



วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

JOURNAL OF NURSING AND HEALTH SCIENCES
NAKHON PHANOM UNIVERSITY

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566
VOL. 1 NO.2 JULY - DECEMBER 2023



ISSN 2985-0908 (ONLINE)

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566

ที่ปรึกษา

อธิการบดีมหาวิทยาลัยนครพนม
คณบดีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนสีแก้ว

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ นพ.กิตติศักดิ์	สรวรรยาวิสุทธ์
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	ตั้งวรพงศ์ชัย
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช	ห่านิรติศัย
รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา	สาธิตมาศ
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา	คงวัฒนานนท์
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	วัชรสินธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง
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.ศิราณี	อิมน้ำขาว
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชนี	สมกำลัง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดารุณีย์	สวัสดิ์โชติดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัยวัฒน์	อินไชยา
ดร.จงชัย	อามาตยบัณฑิต
ดร.มารศรี	ศิริสวัสดิ์

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมร เรืองวรบูรณ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรฤทัย ภูนาถลม
ดร.รัตติยา ทองอ่อน

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางพยอม	สินธุ์ศิริ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรัญจนา	ปาพรม
นางสาวนาฏนภา	อารยะศิลป์พร
นางสาวสุชมาพร	พึ้งผาสุก
นายนรากร	พลหาญ
นางสาววาสนา	คำสงค์
นายวุฒิจิรณ	ประพัศรงค์
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 : bcnnjournal@gmail.com
พิมพ์ที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
ปีที่พิมพ์ 2566

สารจากบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม เข้าสู่ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 ยังคงมุ่งเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อยกระดับมาตรฐานทางวิชาชีพและวิชาการของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งทางวารสารใคร่ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อเสนอแนะและประเมินบทความ เพื่อให้บทความที่ดีมีพลังในวารสารนี้ มีความถูกต้อง น่าสนใจ และเพิ่มความน่าเชื่อถือและเชื่อมั่นกับผู้อ่านวารสารทุกท่าน

กองบรรณาธิการขอเชิญชวนบุคลากรทางด้านสุขภาพ อาจารย์และนักวิชาการ ส่งผลงานเข้าร่วมตีพิมพ์เผยแพร่กับทางวารสารเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์กับบุคลากรสาธารณสุข และผู้อ่านทุกท่าน และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความสนใจ และติดตามวารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมร เรืองวรบูรณ์
บรรณาธิการ
วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยนครพนม

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2566

สารบัญ

บทความวิจัย

- ◆ การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลดอนตาล และเครือข่ายบริการ..... 1
Development of Stroke Fast Track Model for Dontan Hospital and Service Network

- ◆ การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม โรงพยาบาลสกลนคร..... 13
Development of a case management model for breast cancer patients undergoing MRM surgery, Sakon Nakhon Hospital

- ◆ ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมฉบับย่อผ่านการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ต่อทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม 25
The Effect of a Brief Cognitive Program and Behavioral Therapy Through Group Counseling on the Attitudes, Self-efficacy, and Anxiety in Pregnant Women with Down's Syndrome Screening at the Antenatal Care Clinic, Maha Sarakham Hospital

- ◆ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม..... 39
The Development of Dependent Elderly Care Systems for the Elderly in Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province

- ◆ ผลของการพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7..... 52
Result of Developing Desired Health Literacy of the Elderly in Elderly Clubs: Health Area Region 7

- ◆ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาแบบสหวิชาชีพ โดยใช้แนวคิด การจัดการตนเองร่วมกับการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม..... 63
The Development of Multidisciplinary Care System for Patients Receiving Warfarin by Using Self-management Combined with Case Management in Nawa Hospital Nakhon Phanom Province

กรณีศึกษา

- ◆ การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย : กรณีศึกษา 2 ราย 74
Nursing care of pneumonia patients with respiratory failure According to Roy's adaptation theory : Two case studies

- ◆ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีโรคร่วม : กรณีศึกษา 2 ราย 87
Nursing care of pediatric dengue fever patients with co-morbidities : Two case studies

- ◆ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน : กรณีศึกษา 99
Nursing Care of patient Ischemic Stroke: Case Study

- ◆ การพยาบาลปริศัลยกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ : กรณีศึกษา 2 ราย 109
Perioperative Nursing Care for Bladder Cancer Patients undergoing Radical cystectomy with Ileal conduit under General Anesthesia at Sakonnakhon Hospital : 2 Case Studies

การพัฒนา รูปแบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลดอนตาลและเครือข่ายบริการ

จันทร์จร เสนามาตย์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลดอนตาลและเครือข่ายบริการ

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรผู้ให้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 10 คน อาสาสมัครกู้ชีพ จำนวน 50 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 57 คน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และระยะประเมินผลรูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลและหน่วยกู้ชีพ แนวคำถามสนทนากลุ่ม และแนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าเท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาการบริการทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์
2. ระยะพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ได้มีการพัฒนารูปแบบครอบคลุม วงจรคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับ 2.1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว 2.2) การคัดกรองผู้ป่วย 2.3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 2.4) การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย และ 2.5) การติดตามผู้ป่วย
3. ระยะประเมินผล พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการ มีการปฏิบัติตามรูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน 120 นาที ระยะเวลาดังแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 75 นาที การประเมินแรกรับเฉลี่ย 4.39 นาที การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเฉลี่ย 3.67 นาที การเตรียมเพื่อส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย หลังได้รับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเฉลี่ย ภายใน 45 นาที ร้อยละ 100 และจากการติดตามผลหลังส่งต่อไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า รูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและได้มาตรฐานจึงควรนำไปใช้เป็นแนวทางการให้บริการต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบบริการช่องทางด่วน, โรคหลอดเลือดสมอง

วันที่รับบทความ
3 พฤศจิกายน 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข
25 ธันวาคม 2566

วันที่ตอบรับบทความ
28 ธันวาคม 2566

โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: j.poompeem@gmail.com
โทร. 088-572-3557

Development of a Stroke Fast Track Model for Dontan Hospital and Service Network

Jantajhon Senamat¹

Abstract

This participatory action research aimed to develop a Fast Track service model for stroke patients in Dontan Hospital and service network.

The sample group consisted of 10 nurses in the emergency department, 50 volunteer rescuers, and 57 stroke patients.

The study process was composed of three phases. 1) situation analysis phase; 2) development phase of the stroke fast track model; and 3) evaluation phase of the stroke fast track service model. Data were collected using patient record forms, assessments of compliance with guidelines for care, referrals of patients by nurses and resuscitation units, open-ended questions for focus groups, and interviews with stroke patients and their caregivers. The assessment of compliance with guidelines for care and referral for stroke patients was tested for reliability using the Kuder-Richardson method, which was equal to 0.75. Data were analyzed using statistics, frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis. The research results found that

1. The situation analysis phase found that service problems were found in both processes and results.

2. The development phase of the stroke fast track service model. A comprehensive model for the quality cycle was developed, which involved 2.1) quick access to fast-track services, 2.2) patient screening, 2.3) patient care processes, 2.4) the development of patient care and referral guidelines, and 2.5) following up on patients

3. During the evaluation period, it was found that staff were 100% compliant with the stroke fast track service model. Patients arrived at the hospital within 120 minutes; from the onset of symptoms to arriving at the hospital, it took an average of 75 minutes; the initial assessment averaged 4.39 minutes, the electrocardiogram testing averaged 3.67 minutes; preparation for transfer to the host hospital after receiving initial medical treatment averaged within 45 minutes, with 100 percent. In the follow-up after referral, no patients died.

Suggestions: The results of the study indicate that the stroke fast track service model, which was developed to help patients receive care quickly and in accordance with standards, should be used as a service guideline.

Keywords: Fast Track Service, Stroke

Received
3 November 2023

Revised
25 December 2023

Accepted
28 December 2023

¹Dontan Hospital, Mukdahan Province, Corresponding author, e-mail: j.poompeem@gmail.com Tel. 088-572-3557

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization) พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 6,500,000 คน¹ สำหรับประเทศไทย รายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในช่วงปี พ.ศ. 2557 ถึงปีพ.ศ. 2559 เท่ากับ 38.63 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี และยังคงพบโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการตายมากกว่าโรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.5 ถึง 2 เท่า²

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักมีอาการแบบทันทีทันใด ปวดศีรษะวิงเวียน อาเจียน ซึมหรือหมดสติ เป็นต้น การป้องกันและการให้การรักษาที่รวดเร็วทันทีเป็นวิธีจัดการที่สำคัญยิ่ง เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท³ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสมองขาดเลือด เพื่อให้เนื้อสมองได้รับเลือดกลับมาเลี้ยงอย่างทันทีที่สามารถลดอัตราการเสียชีวิต ความรุนแรงของโรคและความพิการได้ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบบริการโดยลดขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้การเข้าถึงบริการได้เร็วและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (recombinant tissue plasminogen activator : RTPA) ภายใน 270 นาที⁴ (door to needle time) ภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยเรียกช่องทางด่วนนี้ว่า Stroke fast track

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปีพ.ศ. 2552 โดยใช้รูปแบบเครือข่ายบริการครบวงจรของแต่ละเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิต

ทุกสภาพ และความพิการ⁵ ประกอบด้วย การส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านทางสายด่วน 1669 ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพอย่างถูกต้องและรวดเร็วเมื่อมาถึงโรงพยาบาลตั้งแต่การซักประวัติที่ชัดเจน การประเมินอาการ สัญญาณชีพ ความผิดปกติทางระบบประสาทและอื่นๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับออกซิเจน คลื่นไฟฟ้าหัวใจ รวมถึงส่งตรวจจำนวนเกล็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น เพื่อการวินิจฉัยอย่างแม่นยำและให้การดูแลรักษา การส่งต่ออย่างรวดเร็วและปลอดภัย การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่จำเป็น การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและมีการอ่านผลโดยรังสีแพทย์ ผู้ป่วยต้องได้รับการขยายหลอดเลือดสมองด้วยยา rt-PA ภายใน 60 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจึงต้องกำกับระยะเวลาทุกขั้นตอน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาที่ดีที่สุด⁶

โรงพยาบาลดอนตาลจังหวัดมุกดาหาร เริ่มให้บริการระบบช่องทางด่วนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 โดยมีหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทำหน้าที่คัดกรอง ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลมุกดาหาร จากสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2565 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นจำนวน 32, 37, 38, 36 และ 37 ราย ตามลำดับ ในการดำเนินงานพบปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่มีเข้าสู่ระบบบริการช่องทางด่วนและได้รับการส่งต่อล่าช้า ซึ่งส่งผลต่อการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ล่าช้าเช่นกัน โดยปัญหามักจะมาจากการนำส่งล่าช้าเนื่องจากการตระหนักรู้ของผู้ป่วยและปัญหาการเข้าถึงบริการ EMS ยังล่าช้า ระยะเวลาถึงโรงพยาบาลดอนตาล จนได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลมุกดาหารในปีงบประมาณ 2561 ,2562, 2563, 2564และ2565 เท่ากับ 3.6,

3.5, 3.2, 3.0 และ 3.3 ชั่วโมงตามลำดับ ซึ่งเกินมาตรฐานที่กำหนด เพราะภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงจะต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด ดังนั้น กำหนดระยะเวลาจากผู้ป่วยมีอาการจนถึงมาห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลดอนตาล จะต้องไม่เกิน 2 ชั่วโมง จึงจะเป็นเวลาที่เหมาะสม สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากผู้ป่วยขาดการตระหนักในอาการที่ควรพบแพทย์ทันที หน่วยงานผู้ชี้นำขาดความรู้ในการประเมินผู้ป่วยแรกรับขาดช่องทางด่วนในการติดต่อสื่อสารมายังห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลดอนตาล การประเมินผู้ป่วยไม่ถูกต้องเนื่องจากไม่มีแนวทางการคัดกรองที่ชัดเจน

จากปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยนำแนวคิดระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกการ์ท (kemmis & McTaggart) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือการวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (acting) การสังเกต (observe) และการสะท้อนคิด (reflecting) เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ⁷ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา นำแผนสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกตและสะท้อนผลของการปฏิบัติจากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการวางแผนปรับปรุงและดำเนินการใหม่เป็นวงจรจนกว่าจะได้รูปแบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงานของโรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหารและเครือข่ายบริการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต ความรุนแรงของโรคและความพิการถาวร

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลดอนตาลและเครือข่ายบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลดอนตาล และเครือข่ายบริการ ในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 พื้นที่ศึกษา คือโรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหารและเครือข่ายบริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 117 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลป่าไร่ ตำบลบ้านบาก ตำบลเหล่าหมี เทศบาลบ้านแก้ง ตำบลโพธิ์ไทรย์ จำนวน 50 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ จำนวน 57 คน บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 10 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมให้ข้อมูลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ ระยะพัฒนาระบบ และระยะประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการ ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสำหรับการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 70 คน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ

ภูมิสำเนา การมาโรงพยาบาล เวลาถึงโรงพยาบาล โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาแต่ละขั้นตอนในระบบบริการช่องทางด่วน และการเสียชีวิต

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแนวปฏิบัติและไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่สมบูรณ์โดย กำหนดคะแนนน้ำหนักคะแนน 2 ระดับ 1 = ปฏิบัติ 0 = ไม่ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติไม่สมบูรณ์

2.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระยะศึกษาสถานการณ์และระบอบการพัฒนาระบบบริการ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

2.4 แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 0.83 สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson :KR) ได้ค่า 0.75

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร รหัส เลข EC 41.0032.2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้
ระยะที่ 1 การวิจัยสถานการณ์ดำเนินการโดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อในปีงบประมาณ 2564 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

- สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลจำนวน 57 คน

- สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลดอนตาล จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 8 คน เจ้าหน้าที่พนักงาน จำนวน 1 คน

- สนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่ายบริการจำนวน 50 คน โดยเป็นบุคลากรจากเครือข่ายบริการ โรงพยาบาลอำเภอดอนตาลจำนวน 5 แห่ง แห่งละ 10 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาลงจากนั้นดำเนินการวางแผนลงมือปฏิบัติสังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย สรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาดำเนินไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน โดยประเมินจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

ผลการวิจัย

1. ผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 70 ฉบับ ยังพบประเด็นที่ต้องพัฒนาทั้งในด้านการกระบวนการและผลลัพธ์ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ด้านกระบวนการ

1) การให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลดอนตาล มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การดื่มแอลกอฮอล์ และขาดการออกกำลังกาย ผลการตรวจเลือดประจำปีพบว่ามีความเสี่ยงสูงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง CVD risk Score > 30 ผู้ป่วยและญาติขาดการตระหนักรู้ในอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ Member Card ข้อความไม่ระบุชัดเจนลงไปเกี่ยวกับอาการหลอดเลือดสมอง ส่งผลทำให้การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนล่าช้า

2) ด้านบุคลากรเครือข่ายบริการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพตำบล มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลดอนตาล ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างเครือข่ายบริการ กับโรงพยาบาลดอนตาล ระบบการรับคำปรึกษาล่าช้าทำให้การนำส่งผู้ป่วยไม่ทันเวลา

3) การให้บริการที่โรงพยาบาล (Hospital) บุคลากรผู้ให้บริการ ไม่มีช่องทางด่วนสำหรับการประสานกับหน่วยกู้ชีพเครือข่ายบริการ แนวทางการดูแลผู้ป่วย การคัดกรองที่ขาดความแม่นยำ การประเมินแรกรับล่าช้า ต้องรอคำสั่งการรักษาจากแพทย์เวร การเตรียมความพร้อม การประสานการส่ง

ต่อยังโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยตั้งแต่มีอาการถึงหน่วยกู้ชีพออกไปรับเพื่อนำส่งโรงพยาบาลดอนตาลใช้เวลานานถึง 180 นาที การพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินใช้เวลา 20 นาที ส่งต่อไปโรงพยาบาลมุกดาหารใช้เวลา 45 นาที รวมระยะเวลาจนถึงโรงพยาบาลมุกดาหารใช้เวลาทั้งหมด 4.0 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสที่จะได้รับยา rt-PA

4) การให้บริการและส่งต่อผู้ป่วย (post-hospital) ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองระหว่างโรงพยาบาลดอนตาลกับโรงพยาบาลมุกดาหารยังประสานงานส่งต่อร่วมกับโรคทั่วไป ยังไม่มีช่องทางการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ

1.2 ด้านผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2561-2565

ตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมุกดาหารล่าช้าใช้เวลา 4.8, 4.7, 4.6, 4.7 4.6 ชั่วโมงตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ไม่ทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมงเป็นผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเป็นอัมพาต

2. ผลจากการพัฒนารูปแบบ

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย ได้รูปแบบการบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลดอนตาลและเครือข่ายบริการ แบ่งออกเป็น 5 กิจกรรม ดังนี้

2.1 การเข้าถึงช่องทางด่วนที่รวดเร็ว โดยผู้ป่วยและญาติโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มี CVD risk > 30 ได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องอาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองที่ควรมาพบแพทย์ทันทีและมีการติด Member card ที่ปรับปรุงใหม่ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ตลอดจนประชาสัมพันธ์ระบบบริการการเข้าถึงหน่วย EMS ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

2.2 การคัดกรองผู้ป่วยที่ถูกต้องแม่นยำ รวดเร็วโดย การฝึกอบรมการประเมินอาการ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับ

หน่วยกู้ชีพเครือข่ายบริการในทุกตำบลในพื้นที่อำเภอคอนतालจำนวน 50 คน เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2565 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลคอนताल เมื่อหน่วยกู้ชีพออกมารับผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง จะสามารถใช้แบบประเมินโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีภาพประกอบได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ สามารถส่งข้อมูลเข้าช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลคอนतालโดยตรง ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะรายงานแพทย์เวรและออกบัตรรอ รวบรวมทั้งเตรียมรถและพยาบาล refer พร้อมไว้ ณ ที่ตั้งก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึง

2.3 การดูแลผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสัญญาณชีพและคัดแยกผู้ป่วยเป็นประเภทฉุกเฉิน (emergency) ตรวจประเมิน EKG ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Isotonic คือ 0.9 % Sodium Chloride เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, DTX, BUN, Cr Electrolyte, PT และ INR

2.4 การดูแลส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะส่งข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบ refer link โทรศัพท์ประสานงานผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 042614270 และกรู๊ป LINE stroke มุกดาหาร ก่อนนำส่งทุกครั้ง พยาบาลประจำรถ refer จะนำใบส่งตัวและแบบประเมินสัญญาณชีพ นำส่งโรงพยาบาลมุกดาหารพร้อมทั้งมีการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องทุก 15 นาที จนกว่าจะถึงโรงพยาบาลมุกดาหาร

2.5 การติดตามผล ได้แก่ จะมีการติดตามผู้ป่วยตามแบบตอบกลับ Refer link หรือมีการโทรศัพท์ประสานศูนย์ refer ภายใน 48 ชั่วโมง หลังส่งผู้ป่วย กรณีที่มีการ refer กลับมาเพื่อรักษาต่อหรือทำกายภาพบำบัด ก็จะมีการประสานงาน กับทีมสหวิชาชีพเพื่อลงเยี่ยมติดตามดูแลต่อเนื่อง

3. การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในพื้นที่

3.1 ผลลัพธ์เชิงปริมาณ

ในเดือนตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการ ทั้งหมดจำนวน 57 คน เป็นกลุ่มผู้ป่วยในระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการและเข้าถึงบริการมายังห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินใช้เวลา 120 นาที จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 63.15 และกลุ่มผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลใช้เวลามากกว่า 120 นาที จำนวน 21 คน ร้อยละ 36.84 โดยมีสาเหตุสำคัญคือ ไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จากอาการเตือนที่เกิดขึ้นและเป็นการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านช่องทางหรือ 1669 ร้อยละ 61.40

สำหรับลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วนพบว่า มีอายุเฉลี่ย 64.92 ปี SD = 13.186 อยู่ในวัยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี ร้อยละ 91.22 เป็นเพศชาย 32 คน ร้อยละ 56.14 เพศหญิง 25 คน ร้อยละ 43.86 มีภูมิลำเนานอกเขตตำบลคอนतालจำนวน 53 คน ร้อยละ 92.9 ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยตนเองจำนวน 22 คน ร้อยละ 38.59 ผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 จำนวน 35 คน ร้อยละ 61.40 มาถึงโรงพยาบาลในช่วงเวลา 8:00-16:00น. จำนวน 19 คน ร้อยละ 33.33 มีค่า CVD Risk มากกว่า 30% จำนวน 45 คน ร้อยละ 78.94

3.1.1 ผลการพัฒนา

ด้านกระบวนการพบว่าบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลคอนतालและเครือข่ายบริการมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยร้อยละ 100

3.1.2 ผลพัฒนาด้านผลลัพธ์ทางคลินิก

ประกอบด้วย ผลลัพธ์ระยะเวลาการให้บริการแต่ละขั้นตอนในระบบบริการทางด่วนผลลัพธ์ของผู้ป่วยมีรายละเอียดดังนี้ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วนมาถึงโรงพยาบาลภายใน 120 นาที พบว่าระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย

75 นาที (SD = 2.01) ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินเฉลี่ย 4.39 นาที (SD = 1.73) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใช้เวลาเฉลี่ย 3.67 นาที (SD = 2.74) การส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลมุกดาหารโรงพยาบาลแม่ข่ายหลังแพทย์วินิจฉัยใช้เวลาเฉลี่ย 38 นาที (SD = 2.07) รวมระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่แรกรับจนถึงส่งต่อใช้เวลาเฉลี่ย 128 นาที (SD = 3.07) และจากการติดตามผู้ป่วยหลังส่งต่อพบว่า มี 10 ราย เป็นผู้ป่วย Stroke fast track ได้รับความเร็ว rt-PA สำหรับผู้ป่วย 10 ราย

ที่ได้รับยาตั้งแต่เริ่มมีอาการและเข้าถึงช่องทางด่วนมาถึงโรงพยาบาลตอนดึกเฉลี่ย 72.22 นาที การประเมินแรกรับ เฉลี่ย 4.39 นาที การตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าเฉลี่ย 3.67 นาที ประสานงานเพื่อส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายเฉลี่ยภายใน 38 นาที รวมระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมุกดาหารเฉลี่ย เวลา 2 ชั่วโมง 8 นาที ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ดังตาราง 1

ตาราง 1 ระยะเวลาการให้บริการแต่ละขั้นตอนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อในระบบช่องทางด่วน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์เฉลี่ย
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล	น้อยกว่า 90 นาที	75 นาที
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจประเมินอาการรวมทั้งประสานการส่งต่อ	น้อยกว่า 20 นาที	15 นาที
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	น้อยกว่า 4 นาที	3.67 นาที
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อหลังวินิจฉัยเป็น stroke	น้อยกว่า 45 นาที	38 นาที
เฉลี่ยระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมุกดาหาร	น้อยกว่า 155 นาที	128 นาที

3.2 ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้ได้รูปแบบการบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลตอนดึกและเครือข่ายบริการมีรายละเอียดดังนี้

1.รูปแบบการเข้าถึงช่องทางด่วนที่รวดเร็วโดยผู้ป่วยและญาติโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มี CVD risk >30 ได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องอาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองที่ควรมาพบแพทย์ทันทีและมีการติด Member card ที่ปรับปรุงใหม่ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ตลอดจนประชาสัมพันธ์ระบบบริการการเข้าถึงหน่วย EMS ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

2.รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยที่ถูกต้องแม่นยำรวดเร็ว โดย การฝึกอบรมการประเมินอาการ และ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับหน่วยกู้ชีพเครือข่ายบริการในทุกตำบลในพื้นที่อำเภอตอนดึกจำนวน 50 คน เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2565 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลตอนดึก เมื่อหน่วยกู้ชีพออกมารับผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง จะสามารถใช้แบบประเมินโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีภาพประกอบได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ สามารถส่งข้อมูลเข้าช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตอนดึกโดยตรง ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะรายงานแพทย์เวรและออกบัตรรอ รวมทั้งเตรียมรถและพยาบาล refer พร้อมไว้ ณ ที่ตั้งก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึง

3.รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลตอนดึก ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสัญญาณชีพและคัดแยกผู้ป่วยเป็นประเภทฉุกเฉิน

(emergency) ตรวจประเมิน EKG ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Isotonic คือ 0.9 % Sodium Chloride เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC DTX BUN Cr Electrolyte PT และ INR

4.รูปแบบการดูแลส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่พยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะส่งข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบ refer link และกรู๊ป LINE stroke ก่อนนำส่งทุกครั้ง ใบส่งตัวและแบบประเมินสัญญาณชีพ จะถูกนำส่งพร้อมกับผู้ป่วยในทันทีที่ถึงโรงพยาบาลฉุกเฉิน

5.รูปแบบการติดตามผล จะมีการติดตามผู้ป่วยตามแบบตอบกลับ Refer linkหรือมีการโทรศัพท์ภายใน 48 ชั่วโมงหลังส่งผู้ป่วย มีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อลงเยี่ยมติดตามดูแลต่อเนื่อง

อภิปรายผลการวิจัย

1) การวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาการบริการทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ เช่นผู้ป่วยและญาติขาดการตระหนักรู้ในอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนล่าช้า เครือข่ายบริการมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินแรกรับล่าช้าเป็นต้น เนื่องจากอาการของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด ญาติและผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมจะไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำส่งโรงพยาบาลเป็นไปด้วยความล่าช้า จากการประเมินผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุโดยบุคลากรที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ สงบ บุญทองโท ที่วิเคราะห์สถานการณ์ที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่พบปัญหาในระบบบริการทั้งก่อนมาโรงพยาบาล ขณะที่รับบริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย¹³

2) ผลการพัฒนาารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงช่องทางด่วนที่รวดเร็ว การคัดกรองผู้ป่วยที่ถูกต้องแม่นยำ

การดูแลผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน การดูแลส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามผล กิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมช่วยให้เกิดผลดีทั้งในด้านคุณภาพการบริการและผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย เพราะการคัดกรองเป็นกระบวนการสำคัญในระบบบริการ ช่วยให้แยกประเภทของผู้ป่วยและกำหนดวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย ระบบการดูแลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องอาศัยความรวดเร็วและแม่นยำ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดแนวทางที่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนจนการผ่านการฝึกฝนจากกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการทำให้เกิดทั้งความรู้และทักษะในการให้บริการ จึงสามารถควบคุมเวลาให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ นอกจากนี้ยังมีการประสานส่งต่อและการติดตามผลทำให้เกิดกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ นิตยา บัวสายและคณะ ที่พบว่าระบบช่องทางด่วนส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านกระบวนการสามารถประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่มีแผลกดทับ¹² เช่นเดียวกับโรงพยาบาลวชิรพยาบาลและเครือข่ายบริการสงบ บุญทองโท พบว่าบุคลากรผู้ให้บริการมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 100 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 180 นาที ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและได้มาตรฐาน¹³

3) การประเมินผล จากผลการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนพบว่าส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งระบบบริการและผลลัพธ์ทางคลินิกอภิปรายผลได้ดังนี้

1. เลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในกระบวนการศึกษาและพัฒนาารูปแบบ กล่าวคือประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research หรือ PAR) เป็นการศึกษาหาความรู้บนพื้นฐานความร่วมมือของผู้ร่วมวิจัยได้แก่ หน่วยงานผู้บังคับการบริหารส่วนตำบลป่าไร่ บ้านบากล่าหมี ตำบลโพธิ์ไทรย์ เทศบาลบ้านแก้ง รวมทั้ง

ผู้ป่วยและญาติที่มุ่งการลงมือปฏิบัติจริงจนได้วิธีการหรือแนวปฏิบัติที่ดีเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอตอนตลาร่วมกัน กระบวนการศึกษานี้จึงเหมาะสำหรับการนำมาใช้ในการแสวงหาแนวทางร่วมกัน หรือการพัฒนาารูปแบบร่วมกันของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลายในเรื่องนี้โดยตรง ภายใต้กระบวนการศึกษาที่เป็นระบบมีขั้นตอน ทั้งปัจจัยนำเข้ากระบวนการ และผลลัพธ์ของการศึกษา

2.ความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงกับบริบทพื้นที่อำเภอตอนตลา จากผลการศึกษาวิจัยในช่วงเวลาที่ผ่านมานับจากมีระบบการบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา ยังพบสถานการณ์ปัญหาในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ เนื่องจากมีองค์ประกอบที่มีความแตกต่างของบริบทพื้นที่ให้บริการ ลักษณะงาน ทั้งบุคคล สถานที่ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อ ระดับของสถานบริการ ดังนั้นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตามบริบทของสถานบริการนั้นๆ จะเป็นรูปแบบที่เฉพาะเจาะจงจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการอย่างเด่นชัดไม่ว่าจะในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพของไทยที่มาจากการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ความพิการถาวรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.การเตรียมความพร้อมที่ดีของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นหรือระดับพื้นฐาน (First Responder : FR) บุคลากรในระดับ FR ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานใน มูลนิธิ สมาคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการฝึกอบรมจำนวน 40 ชั่วโมง ตามข้อกำหนดของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ที่ได้ประกาศกำหนดในเรื่องการลำเลียงหรือรับส่งผู้ป่วยต้องเป็นระดับ Emergency Medical Responder : EMR

ซึ่งก็คือ FR ที่ผ่านการอบรมเพิ่มเติมอีก 16 ชั่วโมง เพราะในแต่ละปี การรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสายด่วน 1669 สูงถึง 1.5 ล้านครั้ง เป็นการลำเลียงโดยบุคลากรในระดับหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง ALS (Advance Life Support : ALS) และ BLS หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Basic Life Support : BLS) ประมาณ 200,000 ครั้งนอกจากนั้นแล้วเป็นการลำเลียงโดยระดับ FR ประมาณ 1 ล้านครั้ง เช่นเดียวกับที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยถูกนำส่งผ่านทาง 1669 ผ่าน FR สูงถึงร้อยละ 61.40 ประกอบกับในปัจจุบัน รถของโรงพยาบาลในระดับ ALS มีเฉลี่ยโรงพยาบาลละ 1 คันหรือประมาณ 1,000 กว่าคันเท่านั้น ส่วนระดับ BLS มี 5,000 คันจึงไม่เพียงพอในการดูแลลำเลียงผู้ป่วย 1 ล้านครั้ง การเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะของ FR จึงเป็นกุญแจสำคัญของการพัฒนารูปแบบการบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม ดังที่ผู้วิจัยได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับ FR ของเครือข่ายบริการทั้ง 50 คนตามขอบเขตการศึกษาครั้งนี้ จึงทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลดีต่อคุณภาพบริการและผลลัพธ์ในทางคลินิก

4.การปรับแก้ไขรูปแบบ Member Card และปรับแก้ไขแบบประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรูปภาพประกอบ การใช้ภาษาถิ่นที่คล้องจองจดจำง่าย เป็นอีกหนึ่งประเด็นที่สำคัญที่ทำให้การพัฒนารูปแบบการบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลตอนตลาและเครือข่ายบริการมีประสิทธิภาพดีทั้งต่อระบบบริการและผลลัพธ์ทางคลินิก สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาของ นิตยา บัวสายและคณะ ที่พบว่าระบบช่องทางด่วนส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านกระบวนการ สามารถประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่องจากที่บ้านไม่มีแพทย์นัด¹² เช่นเดียวกับโรงพยาบาลวชิรพยาบาลและเครือข่ายบริการ สงบ บุญทองโท พบว่าบุคลากรผู้ให้บริการมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 100 ผลลัพธ์ของการ

ดูแลผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 180 นาที ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและได้มาตรฐาน¹³

ส่วน นีอร ลีริมงคลเลิศกุลและคณะ พบว่าระบบมือถืออัจฉริยะ Stroke Man เป็นระบบโครงสร้างพื้นฐานข้อมูลที่เชื่อมต่อกันตามสิทธิ์การเข้าถึงของผู้ใช้งานโดยบุคลากรทางการแพทย์สามารถส่งการใช้งานได้ทันที มีทั้งรูปแบบ Web based Application และมีการใช้งานผ่าน Application ประกอบด้วยข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยเมื่อส่งกลับโรงพยาบาลชุมชน ประสิทธิภาพและความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด¹⁴ บศิภัทร วรจิตตินันต์ พบว่าระบบช่องทางด่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ณ ห้องฉุกเฉินจำนวนสูงขึ้นระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน¹⁵ และกรรณิการ์ คงบุญเกียรติ ได้ศึกษาการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 การศึกษาทำให้ได้

ประเด็นที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติมจากระบบ Stroke fast track /acute Stroke ในภาวะปกติ¹⁶

ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลดีต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งระบบบริการและผลลัพธ์ทางคลินิก จึงควรมีระบบสนับสนุนในเชิงนโยบายในการนำไปใช้ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง และประเมินผลการนำไปใช้เป็นประจำ เพราะรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นความจริงในขณะนั้น และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและบริบทที่เปลี่ยนไป

2. จากการศึกษาค้นคว้าสมรรถนะของบุคลากรในทุกหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องคือกัญญาแจ สำคัญของคุณภาพบริการช่องทางด่วน ดังนั้น จึงควรศึกษาความพร้อมของเครือข่ายบริการในด้านความรู้ความเข้าใจในภาวะฉุกเฉินและการทบทวนแนวทางปฏิบัติเป็นระยะๆ เพราะความรู้ความเข้าใจ มีความเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ บริบททางสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป

เอกสารอ้างอิง

1. Lindsay MP, Norrving B, Sacco RL, Brainin M, Hacke W, Martins S, et al. World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2019. *Int J Stroke* 2019;14(8): 806–17.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข.นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. Albers GW, Amarenco P, Easton JD, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke: American College of Chest Physicians evidence–based clinical practice guidelines (8th edition). *Chest*. 2008 Jun;133(Suppl 6):630S–669S. doi: 10.1378/chest.08–0720. PMID: 18574275
4. The American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013; 44:870–947.
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า.การพัฒนาเครือข่าย Stroke Fast Tract. *ศรีนครินทร์เวชสาร*.2556:28 (suppl):315–319
6. Lees KR, Bluhmki E, von Kummer R, et al. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *Lancet* 2010; 375: 1695–703
7. Kemmis, S. (2009). Action research as a practice–based practice. *Educational Action Research*, 17(3), 463–474.

8. Arbour, R. Common neurosurgical and neurological disorders. In Morton, P.G., & Fontaine, D.K. Critical Care Nursing: A Holistic Approach. (10thed). 2017: New York; Wolters Kluwer.
9. American Heart Association [AHA], & American Stroke Association [ASA]. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. American Heart Association Journal. 2013; 44: 870–947.
10. Health Administration Division. Guideline for intermediate care (service plan). 2020: Samutsakhon; Born to be Publishing.
11. นิตยา บัวสาย. การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการระดับปฐมภูมิ
กรณีศึกษา : ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง อำเภอเมือง อำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการ
สาธารณสุข 2564 ; (30) 6: 1078–1089
12. สงบ บุญทองโท, นิสากร วิบูลชัย, อรุณ บุตรบ้านเขวา. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2560; 14
(3): 100–113.
13. นีอร สิริมงคลเลิศกุล, สุานนุตร์ ถมังรักษ์สัตว์, พบสุข ตัณสุหัช, วิทย์ศักดิ์ รุจิวรกุล, ชมพูนุท สิงห์มณี, สายพิน กัญ
ชาญพิเศษ, และคณะ. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบมือถืออัจฉริยะ. เวช
สารแพทย์ทหารบก 2565; 75(1): 39–49.
14. บดีภัทร วรจิตติอนันต์, ชัชฎาพร โอศิริ. การพัฒนาการจัดการ. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันผ่าน
ช่องทางด่วน ณ. ห้องฉุกเฉิน รพ.นครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2560; ฉบับที่ 36: 251–63
15. กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ. การจัดการระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและทางด่วนโรคหลอดเลือด
สมองในช่วงการระบาดของโควิด-19

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด แบบเอ็มอาร์เอ็ม โรงพยาบาลสกลนคร

สุกาญจนา จุลโนนยาง¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการ การพัฒนาและประเมินผล รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบเอ็มอาร์เอ็ม โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ให้บริการที่เป็น ทีมสหวิชาชีพ ดังนี้ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี และผู้ป่วย 2) ผู้ประเมินความเหมาะสมของ รูปแบบที่สร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม จำนวน 15 คน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 คน ผู้บริหาร 4 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติ 5 คน กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม 5 คน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - มีนาคม 2564 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี และระยะ ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้สนทนากลุ่มตามประเด็นด้วยกระบวนการสนทนาระหว่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินความเหมาะสมรายข้อในแต่ละมิติ ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม (MRM) โรงพยาบาล สกลนคร องค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง มีการกำหนดนโยบาย เป้าหมายและการ มอบหมายงานที่ชัดเจน มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน 2) ด้านกระบวนการ มีการการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปสู่ การปฏิบัติและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 3) ด้านผลลัพธ์ของผู้รับบริการ ได้รับบริการที่มีคุณภาพตอบสนองความ ต้องการและผู้รับบริการพึงพอใจ

2. ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอ็ม อาร์เอ็ม (MRM) โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า 2.1) มีความเหมาะสมในการนำไปใช้โดยมีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 92 และ ความเหมาะสมจำแนกรายด้านพบว่า มิติด้านความเป็นอิสระของการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนความเหมาะสมมากที่สุดที่ร้อยละ 95.2 มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ มีคะแนนความเหมาะสมน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 88.8 2.2) ผลการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 83.33 ไม่พบ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.32 และด้าน วันนอนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาวันนอนเฉลี่ย 11 วัน/ราย และ หลังการพัฒนาวันนอนเฉลี่ย 10 วัน/ราย วันนอนลดลง 1 วัน ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา ก่อนการพัฒนาค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 36,000 บาท/ราย และหลังการพัฒนาค่าใช้จ่าย เฉลี่ย 35,000 บาท/ราย ค่าใช้จ่ายลดลง 1,000 บาท/ราย

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำรูปแบบนี้ไปใช้ จำเป็นต้องพิจารณาความต้องการและความเหมาะสมกับบริบท หน่วยงานและโรงพยาบาล

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านม, การผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม, การจัดการรายกรณี

วันที่รับบทความ
14 พฤศจิกายน 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข
26 ธันวาคม 2566

วันที่ตอบรับบทความ
29 ธันวาคม 2566

โรงพยาบาลสกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: jesusjpatch@gmail.com

Development of a Case Management Model for Breast Cancer Patients Undergoing MRM Surgery at Sakon Nakhon Hospital

Sukanchana Julhonyang¹

Abstract

This study was research and development with the objective to analyze situational management, to develop and to evaluate of a case management model for patients after MRM breast cancer surgery at Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon Province, Thailand. The sample group consisted of 1) the main informants that were divided into three groups using purposive sampling from a multidisciplinary team as follows: administrators, practitioners with at least five years of experience, and patients. 2) The assessors of the suitability of the created model were divided into four groups of 15 people comprising one expert, four administrators, five practitioners, and five breast cancer patients who received treatment with MRM surgery. The study was conducted from October 2020 to April 2021. The research was done in three phases: the situation analysis phase, case management model development phase, and the trial and evaluation model for breast cancer patients undergoing MRM surgery. The data were collected using discussion topics by utilizing the aesthetics discussion process with a group of key informants. The data were analyzed using descriptive statistics and were presented as percentages and averages of the appropriateness assessment scores for each item in each dimension. The research results found that:

1. Case management model for breast cancer patients undergoing MRM surgery in the Sakon Nakhon Hospital in which the elements of the model included: 1) The structural aspects policy set clear goals and assignments. There were operational standards. 2) The process was a case management model put into practice with a follow-up. 3) Regarding the outcomes of the service recipients, they received the quality services that meets the needs and satisfaction of service recipients.

