



วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

JOURNAL OF NURSING AND HEALTH SCIENCES
NAKHON PHANOM UNIVERSITY

ISSN : XXXX-XXXX (Online)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566

VOL. 1 NO.1 JANUARY – JUNE 2023



วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2566

ที่ปรึกษา

อธิการบดีมหาวิทยาลัยนครพนม
คณบดีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนลีแก้ว

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ นพ.กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธ์	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรเดช ห่านิรติชัย	รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพัชญ์สา สาทิยามาศ
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนามนน์	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ	รองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรพร แก้ววิมล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวรส มีกุล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณ ศรีโสภา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิติกร ภูสุวรรณ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุศ ทิพย์แสนคำ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเมตตา สว่างทุกข์	ดร.ลักขณา ไชยนอก
ดร.ศิริภาณี อิ่มน้ำขาว	ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชณี สมกำลัง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดารุณีย์ สวัสดิ์โชติดี	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัยวัฒน์ อินไชยา
ดร.ธงชัย อามาตย์บัณฑิต	ดร.มารศรี ศิริสวัสดิ์

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมร เรืองวรรณ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรฤทัย ภูนาถม
ดร.รัตติยา ทองอ่อน

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางพยอม ลินธิศิริ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณ ปาพรม
นางสาวนาฏนภา อารยะศิลปธร	นางสาวสุชมาพร พึ่งผาสุก
นายณรากร พลหาญ	นางสาววาสนา คำสงค์
นายวุฒิชิกรณ์ ประพัตรรงค์	นางสาวสุภาพร ปัญหาชัย

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ
ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
มหาวิทยาลัยนครพนม
92 ตำบลหนองแสง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000
โทรศัพท์ 0 4251 2196 ต่อ 4101
โทรสาร 0 4251 2184
Email : bcnjjournal@gmail.com

สารจากบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนมฉบับนี้ เป็นฉบับปฐมฤกษ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม และอยู่ในช่วงของการพัฒนาวารสารเพื่อเตรียมประเมินเข้าสู่ฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Centre: TCI) ในอนาคต ซึ่งวารสารนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนเป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนการเรียนรู้ของบุคลากรทางการพยาบาล บุคลากรทางการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ในการนี้ขอขอบคุณทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสาร เป็นอย่างดี ทั้งท่านที่ส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเข้ามาเพื่อเผยแพร่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาสละเวลาในการประเมินบทความเพื่อให้ข้อคิดในการปรับปรุงคุณภาพของงานให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนา ปรับปรุง ผลงานวิชาการและช่วยให้ผลงานได้รับการตีพิมพ์รวดเร็วขึ้น ทั้งนี้ ขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความวิชาการ บทความวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมร เรืองวรบูรณ์

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยนครพนม

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2566

สารบัญ

บทความวิจัย

- ◆ ผลการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด
ในมารดาคลอดปกติ โรงพยาบาลโซคชัย..... 1
Effects of Clinical Practice Guidelines to Prevention Postpartum Hemorrhage Within Two Hours after Delivery
Among Normal Vaginal Delivery in Chokchai Hospital

- ◆ ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามแบบแผนความเชื่อ
ทางสุขภาพในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม..... 12
Factors Associated with the Selection of Renal Replacement Therapy among Patients with Chronic Renal Failure
as Based on the Health Belief Model Employed in Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province

- ◆ การศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลโซคชัย
จังหวัดนครราชสีมา..... 25
A Study of Quality Development Guidelines for ISBAR Delivery of Postpartum Departments, Chokchai Hospital,
Nakhon Ratchasima Province

บทความวิชาการ

- ◆ ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: บทบาทพยาบาลในการป้องกัน..... 36
Stroke-Associated Pneumonia: Role of Nurses in Its Prevention

- ◆ การประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต..... 48
Spiritual Distress Assessment for End-of-Life Patients

ผลการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมง หลังคลอดในมารดาคลอดปกติ โรงพยาบาลโซคชัย

อารีย์ ฉายศิลป์¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ในมารดาคลอดปกติโรงพยาบาลโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีระยะการดำเนินการ 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด จำนวน 7 คน และมารดาที่คลอดปกติจำนวน 60 คน ซึ่งทำการศึกษาดังแต่เดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาล เลขที่ CNPG – LAR-001 เรื่องการป้องกันและการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า 1) ไม่พบมารดาที่คลอดปกติมีภาวะตกเลือดภายในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอดปฏิบัติตามขั้นตอนตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 85 ซึ่งขั้นตอนที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง 3 ขั้นตอนจำแนกตามลำดับได้ดังนี้ 1) การใช้โมเดลจำลองเปรียบเทียบลักษณะการแข็งตัวของมดลูกก่อนมารดาเข้าในการคลึงมดลูก คิดเป็นร้อยละ 42.9 2) การประเมินเลือดทางช่องคลอดและแผลฝีเย็บหลังย้ายออกจากห้องคลอดในรายที่เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 28.6 และ 3) การนวดคลึงมดลูกหลังรกคลอดทันทีหากมดลูกแข็งตัวไม่ดีให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกและวางช่องน้ำแข็งบริเวณยอดมดลูก คิดเป็นร้อยละ 14.3 นอกจากนี้ยังพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด อยู่ในระดับพึงพอใจมาก

ข้อเสนอแนะ: 1) ควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดในมารดาทุกรายก่อนคลอด 2) ควรปรับแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดให้เหมาะสมกับความเสี่ยงของผู้คลอดเพื่อให้ขั้นตอนในแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน และ 3) ควรนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้นเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของแนวทางปฏิบัติ

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด, แนวทางปฏิบัติ, คลอดปกติ

วันที่รับบทความ
15 พฤษภาคม 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข
20 มิถุนายน 2566

วันที่ตอบรับบทความ
20 มิถุนายน 2566

โรงพยาบาลโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา

ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: Aoraree2514@gmail.com โทร. 095-6215343

Effects of Clinical Practice Guidelines toward the Prevention of Postpartum Hemorrhage within Two Hours after Delivery during Normal Vaginal Delivery in Chokchai Hospital

Aree Chaisin¹

Abstract

This study consists of research and development directed toward the development of clinical practice guidelines for the prevention of postpartum hemorrhage within two hours after delivery during normal vaginal delivery in Chokchai Hospital. This study subdivides into 3 implementation phases, as follows: 1) the preparation phase, 2) the implementation phase and 3) the evaluation phase. The samples used in this study consisted of 7 registered nurses working in the delivery room and 60 women who had undergone normal vaginal delivery. The data was collected from May to July of 2022. The research instrumentation was based on the clinical practice guidelines for prevention and nursing care of postpartum hemorrhage No. CNPG – LAR– 001. Data collection instruments consisted of 1) personal data questionnaires, 2) guidelines for the prevention of postpartum hemorrhage two hours after delivery in the form of questionnaires and 3) satisfaction with the use of the guideline questionnaires. Data were analyzed through the use of descriptive statistics.

Result: Results indicated that no postpartum hemorrhage occurred within two hours following delivery. The registered nurses were applying the clinical practice guidelines for the prevention of postpartum hemorrhage. The main 3 non-interventionist practices were as follows: 1) using a model to simulate the uterus, accounting for 42.9% of the practices employed, 2) assessing vaginal bleeding and perineum that were at risk of postpartum hemorrhage, accounting for 28.6% of the practices employed and 3) immediately uterine massage for the expulsion of the placenta, use of uterotonic agents and use of an ice pack, accounting for 14.3% of the practices employed. Satisfaction with the use of clinical practice guidelines for the prevention of postpartum was at a very high level.

Recommendations: 1) Prenatal risk assessment of all maternal hemorrhage should be assessed, 2) Postpartum-hemorrhage prevention guidelines should be adapted to the maternal risks so that the steps in the guidelines will be appropriate and can be applied practically and 3) The developed guidelines should be applied to a larger sample size to increase the confidence level of the guidelines.

Keywords: Postpartum Hemorrhage, Clinical Practice Guidelines, Normal Vaginal Delivery

Received
15 May 2566

Revised
20 June 2566

Accepted
20 June 2566

¹Chokchai Hospital, Nakhon Ratchasima

¹Corresponding author e-mail: Aoraree2514@gmail.com Tel. 095-6215343

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุหลักการตายของมารดาหลังคลอดในประเทศที่กำลังพัฒนาคิดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการตายของมารดาหลังคลอดทั่วโลก¹ จากสถิติในประเทศไทยโดยข้อมูลจากสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ปี 2562 พบว่าสาเหตุการตายของมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มาจากสาเหตุทางตรง (Direct Cause) ร้อยละ 58 ซึ่งสาเหตุที่พบมากที่สุดคือภาวะตกเลือดหลังคลอด² ต่อมาในปี 2563 พบว่ามารดาเสียชีวิต จากสาเหตุทางตรงพบร้อยละ 57 โดยเกิดจากภาวะตกเลือดมากที่สุดร้อยละ 38³ การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การสูญเสียเลือดหลังการคลอดทารก มีจำนวนปริมาณเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตรเมื่อคลอดทางช่องคลอด รวมถึงการที่ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลง มากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด⁴ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก อาจส่งผลให้เสียเลือดจนเกิดภาวะช็อค (Shock) ในบางรายต้องผ่าตัดมดลูกออกเพื่อหยุดเลือด ซึ่งเป็นการสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ ในรายที่รุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้นอกจากนี้ยังส่งผลทางด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและส่งผลต่อการปรับตัวในบทบาทของมารดา การหดรัดตัวไม่ดีของมดลูกเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด¹ การดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบันคือการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างรวดเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of labor (AMTSL) เพื่อให้มดลูกหดตัวดี ทำคลอดรกได้โดยเร็ว ป้องกันการตกเลือดในระยะแรก⁵ ซึ่งแม้ว่าจะมีความพยายามในการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวแล้วนั้น ก็ยังพบว่ามีมารดาที่คลอดทางช่องคลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกอยู่ จากสถิติในแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลโซคชัย ปีพ.ศ. 2560 –

2564 พบว่ามีอัตราการตกเลือดหลังคลอดจากการคลอดทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 4, 3.9, 4.7, 6.8 และ 2.5 ตามลำดับ ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มเริ่มลดลงในปี 2564 แต่พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะช็อค (Shock) สูงขึ้นคิดเป็นร้อยละ 7.1 จากการวิเคราะห์สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดดังกล่าวพบว่า ร้อยละ 90 เป็นการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งเกิดจากสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดีหลังคลอด ร้อยละ 80 เกิดจากมีการฉีกขาดของช่องคลอดเพิ่มและรกดัดแน่น ร้อยละ 10 เท่ากัน เมื่อนำปัญหาดังกล่าวมาทบทวน พบว่าห้องคลอดโรงพยาบาลโซคชัย ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดกับผู้คลอดตลอดเวลาทั้งในระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด จึงอาจส่งผลให้ปฏิบัติการของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา ยังคงเกิดขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลของสำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยนี้โดยการสร้างแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้คลอดได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดในมารดาคลอดปกติ
2. เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดในมารดาคลอดปกติ

2.1 ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการเกิดภาวะตกเลือดระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดในมารดาคลอดปกติ

2.2 ประเมินผลความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวทางปฏิบัติ

2.3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลโซคชัย จำนวน 7 คน และมารดาคลอดปกติ ที่มาคลอดโรงพยาบาลโซคชัย ช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มในการวิจัยจากตารางสำเร็จรูปของเพชรน้อยสิงห์ช้างชัย⁶ ได้จำนวนทั้งสิ้น 60 คน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยและทีมพัฒนาแนวทางปฏิบัติ คัดเลือกปัญหา จากการประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงาน โดยใช้ตารางประเมินความเสี่ยง (Risk matrix) แบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ ปัญหาตกเลือดหลังคลอดเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด และจากการวิเคราะห์พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์ ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยสร้างแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (CNPg-LAR-001) ซึ่งได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงานที่เกิดขึ้น โดยให้พยาบาลห้องคลอด

มีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

3.1 เก็บข้อมูลโดยการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทาง โดยหัวหน้าเวรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยไม่แจ้งให้ผู้ถูกประเมินทราบล่วงหน้า

3.2 สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับความยากง่าย ความชัดเจน ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ ประสิทธิภาพของการใช้ และความเป็นไปได้ที่จะนำแนวทางไปใช้ในหน่วยงาน

3.3 ประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติ ในการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดในมารดาคลอดปกติ จากพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวทางปฏิบัติจำนวน 7 คน

3.4 ประเมินผลหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง 60 คน โดยประเมินการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ คัดเลือกแบบเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี และผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ 4 คน ระดับปฏิบัติการ 3 คน

2. กลุ่มมารดาคลอดปกติ ที่มาคลอดโรงพยาบาลโซคชัย ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ถึง 31 กรกฎาคม 2565 จำนวน 60 คน กรณีที่มารดาหรือทารกในครรภ์มีปัญหาและมีข้อบ่งชี้ที่สูติแพทย์พิจารณาให้การช่วยเหลือโดยการใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น การคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ

การช่วยคลอดท่าก้น หรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จะตัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ชุด

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเป้าหมายที่มาคลอด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ข้อมูลการคลอดซึ่งได้แก่ วิธีคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด การได้รับยากระตุ้นคลอด ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด การประเมินการเสียเลือดใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด

1.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดในมารดาคลอดปกติ เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้คลอด เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึงระยะที่ 4 ซึ่งพยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมของเพื่อนร่วมงานขณะปฏิบัติงาน โดยไม่ได้แจ้งให้ทราบล่วงหน้า ลักษณะการประเมินเป็นแบบระบุตามรายการ จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ การเลือกตอบมี 2 ตัวเลือกคือ ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติได้ 0 คะแนน

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมง หลังคลอด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วย อายุ การศึกษา และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในแนวทางปฏิบัติ มี 5 ข้อ โดยพึงพอใจมาก ได้ 2 คะแนน พึงพอใจปานกลางได้ 1 คะแนน และพึงพอใจน้อยได้ 0 คะแนน การแบ่งกลุ่มระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1.34 – 2.00 หมายถึง ระดับมาก คะแนน 0.67 –

1.33 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 0 – 0.66 หมายถึง ระดับน้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาล เลขที่ CNPG – LAR–001 เรื่อง การป้องกันและการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วยข้อปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. ชักประวัติ ครอบครัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งในอดีตและปัจจุบัน

2. ตรวจร่างกายประเมินภาวะช็อคและประเมินขนาดทารกในครรภ์ตามตาราง

3. ประเมินความเสี่ยงจากการชักประวัติตรวจร่างกาย บันทึกการฝากครรภ์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการในสมุดบันทึกสุขภาพมารดา

4. ให้สารน้ำเข้าเส้นเลือดดำ ด้วยเข็มเบอร์ 18, ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) หรือตรวจหาความเข้มข้นของเลือด (Hct) ทุกราย

5. ใช้กราฟเพื่อดูและติดตามการคลอด (Partograph) ทุกราย ในกรณีเส้นกราฟตัดเส้นที่เตือนให้ต้องเฝ้าระวัง (alert line) ให้รายงานแพทย์

6. ตัดฝีเย็บในรายที่จำเป็น และประคองฝีเย็บ ขณะศีรษะทารกคลอดอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันแผลฝีเย็บฉีกขาดเพิ่ม

7. ใช้ถุงตวงเลือดรองรับเลือดหลังคลอดทารก และประเมินปริมาณเลือดในถุงตวงเลือดทุก 15 นาที กรณีมีเลือดออกในถุง ≥ 300 cc. หรือมีเลือดออกไม่หยุด ตรวจสอบตำแหน่งที่มีเลือดออกและรีบหยุดเลือด ถ้ายังหยุดเลือดไม่ได้ ให้ตามผู้ชำนาญกว่าเข้าช่วยประเมิน หรือรายงานแพทย์

8. ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก oxytocin 10 unit ผสมในสารละลาย 10 ml ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ แก้มารดาทุกราย หลังให้หน้าคลอด เพื่อลดระยะเวลาการคลอดรกและให้ยา oxytocin อีก 10 unit ในสารละลาย 1000 ซีซี

ปรับอัตราเร็ว 120 ซีซีต่อชั่วโมง (ในกรณีที่มีการดาวยัง
ไม่ได้รับยา oxytocin ในสารละลายระหว่างรอกคลอด)

9. สวมปลาสวามารดา ก่อนคลอดหรือก่อน
ทำคลอดรก

10. ทำคลอดรกดด้วยวิธีดึงรั้งสายสะดือ
(Control cord traction) โดยคลำมดลูกเบาๆ ดูว่ามดลูก
บีบรัดตัว เมื่อมดลูกบีบรัดตัวดี ดึงสายสะดือเบาๆ
ขณะที่โกยมดลูกขึ้น โดยดันขึ้นจากบริเวณหัวหน้า

11. ตรวจรูกทั้ง 2 ด้าน หากสงสัยหรือตรวจ
รูกไม่ครบรายงานแพทย์

12. นวดคลึงมดลูกเป็นระยะเวลาอย่างน้อย
60 วินาทีหลังรอกคลอดทันที หากมดลูกแข็งตัวไม่ดีให้
รายงานแพทย์และให้ยา oxytocin อีก 10 unit (รวม
เป็น 20 unit) อัตราเร็ว 120 ซีซีต่อชั่วโมง และให้ยา
กระตุ้นการหดตัวของมดลูก Methergin 0.2 mg ฉีดเข้าทาง
เส้นเลือดดำช้าๆ ทันที (เฉพาะในมารดาที่ไม่มีประวัติ
CHT GHT หรือ BP<140/90 mmHg) และวางซอง
น้ำแข็งที่บริเวณยอดมดลูก หลังให้ยาเพิ่มแล้วหาก
มดลูกยังแข็งตัวไม่ดีหรือยังมีเลือดออกไม่หยุดให้
รายงานแพทย์ซ้ำ เพื่อพิจารณาการรักษาเพิ่มเติม

13. ขณะเย็บแผลประเมินสัญญาณชีพ และ
การหดตัวของมดลูก ทุก 15 นาที หากมดลูกหด
ตัวไม่ดีให้นวดคลึงมดลูกทุกครั้ง

14. หลังเย็บแผลเสร็จประเมินเลือดในถุง
ตวงเลือดซ้ำ ไล่เลือดในโพรงมดลูกออกจากช่องคลอด
และใส่ผ้าอนามัยรองรับเลือด

15. ให้คำแนะนำมารดาให้นวดคลึงมดลูก
ให้แข็งตัวดี และสังเกตเลือดที่ออกถ้าชุ่มผ้าอนามัยใน
1 ชั่วโมง หรือมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดให้แจ้ง
พยาบาล

16. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีต่อ จนครบ
1 ชั่วโมง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง โดยนับจากเวลาหลัง
รอกคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูก ทุกครั้งที่
ประเมินสัญญาณชีพ

17. ใช้โมเดลจำลองเปรียบเทียบลักษณะ
ของมดลูกที่แข็งตัวดีและไม่ดีสอนมารดาซ้ำ

18. ประเมินเลือดออกทางช่องคลอด และ
แผลฝีเย็บว่ามีบวม เลือดซึม หรือมีก้อนเลือดคั่ง
(Hematoma) ใน 30 นาทีหลังย้ายออกจากห้องคลอด
กรณีมีประวัติเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดหรือ
มีเลือดออกขณะคลอดมากกว่า 300 ซีซี ให้ประเมิน
ซ้ำภายใน 15 นาที เพื่อเป็นการคัดกรองที่รวดเร็ว
(Early detection)

19. กระตุ้นให้ปลาสวามารดาภายใน 2 ชั่วโมง
หลังคลอด และสังเกตลักษณะว่ามีกระเพาะปลาสวามะ
เต็มหรือไม่ ก่อนย้ายไปตีกหลังคลอด

20. ประเมินสัญญาณชีพ, การหดตัวของมดลูก, เลือดที่ออกทางช่องคลอด และก้อนเลือด
คั่ง (Hematoma) ที่แผลฝีเย็บก่อนย้ายไปตีกหลังคลอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บ
รวบรวมข้อมูลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่
สูติรีแพทย์โรงพยาบาลโซคชัย หัวหน้างานห้องคลอด
โรงพยาบาลครบุรีที่มีประสบการณ์การทำงานในห้อง
คลอดมากกว่า 20 ปี และอาจารย์พยาบาลสาขา
ผดุงครรภ์ ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและ
ความครอบคลุมของเนื้อหาของแบบประเมินการ
ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือด
ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดในมารดาคลอดปกติ
โรงพยาบาลโซคชัย จากนั้นรวบรวมนำข้อเสนอแนะ
มาแก้ไขปรับปรุง โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา
(Content validity) เท่ากับ 0.916 และนำมาวิเคราะห์
หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา
ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า
ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.702

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH 042
เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจง
วัตถุประสงค์ในการศึกษา วิธีการและขั้นตอนการ

รวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้ลงนามยินยอมทำการศึกษาตามแบบยินยอมโดยความสมัครใจของอาสาสมัคร ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลโซคชัย เป็นผู้ช่วยนักวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด เกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูล และการบันทึกข้อมูลของหญิงคลอดให้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลโซคชัย เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จในแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องและความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำมาวิเคราะห์

2. ให้พยาบาลห้องคลอดหัวหน้าเวรสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตามขั้นตอนในการป้องกันการเกิดตกเลือดหลังคลอดของเพื่อนร่วมงานโดยไม่แจ้งล่วงหน้า และบันทึกในแบบประเมิน

3. ให้พยาบาลห้องคลอดทั้ง 7 คน ทำแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยการวิเคราะห์ สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมารดาคลอดปกติจำนวน 60 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี 43 ราย (ร้อยละ 71.7) ประกอบอาชีพรับจ้าง 35 ราย (ร้อยละ 58.3) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา 40 ราย (ร้อยละ 66.7) เป็นมารดาครรภ์แรกมีจำนวนมากที่สุดคือ 20 ราย (ร้อยละ 33.3) รองลงมาเป็น การตั้งครรภ์ครั้งที่สองและครรภ์ที่สาม มีจำนวนเท่ากันคือ 17 ราย (ร้อยละ 28.3) และคลอดบุตรเป็น

ครั้งแรกพบมากที่สุด จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 38.3) รองลงมาคือเคยคลอดบุตรเป็นครั้งที่สอง 19 ราย (ร้อยละ 31.7) ส่วนใหญ่ไม่เคยแท้ง 50 ราย (ร้อยละ 83.3) และไม่เคยขูดมดลูก 54 ราย (ร้อยละ 90) ไม่มีประวัติตกเลือดหลังคลอด 59 ราย (ร้อยละ 98.3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 46 ราย (ร้อยละ 76.7) น้ำหนักทารกแรกเกิดส่วนใหญ่ระหว่าง 2,500 - 3,500 กรัม (ร้อยละ 88.3) ก่อนคลอดไม่ได้รับยากระตุ้นคลอด 38 ราย (ร้อยละ 63.3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด 58 (ร้อยละ 96.7)

