



วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

JOURNAL OF NURSING AND HEALTH SCIENCES
NAKHON PHANOM UNIVERSITY

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567

VOL. 2 NO.1 JANUARY – JUNE 2024

ISSN 2985-0908 (ONLINE)



วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567

ที่ปรึกษา

อธิการบดีมหาวิทยาลัยนครพนม
คณบดีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนลีแก้ว

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ นพ.กิตติศักดิ์	สวรยาวิสิทธิ์
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	ตั้งวรพงศ์ชัย
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรเดช	ห่านิรติชัย
รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพัชญา	สาธิตมาศ
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา	คงวัฒนามนน์
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	สว่างทุกซ์
ดร.ลักขณา	ไชยนอก
ดร.ศิริภาณี	อิมน้ำขาว
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชนี	สมกำลัง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดารุณีย์	สวัสดิโชติดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัยวัฒน์	อินไชยา
ดร.ธงชัย	อามาตย์บัณฑิต
ดร.มารศรี	ศิริสวัสดิ์

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมร เรืองวรบูรณ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรฤทัย ภูนาถลม
ดร.รัตติยา ทองอ่อน

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางพยอม	สินธุศิริ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณมน	ปาพรม
นางสาวนาฏนภา	อารยะศิลป์
นางสาวสุมาพร	พึงผาสุก
นายณรรกร	พลหาญ
นางสาววาสนา	คำสงค์
นายวุฒิชิกรณ	ประพัศรางค์
นางสาวสุภาพร	ปัญหัชชัย

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 2567

สารจากบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม เข้าสู่ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ยังคงได้รับบทความส่งเข้ามาตีพิมพ์ลงในวารสารอย่างต่อเนื่อง มีบทความวิจัย จำนวน 3 เรื่อง และกรณีศึกษา จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งทุกเรื่องได้ผ่านการพิจารณาและได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตอบบทความ ทำให้การันตีได้ว่าวารสารมีคุณภาพตามเกณฑ์ของศูนย์อ้างอิงดัชนีวารสารไทย (TCI) และบทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ลงในวารสารนี้มีคุณภาพและความน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ทางวารสารใคร่ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อเสนอแนะและประเมินบทความ

สุดท้ายนี้ กองบรรณาธิการ ขอเชิญชวนบุคลากรทางด้านสุขภาพ อาจารย์และนักวิชาการ ส่งผลงานเข้าร่วมตีพิมพ์เผยแพร่กับทางวารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2567) เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์กับบุคลากรสาธารณสุข และผู้อ่านทุกท่าน และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความสนใจและติดตามวารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมร เรืองวรบูรณ์

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยนครพนม

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567

สารบัญ

บทความวิจัย

- ◆ ผลของการพยาบาลการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม.....1

The Effects of brief counseling on self-management of the uncontrolled hypertensive patients in Nakhon Phanom hospital

- ◆ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ในพยาบาลหอผู้ป่วย อายุรกรรม.....13

Effectiveness of Management Program for Patients with Sepsis Among Medical Ward Nurses

- ◆ ผลของแอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ.....27

The Effect of Smartphone Applications on Mental Health Literacy and Mental Health Care Behaviors of Caregivers for Dependent Elderly in Chanuman District Amnat Charoen Province

กรณีศึกษา

- ◆ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลศรีสงคราม: เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย.....38

Nursing Care of Pregnant Women with Pregnancy Induce Hypertension who Receive General Anesthesia for Cesarean Section at Srisongkram Hospital : Two Comparative Case Studies

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567

สารบัญ (ต่อ)

- ◆ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกินในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการปิดรูรั่ว ด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ.....52
Nursing care of the patient with Patent Ductus Arteriosus in Adult of Transcatheter closure of the patent ductus arteriosus with the PDA occluder device: The Comparative Case Study

- ◆ การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ได้รับการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจ ด้วยคลื่นความถี่วิทยุ: กรณีศึกษา 2 ราย.....65
Nursing care for tachycardia patients undergoing radiofrequency ablation : A comparative study of 2 cases

ผลของการพยาบาลการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม

อรัทัย เขียวขำ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทำการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลการให้คำปรึกษาแบบสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 42 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น 2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 ข้อ 6 ด้าน การทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น โดยใช้ทักษะ 3As คือ 1) Affirmation 2) Ask 3) Advice จำนวน 3 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ t-test พบว่า

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (คะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 3.24$ $SD = 0.32$ และหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ $SD = 0.32$) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.024$)

ข้อเสนอแนะ

การให้คำปรึกษาแบบสั้นส่งผลให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีระดับคะแนนที่สูงขึ้น จึงควรสนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานนำไปใช้ โดยการฝึกอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มารับบริการสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้และสามารถจัดการตนเองได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาแบบสั้น , โรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ , การจัดการตนเอง

วันที่รับบทความ

16 มกราคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

21 กุมภาพันธ์ 2567

วันที่ตอบรับบทความ

27 กุมภาพันธ์ 2567

โรงพยาบาลนครพนม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: orathai.keawkam@gmail.com, โทร. 095-3650747

