาลปฏิบัติการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินการพยาบาลแรกรับ 2) การประเมินสภาพทางจิตและความรุนแรงของพฤติกรรม 3) การให้การพยาบาลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง 4) การให้ข้อมูลและการส่งต่อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โดยแบบสอบถามมี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานในแผนกงานผู้ป่วยใน ประสบการณ์ในการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกความยาก-ง่าย และความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชธาตุพนม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินการพยาบาลแรกรับ 7 ข้อ 2) การประเมินสภาพทางจิตและความรุนแรงของพฤติกรรม 8 ข้อ 3) การให้การพยาบาลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง 3 ข้อ 4)การให้ข้อมูลและการส่งต่อ 3 ข้อ ลักษณะคำตอบจะเป็นความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยให้เลือกตอบเป็น 2 คำตอบ คือ ยากหรือง่ายต่อการปฏิบัติ และเป็นไปได้หรือไม่ได้ต่อการนำไปใช้ หลังจากนั้นนำมาคำนวณเป็นค่าร้อยละ และมีเกณฑ์การคัดเลือกข้อความดังนี้

1. เกณฑ์การยอมรับข้อความ มีการยอมรับข้อความเมื่อกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มีความเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในข้อดังกล่าว มีความง่ายในการปฏิบัติหรือมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

2. เกณฑ์การตัดข้อความ มีการตัดข้อความเมื่อกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มีความเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในข้อดังกล่าว มีความยากในการปฏิบัติหรือมีความเป็นไปไม่ได้ในการนำไปใช้

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในแต่ละด้าน ซึ่งลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลได้ตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของตัวเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ธาตุพนม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการจัดกลุ่มของเนื้อหาแล้วนำไป แจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านความเห็นชอบตามมติคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่รับรองโครงการวิจัย REC 003/67 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยค้นพบงานวิจัย แนวปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วย เอกสาร ตำรา บทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ ที่สามารถนำมาใช้กับบริบทของโรงพยาบาลได้จำนวน 24 ฉบับ นำข้อมูลมาวิเคราะห์และสร้างเป็นแนวปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 4 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 การประเมินการพยาบาลแรกรับ ประกอบด้วย 1) การซักประวัติอาการของผู้ป่วยโดยการพูดคุยกับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดโดยตรง เพื่อทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีอาการผิดปกติหรือไม่และความรุนแรงอยู่ในระยะใด โดยเฉพาะการรวบรวมข้อมูลความผิดปกติเกี่ยวกับความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์การสื่อสาร การตัดสินใจ ความจำ รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภท 2) การวัดสัญญาณชีพ การตรวจร่างกายและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ควรได้รับการแก้ไขเร่งด่วน ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการทรุดลงหรือเสียชีวิตได้ และ 3) การรายงานแพทย์ทราบทันทีกรณีตรวจพบความผิดปกติที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการแย่ลง

องค์ประกอบที่ 2 การประเมินสภาพทางจิตและความรุนแรงของพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) การประเมินลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (General Appearance) 2) การประเมินอารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก (Mood and Affect) 3) การประเมิน 3) ลักษณะของคำพูด (Pattern of Speech) 4)การรับรู้

และประสาทหลอน (Perception and Hallucination) 5) การประเมิน ความคิดหลงผิด (Delusion) 6) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Impulsive Control) 7) ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) 8) ความคิดและพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide) และ 9) การประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมโดยใช้แบบประเมิน OAS(Overt Aggression Scale)

องค์ประกอบที่ 3 การให้การพยาบาลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงตามระดับคะแนนความรุนแรง OAS 1 – 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 4. การให้ข้อมูลและการส่งต่อ ประกอบด้วย 1) การแจ้งญาติให้รับทราบทุกครั้งก่อนและหลังทำหัตถการ พร้อมทั้งแจ้งผลการรักษาเพื่อให้ญาติร่วมวางแผนการรักษาร่วมกัน กรณีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากต้องได้รับการส่งต่อ แจ้งญาติให้รับทราบ 2)ประสานงานจิตเวชเพื่อประสานข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และ 3)เตรียมทีมส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ รปภ. หรือเจ้าหน้าที่ตำรวจกรณีที่มีพฤติกรรมรุนแรงมาก

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ธาตุพนม ได้รับการตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) รวมเท่ากับ 0.87

2. ผลประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 10 ราย สามารถนำเสนอผลการวิจัยออกได้ 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ธาตุพนม เก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 10 คน โดยมีลักษณะทั่วไปดังนี้ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80 การศึกษาจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีทุกคน มีอายุเฉลี่ย 28.4 ปี (SD = 4.8) มีประสบการณ์การทำงานในแผนกงานผู้ป่วยในเฉลี่ย 5.1 ปี (SD = 4.7) และเคยผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางในด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 20

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกความยาก-ง่าย และความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม พบว่าด้านความยาก-ง่ายของแนวปฏิบัติกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าแนวปฏิบัติมีความง่ายต่อการปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 87.85 และมีร้อยละ 12.15 เห็นว่าแนวปฏิบัติมีความยากซึ่งเมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่ามีองค์ประกอบที่ 2 ด้านการประเมินสภาพทางจิตและความรุนแรงของพฤติกรรมและองค์ประกอบที่ 3 ด้านการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามีความยากต่อการนำไปใช้ ด้านความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริง คิดเป็นร้อยละ 98.3 แต่เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบจะพบว่าองค์ประกอบที่ 3 ด้านการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าไม่สามารถปฏิบัติได้โดยเฉพาะการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับ OAS 3 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินความยาก-ง่าย และความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

กิจกรรมพยาบาล	ความยาก-ง่ายในการนำไปใช้		ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	
	ยาก	ง่าย	ไม่ได้	ได้
องค์ประกอบที่ 1 การประเมินการพยาบาลแรกรับ	4.2	95.8	0	100
องค์ประกอบที่ 2 การประเมินสภาพทางจิตและความรุนแรงของพฤติกรรม	14.4	85.6	0	100
องค์ประกอบที่ 3 การให้การพยาบาลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง	13.4	86.6	6.7	93.3
องค์ประกอบที่ 4. การให้ข้อมูลและการส่งต่อ	3.3	96.7	0	100
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	12.15	87.85	1.7	98.3

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม มีกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นถึงปัญหาหลังจากทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแล้วครบทั้ง 10 คน โดยสามารถแยกประเด็นของความคิดเห็นออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยไม่มีญาติมาด้วยทำให้ไม่สามารถสอบถามประวัติได้ คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมาคือผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากพยาบาลไม่สามารถเข้าจัดการอาการได้ คิดเป็นร้อยละ 60 2) ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการขาดทักษะความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือขาดความพร้อมของทีม คิดเป็นร้อยละ 50 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อคิดเห็นปัญหาและอุปสรรคการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน(ราย/ร้อยละ) n = 10
ไม่มี	0 (0)
มี	
1. ด้านผู้ป่วย	
- ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากไม่สามารถเข้าให้การพยาบาลได้	6 (60)
- ผู้ป่วยไม่มีญาติมาด้วย/ไม่มีผู้ดูแล	9 (90)
- ผู้ป่วย/ญาติไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา	4 (40)
2. ด้านผู้ให้บริการ	
- เจ้าหน้าที่ขาดความรู้และทักษะในการให้การพยาบาล	6 (60)
- ทีมขาดความพร้อม เช่นทีมไม่พอ ทีมไม่เหมาะสม ตามทีมได้ช้า	5 (50)
- ไม่มั่นใจในการเข้าให้บริการผู้ป่วย กลัว	2 (20)