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดส่วนใหญ่มีอายุ 20 - 30 ปี 6 ราย (ร้อยละ 85.7) ทุกคนจบระดับปริญญาตรี อายุงาน 1-5 ปี และ 6-10 ปี มีจำนวนเท่ากัน คือ 3 ราย (ร้อยละ 42.9) อายุงาน 21 - 30 ปี มี 1 ราย (ร้อยละ 14.2)

2. การปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่พยาบาลมีการปฏิบัติตามขั้นตอนตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ร้อยละ 85 พบขั้นตอนที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง 3 ลำดับ ดังนี้

2.1 การใช้โมเดลจำลองเปรียบเทียบลักษณะของมดลูกที่แข็งตัวดีและไม่ดี สอนมารดาเข้าใจ ร้อยละ 42.9 เนื่องจากการขาดคลอดส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์หลัง ร้อยละ 61.7 มีความเข้าใจเรื่องการแข็งตัวของมดลูกและในการคลอดครั้งนี้มดลูกแข็งตัวดี พยาบาลจึงไม่ได้สอนโดยใช้โมเดลซ้ำ ใช้วิธีการสอนวาดกับมดลูกผู้คลอดเพียงอย่างเดียว

2.2 การประเมินเลือดออกทางช่องคลอดและแผลฝีเย็บว่ามีบวม เลือดซึม หรือมีก้อนเลือดคั่ง (Hematoma) ใน 30 นาทีหลังย้ายออกจากห้องคลอดกรณีมีประวัติเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดหรือมีเลือดออกขณะคลอดมากกว่า 300 ซีซี ให้ประเมินซ้ำภายใน 15 นาที เพื่อเป็นการคัดกรองที่รวดเร็ว ร้อยละ 28.6 เนื่องจากมีผู้คลอดที่คลอดในเวลาใกล้เคียงกันหลายราย (2-3 ราย) ทำให้พยาบาลมี

การประเมินซ้ำล่าช้ากว่าที่กำหนดไว้แต่ไม่เกิน 30 นาที

2.3 การนัดคลั่งมดลูกเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 60 วินาทีหลังรกคลอดทันที หากมดลูกแข็งตัวไม่ดีให้รายงานแพทย์และให้ยา oxytocin อีก 10 unit (รวมเป็น 20 unit) อัตราเร็ว 120 ซีซีต่อชั่วโมง และให้ยากระตุ้นการหดตัวของ Methergin 0.2 mg ฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำช้าๆ ทันที (เฉพาะในมารดาที่ไม่มีประวัติ CHT GHT หรือ BP<140/90 mmHg) และวางช่องน้ำแข็งที่บริเวณยอดมดลูก หลังให้ยาเพิ่มแล้วหากมดลูกยังแข็งตัวไม่ดีหรือยังมีเลือดออกไม่หยุดให้รายงานแพทย์ซ้ำเพื่อพิจารณาการรักษาเพิ่มเติม ร้อยละ 14.3 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดตกเลือดหลังคลอดต่ำ ซึ่งโดยกลไกธรรมชาติหลังคลอดรก มดลูกจะมีการหดตัวเพื่อบีบหลอดเลือดที่แทรกอยู่ตามกล้ามเนื้อมดลูกอยู่แล้วซึ่งมดลูกจะสามารถหดตัวได้ดีโดยการกระตุ้นเพียงเล็กน้อย พยาบาลจึงไม่ได้นัดคลั่งจนครบถึงเวลา 60 วินาที

3. ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวทางปฏิบัติ ความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอดต่อการใช้แนวทางป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีความพึงพอใจมาก ได้แก่ ความง่ายและความสะดวก ในการใช้แนวทางปฏิบัติ ($\bar{X} = 1.85$, $SD=0.37$) ความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติ ($\bar{X} = 1.85$, $SD=0.37$) ความเหมาะสมกับการนำแนวทางไปใช้ในหน่วยงานของท่าน ($\bar{X} = 2.0$) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ (สามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ) ($\bar{X} = 2.0$) ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน ($\bar{X} = 2.0$)

4. ไม่พบมารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด (เสียเลือด ≥ 500 ซีซี) และพบว่ามารดาหลังคลอดมีการสูญเสียเลือดน้อยกว่า 100 ซีซี มากที่สุด 30 ราย (ร้อยละ 50) รองลงมาสูญเสียเลือดระหว่าง

100-200 ซีซี 21 ราย (ร้อยละ 35) และ > 200-400 ซีซี 9 ราย (ร้อยละ 15) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

1. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดโรงพยาบาลโซคชัยที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นการสร้างแนวทางขึ้นใหม่โดยรวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังรวบรวมมาจากผลการวิเคราะห์ปฏิบัติการการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นในหน่วยงานซึ่งพบว่ร้อยละ 80 สาเหตุเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี ได้มีการศึกษาจากผลงานวิจัยที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง และการประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมผู้คลอดก่อนย้ายไปตีกหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิวรรณ ทองยศ, ศิริพร ชมงาม , สุภาวดี เหลืองขวัญพิบูล, บัณฑิต พานิชชา⁷ ศึกษาการพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีสาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดีในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด โดยมีการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการรักษาและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ทันที พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะตกเลือดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 7.80 ในขณะที่ กลุ่มเปรียบเทียบมีภาวะตกเลือดหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 39.8 อธิบายได้ว่าการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยแนวทางปฏิบัติอาจมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

2. ข้อมูลทั่วไปของมารดาในกลุ่มตัวอย่างไม่พบอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดหรือเสียเลือด

≥ 500 ซีซี อธิบายได้ว่าการมีคู่มือขั้นตอนการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน ส่งผลให้มีการเสียเลือดหลังคลอดลดลง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วรธรณี แก้วคงธรรม^๘ ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพัทลุง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดทางช่องคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และกลุ่มทดลองมีสัดส่วนมารดาตกเลือดหลังคลอดระยะแรกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี เหลืองขวัญ , บังอร ตูพิมาย , ศิริพร ชมงาม, ธาณินี ลอยเด่น^๙ ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและได้นำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าอัตราตกเลือดหลังคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 18.9 เหลือร้อยละ 3.9 อธิบายได้ว่าแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดในระยะแรกและลดความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดได้

3. การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก เนื่องจากแนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นนี้ เป็นประเด็นสำคัญที่หน่วยงานต้องการปรับปรุงคุณภาพ ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวปฏิบัติและลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาของตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กรรณิการ์ ทุ่นศิริ¹⁰ ศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ

ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษ โดยได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละระยะของการคลอดโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของบุคคล ทำให้ผ่านกระบวนการจัดระบบความคิดของตนเองได้สะท้อนความคิดแก้ไขปัญหา เกิดทัศนคติที่ดีจนเป็นทักษะ ส่งผลให้มีความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 4.07 ($SD=1.78$) และภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 6 ($SD=1.26$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐนนท์ ศิริมาศ และคณะ¹¹ ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร ผลลัพธ์จากการปฏิบัติร่วมกันของพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางในทิศทางเดียวกัน มีเครือข่ายในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 85 และมีการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ร้อยละ 97.29 อธิบายได้ว่าแนวทางปฏิบัติที่ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการกำหนด จะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจและมีการนำแนวทางไปใช้

4. ขั้นตอนที่พยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการใช้ไมเดิลจำลองเปรียบเทียบกับลักษณะของมดลูกที่แข็งดีและไม่ดี สอนมารดาเข้าใจเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์หลังและมดลูกหดตัวดีอยู่แล้ว 2) ขั้นตอนการประเมินเลือดออกทางช่องคลอดและแผลฝีเย็บหลังย้ายออกจากห้องคลอดที่ล่าช้ากว่าเวลาที่กำหนดเนื่องจากมีจำนวนผู้คลอดหลายคน (2-3คน) และ 3) ขั้นตอนการวัดคลื่นมดลูกทันทีหลังรกคลอดอย่างน้อย 60 วินาที เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการ

เกิดตกเลือดหลังคลอดต่ำ ซึ่งโดยกลไกธรรมชาติหลังคลอดรก มดลูกจะมีการหดตัวเพื่อบีบหลอดเลือดที่แทรกอยู่ตามกล้ามเนื้อมดลูกอยู่แล้ว ซึ่งมดลูกจะสามารถหดตัวได้ดีโดยการกระตุ้นเพียงเล็กน้อย พยาบาลจึงไม่ได้วัดคลื่นจนครบถึงเวลา 60 วินาที ซึ่งอธิบายได้ว่า การสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ควรมีขั้นตอนที่กระชับ ลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อน และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติเหมือนกันทุกราย ควรปรับตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดของผู้คลอด เพื่อลดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้การสังเกตเพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางโดยหัวหน้าเวร ซึ่งเป็นเพื่อนร่วมงานโดยไม่บอกล่วงหน้า แต่ผู้ถูก

สังเกตอาจรู้ตัวและส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดทุกรายก่อนคลอดเพื่อเลือกใช้แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม
2. ควรมีการปรับแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดให้เหมาะสมกับความเสี่ยงของผู้คลอด เพื่อให้ขั้นตอนมีความกระชับและปฏิบัติได้ครบถ้วน
3. ควรนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของแนวทางปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [10 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rtcog.or.th/home/wp-uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-of-Postpartum-Hemorrhage.pdf>.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. วิเคราะห์สถานการณ์แม่ตาย ปีงบประมาณ 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [1 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก. http://hp.anamai.moph.go.th/eWtadmin/ewt/hp/ewt_dl_link.php?nid=2356.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [1 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก. <https://hp.anamai.moph.go.th/>.
4. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. การคลอดทางช่องคลอด (Normal vaginal delivery). [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [1 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/medical-student-5/1705/>
5. สุทธารัตน์ ชูรส. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล. 2562; 11: 189-192.
6. เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย. การวิจัยทางการแพทย์.สงขลา. สำนักพิมพ์อัลลายด์เพรส. 2535. 155.
7. สุทธิวรรณ ทองยศ, ศิริพร ชมงาม, สุภาวดี เหลืองขวัญพิกุล บัณฑิตพานิชชา. การพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีสาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดีในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559; 28: 176-183.
8. วรณี แก้วคงธรรม. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือด หลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลพัทลุง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2563; 2: 37-47.

9. สุภาวดี เหลืองขวัญ, บังอร ตูพิมาย, ศิริพร ชมงาม, ธารินี ลอยเด่น. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2562; 36: 1-13.
10. กรรณิการ์ ทุ่นศิริ. ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด หลังคลอดในเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556; 31: 115-120.
11. ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพวงค์พรรณ พาดกลาง, จีรพร จักขุจินดา. การพัฒนาระบบการดูแล หญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557; 32: 37-46.

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

เชี่ยมหงส์ พรหมประกาย¹

สุวพักตร์ ลิทธิ²

นิภารัตน์ จันทรวงศ์²

อรอนงค์ พงสุภา²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประจักษ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยไตวาย ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยไตวาย ที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลศรีสงครามทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 4,367 คน คัดกรองตามเกณฑ์ด้วยอัตราการกรองของไต จำนวน 507 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจด้วย Multiple Logistic Regression เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 15 คน สทนากลุ่มจำนวน 12 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 507 คน คิดเป็นร้อยละ 11.6 ระยะที่ 4 ร้อยละ 52.90 ระยะที่ 5 ร้อยละ 47.10 พบมากในเพศหญิงร้อยละ 60.20 อายุเฉลี่ย 68.94 ปี ± 11.8 SD อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 15.93 ± 8.91 ml/min/1.73m² ในกลุ่มเลือกบำบัดทดแทนไต อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 7.22 ± 6.75 ml/min/1.73m² เมื่อเทียบกับค่ามาตรฐานพบว่า กลุ่มผู้ป่วยสามารถรักษาระดับอัตราการกรองของไตได้สูงกว่าอัตราการกรองของไตกลุ่มระดับประคับประคองเฉลี่ย 18.05 ± 8.05 ml/min/1.73m² เมื่อแบ่งกลุ่มการตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) ออกเป็น 2 กลุ่ม โดยที่กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่เลือกบำบัดด้วยการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ตัดสินใจบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด พบว่ากลุ่มระดับประคับประคองสามารถดูแลตัวเองให้อัตราการกรองของไตสูงกว่าเกณฑ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย eGFR โรคร่วม อายุ และพื้นที่บริการ โดยที่ผู้ป่วยในเขต ที่มีระดับ eGFR ต่ำ และอายุมาก จะตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) มากกว่ากลุ่มที่ตัดสินใจบำบัดทดแทนไต (Dialysis) และผู้ป่วยนอกเขตที่มีภาวะไตเสื่อม จะตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไต (Dialysis) และเลือกเข้ารับบริการในคลินิกไต มากกว่าการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

คำสำคัญ: ไตวายเรื้อรัง, บำบัดทดแทนไต, แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

วันที่รับบทความ
15 พฤษภาคม 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข
21 มิถุนายน 2566

วันที่ตอบรับบทความ
26 มิถุนายน 2566

¹สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: siamhong551@gmail.com โทร. 089-4207174

²สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข

Factors Associated with the Selection of Renal Replacement Therapy among Patients with Chronic Renal Failure as Based on the Health Belief Model Employed in Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province

Siamhong prompakai¹

Suwapak sitthi²

Niparut Chanwong²

Onanong Pongsupa²

Abstract

The purpose of this applied research was to study the occurrences of chronic renal failure (CRF) and to determine the factors associated with the selection of renal replacement therapy (RRT) by the retrospective reviewing of 4367 registered patients with CRF in Sri Songkhram Hospital between 2018 and 2020. Screening was based on the standard criteria of the estimated glomerular filtration rate (eGFR) in 507 patients. The relevant descriptive and inferential statistics were applied for data analysis. Multiple logistic regression was used to determine factors associated with the selection of RRT among patients with CRF. In-depth interviews and group discussions took place among 15 CRF patients, while 12 CRF patients were examined for qualitative data collection. A context analysis was then applied for the purpose of a qualitative data analysis.

The study findings found that 507 patients were end-stage CRF patients (11.6%), 52.90% of whom were classified into stage 4, and 47.10% in stage 5, respectively. It was commonly found among female patients (60.20%), at an average age of 68.94 years (S.D.= 11.8 years), while their average eGFR was 15.93 ± 8.91 ml/min/1.73m². The RRT patients were classified into 2 groups: 1) Dialysis patients and 2) Palliative-care patients. Among dialysis patients, the eGFR was 7.22 ± 6.75 ml/min/1.73m². When compared to the standard values of eGFR, palliative-care patients were able to maintain higher eGFR than standard values of eGFR at 18.05 ± 8.05 ml/min/1.73m² and were able to take care of themselves sufficiently well to have a higher eGFR than the standard values. Factors associated with the selection of RRT were eGFRs, comorbidities, patient ages and the service areas. Patients dwelling in the service areas presented a good level of eGFR, which was mostly found in older age groups. They were mainly selected for palliative care rather than dialysis, while CRF patients who were dwelling outside of service areas tended to be selected for dialysis treatments provided at the hospital renal clinic than for palliative care.

Keywords: Chronic renal failure, Renal replacement therapy, Health belief model

Received

Revised

Accepted

15 May 2566

21 June 2566

26 June 2566

¹Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Corresponding author e-mail: siamhong551@gmail.com

Tel. 089-4207174

²Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุการตายและความพิการและมีแนวโน้มจะเป็นปัญหาหลักของการเจ็บป่วยโดยเป็นสาเหตุการตาย 5 ใน 10 ของประเทศที่กำลังพัฒนา และคาดว่า ปี ค.ศ.2020 จะเพิ่มขึ้นเป็น 7 ใน 10 เท่า¹ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อสุขภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ และศักยภาพในสังคม ทำให้โรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่ซับซ้อนยุ่งยากต้องวางแผนการรักษาในระยะยาว ระบบดูแลต้องมีการประสานงานกันในห้องสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงสังคม ชุมชน เป้าหมายในการรักษาให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว¹ โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของโลก สาเหตุของโรคที่พบบ่อยเกิดจากเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึงการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและไปทำลายหลอดเลือดฝอยในเนื้อเยื่อไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองของเสียจึงมีภาวะโปรตีนรั่วออกมากับปัสสาวะผู้ป่วยเบาหวานจึงมีภาวะแทรกซ้อนทางไตจนเกิดโรคไตวายเรื้อรัง พบความชุกโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ40² การเกิดโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานในระยะแรกจะไม่พบอาการผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการตรวจและการรักษาช้าพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป ประมาณ 1.9 และ 1.6 เท่าตามลำดับ³ ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ1.9 ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ สามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตรวจพบเมื่อมีอาการมากแล้ว เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD)³ ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 อัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate: eGFR) อยู่ระหว่าง 30–59 ml/min/1.73m² ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการซีด

เนื่องจากไตสามารถสร้างฮอร์โมนอีริโทรพอยทิน (Erythropoietin) ซึ่งเป็นสารที่ช่วยกระตุ้นให้ไขกระดูกผลิตเม็ดเลือดแดงจึงทำให้ผู้ป่วยซีด ระยะที่ 4 eGFR ลดลงมาก โดยอยู่ระหว่าง 15–29 ml/min/1.73m² ผู้ป่วยเริ่มอ่อนเพลียมีอาการซีดมากขึ้น มีอาการบวมและภาวะเลือดเป็นกรดระยะที่ 5 ค่า eGFR ลดลงต่ำกว่า 15 ml/min/1.73m² เป็นระยะที่ไตทำหน้าที่ลดลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยจึงมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น มีอาการบวมเพราะไตขับน้ำและเกลือลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซีด หอบเหนื่อย สับสน ซึม อาการดังกล่าวเกิดจากภาวะยูรีเมีย ต้องทำการบำบัดทดแทนไตวิธีล้างไต (Dialysis) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัดทดแทนไต หรือที่เรียกว่า Renal Replacement Therapy (RRT)

ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวาน ในปี 2556 มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 689,720 คน คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,081.25 ต่อแสนประชากร³ ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน ประมาณ 70,000 คนและเพิ่มขึ้น 10,000–15,000 คนต่อปี การฟอกด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางหน้าท้อง (Peritoneal dialysis) การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

โรงพยาบาลศรีสงคราม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 80 เตียง จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ปี 2560–2563 จำนวน4,744,3937,4336,4360 ราย ได้รับการคัดกรองไตร้อยละ 73.08, 76.99, 37.84, 66.33 ตามลำดับ เลือกรักษา HD ร้อยละ 0.02, 9.30, 0.00 ตามลำดับ เลือกรักษา CAPD ร้อยละ 21.02, 11.63, 9.09 ตามลำดับ เลือกรักษา Palliative Care ร้อยละ 76.92, 79.07, 90.91 ตามลำดับ สำหรับการปลูกถ่ายไตยังไม่มีรายงาน ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะ 4 และระยะ 5 ต้องเข้าคลินิกไตวายเพื่อชะลอการเสื่อมของไต กลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัด

ทดแทนไต หรือที่เรียกว่า (renal replacement therapy (RRT) ซึ่งในการให้คำปรึกษาจะมีระยะจนผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไต หรือเลือกการรักษาแบบประคับประคอง กลุ่มที่เลือกบำบัดทดแทนไตจากหน่วยบริการ 2 หน่วยงานคือ หน่วยฟอกไตทางหน้าท้อง และหน่วยฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต มีผู้เคยศึกษาเกี่ยวกับการชะลอไต วางโปรแกรมเพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคไตวาย ระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม และแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้น เป็นสิ่งที่มีค่าเชิงบวกมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวจะต้องมีความรู้สึกล้วต่อโรคหรือรู้สึกว่ารอดคุกคามตน และต้องมีความรู้สึว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ ซึ่งผู้วิจัยนำมาเป็นข้อมูลในการทำการศึกษำวิจัยที่มีผลต่อการเลือกตัดสินใจทำและไม่ทำการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยกลุ่มไตวายระยะสุดท้ายโดยมุ่งความสนใจไปที่ความคิด ความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม ตัวแปรที่ทำการศึกษำประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ โรคร่วม อาศัยอยู่ใน/นอกเขต ผลการตรวจ eGFR ปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถ การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 4 และ 5 ในคลินิกโรคไตวายเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกบำบัดทดแทนไตตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาถึงการตัดสินใจบำบัดทดแทนไตประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ การบำบัดทดแทนไต การรับรู้อุปสรรคในบำบัดทดแทนไต การรับรู้ความสามารถของตนเอง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยประยุกต์ คือการศึกษาสถานการณ์การบำบัดทดแทนไตด้วยข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (Retrospective study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานความดันในโรงพยาบาลศรีสงคราม จำนวน 4,367 คน ศึกษาถึงการตัดสินใจบำบัดทดแทนไตด้วยกระบวนการวิจัยการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในตัวแทนผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ในอำเภอศรีสงคราม ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 15 คน คือคนที่เลือกบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือด วิธีฟอกไตทางหน้าท้อง วิธีดูแลแบบประคับประคอง ใช้เวลา 30-45 นาที การสนทนากลุ่มในตัวแทนผู้ป่วยจำนวน 6 คน ผู้แทนเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล จำนวน 6 คน ระยะเวลาในการศึกษาเดือนพฤษภาคม 2564 ถึงเดือน ธันวาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ คณะผู้วิจัย เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.82

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้การดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 007/64 ลงวันที่ 6 พฤษภาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเชิงเนื้อหา

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร/กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยไตวายที่มีค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 50 จำนวน 4,367 คน คัดกรองตามเกณฑ์ด้วยอัตราการกรองของไตจำนวน 507 คน ปัจจัยที่มีผล เมื่อเปรียบเทียบ อายุกลุ่มผู้ป่วยมากกว่า 60 ปี มีอัตราการกรองของไต