The Effects of brief counseling on self-management of the uncontrolled hypertensive patients in Nakhon Phanom hospital

Orathai Keawkam¹

Abstract

This quasi-experimental research is one group pre-post test design. To compare the mean self-management scores of patients with uncontrolled high blood pressure. Nakhon Phanom Hospital before and after receiving the brief counseling program The sample group were 42 patients with uncontrolled high blood pressure who receive services in the high blood pressure clinic Nakhon Phanom Hospital between November 2023 and January 2024. The research experiment included 1) a brief counseling program 2) the questionnaire of a self-management behavior assessment were 50 questions, 6 domains . Confidence test using Cronbach's alpha coefficient. The reliability value was 0.93. The sample group will receive a short advice program using the 3As skills: 1) Affirmation 2) Ask 3) Advice, 3 times The data were analyzed to compare mean. Using t-test statistics. the results of the study found that

Patients with uncontrolled high blood pressure There was a higher mean overall self-management score after receiving brief counseling program than before receiving the program. (Mean self-management score before receiving the brief counseling program The overall level was at a moderate level $\bar{X} = 3.24$ SD = 0.32 and after receiving the short counseling program at the highest level $\bar{X} = 4.45$ SD = 0.32), the difference was statistically significant (p=.024).

Suggestions Providing brief advice results in improved self-management of patients with uncontrolled blood pressure higher score Therefore, personnel working should be encouraged to use it. By continuously training knowledge and skills This is to help patients improve there self-management.

Keywords: brief counseling, uncontrolled high blood pressure, self-management

Received
16 January 2023

Revised
21 February 2024

Accepted
27 February 2024

¹Nakhon Phanom Hospital, Corresponding author, e-mail: orathai.keawkam@gmail.com, Tel. 095-3650747

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัย หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะเพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสองเท่าความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองสี่เท่า¹ องค์การอนามัยโลก² รายงานพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.50 ล้านคน หรือร้อยละ 12.80 ของสาเหตุการตายทั้งหมด จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกประมาณหนึ่งพันล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และมีการคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 1,560 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2568 สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อแสนประชากร พ.ศ.2556-2560 เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 เป็น 14,926.47 คน พ.ศ. 2552 และ 2557 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.40 เป็นร้อยละ 24.70 และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปีงบประมาณ 2563 เท่ากับ 904.93³

โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการดำเนินชีวิต เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ และเหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งของปัญหาสาธารณสุขที่พบในชนบทคือมากกว่าร้อยละ 70 เกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เหมาะสม ส่วนใหญ่ลงมือผิดลองถูก โดยไม่ผ่านการให้คำปรึกษาของบุคลากรทางสุขภาพทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่สมควร

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Creer นั้น บุคคลจำเป็นต้องเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมใน

การควบคุมพฤติกรรมของตนเองซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดได้ ประกอบด้วยตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและการประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินผลเพื่อจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถจัดการตนเองได้บรรลุตามเป้าหมายนั้นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัวและบุคคลที่เกี่ยวข้อง⁴ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก็เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม ต้องปรับเปลี่ยนจากความเคยชินที่ปฏิบัติมาโดยตลอด ซึ่งนับว่าเป็นความยากและท้าทายโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

จากการรวบรวมสถิติของโรงพยาบาลนครพนม ในปี พ.ศ. 2564 – 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เพิ่มสูงขึ้น จำนวน 1,748 ราย และ 1,901 ราย ตามลำดับสาเหตุเนื่องมาจากความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติบกพร่อง ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การควบคุมความดันโลหิตสูงทำได้ โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ร่วมกับการรักษาด้วยยา แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดได้ เช่น การรับประทานอาหารที่ควบคุมโซเดียม การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ลดความอ้วน ลดความเครียดสะสม งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁵ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจึงต้องมีเป้าหมายและแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความดันโลหิต จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา (meta analysis) 72 งานวิจัยพบว่าการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลร่วมกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI) ระหว่างตัวแปรดัชนีมวลกาย

ระดับคลอเลสเทอรอลในเลือด ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด นอกจากนี้ พบว่า การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล ส่งผลในด้านดีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคพบว่า ร้อยละ 64 ของงานวิจัยที่มีการให้คำปรึกษาแบบสั้น ผลการวิจัยออกมาดีหากปฏิบัติมากกว่า 1 ครั้ง⁶

สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการลดค่าซิสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลซ้ำ โดยวัดผลก่อนและหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันที หลังจบโปรแกรม เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 โปรแกรมที่ใช้คือโปรแกรม การสนทนาสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้ เวลา 5-10 นาที กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจาก 40 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดชลบุรี สุรินทร์ ศรีสะเกษ พัทลุงและสงขลา ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.8-91.2 มีค่าซิสโตลิกลดลง โดยการควบคุมค่าซิสโตลิกพบว่า ร้อยละ 76.1, 78.1 และ 79.2 มีค่าที่ลดลงอย่างเปลี่ยนระดับ ภายหลังจบโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ⁷