2. Assessing the appropriateness of the case management model for breast cancer patients undergoing MRM surgery at Sakon Nakhon Hospital found that 2.1) it was appropriate for use with an average of 92%, and the appropriateness classified by aspect was found. The independent dimension of the model development had the highest appropriateness score of 95.2% in terms of clarity and presentation, whereas it had the lowest appropriateness score of 88.8%. 2.2) The results of following the developed model found that breast cancer patients had an increase in their knowledge score of 83.33% with no incidence of any complications after surgery. The overall patient satisfaction was at a high level of 84.32%, and the average sleep days before the development of the average sleep days was 11 days/case and after the development of the average sleep days was 10 days/case, where the sleep days decreased by one day. In terms of treatment costs before development, the average cost was 36,000 Thai Baht/person, and after development, the average expenses were 35,000 Thai Baht/person. The expenses were reduced by 1,000 Thai Baht/person.

Suggestions: The results of the study indicated that it was necessary to consider the needs and suitability of the agency and hospital context.

Keywords: Breast cancer, MRM surgery, Case management

Received
14 November 2023

Revised
26 December 2023

Accepted
29 December 2023

¹Sakon Nakhon Hospital, Corresponding author, e-mail: jesuspjatch@gmail.com

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบบ่อยในสตรี มีความรุนแรงที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ปัจจุบันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของสตรีในประเทศไทย โดยพบมาร้อยละ 26.4 ของโรคมะเร็งทั้งหมดในสตรีไทย¹ สถิติจากองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2561² พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลกจำนวน 2,088,849 ราย และอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมจำนวน 626,679 ราย ซึ่งให้เห็นว่ามะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีทั่วโลกและภูมิภาคเอเชีย ประเทศไทยพบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับหนึ่ง และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในสตรีต่อเนื่องกันมามากกว่า 10 ปี³ แม้อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมในประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียยังไม่สูงเท่าประเทศทางตะวันตก แต่พบในสตรีอายุน้อยกว่าและมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่า⁴ ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในเอเชีย ส่วนใหญ่มีมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลาม เนื่องจากข้อจำกัดด้านความรู้ในการคัดกรองมะเร็งเต้านม และส่วนใหญ่ยังไม่มียุทธศาสตร์คัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก และเป็นมาตรฐานในการบริการสุขภาพ อีกทั้งการรักษาไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด หรือเคมีบำบัด ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การปฏิเสธ โกรธ หรือกลัวโรคและกระบวนการรักษา⁵ ส่งผลให้การดำเนินของโรคและผลการรักษาแยกลง

โรงพยาบาลสกลนคร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ มีศักยภาพในการดูแลรักษาด้วยการผ่าตัด รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา ปีพ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ จำนวน 155 ราย⁶ และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 เป็นหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

รวมทั้งระยะก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม หรือ การผ่าตัดเอาเต้านม ต่อมน้ำเหลืองและกล้ามเนื้อหน้าอกออก (Modified Radical Mastectomy: MRM) จำนวน 79 ราย ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ต้องนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งสารคัดหลั่งแห้ง และแพทย์พิจารณาให้ถอดท่อระบายออกหมดทั้ง 2 เส้น ถึงจะสามารถกลับบ้านได้ วันนอนเฉลี่ย 10 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 36,142 บาทต่อราย และนโยบายของโรงพยาบาลสกลนคร กำหนดให้ผู้จัดการรายกรณี 1 คน รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งเต้านม ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและนอนพักรักษาในโรงพยาบาล จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่อมะเร็งอยู่ในระยะรุนแรง ยากแก่การรักษา และภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีผลกระทบเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดตามมาได้ทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เช่น ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ผลจากการตัดเต้านมอาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อไหล่ติด แผลติดเชื้อ ต่อมน้ำเหลืองอักเสบตามมา ข้อมูลปีพ.ศ. 2560 - 2561 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.23 ผู้ป่วยบางรายต้องกลับมารักษาซ้ำ ด้านผู้ปฏิบัติงานพบปัญหาว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเดิมมีผลลัพธ์การดูแลที่ยังไม่เป็นที่น่าพอใจตามเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง บางรายเข้าถึงบริการช้าทำให้โรครุนแรงและผลการรักษาไม่ดี การเชื่อมโยงกับชุมชนและเครือข่ายไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยรายเก่ากลับมารักษาซ้ำจาก

การดูแลสุขภาพที่ไม่ดี ทำให้เกิดความแออัดและส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบการทำงานที่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า หากได้บริการตามกระบวนการพยาบาลรูปแบบนี้แล้วจะสามารถให้การดูแลแบบองค์รวม มีการดูแลต่อเนื่อง โดยการประสานการดูแลและมีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอย่างครบถ้วน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดจำนวนวันนอน ลดการกลับมารักษาซ้ำ เพิ่มความพึงพอใจแพทย์ สාරวผล⁷ ศึกษาการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อความพึงพอใจในการบริการของผู้ป่วยและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการบริการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของพยาบาลประจำการ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติสอดคล้องกับ สุภารัตน์ หมั่นไฮ้⁸ ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการจัดการรายกรณีมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีจำนวนวันนอน น้อยกว่ากลุ่มควบคุม จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบเอ็มอาร์เอ็ม โรงพยาบาลสกลนคร เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และในผู้ป่วยที่รักษาไม่หายและระยะสุดท้ายได้รับการดูแล

แบบประคับประคองที่เหมาะสม สอดรับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายเข้าถึงบริการ และได้รับการบริการที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้ารับการรักษาแบบเอ็มอาร์เอ็ม โรงพยาบาลสกลนคร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาแบบเอ็มอาร์เอ็ม โรงพยาบาลสกลนคร
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาแบบเอ็มอาร์เอ็ม โรงพยาบาลสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม โรงพยาบาลสกลนคร ในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัย และพัฒนา (research and development) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี และระยะทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ให้บริการที่เป็นทีมสหวิชาชีพ ดังนี้ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี และผู้รับบริการ 2) ผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่สร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม จำนวน 15 คน

ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 1 คน ผู้บริหาร จำนวน 4 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติ จำนวน 5 คน กลุ่มผู้ช่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม จำนวน 5 คน เลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ช่วยจำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการ ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นสนทนาเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ช่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม โรงพยาบาลสกลนคร สำหรับผู้ให้บริการ จำนวน 1 ชุด และผู้รับบริการ จำนวน 1 ชุด

เครื่องมือชุดที่ 2 เป็นแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ช่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวทางการประเมินแนวปฏิบัติของ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE Collaboration, 2001) ได้คำถามที่ใช้ในการประเมิน 6 มิติ มีทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ในลักษณะประเมินค่า 4 ระดับ คือ 4 3 2 1 โดยที่คะแนน 4 เป็นคะแนนสูงสุด หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งผู้ประเมินมีความมั่นใจว่ารูปแบบตรงกับเกณฑ์ในข้อนั้นมากที่สุด ในขณะที่คะแนน 1 เป็นคะแนนต่ำสุด หมายถึง ผู้ประเมินไม่แน่ใจว่ารูปแบบตรงกับเกณฑ์ในข้อนั้นเพราะข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอหรือมีบางข้อเท่านั้นที่ตรงกับเกณฑ์ การลงความเห็น ว่า เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยที่ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความ

สอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษาพร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลรักษาผู้ช่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และพิจารณาความสอดคล้องของประเด็นสนทนา ความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมและความเหมาะสมในการใช้ภาษา โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 4 3 2 1 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 3 หมายถึง คำถามนั้นมีความสอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 2 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องน้อยกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

นำผลการพิจารณามาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแต่ละข้อ โดยใช้สูตร⁹ ให้ผู้เชี่ยวชาญ rate ความเกี่ยวข้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับ Concept ที่ต้องการวัดจาก 1 เกี่ยวข้องน้อยที่สุด จนถึง 4 เกี่ยวข้องมากที่สุด ในแต่ละข้อรวบรวมคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิมาจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. ความตรง ยอมรับได้ (rank 3 และ 4) 2. ความตรง ยอมรับไม่ได้ (rank 1 และ 2) นำคะแนน 2 กลุ่มจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณ CVI (Content Validity Index) แต่ละข้อ การพิจารณาข้อคำถามต้องดูรายข้อ ข้อคำถามมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI 0.75

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร รหัส SKHREC35/2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการผู้วิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูลเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร และเมื่อได้รับอนุญาต จึงเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวิจัย และระยะเวลาดำเนินการวิจัย

4.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลักล่วงหน้าโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัย

4.3 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อ วิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้วิจัยทบทวนวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมในการบันทึกเทป โดยสนทนาตามประเด็นสนทนาด้วยกระบวนการ Dialogue หรือ สุนทรีสนทนากับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มละ 2-4 คน หรือสนทนาเป็นรายบุคคล คือ ซึ่งเป็นกระบวนการแห่งการร่วมคิดด้วยการเรียนรู้ร่วมกันจากกระบวนการสนทนาที่มีคุณภาพร่วมกับการสนทนาแบบมีเป้าหมาย สนทนาอย่างเปิดเผย ไม่เคร่งครัดในขั้นตอนและลำดับของข้อความ จะเน้นความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ในลักษณะบรรยากาศที่เป็นอิสระในการถามตอบอย่างเป็นธรรมชาติแบบการแลกเปลี่ยนที่เป็นกันเองของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพที่รวมดูแลผู้ป่วยด้วยประเด็นการสนทนาที่ครอบคลุมในเรื่องที่ต้องการศึกษา ตามหัวข้อการสนทนานั้นๆ กระตุ้นผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ผู้วิจัยปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นของมุมมองโดยไม่ตัดสินผิดหรือถูกทำให้ผู้วิจัยได้รับทราบข้อมูลที่มีประโยชน์ และผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถสะท้อนปัญหา ความคิด ความต้องการ และข้อเสนอแนะได้อย่างอิสระ อันจะทำให้ได้ข้อมูลที่

หลากหลายจากพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ที่แตกต่างกันของผู้ให้ข้อมูลหลัก นอกจากนี้ผู้วิจัยสามารถสังเกตพฤติกรรม สีหน้าท่าทางและน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลได้ ใช้เวลาในการทำกระบวนการ Dialogue ครั้งละ 45 นาที - 1 ชั่วโมง ระยะเวลาการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 - มีนาคม 2564

4.4 นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์มาร่างรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลับไปให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด 15 คน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม ผู้วิจัยชี้แจงพร้อมแจกเอกสารรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และแบบประเมินความเหมาะสมของการนำรูปแบบฯไปใช้ และขอเก็บคืนภายใน 7 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม โรงพยาบาลสกลนคร ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวมโดยการสนทนาด้วยกระบวนการ Dialogue มาวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย

สรุปผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม (MRM) โรงพยาบาลสกลนครนั้น องค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วย

1.1) ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย ด้านองค์กร (Organizational Resources) โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และการมอบหมายงานในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ชัดเจน รวมทั้งมีการ

กำหนดแนวทางการดำเนินงานและการเตรียมความพร้อม ของพยาบาลผู้รับผิดชอบ ด้านมาตรฐานการปฏิบัติ (Standards of Practice) มีการกำหนดขั้นตอนในการดำเนินงานเพื่อจัดบริการและมีแนวปฏิบัติร่วมกันของทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้านบุคลากร (Human Resources) มีพยาบาลผู้จัดการเป็นผู้ประสานงานของทีมสหวิชาชีพ บุคลากรผู้ดูแลรักษามีความรู้และความชำนาญ เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เครื่องมือ/อุปกรณ์ (Physical Resources) มีการจัดสรรเครื่องมือและอุปกรณ์อย่างเหมาะสมและเพียงพอรวมถึงการใช้ทรัพยากร อย่างคุ้มค่าและคุ้มค่าแหล่งประโยชน์สุขภาพ (Environmental Resources) สนับสนุนการพัฒนาแหล่งประโยชน์ทาง สุขภาพในชุมชน สร้างเครือข่ายของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง

1.2) ด้านกระบวนการ มีการการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปสู่การปฏิบัติและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแบบองค์รวม ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบขั้นตอนการดูแลรักษาที่ชัดเจนเพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมอย่างเพียงพอ ทีมของสหวิชาชีพ มีการทำงานเป็นทีมเพื่อรองรับการดูแลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี กระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเมื่อพบปัญหาได้รับการแก้ไขและปรับปรุง การปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นไปในแนวทางเดียวกันตามกระบวนการดูแล มีการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันทั้งในและนอกโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ มีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับวิชาชีพอื่น

1.3) ด้านผลลัพธ์ของผู้รับบริการ ได้รับการบริการที่มีคุณภาพตอบสนองความต้องการและผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้รับบริการได้รับการดูแลสนองตอบความ

ต้องการในทุกด้านและมีความพึงพอใจต่อการบริการและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงานและกับผู้ป่วย โรงพยาบาล/หน่วยงาน มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า/คุ้มค่า และลดการแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพในชุมชนเพิ่มขึ้น

2. ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม (MRM) โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า

2.1 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็มจำแนกรายมิติ

1) มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการระบุวัตถุประสงค์ที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับการดำเนินงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีค่าคะแนนร้อยละ 93.45

2) มิติด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนรวมในการพัฒนารูปแบบการจัดการ รายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดประกอบด้วยทีมสุขภาพที่เป็นผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีค่าคะแนนร้อยละ 90.92

3) มิติด้านขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีการระบุกระบวนการรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการสร้างรูปแบบ ตลอดจนวิธีการในการสร้างข้อสรุปและข้อเสนอแนะและ วิธีการที่ทำให้รูปแบบมีความน่าเชื่อถือและได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในและนอกองค์กรก่อนนำมาใช้ มีค่าคะแนนร้อยละ 89.35

4) มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบที่สร้างขึ้นมีการระบุแนวทาง ดำเนินการในการ

ดูแลด้วยการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้อย่างชัดเจน และครอบคลุม องค์ประกอบของรูปแบบมีกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดอย่างชัดเจน และสามารถเป็นแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติได้ง่าย มีค่าคะแนนร้อยละ 88.8

5) มิติด้านความเป็นอิสระของการพัฒนารูปแบบ ผู้ร่วมสร้างรูปแบบทุกคนมีอิสระในการให้ข้อมูลและความรู้ โดยไม่มีการถูกบังคับหรือชี้นำจากผู้อื่น มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในมุมมองที่หลากหลายของผู้เข้าร่วมพัฒนารูปแบบ ซึ่งปรากฏในแบบวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วย มีค่าคะแนนร้อยละ 95.2

6) มิติด้านการนำรูปไปประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสกลนคร สามารถนำไปปฏิบัติได้ และทำให้การใช้ทรัพยากรเหมาะสมคุ้มค่ากับประสิทธิผลที่เกิดขึ้นมีค่าคะแนนร้อยละ 90.18 จากผลการประเมินข้างต้นจะเห็นว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นมีค่าคะแนนประเมินความเหมาะสมโดยรวมทุกมิติ ร้อยละ 92

2.2 ผลการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 83.33 ไม่พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.32 และด้านวันนอนเฉลี่ยก่อนการพัฒนารวันนอนเฉลี่ย 11วัน/ราย และหลังการพัฒนารวันนอนเฉลี่ย 10 วัน/ราย วันนอนลดลง 1 วัน ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา ก่อนการพัฒนาค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 36,000บาท/ราย และหลังการพัฒนาค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 35,000 บาท/ราย ค่าใช้จ่ายลดลง 1,000 บาท/ราย

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้วิจัยอภิปรายผลตามประเด็นที่น่าสนใจ 4 ประเด็น ดังนี้

1. **องค์ประกอบด้านโครงสร้าง** รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มีความแตกต่างจากรูปแบบเดิม กล่าวคือ

1.1 การกำหนดนโยบาย เป้าหมายและการมอบหมายงาน บรรลุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของกรมการพยาบาล และนำร่องการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 พบว่า ได้รับผลดีในการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วย มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพถือเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิราพร ศรีไชย¹⁰ ที่พบว่าการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดก่อนและหลังการใช้การจัดการรายกรณี มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Suzanne K. Powell¹¹ ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้รูปแบบการจัดการรายกรณีสำเร็จถึงเป้าหมาย คือต้องมีการกำหนดนโยบาย เป้าหมายและการมอบหมายงานที่ชัดเจน

1.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณีอย่างชัดเจน การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมผู้ดูแลและพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse Case Manager) ที่เป็นผู้ประสานการดูแลให้คำปรึกษา วางแผนการดูแลผู้ป่วย และประเมินผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน¹² จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจบทบาทหน้าที่ สามารถบริหารจัดการระบบงานได้อย่างเหมาะสมซึ่งจะส่งผลดีต่อผลลัพธ์การดูแล คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรการพยาบาลทั้งในด้านขวัญกำลังใจ มีความสุขในการ

ทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงานและ
กับผู้ป่วย

1.3 มีมาตรฐานการปฏิบัติ (Standards of Practice) รูปแบบการจัดการรายกรณีมีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ ได้แก่ 1) มีแผนการนำการจัดการรายผู้ป่วยกรณีสู่การปฏิบัติ 2) มีแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมนสหวิชาชีพ (Clinical pathway) เป็นคู่มือการดูแลและแนวทางการปฏิบัติงานที่ย่อแผนการรักษา แผนการพยาบาลและแผนการดูแลของแต่ละวิชาชีพ เป็นเครื่องมือที่สำคัญของแต่ละวิชาชีพที่จะสื่อสารถึงขั้นตอน วิธีการ เป้าหมาย และติดตามผลลัพธ์การดูแลที่ร่วมกันสร้างขึ้น และผ่านการเห็นชอบจากวิชาชีพนั้นๆ คำแนะนำหรือส่งต่อข้อมูลที่มีประโยชน์ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง อัคริยาสมรรถบุตร¹³ การใช้แนวทางปฏิบัติร่วมกันและมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ มีการติดตามประเมินผลการดูแลเพื่อปรับปรุงแผนการดูแล โดยเน้นการติดต่อสื่อสารให้เกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพของทีมนผู้ดูแล จะสามารถตอบสนองความต้องการตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้ อีกทั้งเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน เป็นเครื่องมือควบคุมการใช้ทรัพยากร ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและมีการติดตามประเมินผลอย่างชัดเจน¹²

2. องค์ประกอบด้านกระบวนการ (Process) องค์ประกอบด้านกระบวนการของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มี

2.1 กระบวนการในการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) มีการให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางและความสามารถในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลผู้จัดการ 2) การจัดทำแผนการดูแล 3) การดำเนินงานและการประสานงาน 4) การติดตามกำกับ

5) การประเมินผล¹²

2.2 การติดตามประเมินผลการดำเนินงานและกระบวนการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้นำกระบวนการดูแลตามแนวคิดของ Powell มาใช้ให้ครบทั้ง 6 ขั้นตอน 1) การสรรหาและการคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินภาวะสุขภาพ 3) ประสานงานและปรับแผนการรักษา/แผนการ จำหน่าย 4) การดำเนินการต่อเนื่อง เฝ้าติดตาม การประเมินสภาพและการประเมินผล 5) การดำเนินการ 6) การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่ายและปิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม¹¹ ตอบสนองต่อภาวะสุขภาพและระบบการดูแลโดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

3. องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ (Outcome) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ได้ผลแตกต่างจากผลลัพธ์ของรูปแบบเดิมดังนี้

3.1 ผู้รับบริการ ได้รับการดูแลสนองตอบความต้องการในทุกด้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความพึงพอใจต่อบริการ เมื่อผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยได้รับทราบขั้นตอนทั้งหมดของการดูแลรักษาที่ชัดเจน การเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมอย่างเพียงพอ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในการดูแลสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Goodwin และคณะ¹⁴ พบว่าการจัดการรายกรณีช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยได้ พัชรี คงปอด¹⁵พบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีลดลง ผู้ใช้บริการพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการเสริมพลังอำนาจได้ดียิ่งขึ้น

3.2 ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อน เนื่องจากการจัดการ

รายการนี้จะช่วยในการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ทำให้ลดปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน ลดภาระงานต่อจำนวนพยาบาลที่ให้บริการในหอผู้ป่วยที่ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรการพยาบาลทั้งในด้านขวัญกำลังใจ การยอมรับจากเพื่อนร่วมวิชาชีพ ความก้าวหน้าทางวิชาชีพพยาบาลได้มากขึ้น

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศุวีศรีย์ ฐิมา¹⁶ พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พรทิพย์ ไตรภักดิ์¹⁷ ได้ประเมินจากความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการภายหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและเปรียบเทียบความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการภายหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอยู่ในระดับสูง

4. ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม ผลการประเมิน พบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีมีคะแนนประเมินในแต่ละมิติอยู่ในระดับสูง เช่น ผลการประเมินในมิติด้านความเป็นอิสระ การนำเสนอรูปแบบที่ชัดเจน เป็นต้น สามารถอธิบายได้ว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีส่วนร่วมและมีอิสระในการพัฒนารูปแบบ ทำให้มุมมองการให้บริการด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี มีความครอบคลุมและ

สนองตอบความต้องการของผู้ให้และผู้รับบริการ รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น เป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้ ซึ่งผู้ประเมินส่วนใหญ่ประเมินว่ารูปแบบมีความเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลสกลนคร ทั้งนี้เป็นเพราะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเทคนิคสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรของ วีระนิมวัน¹⁸ ที่จะทำให้ได้ความคิดที่แตกต่างหลากหลาย การเห็นคุณค่าของผู้ร่วมพัฒนา รวมทั้งสร้างการยอมรับ และความเป็นเจ้าของแผนการพัฒนาร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำไปใช้ ผู้บริหารทางการพยาบาลที่สนใจนำรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม (MRM) โรงพยาบาลสกลนครไปใช้ให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องพิจารณาความต้องการและความเหมาะสมกับบริบทหน่วยงานและโรงพยาบาลนั้นๆ ควรดำเนินการกำหนดนโยบาย การมอบหมายงานที่ชัดเจน สนับสนุนการจัดการศึกษาเพื่อเพิ่มพูนทักษะ จัดตั้งคณะกรรมการติดตามงานประชาสัมพันธ์นโยบาย และกำหนดแรงจูงใจของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในรูปแบบต่างๆ รวมถึงความก้าวหน้าในวิชาชีพด้วย

2. ด้านการศึกษาวิจัยในอนาคต ควรศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม (MRM) โรงพยาบาลสกลนครที่พัฒนาขึ้น ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของผู้จัดการรายกรณี โรงพยาบาลสกลนครและศึกษาแนวทางในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรงพยาบาลสกลนคร ทั้งนี้เพื่อให้การใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Khunhaprema T., Attasara P., Sriplung H., Wiangnon S., & Sangrajrang S. Cancer in Thailand Vol. VII 2007–2009. 2013. Bangkok: Bangkok Medical Publisher.
2. Bray F., et al. Global cancer statistics 2018; GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. Cancer Journal for Clinicians. 2018; 394–424.
3. กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2561. 2561: กรุงเทพมหานคร.
4. FAN L., Gross P. E., Strasser– Weippl K. Current Status and Future Projects of Breast Cancer in Asia. Breast Care (Basel). 2015; 10(6): 372–8.
5. ขนิษฐา ทารประสิทธิ์คำ และคณะ. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม. วารสารสภาการพยาบาล. 2555: 27(3): 45–62.
6. ทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลสกลนคร. 2562.
7. เพทาย ส้ารวผล และสุชาดา รัชชกุล. ผลของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลประจำการ. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2553: 27(1): 95–109.
8. สุภารัตน์ หมิ่นไธสง. ผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2556: กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
9. Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. Measurement in nursing research (2nd Ed.) 1991: United State of America: F.A. Davis.
10. จิราพร ศรีไชย. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. 2543: กรุงเทพมหานคร.
11. Powell, Suzanne K. Advanced case management outcomes and beyond. 2000: Philadelphia: Lippincott–Raven.
12. จินตนา ยูนีพันธ์ และอัญชัน ไพบูลย์ (บรรณาธิการ). การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ 2548: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพมหานคร.
13. อัคริยา สมรรคบุตร. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี (บุคคล). วารสารกองการพยาบาล. 2551: 35(1): 26–35.
14. Goodwin, James S., et al. “NURSE CASE MANAGER” Effect of Nurse Case Management on the Treatment of Older Women with Breast Cancer. 2003: 51(9) (September): 1252–1259.
15. พัชรี คงปอด. ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้น หัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549: กรุงเทพมหานคร.

16. ศุวัชรีย์ ฐิพิมาย. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อ ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของ บุคลากร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2543: กรุงเทพมหานคร.
17. พรทิพย์ ไตรภักดิ์. การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร:กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. 2544: กรุงเทพมหานคร.
18. วีระ นิยมวัน. การประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานวิชาการ; 2542.

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมฉบับย่อผ่านการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในคลินิกฝากครรภ์

โรงพยาบาลมหาสารคาม

นิตยา อามาตย์บัณฑิต¹

เพ็ญศรี เฉยฉวี²

อุมาภรณ์ ก้วสิทธิ์³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มฉบับย่อผ่านการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อ ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยการสุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลอง 36 คนและกลุ่มควบคุม 37 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มฉบับย่อ แบบประเมินทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ต่อการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในคลินิกฝากครรภ์ที่มาตรวจคัดกรอง การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือโดยมีดัชนีความตรงจากการประเมินความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ การผดุงครรภ์ ระเบียบวิจัยและสถิติ ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 0.72, 0.78 วิเคราะห์ความเที่ยงแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอบบาคได้ค่า 0.72, 0.75, 0.70 และ 0.76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, paired t-test, independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและความวิตกกังวลที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและลดความวิตกกังวลในการตรวจคัดกรองได้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($t=4.8, P=.01$) ควรนำโปรแกรมนี้ เป็นทางเลือกในคลินิกฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมทัศนคติ เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของหญิงตั้งครรภ์ต่อการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ รวมถึงใช้ลดความวิตกกังวลเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจรับการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม, การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์

วันที่รับบทความ

26 พฤศจิกายน 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

28 ธันวาคม 2566

วันที่ตอบรับบทความ

29 ธันวาคม 2566

โรงพยาบาลมหาสารคาม, ผู้ประสานงานส่งบทความฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: nitbandit5@gmail.com, โทร 062-1641649

²โรงพยาบาลมหาสารคาม

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Effect of a Brief Cognitive Program and Behavioral Therapy Through Group Counseling on the Attitudes, Self-efficacy, and Anxiety in Pregnant Women with Down's Syndrome Screening at the Antenatal Care Clinic, Maha Sarakham Hospital

Nittaya Armartpundit¹

Pensri Cheuychew²

Umaporn Kuasit³

Abstract

The research objective was to study the effects of a brief cognitive behavior therapy program through group counselling on the attitudes, self-efficacy, and anxiety change in pregnant women undergoing Down's syndrome screening in the Antenatal Clinic, Maha Sarakham Hospital at Maha Sarakham Province, Thailand. The sample group consisted of pregnant women who attended the Antenatal Clinic. A simple random sampling assigned 36 people to enroll into an experimental group and 37 people into a control group. The research instrument consisted of a brief cognitive behavior therapy program, attitudes, self-efficacy, and anxiety questionnaires of pregnant women regarding Down's syndrome screening. The qualities were assessed by three experts comprising experts in behavioral science, midwifery, research methodology and statistics. An index of congruence of 0.72 and 0.78 was obtained. The reliability of the questionnaire was analyzed by Cronbach's alpha coefficient was 0.72, 0.75, 0.70, and 0.76, respectively. The descriptive data were analyzed for the percentages, mean, and standard deviation, whereas the mean of the attitudes, self-efficacy, and anxiety were compared by using paired t-test and independent t-test, which had statistical significant level of 0.05. The results showed the attitudes and self-efficacy toward the screening score in the experimental group were significantly higher than the control group, and a lower average anxiety score than the control group. Therefore, this program should be introduced as an option in antenatal clinics to promote the attitudes and self-efficacy toward the Down's syndrome screening and also used to reduce the anxiety of pregnant women. This would help in making more effective decisions to undergo screening for Down's syndrome.

Keywords: Cognitive behavioral therapy program, Down's syndrome screening

Received

26 November 2023

Revised

28 December 2023

Accepted

29 December 2023

¹Mahasarakham Hospital, Corresponding author: email: nitbandit5@gmail.com; Tel. 062-1641649

²Mahasarakham Hospital

³Faculty of Nursing, Mahasarakham University

บทนำ

ความผิดปกติแต่กำเนิดเป็นความผิดปกติในโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายที่อยู่ตั้งแต่แรกเกิดพบมีการเกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนการคลอด จากการรวบรวมสถิติโดยองค์การอนามัยโลกพบว่ามียังมีจำนวนมากถึงร้อยละ 17 ของการเกิดมีชีพทั่วโลก ในจำนวนนี้สูญเสียชีวิตตั้งแต่แรกเกิดถึงร้อยละ 42 ประมาณกันว่าในแต่ละปีจะมีทารกมากกว่า 5 ล้านคนเกิดมาพร้อมกับความพิการแต่กำเนิด¹ ตามรายงานของ WHO 2020 พบว่ามีผู้เสียชีวิต 295,000 รายต่อปีในช่วง 28 วันแรกหลังคลอดเนื่องจากความผิดปกติแต่กำเนิด² ในกรณีที่พบความผิดปกติและคลอดออกมาชีวิตทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดจะเจริญเติบโตและมีคุณภาพชีวิตต่ำและก่อภาระในเลี้ยงดู กระทั่งต่อการพัฒนาครอบครัวและสังคมในอนาคต ปัจจุบันความก้าวหน้าของการวิจัยทางคลินิกและเทคโนโลยีทำให้สามารถตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ในระหว่างตั้งครรภ์ได้อย่างรวดเร็วและมีความแม่นยำสูง³ ซึ่งสามารถสนับสนุนการให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวตัดสินใจทำแท้งเพื่อการรักษาให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทารกที่มีความผิดปกติได้ ภายใต้การได้รับอนุมัติจากแพทย์⁴ กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) เป็นโรคทางพันธุกรรมที่มีความพิการมาแต่กำเนิด โดยมีภาวะปัญญาอ่อนซึ่งพบบ่อยในทุกเชื้อชาติโดยพบอุบัติการณ์ประมาณ 1 ต่อ 800 ของเด็กเกิดใหม่ สาเหตุเกิดจากความผิดปกติในโครโมโซมคู่ที่ 21 ประเทศไทยพบปีละประมาณ 1,150 ราย โดยร้อยละ 75-80 เกิดในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 35 ปี⁵ เด็กที่เป็นกลุ่มอาการดาวน์จะเกิดความพิการทางร่างกายหลายประการเช่น ความบกพร่องสติปัญญา ระบบหัวใจ ผิดปกติการเจริญเติบโตผิดปกติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การเลี้ยงดู การพัฒนาครอบครัวและส่งผลกระทบต่อทางสังคมเป็นอย่างมาก ดังนั้นโปรแกรมการตรวจ

คัดกรองทางพันธุกรรมในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด โดยเฉพาะกลุ่มอาการดาวน์จึงถูกนำมาใช้เพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าวและมีความแม่นยำในการคัดกรองหาความเสี่ยงตั้งแต่ตั้งครรภ์ โดยวิธีการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 ซึ่งจะเป็นข้อมูลสนับสนุนให้ผู้ช่วยครอบครัวและแพทย์ผู้รักษาดัดสันใจเพื่อลดและควบคุมผลกระทบดังที่กล่าวมาอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพจึงได้กำหนดตามประกาศคณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สามารถใช้สิทธิตรวจคัดกรองโดยวิธี Quadruple test เพื่อตรวจหา Alpha fetoprotein, unconjugated estriol, free-BetaHCG และ demertic inhibin โดยวิธีการตรวจเลือดเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ระหว่าง 14-18 สัปดาห์ ซึ่งในรายที่พบความผิดปกติในการตรวจดังกล่าวจะให้บริการปรึกษาและเข้ารับการตรวจคัดกรองยืนยันว่าทารกในครรภ์เป็นดาวน์ซินโดรมและพบว่าทารกในครรภ์เป็นดาวน์ซินโดรม จะได้รับการปรึกษาเพื่อสมัครใจยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างไรก็ตามการส่งเสริมการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ถึงแม้จะมีประโยชน์ดังที่กล่าวมา แต่ก็สร้างความวิตกกังวลแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือ รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะเครียดต่อทารกในครรภ์ได้⁷ ความวิตกกังวลเป็นหนึ่งในประสบการณ์ชีวิตประจำวันของมนุษย์และเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำนายเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในอนาคตของผู้ที่มีความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเป็นความคิดของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตในอนาคต ซึ่งเกิดจากการคาดการณ์อันตรายหรือสิ่งคุกคามชีวิตในอนาคตที่จะต้องเผชิญ ซึ่งอาจแสดงอาการทางกาย ส่งผลให้เกิดความเครียดได้⁸ มีรายงานจากผลการศึกษาพบว่า ความสุขของความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1, 2 และ 3

อยู่ที่ร้อยละ 19.5, 16.8 และ 17.2 ตามลำดับ⁹ ซึ่งการเกิดความวิตกกังวลดังกล่าวสามารถขัดขวางการเรียนรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ในขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งส่งผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ และพฤติกรรมของทารกในอนาคต¹⁰ การตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมในหญิงตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดต่อผู้รับการตรวจคัดกรองในระดับหนึ่ง เช่น ผลการศึกษาของ Nazmiye และคณะพบว่าหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับผลการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง มีความวิตกกังวลมากขึ้นถ้าการเตรียมพร้อมรับมือกับความเครียดไม่เหมาะสมและเพียงพอและจะก่อให้เกิดความเครียดได้และส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม¹¹ โดยทั่วไปแล้วมาตรฐานบริการในคลินิกฝากครรภ์ จะให้การปรึกษาเพื่อปรับสถานะทางจิตใจให้เกิดความพร้อม ลดความวิตกกังวล ลดความเครียดจากการตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมอยู่แล้วในลักษณะกิจกรรมการให้ความรู้ และคำแนะนำ (Advice) และให้การปรึกษาสั้นๆ เมื่อมีข้อซักถามเป็นหลัก ซึ่งวิธีดังกล่าวไม่ทันต่อการจัดการความวิตกกังวลและความเครียดที่เหมาะสมได้อย่างเพียงพอ จากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีวิธีอื่นที่มีประสิทธิภาพมากกว่า เช่น การให้คำปรึกษาแบบเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) วิธีนี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางจิตวิทยาและโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่เหมาะสมได้ดี^{12,13} รวมทั้งเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงได้ดีจึงสามารถเปลี่ยนแปลงความคิด การเรียนรู้และพฤติกรรมเฉพาะเจาะจงได้ดี¹⁴ ดังนั้นจึงสามารถลดความวิตกกังวลและภาวะเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่รอรับการตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมได้ดี¹⁵ ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ดำเนินการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิตกกังวลและความเครียดจากประเด็นอื่นๆ ที่หญิงตั้งครรภ์เผชิญในระยะตั้งครรภ์^{16,17} แต่ยังมีการศึกษาจำกัด

และจำนวนน้อยที่เกี่ยวข้องกับการปรับใช้เพื่อลดความวิตกกังวลหรือลดความเครียดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์

คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ให้บริการฝากครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคามและพื้นที่ใกล้เคียง จากสถิติพบว่า มีจำนวนผู้มาฝากครรภ์ปีงบประมาณ 2563-2565 มีจำนวน 1,421 ราย, 1,684 ราย และ 1,437 ราย ตามลำดับ ที่ผ่านมามีหญิงตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 329 ราย, 229 รายและ 207 ราย ตามลำดับและเข้ารับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์จำนวน 115 ราย, 112 ราย และ 184 ราย ตามลำดับ โดยสมัครใจยุติการตั้งครรภ์ร้อยละ 80 ของผู้ที่ตรวจพบความผิดปกติ¹⁸ ในปีงบประมาณ 2566 นี้ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ให้ครบทุกคน โดยมีการคัดกรองโดยการตรวจเลือดเบื้องต้นและยืนยันก่อนการให้การปรึกษาเชิงลึกเพื่อตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ จากปัญหาที่ผ่านมาพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์เข้ารับการตรวจคัดกรองดังกล่าวเพียง ร้อยละ 50-65 เท่านั้น จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง 10 รายพบว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความมั่นคงของครอบครัวและสุขภาพทารกในระดับปานกลางถึงสูง กลัวเจ็บ กลัวตรวจพบความผิดปกติและทำใจไม่ได้ สามีไม่ให้ตรวจ ญาติไม่ให้ตรวจ เป็นต้น ในการดำเนินงานที่ผ่านมาถึงแม้จะมีการให้การปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองแต่ก็มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมจะเป็นการให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมายโดยการให้ดูภาพพลิก การให้คำแนะนำขั้นตอนการตรวจคัดกรองและให้คำปรึกษาเฉพาะประเด็นที่สงสัยเท่านั้น โดยใช้ระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางจิตวิทยารวมทั้งลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มสัดส่วนการตรวจคัดกรองให้เป็นไปตามเป้าหมายของหน่วยงานและกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นผู้วิจัย

ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบพัฒนาคุณภาพคลินิก ฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงนำองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และหลักการเหตุผลข้างต้นมาพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบย่อแบบกลุ่ม เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเอง และลดความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะกลุ่มอาการดาวน์ในแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาสารคามและนำมาทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลตามเป้าหมายของโปรแกรมดังกล่าว โดยผลที่ได้จะถูกนำไปขยายผลเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและลดความวิตกกังวลต่อการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์และจะส่งผลต่อการเพิ่มสัดส่วนการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ให้สูงขึ้นและเป็นไปตามเป้าหมายในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบย่อผ่านการให้การปรึกษาแบบกลุ่มต่อทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (A Quasi-experimental research: a control group Pretest-posttest design) คัดเลือกพื้นที่ศึกษาในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคามระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - ตุลาคม 2566 อายุครรภ์ระหว่าง 8-18 สัปดาห์ เกณฑ์ในการคัดเลือกได้แก่ สมัครใจ อ่านเขียน สื่อสารภาษาไทยได้, ตั้งครรภ์เดี่ยว, มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้งานได้