เฉลี่ย 16.69 ± 8.56 m/min/1.73m² ซึ่งผลดีกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่มีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 12.97 ± 9.66 m/min/1.73m² พื้นที่บริการผู้ป่วยในเขตบริการมีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 16.42 ± 8.69 สูงกว่าผู้ป่วยนอกเขตบริการที่มีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 10.28 ± 9.61 m/min/1.73m² กลุ่มการเลือกบำบัดทดแทนไตที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 18.05 ± 8.05 m/min/1.73m² สูงกว่ากลุ่มที่เลือกบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีอื่นที่มีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 7.23 ± 6.75 m/min/1.73m² แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0001$ กลุ่มผู้ป่วยแบ่งตามเพศ เพศหญิงมีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 16.93 ± 8.73 m/min/1.73m² สูงกว่าเพศชายซึ่งมีค่าอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 14.44 ± 8.99 m/min/1.73m² กลุ่มที่มีโรคร่วมอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 16.09 ± 9.06 m/min/1.73m² สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมซึ่งมีค่าอัตราการกรองของไต 15.01 ± 7.91 m/min/1.73m² แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการกรองของไตของกลุ่มผู้ป่วย แบ่งตามการบำบัดทดแทนไต

variable	mean	Std. Deviation	Mean Difference	t-test	95% Confidence Interval of the Difference		p-value
					Lower	Upper	
GENDER							
Male	14.44	8.99	-2.49	-3.09	-4.08	-0.91	0.002*
Female	16.93	8.73					
AGE group							
< 60 years	12.97	9.66	-3.72	-3.57	-5.78	-1.66	0.000**
≥ 60 years	16.69	8.56					
Underlying							
Metabolic disease	16.09	9.06	1.08	1.03	-.99	3.15	0.015*
Non-metabolic	15.01	7.91					
Area service							
In	16.42	8.69	6.14	4.25	3.31	8.98	0.000**

variable	mean	Std. Deviation	Mean Difference	t-test	95% Confidence Interval of the Difference		p-value
					Lower	Upper	
Out	10.28	9.61					
RRT group							
Dialysis (HD/CAPD)	7.23	6.75	-10.83	-13.75	-12.38	-9.27	0.000**
Palliative	18.05	8.05					

*P<0.05, **P<0.0001

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ Health Believe Model

การรับรู้โอกาส (perceived susceptibility)

ส่วนใหญ่รับรู้โรคเกิดจากพฤติกรรมการกิน เช่น การรับประทานอาหารหวาน แป้ง อาหารเค็ม โดยปรุงตามความชอบของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ และรับประทานตามความอยากของตนเอง “บางทีลูกซื้อของกินมา ขอลูกกินเพราะอยาก อดไม่ได้ ขอลูกกิน เช่น หน้าลำไย ยายอยากกินขอลูกกิน ลูกก็ให้กินลูกสองลูก บางทีกินหลายลูก” “ขนมจีนกินนะ แต่กินครั้งละหัว แต่ว่าบุญเดือนสี่กินเยอะนะ จนสามีบอกอย่ากินหลาย” โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานซึ่งไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ปรับพฤติกรรมการกิน “เป็นที่เสากินบะลำ บัหยัง” “กะลิกเกี่ยวกับโรคแพน เพราะว่ามันบะลำ ช่วงหนึ่งยายกินบะลำ ยายอยาก” “คับหลายกว่าหมูนาคับ เสากินน้ำบางทีเอ มันอาจจะมึ่ตะกอนมีเชื้อมีหยั่งน้อ เว้าบักคับ คือว่ามากับน้ำจักมีหยั่งต่อหยั่งแน่น แสงซุมีน้อนี้ไค่แน่น ไทเอากะบ่ค่อยกล้ำกินน้ำ แม่น้ำฝนกะบ่กล้ำกิน เป็นน้ำขวดแล้วซุมีน้อนี้ ไค่แน่น แต่มันกะมาแนวอื่น คั้นว่านนั้นแหละ สังเกตเบ็งคือเบาหวานนี้ แต่ก่อนนี้ แต่รุ่นผมเป็นนิ เพ้นลิวาอายุจะต้อง 40 อัพ ซุมีน้อนี้ 3 ปี คือว่าเป็นละกะว่ามี (หัวเราะ) ผมกะว่าอาหารนิละกะส่วนหลาย แต่มันลิวาในรูปได้ ท่อนั้นละคับ จังว่าเด็กน้อย

ลิวานำหยั่งนำขนม นำค้อฟฟี่ เบาะรีพวงน้ำตาลเบาะรีว่าแนวได้” (PT_fc1_02)

โรคประจำตัวและโรคร่วมที่เป็นปัญหาและนำไปสู่การเกิดภาวะไตวาย ได้แก่ เบาหวาน และนิ่วไต ซึ่งเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีจะกลายเป็นไตวายแต่กรณีนิ่วไตยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน “เป็นไตวายเพราะนิ่วไต ผ่าตัดออก 1 ข้าง มีนิ่วปี 27 ทำงานที่ซาอุ ว่าจะกลับมาผ่า แล้วอาการดีขึ้น” โดยที่ผู้ป่วยไม่เคยทราบหรือรู้จักภาวะไตวายมาก่อนเลย “ผมกะคิดอยู่ คือบ่ได้เฮ็ดหยั่งคือมาเป็นจั้งซี ที่แรกมันก็เป็นเจ็บข้อแขนนี้แหละ” (PT_Ind_001; 002; 00; 004; 007; 008; 012; 013; 014)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค(perceived severity)

จากการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่สำคัญและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนักชัดเจน คือการรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบที่มีต่อฐานะทางสังคมของผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สึกต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงมีการปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคไตที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม “คนที่ทำที่หลังก็ตายไปก็มี มีแต่ติดเชื้อ ลาวบ่เขาเป็น เพ้นบอกว่า

โรคมันอันตราย มันหนักหน้าไปเรื่อยๆ ไตน้อยลงเรื่อยๆ เหลือหวัง 50 นี่ละ...ถ้าเราพอกเราจะไม่เหนื่อย ไม่เพลีย พอกเราจะขับของเสียออก เราอาจซ็อกได้ ถ้าเราไม่รักษา...รู้อยู่ น้ำท่วมปอดก็ 2 ครั้ง ตอนยังไม่ไปพอก...ผู้ป่วย บางทีลูกซื้อของกินมา ขอลูกกิน เพราะอยาก ออบได้ ขอลูกกิน เช่นหน้าลำไย ยายอยากกินขอลูกกิน ลูกก็จะให้กินลูกสองลูก บางทีกินหลายลูกก็จะซื้อเลย หยด(หัวเราะ) เดี่ยวจะเป็นอย่างอื่นไป เป็นน้ำท่วมปอด ก็ได้คุณน้ำ ลูกบ่ให้กินหลายช่วงนี้ยายบ่ได้กินหยั่งคะลำ."(PT_Ind_002; 003; 010; 012; 013) "สุดท้ายของความรุนแรง ผมนัดครั้งไหน ไผ่กะว่าบ่ยัง ไทบ้านว่าตายคัก มันชียายใจบ่ได้ มันลิสฮา ฮา ฮาๆๆๆ (อาพาทำท่าหายใจลำบาก) ญาติพามาโรงพยาบาลกะคิดว่าตัวเองจะไม่รอด แต่ก็เป็นคนดีใจแข็งแหันจักหน้อย ตั้งสติว่า บ่ตายๆๆๆๆ ต้องบ่ตายตายบ่ได้ ตายยังไมได้" (PT_fc1_02)

การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลือกบำบัดไตแต่ละวิธีของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการความตามคำแนะนำของหมอ อาการแสดงออกของโรคของผู้ป่วยและ Care giver ผู้ป่วย Palliative CKD เชื่อว่าการไม่เลือกพอกไต เป็นการตัดสินใจที่ถูกต้องเนื่องจากผู้ป่วย มีความสะดวกสบายในการใช้ชีวิต "กินข้าวแบบสบายเลย การขับปัสสาวะก็ดี" "สะดวกดีได้ละ มือนี้กะขับมอไซค์มาเอง" "คนเฮ็ดกะตาย บ่เฮ็ดกะตาย" ส่วนผู้ป่วย CAPD ตัดสินใจว่าการเลือกบำบัดทดแทนไตทางหน้าท้องเพราะ รับรู้ถึงประโยชน์ของการทำ ลดอาการคลื่นไส้ รับประทานอาหารได้มากขึ้น " ทำแล้วก็ดีขึ้น อยู่ดีกินดี " "ถ้าเราพอกเราจะไม่เหนื่อย ไม่เพลีย พอกจะขับของเสียออก เราอาจซ็อกได้ ถ้าเราไม่รักษา" และผู้ป่วย HD การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลือกบำบัดไตทางเส้นเลือด เพราะความสะดวกสบาย "ไม่เป็นภาระของคนรอบข้าง ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ " มันจำกันได้ ยานติดเชื้อมันลูกเมียบ่อยู่หน้า เฮ็ดผู้เดียวกะได้อยู่ดอก แต่เป็นหยั่ง

แลงพูนได้เค้าจั่งมา เอ้า เฮ็ดเส้นดีกว่า" ยากผู้เบ่งอันนี้พอกได้ผมกะอยากไปได้ แต่ค่ายพอกมาผมกะบ่ได้อยู่ซ็อกได้ไปกริดยางได้" (PT_Ind_001; 003; 008; 009; 010; 0011; 012; 013; 014) "เป็นโรคที่ทรมาณแต่กะได้อยู่อย่างหนึ่ง เป็นโรคที่ซื้อชีวิตไว้ได้ ผมว่าเป็นโรคเดียวที่ซื้อชีวิตไว้ได้ คือผม ถ้าบ่พอกคือซิบเกิน 15 มือ แม่นบ่ครับ" (PT_fc1_02)

การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy)

การรับรู้ความสามารถของผู้ป่วย แสดงออกในลักษณะการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่างๆ การรับรู้ที่สำคัญและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนักในครั้งนี้อยู่ที่ชัดเจนคือ การตระหนักด้านการรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยจะแสดงออกในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารที่มีรสจืด หากสามารถทำอาหารเองได้ จะประกอบอาหารกินเอง แต่หากไม่สามารถทำเองได้จะมอบภาระให้ผู้ดูแลที่เป็นญาติ ส่วนการจัดซื้อตามท้องตลาดจะเลือกทำในกรณีที่เป็นจริง ๆ ซึ่งผู้ป่วยก็ตระหนักว่าจะได้รับปริมาณเกลือ เครื่องปรุงที่เกินขนาด แต่จำเป็นต้องกินในบางมื้อ พยายามควบคุมให้เกิดน้อยครั้ง การกระทำที่บ่งบอกความสามารถของผู้ป่วยอีกประการหนึ่งคือการจัดการเรื่องเวลาในการนัดหมายเข้ารับการพอกตามเวลาที่กำหนดตามแพทย์สั่ง ซึ่งต้องจัดการตั้งแต่การเดินทาง การดูแลอาการเหนื่อยและอาการแทรกซ้อนของตนเองก่อนและหลังการพอก นอกจากนั้นการจัดการของผู้ป่วยยังสะท้อนจากการจัดการด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคได้แก่ การจัดการกับความเครียด การสร้างความหวังจากอาการที่ดีขึ้นหลังจากการพอก การปรับพฤติกรรมของตนเองตามคำแนะนำของแพทย์ การจัดการกับรายจ่ายที่เกิดขึ้นในการรักษาโรค เป็นต้น "คะลำผู้เจ้าเอา..ปรับนิสัยตัวเอง จากเคยกินปลาร้า ก็เป็นซอสแทน ผงชูรสถ้าซื้อตลาดก็ต้องกินบ้างเพราะเขาใส่มา แต่ถ้าทำเองก็ไมใส่ เลยทำเองไม่อร่อยก็กินพอกให้กินข้าวลงเนี่ยละ...คันลูกเมียบ่อยู่

นำ เอ็ดผู้เดียวจะได้ยู่ดอ....ถึงเวลาพอก ก็มาพอก.. ถ้าฝนตกลูกเขยขับรถมาส่ง บางครั้งขับสามล้อมาเอง ไม่รู้ว่าก็ก็โล ไม่ได้นับ....กะบ่เมื่อย ช่วยเหลือตัวเองได้ มาฮอดเฮือน กะพักตามเล็กตามน้อย ..ปัญหา ค่าใช้จ่ายกะมีขึ้นแล้ว แต่กะพอหาได้...ไม่มีเงินก็เอา ที่ดินไปจำนอง ธกส. ตัวเองมีที่ดินเยอะ..เครียดอยู่ เครียดกับตัวเองนี่ล่ะ คิดหลาย...การจัดการ ความเครียดกะไปวัดวันพระ..(PT_Ind_110; 003; 004; 007; 013)

การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers)

การรับรู้อุปสรรคของผู้ป่วยแสดงออกในเรื่องกลัวการติดเชื้อ “ย่านติดเชื้อ” “อยู่แต่บ้าน กลัวสกปรก” และขาดผู้ดูแลเมื่อบำบัดทดแทนไต “หมอเว้าปั่นพังอยู่ เป็นไตวาย ลาวบอกให้ไป โรงพยาบาลแต่เหิงละ แต่ข้อยบ่ไป บ่มีผู้ดูแล” “ลำบากลูกเต๋านี้แหละ” “มีสามีอยู่แต่ทำให้ไม่ได้ เพราะว่าเจ็บแข็ง เจ็บขา หลังโกรง” ค่าใช้จ่ายในการพอกไต “อดเอาให้ลูกเรียนจบซะ ถ้ามีเงินมีค่าจ้างไป รักษาต่อว่าซัน” “เฮาหาเงินได้บ่ดลือ เฮากะเอามาป้าไว้พอกไตละหย่า” และการเดินทางเพื่อรับการพอกไต “อุปสรรคแค่เรื่องการเดินทางนี่แหละ” “เดินทางญาติพี่น้องมาส่ง ระยะทาง 21 กิโลเมตร เต็มน้ำมันครึ่งละ 600บาท”(PT_Ind_001,002,003,004,005,006,007, 008,009,010,011,012,013,014) “กะผมมะครบอยาก ให้ช่วยเหลือเกี่ยวกับการพอกเลือดคือการล้างหน้าท้องนี้ มันเป็นการยาก มันมีอุปสรรคหลายต่อชีวิตประจำวัน คือ การหาอยู่หากิน ไปบ่ได้เลยลงน้ำกะลงบ่ได้ ใส่เบ็ดใส่มองคือสมัยก่อนๆบ่ได้ อาบน้ำ เอ็ดให้แผลเปื่อยกะบ่ได้ เข้าสังคมหยั่งกะยาก ต้องไปเอ็ดตามเวลาอยู่ตลอด” (PT_fc1_04)

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action)

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ในการตัดสินใจ การบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สิ่งชักนำที่สำคัญและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยตัดสินใจในครั้งนี้ที่ชัดเจน คือ การเลือกพอกไตทางเส้นเลือด โดยผู้ป่วยจะต้องมี

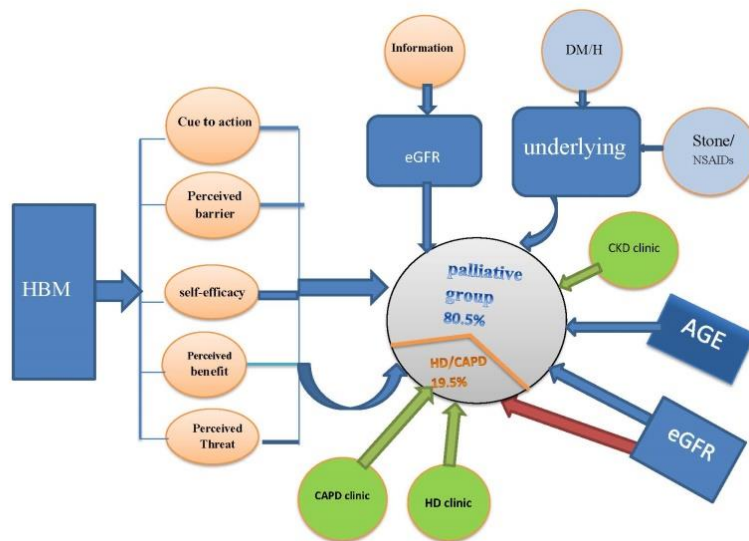
care giver ในการช่วยตัดสินใจและเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มูลเหตุสำคัญในการเลือกพอกไตทางเส้นเลือด ไม่มี care giver ในการดูแล ผู้ป่วยอายุยังน้อยและเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัว care giver อยู่ไกลต้องทำงานหาเงิน ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่เป็นข้อจำกัดในการพอกไตด้วยวิธีอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ แต่มีความจำเป็นต้องพอกทางเส้นเลือด และจากประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตที่ทำการพอกแล้ว เป็นต้น “ลูกอยู่เกาหลี ตัดสินใจให้พอกทางเส้นเลือด ยายมีโรคหัวใจด้วย, บ่อแล้ว หัวเราะ มันจะไม่สะดวก เวลาทำงาน, กะตอนแรกผมเห็นเขาพอกทางหน้าท้อง ผมกลัวอันตราย กลัวติดเชื้อ เลยตัดสินใจมาพอกทางเส้นเลือด, ที่ตัดสินใจเลือกทางเส้นเลือดเพราะกลัวที่จะทำผ่านหน้าท้อง พอกทางเส้นเลือดอยู่ 3 เดือนกว่า (IND_002 ;IND_008; IND_010)

การพอกไตทางหน้าท้อง มูลเหตุในการตัดสินใจที่สำคัญ care giver มีส่วนสำคัญที่ช่วยชักนำให้เกิดการช่วยการตัดสินใจเลือกพอกไตทางหน้าท้อง ค่าใช้จ่ายไม่มีเงินที่จะพอกไตทางเส้นเลือด และจากประสบการณ์ที่เคยพอกทางเส้นเลือดเหนื่อย กลัว “ที่ตัดสินใจเลือกทางเส้นเลือดเพราะกลัวที่จะทำผ่านหน้าท้อง พอกทางเส้นเลือดอยู่ 3 เดือนกว่า, ไม่แล้ว ไม่คิดอยากพอกทางเส้นแล้ว กลัว, พอกครั้งละ 1,500 บาทอันนั้นลาวไปพอก ไปพอกยามได้ ตายบ่ดลือทุกเที่ยว มาฮอดบ้านสองมือกะบ่พื้น ผู้ใหญ่บ้านหันหน้า (หัวเราะเบาๆ) ลาวเสียแล้ว ลาวเมื่อย (IND_010; IND_004)

การเลือกดูแลแบบประคับประคองตามอาการ มูลเหตุที่สำคัญ จากการขาดคนดูแล (care giver) ไม่มีเงินพอก และจากประสบการณ์ผู้ป่วยไตที่เคยพอกแล้วเสียชีวิต “ที่แรกที่หมอบอกว่าให้ไปเอ็ดเส้นไว้ บ่านันไกลลิได้ไปพอกแล้วได้ กะแข็งแรงดี บ่ได้เมื่อยได้เหนื่อยเต๋อ บัดนี้ เฮาพ่นยัน แข็งแรงอยู่แบบนี้ กะซันว่าลิให้ไปพอก โอ้ย กูบ่ไปพอกดอก วะซัน ซอกหา ยาฮาโกไม้ฮากยา มากินดีกว่า, ทุกข์กะทุกข์แท้ได้ มีลูกกะตาย พาไปหาหมอ แต่แม่เป็นผู้เสียเงิน ค่ำรถกะแม่

ค่ายาแม่, ที่เลือกฟอกทางเส้น ลูก็ยังเรียนหนังสือ อยู่ ถ้าเขาไปเลือกหน้าห้อง เขาจะไปเฝ้ากับข้าวกับ ปลาซาบได้บัดนี้ เพื่อนาเฮือนเลยบอกว่า เอาเงี๊ยะ เขาหาเงินได้บัดเลอ เขาจะเอามาป้าไว้ฟอกไต ละหย่า ลาวกะบ่รักษา ลาวเป็นสะเก็ดเงิน ลาวนาเซารักษา เพราะว่า มันกะบ่ร้ายแรงถึงขั้นตาย กะทมมานซื้อซื้อ ลาวว่า กะเลยเซารักษาตั้งแต่ปีกลาย (IND_014; IND_012)

สิ่งชักนำที่สำคัญในการตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไต ที่สำคัญการได้รับความรู้ คำแนะนำจาก ทีมแพทย์ พยาบาลผู้รักษาและดูแลผู้ป่วยโรคไต “วิธีการดูแลการฟอกไต ตอนแรกไม่กล้า ฟอกไตวายชั้นที่ 5 เลยเปรียบเทียบระหว่างการฟอกทางเส้นเลือด กับฟอกผ่านทางหน้าท้อง ล้างไตผ่านทางเส้นเลือด จะมีอาการเหนื่อย แต่พอล้างไตผ่านทางหน้าท้อง ปกติ” (IND_010)



ภาพที่ 1 แผนภาพปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกบำบัดทดแทนไตตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์การเลือกบำบัดทดแทนไต เพศหญิงและกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราการกรองของไตสูงกว่าเพศชายและกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อธิบายได้ว่า เพศและอายุมีความสัมพันธ์กับการชะลอไตเสื่อมคล้อยกับ ภัทรพรรณ อุณาภาด และคณะ⁴ การอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเขตที่มีคลินิกโรคไต ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตสูงกว่ากลุ่มนอกเขต สอดคล้องกับ รวีวรรณ พงศ์พิศพัชร และคณะ⁵ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่ การเลือกบำบัดทดแทนไตกลุ่มระดับประคองมีอัตราการกรองของไตสูงกว่ากลุ่มเลือกบำบัดด้วยเครื่องฟอกไตทางเส้นเลือดและทางหน้าท้อง อธิบายได้ว่า

การเลือกประคองประคองชะลอไตด้วยการปรับพฤติกรรม และเข้ารับการดูแลในคลินิกชะลอไตมีผลต่อการชะลอไต สอดคล้องกับกุนาสีพร ตรีสอน⁶ ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และสุรัสวดี พนมแก่น และคณะ⁷ ทำการศึกษายาทาพยาบาลในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน การส่งเสริมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการชะลอไตด้วยการปรับพฤติกรรม จากภาพผลการวิเคราะห์ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แบ่งกลุ่มการตัดสินใจออกเป็น 2 กลุ่ม โดยที่กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่เลือกการดูแลแบบประคองประคอง กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ตัดสินใจบำบัดทดแทนไต ปัจจัยที่มีผลประกอบด้วย โรคประจำตัว อัตราการกรองของไต ซึ่งตรงกับ Norberto Perico and