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง จึงนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตามทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของมิลเลอร์และโรลนิกเป็นแนวทางในการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง เน้นการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมด้วยความสมัครใจโดยไม่เกิดความล้งเล⁸ โดยมีองค์ประกอบหลักของการสนทนา 3 ขั้นตอนย่อย (semi structure) คือ

1) engagement คือการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบำบัด 2) fight out & strengthen คือการค้นหาและทำให้แรงจูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น 3) advice with menu คือการให้ข้อมูลแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเป้าหมายของผู้รับบำบัด⁹ โดยนายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง ได้นำมาปรับรูปแบบการสนทนาเป็นให้เป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Advice) หรือที่เรียกย่อๆ ว่า BA ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไปและรับทราบแนวทางการแก้ไข โดยใช้ทักษะ 3As คือ Affirmation การชื่นชมในความตั้งใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลลัพธ์ที่ดี Ask การใช้คำถามกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจ และ Advice การให้คำปรึกษาโดยมุ่งหวังกระตุ้นให้ผู้รับบริการ ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต และนำมาเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹⁰ ในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งในระหว่างการสนทนาผู้ป่วยจะมีคำพูดที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง คำพูดเหล่านี้เป็นสัญญาณที่จะบอกผู้วิจัยว่าได้บรรลุเป้าหมายเบื้องต้นแล้ว⁹ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้นจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ ประมาณ 5 นาที ทุก 1 เดือน เมื่อมาตรวจตามนัด

โปรแกรมนี้มีจุดเด่นที่ใช้เวลาน้อยและสอดคล้องไปกับระยะเวลาการนัดของผู้ป่วยในภาวะปกติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เป็นความดันโลหิตสูงมีแรงจูงใจและมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสม มากกว่าการให้คำแนะนำซึ่งเป็นการบริการปกติ มีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกซึ่งมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากมารับบริการ ซึ่งจะไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่สามารถควบคุมตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และสามารถ

ตอบสนองความต้องการการดูแลครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และด้านจิตวิญญาณต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

2. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One group pre-posttest design) ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือน มกราคม 2567 จำนวน 42 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คือมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทหลังได้รับการวินิจฉัยและได้รับยา ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือน มกราคม 2567 จำนวน 1,538 คน เลือกแบบตามคุณสมบัติการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) เป็นผู้ที่มาใช้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูง 2) มีอายุ 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 3) สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออกคือ

กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วน มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานมือการของระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่า power = 0.95, α = 0.05 และใช้โปรแกรม G*power ในการคำนวณค่า effect size จากงานวิจัยที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันได้เท่ากับ 0.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42 ราย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้คำนึงถึงประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลักประโยชน์ เสมอภาค เคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และได้เสนอขอการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครพนม รหัส NP-EC11-No.40/2566 เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น

2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตามทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing :MI) ของมิลเลอร์และโรลนิกเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย มีองค์ประกอบหลักของการสนทนา 3 ขั้นตอนย่อย (semi structure) คือ

1) engagement คือ การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบำบัด ผ่านการสนทนาเรื่องที่ผู้รับบำบัดให้ความสำคัญ หาข้อตกลงเพื่อกำหนดทิศทางการสนทนาสู่เป้าหมายที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดย ค้นหาข้อดีและชื่นชม

2) Fight Out and strengthen คือ การค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น โดยการถามคำถามกระตุ้นและจูงใจให้ผู้รับบำบัดได้คิดและพูดคำพูดที่บ่งบอกถึงความตั้งใจเป้าหมายวิธีการ ที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมออกมาเป็นคำพูดที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3) advice with menu คือการให้ข้อมูลแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเป้าหมายของผู้รับบำบัด โดยนายแพทย์ เท็ดคักดี เดชคง ได้นำมาปรับรูปการสนทนาให้เป็นโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น ใช้ เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความตระหนักในความเลวร้ายหรือปัญหาที่มองข้ามไป และรับทราบแนวทางการแก้ไขโดยใช้ทักษะ 3As คือ

3.1) Affirmation การชื่นชมในความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ ผลลัพธ์ที่ดี

3.2) Ask การใช้คำถามกระตุ้น หรือสร้างแรงจูงใจ และ

3.3) Advice การให้คำปรึกษาโดยมุ่งหวังกระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิตและนำมาเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตโดยการจัดการตนเอง ซึ่งในระหว่างการสนทนาผู้ป่วยจะมีคำพูดที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะ เปลี่ยนแปลงตนเอง คำพูดเหล่านี้เป็นสัญญาณที่จะบอกผู้วิจัยว่าได้บรรลุเป้าหมายเบื้องต้นแล้ว ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้นจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 -10 นาที ทุก 1 เดือน เมื่อมาตรวจตามนัด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว น้ำหนักส่วนสูง ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง ประยุกต์จากแนวคิดของแนวคิดของ Creer¹¹ จำนวน 50 ข้อ 6 ด้าน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินผล และการประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติและการประเมินผล โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีการแปลผลค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ที่ควบคุมไม่ได้ โดยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของบลูมดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.21-5.00) มาก (3.41-4.20) ปานกลาง (2.61-3.40) น้อย (1.81-2.60) น้อยที่สุด (1.00-1.80)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ท่าน จากนั้นจึงนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงก่อนนำไปทดสอบความเป็นปรนัยต่อไป การตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) หลังได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการวิจัย ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างโดยทีมผู้วิจัยเพื่อให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทุกระดับชั้นตอนได้เองทุกระดับชั้นตอนได้จริง