อภิปรายผล

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม มีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การประเมินการพยาบาลแรกรับ 2. การประเมินสภาพทางจิตและความรุนแรงของพฤติกรรม 3. การให้การพยาบาลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง 4. การให้ข้อมูลและการส่งต่อซึ่งได้มาจากการสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) ทั้งงานวิจัย แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วย เอกสารตำรา บทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ ที่สามารถนำมาใช้กับบริบทของโรงพยาบาลได้ มีความเหมาะสม หลังจากนั้นประเมินและจัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้สืบค้นมา และเลือกข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาใช้ในหน่วยงานได้ โดยการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2008)[8] เมื่อนำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลจะทำให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหาและมีความทันสมัยเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา คำมะทิตย์[9] ได้ศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล: ค้นหา วิเคราะห์ และนำไปใช้อย่างไร พบว่าการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลเป็นการนำองค์ความรู้ที่ดีที่สุดและทันสมัยที่สุดในขณะนั้นมาใช้อ้างอิงร่วมกับข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโดยคำนึงถึงค่านิยมของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาตัดสินแก้ปัญหาการให้บริการทางสุขภาพและเหมาะสมกับบริบท

การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คนได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) รวมเท่ากับ 0.87 ซึ่งแสดงว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมใช้ได้ตามเนื้อหาที่ระบุไว้ในรายละเอียด และตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเหมาะสมด้านภาษาเข้าใจง่ายทำให้พยาบาลสามารถเลือกปฏิบัติได้[10,11]

การประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม มีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่มีบางประเด็นที่พยาบาลวิชาชีพต้องใช้ทักษะในการปฏิบัติ เช่น การประเมินอาการทางจิตและความรุนแรง รวมไปถึงการให้การพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ดังนั้นการให้ความรู้ สอนทักษะการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการก้าวร้าวจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อเป็นการเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศินันท์ รักษาทรัพย์ และคณะ[7] ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าปัญหาอุปสรรคจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงไปใช้กับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการแก้ไขประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงยังไม่เพียงพอ 2) ทัศนคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงยังต้องได้รับการพัฒนาให้มีระดับที่สูงขึ้น 3) ทักษะที่ต้องพัฒนาคือทักษะการสื่อสารเพื่อลดความรุนแรง และ 4) การฝึกอบรมที่ทั่วถึงทั้งพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้

จากปัญหาและอุปสรรคของการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม พบปัญหาทั้งด้านของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและผู้ป่วยไม่มีญาติดูแลทำให้พยาบาลเกิดอุปสรรคใน

การสื่อสารและการซักประวัติซึ่งส่งผลต่อการวางแผนการรักษาและการให้การพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของสายรุ้ง ภูนาคำ[12] ได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยพบว่าการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว OAS (Overt Aggressive Scale : OAS)สามารถบอกระดับความรุนแรงที่เป็นเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้และการซักประวัติที่ครอบคลุมยังมีความสำคัญและควรใช้แบบประเมินอื่นร่วมด้วยเช่นแบบประเมินระดับความรุนแรงของความสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale:PVSS) ซึ่งจะช่วยให้การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุปการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม สามารถนำไปปฏิบัติใช้ในหน่วยงานได้จริงแต่มีความจำเป็นต้องมีการให้ความรู้และฝึกทักษะกับพยาบาลวิชาชีพ เพราะวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีสมรรถนะทั้งด้านความรู้ ทักษะและเจตคติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตซับซ้อนและมีความรุนแรงของโรคเกิดขึ้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ที่มีลักษณะความสามารถหรือสมรรถนะเฉพาะด้านของพยาบาลจิตเวชในการให้การบริการทางการพยาบาลจิตเวช[13]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ไปใช้ต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมที่ช่วยเหลือพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ
2. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดให้กับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกรณีมีผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และขอบคุณผู้ทรงคุณวุติทุกท่านที่ให้ความคิดเห็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มันฑนา กิตติพีรชล, ปัทมา ศิริเวช, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, และวีร์ เมฆวิลัย.(บรรณาธิการ). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด. 2560.
2. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี,นางสาวอนงค์นุช ศาโศรก, สาวธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุรีภรณ์ เสียงล้ำ และวีร์ เมฆวิลัย. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำ หรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ(ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด. 2560.
3. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.2558
4. สุดาพร สถิตยุทธการ. การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์แนวทางป้องกัน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2559;28(3).1-15

5. วุฒิชัย ชวนชนก, ภัทราภรณ์ ภทรสกุล, และสมบัติ สกุลพรรณ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2565; 36(3). 81-97
6. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่10.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เรือนแก้ว.2557
7. ศศินันท์ รักษาทรัพย์,ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน และนิตยา สุริยะพันธ์. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารโรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564; 36(1).159-168.
8. Joanna Briggs Institute. JBI levels of evidence and grading of recommendations. 2008: Retrived February 19,2023, from http://jbiconnect.org/connect/info/jbi_ebhc_approach.php
9. อัจฉรา คำมะทิตย์. หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล: ค้นหา วิเคราะห์ และนำไปใช้อย่างไร. วารสารการพยาบาลและสาธารณสุขเครือข่ายภาคใต้. 2564; 8(2). 318-328
10. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ = The methodology in nursing research. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550
11. ฟองคำ ติลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพฯ: พรี-วัน. 2554.
12. สายรุ้ง ภูนาคำ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด : กรณีศึกษา2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(3). 577-589
13. พจนา เปลี่ยนเกิด และสมพิศ เกิดศิริ. สมรรถนะของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557; 15(2). 160-165.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่พบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Nursing care of HIV-infected patient with abnormal cervical cells who have undergone transabdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. Ban Pong Hospital, Ratchaburi Province

(Received: March 25,2024 ; Revised: March 26,2024 ; Accepted: March 28,2024)

ศิวพร สุวรรณสัมพันธ์[1]
Siwaporn Suwansumpun[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่พบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติได้รับการผ่าตัดมดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่พบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติได้รับการผ่าตัดมดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง มารับการรักษาในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ ใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยการประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ในการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้ทฤษฎีความต้องการดูแลสุขภาพของโอเร็มเป็นแนวคิดในการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า จากกรณีศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีตรวจพบเซลล์มดลูกผิดปกติ รักษาโดยการผ่าตัดมดลูกปีกมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน - หลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ปวดแผลผ่าตัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย วิตกกังวลการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่เหมาะสม พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีทักษะการให้ความรู้ คำแนะนำ ให้กำลังใจ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเองได้ โดยทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องต่อเนื่องเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความพึงพอใจต่อการบริการ

คำสำคัญ : การพยาบาล, ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี, เซลล์ปากมดลูกผิดปกติ

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing process for HIV-infected patient undergoing surgical procedures transabdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy due to high-grade squamous intraepithelial lesion. Selecting a case study specifically focused on HIV-infected patient who have undergone transabdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy, receiving treatment in the obstetrics and gynecology department at Ban Pong hospital. Data is collected from medical records, patient interviews, and family members. The nursing process involves assessment, nursing diagnosis, planning, implementation, and evaluation, with patient-centered care as the core. The study follows the theory of Orem's self-care deficit nursing theory for healthcare needs assessment.