เกณฑ์ในการคัดออกได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบเวลาร้อยละ 80 เกิดปัญหาสุขภาพระหว่างร่วมกิจกรรมและไม่สมัครใจร่วมกิจกรรมต่อไป สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบสะดวกตามลำดับเวลาที่มาฝากครรภ์ (Consecutive simple random sampling) โดยสลับวันในการสุ่มเลือกเข้ากลุ่มทดลองเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมในระยะเวลาดำเนินการ 5 เดือน และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ขนาดตัวอย่างเป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในประชากร 2 กลุ่มที่อิสระต่อกันและมีความแปรปรวนเท่ากัน มีสูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้¹⁹

$$n = 2 \left[\frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})\sigma}{\epsilon^2} \right]^2$$

n=ขนาดตัวอย่างเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในประชากร 2 กลุ่มที่มีอิสระต่อกัน,

Z^2_{α} =ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05 (เท่ากับ 1.96)

$Z^2_{\beta/2}$ =ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05 (เท่ากับ 1.64)

σ^2 =ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยในประชากร ทั้ง 2 กลุ่มที่มีค่าเท่ากัน (ได้จากการทดสอบแบบสอบถาม = 1.3) และ ϵ^2 =ประมาณการความแตกต่างค่าเฉลี่ยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นก่อนและหลังโครงการ(effect size) กำหนดให้เท่ากับร้อยละ 5²⁰ โดยค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลจากการศึกษาของ Nazmiye และคณะ¹¹ เปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลองเฉลี่ย 13.5 คะแนน (ความแปรปรวน 2.3) คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรได้จำนวนตัวอย่าง

อย่างน้อย 37.5 หรือ ~38 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มฉบับย่อแบบย่อเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและลดความวิตกกังวลในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้วิจัยพัฒนาโดยการทบทวนวรรณกรรมและร่างโครงร่างโปรแกรมและขยายรายละเอียดในคู่มือการจัดการกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 5 ครั้ง ซึ่งจะดำเนินการในระยะเวลา สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง การทดลองและดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการโดยคณะผู้วิจัยจำนวน 3 คน มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1) กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองร่วมกิจกรรมระบุสถานการณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนของทารกในครรภ์ ความเชื่อ ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองและการวางแผนชีวิตในกรณีที่มีความเสี่ยง จากนั้นจะเชิญชวนเข้าร่วมกลุ่มไลน์เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป ดำเนินการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

2) กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1 ของเดือน) จะแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มไลน์เกี่ยวกับอารมณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน ทัศนคติ และความเชื่อมั่นต่อการตรวจคัดกรอง โดยผู้ศึกษาให้ข้อมูลเพิ่มเติม เสนอให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความวิตกกังวล รวมทั้งแลกเปลี่ยนกับผู้ที่มีประสบการณ์ที่เคยตรวจคัดกรองมาแล้ว เพื่อสร้างการรับรู้และเปลี่ยนแปลงทัศนคติให้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้นเพื่อชักนำให้ผู้เข้าร่วมลดความวิตกกังวลและโน้มเอียงในการตัดสินใจคัดกรองมากยิ่งขึ้น ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมในกลุ่ม 1 ชั่วโมง

3) กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน) จัดกิจกรรมการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจรับการ

ตรวจคัดกรอง การอธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวสถานที่ การปฏิบัติขณะรับการตรวจ หลังการตรวจ การตัดสินใจรับฟังผลการตรวจ รวมทั้งวิธีการหรือขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อรับทราบผลการตรวจ ในขั้นตอนนี้ จะเชิญผู้ที่รับการตรวจและรับฟังผลทั้งผิดปกติและปกติเข้าร่วมในกิจกรรมและให้ข้อมูลเพิ่มเติมเปิดโอกาสให้สอบถามและเปลี่ยนและเรียนรู้ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเทคนิคการจัดการความวิตกกังวล ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มไลน์ 1 ชั่วโมง

4) กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน) จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความวิตกกังวลของผู้ที่ตัดสินใจตรวจคัดกรอง การเตรียมตัวและความพร้อมที่จะเข้ารับการตรวจตามการตัดสินใจ เปิดโอกาสให้สอบถามแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม โดยมีผู้ศึกษาให้ข้อมูลเพิ่มเติมและตอบคำถามหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม และกล่าวชื่นชม สนับสนุนให้กำลังใจต่อผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง พร้อมทั้งนัดหมายการรับการตรวจคัดกรอง ส่วนผู้ที่ยังไม่ตัดสินใจคัดกรองจะเชิญชวนให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปหรือสมัครใจยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมกลุ่มในกลุ่มไลน์ 1 ชั่วโมง

5) กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความวิตกกังวลของผู้ที่ตัดสินใจตรวจคัดกรอง ทบทวนความพร้อมนัดหมายการรับการตรวจคัดกรอง ส่วนผู้ที่ยังไม่ตัดสินใจคัดกรองจะเชิญชวนให้เข้าร่วมในสัปดาห์ที่ 1 ของเดือนถัดไปหรือสมัครใจยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมกลุ่มในกลุ่มไลน์ 1 ชั่วโมง

คุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือนี้ได้รับการประเมินความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ การผดุงครรภ์ ระเบียบวิจัยและสถิติได้ค่าดัชนีความตรง (Index of congruence: IOC.) เท่ากับ 0.72

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามชนิดถามตอบด้วยตัวเอง (Self-

administered questionnaire) ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ครอบครัวปัจเจกด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมครอบครัว อายุ ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว การมีโรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ ข้อมูลการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ จำนวนการคลอด การมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันของบุตร รวมทั้งหมด 15 ข้อ ส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบประเมินทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการตาบอดของทารกในครรภ์ ผู้ศึกษาพัฒนาข้อคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการ ทั้งจากคนที่รับการตรวจคัดกรองและตัดสินใจไม่รับการคัดกรองและการทบทวนวรรณกรรมและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินทัศนคติของ Ajzen²¹รวมข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการตาบอดและการจัดการความเครียดจากการตรวจคัดกรอง ผู้ศึกษาพัฒนาข้อคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการ ทั้งจากคนที่รับการตรวจคัดกรองและตัดสินใจไม่รับการคัดกรองและการทบทวนวรรณกรรมและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมิน การรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura²²รวมข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียดจากการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการตาบอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยกำหนดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ตามแนวคิดของ สปิธเบอร์เกอร์²³จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 5 ได้แก่ การตัดสินใจตรวจคัดกรอง ได้แก่ ตรวจและไม่ตรวจ เครื่องมือนี้ได้รับการประเมินความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ การผดุงครรภ์ ระเบียบวิจัยและสถิติได้ค่าดัชนีความตรง (Index of congruence: IOC.) เท่ากับ 0.78 การประเมินค่าความเที่ยง (Reliability) ในส่วนการวัดตัวแปรด้านทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเอง

ความวิตกกังวล โดยการทดสอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างนอกพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient: α) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม 0.72, 0.75 และ 0.70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มโดยการสอบ Independent t-test และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มโดยการทดสอบ Dependent t-test พร้อมประมาณช่วงเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ย กำหนดระดับนัยสำคัญการทดสอบที่ 0.05 การวิจัยนี้ขอรับการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคามเลขที่ MSK_REC 65-01-110 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2565

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 30.8 ปี (SD=4.5) ในกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 28.7 ปี (SD=4.1) ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองร้อยละ 44.4 และ 51.3 ตามลำดับ รองลงมาได้แก่ อำเภอกันทรวิชัยร้อยละ 22.2 และ 21.6 ตามลำดับ น้อยที่สุดได้แก่ ยางสีสุราช พบว่ามีภูมิลำเนาในอำเภอยางสีสุราช ร้อยละ 2.7 กลุ่มอายุระหว่าง 31-35 ปี มากที่สุดร้อยละ 50.0 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 35.2 ในกลุ่มควบคุม รองลงมาได้แก่ อายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 30.5 และ 29.7 ตามลำดับ น้อยที่สุดได้แก่ อายุ 41-45 ปี ร้อยละ 8.3 และ 5.4 ตามลำดับ ส่วนน้ำหนักตัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60 กิโลกรัม ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 44.4 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 45.9 ตามลำดับ รองลงมาได้แก่ 61-80 กิโลกรัมร้อยละ 33.3 และ 40.5 ตามลำดับ โดยมีน้ำหนักเฉลี่ย 30.8, 4.5 และ 28.7, 4.1 ในกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 89.9 และ 89.2 ตามลำดับ ส่วนระดับ การศึกษาในกลุ่มทดลองระดับมัธยมศึกษา ตอนปลาย ปวส./ปวช.มากที่สุดร้อยละ 55.6 ส่วนกลุ่มควบคุมระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี มากที่สุดร้อยละ 67.6 น้อยที่สุดได้แก่ระดับ ชั้นประถมศึกษาพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 11.1 แต่ไม่พบในกลุ่มควบคุม รายได้ระหว่าง 1-30,000 บาทต่อเดือนมากที่สุดร้อยละ 91.6 และ 81.1 ตามลำดับ และมีผู้มีรายได้มากกว่า 100,000 บาท ต่อเดือนในกลุ่มควบคุมร้อยละ 8.1 ทั้งสองกลุ่มเป็น การตั้งครรภ์ที่ 1 มากถึงร้อยละ 77.7 และ 54.1 ตามลำดับ ครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 22.3 และร้อยละ 40.5 ตามลำดับและพบครรภ์ที่ 3 ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 8.1 แต่ไม่พบในกลุ่มทดลอง ส่วนจำนวนบุตรพบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่ มีบุตรร้อยละ 77.7 และ 54.1 ตามลำดับ โดยมีจำนวนบุตรมีชีวิต 1 คนร้อยละ 54.1 และร้อยละ 40.5 ตามลำดับ โดยมีอาการผิดปกติ ระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 55.6 และ 51.4 ในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบภายใน กลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้านผลของ โปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมฉบับย่อ แบบกลุ่มต่อทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและ ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการตรวจ

คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคามพบว่า ในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างค่าเฉลี่ยตัวแปรศึกษาในระยะก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่ เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในกลุ่มทดลอง ได้แก่ ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ โดยหลังการทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.1 คะแนน (95% CI=3.3-4.7) ด้านการรับรู้สมรรถนะตนเองใน การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์โดยหลังการ ทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8.7 คะแนน (95% CI=6.6-8.7) และส่งผลต่อการลดคะแนนความวิตก กังวลได้เฉลี่ย -8.6 คะแนน (95% CI=-12.2 - -4.8) ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มี ข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความแตกต่างระหว่างก่อน และหลังการทดลองในปัจจุบันต่อไปนี้ได้แก่ ทัศนคติต่อ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ โดยหลังการ ทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.45 คะแนน (95% CI=-0.5- -1.5) ด้านการรับรู้สมรรถนะตนเอง ใน การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในกลุ่มควบคุม โดยหลังการทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.43 คะแนน (95% CI=-1.9--1.1) และไม่มีข้อมูลที่จะ บ่งบอกการลดลงของคะแนนความวิตกกังวลได้ โดยมีคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างเฉลี่ย -0.4 คะแนน (95% CI-1.1--0.2) ดังรายละเอียดในตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้านผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ฉบับย่อแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการ ดาวน์ในแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาสารคาม ($n_1;n_2=36,37$)

ตัวแปร	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	Mean diff., SE.	95%CI	t	p-value
	Mean, SD	Mean, SD				
ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรอง (ช่วงคะแนน 9-45)	37.4 (2.0)	33.3 (2.5)	4.1 (0.3)	3.3-4.7	11.1	0.01*

ตัวแปร	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	Mean diff., SE.	95%CI	t	p-value
	Mean, SD	Mean, SD				
การรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการตรวจคัดกรอง (ช่วงคะแนน 5-25)	27.0 (2.2)	19.3 (3.2)	8.7 (0.5)	6.6-8.7	14.7	0.01*
ความวิตกกังวลในการ ตรวจคัดกรอง(ช่วง คะแนน 0-64)	4.7 (0.8)	13.6 (1.8)	-8.6 (1.6)	-12.2- -4.8)	-4.8	0.01*
กลุ่มควบคุม						
ทัศนคติต่อการตรวจคัด กรอง (ช่วงคะแนน 9- 45)	32.7 (2.9)	32.2 (2.2)	0.45(0.5)	-0.5- -1.5)	0.8	0.38
การรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการตรวจคัดกรอง (ช่วงคะแนน 5-25)	20.4 (3.6)	20.1 (3.4)	0.43(0.3)	-1.9- -1.1	1.4	0.17
ความวิตกกังวลในการ ตรวจคัดกรอง(ช่วง คะแนน 0-64)	11.6 (1.8)	12.1(1.7)	-0.4 (0.3)	-1.1- -0.2	-0.3	0.70

*ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้านผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมฉบับย่อแบบ
กลุ่มต่อความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในแผนกฝากครรภ์
โรงพยาบาลมหาสารคาม (n₁;n₂=36,37)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean diff., SE	95%CI	t	p-value
	Mean, SD	Mean, SD				
ก่อนการทดลอง						
ทัศนคติต่อการตรวจคัด กรอง (ช่วงคะแนน 9-45)	33.3 (2.5)	32.2(2.2)	1.4 (0.5)	0.01- 2.2	2.1	0.60
การรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการตรวจคัดกรอง(ช่วง คะแนน 5-25)	19.3(3.2)	20.1(3.4)	-0.7 (0.8)	-2.2- 0.8	-0.8	0.35
ความวิตกกังวลในการ ตรวจคัดกรอง(ช่วง คะแนน 0-64)	13.6 (1.8)	12.1(1.7)	1.3 (2.7)	-4.1- 6.7	0.4	0.65

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean diff., SE	95%CI	t	p-value
	Mean, SD	Mean, SD				
หลังการทดลอง						
ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรอง (ช่วงคะแนน 9-45)	37.4 (2.0)	32.7 (2.9)	4.7 (0.6)	3.5-5.9	7.9	0.01*
การรับรู้สมรรถนะตนเองในการตรวจคัดกรอง(ช่วงคะแนน 5-25)	27.0 (2.2)	20.4 (3.6)	6.5 (0.7)	5.2-7.9	9.4	0.01*
ความวิตกกังวลในการตรวจคัดกรอง(ช่วงคะแนน 0-64)	4.7 (0.8)	11.6 (1.8)	-4.1 (1.7)	-10.3- -13.5	-4.1	0.01*

*ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองพบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความแตกต่างของตัวแปรศึกษาและความวิตกกังวลต่อการคัดกรองกลุ่มอาการตาบอดได้แก่ ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการตาบอด โดยพบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่าเฉลี่ย 1.4 (95% CI=0.01-2.2) ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะตนเองในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการตาบอดโดยพบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองเฉลี่ย -0.7 คะแนน (95% CI=-2.2-0.8) และความแตกต่างคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองเฉลี่ย 1.3 คะแนน (95% CI =-4.1-6.7) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติในระยะหลังการทดลองมีความแตกต่างเฉลี่ย 4.7 คะแนน (95% CI=3.5-5.9) การรับรู้สมรรถนะตนเองในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการตาบอดในกลุ่มควบคุม โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนน

มากกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 6.5 คะแนน (95% CI=5.2-7.9) และคะแนนความวิตกกังวลในระยะหลังการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย -4.1 คะแนน (95% CI=-10.3- -13.5)

โดยสรุปผลการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มฉบับย่อแบบย่อส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยทัศนคติการรับรู้สมรรถนะตนเองในระยะหลังการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถลดความวิตกกังวลในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการตาบอดในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาสารคามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการตาบอดในหญิงตั้งครรภ์ เป็นหนึ่งในแนวทางลดผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมจากปัญหาการตาบอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะยาว การสนับสนุนการคัดกรองกลุ่มอาการตาบอดกลายเป็นนโยบายสาธารณสุขสำคัญที่สามารถ

จัดการปัญหาดังกล่าวล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามทัศนคติต่อการตรวจคัดกรอง การรับรู้สมรรถนะตนเองในการรับการตรวจคัดกรองและความวิตกกังวลต่อการตรวจคัดกรองของหญิงตั้งครรภ์ ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมหรือขัดขวางการตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งความวิตกกังวล นอกจากจะสร้างผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้แล้ว¹⁰ ยังจะส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับหรือไม่รับการตรวจคัดกรองด้วย ดังนั้น การเตรียมพร้อมในการจัดการความวิตกกังวล เปรียบเทียบจากการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์จึงมีความสำคัญและส่งเสริมการตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองได้ง่ายขึ้น¹¹ การพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมเพื่อส่งเสริมทัศนคติ สร้างการรับรู้สมรรถนะตนเอง นอกจากจะสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นต่อการตรวจคัดกรองแล้วยังสามารถลดความวิตกกังวลในการเข้ารับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ได้ ดังจะเห็นได้จากผลการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมฉบับย่อแบบกลุ่มต่อทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและความวิตกกังวลในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคามสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและลดความวิตกกังวลลงได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ กระบวนการดำเนินการในโปรแกรมสามารถสร้างกระบวนการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนความคิด เสริมสร้างทัศนคติจากการจัดกิจกรรมกลุ่มซึ่งผู้เข้าร่วมสามารถสอบถามแลกเปลี่ยนทางกลุ่มไลน์ โดยมีนักวิจัยซึ่งเป็นผู้จัดกิจกรรมคอยสนับสนุนให้ความรู้ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัย รวมทั้งตัวอย่างของเพื่อนในกลุ่มที่มีทัศนคติและความมั่นใจ รวมทั้งสามารถควบคุมและจัดการความวิตกกังวลแลกเปลี่ยนและเป็นตัวอย่างจะสามารถเสริมสร้าง

การรับรู้สมรรถนะตนเองในการรับการตรวจคัดกรองได้ รวมทั้งจัดการปัญหาความวิตกกังวลหรือสุขภาพจิตได้²⁴ ความวิตกกังวลเป็นลักษณะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะรอบๆ ตัว ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามประสบการณ์ที่เคยมีประสบการณ์ในเหตุการณ์นั้น รวมทั้งประสบการณ์ในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์นั้นๆ มาก่อน²⁵ โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ สามารถสร้างกระบวนการกลุ่มที่เกิดกระบวนการเรียนภายในกลุ่มไลน์ มีการแลกเปลี่ยนความคิด เรียนรู้ ให้คำแนะนำช่วยเหลือให้ผู้เข้าร่วมปรับเปลี่ยนความคิด การควบคุมอารมณ์และเปลี่ยนแปลงทัศนคติและสร้างความเชื่อมั่นได้อย่างเหมาะสมสามารถลดการเรียนรู้ที่เบี่ยงเบนไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดทัศนคติและความเชื่อมั่นในการปรับปรุงอารมณ์หรือปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมได้²⁶ นอกจากนั้น กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวยังก่อให้เกิดการคิดไตร่ตรองและเปลี่ยนแปลงความคิด เปลี่ยนแปลงมุมมอง ทัศนคติต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญเหตุการณ์อยู่เป็นไปในทิศทางบวก โดยเฉพาะทัศนคติทางบวกต่อการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ที่เผชิญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล สอดคล้องตามแนวคิดของพิชไบน์ อธิบายว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยนำด้านจิตวิทยาที่สำคัญและเฉพาะเจาะจงซึ่งผลักดันพฤติกรรมเฉพาะที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์¹⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวอนและคณะที่พบว่ากระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบกลุ่มสามารถสนับสนุนเปลี่ยนแปลงทัศนคติจากการคิดเชิงลบเป็นการคิดเชิงบวกได้และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทิศทางบวกในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในบริสเบรนได้และสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้¹³ สอดคล้องกับผลการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์พบว่าโปรแกรมนี้ช่วยลดความวิตกกังวลทั่วไปในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในประเทศตุรกีได้มากกว่าการบริการปรึกษาปกติ²⁷ รวมทั้งสามารถ

รักษาอาการซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้²⁸ และยัง
สามารถลดภาวะซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปได้^{16,17}
โดยสรุป การตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมทำให้เกิด
ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ได้ส่งผลต่อภาวะ
สุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์และส่งผลต่อ
การตัดสินใจไม่รับการตรวจคัดกรองได้
โดยโปรแกรมนี้สามารถสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้
เข้าใจตนเองทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการ
คัดกรองที่ถูกต้อง เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อน
ภายในกลุ่ม รวมทั้งการได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจาก
นักพยาบาล ซึ่งเป็นบ่าบัดในกลุ่มและสร้าง
กระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมถูกต้องและลดการ
เบี่ยงเบนการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง
ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและลดความวิตก
กังวลในการตรวจคัดกรองลงได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบ
ต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก รวมทั้งการ
ตัดสินใจรับการคัดกรองให้เป็นไปตามนโยบายอย่าง
มีประสิทธิภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำโปรแกรมนี้เป็นทางเลือกเพื่อขยายผล
ในคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลมหาสารคามและ
โรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อสร้างทัศนคติ เสริมสร้าง
การรับรู้สมรรถนะตนเองและลดความวิตกกังวลใน
การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์
ที่มาฝากครรภ์เพื่อสนับสนุนการตรวจคัดกรองกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. Boyle B, Addor M-C, Arriola L, Barisic I, Bianchi F, Csáky-Szunyogh M, et al. Estimating global burden of disease due to congenital anomaly: an analysis of european data. Arch Child Fetal Neonatal Ed. 2018;103(1):F2-8.
2. James S, Afshin A, Agesa K, Alam T, Ballesteros K, Blacker B, et al. Erratum: Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the global burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2018;393(10190):e44-e.

อาการดาวน์ให้ครอบคลุมและบรรลุเป้าหมาย
เชิงนโยบาย

2. ควรขยายพื้นที่ทดลองโปรแกรมในวงกว้าง
เพื่อประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพต่อ
ทั้งการลดความวิตกกังวลและการตัดสินใจตรวจ
คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ก่อนที่จะนำไปขยายผล
ทดแทนการบริการแบบเดิม

3. ควรศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวแปรแทรกซ้อนๆ ต่อ
การเพิ่มทัศนคติ การเพิ่มการรับรู้สมรรถนะตนเอง
และการลดความวิตกกังวลในการตรวจคัดกรอง
กรองกลุ่มอาการดาวน์เพื่อพัฒนาโปรแกรมตาม
สาเหตุที่จะส่งเสริมประสิทธิผลและประสิทธิภาพ
การคัดกรองให้มากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาในขอบเขตประชากรที่แคบ
ดังนั้นการอ้างอิงผลวิจัยไปใช้ ควรอยู่ภายใต้ข้อจำกัด
ตามขอบเขตประชากรของการวิจัยนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้คำปรึกษา
ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย
ขอขอบคุณบุคลากร เจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร
ที่สนับสนุนและร่วมวิจัยจนการวิจัยนี้สำเร็จลงได้
ด้วยดี

3. Heaney,S., Tomlinson, M. & Aventin, A. Termination of pregnancy for fetal anomaly: a systematic review of the healthcare experiences and needs of parents. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;26(1):441–8.
4. อัญณลินต์ กมลนันท์กิจ, พัชยา เสือดชัยพฤกษ์และณัฐรุณี สุทธิประภา. การทำแท้งโดยชอบด้วยกฎหมายกับความคิดเรื่องผิดศีลธรรม. วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2565;6(1):301–11.
5. จันทนา พัฒนเกสัช. การตรวจคัดกรองอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเป็นไปได้. Policy Brief: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ (HITAP). 2557;2(10):1–4.
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานการป้องกันการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2563.
7. Vuorenlehto, L., Hinnelä, K., Äyräs, O., Ulander, V–M., Louhiala, P.& Kajjoomaa, MJP. Women’s experiences of counselling in cases of a screen–positive prenatal screening result. PLoS One. 2021;10(16):e0247164.
8. Chand, S.P.& Marwaha, R. Anxiety. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2021.
9. Soto–Balbuena, C., Rodríguez, M., Gomis, A.E., Ferrer Barriendos, F., Le, H.N. & Grupo PMB–HUCA. Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. Psicothema. 2018;30(3):257–63.
10. Rajkumar, R.P. The relationship between access to abortion and mental health in women of childbearing age: analyses of data from the global burden of disease studies. Cureus. 2022;14(11):e31433: 1–11.
11. Nazmiye, F., Sheikhha, M.H. & Kamali Zarch, M. The Effects of coping therapy on General Health of pregnant women with high risk of Genetics Abnormalities in their Fetus. SSU_Journals. 2018;24(8):607–17.
12. Hoffmann, N. Attitude Change and Cognitive Therapy. In: Hoffman, N (eds) Foundations of Cognitive Therapy. Boston: Springer; 1984.
13. Kwon, S–M. & Oei, T.P.S. Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2003;34(1):73–85.
14. Fishbein, M. Theory–based Behavior Change Interventions: Comments on Hobbis and Sutton. J Health Psychol. 2005;10(1):27–31.
15. Haring, M., Smith, J.E., Bodnar, .D., Misri, .S, Little, R.M. & Ryan, D. coping with anxiety during pregnancy and following the birth: A cognitive behaviour therapy–based self–management guide for women and health care providers. Bristis Columbia: BC Reproductive Mental Health Program, a part of BC Mental Health & Addiction Services (BCMHAS), an agency of the Provincial Health Services Authority (PHSA); 2013.
16. Clinkscases, N., Golds, L., Berlouis, K. & MacBeth, A. The effectiveness of psychological interventions for pregnant women with anxiety in the antenatal period: a systematic review. Psychol Psychother. 2023;96(2):296–327.

17. Callanan, F., Tuohy, T., Bright, A.M. & Grealish, A.. The effectiveness of psychological interventions for pregnant women with anxiety in the antenatal period: A systematic review. *Midwifery*. 2022;104(103169):1–14.
18. คลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงานฝากครรภ์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2564–2566. มหาสารคาม: เอกสารอัดสำเนา; 2566.
19. Chow, S–C., Shao, J., Wang, H., Lokhnygina, Y. *Sample Size Calculations in Clinical Research*. 3rd ed. New York: Chapman and Hall/CRC; 2017.
20. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
21. Ajzen, I. The Theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):179–211.
22. Bandura, A. Self–efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191–215.
23. Spielberger, C.D. *Manual for State–Trait Anxiety Inventory (Form Y): Self Evaluation Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983.
24. Dracke, K., Keeton, C.P. & Ginsburg, G.S. *Johns Hopkins Psychiatry Guide: Cognitive behavioral therapy (CBT)* [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 12]. Available from: https://www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_Psychiatry_Guide/787145/all/Cognitive_Behavioral_Therapy__CBT_#0
25. Hofmann, S.G. , Asmundson, G.J. & Beck, A.T. The science of cognitive therapy . *Behav Therapy*. Crossref. 2013;44:199–212.
26. Curtiss, J.E., Levine, D.S, Ander, I. & Baker, A.W.. Cognitive–Behavioral Treatments for Anxiety and Stress–Related Disorders. *Focus*. 2021;19(2):184–9.
27. Uguz, F. & Ak, M. Cognitive–behavioral therapy in pregnant women with generalized anxiety disorder: a retrospective cohort study on therapeutic efficacy, gestational age and birth weight. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(1):61–4.
28. Austin, M.P., Frilingos, M, Lumley, J., Hadzi–Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., et al. Brief antenatal cognitive–behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *J Affect Disord*. 2008;105:35–44.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

สุวิมล คำวงษา¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Multi collaboration action research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม และ 2) ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมกราคม - กันยายน 2566 ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้พัฒนาระบบ 30 คน 2) กลุ่มผู้ร่วมวิจัย 250 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 125 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 125 คน เลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะและแบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้ดูแล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ t-test (paired samples) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังการพัฒนาระบบเทียบกับเกณฑ์ 4.0 คะแนน (ร้อยละ 80) โดยใช้สถิติ t-test (one samples) ผลการวิจัยมีดังนี้ 1) ด้านผลเชิงกระบวนการ พบว่าเกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน (CPG) มีการเชื่อมต่อกัน มีเครือข่ายกลุ่มการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มี Care giver มีระบบการเยี่ยมอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน ทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนการดูแลล่วงหน้า ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และมีการระดมทุน เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 2) ด้านผลลัพธ์ พบว่าทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น หลังพัฒนาระบบ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังพัฒนาระบบ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าเกณฑ์ 4.00 คะแนน (ร้อยละ 80.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบการดูแล, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วันที่รับบทความ

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

วันที่ตอบรับบทความ

4 ธันวาคม 2566

25 ธันวาคม 2566

29 ธันวาคม 2566

โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม, 1 ผู้ประสานงานส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์:

suwimolsrisongkram4@gmail.com, โทร. 065-9329614

The Development of Dependent Elderly Care Systems for in Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province

Suwimol Khamwongsa¹

Abstract

This action research (mutual collaboration action research) aimed to 1) develop a care system, and 2) evaluate the development of the care system for dependent elderly in Si Songkhram district, Nakhon Phanom province. The period was from January – September 2023. Research participants include 1) a group of 30 system developers 2) a group of 250 research participants consisting of 125 elderly caregivers and 125 dependent elderly. Select participants, using purposive sampling. The tools used in the research include: Assessment of the daily activities of elderly, knowledge test, skill assessment form and satisfaction assessment form for elderly caregivers. Data were analyzed by finding frequencies, percentages, means, and standard deviations, comparative analysis of knowledge average scores and skills average scores in caring for dependent elderly, before and after developing the system, using t-test (paired samples), comparative analysis of satisfaction average score of caregivers compared to the criterion of 4.0 points (80 percent), after system development using t-test (one samples). The research results found that process results, a system for caring for dependent elderly had been born. There were guidelines for caring for dependent elderly together (CPG). There was data connectivity, a network of care groups for elderly dependent, care givers, and equipment borrowing systems, medical equipment for patients to take home and use. A multidisciplinary team worked together to advance care plan, to take care of patients from the beginning of their treatment until the end of their lives. and fundraising to help dependent elderly. Results, dependent elderly were received continuous care according to developed indicators. After system development, caregivers had an average score of knowledge and skills in caring for dependent elderly, higher than before system development, statistically significant, ($p < 0.05$). After system development, caregivers had an average satisfaction score in caring for dependent elderly, higher than the threshold of 4.00 points (80.00 percent), with statistical significance, ($p < 0.05$).

Keyword: Development of the system, caring for the elderly, dependency elderly

Received
4 December 2023

Revised
25 December 2023

Accepted
29 December 2023

¹Srisongkram Hospital, Nakhon Phanom Province, ¹Corresponding author, email: suwimolsrisongkram4@gmail.com,
โทร.065-9329614

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกอย่างรวดเร็ว เป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และบริการสาธารณสุข มีความก้าวหน้าทันสมัย มีการเสริมสร้างสุขภาพที่ดี การป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาว จำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กลายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในปัจจุบัน กลายเป็นประเด็นสำคัญที่นักประชากรศาสตร์ ผู้บริหารนโยบาย ผู้นำระดับภูมิภาค หรือระดับชาติ รวมถึงนักการตลาดทั่วโลกต้องจับตามอง เนื่องจากภาวะผู้สูงอายุนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลหรือภายในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อในวงกว้างไปจนถึงระดับประเทศและระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับภาคเศรษฐกิจ¹ ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น “สังคมสูงอายุ” (Ageing society) ซึ่งในปี 2561 ประชากรโลกทั้งหมด 7,633 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุ 990 ล้านคน (ร้อยละ 13.00) ตามการคาดประมาณของสหประชาชาติ โลกจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปี 2587 เท่ากับว่า โลกจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society)² ส่วนประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2564 และปี พ.ศ. 2578 ตามลำดับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2562 ให้สนับสนุนแก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ

หรือสถานบริการ เพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 จากการสำรวจโดยกรมอนามัยในปีงบประมาณ 2563 ที่ได้มีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ด้าน ร้อยละ 37.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะ ทั้งในการทำงานและการดำรงชีวิตในสังคม ให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 95.0 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.0) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.0) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9.0) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6.0) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1.0) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ 1.0) ขณะที่ไม่มีเพียงร้อยละ 5.0 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ³ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่า ร้อยละ 79.0 (5 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุติดสังคมหรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และอีกร้อยละ 21.0 (1.3 ล้านคน) คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือเรียกว่า กลุ่มติดบ้านติดเตียง และต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม⁴ จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง และขนาดครัวเรือนเล็กลง มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น จากเดิมที่มีประชากรวัยทำงานจำนวนประมาณ 4.5 คน คอยดูแลวัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งอีกประมาณ 14 ปีข้างหน้า สัดส่วนดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด เหลือประชากรวัยทำงานเพียง 2.5 คนที่ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน⁵ ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคม

ยิ่งขึ้น ภาพผู้สูงอายุอนตติงหรือติดบ้าน และขาดผู้ดูแลช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือทำได้จำกัด ภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อมถูกทอดทิ้ง ภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องอยู่บ้านคนเดียว เพราะลูกหลานต้องออกไปทำงานในช่วงกลางวัน แม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแล ก็เป็นภาระของผู้ดูแลไม่น้อย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุได้จากไปแล้ว อาจส่งผลต่อการเสียโอกาสในด้านต่างๆ ทางสังคมของผู้ดูแลได้ ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมา อยู่ในภาวะตั้งรับ สามารถให้บริการแก่กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัด และอยู่ในรูปการสงเคราะห์ชั่วคราวคราว ไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 60,000 ล้านบาท ในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี 2565 เหล่านี้คือความจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care; LTC) ขึ้นมารองรับในสังคมไทย พบว่าครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแล โดยผู้ดูแลร้อยละ 81.2 เป็นบุตรหลานและญาติ⁶ แต่เมื่อโครงสร้างเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุลดลง⁷ อำเภอสว่างแดนดิน มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 347 คน และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 405 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 752 คน มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 15 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 250 คน และมีผลงานตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 82 ได้คะแนนระดับ 2 จากน้ำหนักคะแนน 5 คะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 95)⁸ แม้จะมีการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน เพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่พบว่า ยังขาดมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแล ได้แก่ ลูก หลาน ญาติ พี่น้อง ที่อาศัยอยู่ใน

บ้านเดียวกัน ยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะด้านในการดูแล เช่น ผู้สูงอายุที่ติดเตียง จะต้องมีการพลิกตะแคง การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน การให้อาหารทางสายยาง และการเยี่ยมบ้าน/ ติดตามประเมินผลในโครงการ Long Term Care: LTC ในชุมชน ยังคงมีลักษณะแยกส่วนขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ อีกทั้งทักษะและความรู้ของอาสาสมัครในชุมชน ยังไม่เพียงพอต่อการดูแลที่ซับซ้อนเฉพาะรายโรค การบริการของพยาบาลในชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังมีข้อจำกัดเรื่องเวลาที่จะทำงานได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอำเภอสว่างแดนดิน เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับความช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้บริการดูแลสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่พบ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดนครพนม
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Multi collaboration action research) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดนครพนม ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 – กันยายน 2566

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง และวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงรูปแบบเดิม รวบรวมปัญหา/ ความต้องการ และศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ประกอบด้วย 1) จัดตั้งศูนย์ LTC / แต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง 2) การพัฒนาความพร้อมของผู้ดูแล 3) การกำหนดตัวชี้วัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง 4) การเยี่ยมเสริมพลังผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง และญาติ 5) จัดตั้งกลุ่มไลน์ CM, CG และผู้ดูแล ในการประสานส่งต่อ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยประเมินผลเชิงกระบวนการ ประเมินผลเชิงผลลัพธ์

ผู้เข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง และเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยมีรายละเอียดผู้ร่วมการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาระบบ ได้แก่ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เป็นพยาบาลวิชาชีพ อำเภอศรีสงคราม จำนวน 15 คน และ CG ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ/ ผู้ป่วย (72ชม.) จำนวน 15 คน
2. กลุ่มผู้ดูแล/ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง แบ่งเป็นผู้ดูแล จำนวน 125 คน และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 125 คน รวม จำนวน 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงหรือญาติ หรือผู้ดูแลในครอบครัว ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบทั้งค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ 0.76 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคความเที่ยงของแบบสอบถามได้ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ผลเชิงกระบวนการ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ส่วน ผลเชิงผลลัพธ์ โดยใช้สถิติ t - test (paired samples) และ t- test (one samples)

การพิทักษ์สิทธิ และจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาการศึกษาริวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ 007/66 ลงวันที่ 8 มีนาคม 2566 เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

1. ผลเชิงกระบวนการ

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง) เพื่อจัดประเภทและโรคประจำตัวที่ต้องการการดูแลข้อมูล

1.1.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงเพศหญิง ร้อยละ 63.20 เพศชาย ร้อยละ 36.80 อายุ 70-74 ปี ร้อยละ 35.20 อายุ 65-69 ปี ร้อยละ 32.80 และ อายุ 75 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.80 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 64.80 หม้าย ร้อยละ 30.40 มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.80 ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 41.60 มีรายได้ต่อเดือน ที่ 1,000-4,999 บาท ร้อยละ 68.00 น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 27.20 ความเพียงพอของรายได้ ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 50.40 พอใช้จ่าย ร้อยละ 30.40 และไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 16.00 ลักษณะของครอบครัวที่อาศัยอยู่ เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 68.00 ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 32.00 และการมีผู้ดูแลพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงทั้งหมดมีผู้ดูแล ร้อยละ 100

1.1.2 จัดประเภทและโรคประจำตัวที่ต้องการการดูแล พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 64.00 ผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 36.00 มีโรคประจำตัวคือ ผู้สูงอายุป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.80

โรคหลอดเลือดสมองร่วมกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.60 โรคไตเรื้อรัง (ระยะ 4, 5) ร้อยละ 11.20 ผู้สูงอายุ > 85 ปี มีปัญหาการเคลื่อนไหว ร้อยละ 7.20 โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 6.40 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 5.60 ผู้สูงอายุติดเตียงและมีโรคร่วม (DM, HT, CKD) ร้อยละ 5.60 ผู้สูงอายุติดเตียง (มะเร็ง) ร้อยละ 4.80 และผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 4.00 และผู้สูงอายุผอม มีปัญหาโภชนาการ ร้อยละ 4.00

1.2. ผลลัพธ์การพัฒนากระบวนการดูแล และการส่งต่อผู้มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

1.2.1 เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ (CPG) การดูแลร่วมกัน มีการเชื่อมต่อข้อมูลการส่งต่อและการรับกลับของโรงพยาบาลและ รพสต. เครือข่าย มีกลุ่มดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังจากเยี่ยมผู้ป่วยแล้ว ก็จะส่งภาพเข้ากลุ่ม Line และมี Care giver อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ร่วมเยี่ยมผู้ป่วย และเสริมพลังญาติร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง

1.2.2 มีระบบการเยี่ยมอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์และวัสดุต่างๆให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน เช่น ถังและหัวออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เตียงปรับระดับ เครื่องผลิตออกซิเจน ไชริงค์ไดรเวอร์ รถเข็นนั่ง อุปกรณ์เหล่านี้ได้จากงบค่าเสื่อม งบกองทุน LTC ของ อปท. และการบริจาคจากพระและญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว มีการหมุนเวียนใช้และเพียงพอสำหรับผู้ป่วย

1.2.3 ทีมสหวิชาชีพร่วมกันทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีการทำ Family meeting ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

1.2.4 มีการจัดการระดมทุน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้มีงบประมาณช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการบริหารจัดการงบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ราวละ 6,000 บาท จาก อปท. โครงการผ้าอ้อมและอาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุ และการรับบริจาค อุปกรณ์ต่างๆจากผู้มีจิตกุศล และจาก ปตท.ศรีสงคราม ในโครงการ “แยก แลก ยิ้ม” ให้การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ” ข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีสงครามผู้ดูแลระบบจำนวน 5 คน

2. ผลเชิงผลลัพธ์

2.1 ประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น ดังนี้

2.1.1 การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) ภายใน 1-2 สัปดาห์ 45 ราย ร้อยละ 100

2.1.2 ผู้สูงอายุที่จัดประเภทเป็นผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการจัดการอาการรบกวน (ปวด หายใจ หอบเหนื่อย ท้องผูก) 45 ราย ร้อยละ 100

2.1.3 ผู้สูงอายุที่จัดประเภทเป็นผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและมีอุปกรณ์ช่วยเหลือตามความต้องการ อย่างต่อเนื่องภายใน 6 เดือน จำนวน 20 ราย ร้อยละ 100

2.1.4 ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านได้รับการอบรมความรู้ และทักษะการดูแล ร้อยละ 97.50 และผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ได้รับการอบรมความรู้และทักษะการดูแล ร้อยละ 100

2.1.5 ผู้สูงอายุที่พิการทางกาย/จิต ได้รับการดูแลและช่วยเหลือ ร้อยละ 100

2.1.6 มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง)

2.2 ความรู้ทักษะและความพึงพอใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.1 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

2.2.1.1 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ตารางที่ 1 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 125)

ความรู้	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 16.0 คะแนนขึ้นไป)	0	0.00	100	80.00
2. ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 12.0 - 15.9 คะแนน)	70	56.00	25	20.00
3. ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 12.0 คะแนน)	55	44.00	0	0.00
รวม	125	100	125	100
คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	\bar{X} =11.4	S.D.=1.5	\bar{X} = 17.2	S.D.= 1.6

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ ผู้ดูแลมีระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 56.00 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.00 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 11.41, S.D. = 1.55) หลังพัฒนาระบบมีความรู้ อยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 80.00 รองลงมาอยู่

ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.00 โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 17.27, S.D. = 1.64)

2.2.1.2 ระดับและคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ตารางที่ 2 ระดับและคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 125)

ความรู้	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 56.0 คะแนนขึ้นไป)	0	0.00	54	43.20
2. ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 42.0 - 55.9 คะแนน)	50	40.00	71	56.80
3. ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 42.0 คะแนน)	75	60.00	0	0.00
รวม	125	100	125	100
คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	\bar{X} =40.9	S.D.=4.4	\bar{X} = 56.8	S.D.= 3.9

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ ผู้ดูแล มีระดับทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง อยู่ใน ระดับต่ำ มากที่สุด ร้อยละ 60.00 รองลงมาอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.00 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับต่ำ ($\bar{X} = 40.95, S.D. = 4.40$) หลังพัฒนาระบบ มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 56.80

รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.20 โดยมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 56.82, S.D. = 3.97$)

2.3 ความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น โดย ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟุ้งฟิง/ ญาติ

ตารางที่ 3 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง หลังการพัฒนาระบบ (n = 125)

ความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนนขึ้นไป)	108	86.40
2. ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.0 - 3.9 คะแนน)	17	13.60
3. ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 3.0 คะแนน)	0	0.00
รวม	125	100
คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	$\bar{X} = 4.22$	S.D. = 0.25

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีระดับความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟุ้งฟิง อยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 86.40 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.60 โดยมี ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.22, S.D. = 0.25$)

2.2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของผู้ดูแลในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

2.2.2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะ ของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟุ้งฟิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟุ้งฟิง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ t-test

ตัวแปร	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ความรู้ในการดูแล	11.41	1.55	17.27	1.64	41.96	.000*
2. ทักษะในการดูแล	40.95	4.40	56.82	3.97	30.32	.000*

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง พบว่า หลังพัฒนาระบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะ สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.2.2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง หลังการพัฒนาระบบเทียบกับเกณฑ์ (4.00 คะแนน หรือร้อยละ 80.00)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง หลังการพัฒนาระบบ เทียบกับ เกณฑ์ (4.00 คะแนน) โดยใช้สถิติประมาณค่าเฉลี่ยแบบจุด

ตัวแปร	ค่าเกณฑ์ (80 %)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	S.D.	95%CI	p-value
ความพึงพอใจในการดูแล	4.00	4.22	0.25	3.86-4.32	.000*

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง เทียบกับเกณฑ์ 4.00 คะแนน (ร้อยละ 80.00) พบว่าหลังการพัฒนาระบบผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ สูงกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ร่วมกัน จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยการให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ดูแลในครอบครัว โดยพยาบาลวิชาชีพเยี่ยมบ้านสอนและฝึกทักษะการดูแล ให้ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ (72 ชม.) เป็นพี่เลี้ยงช่วยดูแลร่วมกันในชุมชน มีการจัดทำ CPG การดูแลร่วมกัน มีการเชื่อมต่อข้อมูลการส่งต่อและการรับกลับของโรงพยาบาล และ รพสต.เครือข่าย ทางกลุ่ม Line การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง การจัดหาเครื่องใช้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง การมีระบบการเยี่ยมอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์และวัสดุต่างๆ ให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน เช่น ถังและหัวออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เตียงปรับระดับ เครื่องผลิตออกซิเจน ไชริงค์ไดรเวอร์ รถเข็นนั่ง ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้ได้จาก บกค่าเสื่อม งบกองทุน LTC และการบริจาคจากพระและญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว มีการหมุนเวียนใช้ และเพียงพอสำหรับผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน และการกำหนดกฎเกณฑ์ร่วมกันทางสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบท

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลเชิงกระบวนการ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองโรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง (ระยะ 4, 5) ผู้สูงอายุ > 85 ปี มีปัญหาการเคลื่อนไหว โรคข้อเข่าเสื่อม มีปัญหาการได้ยิน ส่วนผู้สูงอายุติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม (DM, HT, CKD) ผู้สูงอายุติดเตียงที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้สูงอายุผอม มีปัญหาโภชนาการ ปัญหาในด้านสุขภาพร่างกายส่วนใหญ่เป็นด้านการเคลื่อนไหว และด้านจิตใจ บางรายวิตกกังวล จากการศึกษาสภาพการณ์ คณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุได้มีการทบทวนบทบาทการดูแล มีการประชุม

ของชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรานิษฐ์
ก่อนคำ⁹ ที่ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนได้มีการ
ตั้งทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับชุมชน มีการ
พัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรูปแบบใหม่
ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์ปัญหา
ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับ
การศึกษาของรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์¹⁰ ที่ศึกษารูปแบบ
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้ดูแลตนเอง
ช่วยเหลือและให้กำลังใจ มีภาคีเครือข่ายสนับสนุนและ
ประสานงานในการดำเนินกิจกรรม องค์การปกครอง
ส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่สนับสนุนงบประมาณ ซึ่งสามารถ
นำรูปแบบไปปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ
ติดเตียงที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)
ทีมสหวิชาชีพพร้อมกัน ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
(Advance care plan) ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการ
รักษาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีการทำ Family
meeting ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติมีความมั่นใจใน
การดูแลผู้ป่วยหลังหน่วยจากโรงพยาบาล นอกจากนี้
มีการจัดการระดมทุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง เพื่อให้มีงบประมาณช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง โดยการบริหารจัดการงบการดูแลผู้สูงอายุระยะ
ยาว ไร่ละ 6,000 บาท จาก อปท. โครงการผ้าอ้อม
และอาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุ และการรับบริจาค
อุปกรณ์ต่างๆ จากผู้มีจิตกุศล และจาก ปตท.
ศรีสงคราม ในโครงการ “แยก แลก ยิ้ม” ให้การ
สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นระบบการดูแลที่
พัฒนาขึ้นจึงเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วน
ร่วมในการดำเนินการและสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์
สำหรับการดูแลที่เพียงพอและมีความสม่เสมอมากขึ้น
และสร้างการมีส่วนร่วมมากขึ้น

2. ผลเชิงผลลัพธ์

2.1 ผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น
ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแล
ต่อเนื่องตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น ซึ่งพบว่า การเยี่ยม
บ้านผู้สูงอายุติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) ภายใน 1-2
สัปดาห์ จำนวน 45 ราย ได้รับการเยี่ยมและมีผู้ดูแลใน
ครอบครัวทุกราย ผู้สูงอายุที่จัดประเภทเป็นผู้ป่วย
Palliative Care จำนวน 45 ราย ได้รับการจัดการอาการ
รบกวน (ปวด หายใจหอบเหนื่อย ท้องผูก) ทุกราย
มีการเยี่ยม ให้การดูแลประคับประคอง มีญาติและคน
ในชุมชนช่วยดูแล ผู้สูงอายุที่จัดประเภทเป็นผู้ป่วย
Stroke จำนวน 20 ราย ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและ
มีอุปกรณ์ช่วยเหลือตามความต้องการ อย่างต่อเนื่อง
ภายใน 6 เดือน ผู้สูงอายุติดบ้านมีผู้ดูแลในครอบครัว
มีความรู้ และทักษะการดูแลร้อยละ 97.50 และ
ผู้สูงอายุติดเตียงมีผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้และ
ทักษะการดูแล ร้อยละ 100 ผู้สูงอายุที่พิการทางกาย/
จิต จำนวน 7 ราย ได้รับการดูแลและที่ช่วยเหลือ
ทุกราย และมีระบบการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง) ในภาพ
อำเภอศรีสงคราม ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้จะได้รับ
งบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ไร่ละ 6,000 บาท
จากการสำรวจและรายงานเข้าสู่ระบบการดูแล
ผู้สูงอายุระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ นพณ
พิชญ์ ศรีรัตน์ประชากุล¹¹ ที่ศึกษาการพัฒนา
กระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้
กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วน
ตำบล มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการ
ดูแลรายบุคคล และสอดคล้องกับการศึกษาของ
ศศิณันท์ สายแวง¹² ที่ศึกษาสถานการณ์การดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพัฒนาระบบการดูแลระยะ
ยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สร้างผู้ดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นพี่เลี้ยงช่วยดูแล ทำให้ผู้

สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
ดังนั้น จึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการ
สนับสนุนการดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตในระดับ
เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2.2 ความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครอบครัว พบว่าความรู้
ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล
ก่อนพัฒนาระบบ ผู้ดูแลมีระดับความรู้ในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ
56.00 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.00 แต่หลัง
พัฒนาระบบผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 80.00 ส่วนทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงของผู้ดูแลประจำครอบครัว พบว่า ก่อนพัฒนา
ระบบ ผู้ดูแลมีระดับทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60.00 อยู่ในระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 40.00 หลังพัฒนาระบบ มีทักษะอยู่ใน
ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.80 และมีทักษะอยู่ใน
ระดับสูง ร้อยละ 43.20 เนื่องจากว่า ในการพัฒนา
ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลประจำ
ครอบครัวได้มีการอบรมความรู้ให้กับผู้ดูแล และฝึก
ทักษะผู้ดูแลในครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพที่อยู่
ประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและให้
อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็น Care giver ที่ผ่านการ
ดูแลผู้สูงอายุ (72ชม.) ค่อยเป็นพี่เลี้ยงในการช่วยดูแล
พร้อมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์
ในผู้ป่วยติดเตียง และเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านทุก 1 เดือน
จากที่สหวิชาชีพ พร้อมผู้นำชุมชน และ อาสาสมัคร
สาธารณสุข. สอดคล้องกับการศึกษาของนพณพิชญ์
ศรีรัตนประชากุล¹¹ ที่ได้มีการจัดทำแผนการดูแล
รายบุคคล และมีการติดตามเยี่ยมตามแผนร่วมกับ
Care giver และเครือข่าย จะเห็นว่า ความรู้และทักษะ
ผู้ดูแลในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขที่
เพิ่มขึ้นจากการพัฒนานี้ เป็นปัจจัยสนับสนุน

ความสำเร็จของระบบการดูแลต่อการยกระดับ
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2.3 ผลความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น
โดยประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง/ญาติ หลังการพัฒนาระบบ พบว่า ผู้ดูแลมี
ระดับความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.40 จากการดำเนินงานที่เป็น
ระบบมีอุปกรณ์และเครื่องมือช่วยในการดูแลอย่าง
เพียงพอ มีระบบสนับสนุนการดูแล มีการประเมินผล
และติดตามการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง
ทุกรายได้รับการวางแผนดูแลรายบุคคล มีเงิน
สนับสนุนการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัว/ญาติ
พึงพอใจในระบบที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา
ของ นพณพิชญ์ ศรีรัตนประชากุล¹¹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่
มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากกองทุน ญาติ ผู้ที่มีส่วน
เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของ
กองทุนฯ พร้อมทั้งกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้รับ
การพัฒนาที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ
ศศิรินทร์ สายแวว¹² ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลและผู้มีส่วน
เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแล
ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ
สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน¹³
ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลัง
การใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.22; p\text{-value} < .001$)
สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อ
รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด
และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ
มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด กล่าว
โดยสรุป การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง ด้วยการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและ
ยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัคร

สาธารณสุข (Care giver ที่ผ่านการอบรม 72 ชม. ในการดูแลผู้สูงอายุ) ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็น บุตร/ หลาน ญาติพี่น้อง ช่วยกันดูแลอย่างเป็นองค์รวม อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ทำให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดและเกิดความต่อเนื่อง ควรมีการทบทวนระบบและปรับปรุงตามสภาพปัญหาและบริบทอย่างสม่ำเสมอ จึงจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเป็นอยู่ทางสังคม มีสุขภาพร่างกาย จิตที่ดี เกิดความยั่งยืนสืบไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำไปใช้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรขยายระบบให้ครอบคลุมพื้นที่อำเภอศรีสงคราม โดยใช้ระบบที่ได้จาก

เอกสารอ้างอิง

1. รติมา คชนันท์. สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2561.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2559. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2561.
3. กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ และปภาวี ไชยรักษ์. การประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ (ระยะครึ่งแผน). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2564.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.; 2563.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560–2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2560.
6. ชาย โพธิสิดา และสุชาดา ทวีสิทธิ์, (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2552 : ครอบครัวยุคใหม่ในสถานการณ์เปลี่ยนแปลงผ่านทางสังคมและประชากร. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2552.
7. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีเอ็มเบอรี่ จำกัด; 2561.

การวิจัยนี้เป็นต้นแบบและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างความมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบายควรนำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปเป็นนโยบายผลักดันระดับต่างๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สูงขึ้นเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง

3. ควรศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากการจัดบริการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

3. ควรศึกษาต้นทุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีสภาพปัญหาด้านต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนงานและจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมในอนาคต

8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสงคราม. สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2566. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสงคราม. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสงคราม (เอกสารอัดสำเนา); 2566.
9. ภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ [วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. [มหาสารคาม]: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
10. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. [มหาสารคาม]: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
11. นพณพิชญ์ ศรีรัตนประชากุล. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพานอำเภอนาเขือก จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. [มหาสารคาม]: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2563.
12. ศศิณันท์ สายแหว. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. [มหาสารคาม]: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
13. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2560;9(3):57-69.

ผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7

สดุดี ภูทองไสย¹

กัญญา จันทร์พล²

อโนทัย ฝ่ายขาว²

ปาลิชาติ ชนะหาญ²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติการร่วมกัน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียนผู้สูงอายุ เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม และ ร้อยเอ็ด การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และแบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี สถานภาพสมรส คู่ การศึกษา ระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร ดัชนีมวลกายระดับอ้วน (25.0-29.9 กก./ม²) รอบเอวเกิน โรคประจำตัว พบเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 37.1 รองลงมา โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ วางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างสมาชิก และแกนนำผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลได้ เมื่อประเมินผล พบว่า หลังการใช้แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรม และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรม และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีมากขึ้น สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนำไปใช้เพื่อให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

วันที่รับบทความ

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

วันที่ตอบรับบทความ

5 ธันวาคม 2566

25 ธันวาคม 2566

29 ธันวาคม 2566

¹ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, ผู้ประสานงานส่งบทความต้นฉบับ, จุดหมายอีเมลศรอนิกัล: sadudee339@gmail.com

²ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Result of Developing Desired Health Literacy of the Elderly in Elderly Clubs: Health Area Region 7

Sadudee Phuhongsai¹

Kanya Janpol²

Anothai Faikaow²

Palichat Chanahan²

Abstract

This mutual collaboration action research studied the development of desired health literacy by elderly participants in elderly clubs and compared the knowledge and practices in the desired behavior of the elderly in Khon Kaen, Kalasin, Maha Sarakham, and Roi Et Provinces, Thailand. Purpose sampling was used to recruit 60 elderly people. The data were collected from group meetings, non-participant observation, and interview questionnaires. The qualitative data were analyzed using content analysis, whereas descriptive statistics; namely, frequency, percentages, mean, standard deviation, range, and paired t-test were used with the quantitative data.

The results showed that most elderly were females aged between 60–69 years, married, had a primary education, were farmers. The body mass index had obesity (25.0–29.9 kg./m²; 45.7%), waist circumference >height 10 cms. (82.9%), diabetes mellitus (37.1%), hypertension (30%), dental check-up (42.9%), and depression (2.2%). The process of the development of health literacy began with studying the situation, then designing the enhanced health literacy using an individual wellness plan for the elderly, and discussion between the elderly. The results showed that the average score of knowledge, health behavior, and health literacy after intervention was higher and statistically significant (p-value<0.001).

Keyword: Health literacy, Health promotion behavior, Elderly

Received
5 December 2023

Revised
25 December 2023

Accepted
29 December 2023

¹ Health Promotion Centre 7 Khon Kaen, Corresponding author, email: sadudee339@gmail.com

²Health Promotion Centre 7 Khon Kaen

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปี 2566 และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. 2578 ตามลำดับ¹ โดยประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุสูงมากเป็นที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เมื่อพิจารณาประเทศไทยในรายภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรสูงอายุมากที่สุด คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนประมาณ 3.5 ล้านคน² จากการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี 2560 พบว่า ปี 2554 ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพัง ร้อยละ 8.6 และเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 8.7 และ 10.8 ในปี 2557 และ 2560 ตามลำดับ³ ในขณะที่การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรังจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดย (BMI≥25 กก./ตร.ม.) ร้อยละ 35.4 และเบาหวาน ร้อยละ 18.1 สอดคล้องกับข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ³ ที่พบว่าการออกกำลังกาย ร้อยละ 26.5 รับประทานผัก/ผลไม้ ร้อยละ 32.4 ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ ร้อยละ 59.8 สูบบุหรี่ ร้อยละ 7.3 ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 2.3 และจากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556⁴ พบผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 26 ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 30) ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นตามการสูงวัยของประชากรที่ คาดการณ์ว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุในอีก 12 ปีข้างหน้าเพิ่มขึ้น 3.6 เท่า และสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมทุกอายุจาก 63,565.1 ล้านบาท ในพ.ศ. 2553 เป็น 228,482.2 ล้านบาท ในพ.ศ. 2565 หรือจากร้อยละ 2.1 ต่อ GDP เป็นร้อยละ 2.8 ต่อ GDP ในช่วงเดียวกัน⁵

ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจาก ความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะประสาทสัมผัสต่างๆ ผู้สูงอายุ

ไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและจัดการเรื่องภาวะโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่มีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้น ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง⁵ การมีข้อจำกัดในการฟังและอ่าน คำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ หรือใบสั่งยาของแพทย์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่ประกอบด้วย ทักษะทางการรับรู้ และทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้วย วิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ในขณะที่การเข้าถึงข้อมูลของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปัจจุบันยังอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ คือ ระดับต่ำ-พอใช้^{6,7} การพัฒนาทักษะให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีน้อย จึงเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาหาแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผ่านชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการดำเนินงานอีกรูปแบบหนึ่งที่ดำเนินงานร่วมกันของหลายภาคส่วน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย เป็นการสร้างความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุ โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีความสามารถตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อในด้านสุขภาพได้ โดยเน้น กระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมในการสร้างความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากการสร้างแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan) ได้ถูกนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วัตถุประสงค์

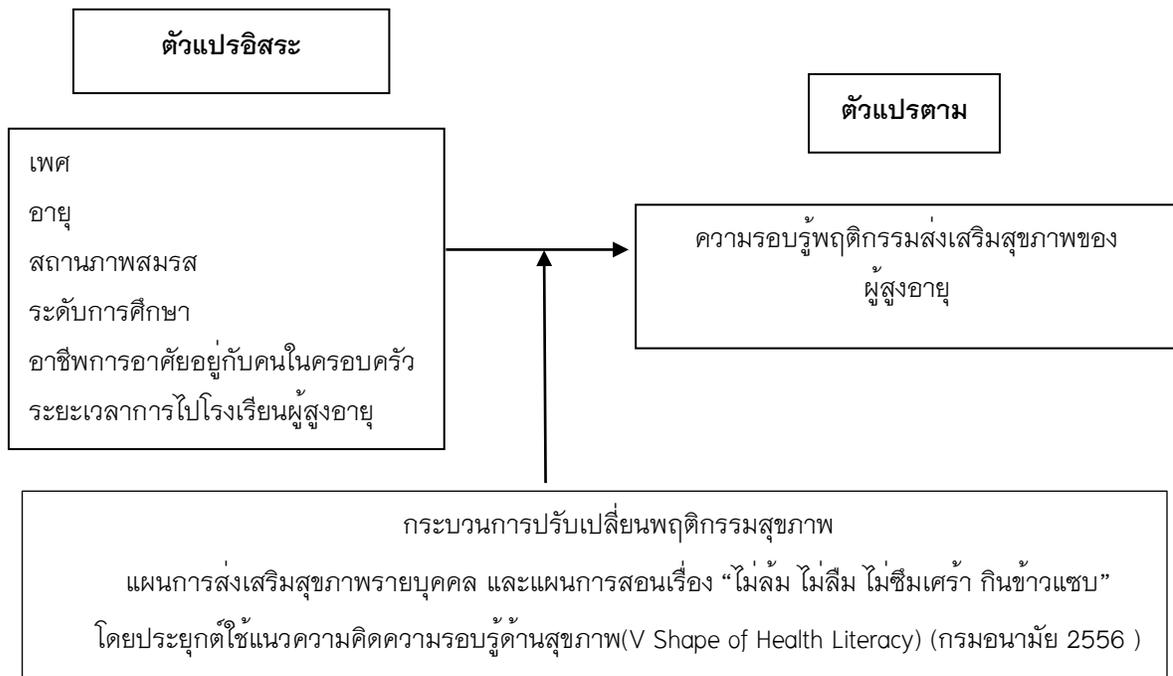
1. เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 ด้วยแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล

2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการสร้างความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual

collaborative action research) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 พัฒนาเครื่องมือการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ระยะที่ 2 สร้างความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และระยะที่ 3 สรุปและประเมินผล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 4 แห่งๆ ละ จำนวน 40-45 คน ของเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม 2563 ถึง กันยายน 2563

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7 การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า (ก่อน-หลัง) และใช้ข้อมูลอ้างอิงจากการศึกษาของ รุจิรวงศ์วรรณ ธนาทัศน์^๖ คือ ผลของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ก่อนการทดลอง 2.46 ± 0.50 คะแนน และหลังการใช้โปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 2.98 ± 0.20 คะแนน ดังนั้น คำนวณค่า n ดังนี้

3. ศีรษะสถานการณ์ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

4. ชี้แจงสถานการณ์ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในพื้นที่แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/แกนนำในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครู กศน. ผู้นำชุมชนครูใหญ่/ผู้บริหารโรงเรียนผู้สูงอายุ แกนนำผู้สูงอายุจากชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ

5. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนา รูปแบบการสร้างความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยแกนนำ/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการสร้างแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan) ซึ่งมีการจำลองกระบวนการสร้างแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลจริง ทดลองทำและปรับปรุงจนได้รูปแบบเป็นที่พึงพอใจ

6. นำรูปแบบที่ได้ ไปใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้ง 4 แห่ง

7. การประเมินประสิทธิผลโดยเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพก่อน และหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณระหว่างก่อนและหลังการ

ใช้แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้วยสถิติ Paired t-test

สรุปผลการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การพัฒนาความรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ และ 2) แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ซึ่งกระบวนการพัฒนาเครื่องมือใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ แกนนำผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนจากโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ (1) ผู้วิจัยสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ (2) พัฒนาเครื่องมือด้วยการจัดประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นำเสนอสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 จากนั้นได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ วางแผนการแก้ไขปัญหสุขภาพ โดยได้มีการสร้างแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (3) ขั้นตอนการพัฒนาความรอบรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ ร่วมกับการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล และการบวนการเรียนรู้ของโรงเรียนผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพตนเอง วางแผนแก้ไขปัญห ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำกับติดตามการใช้แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุ และ (4) ประเมินผลการพัฒนาความรอบรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อได้เครื่องมือในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้มาเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า

ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.1 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 62.9 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.9 ส่วนใหญ่มีโทรศัพท์ใช้แต่ไม่ใช้อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 44.3 และมาร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ในช่วงระหว่าง 2-5 ปี ร้อยละ 32.9 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายระดับอ้วน (25.0-29.9 กก./ม²) ร้อยละ 45.7 รอบเอวเกิน ร้อยละ 82.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.4 โดยโรคที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง คือโรคเบาหวาน ร้อยละ 37.1 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ในรอบปีผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 57.1 และพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจฟัน/ชุดหินปูน ร้อยละ 42.9 และเสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 2.2

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เมื่อนำเครื่องมือการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะได้รับการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เพื่อประเมินภาวะสุขภาพตนเอง หลังจากนั้น จะได้รับข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพตนเองด้วยหลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ” และได้รับคำแนะนำในการวางแผนการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุจะคิด วิเคราะห์

ปัญหาหรือความเสี่ยงด้านสุขภาพของตนเอง และเลือกวางแผนแก้ไขปัญหาหรือกิจกรรมที่จะป้องกันตนเอง ไม่ให้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นหรือทำให้ความเสี่ยงลดลง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่บ้าน เมื่อผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมที่โรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง จะได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองทั้งที่ทำได้และทำแล้วมีปัญหาอุปสรรค ผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลต่างๆ ได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือแพทย์เมื่อไปโรงพยาบาล เมื่อได้ทดลองทำไป 6 เดือน แล้วมีการประเมินความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล พบว่าส่วนขององค์ประกอบรายด้าน ได้แก่ ความรู้ การตอบโต้ พฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า P-value น้อยกว่า 0.05 ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลเป็นเพียงด้านเดียวที่ไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการใช้แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (P-value=0.196) และเมื่อพิจารณาคะแนนภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพจากคะแนนเต็ม 58 คะแนน พบว่าคะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพิ่มขึ้นจาก 52.11 ± 3.20 คะแนน เป็น 55.91 ± 2.01 คะแนน เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 1

ว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของการศึกษานี้ สอดคล้องกับ ทักษะการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. การประเมินผลรูปแบบการสร้างความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภาพรวม และรายประเด็นสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ยกเว้น การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ นิธิรัตน์ บุญตานนท์และคณะ¹¹ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โดยโปรแกรมประกอบด้วยการสอนแบบบรรยาย ถามตอบฝึกทักษะ และการใช้สื่อประกอบการเรียนรู้ ซึ่งประยุกต์กรอบแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกรมอนามัย ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ 2) ความเข้าใจด้านโภชนาการ 3) การโต้ตอบซักถาม 4) การตัดสินใจ 5) การเปลี่ยนพฤติกรรม และ 6) การบอกต่อ ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการภาพรวม และ รายประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ การเข้าใจด้านโภชนาการ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <math><0.001</math> และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการหลังได้รับโปรแกรม ทั้งภาพรวม และรายประเด็นทุกด้าน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <math><0.001</math> สอดคล้องกับนิชดา สารถวัลย์แพศย์และคณะ¹³ ศึกษาการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า เมื่อนำรูปแบบการสร้างความรู้

แตกต่างกันการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การใช้คู่มือคัดกรองความแตกต่างด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การใช้สื่อมัลติมีเดียและแผ่นพลิก การสอนสุขศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มาใช้กับตัวอย่างที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และระดับต่ำ แล้วทำการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ความแตกต่างด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มพบว่า ความแตกต่างด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุภายหลังใช้รูปแบบการสร้างความรู้ความแตกต่างด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่สามารถใช้ชีวิตตามปกติในชุมชน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -35.42, p = .000$) ดังนั้น สิ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จะต้องมีความรู้ เช่น แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพ หรือกระบวนการที่หลากหลาย ประกอบการสื่อสาร ให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะการคิดและตัดสินใจ นำไปสู่การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย: ผลจากการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การสร้างหลักสูตร/คู่มือ/ชุดความรู้การสร้างความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียนหรือชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีสุขภาพที่ดี

ด้านการพยาบาล: สำหรับพยาบาลชุมชน การวางแผนการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพรายบุคคล ด้วยการเขียน อาจไม่เหมาะกับผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้น สายตาไม่ดี และไม่ถนัดในการเขียน อาจแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการให้อาสาสมัคร หรือสมาชิกในครอบครัว เช่น ลูกหรือหลานช่วยเขียน ซึ่งจะมีประโยชน์ทางอ้อมเพิ่มขึ้น

คือ สมาชิกจะทราบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือ อาจจะเป็นแรงบันดาลใจทางสังคมที่จะทำให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้วยการกระตุ้นเตือน เมื่อผู้สูงอายุหลงลืมในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ

ด้านการวิจัย:

1. ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุด้วยรูปแบบอื่นๆ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดี

2. ควรมีการศึกษากการสร้างความรอบรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลในกลุ่มวัยอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สูงอายุ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยทุกคนได้แก่ ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ให้ความร่วมมือในการลงพื้นที่การสำรวจและตอบแบบสัมภาษณ์ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย 7 ขอนแก่น และกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุที่สนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. พ.ศ.2559.นครปฐม: บริษัท พรินท์อริ จำกัด; 2560.
2. สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. นครปฐม: บริษัท พรินท์อริ จำกัด; 2561.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 .2561 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ย. 2563].เข้าถึงได้จาก <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/125>
4. กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556.นนทบุรี.: โรงพิมพ์วัชรินทร์ พี.พี; ม.ป.ป.
5. กระทรวงสาธารณสุข, คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 12. แผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 12. (พ.ศ.2560-2564).,ม.ป.ท.,ม.ป.ป.
6. กิจปพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11(1): 26-36.
7. อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจียวิวรรณ์กุล, สาวิตรี ทยานศิลป์. ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุใน โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. MFU Connexion 2561; [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ย.2563] 7(2): 76-95 เข้าถึงได้จาก <https://www.shorturl.asia/KzpZi>

8. รุจิราวงศ์ วรรัตน์นาคัน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของการมีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อ. 2ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารสุขภาพภาคประชาชน.2560;[เข้าถึงเมื่อ 8 พ.ย.2563.];12(1):17-29. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tcithaijo.org/index.php/reg45/article/view/123153>
9. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพ. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-19 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ.2558 [เข้าถึงเมื่อ17 พ.ย.2563] เข้าถึงได้จาก <https://www.shorturl.asia/buD1Z>
10. วิมลรัตน์ บุญเสถียร, อรทัย เจริญวิทยสกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. Journal of Nursing and Health 2020; 2(1): 1-19.
11. นิธิรัตน์ บุญตานนท์, คินาท แชนอก, นารีรัตน์ สุรพัฒนาชาติ. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม2562[เข้าถึงเมื่อ17 พ.ย. 2563];13(30); เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/242600/164918>
12. เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรวิงค์ หวังมั่น. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(3): 419-429.
13. นิชดา สารถวัลย์แพศย์, สมยศ ศรีจารนัย, เมทนี ระดาบุตร, ปัฐยาวัชร ปราบภูผล, วณิดา ชวเจริญพันธ์ และลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์. การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4.วารสารพยาบาลตำรวจ 2562;11(1): 95-105.

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินแบบสหวิชาชีพ โดยใช้แนวคิด การจัดการตนเองร่วมกับการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม

อรชร สุนทรารักษ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินแบบสหวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม ระยะเวลาการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน - ตุลาคม 2566 ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้พัฒนาระบบ 10 คน 2) กลุ่มผู้ร่วมวิจัยคือผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน ที่คลินิกแอสไพริน โรงพยาบาลนาหว้า 40 คน เลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง แบบสอบถามการปฏิบัติตัว แบบติดตามการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแอสไพริน และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจ ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการ โดยใช้สถิติ t-test (paired samples) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลเชิงกระบวนการ

เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน บุคลากรทางการแพทย์มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน (CPG) ที่ชัดเจนร่วมกัน มีการจัดประเภทการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินตามค่า International Normal Ratio (INR) จัดคลินิกแอสไพรินแบบ one stop มีทีมสหวิชาชีพให้บริการ และผู้ป่วยมีคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน

2. ผลเชิงผลลัพธ์

2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น

2.2 หลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจ สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน, การจัดการตนเอง, การจัดการรายกรณี

วันที่รับบทความ

3 ธันวาคม 2566

วันที่ได้รับความฉบับแก้ไข

28 ธันวาคม 2566

วันที่ตอบรับบทความ

29 ธันวาคม 2566

โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: orachonsuntrarak@gmail.com
โทร. 084-6040905

The Development of Multidisciplinary Care System for Patients Receiving Warfarin by Using Self-management Combined with Case Management in Nawa Hospital Nakhon Phanom Province

Orachorn Suntrarak¹

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate multidisciplinary care system for patients receiving warfarin by using self-management combined with case management in Nawa hospital Nakhon Phanom province. The period was from April – October 2023. Research participants include 1) a group of 10 system developers and 2) a group of 40 patients receiving warfarin at the warfarin clinic Nawa Hospital. Research participants were selected using purposive sampling. The research instrument were self-care knowledge test, behavior questionnaire form, Follow-up form for adverse events from warfarin use, and patient satisfaction assessment form. Data were analyzed by finding frequencies, percentages, means, and standard deviations. Comparatived analysis, average scores of self-care knowledge, self-care practice, and satisfaction of patients receiving warfarin, before and after system development using t-test (paired samples). Analyzed qualitative data by content analysis. The research results found that

1. Process results.

A system for caring for patients receiving warfarin was born. Healthcare team had clear guidelines for caring for patients receiving warfarin (CPG). Care for patients receiving warfarin was classified according to International Normal Ratio (INR). Organized a warfarin clinic with one stop service, multidisciplinary team readied to serve patients. And the patient had a self-management manual for patients receiving warfarin.

2. Resultant results.

2.1 patient were received continuous care according to developed indicators.

2.2 Patients had an average score of self-care knowledge, Self-care practices and satisfaction, after system development was higher than before system development, statistically significant ($p < 0.05$).