ด้านความตรงตามเนื้อหาของ (content validity) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของณัฐธิดากันสาตร์, ชมนาด วรธนพรศิริ, สุภาพร แนวบุตร 2559¹² นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

วิธีการรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองทุกครั้ง เพื่อจัดกิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการนัดหมายก่อนวันเข้ารับบริการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อพูดคุยสร้าง

สัมพันธภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นจึงเริ่มต้นสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ใช้เวลา 5 ถึง 10 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และมอบคู่มือการดูแลตนเองเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนความรู้ได้อย่างสม่ำเสมอ

ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อสนทนาสร้างแรงจูงใจ ตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น ใช้เวลา 5 ถึง 10 นาที

ครั้งที่ 3 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อสนทนาสร้างแรงจูงใจ ตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น ใช้เวลา 5 ถึง 10 นาที หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22 โดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นของกลุ่มตัวอย่าง โดยทดสอบค่าแบบไม่เป็นอิสระ โดยข้อมูลผ่านตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบค่าที (T-test) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้มาจากการสุ่ม ข้อมูลที่ได้อยู่ในระดับช่วงมาตรา interval scale มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (normal distribution) และไม่ทราบความแปรปรวนของข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 73.8 เพศหญิง ร้อยละ 57.10 มีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.50 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.40

ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.2 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 78.6 ดัชนีมวลกาย (BMI) เกินมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 52.38

2. การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม ก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 3.24$ SD = 0.32 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการตั้งเป้าหมายอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 3.65$ SD = 0.65 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 2.79$ SD = 0.97

3. การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ SD = 0.32 การจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ SD = 0.32 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 4.73$ SD = 0.82 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 3.87$ SD = 0.52

4. เปรียบเทียบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมก่อนและหลัง

ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.024$) (คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา

แบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 3.24$ $SD = 0.32$ และก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ $SD = 0.32$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

การจัดการตนเอง	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t-test	P-value
	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (standard deviation)	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (standard deviation)		
การตั้งเป้าหมาย	3.65	0.65	4.65	0.25	11.18	.001
การเก็บรวบรวมข้อมูล	2.79	0.97	3.87	0.52	10.66	.000
การประมวลผลและการประเมิน ข้อมูล	2.94	1.12	4.30	0.41	10.47	.000
การตัดสินใจ	3.51	0.73	4.63	0.22	10.94	.001
การปฏิบัติ	3.32	0.63	4.73	0.82	9.87	.157
การประเมินผล	3.27	0.62	4.55	0.20	14.23	.015
การจัดการตนเองโดยรวม	3.24	0.32	4.45	0.32	17.91	.024

อภิปรายผลการวิจัย

1. การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม ก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น $\bar{X} = 3.24$ $SD = .32$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Chodsh, et al.¹³ ที่ได้ศึกษาการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังโดยการทบทวนจากการวิจัยที่ผ่านมาในช่วงปี 2004 จำนวน 87 รายการ พบว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการลดความดันโลหิต นอกจากนี้ในวารรัตน์ จันทานนท์ บุษราคม

สิงห์ชัย วิวัฒน์ วรวงษ์¹⁴ ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชนบทมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขน้อยกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ การศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท ปัจจัยเสริมด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันจึงส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร

การจัดการตนเองเป็นเป็นแนวคิดที่ช่วยสร้างให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เพื่อควบคุมโรคสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม สามารถประเมินและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

เพื่อนำไปสู่การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี¹⁵ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จึงมีการจัดการตนเองในระดับปานกลางเท่านั้น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานคือพบสูงถึงร้อยละ 52.38 นับเป็นตัวบ่งชี้ถึงการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม มีภูมิสำเนาในจังหวัดนครพนม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย อาหารพื้นบ้านส่วนใหญ่มีรสเค็ม มีปริมาณโซเดียมที่สูง เช่น ส้มตำ ของหมักดอง มีลักษณะส่วนประกอบที่น้อยและเรียบง่าย ส่วนใหญ่จึงเติมผงชูรสลงไปให้อาหารในปริมาณมากเพื่อเพิ่มรสชาติ จึงส่งผลให้ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีรายได้น้อย คือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 78.6 วิถีชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเลือกซื้ออาหารปรุงสุกที่แบ่งขายเพราะราคาประหยัดกว่าการประกอบอาหารเอง จึงส่งผลให้การจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตเป็นไปได้ยาก ส่งผลให้การจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ถึงแม้จะมีเป้าหมายที่อยากจะทำปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการตั้งเป้าหมายอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 3.65$ SD = 0.65 นอกจากนี้การมารับการรักษาผ่านทางคลินิกความดันโลหิตสูง มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาปริมาณมากในเวลาอันเร่งรีบ จึงทำให้ได้รับข้อมูลตลอดจนการซักถามข้อสงสัยต่างๆที่เกี่ยวข้องน้อยลง ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 73.8 การศึกษาในระดับประถมศึกษา การเข้าถึงข้อมูล การบันทึกข้อมูล จึงไม่เพียงพอ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 2.79$ SD = 0.97

2. การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น มีคะแนน

เฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ SD = 0.32 การจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ SD = 0.32 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 4.73$ SD = 0.82 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 3.87$ SD = 0.52 จะเห็นได้ว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็นไปตามทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาแบบ มีทิศทาง เน้นการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจ โดยไม่เกิดความลังเล เนื่องจาก โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น 3 ครั้ง ในแต่ละครั้ง เน้นการใช้ทักษะ 3As คือ 1) Affirmation การชื่นชมเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ 2) Ask การใช้คำถามเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจให้ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต โดยพบว่าสิ่งสำคัญในชีวิตหรือแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ไม่อยากมีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง ไม่อยากเป็นภาระกับบุตรหลาน อยากอยู่กับคนที่รักไปนานๆ และอยากอยู่เพื่อแบ่งเบางานแก่ลูก เช่น ต้องดูแลหลาน ต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วย เป็นต้น ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดแรงจูงใจ และ 3) Advice ทักษะการให้คำปรึกษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิต มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความดันโลหิต เช่น รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ลดการรับประทานอาหารเค็ม ควบคุมปริมาณอาหารติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้านและเพิ่มการออกกำลังกายมากขึ้น จึงส่งผลให้ค่าคะแนนการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้น

3. เปรียบเทียบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.024$) (คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 3.24$ $SD = 0.32$ และก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ $SD = 0.32$) สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี ปลายยอด อรสา พันธักดี ชีวรัตน์ ต่ายเกิด¹⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคือผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้จำนวน 50 ราย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น สร้างโดย เทอดศักดิ์ เดชคง จากทฤษฎีการสนทนา สร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และ โรลนิก โดยใช้ทักษะ 3As คือ 1) Affirmation 2) Ask 3) Advice จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาที ทุก 2 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตและแบบบันทึกการให้คำปรึกษาแบบสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test และ Chi-square ผลการศึกษพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กิริยา อรุณแสงสด วันทนา มณีศรีวงศ์กุล อรสา พันธักดี¹⁷ ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แรงจูงใจต่อการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิต และระดับความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาตรวจที่แผนกตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก จ.นราธิวาส โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผลการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง แรงจูงใจในการรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง $SBP < 140$ mmHg คิดเป็น ร้อยละ 87.3, 86.3, และ 86.1 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับ ร้อยละ 65.8, 72.1, และ 83.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมถึงผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ต้องการการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง¹⁸⁻²⁰ เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้ใช้เวลาสั้นและสามารถปรับให้สอดคล้องไปกับระยะเวลาการนัดของผู้ป่วยในภาวะปกติ จึงสามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ต้องการปรับพฤติกรรมได้

ข้อเสนอแนะ

1. การให้คำปรึกษาแบบสั้นส่งผลให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีระดับคะแนนที่สูงขึ้น จึงควรสนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานนำไปใช้ โดยการฝึกอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มารับบริการสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

2. จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวมากเกินไปเกินมาตรฐานซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงเท่านั้น ดังนั้นควรสนับสนุน

ให้มีคลินิกเฉพาะด้านและพัฒนาโปรแกรมควบคุม น้ำหนักตัวเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตาม เกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น

3. การให้คำปรึกษาแบบสั้น จำเป็นต้องให้ ความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยผ่อนคลาย ไม่กังวลเรื่องการ เปิดเผยความลับ ดังนั้นควรจัดให้มีห้องรับคำปรึกษา

ในแผนกผู้ป่วยนอกจะช่วยให้การให้คำปรึกษาแบบสั้น เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. การรวบรวมข้อมูลเป็นการจัดการตนเองที่มี ค่าคะแนนต่ำสุดไม่ว่าจะเป็นก่อนหรือหลังได้รับ โปรแกรม ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มมากขึ้น หรือพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มทักษะการรวบรวมข้อมูล สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข. ประเด็นรณรงค์เนื่องในวันความดันโลหิตสูงโลก ประจำปี 2561. 2561 [16 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease.
2. World Health Organization (WHO). A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis. 2013. [16 Oct 2020]. Available from: apps.who.int/iris/handle/10665/79059
3. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.). โรคไม่ติดต่อ. 2563 [16 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
4. Lorig K, Holman HR. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. 2003. [16 Oct 2020]; 26: 1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1207/S15324796ABM260101>
5. Otang-Mbeng W, Otunola GA, Afolayan AJ. Lifestyle factors and co-morbidities associated with obesity and overweight in Nkonkobe Municipality of the Eastern Cape, South Africa. *J Health Popul Nutr*. 2017; 36: 22. doi: 10.1186/s41043-017-0098-9.
6. Rubak S, Sandback A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*. 2005; April: 305–11.
7. เทอดศักดิ์ เดชคง. ผลของการสนทนา สร้างแรงจูงใจต่อการลดค่าซิสโตลิก ในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง. *กระป๋องเวชสาร*. 2563; 3: 19–26.
8. Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. 3rd New York: Guilford Press; 2013. 449 pages.
9. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. International society of hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*. 2020; 75: 1334–57. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.
10. เทอดศักดิ์ เดชคง. คู่มือการให้คำปรึกษาเพื่อ สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (Motivational Counseling) สำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบสาธารณสุข. *โครงการพัฒนาการศึกษาวิจัยอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรม*; 2556.
11. Creer LT. Self-management to chronic illness. *Handbook of self-regulation*. California: Academic. 2000. 816 pages.