Giuseppe Remuzzi⁸ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงของเสียชีวิตโรคหัวใจและหลอดเลือด และ CKD ส่วน Theerapon Sukmark and Supanun Sukmark⁹ และ Surapong Narenpitak and Aphaphan Narenpitak¹⁰ ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR เป็นตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพในการเกิดโรคไตเรื้อรังได้เร็วขึ้น ระยะเวลาของโรคเบาหวานโรคเบาหวานที่มีประวัติความดันโลหิตสูงระดับไตรกลีเซอไรด์และโรคจอตาโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการมีไตลดลง การตัดสินใจเพื่อเลือกการบำบัดทดแทนไตในกลุ่มผู้ป่วย ที่เลือกการบำบัดแบบประคับประคอง สิ่งที่แสดงออกให้เห็นมากโดยการรับรู้อุปสรรคแสดงออกเกี่ยวกับการขาดผู้ดูแล กลัวการติดเชื้อ กลัวความยุ่งยากลำบากในครอบครัว การเดินทางลำบาก ค่าใช้จ่ายสูง เสียภาพลักษณ์ กลัวทำงานไม่ได้ หาเงินไม่ได้ ซึ่งจะส่งผลให้แสดงออกมาให้เห็นในสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีปัจจัยหลากหลายเช่น การตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเอง ไม่อยากเป็นภาระแก่ลูกหลาน การไม่มีคนดูแล ไม่สามารถจัดหาพื้นที่ในการทำบำบัดทดแทนไตได้ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ ภทรพรรณ อุณาภาค และคณะ⁴ พบว่า ปัจจัยด้านประชากรคือ รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อันดับถัดมาความสามารถในการดูแลตนเองในทางบวกของผู้ป่วยไตวาย แสดงออกด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การเลือกอาหารทดแทนที่สามารถช่วยชะลอไต ความสามารถในการรับประทานยา การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การจัดการความเครียดที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวันซึ่งตรงกับ ในส่วนของการรับรู้ความรู้และรับรู้ประโยชน์จะได้รับในกระบวนการให้ความรู้ก่อนการตัดสินใจบำบัดทดแทนไต ตั้งแต่เมื่อระดับอัตราการกรองของไตเข้าสู่ระยะที่ 3 ผู้ป่วยจะได้รับการให้คำปรึกษาทั้งในตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัวผู้ดูแลอย่างน้อย 2-3 ครั้ง

ส่วนในกลุ่มที่เลือกบำบัดทดแทนไต จะสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มกลุ่มที่ตัดสินใจโดยยังไม่เข้าสู่ภาวะฉุกเฉิน แบบแผนความเชื่อจะแสดงออกให้เห็นในรูปแบบที่เป็นการตัดสินใจด้วยความสามารถในการดูแลตัวเอง(Self-efficacy) เป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cut to Action) เช่น ในกลุ่มที่เลือกการทำ CAPD จะแสดงออกในเรื่องการมีผู้ดูแล และผู้ป่วยเองต้องสามารถทำการบำบัดได้ด้วยตนเองก็ได้ มีความพร้อมทางด้านสถานที่ และรายได้ ของครอบครัวเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตยา อติวิชญานนท์¹¹ พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้สูง ผู้ป่วยจะต้องมี care giver ในการช่วยปรึกษา ดูแล รวมถึงแพทย์และบุคลากรทางแพทย์ ชี้นำ ปรึกษา ช่วยปรับความคิด พฤติกรรมและ จิตใจไปในทางที่ดีขึ้น และจันทร์อาภา ธนธรรมสถิตย์ และคณะ¹² ได้ศึกษาว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับภาวะท้องผูก ภาวะซึมเศร้า จึงพบข้อเสนอแนะโดยการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าเพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะท้องผูกลดน้อยลงกลุ่มที่มีภาวะฉุกเฉินเช่น มีภาวะไตวาย ภาวะน้ำท่วมปอด ในภาวะวิกฤตคุกคามชีวิต (Threat) จะแสดงออกถึงการตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตอย่างโดยอ้อมหนึ่งเพื่อรักษาชีวิตไว้ และจะใช้การตัดสินใจโดยเลือกจากบำบัดทดแทนไต

ผลการวิเคราะห์กระบวนการให้บริการในหน่วยงานให้บริการ คลินิกโรคไตวาย หน่วยฟอกไตทางหน้าท้อง หน่วยฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม การเตรียมผู้ป่วยการให้ข้อมูล การสื่อสาร ทั้งกระบวนการสื่อและวิธีการในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการเลือกบำบัดทดแทนไต และส่งผลต่อการชะลอไตได้ในกลุ่มที่ระดับประคอง และในกลุ่มที่เลือกบำบัดทดแทนไตการเตรียมผู้ป่วยที่ดี จะเป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cut to Action) คลินิกโรคไตวายจะต้องมีกระบวนการและแนวทางในการดูแลชะลอไตเสื่อม เพื่อรักษาอัตราการกรองของไต จะเห็นว่ากลุ่ม

ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เบาหวานและความดันเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลคัดกรองเพื่อให้สามารถทำการชะลอไตให้เร็วที่สุด รักษาอัตราการกรองของให้อยู่ในระดับ 3 อยู่ระหว่าง 30-59 ml/min/1.73m² หรือมากกว่านั้น เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่จะต้องรับเข้ามาดูแลมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งอายุของกลุ่มผู้ป่วยก็สูงขึ้นเรื่อยๆ การชะลอไตจึงมีความซับซ้อนมากขึ้น หน่วยฟอกไตทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศรีสงคราม จากข้อมูลที่ได้จากการทำกลุ่มผู้ป่วยแสดงออกว่าหน่วยฟอกไตทางหน้าท้องมีประสิทธิภาพในการให้บริการ แต่ด้วยหน่วยบริการที่มีเพียง 1 หน่วยที่เพิ่งเปิดบริการและต้องให้บริการอำเภอนาหว้า อำเภอนาทม อำเภอบ้านแพง อำเภอโพนสวรรค์ ซึ่งหากแนวทางในการเลือกบำบัดทดแทนในกลุ่มผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 มีการตัดสินใจใช้บริการจะมีแนวทางในการให้บริการกลุ่มผู้ป่วยในและนอกเขตหน่วยฟอกไตด้วยเครื่อง ด้วยศักยภาพที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ แต่หน่วยไตเทียมไม่ได้เป็นภารกิจหลักในการให้บริการในชุมชน การให้บริการมีขีดจำกัด แต่กลุ่มผู้รับบริการเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตพื้นที่บริการ หากผู้ป่วยตัดสินใจบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกด้วยเครื่องไตเทียม จะต้องรอคิวฟอก เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคที่สามารถยืดชีวิตได้ยาวนาน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ การเพิ่มศักยภาพหน่วยไตเทียม อาจจะสามารถทำได้หากโรงพยาบาลมีงบประมาณแต่จากแนวโน้มผู้ป่วยที่เข้าคิวรอรับบริการจะเป็นภาระของโรงพยาบาลและจะทำให้ระบบการชะลอไตเสื่อมขาดประสิทธิภาพเนื่องจากประชาชนไม่ให้ความสำคัญในการดูแลชะลอไต เพราะสามารถฟอกไตได้ เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพจะแสดงออกถึงปัจจัยที่เกิดจากบุคคล เกิดจากตัวของผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ การรับรู้ในทฤษฎี ทั้ง 6 ด้าน เพื่อเป็นตัวตัดสินใจในการเลือกบำบัดทดแทนไต จะเห็นว่าความสามารถในการดูแลตนเองจะส่งผลในการตัดสินใจว่าจะเลือกทำหรือไม่ทำ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ ภทรพรณ

อุณาภาคและขวัญชัย⁴ ที่ได้ศึกษาว่า ปัจจัยด้านประชากรคือ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ความรู้เกี่ยวกับโรคไต การรับรู้ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยเป็นความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน แต่ในการศึกษาเราจะเห็นว่า ปัจจัยภายนอกที่เป็นอุปสรรค เช่น เรื่องค่าใช้จ่าย การเดินทาง การเข้าถึงบริการกลับเป็นปัจจัยชักนำที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากตัวของผู้ป่วยเองแต่จะทำให้ระดับของความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง จนเกิดการแสดงออกในการเลือกบำบัดทดแทนไตอีกทางหนึ่ง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการใช้แบบแผนความเชื่ออาจไม่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแรงขับเคลื่อนงานด้านการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียวอาจต้องใช้ร่วมกับการให้ความร่วมมือด้านครอบครัว ชุมชน เช่น การศึกษาของ Jessica Baillie, Paul Gill, Molly Courtenay¹³ พบว่าญาติและคนในครอบครัว ควรมีความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการสนับสนุนอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคที่เป็นอยู่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

จากการศึกษาในพื้นที่ จากการแสดงออกถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตสามารถนำเอาแบบแผนความเชื่อไปประยุกต์ใช้เพื่อหาปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เลือกบำบัดทดแทนไต ทั้งในการเลือกแบบประคับประคองและการเลือกแบบฟอกทางหน้าท้อง และฟอกด้วยเครื่องให้สามารถนำมาสร้างต้นแบบการสร้างการรับรู้โรค ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์จากประสบการณ์ของต้นแบบในการเลือกใช้วิธีบำบัดทดแทนไตในพื้นที่

ต่างๆ เพื่อช่วยในเกิดการรับรู้ที่สามารถสื่อสารได้
ทดสอบได้ถึงความสำเร็จในการรักษา เลือกรับรู้
อุปสรรค เพื่อเสนอความช่วยเหลือหรือเป็นแนวทาง
ในการแก้ไขปัญหาให้กับกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายๆกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการ
ให้บริการในหน่วยบริการคลินิกไตวาย ศึกษาวิธีการ
ชะลอไตเสื่อมในพื้นที่เฉพาะเพราะวิถีชีวิตของกลุ่มคน
ในพื้นที่แตกต่างกัน หน่วยฟอกไตทางหน้าท้อง
ทำการศึกษาด้านแบบการปฏิบัติการเพื่อป้องกันการ
ติดเชื้อ หน่วยไตเทียมศึกษาการเข้าถึงบริการของกลุ่ม
ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ ทำการศึกษาการส่งเสริมการ
รับรู้ความสามารถตนเองและการจัดอุปสรรคของ
กลุ่มผู้ป่วยเพื่อเป็นต้นแบบในการทำโปรแกรมชะลอไต
ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ภูติพิเตชาติวัฒน์, นิทรา กิจธีรวิมลพิษย์, สุพัฒน์ คำสอน, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, จริญญา แห่งสันเทียะ. การ
จัดการโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง.วารสาร
การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558; 33: 41-49.
2. เบญจมาศ เรืองดิษฐ์, เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์, ชุลินดา สะมะแอ. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล
และการสาธารณสุขภาคใต้. 2559; 3: 194-207
3. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. Current Situation of Chronic Kidney Disease in Thailand สถานการณ์ปัจจุบัน ของโรคไต
เรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์ ฉบับประจำเดือนกันยายน-ตุลาคม, 2558 :5-18.
4. ภัทรพรณ อุณาภาค,ขวัญชัย รัตนมณี.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม.
2558; 10: 45-54.
5. รวีวรรณ พงศ์พิฒพิชร์,อรพณ ศรียุคตศุทธ,จงจิตร เสน่หา,นพพร ว่องสิริมาศ.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต.วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
2556; 31: 52-61.
6. กุมาลีพร ตรีสอน.คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.
2561;15:13-20.
7. สุรัสวดี พนมแก่น, ปราณี แสดคง, สมใจ เจียรพะพงษ์, จรรยา คนใหญ่.บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง
ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2559; 34: 14-18.

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การกำหนดนโยบายเพื่อการสนับสนุนการ
ชะลอไต ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายที่เข้าในระยะที่ 3 ขึ้นไป
อย่างมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ในลักษณะ
ธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งจะต้องอาศัยการร่วมมือใน
ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสงคราม สาธารณสุข
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม และขอขอบคุณ
ผู้ป่วยโรคไต โรงพยาบาลศรีสงคราม ที่ให้ข้อมูลและ
มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้จนทำให้งานวิจัยสำเร็จ
ลุล่วง

8. Norberto P, Giuseppe R. Chronic kidney disease: a research and public health priority. Nephrology Dialysis Transplantation. 2012. [30 มีนาคม 2564] เข้าถึงได้จาก <https://doi.org/10.1093/ndt/gfs284>.
9. Theerapon S, Supanun S. Predictors of Faster progression in Chronic Kidney Disease. J Med Assoc Thai. 2014; 97:812-819.
10. Surapong N, Aphaphan N. Prevalence of Chronic Kidney Disease in Type 2 Diabetes in Primary Health Care Unit of Udon Thani Province, Thailand. J Med Assoc Thai 2008; 91:1505-1513.
11. อาทิตยา อติวิชญานนท์. ภาวะซีมีเคร้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. บุรพาเวชสาร. 2560; 4: 67-78.
12. จันทร์อาภา ธนธรรมสถิตย์, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต, วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2559; 43: 28-36
13. Jessica B, Paul G, Molly C. Knowledge, understanding and experiences of peritonitis amongst patients, and their families, undertaking peritoneal dialysis: A mixed methods study protocol. 2017. [30 มีนาคม 2564] เข้าถึงได้จาก <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28746774/>

การศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพ การรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา

โสภา สิงห์ช้างชัย¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรแบบ ISBAR ในแผนกหลังคลอด และประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR

วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกหลังคลอดจำนวน 7 คน และข้อมูลการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR ในคนไข้ประเภท 3 หรือประเภท 4 จำนวน 3 รายต่อพยาบาล 1 คน รวมทั้งหมด 21 ราย เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เดือนมิถุนายน พ.ศ.2565 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เทปที่ใช้บันทึกเสียงการรับ-ส่งเวร แนวทางการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา มีแนวปฏิบัติในการรับส่งเวรของแผนกหลังคลอด, ปฏิบัติตามแนวทางการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR คิดเป็นร้อยละ 93.03 ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR คิดเป็นร้อยละ 6.97 ข้อที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง 3 ข้อ ได้แก่ ไม่ส่งประวัติการแพ้ยา คิดเป็นร้อยละ 81 ไม่ส่ง focus list ที่สำคัญ คิดเป็นร้อยละ 4.8 ไม่ส่งกิจกรรมการรักษาตาม order ที่ส่งต่อให้ทำ คิดเป็นร้อยละ 4.8 ในหัวข้ออื่นๆ ปฏิบัติได้ครบถ้วนร้อยละ 100 ความพึงพอใจของพยาบาลแผนกหลังคลอดต่อการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR ในทุกหัวข้อในระดับมาก ($\bar{X}=3$) ยกเว้นข้อที่ทำให้มีเวลาดูแลผู้ป่วย มีระดับความพึงพอใจที่ระดับปานกลาง ($\bar{X}=2$)

สรุป ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางการปฏิบัติการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ปฏิบัติการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR ของพยาบาลได้

คำสำคัญ: ISBAR, I-IDENTIFY, B-BACKGROUND, A-ASSESSMENT, R-RECOMMENDATION

วันที่รับบทความ
11 พฤษภาคม 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข
21 มิถุนายน 2566

วันที่ตอบรับบทความ
22 มิถุนายน 2566

¹ โรงพยาบาลโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: Tean_hom@hotmail.com

A Study of Quality Development Guidelines for ISBAR Delivery of Postpartum Departments, Chokchai Hospital, Nakhon Ratchasima Province

Sopa Singchangchai¹

Abstract

This research was action research, and the objectives were to develop the quality of ISBAR handover, to study the implementation of the ISBAR handover guideline and the satisfaction of postpartum departments.

Methods: The subjects in this study consisted of 7 postpartum nurses, collecting 3 ISBAR transfers per person, totaling 21 cases. Instruments used for the test consisted of three parts: general information. Guidelines for the operation of carpooling, ISBAR type, satisfaction of nurses in the postnatal department. They passed the content validity check from three experts.

Study results: Compliance with the ISBAR guideline was not completed in 3 items: 1) background about drug allergy, 19%; 2) assessment of focus list, 95.2%; and 3) recommendation regarding the treatment activities according to the order achieved 95.2 percent in other topics; 100% of the performance was achieved. Satisfaction with a 93.16 percent satisfaction level in all topics at a high level ($\bar{x} = 3$), except for having sufficient time to take care of patient's moderate level of satisfaction ($\bar{x} = 2$).

Conclusion: The results of the research will be an effective ISBAR guideline for dispatching and dispatching operations. It can be used for the operation of the ISBAR of the nurses.

Keywords: ISBAR, I-IDENTIFY, B-BACKGROUD, A-ASSESSMENT, R-RECOMMENDATION

Received
11 May 2566

Revised
21 June 2566

Accepted
22 June 2566

¹Chokchai Hospital, Nakhon Ratchasima, Corresponding author e-mail: Tean_hom@hotmail.com

บทนำ

การสื่อสารเป็นหนึ่งในสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเป็นทั้งความรู้และทักษะในการติดต่อสื่อสาร¹ องค์การในระดับนานาชาติ เช่น World Health Organization (WHO), Institute for Health care Improvement (IHI) และ The Joint Commission ให้ความสำคัญกับการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางคลินิก (Clinical handoffs)² ที่มีประสิทธิภาพ ชัดเจน ถูกต้อง และแม่นยำ การสื่อสารที่ผิดพลาดเป็นปัญหาสำคัญส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การให้ยาผิด การบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับรายงานเหตุการณ์พึงประสงค์ (Sentinel events) ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการสื่อสารที่ผิดพลาด ในขณะที่ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยของบุคลากรสุขภาพ³ การทำงานแบ่งเป็น 3 ผลัดๆ ละ 8 ชั่วโมง ได้แก่ เวรเช้า เวรบ่าย เวรดึกมีการทำงานเป็นทีม โดยมีพยาบาลเป็นหัวหน้าทีมรับผิดชอบและวางแผนการพยาบาลและดูแลให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการผลิตเปลี่ยนการปฏิบัติงานนั้น จะต้องมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมการพยาบาล⁴ โดยมีการสื่อสารส่งต่อให้พยาบาลที่มาปฏิบัติงานเวรต่อไป ได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่เรียกว่า “การรับ-ส่งเวร”⁵ พยาบาลจะรายงานอาการ ปัญหา ความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงในภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรสื่อสารส่งเวรไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ลำดับเหตุการณ์ขั้นตอนต่างกัน⁶ จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า เกิดจากการส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้มารับเวรรับทราบข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาดในการทำงาน และยังทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อหน่วยงานได้ ดังนั้นการนำ ISBAR มาใช้การสื่อสารจะเพิ่มประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติรวมถึงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของพยาบาล (joint commission

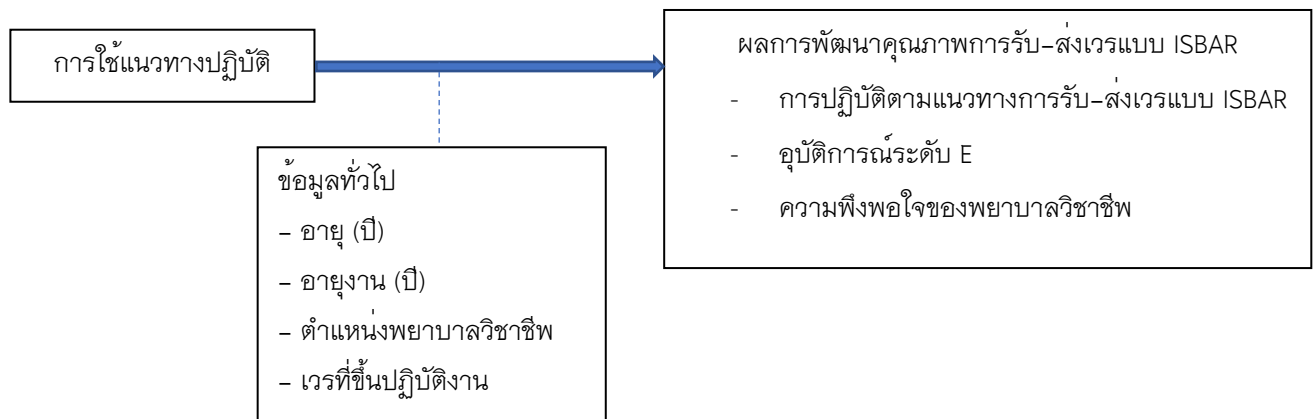
international accreditation (JCI)) จึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสำหรับการติดต่อสื่อสารทุกชนิดที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลโซคชัย ได้เริ่มมีพัฒนาการรับส่งเวรผู้ป่วยแบบ SBAR ตั้งแต่ปี 2560 แต่ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และในปี 2563 ได้มาปรับใช้แนวทางการรับส่งเวรเป็นแบบ ISBAR จากการเก็บข้อมูลผลการส่งเวรพบว่า อัตราการส่งเวร ส่วน I (Identify) ร้อยละ 86.36, S (Situation) ร้อยละ 31.31, B (Background) ร้อยละ 23.86, A (Assessment) ร้อยละ 29.54, R (Recommendation) ร้อยละ 24.13 และพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นในกระบวนการดูแล ได้แก่ การจำแนกประเภทผิด ประเมินซ้ำไม่ต่อเนื่อง การรายงานแพทย์ล่าช้าหรือไม่ทันเวลา การทำหัตถการหรือการพยาบาลไม่ครบถ้วน สาเหตุหนึ่งก็เกิดจากการสื่อสารจากการส่งเวรที่ไม่มีประสิทธิภาพ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการส่งเวรแบบ ISBAR แบบฟอร์มในการส่งเวรแต่ละหน่วยงานที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การเก็บข้อมูลเรื่องการส่งเวรที่ไม่ต่อเนื่อง แผนกหลังคลอด มีการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR ผลการส่งเวรในปี 2564 พบว่าปฏิบัติตามแนวทางการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR คิดเป็นร้อยละ 44.61 ส่วน I (Identify) ร้อยละ 86.36, S (Situation) ร้อยละ 20, B (Background) ร้อยละ 86.36, A (Assessment) ร้อยละ 20, R (Recommendation) ร้อยละ 10 และพบอุบัติการณ์การรายงานแพทย์ล่าช้าหรือไม่ทันเวลา การทำหัตถการหรือการพยาบาลไม่ครบถ้วน ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการรับ-ส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพด้วยการสื่อสารแบบ ISBAR เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างทีมบุคลากรทำให้บุคลากรสามารถส่งต่อข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยมีความครอบคลุม ช่วยให้คุณภาพบริการพยาบาลมีมาตรฐาน ลดความผิดพลาด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรแบบ ISBAR ในแผนกหลังคลอด
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR

- การปฏิบัติตามแนวทางการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR
- อุบัติการณ์จากการส่งเวรผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป = 0
- ความพึงพอใจของพยาบาลแผนกหลังคลอดในการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรแบบ ISBAR และประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR แผนกหลังคลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโซคชัย ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2565 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพแผนกหลังคลอดทั้งหมด จำนวน 7 คน ไม่รวมหัวหน้างาน
กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพแผนกหลังคลอดทั้งหมด จำนวน 7 คน ไม่รวมหัวหน้างาน และข้อมูลการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR ในคนไข้ประเภท 3 หรือประเภท 4 จำนวน 3 รายต่อพยาบาล 1 คน

รวมทั้งหมด 21 ราย เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

1. เทปบันทึกเสียงการรับ - ส่งเวร
2. แนวปฏิบัติในการรับ - ส่งเวร แบบ ISBAR ซึ่งปรับมาจากแนวทางการรับ - ส่งเวร แบบ ISBAR ของกลุ่มงานการพยาบาล
3. แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการรับ - ส่งเวร แบบ ISBAR ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถามปลายปิด จำนวน 4 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามการรับส่งเวรแบบ ISBAR มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก ปฏิบัติ ปฏิบัติไม่ครบถ้วน ไม่ปฏิบัติ