Results : From the case study of an HIV-infected patient with abnormal cervical cells, it was observed that the patient experienced anxiety related to operative care, postoperative complications, surgical wound pain, and the risk of infection. The patient also expressed concerns about self-care after returning home and exhibited inappropriate health behaviors related to diabetes. Nurses must possess skills in providing education, encouragement, and promoting the patient's ability to self-manage. It is essential for the nursing team to collaborate with other healthcare professionals to ensure continuous, high-quality care for the patient, aiming to enhance the patient's satisfaction with the healthcare services

Keywords: Nursing care, HIV-infected patient, Abnormal cervical cell

[1] กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง

บทนำ

เซลล์ปากมดลูกผิดปกติ (Abnormal Pap smear) เป็นการตรวจพบจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Papanicolaou smear : Pap smear)[4] โดยที่เซลล์ปากมดลูกผิดปกตินี้อาจยังไม่ได้เป็นเซลล์มะเร็ง แต่ถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่ได้ทำการตรวจรักษาอาจจะกลายเป็นมะเร็งได้ในอนาคตซึ่งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการตรวจเพื่อหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก และทำการสืบค้นให้ได้รอยโรคที่แท้จริงบนปากมดลูกที่เป็นต้นเหตุของความผิดปกติที่ตรวจพบ [8] การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติครอบคลุมถึงการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคและการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ ทั้งนี้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าสตรีปกติโดยทั่วไปถึง ๔ เท่าและมีโอกาสที่จะลุกลามไปสู่ระยะที่รุนแรงขึ้นในระยะเวลา ๖ เดือน มากกว่าสตรีปกติถึง ๒ เท่า จากรายงานต่างๆ ทั่วโลกพบว่าในผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีจะพบอัตราการเกิด cervical intraepithelial neoplasia และ cervical cancer เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดรอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูกสูงขึ้น 10-20 เท่า สาเหตุสำคัญคือในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น มีการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ที่เป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน โดยพบถึงร้อยละ ๖๕ ในขณะที่สตรีที่ปกติโอกาสที่จะพบโรค HPV มีเพียงร้อยละ ๓๐ ถึงแม้จะพบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสูงแต่การตรวจคัดกรองและการรักษารอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีลงได้[8]

สถิติข้อมูลโรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่ามีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงติดเชื้อเอชไอวี ปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 350 , 382 และ 261 ราย ตามลำดับ พบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ ปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 32 , 35 และ 20 ราย ตามลำดับ โดยได้รับการรักษาตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า (LEEP) ผลพบ High-grade squamous intraepithelial lesion จนกระทั่งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูก จำนวน 8 , 10 และ 5 ราย ตามลำดับ[7] เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดและต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลทั้งต่อการผ่าตัด การขาดความรู้ความเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงให้ความสนใจในการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่พบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานแก่พยาบาลในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมในการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่พบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติได้รับการผ่าตัดมดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง

วิธีการดำเนินงาน

คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่พบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติได้รับการผ่าตัดมดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง จำนวน 1 ราย มารับการรักษาในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง เริ่มศึกษาผู้ป่วยจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ ดำเนินงานโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยการประเมินการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ซึ่งหลักในการพยาบาลยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้ทฤษฎี

ความต้องการดูแลสุขภาพของโอเร็มเป็นแนวคิดในการศึกษา[6,9]

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี สัญชาติไทย สถานภาพสมรส หย่า อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนา จังหวัดราชบุรี

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : แพทย์นัดผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการผ่าตัดมดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้าง แบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : 6 เดือนก่อน ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear ผลตรวจพบความผิดปกติรุนแรงของเซลล์ปากมดลูก, 1 เดือนก่อน ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษาโดยการตรวจการตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า (LEEP) พบผลการตรวจเข้าได้กับความผิดปกติรุนแรงของเซลล์ปากมดลูก (HSIL) แพทย์จึงนัดผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการผ่าตัดมดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้าง แบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง วินิจฉัยมา 18 ปี ไม่ได้ควบคุมอาหาร กินยาและฉีดยาไม่สม่ำเสมอ มีขาดยาบ้างบางครั้ง และโรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี รับยาโรงพยาบาลบ้านโป่ง รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่มีประวัติแพ้สารเคมีและอาหาร ปฏิเสธประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่

ประวัติในครอบครัว : มารดาผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยแรกรับ : High-grade squamous intraepithelial lesion

ตารางที่1แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[1-5,8]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
ระยะก่อนการผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้การปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัด** **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยท่าทีนุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค จุดประสงค์และประโยชน์ของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัดและสภาพหลังผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และตอบคำถามด้วยความเต็มใจ[1-2] 3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด เหตุผลของการเตรียมร่างกาย เช่น การงดน้ำและอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย[1-2] 4. แนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด หายใจเข้าออกลึก ๆ และการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยเร็วเพื่อไม่ให้เกิดอาการท้องอืดหรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด[1-2] 5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพหลังผ่าตัด เช่น มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ห้ามใช้มือแกะหรือเกาบริเวณบาแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด มีสายน้ำเกลือที่แขนข้างใดข้างหนึ่ง และมีสายปัสสาวะคาไว้ แพทย์จะอนุญาตให้เอาออกภายหลัง 24 - 48 ชั่วโมง เมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหาร เริ่มจากให้จิบน้ำอุ่น น้ำซุป หรือน้ำข้าว ปริมาณน้อยก่อนแล้วจึงค่อยเพิ่มปริมาณให้มากขึ้น และเปลี่ยนเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย งดนม น้ำอัดลม เพราะทำให้ท้องอืด[2] **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น จากการสอบถามแจ้งว่าความวิตกกังวลลดลง เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี

ตารางที่1แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[1-5,8]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
ระยะหลังผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วย เสี่ยงต่อการสำลักจากประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่งลดลง เนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึกจากการผ่าตัด** **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการสำลักอุดกั้นทางเดินหายใจ	1. ประเมินความรู้สึกตัวผู้ป่วยเมื่อแรกรับ โดยเรียกชื่อผู้ป่วยและให้ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้สึก[1-2] 2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุกชั่วโมงจนกว่าคงที่ พร้อมสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เพื่อรายงานให้แพทย์ทราบและช่วยเหลือได้ทันท่วงที[1-2] 3. จัดท่าให้นอนหงายราบไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลักเอาสิ่งที่อาเจียนเข้าไปในหลอดลม ป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจจากลิ้นตก และเตรียมชามรูปไตเพื่อรองรับน้ำลายหรือเสมหะไว้ข้างผู้ป่วย 4. ดูแลจัดบรรยากาศในห้องพักให้เงียบสงบ สะอาด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้เต็มที่ 5. กระตุ้นให้หายใจอย่างถูกต้องโดยสูดลมหายใจเข้าปอดให้เต็มที่ ให้หน้าท้องขึ้นและลงตามจังหวะการหายใจเข้าและออก และดูแลให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำลายที่ค้างอยู่ในปาก พร้อมสังเกตสีผิว เล็บมือ เล็บเท้า ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนโดยใช้เครื่องวัดที่ปลายนิ้ว หากมีค่าต่ำกว่า 95 % รายงานแพทย์รับทราบ[1] 6. หลังครบนอนราบกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ สัญญาณชีพอยู่ในช่วง ความดันโลหิต 120/64-160/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 80-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย 98-99%
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปริมาณเลือด ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงเนื่องจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ไม่เกิดภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง	1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุกชั่วโมงจนกว่าคงที่ จากนั้นทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการ[1-2] 2. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดคำตามแผนการรักษา เพื่อให้ร่างกายได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอเป็นการทดแทนสารน้ำและเลือดส่วนที่เสียไปขณะผ่าตัด 3. สังเกตภาวะเลือดออกรอบแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและทางช่องคลอด 4. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น อาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจเร็ว ความดันโลหิตลดลง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไปหรือสับสน เมื่อพบความผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบทันที[1-2] 5. บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าสู่ร่างกายและจำนวนปัสสาวะที่ออกจากร่างกาย 6. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน โดยจัดท่าให้นอนราบศีรษะไม่หนุนหมอน และให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายโดยการห่มผ้า **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจเร็ว สัญญาณชีพอยู่ในช่วง ความดันโลหิต 120/60 -160/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 80-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย 98-99% จำนวนสารน้ำที่ร่างกายได้รับ 2,100 มิลลิลิตร จำนวนปัสสาวะ 2,050 มิลลิลิตรต่อวัน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายปวดแผลบริเวณผ่าตัดจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการผ่าตัด **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด	1. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัดโดยคะแนนระดับความเจ็บปวด การซักถามและสังเกตสีหน้าท่าทาง เพื่อช่วยให้ทราบสาเหตุของความเจ็บปวดได้ชัดเจน นำไปแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1] 2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลของการทำผ่าตัด เนื้อเยื่อและเส้นประสาทบริเวณที่ผ่าตัดได้รับบาดเจ็บ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัด 3. ให้กำลังใจปลอบโยน ปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