12. ณัฐธิดา กันสาตร์, ชมนาด วรณพรศิริ, สุภาพร แนวบุตร. การศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ในจังหวัดนครสวรรค์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2559; 10: 25–34.
13. Chodsh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttorp MJ, Hillon L. Meta-Analysis: Chronic disease self-management for older adults. Annals of internal medicine. 2005; 143: 427–38.
14. เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย, วิวัฒน์ วรวงษ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. KKU Res. J. 2554; 16: 749–58.
15. ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธานท์. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; เชียงใหม่: 2551. 106 หน้า.
16. จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธักดี, ชีวรัตน์ ต่ายเกิด. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัว และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. Nurs Res Inno J. 2013 [1 Nov 2023]; 18: 223–36. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/8957>
17. กิรณา อรุณแสงสด, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, อรสา พันธักดี. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้ แรงจูงใจ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2557; 28: 129–44.
18. กมลพรรณ วัฒนากร, อาภรณ์ ตีนาน, สายใจ พัวพันธ์, Schneider JK. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานคน ไทยที่มีภาวะอ้วน. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2556; 17: 356–70.
19. รัชนี อุทัยพันธ์, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556; 27: 136–48.
20. องค์อร ประจันเขตต์. ผลของการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยมหิดล; กรุงเทพฯ: 2551.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม

สุพัตนา โกพล¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ต่อความรู้ การปฏิบัติ การจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 23 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต แบบสอบถามการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และแบบบันทึกอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบวิลคอกซัน และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐานความรู้ในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมจาก 10.00 คะแนน เป็น 17.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20.00 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตถูกต้องมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมจาก 23.00 คะแนน เป็น 29.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30.00 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และทำให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรมลดลงจากร้อยละ 12.50 เป็นร้อยละ 7.14 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า การดำเนินโปรแกรม ทำให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้น และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรมได้ จึงควรนำรูปแบบโปรแกรมนี ไปใช้ในการเพิ่มพูนความรู้และการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรมแห่งอื่น

คำสำคัญ: โปรแกรม, การจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต, พยาบาล

วันที่รับบทความ

27 ธันวาคม 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

8 กุมภาพันธ์ 2567

วันที่ตอบรับบทความ

19 กุมภาพันธ์ 2567

¹โรงพยาบาลนครพนม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: ying-supattana20@gmail.com, โทร. 099-4474641

Effectiveness of Management Program for Patients with Sepsis Among Medical Ward Nurses

Supattana Kopon¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine the effectiveness of the management program for patients with sepsis on knowledge, practices, and sepsis mortality rate in a medical ward in a general hospital during October to December 2023. The study sample consisted of 23 medical ward nurses. The research instruments included the patients with sepsis management program, a demographic data questionnaire, a knowledge test, a practice questionnaire, and a sepsis mortality form. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed-rank test, and Chi-square test.

The research results revealed that after implementing the program, the participants significantly increased their median knowledge scores on management for patients with sepsis compared with before implementation, from 10.00 to 17.00 out of 20.00 points ($p < .001$), and the median practice scores for management of patients with sepsis significantly increased compared with before implementation, from 23.00 to 29.00 out of 30.00 points ($p < .001$). The mortality of sepsis in a medical ward significantly decreased compared with before implementation, from 12.50% to 7.14% ($p < .001$).

This research suggests that the program could improve knowledge and practices in the management of patients with sepsis among nurses, and reduce the mortality of sepsis in a medical ward. This program should be implemented to promote knowledge and practices in the management of patients with sepsis in other medical units.

Keywords: Program, Management of Patients with Sepsis, Nurses

Received
27 December 2023

Revised
8 February 2024

Accepted
19 February 2024

¹ Nakhon Phanom Hospital, Corresponding author, e-mail: ying-supattana20@gmail.com, Tel. 099-4474641

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อในร่างกายทำให้เกิดการสูญเสียความคงตัวของเส้นเลือดและนำไปสู่การแพร่ของน้ำออกนอกเส้นเลือดไปช่องว่างระหว่างเซลล์ ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในกระแสโลหิตร่วมกับการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลงและตามมาซึ่งการล้มเหลวของระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย จนเกิดภาวะช็อกและอาจคุกคามถึงแก่ชีวิตได้¹ จากรายงานการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 1990 – 2017 พบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตจำนวน 48.9 ล้านคน ส่วนใหญ่พบในกลุ่มประเทศแอฟริกา เอเชียใต้ เอเชียตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้² สำหรับประเทศไทย จากรายงานการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตจำนวน 77,685 คน³ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลที่นานขึ้น⁴ และเสี่ยงต่อเสียชีวิต⁵ และยังกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย⁶