โดยใช้ทฤษฎี วิลเลอร์, บาร์โธและฮาร์ดแมน จำนวน
13 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติ	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติไม่ครบถ้วน	ให้ 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ให้ 0 คะแนน

4. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล
แผนกหลังคลอดต่อแนวปฏิบัติในการรับ-ส่งเวร แบบ
ISBAR จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยแต่
ละค่ามีความหมายดังนี้คือ

มาก	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
น้อย	ให้ 1 คะแนน

แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล
แผนกหลังคลอดต่อการรับ-ส่งเวร แบบ ISBAR วัดมา
3 ระดับ โดยใช้ ของ Vroom หรือ Wolman มาก(3)
ปานกลาง (2) น้อย(1) หากต้องการแบ่ง 3 ระดับ
ทำได้ดังนี้ $3-1/3 = 0.66$ (ช่วง) เพราะฉะนั้น จัด
คะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม (ระดับ)

คะแนน 2.4 – 3.00	เป็นระดับมาก
คะแนน 1.64–2.30	เป็นระดับปานกลาง
คะแนน 1.00–1.66	เป็นระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแนวทางปฏิบัติในการรับ-ส่งเวร
แบบISBAR,แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทาง
การรับ - ส่งเวรแบบ ISBAR ที่สร้างขึ้นและแบบ
ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ไปปรึกษา
กับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นให้ผู้ทรง
คุณวุฒิให้คะแนน IOC ได้ค่าคะแนนในช่วง 0.5-1
จากนั้นนำไป Try out กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะ
คล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย หาความยากง่าย
ของชุดคำถามได้ค่าที่ยอมรับได้ p อยู่ในช่วง .30 -.80
แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (KR20) ได้ค่าความเที่ยง
0.72

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัสKHE 2022-041
ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการ
วิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ
ดำเนินงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการ
วิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร
ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถบอกเลิกจาก
การวิจัยได้โดยไม่มีเหตุผลกระทบต่อการรักษา
พยาบาลใดๆ การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอ
ในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและจะเปิดเผย
ได้เฉพาะสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อ
ผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแล
การวิจัยเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ชี้แจงและอธิบายแก่พยาบาลวิชาชีพ
แผนกหลังคลอด จำนวน 7 คน เพื่อขออนุญาต
พยาบาลให้บันทึกเทปในการรับ - ส่งเวร ในคนไข้
ประเภท 3 หรือประเภท 4 โดยให้พยาบาลส่งเวรตาม
แนวปฏิบัติในการรับส่งเวรแบบ ISBAR ที่จัดทำขึ้น
เก็บข้อมูลจำนวน 3 รายต่อพยาบาล 1 คน
รวมทั้งหมดคนไข้ 21 ราย ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล
60 วัน เมื่อบันทึกเทปเสร็จ ผู้วิจัยได้ทำการถอดเทป
ออกมาทุกคำพูดที่ส่งเวร จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์
ตามแบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการ
รับ - ส่งเวร แบบ ISBAR, ประเมินความพึงพอใจของ
วิชาชีพต่อแนวปฏิบัติในการรับส่งเวรแบบ ISBAR และ
สรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้ว
แล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล การรับ-ส่ง
เวร ที่อัดไว้มาถอดเทป นำข้อมูลมาลงบันทึกตาม
แบบฟอร์มประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรับ -

ส่งแบบ ISBAR ตามคะแนนที่กำหนดไว้ ประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้การวิเคราะห์ สถิติพรรณนา

(Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พยาบาลวิชาชีพในแผนกหลังคลอด เก็บข้อมูลส่งแบบ ISBAR ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 25-27 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.9 อายุงานส่วนใหญ่เป็น

Advanced Beginner (3-4 ปี) คิดเป็นร้อยละ 42.9 เวิร์กที่ขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้าและเวรดึกเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 42.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนครั้งและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพในแผนกหลังคลอดที่ส่งแบบ ISBAR จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=21)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
22-24	6	28.6
25-27	9	42.9
28-30	3	14.3
31-33	3	14.3
$\bar{X}=26.14$ S.D.=3.56		
อายุงาน(ปี)		
Novice (1-2 ปี)	6	28.6
Advanced Beginner (3-4ปี)	9	42.9
Competent (5-7ปี)	6	28.6
เวิร์กที่ขึ้นปฏิบัติงาน		
เช้า (08.00-16.00)	9	42.9
บ่าย (16.00-24.00)	3	14.3
ดึก (24.00-08.00)	9	42.9

2. การปฏิบัติตามแนวทางการรับ-ส่งแบบ ISBAR พยาบาลวิชาชีพแผนกหลังคลอด ปฏิบัติตามแนวทางการรับ-ส่งแบบ ISBAR คิดเป็นร้อยละ 93.03 ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรับ-ส่งแบบ ISBAR คิดเป็นร้อยละ 6.97 ข้อที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง

3 ข้อ ได้แก่ ไม่ส่งประวัติการแพ้ยา คิดเป็นร้อยละ 81 ไม่ส่ง focus list ที่สำคัญ คิดเป็นร้อยละ 4.8 ไม่ส่งกิจกรรมการรักษาตาม order ที่ส่งต่อให้ทำ คิดเป็นร้อยละ 4.8 ในหัวข้ออื่นๆปฏิบัติได้ครบถ้วนร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของการปฏิบัติแนวทางปฏิบัติการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR จำแนกรายข้อในการส่งเวร (N=21)

รายชื่อในการส่งเวร	ปฏิบัติ	ปฏิบัติไม่ครบถ้วน	ไม่ปฏิบัติ
การระบุตัวผู้ป่วย (I : Identified)			
1.ชื่อ-สกุล อายุ ผู้ป่วย	100	0	0
2.เตียง หมายเลขห้อง หรือ หน่วยงาน	100	0	0
3.ประเภทผู้ป่วย (1,2,3,4,5)	100	0	0
4.ประเภทพฤติกรรมผู้ป่วย (A,B,C,D)	100	0	0
5. การวินิจฉัยโรค	100	0	0
สถานการณ์สำคัญที่ต้องส่งเวร (S : Situation)			
6. ความสำคัญหรือประเด็นสำคัญในเวร 1-2 อย่าง	100	0	0
ภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วย (B : Background)			
7. ถ้าเป็นผู้ป่วยรับใหม่หรือรับย้ายทุกรายภายใน 24 ชั่วโมงต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับอาการนำสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	100	0	0
8. ประวัติการแพ้ยา	19	0	81
9. อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยสัญญาณชีพช่วงระยะเวลาระหว่างเวร	100	0	0
10. อาการและอาการแสดงสำคัญ สัญญาณชีพล่าสุด	100	0	0
การประเมินสถานการณ์ หมายถึง Focus list ที่สำคัญ (A : Assessment)			
11. Focus list ที่สำคัญ	95.2	0	4.8
การเสนอแนะหรือความต้องการ หมายถึง แผนการพยาบาล (R :Recommendation)			
12. กิจกรรมการพยาบาลสำคัญที่ส่งต่อมา ทำต่อตาม Focus list ที่สำคัญ	100	0	0
13. กิจกรรมการรักษาตาม order ที่สั่งให้ทำต่อ	95.2	0	4.8
รวม	93.03	0	6.97

3. ผลจากการพัฒนาการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR ของแผนกหลังคลอด 21 ราย พบว่า อุบัติการณ์ความผิดพลาดที่เกิดจากการรับ-ส่งเวรระดับ E ขึ้นไป = 0

4. ความพึงพอใจของพยาบาลแผนกหลังคลอดต่อการรับ ส่งเวรแบบ ISBAR ระดับความพึงพอใจ

ในทุกหัวข้อในระดับมาก ($\bar{x} = 3$) ยกเว้นข้อทำให้มีเวลาในการดูแล มีระดับความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลแผนกหลังคลอดต่อการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1.ทำให้ท่านมีรูปแบบชัดเจนในการรับ-ส่ง เสร็จทางการพยาบาล	3.00	0.00	มาก
2.ทำให้ท่านวางแผนการรักษาพยาบาลที่สำคัญได้ครบถ้วน	2.71	0.48	มาก
3.ทำให้ท่านทราบปัญหาที่สำคัญครบถ้วน	3.00	0.00	มาก
4.ช่วยให้ท่านพัฒนาทักษะในการวางแผนการพยาบาล	2.50	0.53	มาก
5.ทำให้ท่านสื่อสารการรับ-ส่งเวร เสร็จทางการพยาบาลครบถ้วน	3.00	0.00	มาก
6.ช่วยให้ท่านตัดสินใจให้การพยาบาลได้ถูกต้อง	2.71	0.48	มาก
7.ทำให้ท่านลดเวลาในการรับ-ส่งเวรทางการพยาบาล	2.71	0.48	มาก
8.การส่งเวรแบบISBARทำให้มีการสื่อสารข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อทีมพยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆครบถ้วน	3.00	0.00	มาก
9.การส่งเวรแบบISBARทำให้มีการส่งต่อกิจกรรมสำคัญที่พยาบาลเวรถัดมาต้องดูแลหรือกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	3.00	0.00	มาก
10.ทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย	2.28	0.48	ปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. มีแนวปฏิบัติในการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR ของแผนกหลังคลอด, พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR คิดเป็นร้อยละ 93.03 ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR คิดเป็นร้อยละ 6.97 ข้อที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง 3 ข้อ ได้แก่ ไม่ส่งประวัติการแพ้ยา คิดเป็นร้อยละ 81 ไม่ส่ง focus list ที่สำคัญ คิดเป็นร้อยละ 4.8 ไม่ส่งกิจกรรมการรักษาตาม order ที่ส่งต่อให้ทำ คิดเป็นร้อยละ 4.8 ในหัวข้ออื่นๆ ปฏิบัติได้ครบถ้วนร้อยละ 100 สาเหตุที่ไม่ได้ปฏิบัติตามส่งเวรเรื่องแพ้ยา เนื่องจากแนวทางการปฏิบัติไม่ชัดเจน ให้ส่งเฉพาะคนไข้มีประวัติแพ้ยา คนไข้ไม่มีแพ้ยาไม่ได้ส่งเวร และเด็กทารกไม่มีประวัติแพ้ยา ทำให้คะแนนข้อนี้ได้น้อย ไม่มีผลเสียหายรุนแรงเกิดขึ้น ไม่พบอุบัติเหตุการทุกระดับสอดคล้องกับผลการศึกษาของอัญชลี สิงห์น้อยและคณะ⁶ เรื่องการพัฒนาศักยภาพการรับส่งเวรทางการ

พยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ที่ศึกษาจำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติ 6 คน โดยแต่ละคน ถูกสังเกตในบทบาทของผู้ส่งเวร 6 ครั้ง และผู้รับเวร 6 ครั้ง โดยแบ่งเป็น เสด็จ เสด็จเข้าและเฝ้าคนละ 2 ครั้ง คือในผู้ป่วยรายเก่า 3 ครั้ง และในผู้ป่วยรายใหม่ 3 ครั้งครั้งละ 2 สัปดาห์ ใช้เวลาตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการสื่อสาร SBAR ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษครั้งที่ 2 ทีมปฏิบัติสามารถทำได้ร้อยละ 100 แต่มีบางหัวข้อที่ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องครบถ้วน 100 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งมีเพียง 4 รายการ พบว่ามีบางหัวข้อที่ยังทำได้ไม่ถูกต้องครบถ้วน คือ 1) ขั้นตอนเตรียมการก่อนส่งเวร ได้แก่ การติดตามเอกสารประกอบการรับส่งเวรทางการพยาบาล เช่น ใบบันทึก IV Fluid ร้อยละ 97.2 2) ขั้นตอนการส่งเวร ได้แก่ การรายงาน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการร้อยละ 88.9 และผลตรวจต่างๆ ร้อยละ 83.3 3) ขั้นตอนหลังดำเนินการรับเวร ได้แก่ การรับเวรตรวจสอบความถูกต้องของ

ข้อมูลจากการรับส่งเวรร้อยละ 94 และสอดคล้องกับ
แสงจันทร์ หนองนาและคณะ⁷ เรื่องประสิทธิผลของ
การจัดการการส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ของพยาบาล
วิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เป็นการศึกษา
กึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่ม
เดี่ยว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group
Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
ผลของการส่งเวรโดยใช้รูปแบบ SBAR ของพยาบาล
ที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งโดยใช้
องค์ประกอบของ SBAR เป็นกรอบแนวคิด กลุ่ม
ตัวอย่างคือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต
หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน
30 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-
กันยายน 2562 โดยใช้แบบประเมินผลของการส่งเวร
ด้วยรูปแบบ SBAR และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ
Paired t-test ผลการศึกษา พบว่า การรับส่งเวรของ
พยาบาลภายหลังใช้รูปแบบ SBAR มีคะแนนเฉลี่ย
ความถูกต้องและความครบถ้วนโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.414, p = 0.000$)
เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน ได้แก่ ด้านสถานการณ์
ด้านภูมิหลัง ด้านผลจากกิจกรรม และด้านข้อเสนอ
แนะพบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้านของการรับส่งเวร
ของพยาบาลภายหลังใช้รูปแบบ SBAR มีความถูกต้อง
และความครบถ้วน สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p = 0.000$) ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า
การส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ส่งผลให้การส่งต่อข้อมูล
การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลมีความถูกต้องและ
ครบถ้วนสูงกว่าการส่งต่อข้อมูลโดยใช้รูปแบบปกติ
และสอดคล้องกับอรัทัย หล้านามวงศ์⁸ ศึกษาการ
พัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้
การสื่อสารแบบ SBAR ร่วมกับแนวคิด FOCUS-PDCA
ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง พบว่า พยาบาล
ปฏิบัติรับส่งเวรได้ถูกต้องครบถ้วนมากกว่า ร้อยละ
90 ซึ่งมีบางส่วนของผลการรายงานข้อมูลตามแนว
ทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลจากการศึกษาดังกล่าว
ยังไม่ครบถ้วนถึงร้อยละ 100

2. ผลการพัฒนาคุณภาพการรับ-ส่งเวรแบบ
ISBAR ของแผนกหลังคลอด ไม่พบอุบัติการณ์ความ
ผิดพลาดที่เกิดจากการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR เพราะ
การรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR ใช้เวลาน้อยลงเนื้อหาตรง
ประเด็น ครอบคลุมครบถ้วน ปัญหาที่ต้องการสื่อสาร
สอดคล้องกับผลการศึกษาของอัญชลี สิงห์น้อยและ
คณะ⁶ เรื่องการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการ
พยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ ในการรับส่งเวรทางการ
พยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษ ไม่พบอุบัติการณ์ล้มบันทึกลับ
หัตถการ ลืมส่งคิวห้องผ่าตัด ส่งข้อมูลประสานงาน
ไม่ครบถ้วนและลืมรายงานแพทย์ที่เกิดขึ้นจากความ
ผิดพลาดของการรับส่งเวรทางการพยาบาล

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพแผนก
หลังคลอดต่อการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR ระดับความ
พึงพอใจในทุกหัวข้อในระดับมาก ($\bar{x} = 3$) ยกเว้น
หัวข้อเรื่องทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระดับความ
พึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2$) เนื่องจาก
พยาบาลวิชาชีพยังไม่เห็นความสำคัญของการส่งเวร
ที่รวดเร็วขึ้น จะทำให้มีเวลาไปประเมินผู้ป่วยได้เร็วขึ้น
สอดคล้องกับผลการศึกษาของอัญชลี สิงห์น้อยและ
คณะ⁶ ภายหลังจากการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร
ทางการพยาบาล ทีมผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่มีความ
พึงพอใจต่อแนวทางการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร
ทางการพยาบาลครั้งนี้ มากที่สุดร้อยละ 83.3
ระดับมากร้อยละ 16.7 การพัฒนาคุณภาพการรับส่ง
เวรทางการพยาบาล แยกเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความ
คิดเห็นเพิ่มเติม ดังนี้ 1) ด้านผู้ส่งเวร ผู้ส่งเวรใช้เวลา
น้อยลงเนื้อหาตรงประเด็น ครอบคลุมครบถ้วน ง่ายใน
การบันทึกมีรูปแบบที่ชัดเจน และเป็นแนวทางเดียวกัน
มากขึ้น และสามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังเพื่อใช้
เป็นข้อมูลหลักฐานได้อีกทางหนึ่งด้วย 2) ด้านผู้รับเวร
ผู้รับเวรใช้เวลาน้อยลงเนื้อหาตรงประเด็นง่ายในการ
บันทึกมีการตรวจสอบรายงานเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วย
จากผู้ส่งเวรใน หัวข้อ SBAR โดยเน้นในเรื่องอาการ
เปลี่ยนแปลงที่ได้พบข้อมูลเพิ่มเติมหรืออาการที่ยัง

ไม่ได้แก้ไข ตรวจสอบข้อมูลบางส่วนได้ ชักถามข้อมูลกรณีสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมได้ ขณะที่รับส่งเวรทางการ 3) ด้านข้อมูล การรับส่งเวรข้อมูลการรับส่งเวรครบถ้วน และมีแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล 4) ด้านสถานที่มีการจัดสถานที่ใหม่ หลังใช้การสื่อสารแบบ SBAR และสอดคล้องกับอรรถยลักษณ์วงศ์⁸ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง ผลการศึกษาพบว่า บุคลากร มีความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพ เนื่องจากมีกระบวนการและหลักฐานการส่งเวรทางการพยาบาล 2) ด้านความพึงพอใจเกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาลพบว่า ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติมีความพึงพอใจอาจเนื่องมาจากมีแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลเป็นแนวเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดความเสี่ยงหรืออุบัติเหตุที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล และสามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังเพื่อใช้เป็นข้อมูลหลักฐานได้อีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะผู้ปฏิบัติ

1. ใช้แบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาลแบบ SBAR ส่งเวรอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอเนื่องจากยังไม่เคยชินกับแบบฟอร์มแนวทางการรับส่งเวรเพราะระยะเวลาที่ทดลองปฏิบัติและการใช้จริงมีเวลานั้น

ข้อเสนอแนะผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล

1. ควรสนับสนุนให้มีการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ ISBAR และเปิดอบรมเสริมความรู้แก่บุคลากร

2. ควรมีการนำการสื่อสารแบบ ISBAR มาใช้อย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการติดตามกำกับ Feed back ทันทีเมื่อปฏิบัติตามแนวทางการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR ไม่ครบถ้วน

4. ควรขยายผลการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้การสื่อสารแบบ ISBAR ครอบคลุมทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการปฏิบัติการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR ในแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยมีโอกาสรับผิดชอบเกี่ยวกับงานในแผนกหลังคลอด และมีความมุ่งมั่นในการปลอดภัยของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยในแผนกหลังคลอดซึ่งสำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ดร.สมหมาย คชนาม อาจารย์ผู้อบรมสั่งสอนเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนวิจัยครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ขอขอบคุณนางเทพรัตน์ เทพประสิทธิ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลโชคชัย นางจำเนียร ทรวงโพธิ์ ที่ปรึกษาศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลโชคชัย ให้คำแนะนำตรวจสอบความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง

ขอขอบคุณทันตแพทย์จอนสัน พิมพ์สาร ที่จัดอบรมการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยเพื่อพัฒนาองค์กร

ขอขอบคุณพยาบาลประจำแผนกหลังคลอดที่มีความมุ่งมั่นให้ผู้ป่วยปลอดภัยและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง ในการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณนายแพทย์เกรียงศักดิ์ ทรัพย์กุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโชคชัย ที่อนุญาตและสนับสนุนอย่างเต็มที่ในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กนกขวัญ เป้าทิพย์จันทร์. การสื่อสารเพื่อการส่งข้อมูลทางการพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. (10 กุมภาพันธ์ 2565). เข้าถึงได้จาก:<http://dirc.nrct.go.th>.
- 2.เพียงขวัญ แดงอ่อน.การพัฒนารูปแบบการส่งเวรพยาบาลบนหอผู้ป่วยหญิง. [อินเทอร์เน็ต]. (10 กุมภาพันธ์ 2565). เข้าถึงได้จาก:http://203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=1089.
- 3.กรรณิกา ธนโพธิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยคอมพิวเตอร์สำนักงานแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. (10 กุมภาพันธ์ 2565). เข้าถึงได้จาก:<http://library.christian.ac.th/thesis/document/T042660.pdf>
- 4.คณะกรรมการบริหารการพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. (10 กุมภาพันธ์ 2565). เข้าถึงได้จาก:
<http://Nurse.pmk.ac.th/images/WI/PMK-WND-045.pdf>.
- 5.รัชณี ศิริวัฒน์, นิตยา ไรจน์ทินกร, สุรัตน์ คร่ำสุข, จิราพร พอกพูนทรัพย์, จันทรีทิรา เจริญชัย. การพัฒนาแบบการสื่อสารทางการพยาบาลแบบไร้รอยต่อโดยใช้ เทคนิค SBAR ในระยะเปลี่ยนผ่านการดูแลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นครราชสีมาโรงพยาบาลมหาราช.[อินเทอร์เน็ต].2562.(10 กุมภาพันธ์ 2565).เข้าถึงได้จาก: <http://file:/C:/Users/Administrator/Downloads/somjit,+Journal+manager,+07+%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%8A%E0%B8%99%E0%B8%B5.pdf>
- 6.อัญชลี สิงห์น้อยและคณะ.วิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก:วารสารมนุษยศาสตร์ มหาลันเรศวร; 2561; 1-3.
- 7.แสงจันทร์ หนองนา, นิลเนตร สุดสวาท, ดวงสุดา วัฒนธัญญการ, มะลิสานามมะ, อธิฐาพร คำกุ่ม, พัชรา เตโช. ประสิทธิภาพของการจัดการการส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. (10 กุมภาพันธ์ 2565). เข้าถึงได้จาก:
<http://file:/C:/Users/Administrator/Downloads/1466-Manuscript-3939-2-10-20200427.pdf>.
- 8.อรทัย หล้านามวงศ์. การพัฒนาแบบการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558; 1-13.

ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: บทบาทพยาบาลในการป้องกัน

พัชณี ฤกษ์ใหญ่¹จรินทร์ โคตพรม²

บทคัดย่อ

ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ การฟื้นตัวของผู้ป่วย ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะปอดอักเสบ เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้น พยาบาลเป็นบุคลากรหลักที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ในระยะเฉียบพลันจนถึงระยะฟื้นฟู จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

บทความนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลในระยะแรกรับจนถึงการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ประกอบด้วย 4 ประเด็นสำคัญได้แก่ 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการสำลักและการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การคัดกรองภาวะกลืนลำบากและการประเมินความสามารถในการกลืน 3) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันเกิดปอดอักเสบ 4) การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อดูแลป้องกันปอดอักเสบต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งแนวทางการดูแลนี้ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยและบริบทของหน่วยงาน พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การป้องกัน, บทบาทพยาบาล

วันที่รับบทความ

6 มิถุนายน 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

25 มิถุนายน 2566

วันที่ตอบรับบทความ

27 มิถุนายน 2566

¹โรงพยาบาลมุกดาหาร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: phatchanee.r@gmail.com โทร. 091-0609686

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

Stroke-Associated Pneumonia: Role of Nurses in Its Prevention

Phatchanee Ruekyai¹

Jarintorn Koteprom²

Abstract

Stroke-associated pneumonia is a frequent complication among stroke patients and adversely affects health conditions, rehabilitation, healthcare cost and length of stay. Since the stroke-associated pneumonia rate serves as a quality-of-care indicator, this type of pneumonia is a preventable complication. Nurses play a central role in providing care management for stroke patients recovering from the acute to the recovery stages. Thus, nurses should have an adequate knowledge and understanding of stroke-associated pneumonia prevention in providing effective nursing care.

The purpose of this article is to enhance the current state of knowledge and understanding pertaining to the roles of nurses in stroke-associated pneumonia prevention. From the early stages of hospitalization to their continuation of care, their work consists of these four elements: 1) evaluating the risk of aspiration and stroke-associated pneumonia, 2) dysphagia screening test and swallowing assessments, 3) nursing care for stroke-associated pneumonia prevention and 4) preparation of the stroke caregivers for their work in preventive care against pneumonia from hospital to home. This paper thus serves as a guide for nurses or health-care providers which they can apply to individual care in suitable situations in order to improve the existing quality of care for stroke patients.

Keywords: Stroke-Associated Pneumonia, Role of Nurses, Prevention

Received
6 June 2566

Revised
25 June 2566

Accepted
27 June 2566

¹Mukdahan Hospital, Corresponding author, e-mail: phatchanee.r@gmail.com Tel. 091-0609686

²Boromarajonani college of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่คุกคามภาวะสุขภาพของประชากรทั่วโลก ในปัจจุบันทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 101 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่ 1 รายในทุก 3 วินาที¹ สำหรับในประเทศไทยแต่ละปี มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 300,000 คน เสียชีวิตมากกว่าปีละ 30,000 คน² ผู้ที่รอดชีวิตยังได้รับผลกระทบจากภาวะสมองขาดเลือดส่งผลให้เกิดความบกพร่องในหลายระบบ โดยเฉพาะความบกพร่องด้านการเคี้ยวและกลืน ส่งผลให้เกิดภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เป็นสาเหตุของหนึ่งการเสียชีวิต คือ ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke-Associated Pneumonia)³⁻⁷

ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke-Associated Pneumonia) เป็นการติดเชื้อในปอดที่เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองพบอุบัติการณ์ตั้งแต่น้อยละ 9.6 ถึง 66.4⁶⁻¹¹ แตกต่างกันตามระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับและภาวะสุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วย โดยพบภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 44.3⁸ ผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหารพบร้อยละ 49.2⁹ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจพบสูงถึงร้อยละ 66.4¹⁰ สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 610,668 ราย พบการเกิดภาวะปอดอักเสบจำนวน 58,586 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.6¹¹ ช่วงเวลาที่พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบสูงคือสัปดาห์แรกหลังเข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบอาการแสดงของภาวะปอดอักเสบมากที่สุดในช่วง 3 วันหลังเข้ารับการรักษา¹² ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วยมักมีการพยากรณ์โรคไม่ดี ต้องได้รับการรักษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การฟื้นตัวช้าลง ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มโอกาสการติดเชื้อดื้อยา เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่นๆ และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น¹¹⁻¹³

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างใกล้ชิดทั้งในระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลและการประสานทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปลอดภัยจากภาวะปอดอักเสบ ผู้เขียนในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงทบทวนองค์ความรู้ทางวิชาการ จากงานวิจัยผสานกับองค์ความรู้ที่จากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สู่การนำเสนอในบทความวิชาการ “ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: บทบาทพยาบาลในการป้องกัน” เพื่ออธิบายปัจจัยเสี่ยง แนวทางการประเมิน และการป้องกันภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งหวังให้เกิดการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุสำคัญจากภาวะกลืนลำบาก ร่วมกับปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และการรักษาที่ได้รับในขณะที่เจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบ โดยมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ปัจจัยด้านความสามารถในการกลืน

ภาวะกลืนลำบากเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 47–76³ เป็นผลจากภาวะสมองขาดเลือดทำให้ระบบประสาทในการควบคุมการเคี้ยวและกลืนสูญเสียหน้าที่ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและกลืนอ่อนแรง เคี้ยวอาหารไม่ได้ รีเฟลกส์การกลืนช้าลง มีเศษอาหารค้างปาก และฝาปิดกล่องเสียงปิดไม่สนิท จึงทำให้มีน้ำลาย น้ำและ

เศษอาหารตกลงไปในทางเดินหายใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอและสำลักเอาน้ำ น้ำลายและเศษอาหารลงไปในปอด จนทำให้เกิดการติดเชื้อในปอดตามมา³⁻⁸ ดังนั้นพยาบาลต้องตระหนักถึงการคัดกรองภาวะกลืนลำบากที่รวดเร็ว การป้องกันการสำลัก และการฟื้นฟูการกลืน เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ปัจจัยด้านอายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี^{6,8} เกิดปอดอักเสบสูงถึงร้อยละ 44.3⁸ และมีโอกาสเกิดมากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า 60 ถึง 1.7 เท่า⁸ เนื่องจากเป็นวัยที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการกลืนและการหายใจลดลงและกลุ่มที่มีโรคประจำตัวหรือมีโรคร่วมอยู่ก่อนเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดปอดอักเสบได้

3. ปัจจัยด้านโรคร่วม ผู้ป่วยที่มีการเกิดปอดอักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคร่วม^{6-7,14-15} ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยง 2.5 เท่า⁷ โรคหัวใจ 1.37 เท่า¹⁵ โรคเบาหวาน มีความเสี่ยง 2.35 เท่า¹⁵ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยง 4.48 เท่า¹⁵ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจมีความเกี่ยวข้องกับการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อสมองลดลงจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการสำลัก โรคเบาหวานมีความเกี่ยวข้องการทำงานของภูมิคุ้มกันลดลง ผู้ป่วยจึงมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจน การไอและการขับเสมหะลดลง ดังนั้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมดังกล่าว พยาบาลควรมีการติดตามประเมินและเฝ้าระวังการเกิดปอดอักเสบอย่างใกล้ชิด เพื่อนำไปสู่การจัดการพยาบาลที่เหมาะสม

4. ปัจจัยด้านเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

- ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Previous stroke) หรือสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) มีความเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะปอดอักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติ^{6-7,14} เนื่องจากภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวอาจทำให้เกิดรอยโรคในสมองที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดพยาธิสภาพและมีอาการทางระบบประสาทที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติภาวะสมองขาดเลือด

- ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบมากกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน^{6-7,14} (Ischemic Stroke) ถึง 1.7 เท่า¹⁴ เนื่องจากเลือดออกในสมองทำให้เนื้อเยื่อสมองบาดเจ็บมากกว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางระบบประสาทที่รุนแรง และการฟื้นตัวช้า จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการสำลักและปอดอักเสบมากกว่า

5. ระดับคะแนน National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน NIHSS สูงมากกว่า 12 คะแนน มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบสูงถึง 1.07 เท่า¹⁵ เนื่องจาก NIHSS เป็นคะแนนบ่งชี้ความรุนแรงของความบกพร่องทางระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6. การจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่ว่าจะเกิดจากพยาธิสภาพของโรคเองหรือการตรวจรักษาต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวชั่วระยะเวลาหนึ่ง^{7,10} ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง เกิดการคั่งค้างของเสมหะและสารคัดหลั่งในถุงลมปอดจนเกิดการติดเชื้อในปอด ดังนั้นในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ Barthel ADL index ต่ำกว่า 5 คะแนน ต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะปอดอักเสบ

7. ความสะอาดของช่องปาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสุขอนามัยของช่องปากไม่ดี มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบสูง⁶ เนื่องจากช่องปากเป็นแหล่งสะสมของเชื้อจุลินทรีย์หลายชนิดที่มีโอกาสสำลักลงสู่ปอด ดังนั้น พยาบาลควรดูแลประเมินสภาพและดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยส่งเสริม

8. การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบการเกิดภาวะปอดอักเสบถึงร้อยละ 66.4¹⁰ และมีโอกาสเสี่ยงมากถึง 4.65 เท่า¹⁵ ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจนานจึงมีโอกาเสี่ยงสูงต่อการเกิดปอดอักเสบ ดังนั้นการดูแลทางเดินหายใจ การดูดเสมหะและส่งเสริมการหยาเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด จึงเป็นบทบาทสำคัญที่ช่วยป้องกันการเกิดปอดอักเสบ

9.การเจาะคอ (Tracheostomy) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบมากถึง 2.24 เท่า⁷ เนื่องจาก การเจาะคอทำให้ไม่มีกลไกการป้องกันเชื้อทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น ดังนั้นต้องเฝ้าระวังการได้รับเชื้อหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ทางเดินหายใจ

10.การใส่สายยางให้อาหาร ภาวะแทรกซ้อนขณะใส่สายให้อาหาร การให้อาหารทางสายยาง การใส่สายยางเป็นเวลานาน การเลื่อนหลุดของสายยาง และผู้ป่วยดึงสายอาหารออกเอง⁷ ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการสำลักและปอดอักเสบ โดยพบการเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับอาหารทางสายยางสูงถึง ร้อยละ 49.2⁹ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบถึง 5.29 เท่าของผู้ที่กินอาหารทางปาก¹⁵ เนื่องจากการใส่สายยางให้อาหารจะทำให้กลืนเนื้อหรือกระดูกอาหารทำงานได้ลดลง เกิดการขย้อนและสำลักอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจ โดยเฉพาะการให้อาหารที่เร็วเกินไปยิ่งกระตุ้นให้เกิดการสำลักได้มากขึ้น ดังนั้น พยาบาลติดตามประเมินตำแหน่งของสายยาง และการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปในปอด

จากการทบทวนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นถึงบทบาทอิสระของพยาบาลในการประเมินและให้การพยาบาลป้องกันการปอดอักเสบ โดยการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพเช่น การส่งเสริมการกลืน การป้องกันการสำลัก การดูแล

ทางเดินหายใจและการหยาเครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายยางที่เหมาะสม การดูแลความสะอาดในช่องปาก และการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนและการหายใจ

บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การป้องกันปอดอักเสบเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลปฏิบัติได้ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้ ดูแลควบคู่กับการรักษาตามมาตรฐานที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้เขียนจึงสรุปบทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลในระหว่างที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล จนถึงเตรียมผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อที่บ้าน ประกอบด้วย 4 ประเด็นสำคัญได้แก่ 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการสำลักและการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก และการประเมินความสามารถในการกลืน 3) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบ 4) การเตรียมความพร้อมญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการปอดอักเสบต่อเมื่อที่บ้าน โดยมีรายละเอียดการพยาบาลดังนี้

1.การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการสำลักและการเกิดปอดอักเสบ เป็นสัญญาณเตือน (Trigger) ให้พยาบาลเกิดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะปอดอักเสบ^{12,16} ดังนั้นพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการประเมินปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในความดูแล ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้ที่อายุเกิน 60 ปี 2) โรครวมทั้งโรคที่ได้รับวินิจฉัยก่อนและพบระหว่างการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) ประวัติการบาดเจ็บที่สมอง หรือเคยมีภาวะสมองขาดเลือดแบบชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) 4) โรคหลอดเลือดในสมองแตก การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) น้อยกว่า12 คะแนนและระดับความบกพร่อง

ทางระบบประสาท (NIHSS) สูงกว่า 12 คะแนน
5) ความสามารถในการเคลื่อนไหว Brathel index ต่ำกว่า 5 คะแนน การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ 6) การใส่สายยางให้อาหารทั้งในด้านจำนวนครั้งที่ใส่ ระยะเวลาที่ใส่ การเลื่อนหลอดหรือการดึงของผู้ป่วย 7) การเจาะคอ 8) ภาวะกลืนลำบาก

2.การคัดกรองภาวะกลืนลำบากและการประเมินความสามารถในการกลืน¹⁶⁻¹⁸

การคัดกรองภาวะกลืนลำบากเพื่อค้นหาความเสี่ยงภาวะปอดอักเสบในระยะแรก (Early detection) เป็นกุญแจนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ จุดเน้นสำคัญคือพยาบาลต้องเป็นผู้นำและเริ่มทำในทันทีที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล และควรมีการติดตามประเมินทุกวันเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะปอดอักเสบ ประกอบด้วยการประเมินที่สำคัญใน 3 ส่วนคือ

1) **ประเมินอาการและอาการแสดงภาวะกลืนลำบาก** ได้แก่ พูดไม่ชัด อาการจุกหรือมีความรู้สึกว่ามีก้อนติดอยู่ในคอขณะกลืน (globus sensation) มีอาหารหรือน้ำไหลออกจากปาก กลืนอาหารช้ามากกว่า 2 วินาทีหรือกลืนอาหารลำบากหรือเจ็บขณะกลืน สูญเสีย gag reflex เสียงเปลี่ยนหลังกลืน ไอผิปกติ ไอขณะหรือหลังกลืน เสียงแหบ อาการเหนื่อยและหายใจเร็ว หากพบความผิดปกติอย่างน้อย 2 อย่าง แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดมีโอกาสเกิดการสำลักสูง^{16,17}

2) **การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก (Standardised Dysphagia Assessment:SSA)** เป็นการประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนทดสอบการกลืน โดยอาการคลินิกที่ต้องประเมินประกอบด้วย
1) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารและทำตามคำสั่งได้ และคะแนน Glasgow Coma Scale มากกว่า 13 คะแนน
2) ควบคุมศีรษะนั่งในท่าตรงได้ โดยจัดให้ผู้ป่วยนั่งหัวสูง 75-90 องศา คอตั้งตรง ผู้ป่วยจะต้องสามารถนั่งทรงตัวได้ดี และนั่งได้ไม่ต่ำกว่า 30 นาที 3) ไอตามที่

บอกได้โดยสั่งให้ผู้ป่วยไอ เพื่อประเมินการขับเสมหะและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ
4) ควบคุมการกลืนน้ำลายได้ โดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายตามคำสั่ง 5) ขณะกลืนผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของลูกกระเดือก 6) ควบคุมการเคลื่อนไหวของลิ้นได้ โดยให้ผู้ป่วยแลบลิ้น และเคลื่อนไหวลิ้นตามคำสั่ง เช่น ยกลิ้นขึ้นลง ซ้าย ขวา เลี้ยวริมฝีปาก 7) หายใจได้เอง ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ 8) ไม่มีเสียงแหบหรือเสียงน้ำในลำคอ 9) มีแรงต้านของขากรรไกร หากผู้ป่วยสามารถทำได้ทั้ง 9 ข้อ แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะกลืนลำบากและมีความพร้อมต่อการทดสอบการกลืน แต่ถ้าหากผู้ป่วยไม่ผ่านในข้อใดข้อหนึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบาก ยังไม่พร้อมต่อการทดสอบการกลืนน้ำ ต้องงดให้อาหารและน้ำทางปาก และรายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) ในการฝึกบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน (Oromotor Exercise and Stimulation)^{16,17,18}

3) **การประเมินความสามารถในการกลืน**
การตรวจประเมินภาวะกลืนลำบากที่ถือเป็นมาตรฐาน (gold standard) มี 2วิธี ได้แก่ videofluoroscopy (VFS) และ fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) แต่มีข้อจำกัดคือ ต้องเป็นการตรวจโดยแพทย์และทีมเฉพาะทางในการตรวจ ดังนั้น ประเมินความสามารถในการกลืนด้วยน้ำหรืออาหารเหลวจึงเป็นวิธีประเมินการกลืนที่สามารถทำได้โดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกทักษะในการประเมินอย่างถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐานและปลอดภัย ซึ่งจุดเน้นสำคัญคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการคัดกรองภาวะกลืนลำบากและประเมินความสามารถในการกลืนของโดยเร็ว (early swallowing assessment) ภายใน 24 ชั่วโมงแรก^{3,15,16,17} สำหรับเครื่องมือในการประเมินการกลืนที่มีความน่าเชื่อถือมีหลากหลายและคล้ายคลึงกันสามารถเลือกประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสมของบริบท ซึ่งมีหลักการปฏิบัติที่สำคัญคือ^{17,18} 1) ผู้ป่วย

ต้องผ่านการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก 2) ระหว่างการทดสอบต้องจัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 3) ให้ผู้ป่วยทดลองจิบน้ำครั้งละ 1 ช้อนชา (5 ซีซี) จำนวน 3 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 5 นาที 3) สังเกตอาการผิดปกติหลังจิบน้ำแต่ละครั้ง ได้แก่ น้ำไหลจากมุมปาก ล้าลัก ไอระหว่างกลืนหรือหลังกลืน มีเสียงน้ำในลำคอ เสียงแหบ เหนื่อย และหายใจเร็ว หากมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งให้หยุดทำการทดสอบทันที ดูแลให้ดื่มน้ำตามอาหารทางปาก ส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดเพื่อฝึกกลืน 4) จิบน้ำครบ 3 ครั้ง ไม่พบอาการผิดปกติให้ดื่มน้ำ 50 ซีซี หากดื่มได้ ไม่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยสามารถเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้โดยระหว่างรับประทานอาหารทางปากต้องเฝ้าระวังอาการล้าลักเสมอ 5) คำแนะนำที่สำคัญคือ ห้ามให้อาหารรวมถึงยารับประทานทางปาก จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความสามารถในการกลืนว่าสามารถกลืนได้อย่างปลอดภัย และสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการกลืนควรได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารตั้งแต่วินาทีแรก 6) พยาบาลต้องมีการติดตามประเมินการกลืนอย่างต่อเนื่อง แม้จะสามารถให้น้ำและอาหารทางปากได้ หรืออยู่ระหว่างการให้อาหารทางสายยาง แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทจากพยาธิสภาพของโรคจึงมีโอกาที่จะเกิดภาวะกลืนลำบากและล้าลักได้

3. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จุดเน้นสำคัญคือการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบ เป็นกิจกรรมที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้น พยาบาลต้องส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งพยาบาลสามารถสอดแทรกความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย

3.1) ประเมินอาการและอาการแสดงของการเกิดปอดอักเสบ^{4-5,16} ได้แก่ 1) มีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส 2) มีอาการไอและมีเสมหะสีคล้ายหนองหรือสีเปลี่ยนไป 3) มีอาการเหนื่อยง่าย หายใจเร็วกว่า 24 ครั้งต่อนาที 4) ค่าเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ต่ำกว่า 95 % 5) Chest X-ray พบฝ้าในปอด (infiltration) 6) เม็ดเลือดขาวในเลือด (White blood cell) มากกว่า 12,000 หรือน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยพยาบาลต้องติดตามอาการในทุกเวรจนกว่าจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน หากตรวจพบอาการผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งควรรายงานแพทย์ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยเร็ว และส่งเสริมให้ผู้ดูแลสังเกตอาการแสดงของภาวะติดเชื้อและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

3.2 ดูแลความสะอาดในช่องปาก

¹⁶⁻²⁰

เพื่อลดการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบและการที่ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดี สะท้อนถึงคุณภาพการดูแล ดังนั้น พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการดูแลความสะอาดช่องปาก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดูแลให้แปรงฟันอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง หรือหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ กระตุ้นบ้วนปากทุก 2 – 4 ชั่วโมง 2) ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการแปรงฟันและทำความสะอาดลิ้น เพดานปาก และกระพุ้งแก้ม ใช้น้ำยาบ้วนปากทุกครั้งหลังมีอาหาร 3) กรณีที่ผู้ป่วยบ้วนปากเองไม่ได้ หรือใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลต้องทำ mouth care ทุกครั้งก่อนให้อาหารและต้องดูดน้ำ เสมหะ และน้ำลายออกจากปากและช่องคอให้หมด 4) กรณีที่มีแผลในปากหรือไม่มีฟัน ใช้ไม้พันสำลีชุบ 0.9% เช็ดทำความสะอาดเหงือก ลิ้น และกระพุ้งแก้มแทนการแปรงฟัน 5) ในการทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยทุกครั้งควรให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพื่อฝึกทักษะให้สามารถดูแลช่องปากได้อย่างถูกต้อง

3.3 ส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางปาก¹⁶⁻²⁰ พยาบาลต้องติดตามการประเมินการกลืนทุกวันและดูแลการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันกันสำลัก ดังนี้ 1) ประเมินการกลืนก่อนเริ่มรับประทานอาหารทางปากทุกครั้ง 2) จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงการพูดคุยซักถามขณะรับประทานอาหาร ต้องมีผู้ดูแลอยู่ช่วยเหลือในขณะรับประทานอาหาร 3) จัดท่าทางศีรษะสูง 90 องศา คอและลำตัวตั้งตรง โนมมาด้านหน้าเล็กน้อย สามารถก้มหน้าคาบชิดคอได้ ป้องกันการเปิดของกล่องเสียงในขณะกลืน เพื่อไม่ให้สำลักอาหารเข้าไปในหลอดลม 4) ประสานนักโภชนาการในการจัดอาหารที่เหมาะสมต่อการกลืนอย่างปลอดภัย โดยเริ่มจาก 4.1) Thick puree – No liquid อาหารหนืดไม่มีน้ำ เช่น โจ๊กข้น มันบด พักทองบด 4.2) Thick and thin puree and thick liquid อาหารหนืดข้น เช่น ไข่ตุ๋น ข้าวปั้นละเอียด 4.3) Mechanical soft–thick liquid อาหารอ่อนเคี้ยวง่าย และน้ำน้อย เช่น ข้าวต้มข้น ปลาเนื้อฝักต้ม 4.4) Mechanical soft diet อาหารอ่อนปกติ เช่น ข้าวสวย เต้าหู้ ต้มจืดง่าย 4.5) Regular diet อาหารปกติ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่แข็งและหยาบ เช่น ของทอดกรอบ ถั่วหรือเมล็ดพืช 5) ป้อนอาหารเข้าปากทางด้านข้างที่กล้ามเนื้อปากไม่อ่อนแรง ก่อนป้อนคำต่อไป ต้องตรวจดูอาหารค้างในปากก่อนทุกครั้ง 6) ไม่เร่งผู้ป่วยเคี้ยวหรือกลืน 7) ขณะกลืนอาหารให้ผู้ป่วยก้มศีรษะคาบชิดคอและเอียงศีรษะหันไปข้างที่กล้ามเนื้ออ่อนเพื่อปิดกล่องเสียงป้องกันอาหารลงไปหลอดลม 7) หลังรับประทานอาหารเสร็จให้นั่งอยู่ท่าเดิมอีก 30 นาที 8) ข้อควรระวังในการให้อาหารทางปากคือ ห้ามให้อาหารหากผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวดี มีเสมหะหรือน้ำลายในช่องปากปริมาณมาก และห้ามให้น้ำท่าศีรษะต่ำกว่า 45 องศา 9) ให้ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้อนอาหารทุกครั้งโดยต้องฝึกทักษะการให้อาหารอย่างปลอดภัยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้เองอย่างถูกต้อง