ตารางที่1แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[1-5,8]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
	4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน จัดท่านอนให้ศีรษะสูงชันเข่า ช่วยให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัวลดการดึงรั้งของแผล ช่วยลดอาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องและช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น 5. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการหายใจลดปวด โดยหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และผ่อนลมออกทางปาก 6. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ morphine 3 mg IV prn q 4-6 hr, paracetamol (500)1 tab oral prn q 4-6 hr พร้อมสังเกตอาการข้างเคียง เช่น สับสนมึนงง ชีพจรเต้นผิดปกติ เจ็บหน้าอก คลื่นไส้อาเจียน ผื่นตามร่างกาย[5] 7. ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้มีการหักพับงอของสายหรืออุดตัน เพื่อลดแรงต้านทาน เพราะถ้ามีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมาก ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องตึงทำให้ปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น[1-4] 8. แนะนำขณะเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ทำอย่างช้า ๆ และให้ใช้หมอนประคองบริเวณหน้าท้องหรือกอดหมอนในขณะเคลื่อนไหว ไอ จาม เพื่อช่วยลดแรงกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด **ประเมินผลการพยาบาล** อาการปวดแผลผ่าตัดทุเลาลง คะแนนระดับความเจ็บปวดอยู่ระดับ 1 คะแนน ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดเนื่องจากความแข็งแรงของผิวหนังลดลง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ไม่มีภาวะการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	1. สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัด เช่น แผลบวม แดง ร้อน มีสิ่งคัดหลั่งไหลออกมา แผลแยก เลือดออกจากแผลจำนวนมาก มีไข้เพื่อประเมินอาการที่บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อ[1] 2. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Cefazolin 2 gm IV q 6 hr, Amoxicillin (500) 1x4 po pc ติดตามอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น คัน มีคราบสีขาว ในปาก เบื่ออาหาร แสบร้อนกลางอก ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดศีรษะ หากพบอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์[5] 3. ทำแผลโดยยึดหลัก Aseptic technique และแนะนำดูแลความสะอาดของร่างกาย การป้องกันแผลเปียกน้ำ อับชื้น ความสะอาดของสิ่งแวดล้อมรอบกาย[1-2] 4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงโดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกาย ถ้าอุณหภูมิสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส เป็นอาการที่ บ่งบอกถึงการติดเชื้อ 5. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสัมผัสถูกบริเวณแผลผ่าตัด ผ้าปิดแผล เพื่อลดการสัมผัสเชื้อโรค 6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC โดยเฉพาะ WBC, Neutrophil, Lymphocyte เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา ภาวะติดเชื้อในร่างกาย[1] **การประเมินผลการพยาบาล** แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึมออก บริเวณรอบแผลไม่มีอาการอักเสบ บวม แดง ร้อน ไม่มีไข้ สัญญาณชีพอยู่ในช่วง ความดันโลหิต 120/60 -160/90มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 80-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ผลตรวจ CBC ปกติ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเกินเป้าหมาย **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาล ในเลือดสูง	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการผิดปกติ[3] 2. สังเกตและบันทึกอาการเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง หมดสติ[3] 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและยาฉีดลดระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อระดับน้ำตาลปลายนิ้ว มากกว่า 180 mg/dl และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะเลือดปลายนิ้วตามแผนการรักษาของแพทย์ในแต่ละวัน

ตารางที่1แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[1-5,8]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 81-301 mg/dl ไม่มีอาการของน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะน้อย การหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับยาและยาฉีดลดระดับน้ำตาล สัญญาณชีพอยู่ในช่วง ความดันโลหิต 120/60 -160/90มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 80-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสมกับโรคเบาหวานและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. จัดทำโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วย โดยเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ในด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค ออกกำลังกาย การปรับอารมณ์สร้างความสุข การสร้างแรงจูงใจเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพรายบุคคล โดยเพิ่มระดับความสามารถทักษะในการดูแลตนเอง (self management) เช่น หลีกเลี่ยงอาหาร หวาน มัน เค็ม ของทอด การอ่านธงโภชนาการอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน การจัดการอารมณ์ตนเอง การใช้ยาและอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เช่น ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน กลุ่มยาแก้ปวด รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นต้น[3] 2. แนะนำการรับประทานยาและฉีดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งการมาตรวจตามนัด แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น ภาวะ Hypo-Hyperglycemia **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานได้ถูกต้อง ปัญหานี้ควรมี การติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามขณะมารับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลต่อไป
ระยะก่อนจำหน่าย **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 ผู้ป่วย และญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน** **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น	1. ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 2. วางแผนการให้ข้อมูลเพื่อปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านตามหลัก D-METHOD ดังนี้[1-2] D = Disease คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา การผ่าตัดที่ได้รับ การจัดการความปวด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด M = Medication คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานต่อที่บ้านทั้งวิธีใช้ยาที่ถูกต้องตามเวลาและขนาดของยา วิธีเก็บรักษา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา การแก้ไขเบื้องต้น E = Environment การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด T = Treatment ให้คำแนะนำการรักษาพยาบาลที่ต้องทำเมื่อกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง เช่น การทำแผลผ่าตัด การตัดไหม การปฏิบัติตัวเฉพาะโรค H = Health ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่การทำความสะอาดร่างกาย การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการยกของหนัก แนะนำถึงสภาวะหลังผ่าตัดมดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้าง อาการเมื่อขาดฮอร์โมนเพศหญิง เป็นต้น O = Out patient referral แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือใกล้บ้าน รพ.สต การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติซึ่งจำเป็นต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้สูง แผลผ่าตัดติดเชื้อ เป็นต้น D = Diet แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและส่งเสริมการหายของแผล

ตารางที่1แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[1-5,8]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ ผู้ป่วยไม่กลับมา Re-Admit ภายใน 28 วัน ด้วยภาวะแทรกซ้อนจาการผ่าตัด