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต คือ 1) ผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้น 1.38 เท่า⁷ 2) การมีโรคประจำตัว เช่น โรคตับแข็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น⁸⁻¹⁰ และ 3) การใส่สายหัตถการต่างๆ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการใส่สวนปัสสาวะ เป็นต้น¹¹⁻¹² อาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น¹³ ระบบภูมิคุ้มกันจึงมีกระบวนการตอบสนองต่อเอ็นโดทอกซิน(endotoxin) ส่งผลให้ร่างกายหลั่งสารเคมีไปกระตุ้นกระบวนการอักเสบ (mediators of inflammation) ทั่วร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากขึ้น โดยพบว่าหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นหน่วยงานที่พบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตสูง ดังนั้น บุคลากรสุขภาพจะต้อง

มีความรู้และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างเคร่งครัด

จากการทบทวนแนวปฏิบัตินานาชาติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 2016¹⁵ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับความหมาย เกณฑ์การวินิจฉัย พยาธิสภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งประกอบด้วย 1) การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 2) การจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และ 3) การจัดการภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

รายงานการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความล้มเหลวของอวัยวะเนื่องมาจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรวดเร็ว (qSOFA) ถูกต้องน้อย ร้อยละ 69.0 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตถูกต้องน้อยร้อยละ 25.0¹⁶ อีกทั้งการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตถูกต้องน้อยร้อยละ 48.2¹⁷ รวมถึงมีการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยมีการคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตไม่ถูกต้องร้อยละ 37.9¹⁸ และมีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะไม่ทันภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 34.4¹⁹ จะเห็นได้ว่าพยาบาลยังมีความรู้ที่ไม่เพียงพอและมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องด้านการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต อาจเนื่องจากพยาบาลได้รับการเพิ่มพูนความรู้ที่ไม่ต่อเนื่อง²⁰ จึงตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติค่อนข้างน้อย ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความไม่มั่นใจและไม่ถูกต้อง²¹ ดังนั้นการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมจึงมีความจำเป็น

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตหลายวิธี เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติการออกมาตรการสื่อสาร การอบรมให้ความรู้ แต่พบว่ายังมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องครอบคลุม¹⁸⁻¹⁹ อาจเนื่องจากวิธีการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติ ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนค่อนข้างน้อย²² อีกทั้งผู้เรียนได้รับการฝึกทักษะหรือการปฏิบัติด้วยตนเองน้อยครั้ง ทำให้ผู้เรียนบางคนเกิดการเรียนรู้ที่แตกต่างกันและตามมาซึ่งการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในบางกิจกรรม²² ดังนั้นจึงต้องมีการนำกระบวนการที่ใหม่และมีประสิทธิภาพมาใช้ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมการเรียนรู้และการปฏิบัติ เพื่อให้พยาบาลได้รับความรู้และการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยให้มีความถูกต้องมากขึ้น

การศึกษาที่ผ่านมาได้นำทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับพยาบาล แต่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของพยาบาลไม่มากนัก และรูปแบบการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นการจัดอบรมให้ความรู้ในรูปแบบบรรยาย ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์²³ มาใช้ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ซึ่งพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2566 ที่ค่อนข้างสูงคิดเป็นร้อยละ 20.49, 20.83 และ 19.65 ตามลำดับ²⁴ โดยกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรม 5 ขั้นตอน จะช่วยให้พยาบาลได้รับการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตด้วยวิธีการใหม่และมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงการ

ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติถูกต้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรมระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