Keyword: System Development, Caring for Patients Receiving Warfarin, Self-management, Case Management

Received
5 December 2023

Revised
25 December 2023

Accepted
29 December 2023

¹Nawa Hospital, Nakhon Phanom Province, Corresponding author, email: orachonsuntrarak@gmail.com โทร. 084-6040905

บทนำ

ยาแวนาร์ฟาริน (Warfarin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน (Oral anticoagulant) มีข้อบ่งใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation: AF) ผู้ป่วยลิ้นหัวใจผิดปกติ (Valvular heart disease) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Prosthetic heart valve) และป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) ในการป้องกันและรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism) ภาวะหลอดเลือดที่ปอดอุดตัน (Pulmonary embolism) ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสมอง (Stroke) เนื่องจากยาแวนาร์ฟารินเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาคงที่มีคุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ซับซ้อน และมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาแวนาร์ฟาริน ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา สภาวะโรคที่เกิดร่วม อันตรกิริยาระหว่างยาแวนาร์ฟารินกับยาอื่น สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นต้น ผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนาร์ฟารินจึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อติดตามทั้งประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยา¹

ผู้ป่วยในกลุ่มที่รักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดนั้น มีทั้งผู้ป่วยยังไม่มี ความรุนแรงของโรคลิ้นหัวใจพิการที่มีการเต้นของหัวใจแบบพลิ้ว (Atrial fibrillation) ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน จึงจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม ต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เนื่องจากมีโอกาสเกิดลิ่มเลือดมาจับตัวที่ลิ้นหัวใจเทียม² แต่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ จากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดซึ่งพบบ่อยคือ มีเลือดออกง่าย หยุดยาก เลือดออกตามไรฟัน จำเลือดตามตัว เลือดออกในทางเดินอาหาร เลือดออกทางทวารหนัก

มีประจำเดือนมากกว่าปกติ บัสสาวะมีเลือดปน และมีภาวะเลือดออกในสมอง^{3,4} ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดต้องเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา ยาแวนาร์ฟารินมีค่าในการรักษาที่แคบ ต้องมีการเฝ้าระวังติดตามเพื่อให้ยาอยู่ในช่วงการรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในระดับการรักษาที่เหมาะสมโดยการวัดการแข็งตัวของเลือด จากการคำนวณเป็นค่า International Normal Ratio (INR)⁴ ในคนปกติที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาแวนาร์ฟาริน จะมีค่า INR ประมาณไม่เกิน 0.9-1.1 แต่ในผู้ป่วยลิ้นหัวใจพิการที่ได้รับยาแวนาร์ฟารินค่า INR ที่มีประโยชน์ในการต้านการแข็งตัวของเลือด ควรอยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาเป็น 2.0-3.0 และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงคือผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม ค่า INR ช่วงเป้าหมายการรักษาเป็น 2.5-3.5 ซึ่งช่วงการรักษาเหล่านี้ได้มาจากผลการวิจัยทางคลินิก ที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูง⁵

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี มีนโยบายจัดตั้งเครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI & Warfarin) ได้มอบหมายให้โรงพยาบาลสกลนครเป็นแม่ข่ายในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจที่มีอัตราการตายสูง จึงได้กำหนดนโยบายเพิ่มการเข้าถึงบริการ พัฒนาการส่งต่อและส่งกลับ ทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเข้าถึงการให้บริการทันเวลา และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่อย่างคุ้มค่า และเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาในแต่ละระดับหน่วยบริการ โรงพยาบาลนาหว้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย ได้จัดตั้งคลินิกแวนาร์ฟารินขึ้นในปี 2554 โดยมีผู้ป่วยที่รับยาแวนาร์ฟารินจนถึงปัจจุบัน 104 คน เสียชีวิต 29 คน และยังรับยาที่คลินิกแวนาร์ฟาริน จำนวน 75 คน จำแนกเป็นผู้ป่วย AF paroxysmal 18 คน ผู้ป่วย AF ที่มีโรคร่วม VHD, CAD, DCM, Stroke 48 คน และ Valve replacement (ผ่าตัด

เปลี่ยนลิ้นหัวใจ) 9 คน จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้ติดตามประวัติของผู้ป่วยย้อนหลัง จากแบบบันทึก การให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิลิน พบว่า ผู้ป่วย ยังขาดความรู้และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ผู้ป่วย AF paroxysmal และผู้ป่วย AF ที่มีโรคร่วม VHD, CAD, DCM, Stroke จำนวน 66 คน มี 34 คน ที่มีค่า INR 1.3-1.8 ต่ำกว่าช่วงเป้าหมายการรักษา (ค่าเป้าหมาย 2.0-3.0) และผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมทั้ง 9 คน มี 4 คน ที่มีค่า INR 4.5-7 มากกว่าช่วงเป้าหมายการรักษา (ค่าเป้าหมาย 2.5-3.5)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่รับ ยาแวนิลิน ที่โรงพยาบาลนาหว้า พบปัญหาผู้ป่วย ขาดความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ทั้งด้านการ รับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการ ปฏิบัติตัว⁶ โรงพยาบาลนาหว้าได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิลิน โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อจัดระบบการให้บริการ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยที่รับยาแวนิลิน (CPG) พัฒนาศักยภาพ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อำเภอนาหว้า ให้สามารถดูแลและติดตามผู้ป่วยแบบมี พี่เลี้ยงในการจัดการรายการยา รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการจัดการตนเอง ด้านอาหาร ด้านยา และ ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันเลือดออก การหยุด เลือดด้วยตนเอง และการประเมินตนเองเมื่อมี เลือดออก รวมถึงการตั้งเกณฑ์การตรวจภาวะ แทรกซ้อน และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ปรับปรุงคุณภาพการดูแล โดยเน้นการดูแลแบบ สหวิชาชีพ ในรูปของ Patient Care Team มีการ ประสานงานที่ดีระหว่างทีมบุคลากรด้านสุขภาพ ทำให้ มีเกิดการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม เพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการ รักษาของแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง อันจะช่วยให้ผู้ป่วยที่ รับยาแวนิลินดูแลตนเองได้ ลดการเกิดภาวะ

แทรกซ้อน นำไปสู่ความสามารถในการดูแลสุขภาพ ของตนเองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา แวนิลิน แบบสหวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการจัดการ ตนเองรวมกับการจัดการรายการยา โรงพยาบาล นาหว้า จังหวัดนครพนม

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิลิน แบบสหวิชาชีพ โดยใช้ แนวคิดการจัดการตนเองรวมกับการจัดการรายการยา โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาตั้งแต่เดือนเมษายน - ตุลาคม 2566 ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และศึกษา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ ได้รับยาแวนิลิน ดำเนินการวิจัยการวิจัย เชิงปฏิบัติการ PAOR ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกตผล (Observing) การ สะท้อนผล (Reflecting) หากยังพบปัญหา ก็กลับมา เริ่มขั้นตอนอีกครั้ง จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไข ตามเกณฑ์ที่กำหนด ก็ปิดท้ายด้วยการสรุปผล (Conclusion)

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิลิน ได้แก่

1. ประเมินผลเชิงกระบวนการ
2. ประเมินผลเชิงผลลัพธ์

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้พัฒนาระบบ ได้แก่ แพทย์ 1 คน (ผู้รับผิดชอบคลินิกกวาร์ฟาริน) พยาบาลวิชาชีพ 7 คน (หัวหน้า OPD, พยาบาล NCD 3 คน และพยาบาล ER 3 คน) นักโภชนาการ 1 คน เภสัชกร 1 คน จำนวน 10 คน สมัครใจเข้าร่วมและร่วมดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง ตลอดการดำเนินการวิจัย

กลุ่มที่ 2 เลือกแบบเจาะจง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาที่คลินิกกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลนาหว้า จำนวน 40 คน มีที่อยู่ในอำเภอนาหว้าและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

กลุ่มที่ 1 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย และขอถอนตัวออกจากกรวิจัย

กลุ่มที่ 2 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือ ขอถอนตัวออกจากกรวิจัย

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ประกอบด้วย

1) เกณฑ์ให้อาสาสมัครวิจัยเลิกจากการศึกษา คือเข้าร่วมกิจกรรมไม่ถึง ร้อยละ 50

2) เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ คือ ไม่ได้รับการอนุมัติจริยธรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 1. แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาฟาริน เป็นแบบทดสอบที่

ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก-ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าความยากรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.25-0.67 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.34-0.79 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.91

2. แบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาฟาริน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 14 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด แบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.31-0.78 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.89

3. แบบประเมินความพึงพอใจ ของผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาฟาริน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด แบบประมาณค่า (Rating Scale) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.29-0.65 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.88

4. แบบติดตามการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ สำหรับพยาบาลเป็นผู้บันทึกข้อมูล เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อบันทึกวัน เวลา และอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ จากการให้ยารักษาฟาริน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.26-0.79 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล และตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น โดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้อันเป็นการดูแลตนเอง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจ ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ t-test (paired samples)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจังหวัดนครพนม เลขที่ REC 024/66

สรุปผลการวิจัย

1. ผลเชิงกระบวนการ

เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน บุคลากรทางการแพทย์มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน (CPG) ที่ชัดเจนร่วมกัน มีการจัดประเภทการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน ตามค่า International Normal Ratio (INR) จัดคลินิกแอสไพรินแบบ one stop มีทีมสหวิชาชีพให้บริการ และผู้ป่วยมีคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน

2. ผลเชิงผลลัพธ์

2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น (n=40)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ (ร้อยละ)	ผลงาน จำนวน (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินได้รับการติดตามจากเภสัชกร	> ร้อยละ 80	40(100)
2. ผู้ป่วยที่รับยา มีความรู้ในการใช้ยาแอสไพริน ผ่านเกณฑ์	> ร้อยละ 80	34 (85.00)
3. ผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงที่ให้ผลดีต่อการรักษา	> ร้อยละ 60	31 (77.50)
4. ผู้ป่วยที่มีค่า INR มากกว่า 6	< ร้อยละ 5	ไม่มี/ -
5. ผู้ป่วยที่มีค่า INR ต่ำกว่า 1.5	< ร้อยละ 5	2 (5.00)
6) การเกิด Adverse event		
- ischemic stroke, systemic embolic	< ร้อยละ 3	1 (2.50)
- minor bleeding	< ร้อยละ 10	2 (5.00)
- major bleeding	< ร้อยละ 5	ไม่มี

จากตารางที่ 1 ผลลัพธ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินได้รับการติดตามจากเภสัชกร ร้อยละ 100 ผู้ป่วยที่รับยาแอสไพรินมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแอสไพรินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 85.00 ผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงที่ให้ผลดีต่อการรักษา ร้อยละ 77.50 ไม่มีผู้ป่วยที่มีค่า INR

มากกว่า 6 (เนื่องจากมีโอกาสจะเริ่มเกิดภาวะเลือดออกร้ายแรงได้) ผู้ป่วยที่มีค่า INR ต่ำกว่า 1.5 (เนื่องจากจะมีความเสี่ยงที่จะเริ่มล้มเลือดอุดตันที่ร้ายแรงได้) ร้อยละ 5.00 และการเกิด Adverse event ภาวะ ischemic stroke, systemic embolic ร้อยละ 2.50 ภาวะ minor bleeding ร้อยละ 5 และไม่มีพบภาวะ major bleeding

2.2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิลา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

2.2.1 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิลา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ตารางที่ 2 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิลา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 40)

ความรู้	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 16.0 คะแนนขึ้นไป)	0	0.00	34	85.00
2. ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 12.0 – 15.9 คะแนน)	35	87.50	6	15.00
3. ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 12.0 คะแนน)	5	12.50	0	0.00
รวม	40	100	40	100

(ก่อนพัฒนาระบบ $\bar{X} = 12.08$, S.D.= 0.83, หลังพัฒนาระบบ $\bar{X} = 17.45$, S.D.= 1.55)

จากตารางที่ 2 ก่อนพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 87.50 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 12.50 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.08$, S.D.= 0.83) หลังพัฒนาระบบมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ

85.00 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.00 โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 17.45$, S.D.= 1.55)

2.2.2 ระดับและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิลา ก่อนและหลัง การพัฒนาระบบ

ตารางที่ 3 ระดับและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิลา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 40)

ทักษะ	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนนขึ้นไป)	0	0.00	29	72.50
2. ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.0 – 3.9 คะแนน)	21	52.50	11	27.50
3. ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 3.0 คะแนน)	19	47.50	0	0.00
รวม	40	40	100	100

(ก่อนพัฒนาระบบ $\bar{X} = 2.97$, S.D.= 0.37, หลังพัฒนาระบบ $\bar{X} = 4.16$, S.D.= 0.42)

จากตารางที่ 3 ก่อนพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีการปฏิบัติในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 52.50 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ

47.50 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.97$, S.D.= 0.37) หลังพัฒนาระบบ มีการปฏิบัติในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 72.50

รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.50
โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.16, S.D. = 0.42$)

2.2.3 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความ
พึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิลา ก่อนและหลัง
การพัฒนาระบบ

ตารางที่ 4 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย ที่ได้รับยาแวนิลา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 40)

ความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนนขึ้นไป)	0	0.00	33	82.50
2. ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.0 - 3.9 คะแนน)	24	60.00	7	17.50
3. ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 3.0 คะแนน)	16	40.00	0	0.00
รวม	40	100	40	100

(ก่อนพัฒนาระบบ $\bar{X} = 3.05, S.D. = 0.41$, หลังพัฒนาระบบ $\bar{X} = 4.27, S.D. = 0.29$)

จากตารางที่ 4 ก่อนพัฒนาระบบ ผู้ป่วยที่ได้รับ
ยาแวนิลา มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ อยู่ในระดับ
ปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 60.00 รองลงมาอยู่ใน
ระดับต่ำ ร้อยละ 40.00 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 3.05, S.D. = 0.41$) หลังพัฒนาระบบ
ผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิลา มีคะแนนเฉลี่ยความ

พึงพอใจ อยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 82.50
รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.50 โดยมี
ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.27, S.D. = 0.29$)

2.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย
ความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจของผู้ป่วย
ที่ได้รับยาแวนิลา

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจของผู้ป่วย
ที่ได้รับยาแวนิลา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 40)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ความรู้ในการใช้ยาแวนิลา	12.08	0.83	17.45	1.55	18.96	.000*
2. การปฏิบัติในการดูแลตนเอง	2.97	0.37	4.16	0.42	13.16	.000*
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย	3.05	0.41	4.27	0.29	19.19	.000*

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนน
เฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจของผู้ป่วย
ที่ได้รับยาแวนิลา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ
พบว่า หลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้

การปฏิบัติ และความพึงพอใจ สูงกว่าก่อนพัฒนา
ระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลเชิงกระบวนการ

ผลการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟาริน ในคลินิกแวกซ์ฟาริน โรงพยาบาลนาหว้า พบว่า ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 70.00 มีผู้ดูแล ร้อยละ 85.00 มีระดับค่า INR ก่อนพัฒนาระบบ 2.0-3.0 เป็นไปตามเป้าหมายร้อยละ 47.50 และมีค่าที่ไม่เป็นตาม เป้าหมายคือ ค่า INR 3.1-5.0 ร้อยละ 27.50 และ ค่า INR < 2.0 ร้อยละ 20.00 นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วย ด้านการรับประทานอาหารและอาหารเสริม ยังมีการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานแกงหน่อไม้ใส่ใบย่านางตลอดสัปดาห์ 2 ราย รับประทานอาหารเสริมนมถั่วเหลือง 2 ราย คลอโรฟิลล์อัดเม็ด และรับประทานผักคะน้าลวกทุกวัน อย่างละ 1 ราย ซึ่งเป็นผักสีเขียวมีวิตามินเคสูง ทำให้ลด ฤทธิ์การทำงานของยาแวกซ์ฟาริน และพบว่าผู้ป่วยดื่ม เครื่องดื่มชูกำลัง และผลไม้ที่เพิ่มฤทธิ์ยา เช่น รับประทานมะขามหวานทุกวันก่อนมาตรวจตามนัด รับประทานมะละกอสุก มะม่วงสุกตลอดสัปดาห์ก่อน มาตรวจ อย่างละ 2 ราย รับประทาน M150 ชงน้ำซิง รับประทานบ่อยครั้ง ดื่มน้ำชุปไก่สกัดติดต่อกัน 7 วัน อย่างละ 1 ราย ทำให้มีผลต่อการเพิ่มฤทธิ์ยาแวกซ์ฟาริน ด้านความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยรับประทาน ยาไม่ถูกต้อง 3 ราย ลืมรับประทานยา 2 ราย และ รับประทานยาไม่ตรงเวลา 1 ราย มีผลทำให้การออกฤทธิ์ของ ยาแวกซ์ฟารินไม่สม่ำเสมอ ด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยมีการดื่มสุราบางครั้ง 2 ราย สูบบุหรี่ 1 ราย และพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ และการปฏิบัติตัวที่ เหมาะสม เช่น มีรอยฟกช้ำจากการบีบนิ้วที่รุนแรง 4 ราย เมื่อมีบาดแผลไม่ทราบวิธีดูแลตนเอง 2 ราย และยังมีเคี้ยวหมาก 1 ราย ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดบาดแผล ในช่องปาก จากปัญหาดังกล่าวได้นำสู่การระดมสมอง ของทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ขึ้น จากการพัฒนาทำให้ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล ได้รับ จัดการประสานส่งต่อ ผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลจาก

อสม. และพยาบาลใน รพสต.เครือข่ายโรงพยาบาล นาหว้าทุกราย และเกิดผลลัพธ์คือ บุคลากรทาง การแพทย์มีแนวปฏิบัติในการสื่อสารกันที่ชัดเจน มีคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยา แวกซ์ฟาริน มีสมุดบันทึกอาหารและติดตามอาการของ ตนเอง มีภาพพลิกและแผนให้ความรู้เป็นเครื่องมือ สื่อการสอน มีคู่มือปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะเลือดออกน้อย และภาวะเลือดออกมาก มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย โรคหัวใจที่ได้รับยาแวกซ์ฟารินและนามบัตรพยาบาล ประจำคลินิกยาแวกซ์ฟาริน มีกล่องยา 7 สี เพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกขนาด และการเข้าถึงบริการ เมื่อมีภาวะผิดปกติ สามารถโทรศัพท์ปรึกษาบุคลากร ทางการแพทย์ได้ และจากระบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ ผู้ป่วย มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ มีการบันทึกอาการ และการสังเกตภาวะผิดปกติของร่างกายที่มีผลต่อการ เพิ่มฤทธิ์ เช่น ภาวะไข้ ภาวะท้องเสีย การรับประทาน อาหารที่น้อยลงในอาหารที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของ ยาแวกซ์ฟาริน ประเมินตนเองได้ในภาวะเลือดออกน้อย ภาวะเลือดออกมาก อาการเลือดออกที่ต้องตัดสินใจ มาพบแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของดิยาร์ตัน ภูติวา⁷ ที่ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารทาง เภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในคลินิกแวกซ์ฟาริน โรงพยาบาลโขงเจียม ที่มีกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ ประชุมผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา คัดเลือก ปัญหาและจัดทำแผน ดำเนินกิจกรรมบริหารทาง เภสัชกรรม ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย สังเกตและบันทึกผล ประเมินผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จุดเด่นคือการดำเนินงานตาม นโยบายและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน การมีแนวทาง ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับทีมสหวิชาชีพ และสอดคล้อง กับการศึกษาของ นุชรีย์ ทองเจิม และจิราภรณ์ อิ่มแก้ว⁸ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด ต่ำ ในผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ เพื่อศึกษา

ประสิทธิผลของการจัดการรายกรณี ในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ผลการศึกษาพบว่า การจัดการรายกรณีของผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน ช่วยเพิ่มความรู้ในการใช้ยาของผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

2. ผลเชิงผลลัพธ์

ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัย ต้องสามารถสะท้อนภาพของระบบ ให้มีความเสี่ยงและเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์น้อยที่สุด ซึ่งตัวชี้วัดที่บ่งชี้ถึงระบบจัดการเกี่ยวกับยาแอสไพรินที่ดีของโรงพยาบาลน่าหว่า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินได้รับการติดตามจากเภสัชกร ร้อยละ 100 2) ผู้ป่วยที่รับยาแอสไพรินมีความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยาแอสไพรินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่าร้อยละ 80) ผลการประเมินความรู้ ร้อยละ 85.00 3) ผู้ป่วยที่มีค่า INR (2.0-3.0) อยู่ในช่วงที่ให้ผลดีต่อการรักษาร้อยละ 77.50 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ระบบ ร้อยละ 30.00 ไม่มีผู้ป่วยที่มีค่า INR มากกว่า 6 (เนื่องจากมีโอกาสจะเริ่มเกิดภาวะเลือดออกร้ายแรงได้) 4) ผู้ป่วยที่มีค่า INR ต่ำกว่า 1.5 (เนื่องจากจะมีโอกาสจะเริ่มล้มเลือดอุดตันที่ร้ายแรงได้) ร้อยละ 5.00 และร้อยละ Adverse event พบว่า ischemic stroke, systemic embolic ร้อยละ 2.50 minor bleeding ร้อยละ 5 และไม่พบ major bleeding จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน สามารถลดปัญหาจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องของผู้ป่วยได้ ด้วยระบบที่พัฒนา เน้นการศึกษาปัญหาผู้ป่วยจากการค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence trigger phase) ซึ่งพิจารณาจากสิ่งกระตุ้น 2 ส่วนคือ ตัวกระตุ้นอาจเกิดจากการปฏิบัติ (practice trigger) หรือมาจากความรู้ที่ มาจากการค้นคว้า (knowledge triggers) มาตรฐานความปลอดภัยที่ผู้ป่วยควรได้รับเป็นเป้าหมายการดูแล มีการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบโดยทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ อยู่ในระดับสูง

มากถึงร้อยละ 85.00 มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.50 มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.50 และหลังการพัฒนา ระบบ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจ สูงกว่าก่อนการพัฒนา ระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของนุชรีย์ ทองเจิม และจิราภรณ์ อินแก้ว⁸ ที่ศึกษาผลของการจัดการรายกรณี พบว่า (1) สัดส่วนจำนวนครั้งของค่า INR อยู่ในเป้าหมายการศึกษา มากกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) (2) ระดับความรู้หลังการจัดการรายกรณี ในผู้ป่วยที่รับยาแอสไพริน สูงกว่าก่อนการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) (3) ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการรายกรณี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา วิริยะมนต์ชัย⁹ ที่พบว่า หลังการพัฒนา รูปแบบคะแนนความรู้ในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 15.93 ± 2.583 เป็น 19.83 ± 0.526 ($P < 0.001$) สัดส่วนจำนวนครั้งของค่า INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมายของการรักษาเพิ่มขึ้น จาก 40.68% เป็น 52.15% สัดส่วนการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติลดลงจาก 2.26% เป็น 0.61% ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 89.45% และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา บุตรจันทร์, สงครามชัย สีทองดี และ รับขวัญ เชื้อสี¹⁰ ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจต่อบริการดีขึ้น กลุ่มญาติ/ผู้ดูแล มีการเปลี่ยนแปลงความรู้และความพึงพอใจต่อบริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีวัดความแข็งตัวของเลือด หรือ INR อยู่ใน ช่วงปกติ (Therapeutic Range) เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 41.67 เป็น 51.28

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการนำระบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการขยายผลระบบการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับยาแวนิวาร์ฟารินนี้ ไปยังเครือข่ายโรงพยาบาล ชุมชนอื่นต่อไป

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาแวนิวาร์ฟาริน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติโรคลิ้นหัวใจพิการสำหรับโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Vulvular heart disease for primary medical care). กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2565.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน พ.ศ.2553. กรุงเทพฯ: สหพัฒน์การพิมพ์; 2554.
3. Lilley, L. L., Collins, S. R., & Snyder, J. S. Pharmacology and the nursing process (10th ed). St. Louis, Missouri: Elsevier; 2023.
4. โรงพยาบาลนาหว้า. สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยในคลินิกแวนิวาร์ฟารินโรงพยาบาลนาหว้า ปี 2566. คณะกรรมการที่มนำด้านคลินิก (PCT) โรงพยาบาลนาหว้า; 2566.
5. ตียรรัตน์ ภูติยา. การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในคลินิกแวนิวาร์ฟาริน โรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี. ว.วิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 12(1): 58-69; 2566.
6. นุชรีย์ ทองเจิม และ จิราภรณ์ อินแก้ว. ประสิทธิภาพของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิวาร์ฟาริน โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่. วารสารกระบี่เวชสาร 4(1): 47-55; 2564.
7. วิทยา วิริยะมนต์ชัย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิวาร์ฟารินในโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยใช้การคิดเชิงออกแบบเป็นฐาน. ว.สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 10(1): 118-131; 2563.
8. รุจิรา บุตรจันทร์, สงครามชัย สีทองดี และ รับขวัญ เชื้อลี. การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกแวนิวาร์ฟาริน ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี. ว.วิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 8(1): 39-55; 2562.

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย : กรณีศึกษา 2 ราย

พัชรินทร์ ฤติย์พิพิธ¹

บทคัดย่อ

โรคปอดอักเสบเป็นภาวะวิกฤตที่พบได้บ่อยของกลุ่มงานอายุรกรรมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวโดยศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบและมีภาวะหายใจล้มเหลว 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสกลนคร โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ในทุกระยะของการรักษา ตั้งแต่กระบวนการการประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลลัพธ์ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นเพศหญิงอายุ 53 ปี และ 55 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว รับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจทั้ง 2 ราย ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ภาวะหายใจล้มเหลวเป็นสิ่งเร้าตรงมีการตอบสนองตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย

สรุป จากการศึกษาพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความสามารถฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลช่วยในการวินิจฉัยความต้องการและจัดระบบการดูแลตนเองให้ผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วย 2 รายนี้ใช้ระบบทดแทนบางส่วน โดยพยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันรับผิดชอบในการตอบสนองความต้องการในช่วงเวลาที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวและเรียนรู้การดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ต้องการการสนับสนุน ชี้แนะแนวทางแรงจูงใจจากพยาบาลในการปฏิบัติรวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อผู้ป่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ : โรคปอดอักเสบ, หายใจล้มเหลว, การพยาบาล, ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

วันที่รับบทความ
1 ธันวาคม 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข
19 ธันวาคม 2566

วันที่ตอบรับบทความ
28 ธันวาคม 2566

โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: tunmai@hotmail.co.th โทร. 084-579-1924

Nursing Care of Pneumonia Patients with Respiratory Failure According to Roy's Adaptation Theory: Two Case Studies

Patcharin Thitpipit¹

Abstract

Pneumonia is a common critical condition in the internal medicine group. It is an important public health issue due to the rapid progression of the disease, severity and a high death rate. This study aimed to apply Roy's theory of adaptation to nursing care of patients with pneumonia and respiratory failure by specifically studying patients with pneumonia and respiratory failure 2 list who received treatment at the female medical ward 1, Sakon Nakhon Hospital, in terms of their medical treatment history through information gathering from patients, relatives and medical records. Roy's theory of adaptation was used in every phase of treatment from the process of assessment, nursing diagnosis, planning and nursing practice summary to evaluation of nursing results.

Results: Two patients, females aged 53 and 55 years, were diagnosed with pneumonia with respiratory failure and received treatment at the female medical ward 1. Both cases were intubated and given oxygen with a ventilator, which is a critical situation that requires urgent help. Respiratory failure was found to be a direct stimulus response according to Roy's adaptation theory.

Conclusion: Nursing caregivers must have the ability to practice the science and art of nursing, helping to diagnose needs and organize self-care for patients. In the case of these two patients, a partial replacement system was used. Nurses and patients share responsibility for meeting the needs of the patients. During the time in which patients have to limit their movements and learn to take care of themselves properly, they need support from guiding and motivating nurses in their practice who also provide an environment that is conducive to patients, promoting the caregiving ability for both the patients and their families.

Keywords: Pneumonia, Respiratory failure, Nursing, Roy's adaptation theory

Received
1 December 2023

Revised
19 December 2023

Accepted
28 December 2023

¹Sakon Nakhon Hospital, Corresponding author, e-mail: tunmai@hotmail.co.th Tel. 084-579-1924

บทนำ

ปอดอักเสบเป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ นับเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อ จากการรายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 11 พ.ย. 2565 การพยากรณ์โรคปอดอักเสบ ปี พ.ศ. 2565 ใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบระหว่างปี พ.ศ. 2554-2564 มีค่าความคาดเคลื่อนของการพยากรณ์ร้อยละ 11.70 โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบประมาณ 191,814 ราย ซึ่งค่าการพยากรณ์ที่ได้จะพบจำนวนผู้ป่วยสูง 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ช่วงต้นปี (เดือนมกราคม-มีนาคม) จะพบผู้ป่วยประมาณ 16,000 รายต่อเดือน และช่วงที่ 2 (เดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน) จะพบผู้ป่วยประมาณ 20,000 รายต่อเดือน ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565

โรงพยาบาลสกลนครพบอัตราการตายของโรคปอดอักเสบสูงเป็นอันดับหนึ่งซึ่งหออผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 มีสถิติผู้เข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอักเสบจำนวน 309 และ 327 รายตามลำดับ โรคนี้เป็นโรคที่มีปริมาณและความเสี่ยงต่ออัตราการตายสูงเป็นอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นความรุนแรงของโรคผู้ป่วยที่มาด้วยโรคปอดอักเสบจึงต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยเนื่องจากก่อให้เกิดความผิดปกติต่อสมดุลกรดต่างและระบบหายใจอย่างมากถ้ารักษาไม่ทันท่วงทีผู้ป่วยจะหยุดหายใจและเสียชีวิตได้ การใส่ท่อช่วยหายใจและจัดการแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วจึงจะช่วยรักษาผู้ป่วยให้พ้นอันตรายได้ ฉะนั้นพยาบาลจะต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็วและวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ดังนั้นผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวโดยการนำทฤษฎีการปรับตัวของ

รอยมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป ในทางการพยาบาล รอยนักทฤษฎีทางการพยาบาลให้คำจำกัดความของการปรับตัว(coping)ว่าเป็นความพยายามของบุคคลเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตที่กำลังประสบในชีวิตหรือจัดการปัญหาเหล่านั้นโดยผ่านกระบวนการรู้คิดและแสดงพฤติกรรมและวิธีในการปรับตัว(coping strategies)เป็นลักษณะรวมถึงรูปแบบที่บุคคลแสดงออกเพื่อจัดการสิ่งท้าทายต่างๆที่เข้ามาในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือเมื่อประสบเหตุการณ์ที่มีความเครียดสูงหรือเป็นภาวะวิกฤต⁴ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีลักษณะของการดำเนินโรคแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ลักษณะของการดำเนินโรคที่มีความแตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ต่างกัน พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ได้เจอผู้ป่วยเมื่อแรกเข้ารับการรักษาในหออผู้ป่วย เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงและให้การพยาบาลผู้ป่วยจนกลับบ้านจึงควรมีความรู้และความเข้าใจพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วย อธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้โดยใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลและให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพควรเพิ่มข้อมูลว่าทฤษฎีของรอยถูกนำมาประยุกต์ใช้หรืออ้างอิงในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy 's Adaptation Model) ได้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ 1964 โดย ซิสเตอร์ คอลลิสตา รอย กล่าวถึงบุคคลคือระบบของการปรับตัวแบบองค์รวม การประเมินปัญหาของผู้ป่วยจากพฤติกรรมปรับตัว นำผลการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพมาวางแผนและให้การพยาบาล บุคคลมีการปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้า ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมปรับตัวออกมา 4 ด้านดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย

(Physiological Mode) เป็นวิธีการตอบสนองด้านร่างกายต่อสิ่งเร้า โดยสะท้อนให้เห็นการทำงานระดับเซลล์

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

(Self concept Mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งในเรื่องเกี่ยวกับด้านรูปร่างหน้าตา ความเชื่อ

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

(Role function mode) การปรับตัวด้านนี้ เป็นการตอบสนองด้านสังคมของบุคคลเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม บุคคลมีบทบาทในสังคมแตกต่างกันออกไปและในบุคคลเดียวอาจต้องมีหลายบทบาท

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

(Interdependence) เป็นการตอบสนองความต้องการของบุคคลที่มีความต้องการสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล การปรับตัวด้านการพึ่งพาประกอบด้วยสัมพันธ์ภาพ 2 แบบ คือ

1. สัมพันธ์ภาพกับบุคคลใกล้ชิด (Significant others) เป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองมากที่สุด เช่น บิดามารดา สามี

2. สัมพันธ์ภาพกับระบบสนับสนุน (Supportive system) เป็นบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้องและพึ่งพาซึ่งกันและกัน เช่น ญาติพี่น้อง หัวหน้างาน

สิ่งเร้า (Stimuli) แบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญโดยตรงและมีความสำคัญมากที่สุดที่ทำให้บุคคลต้องปรับตัว

2. สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม นอกเหนือจากสิ่งเร้าตรงและมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของบุคคลนั้น

3. สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีตซึ่งเกี่ยวกับทัศนคติ อุปนิสัยและบุคลิกภาพเดิม

ทฤษฎีการปรับตัวของรอยกับกระบวนการพยาบาล ตามแนวคิดของรอยประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ (Roy, 1984 : 44 – 52)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะ (Assessment)

การประเมินสภาวะเป็นขั้นต้นแรกของกระบวนการพยาบาลซึ่งในขั้นตอนนี้ตามแนวคิดของรอยทำการประเมิน 2 ขั้นตอนย่อยดังนี้

1.1 ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย (Assessment of behaviors) ที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้า

1.2 ประเมินองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว (Assessment of influencing factors) นั่นคือการประเมินหรือค้นหาสิ่งเร้าหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการปรับตัวซึ่งได้แก่ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล

(Nursing diagnosis) การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สองของกระบวนการพยาบาลที่จะกระทำหลังการประเมินสภาวะ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล

(Nursing plan) เป็นขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการพยาบาลแต่ตามแนวคิดของรอยขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ 4 คือ การกำหนดเป้าหมายการพยาบาล (Goal setting)

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล

(Nursing Intervention) ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่ 5 ตามแนวคิดของรอย โดยเน้นจัดการกับสิ่งเร้า หรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาการปรับตัว

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation)

ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลคือ การประเมินผลการพยาบาล โดยดูว่าการพยาบาลที่ให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการหรือไม่

สรุป ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ได้รับการพิสูจน์และยกย่องว่าเป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ดีทฤษฎีหนึ่ง และมีการพัฒนาก้าวหน้าอย่างมาก ช่วยให้เห็นลักษณะของวิชาชีพพยาบาล และทิศทางของการปฏิบัติการพยาบาล จุดมุ่งหมายและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม และทำที่สุดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ยังได้เน้นให้เห็นถึงคุณค่าของผู้ป่วย ซึ่งเป็น

ผู้รับบริการที่พยาบาลควรให้ความสำคัญการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยนับว่าเป็นบริการจากพยาบาลที่มีคุณประโยชน์ต่อบุคคลในสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย โดยศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยอีกสองที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง1 โรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือน มีนาคมและเดือนเมษายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนด้านสุขภาพแบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว 4) ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล กรณีศึกษา 2 ราย มีรายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 53 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร เมื่อวันที่ 2 มีนาคม เวลา 11.02 น. โดยถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลใกล้บ้านด้วยอาการ ใช้สูงหนาวสั่นหายใจหอบเหนื่อยมา 5 วันระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านมีอาการใช้เหนื่อยหอบมีเสมหะเพิ่มมากขึ้น แพทย์จึงได้ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสกลนคร อาการแรกแรกที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน E4VTM6 ตื่นดี หายใจหอบ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 114 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 94/67 มิลลิเมตรปรอท ใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 7 นิ้ว ความ

ลึก 22 นิ้ว แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น pneumonia with Respiratory failure ได้รับเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง1 แรกรับผู้ป่วยตื่นรู้ตัวดี E4VTM6 ใส่ท่อช่วยหายใจต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร (volume control ventilator) Setting PCV mode Fio₂ 0.4 PEEP 5 ตั้งอัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 87/53 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที O₂ saturation 100% ได้รับ 0.9% NSS 1000 cc. vein drip rate 150 cc/hr load in 15 นาที ความดันโลหิตหลัง load IV 116/53 มิลลิเมตรปรอท แล้วให้ IV RLS 1000 cc. rate 120 cc/hr ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ CBC ,BUN, Cr, Hemoculture 2 specemens, เก็บ sputum culture ,Gram stain และ AFB ให้ยา ceftazidime, levoflox, Meropenam, plasil, paracetamol, Dextromethophan, ยาแก้ไอมะขามป้อม จิบเวลาไอ feed DM Blenderized diet (1.5:1) 300 cc. วันละ 4 feed เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ได้ 225 mg% ให้ RI ตาม scale ของแพทย์และให้เจาะน้ำตาลปลายนิ้วก่อน feed ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ในปอดข้างซ้าย

ขณะนอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีไข้ 38.8 องศาเซลเซียส มีภาวะ hyperventilation due to AFI HR161 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/90 มิลลิเมตรปรอท วันที่ 5 มีนาคม 2566 แพทย์ให้ try weaning โดยตั้ง Setting PSV mode Fio₂ 0.4 PS 12 PEEP 5 ถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 6 มีนาคม 2566 ให้ O₂ mask with bag, O₂ cannular, และ room air ตามลำดับ

ผู้ป่วยสามารถหย่าออกซิเจนได้ หลังถอดท่อช่วยหายใจ ทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องอีก 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น พยาบาลได้เตรียมความพร้อมเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับ ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายโดยตอบกลับผลการรักษาของหนังสือส่งตัวโรงพยาบาลใกล้บ้าน รับยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 14 วัน รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 55 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2566 เวลา 03.50 น. ด้วยอาการ ไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย มา 5 ชั่วโมง อาการแรกที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน E4V5M6 รู้สึกตัวดี หายใจหอบ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส หายใจ 32 ครั้ง/นาที ชีพจร 126 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 111/62 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 66 % แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ขนาด 7.5 นิ้ว ความลึก 20 นิ้ว เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ได้ 182 mg% แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น pneumonia with Respiratory failure ได้รับเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง1 แรกรับผู้ป่วยตื่นรู้ตัวดี E4VTM6 ใส่ท่อช่วยหายใจต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร(volume control ventilator) Setting PCV mode Fio₂ 0.4 PEEP 5 PI 16 TI 1.0 ตั้งอัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 125/101 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้ง/นาที O₂ saturation 100% ได้รับ 0.9% NSS 1000 cc. vein drip rate 80cc/hr ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้ CBC, BUN, Cr, Hemoculture 2 specimens, เก็บ sputum culture , Gram stain และ AFB ให้ยา ceftriazone, Azithromycin, losec, cordaronel, adenosin, meropenem, พ่นยา Berodual ทุก 6 ชั่วโมง feed DM Blenderized diet (2:1) 250

cc.วันละ 4 feed เจาะน้ำตาลปลายนิ้วก่อน feed พังปอดได้ยินเสียง crepitation ในปอดทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยมีภาวะ แมกนีเซียมต่ำ 1.2 mg/dl, แคลเซียมต่ำ 7.2 mg/dl, โซเดียมต่ำ 115 mmol/L ได้ 50% Mgso₄, 10% calcium gluconate, 3% Nacl ,ตามลำดับ มีภาวะ Atrial fibrillation HR 219 ครั้ง/นาที ได้ cordarone Adenosine วันที่ 8 เมษายน 2566 เวลา 9.00 น แพทย์ให้ try weaning โดยตั้ง Setting PSV mode Fio₂ 0.4 PS 14 PEEP 5 O₂ saturation 100% HR 106 ครั้ง/นาที เวลา 12.00 น. ให้ O₂ T- piece 10 LPM 2 hr. ผู้ป่วยตื่นรู้ตัวดี O₂ saturation 100 % v/S stable สามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ ให้ HFNC 40 LPM Fio₂ 0.4 วันที่ 10 เมษายน 2566 ให้ O₂ mask with bag วันที่ 11 เมษายน 2566 ให้ผู้ป่วยหายใจ room air และให้ ยา พ่น Berodual ทุก 6 hr. ผู้ป่วยอาการดีขึ้นฝึกหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ (Breathing exercise) เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ฝึกออกกำลังกายแขนและขาแบบ passive exercise รวมถึงการสอนให้ญาติ ผู้ป่วยปฏิบัติรวมด้วย ผู้ป่วยสามารถหย่าออกซิเจนได้ หลังถอดท่อช่วยหายใจทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องอีก 4 วัน ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น พยาบาลได้เตรียมความพร้อมเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายวันที่ 13 เมษายน 2566 รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้สูง ไอมีเสมหะ หายใจหอบก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน	ไข้ เหนื่อยเพลีย ก่อนมา 5 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	5 วันก่อนมาโรงพยาบาลไข้สูงหนาวสั่น เหนื่อยหอบ เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน 1วันก่อนมาหายใจหอบมากขึ้นซึมลง แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจส่งรักษาต่อโรงพยาบาลสกลนคร	5 วันก่อนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสกลนคร นอนไม่หลับ เหนื่อยเพลีย 1 วันก่อนเหนื่อยหายใจหอบมากขึ้นญาตินำส่งโรงพยาบาลสกลนครรักษาด้วยโรคปอด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี	ญาตินำส่งโรงพยาบาลสกลนครรักษาด้วยโรคปอด
โรคประจำตัว	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง , วัณโรคปอด