สรุปและอภิปราย

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่พบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ปีกมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย และให้การคูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จึงมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดให้การดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการและช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นตลอดจนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ในฐานะที่เป็นพยาบาลจึงควรต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการที่จะดูแลผู้ป่วยแต่ละราย สามารถเข้าถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหาและนำมาวางแผนทางการพยาบาล ได้อย่างครอบคลุม และให้การพยาบาลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ซึ่งหลักในการพยาบาล คือ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้ทฤษฎีความต้องการดูแลสุขภาพของโอเร็มเป็นแนวคิดในการศึกษา[6] นอกจากทางร่างกายแล้วการดูแลทางด้านจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามหรือระบายความรู้สึก และให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพร้อมที่จะกลับไปชีวิตประจำวันได้ตามปกติภายหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. ในผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวตัวเอชไอวี และโรคเบาหวาน ซึ่งหากผู้ป่วยปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคไม่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรายปกติที่ไม่มีโรคประจำตัว เกิดการ Re-Admit ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นควรมีการติดตามผู้ป่วยโดยการส่งต่อหน่วยเยี่ยมบ้าน ติดตามเยี่ยมบ้าน หรือโทรศัพท์ไปเยี่ยม เพื่อประเมินการดูแลตนเอง
2. จัดระบบให้มีแนวทางการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่พบเซลล์ปากมดลูกผิดปกติอย่างเป็นระบบ และปรับปรุงการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นและเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. จีรนุช สมโชค, ศรัญญา จุฬารีและจันทร์ทิรา เจียรณัย. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2563;26(1):231-250.
2. ณัฏฐ์วรดี จิรายุสวุฒิธนา. การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดแบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;5(1):110-123.

3. นิภา ทองทับ. กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2558;30(3):191-202.
4. ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์, อาคม ชัยวีระวัฒนะและวีรวุฒิ อิ่มสำราญ. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์; 2561.
5. ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือยา Handbook of drugs. พิมพ์ครั้งที่14. กรุงเทพฯ: N P Press Limitef Partnership; 2559.
6. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลและระบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 20. สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2560.
7. เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบ้านโป่ง. รายงานสถิติประจำปี 2564-2566. ราชบุรี: โรงพยาบาลบ้านโป่ง; 2566.
8. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ ฯ: บริษัท โฆสิตการพิมพ์ จำกัด; 2561.
9. อรนันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์; 2565.

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา
ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2567

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวในสังคมพหุวัฒนธรรม อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล

Elderly Care Model by families in a multicultural society Khuan Kalong District, Satun Province.

(Received: March 25,2024 ; Revised: March 26,2024 ; Accepted: March 28,2024)

รุ่งฤดี สุขุมาลย์[1]
Rungruedee Sukumal[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวการณ์และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวในสังคมพหุวัฒนธรรม อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 379 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบใช้ไควร์สแควส์ ผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวโดยรวมในระดับดีร้อยละ 57.7($\bar{X}$ 3.84 S.D. = .59) มีการดูแลทั้งด้านร่างกายระดับดี ($\bar{X}$ =3.97, S.D. = .59) ด้านจิตใจและอารมณ์ระดับดี ($\bar{X}$ =3.76, S.D. = .78) ด้านสังคมระดับดี($\bar{X}$ =4.17, S.D. = .60) และด้านเศรษฐกิจระดับปานกลาง($\bar{X}$ =3.46, S.D. = .82) ในขณะที่ผู้สูงอายุต้องการการดูแลในภาพรวมและรายด้านระดับดีร้อยละ 81.00 ($\bar{X}$ = 4.09, S.D. = .62) เปรียบเทียบระดับการได้รับการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน p< .001 ($\bar{X}$ 3.84,4.09, S.D. = .59,.62)

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวในสังคมพหุวัฒนธรรมนั้นมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ ทางด้านสัมพันธ์ทางสังคมและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งการดูแลจำเป็นต้องมีการบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อให้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว สังคมพหุวัฒนธรรม

Abstract

This research aims to study the condition and patterns of care for the elderly by families in a multicultural society, Khuan Kalong District, Satun Province. The sample group consisted of 379 elderly people. Data were collected by a questionnaire that was tested for content validity from 3 experts. Statistics used descriptive statistics and Test statistics using Chi-Square. The results found that overall care for the elderly by families was at a good level: 57.7 % ($\bar{X}$ 3.84, S.D. = .59) had good levels of care for both physical aspects ($\bar{X}$ =3.97, S.D.=.59) and mental and emotional aspects. good level ($\bar{X}$ =3.76, S.D.=.78), good social aspect($\bar{X}$ =4.17,S.D.= .60) and moderate economic aspect ($\bar{X}$ =3.46, S.D.=.82), while the elderly need care in Overall and each aspect was at a good level of 81.00 % ($\bar{X}$ =4.09, S.D. = .62). Comparing the level of care and care needs of the elderly, they were significantly in every aspect,p<. 001 ($\bar{X}$=3.84,4.09, S.D.= .59,.62).

Therefore, the model of caring for the elderly by the family in a multicultural society is provide the elderly with a good quality of life. In providing care, it is necessary to integrate all sectors in order to make the care model for the elderly more complete.

Keywords : Models of care for the elderly, family, multicultural society

[1] พบ. โรงพยาบาลควนกาหลง จังหวัดสตูล

บทนำ

สังคมสูงวัยเป็นสถานการณ์ที่โลกและหลายประเทศกำลังเผชิญ ซึ่งขณะนี้ประชากรโลก ได้กลายเป็นสังคมสูงวัยแล้ว โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด จีนในฐานะประเทศที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุดในโลก ในปี 2020 จำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคือ 264.02 ล้านคน (18.70% ของประชากรทั้งหมด) และจำนวนผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปคือ 190.64 ล้านคน (13.50%)[1,2]ในขณะที่ประเทศแถบอาเซียน มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยปลาย ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 7.6 ล้านคน ในปี 2020 เป็น 8.6 ล้านคน ในปี 2021 ซึ่งเท่ากับเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 13 ในปี 2021 ประเทศสมาชิกอาเซียนเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์คือ มีอัตราผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 10 ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22) ไทย (ร้อยละ 19) เวียดนาม (ร้อยละ 13) มาเลเซีย (ร้อยละ 11) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 10) เมียนมา (ร้อยละ 10) และบรูไน (ร้อยละ 10)[3] ในประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 19 ซึ่งถือเป็นอันดับที่ 2 ของกลุ่มอาเซียน โดยไทย ได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aged Society) มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 กล่าวคือ 1 ใน 10 ของประชากรไทย เป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และคาดว่าประเทศไทยจะเป็น สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ภายใน ปีพ.ศ. 2578[3,4]

จังหวัดสตูล เป็นจังหวัดใต้สุดของประเทศไทยด้านฝั่งอันดามัน จำนวนประชากรทั้งหมด 325,303 คน แบ่งเป็นเพศชาย 161,878 และเพศหญิง 163,425 คน จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 46,437 คน คิดเป็นร้อยละ 14.27[5]ซึ่งแสดงถึงความเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วเนื่องจากมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ สภาพภูมิศาสตร์ที่มีอาณาเขตติดต่อเชื่อมโยงกับมาเลเซียและประเทศในคาบสมุทรมาลายูซึ่งเอื้อต่อการเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจและการเมืองทำให้ยังมีการรักษาอัตลักษณ์และวิถีชีวิตทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีเอกลักษณ์เฉพาะไว้อย่างเหนียวแน่น ท่ามกลางความหลากหลายของสังคมพหุวัฒนธรรมที่มีการอยู่ร่วมกันของหลายเชื้อชาติ[6] ซึ่งยังมีสัมพันธภาพในครอบครัว การอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวขยาย ดังนั้นรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมพหุวัฒนธรรม อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน ให้การดูแล การจัดบริการและการส่งเสริมผู้สูงอายุในอำเภอควนกาหลงให้เหมาะสมกับประเพณี วัฒนธรรมของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีใช้ชีวิตอย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวในสังคมพหุวัฒนธรรม อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล

2.เพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบ ด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และแบบสอบถามรูปแบบการดูแลของครอบครัวที่ผู้สูงอายุได้รับและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุในอำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล จำนวน 4,956 คน[5]

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างประชากร จากผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการเปิดตาราง เครซีและมอร์แกน (Krejcie& Morgan)[7] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 357 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10 % ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 392 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีหยิบฉลากแบบไม่คืน (Without Replacement) จากผู้สูงอายุในแต่ละตำบลจนครบกลุ่มตัวอย่าง 392 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

2.บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ อายุ มากกว่า 18 ปี ขึ้นไป

3. อ่านออกเขียนได้

4. ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก

1. มีปัญหาการสื่อสาร เช่น อ่านหนังสือไม่ได้ มีปัญหาทางด้านความจำ

2. มีอาการของโรคประจำตัวที่ควบคุมอาการไม่ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างจากแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลและข้อมูลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(ADL) ของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยตามแบบ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index; BAI) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากดัชนีวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เธล (Barthel Index) Barthel ADL index พัฒนาโดย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ที่ผู้ป่วยสามารถทำได้จริง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหวีผม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยแต่ละกิจกรรมเป็นข้อคำถามที่มีระดับการให้คะแนนแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความสำคัญของแต่ละกิจกรรมต่อการดำรงชีพ[7] แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินมาตรฐานผู้สูงอายุที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย มีคะแนนรวม 20 คะแนน โดยแบ่งระดับความพึ่งพา ดังนี้

> 12 คะแนน หมายถึง พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

10-12 คะแนน หมายถึง ระดับการพึ่งพาปานกลางสามารถช่วยเหลือพึ่งพาตัวเองได้พอควร

5 – 9 คะแนน หมายถึง พึ่งพามากต้องได้รับการช่วยเหลือพึ่งพาผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ดูแลตนเองได้บ้าง

0-4 คะแนน หมายถึง พึ่งพาทั้งหมดช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามรูปแบบการดูแลของครอบครัวและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ครอบคลุมประเด็น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในแต่ละข้อคำถาม 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ชัยรัตน์ ลำโป นายแพทย์วรวุฒิ ชุมวรฐายีและดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ สรุปผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านค่า IOC เท่ากับ 0.96 หาความเชื่อมั่นของ

เครื่องมือ (Reliability) โดยนำ แบบสอบถามที่ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.84

จริยธรรมวิจัย

ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลเอกสารรับรองเลขที่ ET-ST 17/2566 ลงวันที่ 14 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

1.สถานภาพทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงร้อยละ 65.2 และเพศชายร้อยละ 34.8 ส่วนใหญ่อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 50.3 รองลงมาอายุมากกว่า 71-80 ปี ร้อยละ 32 อายุเฉลี่ย 72 ปี อายุมากที่สุด 97 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 50.9 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 49.1 โรคประจำตัวมี ร้อยละ 68.9 ไม่มี ร้อยละ 31.1 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.6 รองลงมาโรคเบาหวาน 19.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ร้อยละ 57.5 รองลงมา ม่าย/หย่า/แยก ร้อยละ 35.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบุตร 3-5 คน ร้อยละ 52.2 รองลงมา 1-2 คน ร้อยละ 21.6 ส่วนใหญ่ศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.7 รองลงมาไม่ได้เรียน 16.4 ด้านรายได้ส่วนใหญ่พอใช้จ่าย ร้อยละ 50.9 รองลงมาไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 29.3 ซึ่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ได้จากสวัสดิการความช่วยเหลือ เช่น เบี้ยยังชีพ ร้อยละ 49.6 รองลงมาพึ่งพาลูกหลานร้อยละ 25.4 โดยส่วนใหญ่มีรายได้ทั้ง 2 อย่าง ลักษณะที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุอาศัยส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวคืออยู่บ้านตนเองและมีญาติหรือลูกหลานอยู่ใกล้เคียงร้อยละ 60.2 รองลงมา
อาศัยเป็นครอบครัวขยายร้อยละ 39.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.9 รองลงมาเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 8 ครั้งต่อปี) ร้อยละ 22.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาทุกวันสำคัญทางศาสนาร้อยละ 35.9 รองลงมานานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 30.6 ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาระดับน้อย(ADL > 12) ร้อยละ 87.6 รองลงมา ระดับการพึ่งพาทั้งหมด (ADL 0 – 4 คะแนน) ร้อยละ 4.5

ข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงร้อยละ 68.1 และเพศชายร้อยละ 31.90 ส่วนใหญ่อายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 69.9 รองลงมา และอายุไม่เกิน 40 ปี ร้อยละ 30.1 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 50.7 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 49.3 ไม่มีโรคประจำตัวมี ร้อยละ 75.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 24.3 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.60 รองลงมาโรคเบาหวาน24.60 การศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 38 รองลงมาประถมศึกษา ร้อยละ 37.5สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ร้อยละ 76.8 รองลงมา โสด ร้อยละ 14 ด้านรายได้ส่วนใหญ่ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 47.8 รองลงมา 10,000 – 30,000 บาท ร้อยละ 25.5 ด้านความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 74.9 เป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 20

2.แสดงระดับการดูแลของครอบครัวและความต้องการการดูแลตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 แสดงระดับการดูแลของครอบครัวตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ

ด้าน	ดี		ปานกลาง		ไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	250	66.4	126	32.4	3	1.6
Min-Max 1.76-5 $\bar{X}$ 3.97 S.D. = .59 ระดับ ดี						
ด้านจิตใจและอารมณ์	212	53.2	154	40.7	13	6.1
Min-Max 1.40-5.00 $\bar{X}$ 3.76 S.D. = .78 ระดับ ดี						
ด้านทางสังคม	315	83.1	64	16.9	0	0
Min-Max 2.5-5.00 $\bar{X}$ 4.17 S.D. = .60 ระดับ ดี						
ด้านเศรษฐกิจ	183	47.5	153	41.2	43	11.3
Min-Max 1.00-5.00 $\bar{X}$ 3.46 S.D. = .82 ระดับ ปานกลาง						
ภาพรวม	222	57.7	154	40.7	3	1.6
Min-Max 2.27-5.00 $\bar{X}$ 3.84 S.D. = .59 ระดับ ดี						

จากตารางที่ 1 พบว่าระดับการดูแลของครอบครัวตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับ ดี (ร้อยละ 57.7 $\bar{X}$ =3.84,S.D = .59) ระดับการดูแลของครอบครัวด้านร่างกาย ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ระดับดี ร้อยละ 66.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.4 ระดับไม่ดีร้อยละ 1.6 ($\bar{X}$ =3.97, S.D. = .59 ระดับ ดี) ระดับการดูแลของครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์ ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ระดับดี ร้อยละ 53.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.7 ระดับไม่ดีร้อยละ 6.1 ($\bar{X}$ = 3.76,S.D. = .78 ระดับดี) ระดับการดูแลของครอบครัวด้านสังคมตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ระดับดี ร้อยละ 83.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.9 ($\bar{X}$ = 4.17, S.D. = .60 ระดับดี) ระดับการดูแลของครอบครัวด้านเศรษฐกิจ ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ระดับดี ร้อยละ 47.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 41.2 ระดับไม่ดีร้อยละ 11.3($\bar{X}$ =3.46,S.D. = .82 ระดับปานกลาง)

ตารางที่ 2 แสดงระดับความต้องการการดูแลของครอบครัวตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ

ด้าน	ดี		ปานกลาง		ไม่ดี	
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ด้านร่างกาย	326	86.0	50	13.2	3	0.8
Min-Max 1.63-5.00 $\bar{X}$ 4.21 S.D. = .61 ระดับ ดี						
ด้านจิตใจและอารมณ์	272	71.8	100	26.4	7	1.8
Min-Max 1.40-5.00 $\bar{X}$ 3.99 S.D. = .74 ระดับ ดี						
ด้านทางสังคม	331	87.3	41	10.9	7	1.8
Min-Max 1.00-5.00 $\bar{X}$ 4.24 S.D. = .72 ระดับ ดี						
ด้านเศรษฐกิจ	288	76.0	76	20.0	15	4.00
Min-Max 1.33-5.00 $\bar{X}$ 3.99 S.D. = .75 ระดับ ดี						
ภาพรวม	307	81.00	69	18.20	3	0.80
Min-Max 1.71-5.00 $\bar{X}$ 4.09 S.D. = .62 ระดับ ดี						

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับความต้องการการดูแลของครอบครัวตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับ ดี (ร้อยละ 81.00 $\overline{X}$ =4.09, S.D. = .62 ระดับ ดี) ระดับการดูแลของครอบครัวด้านร่างกาย ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ระดับดี ร้อยละ 86.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.2 ระดับไม่ดีร้อยละ 0.8 ($\overline{X}$ =4.21, S.D. = .61 ระดับ ดี) ระดับการดูแลของครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์ ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ระดับดี ร้อยละ 71.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.4 ระดับไม่ดีร้อยละ 1.8 ($\overline{X}$ =3.99, S.D. = .74 ระดับ ดี) ระดับการดูแลของครอบครัวด้านสังคม ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ระดับดี ร้อยละ 87.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.9 ระดับไม่ดีร้อยละ1.8 ($\overline{X}$ = 4.24, S.D. = .72 ระดับ ดี) ระดับการดูแลของครอบครัวด้านเศรษฐกิจ ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ระดับดี ร้อยละ 76.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20 ระดับไม่ดีร้อยละ 4.0 ($\overline{X}$ =3.99, S.D. = .75 ระดับ ดี)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบค่า Chi-square เพื่อเปรียบเทียบระดับการได้รับการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ด้าน		$\overline{X}$	S.D	df	p-value
ร่างกาย	ระดับการดูแล	3.97	.59	529	.00*
	ความต้องการการดูแล	4.21	.61		
จิตใจและอารมณ์	ระดับการดูแล	3.76	.78	289	.00*
	ความต้องการการดูแล	3.99	.74		
ด้านสังคม	ระดับการดูแล	4.17	.60	150	.00*
	ความต้องการการดูแล	4.24	.72		
ด้านเศรษฐกิจ	ระดับการดูแล	3.46	.82	132	.00*
	ความต้องการการดูแล	3.99	.75		
โดยรวม	ระดับการดูแล	3.84	.59	378	.00*
	ความต้องการการดูแล	4.09	.62		

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับการได้รับการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน p< .001 ด้านร่างกาย($\overline{X}$ =3.97,4.21,S.D. = .59,.61) ด้านจิตใจและอารมณ์ ($\overline{X}$ =3.76,3.99,S.D. = .78,.74) ด้านสังคม ($\overline{X}$ =4.17,4.24,S.D.=.60,.72) ด้านเศรษฐกิจ ($\overline{X}$ =3.46,3.99,S.D.= .82,.75) ภาพรวม ($\overline{X}$ =3.84,4.09, S.D. = .59,.62)

3.ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ดูแล

ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ดูแลทั้งหมดเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ ที่บุตรหลานควรทำเพื่อการทดแทนบุญคุณผู้สูงอายุและเห็นว่าครอบครัวควรเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ ในการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในด้านร่างกาย โดยตอบสนองกิจวัตรประจำวันได้ ทางด้านจิตใจ โดยได้รับการใส่ใจ ดูแล เห็นคุณค่าและให้ความสำคัญ ทางด้านสัมพันธ์ทางสังคมโดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบเพื่อนบ้าน ญาติและเพื่อนฝูง รวมทั้งลูกหลานมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคมและทางศาสนา โดยมีการดูแลให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีและเหมาะสม สุดท้ายคือด้านเศรษฐกิจโดยการให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางด้านสวัสดิการต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลมีความเห็นว่าควรมีการเพิ่มสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกเพื่อช่วยแบ่งเบาเนื่องจาก

การเปลี่ยนแปลงของสภาวะสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ดูแลและครอบครัวมีความจำเป็นในการประกอบอาชีพซึ่งอาจไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เต็มที่เหมือนสมัยโบราณ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมพหุวัฒนธรรมอำเภอควนการหลง จังหวัดสตูลครั้งนี้ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นแบบพึ่งคนในครอบครัวบุตรหลานและมีเครือญาติบ้างเป็นส่วนน้อยเนื่องจาก มีวัฒนธรรมความเชื่อในระบบอาวุโส ผู้สูงอายุจึงเป็นที่เคารพของบุตรหลาน เพราะจะเป็นผู้คอยบอกและสั่งสอนถึงการดำเนินชีวิตด้านต่างๆมีการใช้ภูมิปัญญาที่สั่งสมมาจากบรรพบุรุษในการอยู่ร่วมกันและใช้เลี้ยงชีพ มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติถ้อยทีถ้อยอาศัยเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกันจนกลายเป็นจารีตประเพณี สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลแบบไม่เป็นทางการและแบบเป็นทางการและความเต็มใจที่คาดหวังในการดูแลผู้สูงอายุในเยอรมนีโดยใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสาน พบว่า ในปี 2060 กลุ่มคนที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปคาดว่าจะมีสัดส่วนถึง 74% ในขณะเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสังคมในปัจจุบันน่าจะทำให้การดูแลอย่างไม่เป็นทางการมีความท้าทายมากขึ้นในอนาคตและก่อนหน้านี้ความพยายามของรัฐได้สนับสนุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการและการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพื่อให้การดูแลที่บ้าน ในพระราชบัญญัติการสนับสนุนการดูแลล่าสุดของปี 2017 รัฐได้เพิ่มการสนับสนุนทางการเงินสำหรับการดูแลที่บ้านและมีเป้าหมายเพื่ออำนวยความสะดวกในข้อตกลงการดูแลและความรับผิดชอบทางวิชาชีพสำหรับผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ[9]

โดยการดูแลผู้สูงอายุเป็นการดูแลของครอบครัวซึ่งมีการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจในระดับดี และปัจจุบันผู้สูงอายุในอำเภอควนกาหลงมองว่าได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในระดับดี ยกเว้นการดูแลด้านเศรษฐกิจซึ่งผู้สูงอายุเห็นว่าได้รับการดูแลในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่รายได้จะมีเพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวันพอสมควรซึ่งรายได้ส่วนหนึ่งมาจาการพึ่งพาบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจเนื่องจากต้องการมีรายได้เป็นของตนเองมากกว่าการต้องพึ่งพาบุตรหลานสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอันได้แก่ ความรู้สึกในการมีคุณค่าในตนเอง การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านอาหาร อารมณ์ อโรคยา อนามัยสิ่งแวดล้อม และอบายมุขอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ความต้องการในผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจและ ด้านสังคมและเศรษฐกิจในระดับสูง[10] และการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการดูแลผู้สูงอายุในประเทศจีนในบริบทของประชากรสูงอายุ จุดมุ่งหมายของการศึกษาเพื่อทบทวนสถานะปัจจุบันและลักษณะของประชากรสูงอายุในประเทศจีนในบริบทของการสูงวัย ความยากลำบากและความท้าทายที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญและความพยายามของรัฐบาลจีนในปัจจุบันในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่าประชากรสูงอายุของจีนยังคงเพิ่มขึ้นต่อไปและผู้สูงอายุมีความต้องการเงินบำนาญขั้นพื้นฐาน การป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นซึ่งบริการบำเหน็จบำนาญปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเนื่องจากการพัฒนาที่ล้าหลังของระบบประกันสำหรับผู้สูงอายุในจีน[11]

จากการศึกษาผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ในกลุ่มติดสังคม

(มีระดับการพึ่งพาระดับน้อย ADL > 12) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ควรส่งเสริมให้มีการเข้าสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้มีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกัน ผ่อนคลายความเครียดในการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นควรมีการจัดตั้งและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มทำอาหารขนม กลุ่มทำงานหัตกรรมงานฝีมือ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า คลายความเหงาจากการได้พบปะพูดคุยกับคนวัยเดียวกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมในการดูและโดยต้องทำความเข้าใจกับปัญหา ควรเปลี่ยนมุมมองต่อผู้สูงอายุเสีย ใหม่เริ่มจากตัวผู้สูงอายุเองจากเดิมที่เคยมองว่าตนเองไม่มีคุณค่ารอสังคมครอบครัว แต่ความ ช่วยเหลือเปลี่ยนเป็นการมองเห็นคุณค่าและมั่นใจในศักยภาพของผู้สูงอายุเองในการถ่ายทอด ภูมิปัญญาต่าง ๆ สู่ครอบครัว บุตรหลาน ชุมชน ครอบครัวจากเดิมเคยมองว่าผู้สูงอายุเป็นภาระเปลี่ยน มุมมองให้เห็นศักยภาพดูเป็นแบบอย่างผู้สูงอายุในการดำเนินวิถีครอบครัวให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจกิจกรรมในครอบครัวมากขึ้น ชุมชนที่เคยมองว่าผู้สูงอายุมีความสำคัญวันเดียวคือวัน ผู้สูงอายุแห่งชาติ หมดสภาพ เปลี่ยนมุมมองผู้สูงอายุให้เป็นต้นแบบวิถีชีวิตชุมชน ส่งเสริมการมีส่วน ร่วมในการตัดสินใจกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน มองผู้สูงอายุว่าเป็นผู้สั่งสมภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นผู้ให้ เพื่อให้คนรุ่นหลังได้ซึมซับภูมิปัญญาในท้องถิ่น และรัฐที่เน้นการดูแลด้วยการสงเคราะห์มาตลอด เปลี่ยนมุมมองใช้ศักยภาพผู้สูงอายุเป็นข้อเสนอ ในการกำหนดเชิงนโยบายเชิงพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโดยเริ่มต้นจากตนเอง ครอบครัว ญาติพี่น้อง ชุมชน และการรวมกลุ่มช่วยเหลือกัน รวมทั้ง องค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้วย

ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมพหุวัฒนธรรม อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูลนั้น แม้ผู้ดูแลหลักคือครอบครัวแต่การดูแลของครอบครัวเพียงหน่วยเดียวไม่สามารถรับภาระการดูแลผู้สูงอายุได้ทั้งหมดซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเหนื่อยล้า ส่งผลต่อสุขภาพจิตทั้งของผู้ดูแลและผู้สูงอายุด้วย เพื่อให้ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจอารณ์ สังคม และเศรษฐกิจ นั้นจำเป็นต้องมีการบูรณาการทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรอิสระต่างๆ ซึ่งตามมุมมองของผู้วิจัยซึ่งอำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูลซึ่งมีหน่วยงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ คือ 1. ครอบครัว 2.โรงพยาบาลชุมชน 3.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4.องค์กรส่วนท้องถิ่น 5.องค์กรทางศาสนา 6.พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และ 7.ผู้นำชุมชน ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ ต่อไปสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดพัทลุง พบว่ารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ องค์ประกอบการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุคือ 1) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดย ผู้สูงอายุเอง 2) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยครอบครัวและผู้ดูแลหรือครอบครัว 3) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือ องค์กรในชุมชน ส่วนกระบวนการ/กิจกรรม 1) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านสุขภาพกายและจิตใจ 2) การดูแลและส่งเสริม ผู้สูงอายุด้านอาหารและโภชนาการ 3) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย 4) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม 5) ชุมชนมีนวัตกรรมที่เหมาะสม 6) การสื่อสารเทคโนโลยี 7) มิติด้านภูมิปัญญา ซึ่งได้มาผลการดำเนินการ กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม[12]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้การสอบถามและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัวถึงการดูแลที่ได้รับทั้งจากครอบครัวหรือหน่วยงานรัฐภาคส่วนอื่นข้อมูลที่ได้จะเป็นความรู้และความรู้สึกของผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุอื่น ดังนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

1. ควรมีการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมระบบสวัสดิการและระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่บ้านโดยการบูรณาการทุกภาคส่วน

2. ควรมีนโยบายสนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว โดยมีการทำงานที่บ้านให้กับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลที่มีศักยภาพในการทำงาน สามารถดูแลผู้สูงอายุและทำงานในเวลาเดียวกัน อันจะเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่ผู้ดูแล และลดความเครียดจากการรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุแต่เพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการบูรณาการของหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพามากโดยเน้นในการให้ความร่วมมือและช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. Hongman Wang, Hong Chen. Aging in China: Challenges and Opportunities[J]. China CDC Weekly, 2022, 4(27): 601-602. doi: 10.46234/ccdcw2022.130

2.Ge YF, Wang LJ, Feng WM, Zhang BZ, Liu SL, Ke YH. Challenges of and strategies for healthy aging in China. Management World. 2020; 36:86-95. (in Chinese)

3.สำนักทะเบียนราษฎร.สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร จำนวนประชากรรายอายุ[อินเทอร์เน็ต]; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 มี.ค. - ก.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData

4.อนันต์ อนันตกูล.สังคมสูงวัย...ความท้าทายประเทศไทย. กรุงเทพฯ:สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง ราชบัณฑิตยสภา;2561

5. กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ประชากร >> ประชากรทะเบียนราษฎร์ จำแนกรายอายุและเพศ[อินเทอร์เน็ต] ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 4 ส.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: https://stn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id.

6.สำนักงานจังหวัดสตูล .ข้อมูลทั่วไปของจังหวัด[เข้าถึงเมื่อ 4 ส.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: https://www.satun.go.th/content/general.

7. Krejcie, R. & Morgan, D.Determining sample sizes for research activities . Educational and Psychological Measurement.1970:30;607-610.

8.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ[อินเทอร์เน็ต] ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 ก.พ. 2566] เข้าถึงได้จาก: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/public_service/%

9. L de Jong , Plöthner M, Stahmeyer JT, Eberhard S, Zeidler J, Damm K. Informal and formal care preferences and expected willingness of providing elderly care in Germany: protocol for a mixed-methods study. BMJ Open. 2019 Jan 15;9(1):e023253. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023253. PMID: 30647033; PMCID: PMC6340479.

10. กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์, เผด็จการ กันแจ่ม, ธนากร ธนวัฒน์, ณิชารีย์ ใจคำวัง, และพิชชาภา คนธสิงห์. ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น).2562: 14(1); 65-78

11. Bao J, Zhou L, Liu G, Tang J, Lu X, Cheng C, Jin Y, Bai J. Current state of care for the elderly in China in the context of an aging population. Biosci Trends. 2022 May 17;16(2):107-118. doi: 10.5582/bst.2022.01068. Epub 2022 Apr 17. PMID: 35431289.

12.สุนทร คงทองสังข์.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดพัทลุง วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.2566: 8 (2) ; 455-464