3.4 ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ที่ใส่สายยางให้อาหาร^{17-18,20} ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถกลืนอาหารได้จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง อย่างถูกต้องและปลอดภัยดังนี้ 1) เคาะปอด ดูเสมหะ และทำความสะอาดช่องปากก่อนให้อาหารทุกครั้ง 2) เตรียมอาหารปั่นตามแผนการรักษา 3) จัดท่านอนศีรษะสูง 45 – 60 องศา ศีรษะและคอต้องตั้งตรง หรือเอียงหน้าเล็กน้อย 3) ตรวจสอบตำแหน่งสายยางให้อาหารและประเมินอาหารเหลือค้างในกระเพาะก่อนเริ่มให้อาหารทุกครั้ง หากมีอาหารเหลือมากกว่า 250 ซีซี ต้องเลื่อนมื้ออาหาร 1 ชั่วโมงและประเมินซ้ำ หากพบว่าการย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง รายงานแพทย์ทันทีเพื่อปรับอาหารที่เหมาะสม 4) ดูแลให้อาหารทางสายยางในอัตราการไหลที่เหมาะสม ไม่ให้อาหารเร็วเกินไปเนื่องจากจะกระตุ้นให้เกิดการขย้อนอาเจียนและสำลักได้ 5) ระวังให้อาหารหากผู้ป่วยมีอาการไอ สำลักหรืออาเจียนต้องหยุดให้อาหารทันทีและดูแลให้นั่งพักในท่าศีรษะสูง 6) หลังให้น้ำและอาหารต้องจัดให้นั่งในท่าศีรษะสูงประมาณ 1 ชั่วโมง ห้ามปรับให้ผู้ป่วยนอนราบหลังอาหารทันที เนื่องจากจะเกิดการขย้อนและสำลักอาหารได้ 7) ระวังให้อาหารและหลังให้อาหาร 1 ชั่วโมง ห้ามเคาะปอด ดูเสมหะ เนื่องจากจะกระตุ้นการไอและสำลัก 8) ฝึกทักษะการให้อาหารทางสายยางให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลโดยให้มีส่วนร่วมในการให้อาหารทุกครั้งจนกว่าจะสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

3.5 ดูแลทางเดินหายใจในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ^{16,21-23} ต้องประเมินตามความจำเป็น เช่น เมื่อมีเสียงเสมหะครืดคราดหรือผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเสมหะและต้องการให้ดูดออก ภายหลังการเคาะปอด และก่อนการให้อาหาร จุดเน้นสำคัญคือดูแลตามความจำเป็น เพื่อลดการระคายเคืองทางเดินหายใจ การดูแลแต่ละครั้งต้องมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามมาตรฐานดังนี้ 1) ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความกลัวจากการดูดเสมหะ

2) ประเมินอาการและฟังเสียงปอดทุกครั้งก่อนดูดเสมหะ 3) ยึดหลักปราศจากเชื้อ (Sterile technique) 4) ดูดสารคัดหลั่งในช่องปากก่อนดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ และใช้สายยางคนละเส้นเสมอ 5) ใช้แรงดันที่ต่ำสุด ที่สามารถดูดเสมหะได้ซึ่งควรอยู่ในช่วง 80–120 มิลลิเมตรปรอท เพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทางเดินหายใจ 6) ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนโดยการให้ออกซิเจนเปอร์เซ็นต์สูง (hyper-oxygenation) และการเพิ่มปริมาตรปอด (hyper-inflated lung) กรณีใช้ AMBU ให้ต่อกับออกซิเจน 100% ด้วยอัตราการไหล 10–15 มิลลิเมตรต่อวินาที 7) ใช้เวลาในการดูดเสมหะไม่เกิน 10–15 วินาที ตั้งแต่เริ่มปลดข้อต่อและใส่สายดูดเสมหะถึงดึงสายดูดเสมหะขึ้นและสิ้นสุดการดูดเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน 8) กรณีที่เสมหะเหนียวข้น หรือแห้งติดเป็นก้อน ไม่แนะนำให้ใช้ NSS หยดใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากการกระตุ้นการไอเพิ่มความเสี่ยงในการสำลัก และเพิ่มโอกาสในการได้รับเชื้อแบคทีเรียลงสู่ปอดมากขึ้น วิธีการทำให้เสมหะอ่อนนุ่มที่เหมาะสมคือ การปรับอุณหภูมิของเครื่องช่วยหายใจให้มีความชื้นในทางเดินหายใจอย่างเพียงพอ (Humidifier) การใช้เครื่องพ่นผ่าน Nebulizer การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ และประสานกับแพทย์เพื่อให้ยาละลายเสมหะที่เหมาะสม 9) การใส่สายดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ลึกมากเกินไปจะกระตุ้นการไอ ควรใส่สายยางถึงทางแยกของแขนงหลอดลม (Carina) แล้วถอยสายออก 1–2 เซนติเมตร ขณะใส่สายไม่ควรแตกสายขึ้นลง ขณะดึงขึ้นควรพลิกไปมาอย่างเบามือและนุ่มนวล ไม่กระชาก และไม่หมุนวนรอบท่อ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บและกระตุ้นการไอ²²

3.6 การจัดทำเพื่อป้องกันการสำลัก^{16,20}

โดยในระหว่างที่ไม่มีการให้อาหารควรจัดทำที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะและส่งเสริมการทำงานของปอดดังนี้ 1) จัดท่าในท่าศีรษะสูง 15–30 องศา 2) ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 4 ชั่วโมง

โดยสลับด้านซ้ายหรือด้านขวา หรือท่านอนหงายเอียงศีรษะเล็กน้อยเพื่อป้องกันการสำลักน้ำลาย

3.7 การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน^{16–18}

จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยกลืนป้องกันการสำลักและการเกิดปอดอักเสบได้ในระยะยาว โดยมี 2 ส่วนที่สำคัญคือ 1) การดูแลให้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากโดยนักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) 2) การบริหารออกกำลังกล้ามเนื้อปากและลิ้นที่พยาบาลและผู้ดูแลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำได้ด้วยตัวเอง 2.1) การห่อปากและอ้าปาก – ปิดปากสลับกัน 2.2) เม้มปากและห่อกระพุ้งแก้ม 2.3) ทำปากจู๋ ฉีกยิ้ม 2.4) ออกเสียง อา อี อุ ปา บี ปู คา ลา 2.5) แลบลิ้นและกระดกลิ้น 2.6) ตวัดลิ้นซ้าย-ขวา 2.7) ผีกลืนลิ้นกระพุ้งแก้มซ้าย-ขวา

4.การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อดูแลป้องกันปอดอักเสบต่อเนื่องที่บ้าน^{17–18,24} ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นับเป็นช่วงเวลาที่สร้างความวิตกกังวลให้กับทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมเพื่อวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแล และนำผู้ป่วยกลับสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลต้องเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและผู้ป่วยดังนี้ 1) ค้นหาผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโดยเร็วและให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน ประเมินความพร้อมและความต้องการการดูแลช่วยเหลือของญาติผู้ดูแล เพื่อสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) ประสานทีมสุขภาพเพื่อร่วมกันให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแล มุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจะต้องยอมรับและเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพื่อวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกัน ทั้งในด้านการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 3) ให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ

ผู้ดูแลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก ได้แก่ การประเมินอาการกลืนลำบาก การสังเกตอาการปอดอักเสบ การประเมินการกลืน การดูแลความสะอาดในช่องปาก การให้อาหารทางปาก การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะในปากและทางท่อเจาะคอ การจัดทำ และการบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ระยะแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอนให้เข้าใจ ส่งเสริมให้ลงมือปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ข้อเสนอแนะเชิงบวก และส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย

4) การให้ข้อมูลและแนวทางในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล เช่น การปรับตัวต่อบทบาทผู้ดูแล การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพ และการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วย

5) แนะนำแหล่งข้อมูลที่ญาติผู้ดูแลสามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมสามารถขอคำปรึกษาในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเพื่อทบทวนทักษะระบุนหน่วยงานหรือบุคลากรที่สามารถให้ข้อมูลและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อรับคำปรึกษา

6) พยาบาลการติดตาม เยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามสภาพผู้ป่วย พูดคุย สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจของญาติผู้ดูแล

7) การประสานระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อบูรณาการการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ชุมชน สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือกับโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society. 2022;17(1), 18–29.

บทสรุป

ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke-Associated Pneumonia) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตไม่ดี จนเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิต ซึ่งจากการทบทวนองค์ความรู้จากการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปอดอักเสบในโรคหลอดเลือดสมอง บูรณาการกับความรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สะท้อนให้เห็นว่า หัวใจสำคัญของการป้องกันการเกิดปอดอักเสบคือการค้นหาค่าความเสี่ยงได้เร็วที่สุด (Early detection) เพื่อนำไปสู่การให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ดังนั้น พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างใกล้ชิดในทุกๆ ระยะ จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก และประเมินความสามารถในการกลืนอย่างมีมาตรฐานและปลอดภัย ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันเกิดปอดอักเสบ และการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน บทความนี้จึงเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยและบริบทของหน่วยงาน สูการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

2. กองโรคไม่ติดต่อ.รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2565. [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623/>
3. Banda, K.J.; Chu, H.; Kang, X.L.; Liu, D.; Pien, L.-C.; Jen, H.-J.; Hsiao, S.-T.S.; Chou, K.-R. Prevalence of dysphagia and risk of pneumonia and mortality in acute stroke patients: A meta-analysis. *BMC Geriatr.* 2022;22,420–441.
4. Grossmann, I., Rodriguez, K., Soni, M., Joshi, P. K., Patel, S. C et al., Stroke and Pneumonia: Mechanisms, Risk Factors, Management, and Prevention. *Cureus.* 2021; 13(11), e19912.
5. Akimoto, T., Hara, M., Ishihara, M., Ogawa, K., & Nakajima, H. Post-Stroke Pneumonia in Real-World Practice: Background, Microbiological Examination, and Treatment. *Neurology international.* 2023;15(1), 69–77.
6. Somgit W, Srisawas P, Phuthikhamin N. .Factors Predicting Pneumonia in Stroke Patients: A Systematic Review. *Royal Thai Navy Medical Journal.* 2021; 48(3),742–758.
7. Eltringham, S. A., Kilner, K., Gee, M., Sage, K., Bray, B. D., Smith, C. J., & Pownall, S. Factors Associated with Risk of Stroke-Associated Pneumonia in Patients with Dysphagia: A Systematic Review. *Dysphagia.* 2020;35(5), 735–744.
8. You, Q., Bai, D., Wu, C., Wang, H., Chen, X., Gao, J., & Hou, Risk factors for pulmonary infection in elderly patients with acute stroke: A meta-analysis. *Heliyon.* 2022; 8(11),1166–1181.
9. Rabaut, J., Thirugnanachandran, T., Singhal, S., Martin, J., lievliev, S., Ma, H., & Phan, T. G. Clinical Outcomes and Patient Safety of Nasogastric Tube in Acute Stroke Patients. *Dysphagia .* 2022;37(6), 1732–1739.
10. Xu, C. Y., Ye, H. W., Chen, B., Wu, Y. F., Cao, Z., Ding, Z., Yao, Y. P., Gao, Y., Li, J., Zhu, J. J., & He, S. Analysis of risk factors and prognosis of post-stroke pulmonary infection in integrated ICU. *European review for medical and pharmacological sciences.* 2021;25(2), 856–865.
11. Barlas RS, Clark AB, Bettencourt-Silva JH, Sawanyawisuth K, Kongbunkiat K, Kasemsap N, Tiamkao S, Myint PK. Pneumonia and Risk of Serious Adverse Outcomes in Hospitalized Strokes in Thailand. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2019 Jun;28(6):1448–1454.
12. de Jonge, J. C., van de Beek, D., Lyden, P., Brady, M. C., Bath, P. M., & van der Worp, H. B. Temporal Profile of Pneumonia After Stroke. *Stroke .*2022; 53(1), 53–60.
13. Teh, W. H., Smith, C. J., Barlas, R. S., Wood, A. D., Bettencourt-Silva, J. H., Clark, A. B., et al. Impact of stroke-associated pneumonia on mortality, length of hospitalization, and functional outcome. *Acta neurologicaScandinavica.* 2018;138(4), 293–300.
14. Westendorp WF, Vermeij JD, Hilken NA, et al. Development and internal validation of a prediction rule for post-stroke infection and post-stroke pneumonia in acute stroke patients. *Eur Stroke J.* 2018;3(2):136–144.

15. Wästfelt M, Cao Y, Ström JO. Predictors of post-stroke fever and infections: a systematic review and meta-analysis. BMC Neurol. 2018;18(1):49.
16. Liu ZY, Wei L, Ye RC, Chen J, Nie D, Zhang G, Zhang XP. Reducing the incidence of stroke-associated pneumonia: an evidence-based practice. BMC Neurol. 2022; 11;22(1):297.
17. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก (Clinical practice guidelines : dysphagia). นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินต์แอนด์พับลิชชิง จำกัด; 2562. หน้า 16-55.
18. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2559. หน้า 15-36.
19. อุไร คำมาก, สุกัญญา ทองบุผา, ยุวดี บุตรเอก, ปราณปรียา อุทัย, กนิษฐา สุวรรณรัตน์, ดวงกมล เคนตุ้. การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบ: หลักฐานเชิงประจักษ์.วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 2564; 7: 46-56.
20. กาญจนา บัวเนียม.ผลของการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีภาวะกลืนลำบาก ต่อการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพัทลุง.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2564; 3: 75-87.
21. สุรศักดิ์ พุฒิวิณชัย,นภาพร พุฒิวิณชัย,จันทนา เกลี้ยงพร้อม.หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560; 27: 10-18.
22. ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, นปภัช ทองคำวงศ์, ประพันธ์ เพชรเลิศศิริกุล.แนวทางการดูแลในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ.2563; 27: 145-156.
23. ชไมพร จินต์คณาพันธ์, วรินทร์ จันทรมณี, ปภาสิณี แซ่ดี. ความท้าทายของพยาบาลในการลดความทุกข์ทรมานจากการดูแลในผู้ป่วยผู้ใหญ่ใส่ท่อช่วยหายใจ.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร.2562; 22: 66-77.
24. นันทกาญจน์ ปักขี, ทิฏฐิ ศรีวิสัย, เสน่ห์ ขุนแก้ว.การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์.2564; 13: 47-61.

การประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

ยุทธชัย ไชยสิทธิ์¹

ภัชราภรณ์ วงศ์อาษา²

ขวัญประภัสร์ จันทรบุลลวณิช²

รัตติยา ทองอ่อน³

อรอุมา แก้วเกิด³

บทคัดย่อ

บทความวิชาการเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอเกี่ยวกับการประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้บุคลากรสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยความหมายของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ผลกระทบของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ และแนวทางการประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณและผ่อนคลายจากภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ

คำสำคัญ จิตวิญญาณ, ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ, ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

วันที่รับบทความ

10 พฤษภาคม 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

29 มิถุนายน 2566

วันที่ตอบรับบทความ

30 มิถุนายน 2566

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

¹ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: yuttachai.c@ubru.ac.th

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

Spiritual Distress Assessment for End-of-Life Patients

Yuttachai Chaiyasit¹

Patcharaporn Wongarsa²

Khwanparpat Chanbunlawat²

Rattiya Thong-orn³

Onuma Kaewkerd³

Abstract

The purpose of this academic article is to present the assessment of spiritual distress for end-of-life patients. To provide health care practitioners with a guideline for assessing problems and planning for the care of end-of-life patients with spiritual distress. The article contains an overview of the meaning of spiritual distress, dimensions of spiritual distress, and a guideline for the assessment of spiritual distress in end-of-life patients to enable end-of-life patients to meet their spiritual needs and relieve them of further spiritual stress.

Keyword; Spirituality, Spiritual distress, End-of-life patients

Received

10 May 2566

Revised

29 June 2566

Accepted

30 June 2566

¹Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

¹Corresponding author, e-mail: yuttachai.c@ubru.ac.th

²Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

³Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

บทนำ

ผู้ป่วยที่อยู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life) เป็นผู้ที่มีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะรุนแรง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อวัยวะสำคัญของร่างกายสูญเสียหน้าที่และหยุดทำงานไป ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง และเสียชีวิตในที่สุด¹ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจึงได้รับผลกระทบในทุกมิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการในทุกมิติแบบเป็นองค์รวม²

ประชากรทั่วโลกมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 56.80 ล้านคน โดยประชากร 25.70 ล้านคน เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตามกลับพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง 5 ลำดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เอดส์ และเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 38.50, 34.00, 10.30, 5.70 และ 4.60 ตามลำดับ³

จากสถานการณ์ข้างต้น ประเด็นปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบายยังไม่ให้ความสำคัญ ปัญหาการเข้าถึงระบบการดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรสุขภาพขาดการฝึกอบรมที่เพียงพอ การจัดการความปวดด้วยยากลุ่มมอร์ฟินไม่เหมาะสม งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ อุปสรรคด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับความตายและการตาย บุคลากรสุขภาพยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นต้น⁵ โดยเฉพาะประเด็นการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เพราะบุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่มุ่งเน้นให้การดูแลด้านร่างกายและจิตสังคมมากกว่า แพทย์และพยาบาลต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเตรียมการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วย ระยะเวลาจำกัด

ภาระงานล้นมือ ขาดการฝึกอบรมอย่างเพียงพอ และความแตกต่างด้านสังคมวัฒนธรรม⁴ ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณเพียงร้อยละ 13 เท่านั้น⁴

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ^{2,5,6} จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยระยะประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตมีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณร้อยละ 9-57^{5,6,7} ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการรับรู้การตายดีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต^{2,3} การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณจึงเป็นประเด็นที่ท้าทายและบุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญ

ข้อจำกัดประการหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณคือ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณมีความเป็นนามธรรมสูง การให้คำจำกัดความที่ยังขาดความชัดเจนและเข้าใจตรงกัน การให้ความหมายภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทสังคมวัฒนธรรม ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการประเมินและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ⁵ องค์ความรู้จากการบทความวิชาการเรื่องนี้ ผู้เขียนเรียบเรียงขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์นำเสนอเกี่ยวกับแนวทางการประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณต่อไป

ความหมายของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ

ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตรู้สึกถึงความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิตถูกรบกวนหรือบั่นทอน รู้สึกปราศจากความหมายและเป้าหมายของชีวิต รู้สึกทนทุกข์กับความเจ็บป่วยหรือชีวิตที่เป็นอยู่ รู้สึกหมดหวัง สูญเสียความรักและความสัมพันธ์ที่ดีที่มีต่อตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อมรอบตัว สิ่งยึดเหนี่ยวศรัทธา หรือพลังอำนาจที่เหนือกว่า และสูญเสียความเข้มแข็งภายในตนเองไป

องค์ประกอบของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ

ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตมีองค์ประกอบสำคัญ^{5,6,7,8,9,10,11,12,13,14} ดังนี้

1. การแสดงออกด้านร่างกาย (physical expression) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณจะมีการแสดงออกทางด้านร่างกาย โดยมีสาเหตุที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากโรคและแผนการรักษาพยาบาล โดยมีคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ รู้สึกไม่สบาย เจ็บปวด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า เป็นต้น

2. การแสดงออกทางด้านจิตใจ (psychological expression) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณจะมีการแสดงออกทางด้านจิตใจที่สำคัญ ได้แก่ วิตกกังวล กลัว โกรธ ร้องไห้ เสียใจ และโศกเศร้า

3. การสูญเสียความรักความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง บุคคลอื่น ธรรมชาติ สิ่งเหนือกว่าหรือพระศาสนา (lack of love and relationship with self, other, nature, and higher power or God) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณจะแสดงออกถึงการสูญเสียความรักความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง บุคคลอื่น ธรรมชาติ สิ่งเหนือกว่าหรือพระศาสนา โดยมีคุณลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ รู้สึกห่างเหิน โดดเดี่ยว แยกตัว ปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นลดลง รู้สึก

ไม่ได้รับการสนับสนุน รู้สึกถูกทอดทิ้ง กังวลเกี่ยวกับครอบครัว รู้สึกสูญเสียความรัก สับสนในความสัมพันธ์ รู้สึกว่าพระศาสนาทอดทิ้ง โกรธสิ่งศักดิ์สิทธิ์/อำนาจเหนือกว่า/พระศาสนา รู้สึกว่าพระศาสนาหลงโทษ สูญเสียความสนใจในธรรมชาติ รู้สึกว่าเป็นกรรม/ชะตากรรม/โชคชะตาของตน ต้องการให้ผู้อื่นให้อภัยตนเองและตนเองให้อภัยผู้อื่น รู้สึกสูญเสียความเชื่อศรัทธาพลังที่เหนือกว่า/พระเจ้า และรู้สึกสูญเสียการปฏิบัติทางจิตวิญญาณและศาสนา

4. การสูญเสียความภาคภูมิใจแห่งตน (lack of self-esteem) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณจะมีการสูญเสียความภาคภูมิใจแห่งตน โดยมีคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ รู้สึกผิด รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกสูญเสียบทบาท รู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น ต่ำทอนิตินตนเอง สูญเสียความเชื่อมั่น สูญเสียการควบคุมตนเอง สูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียศักดิ์ศรีแห่งตน และสูญเสียความเป็นตัวตน

5. การสูญเสียความหมายและเป้าหมายในชีวิต (lack of meaning and purpose of life) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณจะมีการสูญเสียความหมายและเป้าหมายในชีวิตของตน โดยมีคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ รู้สึกสูญเสียความหมายและเป้าหมายในชีวิต ไม่สามารถยอมรับความเจ็บป่วยได้ รู้สึกว่าความเจ็บป่วยไม่ยุติธรรม ไม่สามารถยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ รู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต ความตายและชีวิตหลังความตาย รู้สึกว่างเปล่า สูญเสียความคิดสร้างสรรค์ สิ้นหวัง ยอมจำนน และไม่อยากมีชีวิตต่อ