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใช้ยา / สารเสพติด/ เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ อาการแรกเริ่ม	ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการตี้มแอลกอฮอล์ ปฏิเสธการสูบบุหรี่ แรกเริ่มผู้ป่วยตื่นรู้ตัวดี E4VTM6 ใส่ท่อช่วยหายใจมาจากโรงพยาบาลใกล้บ้านต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร (volume control ventilator) Setting PCV mode Fio2 0.4 PEEP 5 ตั้งอัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 87/53 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที O ₂ saturation 95 % ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ในปอดข้างซ้าย	แพ้ยา ceftazidime ปฏิเสธการตี้มแอลกอฮอล์ ปฏิเสธการสูบบุหรี่ แรกเริ่มผู้ป่วยตื่นรู้ตัวดี E4VTM6 ใส่ท่อช่วยหายใจที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล สกจนครต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร(volume control ventilator) Setting PCV mode Fio2 0.4 PEEP 5 PI 16 TI 1.0 ตั้งอัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 125/101 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้ง/นาที O ₂ saturation 95% ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ในปอด2ข้างพ่นยา Berodual ทุก 6 hr
การวินิจฉัยครั้งแรก	pneumonia with Respiratory failure	pneumonia with Respiratory failure

ทฤษฎีการปรับตัวของรอยนำมาใช้ในการวางแผนและให้การพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย

1.1 ความต้องการออกซิเจน

พฤติกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 26- 32 ครั้งต่อนาทีที่วัดค่า O₂ saturation 90-95 % อัตราการเต้นของหัวใจ 90-120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ผลเอกซเรย์ปอดมีจุดฝ้าขาวบริเวณปอดด้านล่างซ้าย วันที่ 3-4 ของการรักษา ผู้ป่วยหายใจหอบลดลงไม่มีไข้ แพทย์บอกแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยเริ่มฝึกหายใจเองและวางแผนการถอดท่อช่วยหายใจออก ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ ปอดอักเสบเป็นสิ่งเร้าตรงส่งผลให้หายใจหอบเหนื่อย

สิ่งเร้าตรง ประสิทธิภาพการหายใจลดลงหายใจหอบเหนื่อย

สิ่งเร้าร่วม ภาวะปอดอักเสบและภาวะหายใจล้มเหลว

สิ่งเร้าแฝง อายุ นอนไม่หลับ ถูกจำกัดกิจกรรม
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะปอดอักเสบและภาวะหายใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์ ป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

การพยาบาล

1. ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เช่นอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ชีพจรเป็นต้น ทุก ½-1 ชั่วโมง ประเมิน Airway pressure ทุก 1-2 ชั่วโมง และฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมง วัดค่า O₂

saturation จัดทำนอนศีรษะสูง 15-30 องศา บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย

2. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศขณะหายใจเข้าเพื่อช่วยบรรเทาอาการกระสับกระส่าย เหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. ประเมิน Hemodynamic ทุก ½ -1 ชั่วโมง และประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ประเมินและฟังระวัງ EKG เพราะอาจมีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะพร่องออกซิเจน

4. ดูแลให้ยาต้านจุลชีพตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา

5. ให้สารน้ำ Crystalloid เช่น NSS เพียงพอตามแผนการรักษา ประเมินภาวะน้ำเกิน

6. ใส่ Foley' Catheter และบันทึกน้ำเข้า - ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมงตามแผนการรักษา

7. ประเมินความพร้อมในการหยา/เล็ก ใช้เครื่องช่วยหายใจ

8. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย อธิบายและบอกเหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงจุดประสงค์ของการฝึกหายใจ ฝึกหายใจตามแผนการรักษา

ประเมินผล ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนอัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ค่า O2 saturation 90-98 % อัตราการเต้นหัวใจปกติ 80-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/70 - 130/80 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายใน 24 ชั่วโมงเฉลี่ย 1200-1500 มิลลิลิตร สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จและถอดท่อช่วยหายใจได้

1.2 ภาวะโภชนาการ

พฤติกรรม

กรณีศึกษาที่ 1 น้ำหนัก 65 สูง 163 BMI = 24.46 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ วันที่ 1 ของการรักษาฟัง Bowel sound 15 ครั้งต่อนาที เริ่มให้อาหาร DM Blenderized

Diet (1.2: 1) 250 มิลลิลิตร ทางสายยางจุ่มกวันละ 4 มื้อ รับอาหารได้ดีวันที่ 5 ของการรักษาแพทย์เพิ่ม DM Blenderized Diet (2: 1) 300 มิลลิลิตร วันละ 4 มื้อ รับอาหารได้ดี มีไข้ 37.6-38.5 องศาเซลเซียส

กรณีศึกษาที่ 2 น้ำหนัก 44 สูง 155 BMI = 18.3 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ วันที่ 3 ของการรักษาฟัง Bowel sound 14 ครั้งต่อนาที เริ่มให้อาหาร DM Blenderized Diet (2 : 1) 250 มิลลิลิตร ทางสายยางจุ่มกวันละ 4 มื้อ มีไข้ 37.1-37.8 องศาเซลเซียส

การคำนวณหาความต้องการพลังงานของ Harris Bennedict (Harris Bennedict equation) TEE (Total energy Expenditure) คือความต้องการพลังงานทั้งหมดใน 1 วัน = BEE x SF x AF BEE (Basal energy Expenditure) คือพลังงานที่น้อยที่สุดที่ทำให้เกิดกระบวนการเมตาโบลิซึมของร่างกาย SF (Stress factor) คือปัจจัยด้านความเครียดของผู้ป่วยในภาวะ Hyper metabolism = 2 AF (Activity factor) คือกิจกรรมของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ = 0.9 BEE ในผู้หญิง = 655 +9.6 (น้ำหนักเป็นกิโลกรัม) + 1.8 (ส่วนสูงเป็นเซนติเมตร) - 4.7 (อายุเป็นปี)

การคำนวณหาความต้องการพลังงาน

กรณีศึกษาที่ 1 BEE = 655.+9.6(50)+1.8 (160)-4.7 (53) = กิโลแคลอรี รีดต่อวัน = 1135+288-249 = 1,174 กิโลแคลอรี ต่อวัน TEE = 1,174 x 2x 0.9 = 2,113 กิโลแคลอรี ต่อวัน ถ้าอุณหภูมิ ร่างกายเพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียสจาก 37 องศาเซลเซียส ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มอีก 13 % ผู้ป่วยมีไข้ 37.6-38.5 องศาเซลเซียส เพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียสฉะนั้นร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มอีก 274 กิโลแคลอรี ความต้องการพลังงานของผู้ป่วยทั้งหมดใน 1 วัน = 2,113 +274 = 2,388 กิโลแคลอรี ต่อวัน อาหารที่ผู้ป่วยได้รับใน 1 วันให้พลังงาน 2,400 กิโลแคลอรี เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย

การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษาที่ 2 $BEE = 655. + 9.6(44) + 1.8 (155) - 4.7 (55) =$ กิโลแคลอรีต่อวัน $= 1077.4 + 279. - 258.5 = 1,097.9$ กิโลแคลอรีต่อวัน $TEE = 1097.9 \times 2 \times 0.9 = 1976.2$ กิโลแคลอรีต่อวัน ถ้าคุณหมามีร่างกายเพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียสจาก 37 องศาเซลเซียส ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มอีก 13 % ผู้ป่วยมีใช้ 37.1-37.8 องศาเซลเซียส เพิ่มขึ้นไม่ถึง 1 องศาเซลเซียส ฉะนั้นร่างกายไม่ต้องการพลังงานเพิ่ม ต้องการพลังงานของผู้ป่วยทั้งหมดใน 1 วัน $= 1,976.2$ กิโลแคลอรีต่อวัน อาหารที่ผู้ป่วยได้รับใน 1 วันให้พลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย

การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

1.3 การขับถ่าย

พฤติกรรม

กรณีศึกษาที่ 1 ตั้งแต่ 2 วันของการรักษาหลังได้รับอาหาร ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใสเฉลี่ยวันละ 1400 มิลลิลิตร วันที่ 5 ของการรักษาแพทย์ให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก หลังจากนั้นผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง

การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษาที่ 2 หลังได้รับอาหารในวันแรกของการรักษา ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1-3 ครั้ง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใสเฉลี่ยวันละ 1500 มิลลิลิตร วันที่ 7 ของการรักษาแพทย์ให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก หลังจากนั้นผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง

การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

1.4 การมีกิจกรรมและการพักผ่อน

พฤติกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ บอกนอนไม่ค่อยหลับเนื่องจากได้ยินเสียงเครื่องช่วยหายใจและ Monitor เสียงโทรศัพท์ เสียงพูดคุย แสงไฟภายในตึก ขณะมีกิจกรรมผู้ป่วย

จะหายใจเหนื่อยมากขึ้น ไม่สุขสบายจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก, ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้

การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ

สิ่งเร้าตรง พยาธิสภาพของภาวะหายใจล้มเหลว และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย

สิ่งเร้าร่วม อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วยและความเครียดวิตกกังวล

สิ่งเร้าแฝง ถูกจำกัดกิจกรรม การเคลื่อนไหว

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน และถูกจำกัดกิจกรรมจากปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานที่สามารถป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ ปอดแฟบ

การพยาบาล

1. ประเมินสภาวะผู้ป่วยและความก้าวหน้าของโรค เช่น วัดอุณหภูมิ ฟังเสียงปอด ทุก 2-4 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะมีกิจกรรมได้มากขึ้นเพียงใด ประเมินได้จากอัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิตและอาการผิดปกติขณะทำกิจกรรมนั้นอยู่

2. จัดท่านอนให้เสมหะออกได้ง่าย (postural drainage) เช่น เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าบ่อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา

3. สอนให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี โดยใช้กลัมน้ำหน้าท้องและกะบังลม ร่วมกับการห่อปากในช่วงการหายใจออก ฝึกบริหารการหายใจทุกวัน วันละสองครั้ง เข้าเย็น ครั้งละประมาณ 10-15 นาที

4. ดูแลให้สารอาหารสารน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยมีการติดเชื้อมักจะมีไข้และโซเดียมจากใช้ เหยื่อออกมาก น้ำจะช่วยระบายเสมหะ ทำให้สามารถขับออกได้สะดวก

5. ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นทีละน้อยออกกำลังกายบนเตียง Passive Exercise ยืดเหยียดแขนขาและข้อต่อต่างๆ

การประเมินผล ไม่เกิดแผลกดทับ เคลื่อนไหวร่างกายได้บนเตียง ร่างกายสะอาด ไม่มีภาวะปอดแฟบ ข้อติด

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 การพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจาก หายใจหอบเหนื่อย ใส่เครื่องช่วยหายใจต้องดูแลและพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

การพยาบาล

1. จัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้เหมาะสม อาทิ ให้มีเสียงรบกวนน้อยที่สุดเช่น เสียงทำงานของอุปกรณ์การรักษายาบาล เสียงสัญญาณเตือน เสียงพูดคุยของแพทย์พยาบาล เสียงโทรศัพท์ เป็นต้น จัดสถานที่ให้มีแสงสว่างเพียงพอไม่มากหรือน้อยเกินไป

การประเมินผล สามารถนอนหลับตอนกลางคืนได้ 4-5 ชั่วโมง กลางวัน 1-2 ชั่วโมง

1.5 การปกป้องร่างกาย

พฤติกรรม ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ วันที่ 3 ของการรักษา เสมหะเปลี่ยนจากสีขาวขุ่นเป็นสีเหลืองขุ่นจำนวนมาก มีไข้ 37-38 องศาเซลเซียส ผลเอกซเรย์ปอดมีการอักเสบของปอดด้านล่างซ้ายปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีแผลกดทับร่างกายสะอาด

ผิวหนัง การปรับตัวมีประสิทธิภาพ

ภูมิคุ้มกัน การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

สิ่งเร้าตรง ใส่เครื่องช่วยหายใจคาไว้ 5-7 วัน

สิ่งเร้าร่วม ภูมิคุ้มกันลดลงจากภาวะเจ็บ

สิ่งเร้าแฝง อายุ ความเครียด

1.6 การรับความรู้สึกรู้สึก

พฤติกรรม ผู้ป่วยท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ การมองเห็น การได้ยินปกติสื่อสารโดยการ

เขียนหนังสือบอกความต้องการได้ เช่น เขียนบอกว่าเจ็บคอ ประเมิน pain score ได้ 7

การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

สิ่งเร้าตรง การกดทับของท่อช่วยหายใจบริเวณหลอดลม

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ไม่สุขสบายจากอาการเจ็บคอ และเยื่อช่องปากแห้ง เนื่องจากกระคายเคืองในช่องปากจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ มีความสุขสบาย ไม่เจ็บคอเพิ่มขึ้น เยื่อช่องปากชุ่มชื้นไม่มีแผล

การพยาบาล

1. ดูแลความสะอาดในช่องปากและลิ้นทุกเวรอย่างน้อยเวรละ 2 ครั้ง โดยใช้การแปรงฟันหรือน้ำยา chlorhexidine gluconate (0.12%) ซึ่งเป็นน้ำยาที่มีประสิทธิภาพลดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ลดการติดเชื้อในช่องปากและป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจหลีกเลี่ยงน้ำยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลดูแลสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้งและติดพลาสติกที่มุมปากผู้ป่วย จัดทำนอนและอุปกรณ์การแพทย์ที่สะดวกในการเคลื่อนไหว

การประเมินผล pain score ลดลงเหลือ 4 คะแนน

1.7 ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

พฤติกรรม ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย ฟังปอด 2 ซ้ำงพบ crepitation ปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายใน 24 ชั่วโมง เฉลี่ย 1500-2000 มิลลิตร เจาะเลือดตรวจมีภาวะแมกนีเซียมต่ำ, แคลเซียมต่ำ, โซเดียมต่ำ

สมดุลของน้ำ การปรับตัวมีประสิทธิภาพ

อิเล็กโทรไลต์ การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

วัตถุประสงค์ เกิดความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

การพยาบาล

1. ประเมิน Hemodynamic ทุก ½ -1 ชั่วโมง

2. ให้สารน้ำ Crystalloid เช่น NSS อย่างเพียงพอตามแผนการรักษา ประเมินภาวะน้ำเกิน

3. ใส่ Foley' Catheter และบันทึกน้ำเข้า - ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมงตามแผนการรักษา

4. แก้ไขภาวะสารอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา เจาะเลือดตรวจหาผลของอิเล็กโทรไลต์หลังได้รับการแก้ไข

การประเมินผล ผลอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอยู่ในค่าปกติ

1.8 การทำงานของระบบประสาท

พฤติกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจสื่อสารโดยการพยักหน้า สายหน้าและเขียนหนังสือบอกความต้องการ ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ดี

การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

1.9 การทำงานของต่อมไร้ท่อ

พฤติกรรม ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เจาะน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วก่อนให้อาหาร 3 เวลา อยู่ในช่วง 180- 250 mg% ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/80-140/90 มิลลิเมตรปรอท

การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

2.การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

พฤติกรรม ขณะเจ็บป่วยมีญาติมาเยี่ยมทุกวัน และซัก ถามอาการของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาเยี่ยม หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยยังกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โรคประจำตัวของตัวเองและการรักษาต่อเนื่อง

การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

สิ่งเร้าตรง การรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย

สิ่งเร้าร่วม การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและการปฏิบัติที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

การพยาบาล

1. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยสีหน้าท่าทางสงบ น้ำเสียงนุ่มนวล ในกรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ผู้ป่วยได้

ระบายความรู้สึกและความต้องการโดยการเขียนในกระดานหรือกระดาษ

2.อนุญาตให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ร่วมกันตามลำพังเพื่อแสดงความเห็นอกเห็นใจ

3.ให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเปิดโอกาสให้ซักถามเรื่องที่สงสัย

การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและคลายความวิตกกังวลลง สีหน้าสดชื่นขึ้น

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

พฤติกรรม ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัวทำงานบ้าน เป็นผู้หารายได้เข้าครอบครัวซึ่งมีสามีเป็นผู้หารายได้หลัก มีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวกับบุตรชายและบุตรสาวเป็นประจำ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

พฤติกรรม สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี และดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) โรงพยาบาลสกลนคร ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ

การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยหญิงไทย มาด้วยอาการไข้ ไอ หอบเหนื่อย ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจในวันแรกที่มาโรงพยาบาลสกลนคร ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia with respiratory failure แพทย์ให้นอนรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1ขณะนอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีไข้ หายใจหอบเสมหะสีเหลืองข้น ได้ยาพ่นทุก 6 ชั่วโมง อาการหอบลดลง ได้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำให้อาหารทางสายยาง ได้รับการดูแลต่อเนื่อง เมื่ออาการหายใจหอบลดลงและไข้ไม่มี จึงพิจารณาประเมินผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยการปรับลดการทำงาน

ของเครื่องช่วยหายใจ กรณีศึกษาที่ 1 สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อหายใจได้รวมระยะเวลา 4 วัน และกรณีที่ 2 สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดเครื่องช่วยหายใจได้ รวมระยะเวลา 6 วัน กรณีศึกษาทั้ง 2 รายใช้ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจห่างกัน 2 วัน ซึ่งกรณีที่ศึกษาที่ 2 มีพยาธิสภาพที่ปอดคือเคยเป็นวัณโรคมาก่อนรวมถึงขณะรักษายังมีภาวะ bilateral pleural effusion ทำให้การฟื้นฟูปอดใช้เวลานานกว่าของการให้การพยาบาลตามปัญหาการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ จากพยาธิสภาพของปอดอีกเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวร่วมด้วย ผู้ป่วยสามารถหย่าออกซิเจนได้ หลังถอดท่อช่วยหายใจและฟื้นฟูปอดอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ได้วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการทางการพยาบาล มีการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การดำเนินโรคของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ทีมแพทย์และพยาบาลได้วางแผนการจำหน่าย โดยเน้นย้ำความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ แนวทางการดูแลของพยาบาล ผลกระทบ ภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่เกิดขึ้นต่อตนเอง แนะนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน หากมีอาการผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์ทันทีไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์อนุญาต กรณีศึกษาที่ 1 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 12 วัน กรณีศึกษาที่ 2 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 10 วัน

สรุปวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและจำเป็นต้องใส่เครื่องช่วย

หายใจเหมือนกัน แต่มีความรุนแรงของโรคต่างกัน ตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค^{11,12} สนับสนุนทฤษฎีการปรับตัวของรอยในเรื่องการปรับตัวด้านร่างกาย กรณีศึกษาที่ 1 โรคประจำตัวคือเบาหวานทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลารักษายาวนานกว่าและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญมากกว่า กรณีศึกษาที่ 2 มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและวัณโรคปอด (รับประทานยาครบ 6 เดือน) มีพยาธิสภาพอยู่แล้วทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจใช้เวลานานกว่า พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตอย่างเป็นองค์รวมเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อสามารถแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมากขึ้น การนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาใช้ในการพยาบาลช่วยให้เห็นลักษณะของวิชาชีพพยาบาล และทิศทางของการปฏิบัติการพยาบาล จุดมุ่งหมายและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมและท้ายที่สุดทฤษฎีการปรับตัวของรอยยังได้เน้นให้เห็นถึงคุณค่าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้รับบริการที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ การส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยนับว่าเป็นบริการจากพยาบาลที่มีคุณประโยชน์ต่อบุคคลในสังคมโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ผู้ป่วยทรุดลงหน่วยงานต้องมีการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลนำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในการกิจกรรมพัฒนาและทบทวนอย่างต่อเนื่องเนื่องจากการส่งต่อข้อมูลเพื่อการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องไม่กลับมารักษาซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อภิชิตา คณิตทรัพย์ ปอดอักเสบในผู้สูงอายุ ใน ณรงค์กร ช้ายโพธิ์กลางและคณะบรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร ; 2561:201-202
2. วิภา รีชัยพิชิตกุล.HAP, VAP and HCAP Guidelines: from Guidelines to Clinical Practice. Srinagarind Med J 2010;25 (Suppl).
3. Jacqueline F. Using Roy Adaptation Model to guide research and/or practice: Construction of conceptual-theoretical-empirical system of knowledge. Aquichan 2009;3(9),297-306.
4. Roy C, Andrews H.A. The roy's Adaptation Model. 2nd ed. Stamford: Appleton & Lange;1999.
5. วิจิตรา กุสุมภ์.และอรุณี เฮงยศมาภ. การจัดการทางเดินหายใจและเครื่องช่วยหายใจ. ใน วิจิตรา กุสุมภ์.และคณะ .บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์; 2560: 95-156
6. Reid C.L.Poor agreement between continuous measurement of energy expenditure and routinely used prediction equations in intensive care patients. Clin Nutr 2007;26(5):649-57
7. ทนชัย บุญบุรพงศ์. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ.พิมพ์ครั้งที่ 8 กรุงเทพฯ: ปัญญามิตร; 2561.
8. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2566].เข้าถึงได้จาก: http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y62/d31_0362.pdf
9. Reechaipichitkul W, Thavornpitak Y, Sutra S. Burden of Adult pneumonia in Thailand: a nationwide hospital admission data 2010. J Med Assoc Thai 2014;97(3):283-92.
10. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. สรุปสถิติข้อมูลการบริการ โรงพยาบาลสกลนคร ประจำปี 2562-2566กลุ่มงาน พัฒนาบริการและวิชาการ โรงพยาบาลสกลนคร; 2566.
11. เพชรรุ่ง อธิรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562; 16(2): 72-82.
12. Nicolò Maria Vanoni , Manuela Carugati , Noemi Borsa , Giovanni Sotgiu , Laura Sadleri , Andrea Gori , Marco Mantero , Stefano Aliberti, and Francesco Blasi 1Med. Sci. 2019, 7, 10; doi:10.3390/medsci7010010

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีโรคร่วม : กรณีศึกษา 2 ราย

วันสนันท์ ไยวังหน้า¹

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกถือได้ว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับประเทศในเขตร้อนชื้น มีการระบาดในฤดูฝนโดยกลายเป็นพาหะนำโรคเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งมีอาการและความรุนแรงเล็กน้อยไปจนถึงเกิดภาวะช็อกซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต กรณีศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีโรคร่วมจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร โดยวิเคราะห์กรณีศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินสุขภาพตามแบบแผนของออร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นเด็กโรคไข้เลือดออกมีโรคประจำตัว G6PD ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเด็กโรคไข้เลือดออกมีโรคประจำตัว ธาลัสซีเมีย พบว่าทั้ง 2 ราย มีความต่างกันประเด็น ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว 2) อาการและอาการแสดง 3) ภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล 4) แนวทางการรักษา และมีประเด็นที่ไม่ต่างกัน ได้แก่ 1) การวินิจฉัยโรค 2) การให้การพยาบาลระยะต่างๆ 3) ปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญในระยะไข้ วิกฤต พักฟื้นและการวางแผนเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

สรุปผลการศึกษา การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม แพทย์ พยาบาลผู้ป่วยและญาติ โดยที่ทีมการพยาบาลเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองประเมินและเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน บรรเทาอาการรบกวน ประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและญาติที่มีความกลัววิตกกังวลตามระยะของโรค ให้การพยาบาลครอบคลุมตามปัญหาที่เกิดขึ้นทุกระยะที่รวดเร็ว แก้ไขทันท่วงทีช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคไข้เลือดออก

วันที่รับบทความ

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

วันที่ตอบรับบทความ

1 ธันวาคม 2566

26 ธันวาคม 2566

29 ธันวาคม 2566

โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: wanasana55@hotmail.com

Nursing Care of Pediatric Dengue Fever Patients with Co-morbidities: Two case studies

Wanasanan Yaiwangna¹

Abstract

Dengue fever is considered an important public health problem for countries in the humid tropics. There is an outbreak in the rainy season where *Aedes* mosquitoes are the vectors for disease caused by the dengue virus, which has symptoms and severity from mild to shock resulting in the patient's death. This case study was a comparative study of two pediatric patients with dengue fever who had co-morbidities and admitted for treatment at Pediatric Ward 3, Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon, Thailand. The analysis of the case studies compared the illness information, Gordon's Health Assessment, defined the nursing diagnosis, and distribution planning

Results: Patient 1 was a child with dengue fever and G6PD. The second patient was a child with dengue fever who had thalassemia congenital disease. It was found that the two cases were different in the following issues: 1) The personal factors at risk for disease, included age and congenital diseases, 2) signs and symptoms, 3) complications during care, and 4) treatment guidelines. There were also different issues, including 1) disease diagnosis, 2) nursing care at various stages, and 3) important nursing diagnosis problems during the fever, crisis, recuperation, and planning for discharge to return home.

Summary of the study results caring for patients with dengue fever required working together as a team of doctors, nurses, patients, and relatives. The nursing team was the personnel who provided close care for the patient 24 hours a day, played an important role in screening, evaluating, and monitoring and observing how the symptoms changed into different stages, so that the patients could receive medical treatment in a timely manner safe from complications, relieve disturbing symptoms to support the minds of the patients and relatives who had fear and anxiety according to the stage of the disease. Comprehensive nursing care was provided according to the problems that occurred at all stages. Furthermore, timely correction allowed the patient to be safely discharged home.

Keywords: Nursing, dengue fever

Received
1 December 2023

Revised
26 December 2023

Accepted
29 December 2023

¹Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon Province, Corresponding author: wanasana55@hotmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันโรคไข้เลือดออกถือได้ว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญมากที่สุดปัญหาหนึ่ง สำหรับประเทศในเขตร้อนชื้น โดยทั่วไปโรคนี้จะระบาดในฤดูฝน มีผู้กลายเป็นพาหะนำโรคเกิดจาก เชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งเป็นอาร์ เอ็น เอ ไวรัส (RNA virus) จัดอยู่ในตระกูล Flaviviridae เดิมเรียกว่า group B Arbovirus มี 4 ซีโรไทป์ (Serotype) คือ DEN-1, DEN-2, DEN-3 และ DEN4 ที่มีผู้เลี้ยงบ้าน (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำโรคหลัก และผู้เลี้ยงสวน (Aedes albopictus) เป็นพาหะรอง (สำนักงานโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) สิ่งมีชีวิตหลักของการติดเชื้อ (Host) ไวรัสไข้เลือดออกคือมนุษย์ แต่ก็สามารถพบเชื้อในสัตว์ เลี้ยงลูกด้วยนมชนิดอื่นการกัดเพียงครั้งเดียวก็สามารถทำให้ติดเชื้อได้ เมื่อยุงตัวเมียดูดเลือดจากผู้ติดเชื้อ ไข่เลือดออกจะทำให้มีการติดเชื้อในทางเดินอาหารของยุงตัวนั้นต่อมา 8-10 วัน ไวรัสจากแพร่ ไปยังเนื้อเยื่ออื่นๆของตัวยุงรวมทั้งต่อมน้ำลายของยุงด้วยทำให้มีการหลั่งตัวไวรัสออกมาในน้ำลาย ของยุง ยังไม่ปรากฏว่าการติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออกจะมีผลเสียใดต่อยุงที่ติดเชื้อ ซึ่งจะมีการติดเชื้อ ไปตลอดอายุขัย ยุงเลี้ยงบ้านมักวางไข่และแหล่งน้ำขังใกล้ที่อยู่อาศัยของมนุษย์และมักดูดเลือดจากมนุษย์มากกว่าสัตว์อื่นๆ (กาญจนา ยังขาว และกัญญรัตน์ สระแก้ว, 2556) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2496 - 2507 ได้มีไข้เลือดออกระบาดใหญ่ในหลายประเทศในภูมิภาคเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียแปซิฟิก สำหรับประเทศไทยเริ่มพบโลกกลุ่มไข้เลือดออก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 และเริ่มมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2501 โดยตรวจพบผู้ป่วยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ (Hammon Rudnik, and Sather, 1960) ตั้งแต่นั้นมาก็มีการระบาด กระจายออกไปทุกภูมิภาคของประเทศโดยเฉพาะในปีพ.ศ. 2530 มีอะไรในผู้ป่วยสูงสุดในประเทศไทยเท่าที่เคยมีรายงานพบผู้ป่วยจำนวน 174,285 รายและเสียชีวิต 1,007 ราย ปัจจุบันโรค ไข้เลือดออกมีการระบาด

กระจายไปทั่วประเทศทุกจังหวัด และทุกอำเภอ (ศรเพชร มหามาตย์, จิระพัฒน์ เกตุแก้ว, เสาวพัทธ์ อึ้งจ้อย, และปานิจ สวงโท, 2558)

การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกสามารถทำได้ค่อนข้างยากเนื่องจากอาการของโลกมีความคล้ายคลึงกับโรคไข้หวัดในช่วงแรก จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าตนเป็นเพียงโรคไข้หวัด และทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องในทันที โรคไข้เลือดออกมีอาการและความรุนแรงของโรคหลายระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยไปจนถึงเกิดภาวะช็อก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และยังไม่มียารักษาเป็นการเฉพาะ เนื่องจากยังไม่มีการพัฒนาวัคซีนเชื้อไวรัสเดงกี การรักษาโรคนี้ จึงเป็นการรักษาตามอาการเป็นสำคัญ กล่าวคือ มีการใช้ยาลดไข้ เช็ดตัวและการป้องกันภาวะช็อก ยาลดไข้ที่ใช้มีเพียงชนิดเดียวคือยาพาราเซตามอล ขนาดยาที่ใช้ในผู้ใหญ่คือพาราเซตามอล จากการศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทย กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข รายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกปี 2564 ,2565 2566 ยอด 9,798.,43779, 65,552 ราย อัตราป่วย14.74 ,66.16, 99.05 ต่อแสนประชากร ตายสะสม 6 , 28 , 56 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.01 ,0.06, 0.09 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้แก่ เด็กเล็ก อ้วน ผู้ที่มีโรคประจำตัว การไปรับการรักษา การได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นไข้เลือดออกช้า ผู้ที่ได้รับยา Nsaids ในส่วนของจังหวัดสกลนคร ปี 2566 (มค-กค) มีผู้ป่วยไข้เลือดออกจำนวน 187 ราย อัตราป่วย 16.31 ต่อแสนประชากร ยังไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต

โรค ไข้ เลือด ออก เป็น โรค ที่ มี การเปลี่ยนแปลงของระบบเลือดและระบบไหลเวียนจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี ลักษณะการดำเนินโรคไข้เลือดออกมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะไข้ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูง และค่อยๆ มีการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดและเกร็ดเลือด ระยะวิกฤต เป็นระยะที่ไข้ลดเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดต่ำ มีการรั่วของพลาสมา

ที่อาจทำให้ผู้ป่วยช็อกได้หากมีการรั่วมากและไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และระยะพักฟื้นเป็นระยะที่พ้นช่วงวิกฤตไปแล้ว ผู้ป่วยปลอดภัยหายจากการเจ็บป่วย โรคไข้เลือดออกจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องและรวดเร็วก่อนเกิดภาวะช็อก หรือเกิดภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง จึงต้องมีการติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของโรคอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มของการเกิดภาวะช็อก ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคร่วม

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติโดยที่ทีมการพยาบาลเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองประเมิน และเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะต่างๆ ของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดจนดูแลบรรเทาอาการรบกวนและการประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและญาติที่มีความกังวล กังวลต่อการเปลี่ยนแปลงตามระยะของโรครวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อซึ่งเมื่อพิจารณาในประเด็นคุณภาพการรักษายาบาลจากการศึกษารายงานการประเมินผล สรุปปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิตคือ จากสาเหตุภาวะช็อกนาน ภาวะน้ำเกิน มีโรคประจำตัว กลุ่มเสี่ยง และจากสาเหตุอื่นๆ จากความสำคัญของโรคไข้เลือดออกดังกล่าว จึงเลือกศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีโรคประจำตัวคือโรคธาลัสซีเมียและโรค G6PD ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ โดยเปรียบเทียบจากการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมระยะวิกฤต ถึงวิกฤตและเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งผู้ป่วยถูกส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ศูนย์สกลนคร และพบว่าในระยะแรก มีอาการเลือดออก การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตต้องรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา ตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยกรณีศึกษานี้สรุปบทเรียนได้ว่า การมีความรู้ เกี่ยวกับเรื่องพยาธิสภาพของโรคมีความสำคัญต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการรักษาและใช้กระบวนการพยาบาลติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ทันเวลา จึงทำให้ภาวะเจ็บป่วย ไม่ลุกลามรุนแรงมากขึ้น และสามารถฟื้นฟูสภาพจนจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีโรคร่วม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีโรคร่วมจำนวน 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีโรคร่วมจำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ในช่วงเดือน มิถุนายน - และเดือนกรกฎาคม 2566 โดยเปรียบเทียบจากการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมระยะวิกฤต ถึงวิกฤตและเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก เด็กชายไทย อายุ 14 ปี U/D G6PD เข้ารับการรักษา วันที่ 27 กรกฎาคม 2566 เวลา 18.15 น. โดยถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เพื่อรับการรักษา ต่อที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัยว่า DHF gr 2 และมีโรคประจำตัวเป็น G6PD น้ำหนัก 64 กิโลกรัม สูง 174 เซนติเมตร BMI 20 kg/m² ผู้ป่วยให้ประวัติว่า มีไข้มา 5 วัน คืนก่อนมาโรงพยาบาลมีเลือดกำเดาไหลออกมาและหยุดเอง รุ่งเช้าเวลาประมาณ 07.00 น มีเลือดกำเดาไหล ไม่หยุดจึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนและได้ ยา Transamine 500 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และ pack gauze with adrenaline ต่อมาเลือดกำเดาหยุดไหลเอง พร้อมไข้ลงเป็นวันที่ 1 และมีถ่ายดำ 2 ครั้ง โรงพยาบาลชุมชนจึงรับตัวเข้ารับการรักษาเพื่อ เฝ้าระวังอาการของโรค วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง ต่อนาที คลำได้ ชัดเจนดี หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/78 mmHg capillary refill < 2 วินาที ค่าระดับ ความเข้มข้นของเลือด (Hct) ได้ 39 vol% abdominal soft not tender วินิจฉัยที่โรงพยาบาลชุมชน DHF c Epistaxis R/O GI bleed และประสานปรี กษา กุมารแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร แพทย์รับ ผู้ป่วยมารักษาต่อ

ที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง ต่อนาที คลำได้ชัดเจนดี หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 mmHg ริมฝีปากแห้ง มีตับโต 1 cm ประวัติ ไข้วันที่ 6 และประวัติเลือดกำเดาไหล มีถ่ายเป็นสีดำ สีแดง ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 ไม่มี เลือดกำเดา ไหล (epistaxis) ไม่มี GI Bleed ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5% D/NSS 1000 ml rate 40 cc / hr ค่าระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) 36 vol % ค่าน้ำตาลในเลือด (DTX) 125 mg % ส่งเลือดตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ CBC LFT BUN Cr ให้ แนะนำ

งดแปรงฟัน งดอาหารสีดำ สีแดง ให้ยา Transamine และ Losec ชนิดฉีดต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ผลการ ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ CBC แรกเข้า ค่าระดับ ความเข้มข้นของเลือด (Hct) 33vol % wbc 8990 Plt 86,000 PMN 51 Lyp 22 คัดน้ำหนัก 50 kg ในการ คำนวณให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ระหว่างรับ การ รักษาที่หอผู้ป่วยมีการแผ่ระว่างภาวะวิกฤต (shock) แผ่ระว่างเรื่องเลือดออก (Bleed) แผ่ระว่างค่าความ เข้มข้นของเลือด (Hct) ทุก 6 ชั่วโมง ระหว่างรับ การ รักษา ไม่มีภาวะค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ลดลง ไม่มีภาวะshock ไม่มีเลือดออก แพทย์เปลี่ยนยาชนิด ฉีด Transamine เป็นชนิดรับประทาน สัญญาณชีพ ปกติตลอดระยะรับการรักษาและไข้ลงพร้อม ไข้ลงพร้อม อันตราย ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่าง ปลอดภัยวันที่ 29 กรกฎาคม 2566 รวมระยะเวลา 3 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 เด็กชายไทย อายุ 8 ปี U/D ธาลัสซีเมีย EE ไม่เคยได้เลือด ส่งตัวจากโรงพยาบาล ชุมชนใกล้บ้านมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ สกลนคร วันที่ 29 มิถุนายน 2566 วินิจฉัย DHF ให้ ประวัติว่า วันที่ 27 มิถุนายน 2566 ไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ด้วยอาการ ไข้ เป็นๆหายๆ รับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้อาเจียน เป็นมา 4 วัน ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5%D/N/2 1000 ml rate 60 cc / hr ยังมีไข้ อุณหภูมิ 38.7 องศา เซลเซียส วันที่ 28 มิถุนายน 2566 ส่งเลือดตรวจ CBC ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แพทย์คิดถึง Dengue infection ได้ลดจำนวนสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5%D/N/2 1000 ml rate 30 cc / hr (M/2) วันที่ 29 มิถุนายน 2566 มีเลือดออกบริเวณพันกราม ออกประมาณ 30 cc และให้ประวัติว่าไปถอนฟันเมื่อ วันเสาร์ที่ผ่านมา ได้ปรึกษากุมารแพทย์ที่โรงพยาบาล ศูนย์สกลนคร และปรึกษาทันตกรรม ให้ Transmine (250) 1 เม็ด รับประทานหลังอาหาร 3 เวลา กัดผ้า gauze ไว้บริเวณฟันที่มีเลือดออก หลังจากนั้นเลือด หยุดดี ไม่มีไข้ และโรงพยาบาลศูนย์สกลนครได้รับ

ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 ในวันที่ 29 มิถุนายน 2566 เวลา 18.00 น ค่าระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) ได้ 36 vol % ค่าน้ำตาลในเลือด (DTX) 105 mg% ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/NSS 1000 ml rate 30 cc / hr เจาะค่าระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) ทุก 6 ชั่วโมง งดอาหารสีดำ สีแดง งดเคี้ยวอาหารแข็ง ที่หอผู้ป่วยมารดาแจ้งว่ามีเลือดซึมออกบริเวณที่ถอนฟันหลังเคี้ยวขนมปัง แพทย์ให้กัด ผ้า Gauze ซุปยา Adrenaline เผื่อระวังเลือดออกต่อ ให้ Transmine (250) 1 เม็ด รับประทานหลังอาหาร 3 เวลา วันที่ 30 มิถุนายน 2566 เวลา 00.20 น มีเลือดออกที่เหงือกบริเวณถอนฟันอีก แพทย์เปลี่ยนยา Transamine จากชนิดรับประทานเป็นชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำแทน ค่าระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) ไม่ลดลง สัญญาณชีพปกติดี ในเวลา 07.00 น.ผู้ป่วยมีอาการปวดแน่นท้อง อาเจียนเป็นสีน้ำตาลกาแฟ (coffee ground) 1 ครั้งประมาณ 20 cc และอาเจียนมีเลือดปนออกมาเป็นก้อน (Blood clot)

วัดสัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ เผื่อระวังเรื่องเลือดออกต่อ (Bleed) และยังพบปัญหาเลือดออกในปากบริเวณเหงือกเหมือนเดิม แพทย์ให้ Transamine 1 amp ผสมน้ำ 50 cc อมในปากและยังมีเลือดออกตลอด พบปัญหาที่มีค่าระดับความเข้มข้นของเลือดลดลงและความดันโลหิตลดต่ำลง พยาบาลรายงานแพทย์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS 210 ml ใน 1 ชั่วโมง หลังได้สารน้ำ ผู้ป่วยตื่นดี ชีพจรชัดเจน เต็มแรง และส่ง Lab CBC ตรวจจ้ำ ค่าระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) 25 vol % wbc 2510 Plt 47000 และให้ Plt cong 4 u vein in 1 hr และ PRC 105 cc vein in 4 hr 1 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคันตามฝ่ามือ ฝ่าเท้า ซึ่งเป็นระยะพักฟื้นของโรค ผู้ป่วยได้ยาลดอาการคัน ไม่มีเลือดซึมออกในปากลดลง ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติดี ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย วันที่ 2 กรกฎาคม 2566 รวมวันรับการรักษา 4 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การรักษา

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลส่วนบุคคล	เด็กชายไทย อายุ 14 ปี U/D G6PD น้ำหนัก 61.5 kg	เด็กชายไทยอายุ 8 ปี U/D Thalassemia น้ำหนัก 21 kg
ระยะเวลาเข้ารับการรักษา	2 วัน (27 -29 กรกฎาคม 2566)	3 วัน (29 มิย - 2 กค.2566)
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้ เลือดกำเดาไหลเป็นมา 1 วัน ไข้มา 5 วัน	ไข้ รับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นมา 4 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	5 วันก่อนมาไข้สูง ปวดเมื่อยตามร่างกาย 1 คืนก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ลง มีเลือดกำเดาไหลออกมาและหยุดเอง รุ่งเช้าเวลาประมาณ 07.00 น มีเลือดกำเดาไหลไม่หยุดจึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนและส่งต่อรับการรักษาโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร	ไข้ รับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้อาเจียน เป็นมา 4 วัน รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและมีเลือดออกอาการไม่ดีขึ้นจึงส่งมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร
โรคประจำตัว	G6PD	Thalassemia
ประวัติการแพ้ยา	ถั่วปากอ้า	ปฏิชีวนะ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี	ไม่มี

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แผนการรักษาของแพทย์	5%D/NSS 1000 ml vein 40 cc /hr (M/2) - Hct ทุก 6 hr - V/S ทุก 2 ชั่วโมง - อาหารอ่อน งดอาหารดื่มน้ำ - I/O cc/8 hr - Transamine 250 2*3 หลังอาหาร Paracetamol (500) 1 tab O prn q 6 hr - Omperazole 40 mg vein OD - Transamine 500 mg vein ทุก 8 ชั่วโมง - เกลือแร่ (ORS) ดื่มน้ำ - Onsia 8 mg v stat 1 dose	- 5%D/NSS 1000 ml vein 30 cc /hr (M/2) - Hct ทุก 6 hr - V/S ทุก 2 ชั่วโมง - งดอาหารดื่มน้ำ - I/O cc / 8 hr - Transamine 250 1*3 หลังอาหาร Paracetamol (500) ½ tab O prn q 6 hr - Omperazole 20 mg vein OD - Transamine 250 mg vein ทุก 6 ชั่วโมง - Transamine 1 amp ผสม น้ำ 50 cc อมกั้วในปาก - LPRC 105 cc - Plt cong 4 u - Lactulose 20 ml รับประทานหลัง อาหารและก่อนนอน
การวินิจฉัยครั้งแรก	DHF With Mild Dehydrate	DHF With Bleeding

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะทางสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการรักษาสุขภาพ	รับรู้วาทตนเองป่วยเป็นโรค ไข้เลือดออก	รับรู้วาทตนเองป่วยเป็นโรค ไข้เลือดออก
2. โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร	รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนัก 64 kg สูง 174 cm ค่า BMI 20	รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนัก 21 kg
3. การขับถ่าย	ขณะนอนรับการรักษาผู้ป่วยไม่ถ่าย มีถ่ายดำก่อนมาโรงพยาบาล	ช่วงรักษาวันแรกมีถ่ายดำ 3-4 ครั้ง
4. กิจวัตรประจำวัน	ช่วยเหลือตัวเองได้ตามควรตาม สภาพอาการ ขณะเจ็บป่วย	ช่วยเหลือตัวเองได้ตามควรตามสภาพ อาการ ตามวัย ขณะเจ็บป่วย
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับพักผ่อนได้	นอนหลับพักผ่อนได้น้อยเนื่องจาก มีอาการรบกวนมีเลือดออกบริเวณ เหงือก
6. สถิติปัญญาและการรับรู้	สถิติปัญญาและการรับรู้ปกติ	สถิติปัญญาและการรับรู้ปกติ
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ให้ความร่วมมือในการรักษา	ให้ความร่วมมือในการรักษา

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	บทบาทในการเป็นสมาชิกครอบครัวและเป็นเด็กได้รับการดูแลที่ดี	บทบาทในการเป็นสมาชิกครอบครัวและเป็นเด็กได้รับการดูแลที่ดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	การแสดงออกทางเพศปกติไม่มีการเบี่ยงเบน	การแสดงออกทางเพศปกติไม่มีการเบี่ยงเบน
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	สามารถปรับตัวได้	สามารถปรับตัวได้
11. ค่านิยมและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ	นับถือศาสนาพุทธ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล ผู้ศึกษาได้ กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon) มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจอารมณ์สังคมและ

จิตวิญญาณ โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤตหรือช็อก และ ระยะฟื้นตัว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การพยาบาล
ระยะไข้	ไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อ ไวรัส เดงกี (dengue virus)	ไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อ ไวรัส เดงกี (dengue virus)	<ul style="list-style-type: none"> - วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้ - การดูแลเช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) ให้ผู้ป่วย เมื่อมีไข้ 38 องศาเซลเซียส ประเมินไข้หลังการเช็ดตัวลดไข้ - กรณีผู้ป่วยมีไข้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้ได้แก่ยาพาราเซตามอล (paracetamol 10mg/kg/dose) โดยให้ทุก 4-6 ชั่วโมง - ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา
	ไม่สุขสบายจากมีไข้ปวดเมื่อยตามร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียน		<ul style="list-style-type: none"> - กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้ น้ำผสมผงเกลือแร่บ่อยๆ - การประเมินลักษณะของการปวด บริเวณที่ปวด ระยะเวลา และความรุนแรงของการปวด - จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเล็กน้อย - ดูแลให้ยาเพื่อช่วยบรรเทาอาการอาเจียน ตามแผนการรักษา - รายงานแพทย์ทราบทันทีถ้าผู้ป่วยอาเจียนมาก รับประทานอาหารไม่ได้

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การพยาบาล
	ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล	ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินสีหน้าท่าทาง การรับรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและครอบครัว - สร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
			<ul style="list-style-type: none"> - การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคแผนการรักษาหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง - ประสานกับแพทย์ผู้ดูแลในการอธิบายเกี่ยวกับลักษณะการดำเนินของโรคและแนวทางการรักษาให้เข้าใจ ตลอดจนรับฟังและแสดงความกระตือรือร้น เมื่อผู้ป่วยหรือญาติมีข้อสงสัย ที่ต้องการปรึกษา
ระยะวิกฤตหรือระยะช็อก	มีภาวะเลือดออกเนื่องจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดและการแข็งตัวของเลือด	มีภาวะเลือดออกเนื่องจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดและการแข็งตัวของเลือด	<ul style="list-style-type: none"> - วัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือด - ประเมินอาการแสดงของภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ เช่น อาการปวดท้องแน่นอึดอัด ท้องตึงแข็ง มีจุดเลือดออกตามร่างกาย ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด ปัสสาวะสีดํา - ประเมิน ระดับความรู้สึกตัว (Neuro signs) เฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ประเมินการรู้อัตตา อาการปวดศีรษะ - ผู้ป่วยซีดลง ไม่โต้ตอบ เพ้อกระสับกระส่าย - ดูแลการให้เลือด เกร็ดเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากการให้เลือด แพ้เลือด - ติดตามผลตรวจ CBC และ คําระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct.) - เฝ้าระวังอุบัติเหตุหกล้ม ตกเตียง ชัก - ดูแลนอนพักผ่อนบนเตียง (bedrest) - ให้การพยาบาลแบบนุ่มนวลป้องกันการกระทบกระเทือนทำให้เลือดออก(Bleeding Precaution) - แนะนำงดอาหารสีดํา สีแดง สีน้ำตาล - รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย
		มี ภาวะ hypovolemic shock	<ul style="list-style-type: none"> - วัดสัญญาณชีพทุก 1/2 - 1 ชั่วโมงและประเมินระดับความรู้สึกตัว (Neuro signs) - ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เลือด หรือ ส่วนประกอบของเลือด ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยใช้เครื่องปรับจำนวนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Infusion Pump) - ประเมิน สังเกต ลักษณะความผิดปกติ ของปัสสาวะสีและปริมาณตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การพยาบาล
			<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำ ที่เข้าและออกจากร่างกายให้สมดุล - ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) - ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก 3 L/M - ประเมินค่าออกซิเจนในร่างกายนอกทุก 1 ชั่วโมง
		มีภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา - แนะนำผู้ป่วยและมารดาในการดูแลรับประทานอาหาร - ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำ ที่เข้าและออกจากร่างกายตามแผนการรักษา - สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก ความไม่สุขสบายต่างๆ อ่อนเพลีย ปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียนระดับความรู้สึกรู้สึกตัว ชัก
ระยะฟื้นตัว		ไม่สุขสบายคืนตามร่างกาย	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำการลุกเบาๆ บริเวณที่คั่น งดกาแฟ - อธิบายให้ผู้ปกครองทราบและเข้าใจในอาการเหล่านี้ว่าไม่มีอันตรายเข้าสู่ระยะพักฟื้นแล้ว และจะค่อยๆหายไปใน 3 - 4 วัน - ดูแลความสะอาดของผิวหนัง ตัดเล็บให้สั้น - ให้ยาทาหรือรับประทานตามแผนการรักษา
	ผู้ป่วยและผู้ปกครองต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	ผู้ป่วยและผู้ปกครองต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามแนวทางการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

โรคไข้เลือดออกเดงกี เป็นโรคติดต่อที่นำโดยยุงลายที่มีความสำคัญทางสาธารณสุขมากที่สุด มีผู้ป่วยในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่มีอาการรุนแรง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นผลมาจากการรั่วของพลาสมา เช่น อาการทางสมอง ตับวาย ไตวาย

เลือดออกในระบบต่างๆ ของร่างกาย และอาจทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องในระยะแรกมีความสำคัญมาก และการรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็ว เมื่อเริ่มมีอาการรั่วของพลาสมาจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะช็อกและการเสียชีวิต รวมถึงการพยาบาลที่มีตลอดระยะไข้ วิกฤตพักฟื้น ซึ่งเป็นผลจากการดูแลใกล้ชิดของพยาบาล

พยาบาลจึงนับเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยวินิจฉัยเบื้องต้น การซักประวัติอย่างละเอียด เพื่อค้นหาข้อมูลที่เป็นลักษณะเฉพาะของไข้เลือดออก การให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การให้ความรู้ เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนั้นพยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถตามหลักวิชาการ ประสบการณ์ และ ทักษะที่ดี นำเอากระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ ใช้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม วางแผนร่วมกันกับทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาที่นำเสนอทั้ง 2 กรณีดังกล่าว สิ่งสำคัญ คือ การวินิจฉัยโรคให้เร็วและทันจะทำให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะเห็นได้ว่ากรณีศึกษาที่ 1 นั้นผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง ไข้สูงและมีเลือดกำเดาไหลและได้รับการดูแลรักษา และส่งต่อมายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ในการดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องตามระยะของโรค จนผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ไม่มีอาการแทรกซ้อน กรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ธาลัสซีเมีย และเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยโรคเด็กไข้เลือดออก และได้รับการส่งต่อมารับการรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในผู้ใหญ่. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: 2563.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก (ฉบับย่อ). ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด; 2566.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดสกลนคร. [อินเทอร์เน็ต]. 2566[31 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20230804104317.pdf

รักษาพยาบาลต่อเนื่อง บทบาทสำคัญของพยาบาล คือ การตรวจสอบสัญญาณอันตรายต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ได้แก่ ความดัน โลหิตต่ำ มือเท้าเย็น มีเลือดออกผิดปกติที่รุนแรง มีการทำงานของอวัยวะที่ล้มเหลว เช่น ภาวะ ตับวาย มีค่า AST หรือ ALT >1,000 ยูนิต/มล. ภาวะไตวาย การหายใจล้มเหลว ความรู้ สึกตัวลดลง (alteration of consciousness) อาเจียนรุนแรง ปวดท้อง หรือกดเจ็บท้อง ตับโต ซีมลง หายใจลำบาก เลือดออกจากเยื่อต่างๆ เช่น เลือดกำเดา เลือดออกตามไรฟัน เลือดออกในจมอานตา การบวมจากการรั่วของพลาสมา ปัสสาวะลดลง เลือดขึ้นมากขึ้นร่วมกับมีเกร็ดเลือดลดลง การเฝ้าระวังตามระยะของโรค เพื่อให้การรักษาได้ทันที่วงที่ ข้อเสนอแนะที่สำคัญที่ได้จากการศึกษานี้ คือพยาบาล เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตาม และ รายงานอาการเปลี่ยนแปลง จะช่วยแก้ไขได้ทันที่ ก่อนที่จะเกิด Respiratory Failure และควรมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ครอบคลุม และญาติได้รับการดูแล และต้องส่งต่อหน่วยงานระดับ เพื่อแจ้งให้พื้นที่ดำเนินการในการควบคุม ป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกเดงกีต่อไป

4. ศิริเพ็ญ กัลป์ยานรจ. (บรรณานิการ). การวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกแดงที่ฉับเฉิมพระเกียรติ 80 พรรษา มหาราชินี. ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อเ้าโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. เพ็ญศรี ระเบียบ (บรรณานิการ). ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
6. สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของไอเรม. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
7. เบญจวรรณ ลีพิมพ์พัฒนวงศ์ การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563; 4: 13-22.
8. ศิราณี ลือทองจักร การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกแดงที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 13: 241-248.
9. กฤษดา แสงดีและคณะ แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข: กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: 2539.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน: กรณีศึกษา

ผกา มาศ คงวิชา¹

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลกและประเทศไทย ผู้ที่รอดชีวิตจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม บางรายเกิดความพิการเป็นภาระของครอบครัว เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สาเหตุของโรคส่วนใหญ่เกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือด การรักษาโดยการฉีด recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมง จะลดการเสียชีวิตและความพิการได้ ระบบการนำส่งที่รวดเร็วเป็นปัจจัยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคฉุกเฉินอันดับ 1 ของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนไทย ที่มารับการรักษาและส่งต่อโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2562-2566 มีผู้ป่วยจำนวน 172, 154, 119, 135 และ 139 ราย ตามลำดับ มาโดยระบบ Emergency Medical service (EMS) ภายในระยะเวลาตอบสนองต่อบริการทางแพทย์ฉุกเฉินเร่งด่วนใน 8 นาที ร้อยละ 76.74, 76.74, 62.5, 73.91 และ 75.86 ตามลำดับ ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ในช่วงเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2564 วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการ EMS มารักษาได้ทันเวลา ในระบบ Stroke fast tract และเพื่อพัฒนาปรับปรุง ระบบ EMS response time จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี เข้ามารักษาวันที่ 29 มกราคม 2564 โดยระบบบริการ EMS ด้วยอาการแขนขา-ขาอ่อนแรง เดินเซ พูดไม่ชัด ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาราช ถ่ายภาพรังสีสมอง ไม่พบภาวะผ่าขาวหรือภาวะภาพถ่ายรังสีต่ำกว่าปกติ รับกลับมารักษาในโรงพยาบาลวันที่ 30 มกราคม 2564 ปัญหาที่พบ คือภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง กังวลเรื่องการเจ็บป่วย แพทย์รักษาด้วยการให้สารน้ำยาต้านเกล็ดเลือด ทำกายภาพบำบัด นวดประคบ ให้การดูแลรักษาพยาบาล ปรีक्षणักจิตวิทยา และนักโภชนาการ การเสริมสร้างกำลังใจ อธิบายให้เข้าใจความผิดปกติของร่างกายจิตใจและอารมณ์จะค่อยๆ ดีขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในแผนการรักษาตามที่ทีมสหสาขาวิชาชีพแนะนำ หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะช็อก ไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดสูง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีเกร็งกระตุก อาการอ่อนเพลียดีขึ้น รู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 130/70 -150/80 mmHg Barthel Index เพิ่มขึ้น นอนพักรักษาเป็นเวลา 5 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลมีความสำคัญมาก ถ้าสามารถตรวจพบอาการรวดเร็ว และระบบบริการ EMS ที่รวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสได้รับการรักษาเร็วขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน, การพยาบาล

วันที่รับบทความ	วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข	วันที่ตอบรับบทความ
15 พฤศจิกายน 2566	28 ธันวาคม 2566	29 ธันวาคม 2566

โรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: pagamat.5456@gmail.com
โทร. 095-6109506

Nursing Care of patient Ischemic Stroke: Case Study

Pagamat Kongwicha¹

Abstract

Cerebrovascular disease or Stroke is the second leading cause of death in the world and Thailand. Survivors have physical, mental, and social consequences such as disability, a burden on the family, loss of economic productivity. The cause is ischemic stroke is urgently treatment accessing and will be given by injecting recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) within 4.5 hours, so rapid delivery is an important factor in minimizing this effect. Stroke is the number 1 emergency disease among emergency and forensic accident department of Non Thai Hospital and number one in referrals to Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. In between 2019 and 2023 had 172, 154, 119, 135 and 139 cases, respectively, the coming by the Emergency Medical service (EMS) system within the response period within 8 minutes was 76.74%, 76.74%, 62.5%, 73.91% and 75.86% respectively. The study selected 1 stroke patient who was ischemic stroke and study in January to March 2021, the educational objective aimed to encourage stroke patients to receive quality and efficient services in the Stroke fast tract system. To improve the EMS response in time system, a case study of a 63-year-old Thai female patient who came for treatment on January 29, 2021 by the EMS service system with symptoms of weakness in her right and lower extremities, walking staggering, not speaking clearly, sent for treatment at the hospital. Great Brain radiograph There were no white patches or radiographs that were darker than normal. Received back for treatment in the hospital on January 30, 2021. The problem found was high blood pressure. high blood sugar levels, low potassium level also the right limb was weakness. She worried about getting sick. The doctor treated her with fluids, antiplatelet drugs, physical therapy, massage, compress, and provide nursing care. Consult a psychologist and nutritionist, morale boosting Results that physical, mental, and emotional disorders were gradually improve. The patient cooperates in the treatment plan as recommended by the multidisciplinary team. After providing nursing care, the patient's symptoms improved, shock none occurred, high blood sugar cured, none both of nausea and vomiting, no contractions, fatigue improved, and all looked good. High blood pressure was cured and slowdown into 130/70 –150/80 mmHg, Barthel Index increased. She stayed for 5 days of treatment and discharged. For caring acute stroke patients before the patient arrives at the hospital is important, also quickly symptom detection and access to a fast EMS service system and a quality service system would respond to reduce the impact on patients. Therefore, it should be used to adjust the service system to cover more all patients in the next period.

Keywords: Ischemic stroke, nursing

Received
1 December 2023

Revised
26 December 2023

Accepted
29 December 2023

¹Nonthai Hospital, Nakorn Rachasima, Corresponding author, e-mail: pagamat.5456@gmail.com Tel. 095-6109506

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ทั่วโลกและประเทศไทย เป็นสาเหตุสำคัญของการเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2563 ประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 52.8 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มสูงขึ้น¹⁻⁵ โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ เป็นชนิดตีบและอุดตัน พบร้อยละ 87⁴ การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือการได้ยาละลายลิ่มเลือด recombinant tissue Plasminogen Activator (rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการเพื่อช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดเร็วที่สุด เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี⁵ ซึ่งหากผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการ Emergency Medical service (EMS) ทันเวลา และการมีระบบบริการ EMS ที่รวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ลดการเสียชีวิตและความพิการได้

โรงพยาบาลโนนไทยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีอายุรแพทย์ แต่ไม่มีเครื่อง Computed tomography (CT) scan จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke เป็นโรคฉุกเฉินอันดับ 1 ของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ที่มารับการรักษาและส่งต่อโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2562-2566 มีผู้ป่วยจำนวน 172, 154, 119, 135 และ 139 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่มารักษาที่ Stroke fast tract จำนวน 65, 52, 33, 39 และ 43 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 37.79, 33.77, 27.73, 27.94 และ 31.82 ตามลำดับ มาโดยระบบบริการ EMS ภายในระยะเวลาที่กำหนด 8 นาที จำนวน 33, 33, 20, 27 และ 22 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 76.74, 76.74, 62.5, 73.91 และ 75.86 ตามลำดับ มีผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตจำนวน 15, 5, 19, 17 และ 5 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 8.72, 3.24, 15.96, 12.59 และ 3.59 ตามลำดับ ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเป็นภาระของครอบครัว ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วย Stroke จะต้องมีการเข้าถึงบริการ การประเมิน การดูแลรักษา การส่งต่อที่รวดเร็ว การดูแลต่อเนื่องที่มี

ประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและเกิดความพิการให้น้อยที่สุด

ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ราย ที่มารักษาโดยระบบบริการ EMS ในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม 2564 วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เหมาะสม สามารถจัดการตนเองได้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และสามารถเรียกใช้บริการระบบ EMS เพื่อมารักษาได้ทันเวลา ในระบบ Stroke fast tract และเพื่อพัฒนาปรับปรุง ระบบ EMS response time จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เข้ามารักษาที่โรงพยาบาลโนนไทย วันที่ 29 มกราคม 2564 โดยระบบบริการ EMS ด้วยอาการแขนขาขวาคออ่อนแรง เดินเซ พูดไม่ชัด ส่งต่อปรึกษาที่โรงพยาบาลมหาราช ถ่ายภาพรังสีสมอง ไม่พบภาวะผ่าขาวหรือภาวะภาพถ่ายรังสีต่ำกว่าปกติ และรับกลับมารักษาในโรงพยาบาล วันที่ 30 มกราคม 2564 ปัญหาที่พบ คือ มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ การบ่งพ่องในการดูแลตนเองจากแขนขาขวาคออ่อนแรง มีภาวะกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย แพทย์รักษาด้วยการให้สารน้ำ 0.9 %NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr. ยาท่านเกล็ดเลือด Aspirin (300 mgs.) 1 tab per oral OD pc ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด NPH 8-0-8 unit subcutaneous ac. และถ้า DTX 201- 250 mgs./dl ให้ Regular Insulin 2 unit, DTX 251- 300 mgs./dl ให้ Regular Insulin 4 unit, DTX 301- 350 mgs./dl ให้ Regular Insulin 6 unit DTX 351- 400 mgs./dl ให้ Regular Insulin 8 unit subcutaneous และเมื่อมากกว่า 400 mgs./dl รายงานแพทย์ทำกายภาพบำบัด นวดประคบ ให้การรักษาพยาบาล ให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ และโภชนาการ การเสริมสร้างกำลังใจ อธิบายให้เข้าใจความผิดปกติของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ จะค่อยๆ ดีขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในแผนการรักษาตามที่ทีมสหสาขาวิชาชีพแนะนำ หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือด

สูง ไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดสูง ระดับโพแทสเซียม
ในเลือดปกติ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีเกร็งกระตุก
อาการอ่อนเพลียดีขึ้น รู้สึกตัวดี ความดันโลหิต
130/70 -150/80 mmHg Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 70
เป็น 100 คะแนน นอนพักรักษาตัวเป็นเวลา 5 วัน
แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

แนวคิด/ทฤษฎี

1. แนวคิดการประเมิน สภาพผู้ป่วยวิกฤต
(Assessment Framework) ของ FANCAS โดย June CAbbey⁶
เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยจัดลำดับ
ความสำคัญของปัญหาคุกคามชีวิตอย่างรวดเร็ว

2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem self care
deficit theory)⁷ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ
กิบสัน (Gibson) เป็นการศึกษาการกระตุ้นการมีส่วนร่วม
และการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยขอข้อมูลจากผู้ป่วย
และญาติ เพื่อให้เกิดพลังอำนาจทางจิตวิทยาในผู้ป่วย
ได้รู้จักตัวเอง รู้จักความรู้สึกตนเองต่อการเจ็บป่วย
และการรักษา และรู้สึกถึงความสามารถในการ
ควบคุมจัดการ จะตัดสินใจและร่วมรับผิดชอบ
ต่อภาวะสุขภาพ

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี สัญชาติไทย
ศาสนา พุทธ อาชีพเกษียณกรรม การศึกษา ชั้นประถมศึกษา
ปีที่ 4

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แขนขาขวา
อ่อนแรง เดินเซ พุดไม่ชัด 3 ชั่วโมงก่อนมา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อนมา ขณะดื่มนมอุ่นลุกขึ้นไปเข้าห้องน้ำ
มีอาการแขนขาด้านขวาอ่อนแรง เดินเซ พุดไม่ชัด ปวด
ศีรษะข้างขวา

3 ชั่วโมงก่อนมา แขนขาข้างขวาอ่อนแรง
ล้มลง ปวดศีรษะข้างขวา ไม่สลบ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัวเบาหวานเป็นมา 18 ปี ความ
ดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงเป็นมา 11 ปี รักษา
ที่โรงพยาบาลโนนไทย รับยาต่อเนื่อง ควบคุมระดับ
น้ำตาลและความดันไม่ได้

การประเมินสภาพร่างกาย ตามระบบ
ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างท้วม BMI 31.23 ไม่มีภาวะซีด

ศีรษะและใบหน้า Head normal shape and
size Right Facial palsy Pupil 4 mm. reactive to light
both eye สีหน้ากังวล

หู Ear canal normal No discharge

จมูก Symmetrical No septal deviation

ปากและคอ dysarthria, right facial palsy

ทรวงอกและปอด Normal breath sound
respiratory rate 20/min

ระบบหัวใจและหลอดเลือด Normal rhythm
Heart rate 102 /min Blood pressure 178/72 mmHg.

ระบบประสาท Glasgow coma Score E4V5M6,
dysarthria, right facial palsy. Pupil 4 mm. reactive to
light both eye

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ motor power
right arm and leg grade 4 left arm and leg grade 5

ระบบขับถ่ายและอวัยวะสืบพันธุ์ ลักษณะ
อวัยวะปกติ การขับถ่ายปกติ

การประเมินสภาพด้านจิตใจและสังคม
สีหน้ากังวล มีบุตรสาวดูแล

ผลการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า Normal sinus
rhythm Heart rate 92 /min No Atrial Fibrillation

ผล Computed tomography brain No Hypo
density & Hyper density

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

DTX แรกريب 401 mg/dl Potassium 3.37
mmol/L, Sodium 137.9 mmol/L, Chloride 98 mmol/L,

CO2 23 mmol/L FBS 185 mg/dl ,Cholesterol 183 mg/dl,Triglyceride 189 mg/dl HDL 33 mg/dl, LDL 113 mg/dl

การวินิจฉัยโรค lacuna Ischemic Stroke

การรักษาที่ได้รับ ASA (300) 1 tab oral pc. ,Simvastatin(40) 1 tab oral hs. Losec (20) 1 tab oral ac. NPH 8 unit sc. เข้า 8 unit sc.เย็น ให้ Regular Insulin ปรับตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ภาวะโรค/การพยาบาล	กรณีศึกษา	การวิเคราะห์
ข้อมูลส่วนบุคคล	เพศหญิง อายุ 63 ปี BMI 31.23 ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 บุตรสาวเป็นผู้ดูแล	โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ พบในเพศชาย อายุ 65 ปีขึ้นไป ในเพศหญิงพบได้ในอายุ 55 ปีขึ้นไป การที่อายุมากขึ้น หลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้น ร่วมกับไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้
ประวัติการเจ็บป่วย	1 วันก่อนมา ขณะตื่นนอนกำลังจะลุกขึ้นไปเข้าห้องน้ำมีอาการแขนขาตื้อขาอ่อนแรง เดินเซ พูดไม่ชัด 3 ชั่วโมงก่อนมา เดินเซล้มลง ปวดศีรษะข้างขวา ไม่สลับแขนขาข้างขวาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ญาติโทรแจ้งรถ EMS ออกรับ มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไม่ได้ ร่วมกับไขมันในเลือดสูง	ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงมีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไม่ได้ ร่วมกับไขมันในเลือดสูง
อาการและอาการแสดง	แขนขาตื้อขาอ่อนแรง เดินเซ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวข้างขวา motor power right arm and leg grade 4 left arm and leg grade 5	อาการและอาการแสดงสำคัญแขนขาตื้อขาอ่อนแรง เดินเซ พูดไม่ชัด สอดคล้องกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองตรวจร่างกายพบปากเบี้ยวข้างขวากำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรงข้างขวา motor power right grade 4 left grade 5
การวินิจฉัย	lacuna Ischemic Stroke	ผลการตรวจ CT scan ไม่พบภาวะภาพถ่ายสมองเป็นฝ้าขาวหรือดำกว่าปกติ ในผู้ป่วยที่มีอาการใน 24 ชั่วโมงแรก การตรวจ CT scan อาจไม่พบผิดปกติ แต่อาการแสดงของผู้ป่วยชัดเจน แขนขาตื้อขาอ่อนแรงข้างขวา พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวข้างขวา

การวางแผนการพยาบาล

ระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการกำซาบในเนื้อเยื่อเยื่อสมองลดลงจากความผิดปกติของพยาธิสภาพที่สมอง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอาการพูดไม่ชัด ปากเปี้ยวข้างขวา แขนขวาอ่อนแรง motor power right grade 4 left grade 5 ความดันโลหิต 178/72 mmHg.

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยได้รับเลือดไปเลี้ยงสมองเพียงพอ ระดับความรู้สึกตัวปกติ

เกณฑ์การประเมินผล อาการทางระบบประสาทที่ Glasgow coma score E4V5M6 ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ถ้ามีเสมหะเล็กน้อย แนะนำจับน้ำอุ่นหลังประคบไม่มีอาการสำคัญ หรือกลิ่นลำบาก กรณีมีเสมหะมากดูดเสมหะเท่าที่จำเป็นด้วยความรวดเร็วและนุ่มนวล เพื่อให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจทุก 15 นาที

3. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ทางระบบประสาท ซึมลง หมดสติ จากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ถ้า coma score ลดลง 2 คะแนนขึ้นไป รายงานแพทย์

4. ดูแลให้สารน้ำ 0.9 %NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr. และยาต้านเกล็ดเลือด Aspirin (300 mgs.) 1 tab per oral OD pc. ตามแผนการรักษา

5. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 20-30 องศา เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

6. ให้งดน้ำและอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด ปากเปี้ยวข้างขวา coma score E4V5M6 Pupil 4 mm. reactive to light both eye แขนขวาอ่อนแรง motor power right arm and leg grade 4 left arm

and leg grade 5 ความดันโลหิต 130/70 -150/80 mmHg ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่ซีมีลงจากเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากความบกพร่องของระบบประสาท

ข้อมูลสนับสนุน ปากเปี้ยวข้างขวา แขนขวาอ่อนแรง motor power right arm and right leg grade 4

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยหายใจสะดวกไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล หายใจสะดวกปกติไม่มีเสียงครีคราด อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ 18-24 ครั้ง/นาที ปริมาณออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 95-100 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ ปริมาณออกซิเจนในเลือด ทุก 15 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมงทุก 30 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมง จากนั้นทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่ระดับปกติ ทุก 4 ชั่วโมง

3. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ทางระบบประสาท ซึมลง หมดสติ สับสน จากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

4. ดูแลให้ ออกซิเจน canular 3 lite /min ตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีภาวะหอบเหนื่อย E4V5M6 Pupil 4 mm. reactive to light both eye อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ปริมาณออกซิเจนในเลือด 95%

ระยะกึ่งวิกฤต วันที่ 30 มกราคม 2564 เวลา 13.30 น.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ข้อมูลสนับสนุน ความดันโลหิต 178/72 - 190/100 mmHg. dysarthria, right facial palsy. Pupil

4 mm. reactive to light both eye motor power right grade 4 left grade 5

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพปกติ ไม่ปวดศีรษะ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่เกร็งกระตุก Glasgow coma Score ไม่ลดลงจากเดิม Pupil reactive to light both eye motor power ไม่ลดลงจากเดิม หรือดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกต Neurological sign ทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์ เมื่อระดับลดลง มากกว่า 2 คะแนน
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง keep Blood Pressure $\leq 220/120$ mmHg ในผู้ป่วย Ischemic stroke⁵
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9 %NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr. และยาต้านเกล็ดเลือด Aspirin (300 mgs.) 1 tab per oral OD pc ตามแผนการรักษา
4. จัดท่า นอนศีรษะสูง 20-30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอ สะโพกไม่พับงอเกิน 90 องศา
5. สังเกตอาการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ความดันโลหิต Systolic สูงขึ้น จากเดิม pulse pressure กว้างขึ้น การหายใจแบบ Cheyne Stroke

ประเมินผลการพยาบาล

1. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/70 -150/80 mmHg ชีพจร 68-82 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที
2. ถามตอบรู้เรื่อง Glasgow coma Score E4V5M6
3. Pupil 3 mm. reactive to light both eye
4. motor power right grade 4 left grade 5

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)

401 mg/dl

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมินผล ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (DTX) 80-250 mg/dl⁵ ไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดสูง เช่น บัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ซึมลง หมดลติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ
2. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง บัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ซึมลง หมดลติ
3. ดูแลให้ได้รับยาฉีด Insulin NPH 8-0-8 unit subcutaneous ac. และถ้า DTX 201- 250 mgs./dl ให้ Regular Insulin 2 unit, DTX 251- 300 mgs./dl ให้ Regular Insulin 4 unit, DTX 301- 350 mgs./dl ให้ Regular Insulin 6 unit DTX 351- 400 mgs./dl ให้ Regular Insulin 8 unit subcutaneous และเมื่อมากกว่า 400 mgs./dl รายงานแพทย์เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา

4. ตรวจและติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือด

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 108-330 mg./dl

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย Potassium 3.37 mmol/L วันที่ 30 มกราคม 2564

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล ระดับโพแทสเซียมในเลือดและสัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ติดตามการเต้นของหัวใจ ดูแลทำ EKG
2. ประเมินอาการของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อกระตุก อ่อนแรง อ่อนเพลีย หัวใจเต้นผิดจังหวะ
3. ดูแลให้ได้รับยา E.KCL 30 ml. oral stat ตามแผนการรักษา
4. แนะนำรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่นกล้วย

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การเต้นของหัวใจปกติ Normal sinus rhythm ไม่พบภาวะ Atrial Fibrillation ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีเกร็งกระตุก อาการอ่อนเพลียดีขึ้น Potassium 3.7 mmol/L วันที่ 31 มกราคม 2564

ระยะฟื้นฟูสภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 การช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน ปากเบี้ยวข้างขวา แขนขาขวาอ่อนแรง motor power right grade 4 left grade 5 ผลการประเมิน Barthel Index 70 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล เปลี่ยนท่า ลุกนั่งได้ โดยมีญาติช่วยพยุง ไม่มีแผลกดทับ คะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาท และความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง Barthel Index

2. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจประจำวัน ช่วยพยุงลุกนั่ง ประคองเดิน

3. แนะนำให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู

4. แนะนำญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การทำ active และ passive exercise การนวดประคบ

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับกิจกรรมฟื้นฟู สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ กิจวัตรประจำวันบางอย่างต้องมีคนช่วย Barthel Index 100 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยที่เผชิญ ต้องพึ่งพาผู้อื่น และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสีหน้ากังวลบอกกลัวเดินไม่ได้ แขนขาขวาอ่อนแรง motor power right grade 4 left grade 5

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพที่เป็น มีพฤติกรรม และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล สีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือในกิจกรรมดูแลเท่าที่เป็นไปได้ พยายามช่วยเหลือตนเองมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความสนใจรับฟังปัญหา กระตุ้นให้ระบายความรู้สึก ปลอดภัยและเสริมแรงบวก

2. สังเกตและประเมินพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยและความร่วมมือกับผู้อื่น

3. ประเมินความเข้าใจ พร้อมให้ความรู้ ผู้ป่วยและญาติ การพยากรณ์โรค การรักษา การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความพิการที่ต้องฟื้นฟู เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

4. ประสานกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพประสานนักจิตวิทยาเพื่อให้คำปรึกษาแนะนำ

5. ให้อาสาสมัครมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
สีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ ช่วยเหลือ
ตนเองได้มากขึ้น

การวิเคราะห์กรณีศึกษา/การพยาบาล
ผู้ป่วยรายนี้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุปัจจัย
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่คุมระดับน้ำตาล
และความดันไม่ได้ DTX แรกรับ 401 mg/dl FBS 185
mg/dl ความดันโลหิต 178/72 mmHg ผู้ป่วยและญาติ
ขาดความรู้และความตระหนักในการรับการรักษา
โดยเร็วเมื่อเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง จากการ
ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดำเนินของโรค
มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ในบางส่วน

สรุปและอภิปรายกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี เข้ามารักษาในวันที่
29 มกราคม 2564 โดยระบบบริการ EMS ด้วยอาการเดินเซ
พูดไม่ชัด แขนขาขวามืออ่อนแรง ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล
มหาสารฯ ถ่ายภาพรังสีสมอง ไม่พบภาวะภาพถ่ายสมอง
เป็นฝ้าขาวหรือต่ำกว่าปกติ แพทย์วินิจฉัยเป็น lacuna
Ischemic Stroke จากอาการแสดงของผู้ป่วยชัดเจน มีแขน
ขาอ่อนแรงข้างขวา พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวข้างขวา ให้การรักษา
ตามแนวทาง Ischemic Stroke ไม่ได้ให้ยาละลายลิ่มเลือด
recombinant tissue Plasminogen Activator (rt-PA)
เนื่องจากมาไม่ทันระบบ Stroke fast tract ภายใน 4.5 ชั่วโมง
รับกลับมารักษาในโรงพยาบาลวันที่ 30 มกราคม 2564
ปัญหาที่พบ คือ มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ

เอกสารอ้างอิง

1. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, พรทิพย์ วชิรดิถก , ชีระ ศิริสมุท. รายงานการศึกษาศาสนาการณ
บริการการแพทย์ฉุกเฉินและการพัฒนาคุณภาพปฏิบัติการฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
[ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2565. หน้า 1-80.
2. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่ง
ประเทศไทย. 2565; 39(2): 39-46.

สูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ
แขนขาข้างขวามืออ่อนแรง กังวลเรื่องการเจ็บป่วย แพทย์รักษา
ให้ สารน้ำ ยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดระดับน้ำตาล
ทำกายภาพบำบัด ปรึกษานักจิตวิทยา การเสริมสร้างกำลังใจ
อธิบายให้เข้าใจ ความผิดปกติของร่างกาย จิตใจและอารมณ์
ผู้ ป่วยให้ ให้ความร ่วมมื อตามแผนการรักษาของ
ทีมสหสาขาวิชาชีพหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย มีอาการดีขึ้น
นอนพักรักษาเป็นเวลา 5 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ตั้งแต่ก่อน
ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลมีความสำคัญมาก ถ้าสามารถตรวจ
พบอาการรวดเร็วและระบบบริ การ EMS ที่รวดเร็ว ผู้ป่วย
จะมีโอกาสได้รับการรักษาเร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การมีระบบบริการรับส่งที่รวดเร็วช่วยให้ผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ได้รับการรักษาเร็วที่สุด
เป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันไม่ได้
ต้องให้ข้อมูลคำแนะนำอาการนำสำคัญของโรคหลอดเลือด
สมอง และระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน พยาบาลต้อง
มีความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งฟื้นฟูสภาพ เสริมสร้างพลัง
อำนาจให้ ผู้ป่วยและญาติ โดยให้ ความรู้ การปฏิบัติตัว
ที่ถูกต้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.
2564 [อินเทอร์เน็ต].; [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก
https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/2564.0.pdf
4. American Heart Association, A division of the American Stroke Association.[Internet]
N.P.: Ischemic Stroke. American Heart Association. 2020. [cited 2023 Nov 6] Available from:
<https://www.stroke.org/en>.
5. ทศนีย์ ดันติฤทธิศักดิ์, ธน ชีระวรวงศ์, บรรณานิการ. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือด
สมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.; 2562.
6. เขาวลัักษณ์ โพธิดารา, ธัญญาสิริ ชันยสวัสดิ์. ผลของการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแนวคิดแผนคัสใน
กระบวนการวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล. พยาบาลสาร.2563; 47(2): 463-475.
7. ศุภร วงศ์ทัญญู. ทฤษฎีการพยาบาลของไอริม . ใน ดลรัตน์ รุจิวัฒน์นกร และสวิตรี พรสินศิริรักษ์
(ผู้รวบรวม), เอกสารการสอนวิชาบทนำวิชาชีพและเมโมดิพื้นฐานทางการพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]: กรุงเทพฯ:
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2564.
[เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://anyflip.com/quig/spms>

การพยาบาลประคัลยกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลาย มาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ: กรณีศึกษา 2 ราย

ละมัยศิลป์ เหมะธูรินทร์¹

บทคัดย่อ

การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ เป็นการให้ยาระงับความรู้สึกกับผู้ป่วยแบบทั่วไปที่ย่างยากซับซ้อน ฤทธิ์ของยากดการหายใจผู้ป่วยหมดสติจากการให้ยาดมสลบ อาจมีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจเกิดจากภาวะขาดออกซิเจนที่รุนแรงจนเสียชีวิตเกิดขึ้นได้ทั้งในขณะและหลังผ่าตัด วัตถุประสงค์ของการศึกษาคือการประเมินการค้นหาปัญหาอย่างรวดเร็วและการแก้ไขปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลประคัลยกรรมผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ กรณีศึกษา 2 ราย

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ประกอบด้วยข้อมูลทุกด้านทุกระยะการผ่าตัด จนได้รับการเยี่ยมหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง

ผลการศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย มีส่วนคล้ายกันในเรื่องการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก และแตกต่างในเรื่องภาวะการแทรกซ้อน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ คือ Right Bundle Branch Block และสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 1,500 มิลลิลิตร และต้องใส่ท่อช่วยหายใจกลับตีก SICU ผู้ป่วยรายที่ 2 หลังผ่าตัดได้ใช้ PCA (Patient Controlled Analgesia) สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 460 มิลลิลิตร ให้ O₂ canular 3lpm กลับตีก SICU ซึ่งทั้งสองรายได้รับการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทันทีอย่างปลอดภัยทั้งระยะผ่าตัดและระยะพักฟื้น

สรุป จากการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย พบว่า การทำผ่าตัดผู้ป่วยทั้ง 2 รายปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ในการให้ยาระงับความรู้สึก และได้รับประเมินอาการ รวมทั้งให้การดูแลอย่างครอบคลุม

คำสำคัญ: การพยาบาลประคัลยกรรม, โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ, การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย, การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลาย มาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ

วันที่รับบทความ
5 ธันวาคม 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข
26 ธันวาคม 2566

วันที่ตอบรับบทความ
30 ธันวาคม 2566

โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: lamaisin@gmail.com

Perioperative Nursing Care for Bladder Cancer Patients undergoing Radical cystectomy with Ileal conduit under General Anesthesia at Sakonnakhon Hospital : 2 Case Studies

Lamaisin Hemathurin¹

Abstract

Giving General Anesthesia for Radical cystectomy with Ileal conduit is the advance and complex general anesthesia. The general anesthesia which affects on patients to unconscious by anesthesia. The complication breathing function can cause side effect to respiratory systems. The effects caused from severe hypoxia to death could occur both during and after surgery. The nurses anesthesia are required sufficient knowledge in early detected to assessment the problem and be promptly troubleshoot to efficiently nursing for patient safety.

Objective Aim to perform the comparative study of perioperative nursing between bladder cancer patient received general anesthesia during create ileal conduit, 2 case studies

Research design Performing in comparative study, compare between 2 case studies by collecting data from patients' medical records from the beginning, including information in every phrase until 48 hours postoperative care.

Finding In both case studies, there is similarity and difference which are general anesthesia and complications respectively. One of the patients has diabetes and arrhythmia which is the right bundle branch block. The patient lost blood during surgery for 1,500 ml. and was put in intubation, then returned to SICU. As for the second patient, the PCA was used after operation as a result of losing blood while operation for 460 ml. and Oxygen cannula 3 lpm was given, then returned to SICU. The complications were promptly and safely resolved in both patients both in operation and recovery phase.

Conclusion and discussion From both case studies, the results showed that the operations were performed safely and no severe complication from general anesthesia. Assessment and post surgery care was performed inclusively.

Keywords: Perioperative nursing care, Bladder cancer, General anesthesia, Radical cystectomy with Ileal conduit.

Received
5 December 2023

Revised
26 December 2023

Accepted
30 December 2023

¹Sakon Nakhon Hospital, Corresponding author, e-mail: lamaisin@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จากสถิติปี 2564 2565 และ 2566 พบว่ามีจำนวน 23, 11, 23 ราย ตามลำดับ (สารสนเทศ สถิติให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ) โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบได้บ่อยเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งซึ่งพบในเพศชายทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 11¹ ของมะเร็งที่พบบ่อยในทั้งสองเพศ The worldwide age-standardized incidence rate (ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) เท่ากับ 9.0 สำหรับเพศชาย และ 2.2 สำหรับเพศหญิง age-standardised mortality rate (ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) เท่ากับ 3.2 สำหรับเพศชายและเท่ากับ 0.9 สำหรับเพศหญิง จากข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. 2555 อุบัติการณ์ของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและอัตราการตายแตกต่างกันในแต่ละประเทศเนื่องจากปัจจัยเสี่ยง² การตรวจพบและการวินิจฉัยและการรักษา³ ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจะแสดงออกด้วยโรคซึ่งจำกัดอยู่ที่เยื่อเมือก (mucosa) (stage Ta, CIS) หรือใต้เยื่อเมือก (submucosa) (stage T1) ซึ่งจะมีการพยากรณ์โรคดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ stage T2-4⁴ ที่ได้รับการระบุระดับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ ภายหลังได้รับการดูแลรักษาการแก้ไขภาวะวิกฤติผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพพยาบาลและการศึกษาทฤษฎีทางการพยาบาลการประยุกต์ใช้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาเชิงลึกการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการระบุระดับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมา

ทำทางระบายน้ำปัสสาวะ โดยศึกษากรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

วัตถุประสงค์

เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย ไปปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อที่มิวสิญญูพยาบาล

วิธีการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล สกลนครจำนวน ศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ทบทวนความรู้พยาธิสภาพการดำเนินโรค ทบทวนวรรณกรรม ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านศัลยกรรมกระเพาะปัสสาวะ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล
3. ศึกษาประวัติการดำเนินโรคปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาล การผ่าตัด การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยประยุกต์จากแนวคิด² ทฤษฎีทางการพยาบาลไอเรม
4. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว
5. วางแผนการพยาบาลและประเมินปัญหาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ขั้นเตรียมผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด รวมทั้งดูแลต่อเนื่องจนจำหน่าย
6. สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ จัดทำเอกสารเพื่อเผยแพร่

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ ในประเทศไทยมะเร็งของกระเพาะปัสสาวะเป็นมะเร็งของระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อยที่สุด มีอุบัติการณ์ประมาณ 4.9 ต่อประชากร 100,000 คน และเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 6 ในเพศชายทั้งหมด อยู่ในช่วงอายุ 50-70 ปี ซึ่งร้อยละ 90 เป็น transitional cell carcinoma และประมาณร้อยละ 75-80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งของกระเพาะปัสสาวะจัดอยู่ในกลุ่มของเนื้องอกของเซลล์บุผิว (Superficial carcinoma) ส่วนใหญ่เกิดขึ้นมาจากเยื่อบุภายในของกระเพาะปัสสาวะมีการแบ่งตัวเพิ่มมากกว่าปกติจนกลายเป็นก้อนเนื้องอกขึ้นมา และเจริญเติบโตขึ้นเรื่อยๆ จนอาจโตเต็มกระเพาะปัสสาวะ และแผ่ขยายลุกลามออกไปยังอวัยวะข้างเคียงและต่อมน้ำเหลือง หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดรวมทั้งและต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงออก และภายหลังการตัดกระเพาะปัสสาวะออกแล้วจะต้องทำให้ทางปัสสาวะออกใหม่ (Urinary diversion) ซึ่งมีด้วยกันหลายวิธี ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่ดีที่สุด สำหรับใช้กับผู้ป่วยทุกราย ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ความรู้ความเข้าใจ และความร่วมมือของผู้ป่วย รวมทั้งประสบการณ์และความถนัดของศัลยแพทย์ด้วย แต่ส่วนใหญ่ศัลยแพทย์จะพิจารณาทำทางให้ปัสสาวะออกใหม่ด้วยการนำท่อไตทั้งสองข้างต่อเข้ากับลำไส้เล็กส่วนปลาย (Ileum) ที่ตัดแยกออกมาเป็นช่วงสั้นๆ ประมาณ 10-15 เซนติเมตร เพื่อเป็นทางให้น้ำปัสสาวะออกมาทางหน้าท้อง ภายหลังการผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเข้าสู่ไตน้อยกว่าการใช้ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายมาทำทางออกของน้ำปัสสาวะ (Ureterosigmoidostomy) เนื่องจากลำไส้เล็กส่วนปลายที่นำมาต่อกับท่อไตนั้นมีประสิทธิภาพในการบีบรัด (Peristalsis movement) ทำให้น้ำปัสสาวะมีการขับออกข้างนอกทางเดียวไม่มีการไหลย้อนกลับไปยังส่วนบน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการ

คั่งของน้ำปัสสาวะที่หลอดไต (Hydronephrosis) กรวยไต (Hydropelvis) หรือที่ไต (Hydronephrosis) ได้ มีผลทำให้เนื้อเยื่อบริเวณเหล่านี้ถูกทำลาย และเป็นนิ่วได้ง่าย

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา กรณีตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ

หลักการรักษาด้วยการผ่าตัด (Principles of Surgical Management)

การผ่าตัดเนื้องอกกระเพาะปัสสาวะด้วยการส่องกล้องทางท่อปัสสาวะเพื่อประเมินระยะโรค (Transurethral Resection of The Bladder Tumor (TUR-BT) for Staging

1. ตัดให้ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อเนื้องอกกระเพาะปัสสาวะ สำหรับการวินิจฉัยในสิ่งส่งตรวจ
2. การตัดให้ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้ออาจถูกละเว้นได้ในกรณีที่ข้อมูลบ่งว่าเนื้องอกเป็น low grade Ta ในกรณีที่ทำทราบอยู่แล้วว่าเป็น Cis
3. ตัดชั้นเนื้อบริเวณข้างเคียงก่อนเนื้องอก
4. พิจารณาตัดชั้นเนื้อต่อมลูกหมากในกรณีที่สงสัยลุกลามไปที่ต่อมลูกหมาก
5. ก้อนเนื้องอกประเภท papillary ควรทำ TURBT ชั่ว (ภายใน 6-12 สัปดาห์) เมื่อพบกรณี ดังนี้
 - การตัดเนื้องอกไม่สมบูรณ์ในครั้งแรก (Incomplete initial Resection)
 - ไม่ตัดชั้นกล้ามเนื้อเนื้องอกกระเพาะปัสสาวะในกรณี high-grade disease
 - ก้อนเนื้องอกขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตรหรือมีก้อน
6. ก้อนเนื้องอกประเภท sessile หรือ invasive appearing tumor ซึ่งน่าจะเป็น muscle invasive ควรทำ TURBT ชั่ว (ภายใน 6-12 สัปดาห์) เมื่อพบกรณีดังนี้

- ไม่ได้ ช้้นกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะในกรณี high-grade disease
- การผ่าตัดครั้งแรกไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะหรือความเสี่ยงของโรคซึ่งมีผลต่อการเลือกการรักษา
- การผ่าตัดครั้งแรกไม่สมบูรณ์ในกรณีเลือกการรักษาประเภทอนุรักษ์กระเพาะปัสสาวะ ก้อนเนื้องอกประเภท sessile หรือ invasive appearing tumor และลักษณะคลินิกอื่น ซึ่งจะเป็น muscle invasive ไม่สามารถทำ TURBT ได้หมด อาจพิจารณาตัดเนื้องอกเฉพาะบางส่วนเพื่อการวินิจฉัยโรค
- ใส่เคมีบำบัดในกระเพาะปัสสาวะทันทีหลังการผ่าตัด TURBT ภายใน 24 ชั่วโมงในกรณีของ NMIBC เมื่อไม่สงสัยว่ามีกระเพาะปัสสาวะทะลุจากการผ่าตัด
- Gemcitabine (category 1) และ mitomycin (category 1) เป็นสารที่ถูกเลือกใช้มากที่สุดสำหรับกลุ่มเคมีบำบัดที่นำมาใช้ในกระเพาะปัสสาวะ

การผ่าตัด radical cystectomy(6)

1. ในกรณีมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกลุ่ม non-muscle invasive นั้นการผ่าตัด radical cystectomy สามารถถูกเลือกทำได้สำหรับกลุ่ม high-grade cT1 ซึ่งยังคงมีมะเร็งหลงเหลืออยู่หรือพบการลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเมื่อทำ TURBT ช้ำ
2. Radical cystectomy ควรทำภายใน 3 เดือนหลังการวินิจฉัย ในกรณีที่ไม่มีแผนการรักษาที่จะให้ก่อนการผ่าตัด
3. เป็นทางเลือกสำหรับการรักษาขั้นต้นของ cT2, cT3 และ cT4a ในกรณีของผู้ป่วย cT4b ซึ่งได้รับเลือกมาอย่างดี และตอบสนองต่อการรักษาขั้นต้น ก็อาจเหมาะสมกับการผ่าตัดประเภทนี้
4. ควรให้เคมีบำบัดก่อนผ่าตัด ซึ่งควรมี cisplatin-based อยู่ในสูตรการทำ radical cystectomy โดยไม่ได้รับเคมีบำบัดก่อนผ่าตัดเป็นทางเลือกสำหรับ

ผู้ป่วยซึ่งไม่เหมาะสมกับการได้รับเคมีบำบัด Radical cystectomy technique and extent

ในผู้ชายมาตรฐานการทำ Radical cystectomy คือการผ่าตัด Bladder, prostate, seminal vesicle, \pm distal urethra และ regional lymph node การทำ prostate-sparing cystectomy ถือเป็นทางเลือกที่ต้องระมัดระวังในกรณีที่ไม่มีมะเร็ง prostate urethra และเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในปัจจุบันการทำ extended lymphadenectomy ยังไม่สามารถสรุปได้ถึง overall survival ได้ แต่การตัดต่อมน้ำเหลืองที่มากกว่า 10 ต่อมน จะช่วยเรื่อง Overall survival Pelvic organ preservation techniques in men ยังไม่มีข้อสรุปว่า techniques ใดจะดีกว่าในเรื่อง preserves function และ oncological outcomes ได้แบ่ง techniques เป็น 4 แบบ ดังนี้

Prostate sparing cystectomy เป็นการเก็บส่วนของ seminal vesicles, vas deferens และ neurovascular bundles

Capsule sparing cystectomy เป็นการเก็บ capsule ของต่อมลูกหมากโดย adenoma ตัดออกโดยวิธี TURP หรือ bloc ร่วมกับ bladder เหลือ Seminal vesicles, vas deferens และ neurovascular bundles

Seminal sparing cystectomy เป็นการเก็บ Seminal vesicles, vas deferens และ neurovascular bundles

Nerve sparing cystectomy เป็นการเก็บ neurovascular bundles การเลือกผู้ป่วยที่จะทำ techniques เหล่านี้ต้องเป็น organ-confined disease และต้องไม่มี tumor บริเวณ prostate urethra หรือ bladder neck

การวินิจฉัย urethral invasion ก่อนการผ่าตัด cystectomy หรือ positive urethral frozen section ถือเป็นข้อห้ามในการผ่าตัด neobladder reconstruction

การพยาบาลที่สำคัญ กรณีศึกษา 2 รายนี้ ได้ขอวินิจฉัยการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนให้

ยาระงับความรู้สึก ระยะขณะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก⁵

ผลการศึกษา

จากการศึกษา กรณีศึกษาเปรียบเทียบ การพยาบาลปรีดัลยกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ 2 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยปัสสาวะเป็นเลือด และมีผล CT SCAN คือ มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 60 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องน้อยปัสสาวะมีเลือดปน เคยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลได้รับการผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะด้วยวิธีส่องกล้องทางทวารปัสสาวะ Transurethral resection of bladder tumor (TURBT) และนัดมาฟังผลชิ้นเนื้อยืนยันคือเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แพทย์มีแผนการรักษาต่อเนื่องคือเตรียมผ่าตัดการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ (Radical cystectomy with ileal conduit) โดยมีการเตรียมเลือดก่อนผ่าตัด ตรวจเอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผู้ป่วยรายนี้พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ คือ Right bundle branch block และมีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน น้ำตาลในเลือดก่อนผ่าตัด 146 mg% ผ่าตัดโดยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โดยจัดท่านอนบนขาห้อย เพื่อทำการผ่าตัด ขณะผ่าตัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สูญเสียเลือด 1,500 มิลลิลิตร ความเข้มข้นเลือดก่อนผ่าตัด 40 VOL % ได้รับ Pack Red Cell group A Rh Positive 2 unit รวมเป็น 413 มิลลิลิตร ขณะผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน มีการเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอยู่ตลอดเวลา รวมเวลาผ่าตัด 420 นาที ติดตามอาการผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้น สัญญาณชีพคงที่แผลผ่าตัดไม่ซึม ย้ายออกส่งต่อหอ

ผู้ป่วยหนักัลยกรรม โดยวิสัญญีนำส่งผู้ป่วยรู้ตัว GCS E1V1M6 on ET tube No.8 ซีด 21 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง RR 16 ครั้ง ต่อนาที O2 sat 84- 95 % On NG Tube with bag content 5 มิลลิลิตร on C – LINE at Right SCV, on Heparin Lock แขนซ้าย monitor EKG Normal sinus Rythm HR 72 – 82 ครั้งต่อนาที แผลหน้าท้องซึม เล็กน้อย on ileal conduit ด้านขวา on tube drain ด้านซ้าย content สีน้ำตาลไม่มีตะกอน ดูแลด้านกาย จิตใจ ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม 4 มิติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ หลังผ่าตัดวันที่ 1 ได้รับการถอด Endotracheal tube โดยให้ Oxygen Mask with Bag 10 LPM หลังผ่าตัด 2 วัน สามารถหายใจโดยใช้ Oxygen Cannula 3 lpm ไม่มีอาการเหนื่อย อาการคงที่ ย้ายเตียงสามัญหลังผ่าตัดวันที่ 2 อาการทั่วไปคงที่ หลังผ่าตัดวันที่ 9 แพทย์มีแผนการรักษาต่อเนื่องคือ ผ่าตัด debride with suture แผลหน้าท้อง และมีการผ่าตัด Revise feeding tube in ileal conduit อาการหลังผ่าตัดระยะพักฟื้นที่ตึกสามัญสัญญาณชีพปกติ ไม่มีการติดเชื้อมีรับประทานอาหารได้ ไม่มีท้องอืด แผลแห้งไม่ซึม จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล รวมวันนอน 33 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปัสสาวะมีเลือดปน ปวดท้องน้อยบางครั้ง ผล CT scan เป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ (Radical cystectomy with ileal conduit) ไม่มีโรคประจำตัวเตรียมผ่าตัด เตรียมเลือดและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการความเข้มข้นของเลือด 26 vol% ให้ Pack Red Cell 1 unit ก่อนผ่าตัด และได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยรายนี้ ได้ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ใช้เวลาในการผ่าตัดรวม 230 นาที ระหว่างผ่าตัดจัดท่านอนหงายขณะได้รับยาระงับความรู้สึก สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 500 ml.

หลังผ่าตัดได้รับการประเมินและให้การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ หัวใจเต้นปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ สัญญาณชีพคงที่มี เครื่องควบคุมความเจ็บปวดด้วยตนเอง PCA (Patient Controlled Analgesia) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยสูง ให้ยาระงับปวดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือช่องเหนือไขสันหลัง กลับตีกผู้ป่วยหนักคัดลยกรมรู้ตัว หายใจไม่หอบ Glasgow Coma Scale (GCS) E4V5M6 on Oxygen Cannula 3 lite/min Oxygen Sat 100% on NG tube with bag monitor EKG ปกติ on C-line มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง มี Jackson. Drain on Foley's Catheter traction on right ileal conduit ต่อลง bag ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้ เฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อพร่อง

ออกซิเจน เฝ้าระวังการติดเชื้อประเมินอาการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด ดูแลป้องกันภาวะไม่สมดุลของสารน้ำเข้าออกในร่างกาย และดูแลให้ได้รับสารน้ำเพียงพอ ตรวจน้ำตาลในเลือด 96 mg.% และ pain management โดยมุ่งเน้น แนะนำการใช้เครื่อง PCA ให้การพยาบาลโดยหลักการ Aseptic Technique และการบริหารยาปฏิชีวนะอย่างครอบคลุมและถูกต้อง ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้สะอาด ปราศจากเชื้อ ความชื้นเลือด 29 vol% ไม่มีการสูญเสียเลือดเพิ่ม สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติให้ความรู้เรื่องการดูแล Urostomy จำหน่ายกลับบ้านรวมวันนอนโรงพยาบาล 17 วัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการดำเนินของโรค

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวาน	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี ไม่มีโรคประจำตัว
อาการสำคัญ	- ปัสสาวะมีเลือดปนสองเดือน - เคยได้รับการผ่าตัด TURBT	- ปัสสาวะมีเลือดปน 1 เดือน - ไม่เคยได้รับการผ่าตัด
การตรวจวินิจฉัย	- ตรวจ CT - ผ่าตัด TURBT - CXR, EKG ผล Ab Normal - ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ผลตรวจ CA Bladder	- ไม่ได้ CT - ไม่ได้ผ่าตัด - CXR, EKG ผลปกติ - ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ผลตรวจ CA Bladder
การทำผ่าตัด	การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ	การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ
ระยะเวลาการผ่าตัด	420 นาที	230 นาที
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	33 วัน	17 วัน
ปัญหาหลังผ่าตัด	มี EKG ผิดปกติและสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1,500 ml. on ET tube ย้ายหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรม	หายใจเองได้ on oxygen canular 3 lpm ย้ายหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรมพร้อมเครื่อง PCA

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล⁶

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนการให้ยาระงับ ความรู้สึกแบบทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> ขาดความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะ ปัสสาวะ ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ก่อน-ขณะและหลังการให้ยาระงับ ความรู้สึก วิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับ ความรู้สึกแบบทั่วไปและการผ่าตัด 	<ol style="list-style-type: none"> ขาดความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะ ปัสสาวะ ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ก่อน-ขณะและหลังการให้ยาระงับ ความรู้สึก วิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับ ความรู้สึกแบบทั่วไปและการผ่าตัด
ระยะขณะการให้ยาระงับ ความรู้สึกแบบทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ ผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกขณะทำ หัตถการ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสาร น้ำและอิเล็กโทรไลต์ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระบบ หายใจล้มเหลวและเสียชีวิตจากการเกิด ลมในช่องเยื่อหุ้มปอด 	<ol style="list-style-type: none"> เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะ ผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกขณะทำ หัตถการ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสาร น้ำและอิเล็กโทรไลต์ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระบบ หายใจล้มเหลวและเสียชีวิตจากการเกิด ลมในช่องเยื่อหุ้มปอด
ระยะหลังการให้ยาระงับ ความรู้สึกแบบทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก ภาวะเลือดมีออกซิเจนต่ำ ปวดแผลหลังผ่าตัด ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 	<ol style="list-style-type: none"> เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก ภาวะเลือดมีออกซิเจนต่ำ ปวดแผลหลังผ่าตัด ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ

กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนการให้ยาระงับ ความรู้สึก	<p>1. เยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก 1 วัน⁵ ที่หอผู้ป่วย</p> <p>1.1 ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรค การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด</p> <p>1.2 ประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การใช้ยาที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การแพ้ยา แพ้อาหาร การดื่มสุรา ประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิด ประวัติครอบครัวที่ผ่าตัด ชักถามอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น นอนราบไม่ได้ การไอเรื้อรัง หอบหืด ภูมิแพ้ โรคปอด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาและความต้องการ สภาพความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย</p> <p>1.3 ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA Class เพื่อทราบความแข็งแรง สมบูรณ์และความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>1.4 ประสานงานและให้ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกกับการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย</p> <p>1.5 บันทึกการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่มอบให้ผู้ป่วยและครอบครัว สรุปผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย</p>	<p>1. เยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก 1 วัน ที่หอผู้ป่วย</p> <p>1.1 ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรค การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด</p> <p>1.2 ประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การใช้ยาที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การแพ้ยา แพ้อาหาร การดื่มสุรา ประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิด ประวัติครอบครัวที่ผ่าตัด ชักถามอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น นอนราบไม่ได้ การไอเรื้อรัง หอบหืด ภูมิแพ้ โรคปอด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาและความต้องการ สภาพความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย</p> <p>1.3 ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA Class เพื่อทราบความแข็งแรง สมบูรณ์และความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>1.4 ประสานงานและให้ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกกับการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย</p> <p>1.5 บันทึกการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่มอบให้ผู้ป่วยและครอบครัว สรุปผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย</p>

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ (ต่อ)

กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนการให้ยาระงับ ความรู้สึก (ต่อ)	2. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการทางวิสัญญีเพื่อวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก	2. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการทางวิสัญญีเพื่อวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก
ระยะขณะการให้ยาระงับ ความรู้สึก	<p>1. ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยอีกครั้ง รวมทั้ง ชื่อ-สกุล ตำแหน่งที่ผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การสำรองเลือด ทีม ศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี เครื่องดมยา ยาระงับความรู้สึก ยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ต่าง ๆ พร้อมใช้งาน</p> <p>2. ตรวจวัดสัญญาณชีพตลอดเวลา การเฝ้าระวังสัญญาณชีพที่อย่างใกล้ชิด ทุก 1-5 นาที เพื่อประเมินผลและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ปัญหาได้ทันท่วงที และประเมินระดับความรู้สึกในการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสม</p> <p>3. ดูแลให้ยาระงับความรู้สึกตามแผนการให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์</p> <p>4. ดูแลจัดทำนอนหงายบนขาหยั่ง</p> <p>5. ประเมินการเสียนเลือดตลอดเวลา</p> <p>6. ดูแลให้สารน้ำที่อุ่นแก่ผู้ป่วย แต่ไม่สูงกว่าอุณหภูมิกายอย่างเพียงพอ</p> <p>7. เฝ้าระวังการให้สารน้ำที่เหมาะสมและจำนวนปัสสาวะที่ออกต่อชั่วโมงอย่างน้อย 0.5 ม.ล./ก.ก/ช.ม.</p> <p>8. ใช้ผ้าห่มชนิด Bair hugger warming system ที่อุณหภูมิ 38-42 องศาเซลเซียส ป้องกันการสูญเสียความร้อน</p>	<p>1. ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยอีกครั้งรวมทั้ง ชื่อ-สกุล ตำแหน่งที่ผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การสำรองเลือด ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี เครื่องดมยา ยาระงับความรู้สึก ยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ต่าง ๆ พร้อมใช้งาน</p> <p>2. ตรวจวัดสัญญาณชีพตลอดเวลา การเฝ้าระวังสัญญาณชีพที่อย่างใกล้ชิด ทุก 1-5 นาที เพื่อประเมินผลและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ปัญหาได้ทันท่วงที และประเมินระดับความรู้สึกในการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสม</p> <p>3. ดูแลให้ยาระงับความรู้สึกตามแผนการให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์</p> <p>4. ดูแลจัดทำนอนหงายผู้ป่วยบนเตียง ผ่าตัด</p> <p>5. ประเมินการเสียนเลือดตลอดเวลา</p> <p>6. ดูแลให้สารน้ำที่อุ่นแก่ผู้ป่วย แต่ไม่สูงกว่าอุณหภูมิกายอย่างเพียงพอ</p> <p>7. เฝ้าระวังการให้สารน้ำที่เหมาะสมและจำนวนปัสสาวะที่ออกต่อชั่วโมงอย่างน้อย 0.5 ม.ล./ก.ก/ช.ม.</p> <p>8. ใช้ผ้าห่มชนิด Bair hugger warming system ที่อุณหภูมิ 38-42 องศาเซลเซียส ป้องกันการสูญเสียความร้อน</p>

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ (ต่อ)

กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะขณะการให้ยาระงับ ความรู้สึก (ต่อ)	8. ตรวจ Chest x-ray เมื่อมีข้อบ่งชี้	9. ตรวจ Chest x-ray เมื่อมีข้อบ่งชี้ 10. ใส่เครื่อง PCA ส่งผู้ป่วยดูแลเฝ้าระวัง ผู้ป่วยทางระบบหายใจและระบบไหลเวียน โลหิตอย่างใกล้ชิดที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม
ระยะหลังการให้ยาระงับ ความรู้สึก	1. การถอดท่อช่วยหายใจพิจารณาจาก ผู้ป่วยตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ หายใจเองได้ พอเพียง สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด ความคงที่การเสียเลือด และได้น้ำหรือ เลือดทดแทนเพียงพอหรือไม่ ระยะเวลา ในการผ่าตัดนานกี่ชั่วโมงใช้ประกอบการ ตัดสินใจในการถอดท่อช่วยหายใจ -กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 พิจารณาคา ท่อช่วยหายใจนำส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อที่หอ อภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 2 วัน จน สัญญาณชีพปกติ จึงถอดท่อ 2. ให้ยาแก้ปวดเป็น ตามแผนการรักษา ของแพทย์ 3. ประเมินระดับความปวดเป็นระยะ ๆ และให้ยาแก้ปวดตามแนวทางและ ประเมินการง่วงซึมหลังการให้ยาแก้ปวด 4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล 5. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 6. ประเมินและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ แนะนำ การรับประทานยาและอาหารตามเวลา 7. แนะนำการออกกำลังกายและการ ช่วยเหลือตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวัน	1.การถอดท่อช่วยหายใจพิจารณาจาก ผู้ป่วยตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ หายใจเองได้ พอเพียง สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด ความ คงที่การเสียเลือด และได้น้ำหรือเลือด ทดแทนเพียงพอหรือไม่ ระยะเวลาในการ ผ่าตัด -กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2 เสริมผ่าตัด หายใจดีสม่ำเสมอ สัญญาณชีพปกติ จึง ถอดท่อหายใจออก ให้ออกซิเจนต่อทาง Mask with bag 6 ลิตรต่อนาทีและหายใจ ปกติ 2. ย้ายเตียงผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 3. ให้ยาแก้ปวดเป็น ตามแผนการรักษา ของแพทย์ 4. ประเมินระดับความปวดเป็นระยะๆ และ ให้ยาแก้ปวดตามแนวทางและประเมินการ ง่วงซึม (sedation score) หลังการให้ยาแก้ ปวด 5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล 6. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 7. ประเมินและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ แนะนำ การรับประทานยาและอาหารตามเวลา 8. แนะนำการออกกำลังกายและการ ช่วยเหลือตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวัน

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ (ต่อ)

กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)	8. สอนแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ 9. การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเฉพาะโรคและการทำผ่าตัดที่ได้รับ	9. สอนแนะนำการปฏิบัติตัวเฉพาะโรคและการทำผ่าตัดที่ได้รับ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ ทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกัน รายที่ 1 พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ Right Bundle Branch Block เฝ้าร่วงภาวะแทรกซ้อน ปลอดภัยออกจากห้องผ่าตัด โดยประเมินอาการว่า on ET Tube กลับหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรม เฝ้าร่วงภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ป้องกันภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1,500 ml. มีการวางแผนการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก แต่รายที่ 2 ก็ได้รับการผ่าตัดชนิดเดียวกันระหว่างผ่าตัดมีการประเมินภาวะช็อค โดยความเข้มข้นเลือด 29 vol% ได้รับ Pack Red Cell 1 unit ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดมีการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม กลับจากห้องผ่าตัด on O2 Canular 5 lpm พร้อมกับเครื่องควบคุมความเจ็บปวดด้วยตนเองได้รับการแก้ไขปัญหภาวะแทรกซ้อนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรม ควบคุมความสมดุลของสารน้ำเข้าออก ประเมินการเจ็บปวด

เพื่อถอดเครื่อง PCA สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นการให้ยาระงับความรู้สึกวิสัญญีพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมที่ให้การพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถและปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการดูแลทุกระยะของการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยรับการผ่าตัดด้วยความปลอดภัยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด การประเมินและค้นหาปัญหา เฝ้าร่วงอาการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก มีการทบทวนการดูแล และฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการวิสัญญีอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมประสิทธิภาพของบุคลากรทางวิสัญญีพยาบาลด้วยการจัดอบรม ดูงานและมีการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการและการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ
2. ทีมวิสัญญีจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด เพื่อวิสัญญีพยาบาลปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันและผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. ดนัย มโนรมณ์ และคณะ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ. หน้า 7พิมพ์ครั้งที่ 1 บริษัทโฆสิตการพิมพ์ จำกัด, 2563
2. สาธิต ศิริบุญฤทธิ์. เนื่องอกในศัลยกรรมระบบปัสสาวะ. ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พรีนซ์; 2562.
3. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [19 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<http://training.dms.moph.go.th/rtcd/storage/app/uploads/public/59b/9e7//59b9e79536bef196682686.pdf>
4. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 2544-2549. 2565. [19 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmsic.moph.go.th/index/download/6999>
5. อังกาป ปราการรัตน์และคณะ. ตำราวิสัญญีวิทยา. ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: เอ-พลัส พรีนซ์; 2556.
6. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลแบบแผนสุขภาพ การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์อักษร; 2558.

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 และระบุ คำว่า “ภาพที่” จากนั้น ทำการจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษและวางไว้ใต้ภาพ และ “ตารางที่” จัดชิดซ้ายของ หน้ากระดาษ บนตาราง ตามด้วยหมายเลขกำกับใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวหนา ใช้คำหรือข้อความที่กระชับ ชัดเจน ส่วนคำอธิบายใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวปกติ รูปภาพ/ตารางที่นำเสนอ ต้องมีรายละเอียดที่ครบถ้วน สมบูรณ์ อ่านแล้ว เข้าใจได้โดยง่าย ทำการระบุลำดับรูปภาพ/ตารางให้ตรงกับเนื้อหาต้นฉบับ

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

5. ทำการจัดหน้ากระดาษ 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 จัดชิดกันหน้า ขวา และใส่ Footnote เป็นตัวเลขอารบิกต่อท้ายแต่ละชื่อ โดยระบุสังกัด กรณีเป็นมหาวิทยาลัยให้ระบุ คณะ/วิทยาลัย และมหาวิทยาลัย กรณีหน่วยงานราชการอื่น ให้ระบุกรมและกระทรวง กรณีภาคเอกชนให้ระบุบริษัทหรือองค์กร และจังหวัด ให้ตรงกับเครื่องหมายที่กำกับไว้ข้างบน โดยให้ระบุเป็นรายบุคคลภาษาไทยและค้นด้วย (;) ก่อนเขียนเป็น ภาษาอังกฤษ จากนั้นทำการขึ้นบรรทัดใหม่ ให้ระบุ Corresponding author, e-mail: , Tel. ของผู้พิมพ์หลัก

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

และกระชับ ไม่เกิน 300–500 คำ และควรมีคำสำคัญ ไม่เกิน 5 คำ ที่ครอบคลุมชื่อเรื่องวิจัย และจะต้องมีในส่วนของท้ายของบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 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 การคำนวณหากกลุ่มตัวอย่าง 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) เมื่อมีการอ้างอิงข้อความหรือชื่อบุคคล ให้ใส่เลขยกหลังข้อความดังกล่าวที่ได้นำมาอ้างอิง เริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 สำหรับอ้างอิงแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ กรณีมีการอ้างอิงซ้ำ ให้ใส่หมายเลขที่ทำการอ้างอิงเดิมที่อ้างก่อนหน้านี้ และการอ้างอิงเอกสารนั้นจะต้องตรงกันกับการอ้างอิงเอกสารในเนื้อหาทั้งหมด

3.1 บทความจากวารสาร

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

ตัวอย่าง

1. พัทธมนพงศ์ เข็มปัญญา, พิเชษฐ เรื่องสุขสุด, ฌติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, จรินทร์ โคตพรม. ปัจจัยทำนายความสุขของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565; 23: 119-127.
2. ฌัญญา อ่อนผิว, ประไพรัตน์ แก้วศิริ. ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำมันต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำมันและปริมาณน้ำมันของมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด. วารสารสภาภาษาชาติไทย. 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. เมืองที่พิมพ์; 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 statistical 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 เบญจวงษ์, สัมมน โฉมฉาย, อุดุลย์ บัณชุกุล. โรคพืชไล่หะหนัก. ใน: อุดุลย์ บัณชุกุล, บรรณาธิการ. ตำราอาชีพเกษตรศาสตร์. 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