6. การสูญเสียความเข้มแข็งภายในจิตใจ (lack of inner strength) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณจะมีการสูญเสียความเข้มแข็งภายในจิตใจ โดยมีคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ รู้สึกทุกข์ทรมานใจ สูญเสียความสงบภายในจิตใจ สูญเสียความกล้าหาญ สูญเสียภาวะเหนือตนเอง และสูญเสียความแข็งแกร่งภายในจิตใจ

แนวการประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

การประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ
ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต สามารถประเมินได้จาก
การสังเกต การสัมภาษณ์ และการใช้เครื่องมือหรือ
แบบประเมิน ดังนี้

1. การสังเกต การประเมินภาวะบีบคั้นทาง
จิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต สามารถ
ประเมินได้จากการสังเกตจากลักษณะสีหน้า ท่าทาง
การแสดงออกด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยครอบคลุม
เกี่ยวกับการแสดงออกด้านร่างกาย การแสดงออก
ด้านจิตใจ การแสดงออกถึงการสูญเสียความรัก
ความสัมพันธ์ การแสดงออกถึงการสูญเสียความ
ภาคภูมิใจแห่งตน การแสดงออกถึงการสูญเสีย
ความหมายและเป้าหมายในชีวิต และการแสดงออก
ถึงการสูญเสียความเข้มแข็งภายในจิตใจ ดัง
รายละเอียดองค์ประกอบของภาวะบีบคั้นทางจิต
วิญญาณ

2. การสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เพื่อค้นหาว่า
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตมีภาวะบีบคั้นทางจิต
วิญญาณหรือไม่ สามารถสัมภาษณ์โดยใช้คำถาม
ปลายเปิด ดังองค์ประกอบภาวะบีบคั้นทาง
จิตวิญญาณข้างต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การแสดงออกทางด้านร่างกาย

ตัวอย่างแนวคำถาม

- ความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อด้าน
ร่างกายของคุณอย่างไรบ้าง

- การรักษาพยาบาลที่ได้รับส่งผล
กระทบต่อด้านร่างกายคุณอย่างไรบ้าง

คำตอบที่บ่งชี้ภาวะบีบคั้นทางจิต
วิญญาณ

- ฉันรู้สึกทุกข์ทรมาน เจ็บปวด นอน
ไม่หลับ เบื่ออาหาร ท้องผูก เหนื่อยเพลีย เป็นต้น

2.2 การแสดงออกทางด้านจิตใจ

ตัวอย่างแนวคำถาม

- ความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อ
จิตใจของคุณอย่างไรบ้าง

คำตอบที่บ่งชี้ภาวะบีบคั้นทางจิต
วิญญาณ

- ฉันรู้สึกกลัว โกรธ วิตกกังวล
ร้องไห้ เสียใจ เศร้าโศก

2.3 ความหมายและเป้าหมายในชีวิต

ตัวอย่างแนวคำถาม

- คุณให้ความหมายของการเจ็บป่วย
ครั้งนี้อย่างไร

- สิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมาย
สำหรับคุณตอนนี้คืออะไร

- เป้าหมายในชีวิตของคุณคืออะไร
คำตอบที่บ่งชี้ภาวะบีบคั้นทางจิต

วิญญาณ

- การเจ็บป่วยเกิดจากกรรมของฉัน
- การเจ็บป่วยของฉันเพราะว่าพระ
ศาสดาลงโทษ

- ฉันรู้สึกว้าชีวิตว่างเปล่าปราศจาก
จุดหมาย

2.4 ความหวัง

ตัวอย่างแนวคำถาม

- สิ่งที่ทำให้คุณมีความหวังและ
กำลังใจในการดำเนินชีวิตและต่อสู้กับความเจ็บป่วย
คืออะไร

คำตอบที่บ่งชี้ภาวะบีบคั้นทางจิต
วิญญาณ

- ฉันรู้สึกหมดหวังเกี่ยวกับการ
เจ็บป่วยและชีวิตในอนาคต

2.5 ความรักและความสัมพันธ์

ตัวอย่างแนวคำถาม

- สัมพันธภาพของคุณกับคนอื่น
ธรรมชาติ พลังที่เหนือกว่าหรือพระศาสดาเป็นอย่างไร

- ความสัมพันธ์ดังกล่าวส่งผลต่อชีวิต
คุณอย่างไรบ้าง

- คุณมีความเชื่อเกี่ยวกับพระศาสดา
อำนาจเหนือธรรมชาติ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ หลักธรรมคำสอน
ของพระศาสดาอย่างไร สิ่งนั้นมีผลต่อชีวิตและความ
เจ็บป่วยของคุณหรือไม่ อย่างไร

คำตอบที่บ่งชี้ภาวะบีบคั้นทางจิต
วิญญาณ

- ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวไม่มีใคร
- ฉันรู้สึกโกรธสิ่งศักดิ์สิทธิ์/พระ
ศาสดา

- สิ่งศักดิ์สิทธิ์/พระศาสดาลงโทษฉัน

2.6 ความภาคภูมิใจแห่งตน

ตัวอย่างแนวคำถาม

- สิ่งที่ทำให้คุณรู้สึกมีภาคภูมิใจคือ
อะไร

คำตอบที่บ่งชี้ภาวะบีบคั้นทางจิต
วิญญาณ

- ความเจ็บป่วยทำให้ฉันสูญเสีย
ความภาคภูมิใจแห่งตน

3. การใช้เครื่องมือหรือแบบประเมิน

นักวิชาการทั้งในและต่างประเทศจำนวน
หลายท่าน ได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินภาวะ
บีบคั้นทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ดังตัวอย่าง
ต่อไปนี้⁵

Ku et al พัฒนาแบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิต
วิญญาณจากการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยมะเร็ง
20 คน ค.ศ. 2003–2004 จากนั้นตรวจสอบคุณภาพ
แบบวัดกับตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการ
รักษาที่หน่วยมะเร็งของโรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์
ภาคใต้ของประเทศไต้หวัน จำนวน 85 คน ผลการวิจัย
พบว่า แบบวัดเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน
4 องค์ประกอบ 30 ข้อ ความตรงเชิงเนื้อหา 0.83
ความเชื่อมั่น 0.95 การวิเคราะห์องค์ประกอบ 1) ด้าน
ความสัมพันธ์ภายในตนเอง 14 ข้อ ค่า Factor loading
0.37–0.77 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 21.14
2) ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 5 ข้อ ค่า Factor
loading 0.40–0.87 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ

15.99 3) ด้านความสัมพันธ์กับพระเจ้า 7 ข้อ
ค่า Factor loading 0.46–0.89 อธิบายความแปรปรวน
ได้ร้อยละ 14.42 4) ด้านทัศนคติต่อความตาย 4 ข้อ
ค่า Factor loading 0.72–0.87 อธิบายความแปรปรวน
ได้ร้อยละ 13.28 คะแนนอยู่ระหว่าง 30–120 คะแนน
คะแนนสูง หมายถึง มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณใน
ระดับสูง¹⁵

Monod et al ทำการพัฒนาเครื่องมือวิจัยเพื่อ
ประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ
ที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนการพัฒนา
3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การระดมโน้ตชนโดย
ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้โมเดลความต้องการด้าน
จิตวิญญาณเป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษา ขั้นตอนที่ 2
การระดมเชิงปฏิบัติการเพื่อออกแบบข้อคำถาม
ที่สอดคล้องกับมโนทัศน์ที่ศึกษา ขั้นตอนที่ 3
การประเมินเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการยอมรับและความ
ถูกต้องของเครื่องมือโดยศาสตราจารย์ในโรงพยาบาล
ผลการศึกษา พบว่า เครื่องมือแบ่งออกเป็น
4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความหมาย 2) ด้านการ
อยู่เหนือสิ่งต่างๆ 3) ด้านคุณค่า และ 4) ด้าน
อัตลักษณ์ทางจิตสังคม

จะเห็นได้ว่าเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมิน
ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณยังมีอยู่อย่าง
จำกัด ประเมินยังไม่ครอบคลุมคุณลักษณะภาวะ
บีบคั้นทางจิตวิญญาณทั้ง 6 ด้าน ดังองค์ประกอบ
ข้างต้น โดยเฉพาะการประเมินภาวะบีบคั้นทาง
จิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในบริบท
สังคมวัฒนธรรมไทย จึงมีความสำคัญจำเป็นอย่างยิ่ง
การศึกษาต่อเนื่อง

บทสรุป

ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณเป็นภาวะที่พบได้
บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต การประเมินภาวะ
บีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ
ชีวิตจึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยปัญหาและ
วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภาวะบีบคั้น

ทางจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถประเมินได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการใช้เครื่องมือหรือแบบประเมิน ครอบคลุมประเด็นการแสดงออกทางด้านร่างกาย การแสดงออกทางด้านจิตใจ ความรักและความสัมพันธ์ ความภาคภูมิใจแห่งตน ความหวัง ความหมายและเป้าหมายของชีวิต และความเข้มแข็ง ภายในจิตใจ รวมทั้งการพัฒนาแบบวัดภาวะบีบ

คั้นทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่ ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้นและสอดคล้องกับ บริบทสังคมวัฒนธรรมไทย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของชีวิตได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ ด้านจิตวิญญาณและผ่อนคลายจากภาวะบีบคั้นทาง จิตวิญญาณ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO Guide for planners, implementer and managers. 2018. [28April 2023] from: <https://www.apps.who.int/iris/bitstream/handle>.
2. Chaiyasit, Y., Thong-on, R., Chanbunlawat, K., et al. Thai Nurses' perceptions of a good death: an integrative review. The Bangkok Medical Journal. 2020; 16: 102–108.
3. WHO. Palliative care. 2020. [28April 2023] from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
4. Koper, I., Pasman, H.R.W., Schweitzer, B.P.M. et al. Spiritual care at the end of life in the primary care setting: experiences from spiritual caregivers – a mixed methods study. BMC Palliative Care. 2019. [28April 2023] from: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0484-8>.
5. ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ โพธิ์บุญรุ่งโรจน์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
6. ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ขวัญประภัสร์ จันทร์บุลวัชร, รัตติยา ทองอ่อน และคณะ. การวิเคราะห์ทัศนคติภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ. วารสารสภาการพยาบาล. 2564; 36: 5–17.
7. Robinson, K.L., Connelly, C.D., & Georges, J.M. Pain and spiritual distress at end of life: a correlational study. Journal of Palliative Care. 2022; 37: 526–534.
8. Caldeira, S., Carvalho, E.C., & Vieira, M. Spiritual distress—proposing a new definition and defining characteristics. International Journal of Nursing Knowledge. 2013; 24: 77–84.
9. Bhatnagar, S., Gielen, J., Satija, A., Singh, S.P., Noble, S., & Chaturvedi, S.K. Signs of spiritual distress and its implications for practice in Indian palliative care. Indian Journal of Palliative Care. 2017; 23: 306–311.
10. Gielen, J., Bhatnagar, S., & Chaturvedi, S.K. Prevalence and nature of spiritual distress among palliative care patients in India. Journal of Religion and Health. 2017; 56: 530–544.
11. Pinho, C.M., Gomes, E.T., Trajano, M.F.C. et al. Impaired religiosity and spiritual distress in people living with HIV/AIDS. Revista Gaucha de Enfermagem. 2017; 38: e67712.
12. des Ordon, A.L.R., Sinuff, T., Stelfox, H.T. et al. Spiritual distress within inpatient settings—a scoping review of patients' and families' experiences. Journal of Pain and Symptom Management. 2018; 56: 122–145.

13. Martins, H., & Caldeira, S. Spiritual distress in cancer patients: A synthesis of qualitative studies. *Religions*. 2018.[28April 2023] from: doi:10.3390/rel9100285.
14. Schultz, M., Meged-Book, T., Mashiach, T. et al. The cultural expression of spiritual distress in Israel. *Supportive Care in Cancer*; 2018. Page 3187–3193.
15. Ku, Y.L., Kuo, S.M., Yao, C.Y. Establishing the validity of a spiritual distress scale for cancer patients hospitalized in southern Taiwan. *International Journal of Palliative Nursing*. 2010; 16: 134–138.
16. Monod, S.M., Rochat, E., Bula, C.J., et al. The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalized elderly persons. *BMC Geriatrics*. 2010; 10; 88.

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับบทความสำหรับผู้พิมพ์

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริม/สนับสนุน การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการทางการพยาบาลและด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลงานทางวิชาการที่ตีพิมพ์ลงวารสาร ได้แก่ บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ มีกำหนดการเผยแพร่วารสาร ปีละ 2 ฉบับ มกราคม – มิถุนายน และ กรกฎาคม – ธันวาคม ของทุกปี

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความที่ประสงค์ตีพิมพ์ลงวารสาร ต้องเป็นตัวพิมพ์ โดยใช้แบบอักษร (Font) ชนิดไทยนิรमित (TH Niramit AS)

2. เนื้อหา จัดพิมพ์เป็น 2 คอลัมน์

3. หากมีรูปภาพหรือตารางประกอบ ควรมีภาพที่ชัดเจน ให้จัดพิมพ์แยกออกมาจากเนื้อหา และระบุคำว่า “ภาพที่” จากนั้น ทำการจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษและวางไว้ใต้ภาพ และ “ตารางที่” จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ บนตาราง ตามด้วยหมายเลขกำกับใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวหนา ใช้คำหรือข้อความที่กระชับ ชัดเจน ส่วนคำอธิบายใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวปกติ รูปภาพ/ตารางที่นำเสนอ ต้องมีรายละเอียดที่ครบถ้วน สมบูรณ์ อ่านแล้วเข้าใจได้โดยง่าย ทำการระบุลำดับรูปภาพ/ตารางให้ตรงกับเนื้อหาต้นฉบับ

4. พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษพิมพ์สีขนาดเอสี่ (A4) ขนาดของตัวอักษรเท่ากับ 14 ส่วนเลขหน้าขนาด 14 และใส่เลขหน้าตั้งแต่ต้นจนจบบทความ ยกเว้นหน้าแรก โดยมีเนื้อหาบทความรวมบรรณานุกรม ไม่เกิน 12 หน้า

5. ทำการจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ ห่างจากขอบกระดาษด้านซ้ายและด้านบน 1 นิ้ว ด้านขวาและด้านล่าง 1 นิ้ว

6. ให้เตรียมต้นฉบับบทความตามรูปแบบ ดังต่อไปนี้

6.1 ชื่อบทความ กรณีภาษาไทย ใช้แบบอักษรขนาด 18 ตัวหนาหนา

6.2 ชื่อบทความ กรณีภาษาอังกฤษ ใช้แบบอักษรขนาด 18 ปกติ

6.3 ชื่อผู้เขียน และผู้ร่วมพิมพ์ ใช้แบบอักษรขนาด 14 ปกติ

6.4 หัวข้อหลัก ใช้แบบอักษรขนาด 16 ตัวหนา

6.5 หัวข้อย่อย ใช้แบบอักษรขนาด 14 ตัวหนา

6.6 เนื้อเรื่อง ใช้แบบอักษรขนาด 14 ปกติ

7. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกกึ่งกลางหน้ากระดาษ

8. ชื่อผู้เขียน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใส่ให้ครบทุกคน รูปแบบอักษรขนาด 14 ปกติ จัดชิดกันหน้าขวา และใส่ Footnote เป็นตัวเลขอารบิกต่อท้ายแต่ละชื่อ โดยระบุสังกัด กรณีเป็นมหาวิทยาลัยให้ระบุ คณะ/วิทยาลัย และมหาวิทยาลัย กรณีหน่วยงานราชการอื่น ให้ระบุกรมและกระทรวง กรณีภาคเอกชนให้ระบุบริษัทหรือองค์กร และจังหวัด ให้ตรงกับเครื่องหมายที่กำกับไว้ข้างบน โดยให้ระบุเป็นรายบุคคลภาษาไทยและค้นด้วย (;) ก่อนเขียนเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นทำการขึ้นบรรทัดใหม่ ให้ระบุ Corresponding author, e-mail:, Tel. ของผู้พิมพ์หลัก

9. บทความย่อภาษาไทย และ Abstract ภาษาอังกฤษ ทำการเขียนให้กระชับและได้ใจความ และไม่ต้องอ้างอิงเอกสาร บทความย่อประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย ผลการวิจัยนั้นให้สรุปโดยย่อ

และกระชับ ไม่เกิน 300–500 คำ และควรมีคำสำคัญ ไม่เกิน 5 คำ ที่ครอบคลุมชื่อเรื่องวิจัย และจะต้องมีในส่วนตัวอย่างของบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และให้ค้นคำด้วยเครื่องหมายจุลภาค (.)

10. การเรียงลำดับของหัวข้อในบทความ หัวข้อใหญ่ให้พิมพ์ชิดขอบทางด้านซ้าย จากนั้นหัวข้อย่อยให้เว้นระยะห่างจากหัวข้อใหญ่ กำหนดระยะที่ 0.7” และหัวข้อย่อยถัดไป กำหนดระยะย่อหน้า 1.1” ทำการเว้นระยะพิมพ์ 0.5 ของช่วงบรรทัด

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิจัย กำหนดให้เรียงลำดับของหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1.1 บทนำ ควรเขียนให้เห็นภาพและความเป็นมา รวมถึงความสำคัญของปัญหาที่นำมาสู่การวิจัย

1.2 วัตถุประสงค์ ควรเขียนให้เห็นถึงจุดมุ่งหมายของการวิจัย

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรเขียนและอธิบายถึงรูปแบบของการวิจัย การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล

1.4 สรุปผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรเขียนตามสิ่งที่ได้ค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1.5 อภิปรายผลการวิจัย/วิจารณ์ (Discussion) ผู้นิพนธ์ควรเขียนให้มีความเชื่อมโยงกับผลการวิจัย ว่ามีความสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของใคร เป็นไปตามแนวคิด/ทฤษฎีหรือไม่ และอภิปรายถึงผลการวิจัยดังกล่าว

1.6 ข้อเสนอแนะ ในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.7 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เป็นการกล่าวขอบคุณต่อองค์กร หน่วยงาน หรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือให้ความช่วยเหลือ/ร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งกล่าวขอบคุณแหล่งที่มาของทุน

1.8 เอกสารอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิงเอกสารและบรรณานุกรมใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เมื่อมีการอ้างอิง ให้ใส่เลขยกหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความ/เนื้อหา ที่ได้นำมาอ้างอิง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับอ้างอิงแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ กรณีมีการอ้างอิงซ้ำให้ใส่หมายเลขเดิมที่อ้างก่อนหน้านี้ ทั้งนี้ การอ้างอิงจะต้องตรงกันกับการอ้างอิงในเนื้อหาทั้งหมด

2. บทความวิชาการ กำหนดให้เรียงลำดับของหัวข้อ ดังต่อไปนี้

2.1 บทนำ ผู้นิพนธ์ควรเขียนแสดงถึงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอในบทความ และควรเขียนอธิบายเรื่องที่ต้องการนำเสนอมีความสำคัญ มีวัตถุประสงค์ และเค้าโครงของบทความวิชาการนั้น

2.2 เนื้อเรื่อง นิพนธ์ควรเขียนแสดงถึงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอ กำหนดให้แบ่งเป็นส่วนย่อย ดังนี้
ส่วนย่อยที่ 1 เขียนถึงพื้นฐานของความรู้แก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องที่จะกล่าวถึงก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง
ส่วนย่อยที่ 2 เขียนถึงการวิเคราะห์ข้อมูล การโต้แย้งข้อเท็จจริง การใช้เหตุผลและผล หรือหลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลเชิงประจักษ์แก่ผู้อ่าน

ส่วนย่อยที่ 3 เขียนให้เห็นถึงการเสนอความคิดเห็น รวมทั้งข้อเสนอแนะของผู้เขียนต่อประเด็นที่ผู้เขียนได้นำเสนอ

2.3 สรุปผล เขียนกล่าวสรุปสาระสำคัญ ทำการยกประเด็นสำคัญ ๆ ของบทความมากล่าวรวมกันไว้โดยสรุปอย่างสั้นๆ ไว้ท้ายบท ผู้เขียนควรเขียนเพิ่มเติมว่า ผลลัพธ์ที่ได้กล่าวมานั้น มีความสำคัญอย่างไร นำไปใช้ประโยชน์อย่างไร

2.4 เอกสารอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิงและบรรณานุกรมใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

กำหนดให้เขียนเอกสารอ้างอิง ในรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เมื่อมีการอ้างอิงข้อความหรือชื่อ บุคคล ให้ใส่เลขยกหลังข้อความดังกล่าวที่ได้นำมาอ้างอิง เริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 สำหรับอ้างอิงแรก และเรียงต่อไป ตามลำดับ กรณีมีการอ้างอิงซ้ำ ให้ใส่หมายเลขที่ทำการอ้างอิงเดิมที่อ้างก่อนหน้านี้ และการอ้างอิงเอกสารนั้นจะต้อง ตรงกันกับการอ้างอิงเอกสารในเนื้อหาทั้งหมด

3.1 บทความจากวารสาร

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก- หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พัทธพงศ์ เข้มปัญญา, พิเชษฐ เรื่องสุขสุด, ฌติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, จรินทร์ โคตพรม. ปัจจัยทำนายความสุขของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565; 23: 119-127.
2. ฌญา อ่อนผิว, ประไพรัตน์ แก้วศิริ. ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำมันต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของ น้ำมันและปริมาณน้ำมันของมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ทารกแรกเกิด. วารสารสภาภาษาไทย. 2565; 15: 108-126.
3. Falk G, Fahey T. C-reactive protein and community-acquired pneumonia in ambulatory care: systematic review of diagnostic accuracy studies. Fam Pract. 2009; 26: 10-21.

3.2 การประชุมวิชาการ

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมือง ที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Association of Surgical Oncologists (Thailand), International College of Surgeon (Thailand Section). Proceeding ASOT 2003: 1 st Scientific Meeting "Cancer management of today from gene to cure"; July 12-14, 2003; Ambassador City Jomtien Hotel, Pattaya. n.p.; 2003.

3.3 เอกสารเผยแพร่บน Internet

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: ชื่อเว็บไซต์.

ตัวอย่าง

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner. G*Power 3: A flexible sta-tistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007. [15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://doi.org/10.3758/BF03193146>.

3.4 หนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

โยธิน เบญจวัง, สัมมน โฉมฉาย, อุดุลย์ บัณชกุล. โรคพิษโลหะหนัก. ใน: อุดุลย์ บัณชกุล, บรรณาธิการ. ตำราอาชีวเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์; 2554. หน้า 691-725.

3.5 วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวิทยานิพนธ์. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ตีพิมพ์. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

สมภาพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดีจากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมโฟไซต์ที่เพาะเลี้ยง. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; เชียงใหม่: 2553. 75 หน้า



Journal of Nursing and Health Sciences Nakhon Phanom University
Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University
92 Tambol. Nongsang Mueng nakhon Phanom, Nakhon Phanom Province 48000
Tel. +66 4251 2196 #4101 Fax. +66 4251 2184
E-mail: bcnnjournal@gmail.com