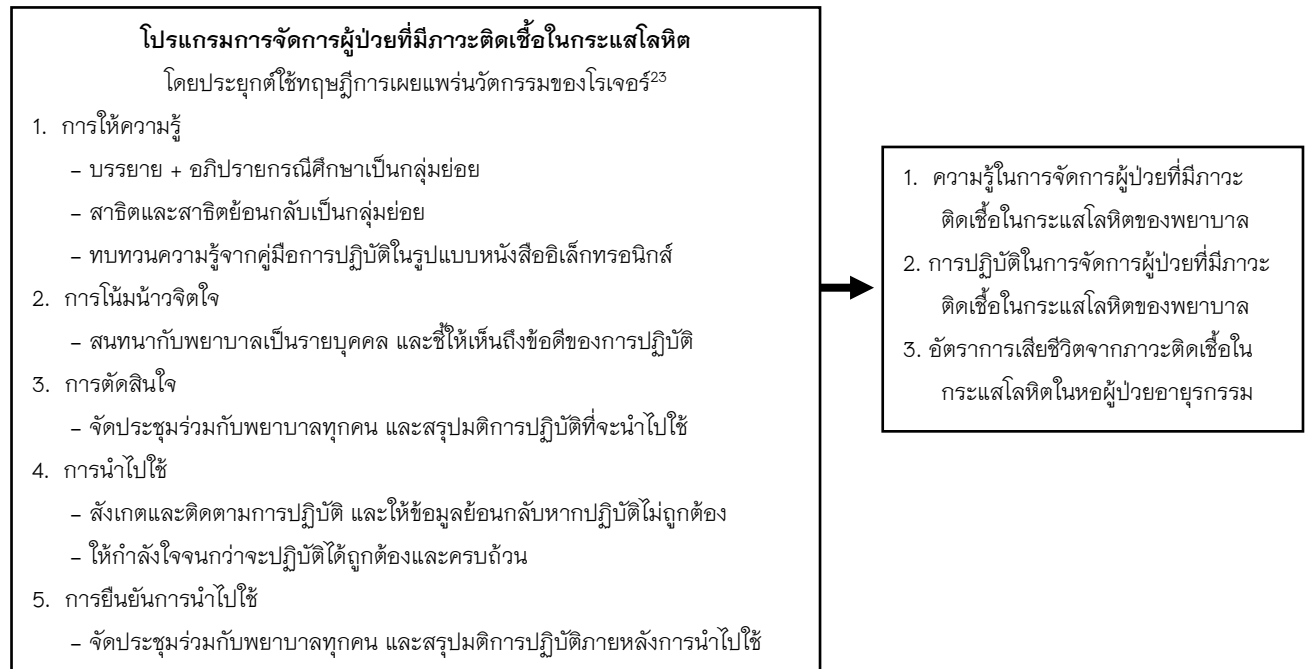
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์²³ มาใช้กับพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การโน้มน้าวจิตใจ 3) การตัดสินใจ 4) การนำไปใช้ 5) การยืนยันการนำไปใช้ โดยต้องคำนึงถึงองค์ประกอบของทฤษฎี ซึ่งประกอบด้วย 1) นวัตกรรม โดยการใช้กระบวนการที่ใหม่สำหรับพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 5 ขั้นตอนร่วมกับการจัดทำคู่มือสำหรับบททวนความรู้การปฏิบัติในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (electronic book [E-book]) 2) การสื่อสาร โดยเปิดโอกาสให้พยาบาลได้ร่วมแสดงความคิดเห็น 3) เวลา ดำเนินกิจกรรมโดยคำนึงถึงระยะเวลาในการยอมรับกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรมซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในแต่ละขั้นตอน 4) ระบบสังคม โดยให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาาร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลตามแนวปฏินานาชาติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ

ในกระแสโลหิตและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 2016¹⁵ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและอาจส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อ

ในกระแสโลหิตในโรงพยาบาลลดลงได้ ดังแสดงในภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ที่มีรูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา คือ 1) พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วงเวลาที่ศึกษาและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง

2) มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างน้อย 3 เดือน

3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย เนื่องจากปฏิบัติหน้าที่บริหารงานในองค์กรเป็นหลัก และพยาบาลที่อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อหรือลาคลอด รวมถึงเกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ พยาบาลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Statistic Power Table ของ Kraemer & Thiernann²⁵ กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 ขนาดอิทธิพลที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ .50 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน และได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย

ของข้อมูลร้อยละ 5²⁵ รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 23 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อแบบคืนที่ (simple with replacement) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่วัฒนธรรมของโรเจอร์²³ ประกอบด้วย 1) แผนการให้ความรู้ โดยใช้วิธีการบรรยายประกอบสื่อการสอนโปรแกรม PowerPoint และยกตัวอย่างกรณีศึกษา รวมถึงการสาธิตและสาธิตย้อนกลับในการปฏิบัติ ได้แก่ การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต การจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และการจัดการภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 2) คู่มือการปฏิบัติในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นนวัตกรรมสำหรับทบทวนความรู้ โดยพัฒนาจากแนวปฏิบัตินานาชาติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 2016¹⁵ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม 5 ขั้นตอน คือ การให้ความรู้ การโน้มน้าวจิตใจ การตัดสินใจ การนำไปใช้ และการยืนยันการนำไปใช้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง การปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรค การได้รับการอบรม/ประชุม เกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต รวมจำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ซึ่งเป็นคำถามแบบหลายตัวเลือก เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วยความหมาย เกณฑ์การวินิจฉัย พยาธิสภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบ การคัดกรอง

และการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต การจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และการจัดการภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต รวมจำนวน 20 ข้อ โดยตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ ประกอบด้วยการคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต การจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และการจัดการภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต รวมจำนวน 10 ข้อ โดยมีการให้คะแนนการปฏิบัติดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน²⁶ แบบสอบถามมีคะแนนรวม 30 คะแนน ซึ่งคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 30 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบบันทึกอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบบันทึกอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแบบเติมคำหรือข้อความ และบันทึกอัตราการเสียชีวิตโดยผู้วิจัยประกอบด้วยรหัส เพศ อายุ อาการสำคัญที่นำส่งโรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค วันที่เข้ารับการรักษา วันที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยอายุรกรรม การรักษาที่ได้รับ การประเมินค่าพารามิเตอร์ ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบการแข็งตัวของเลือด ระบบการทำงานของไต สรุประดับคะแนนความล้มเหลวของอวัยวะจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต และสถานภาพการจำหน่าย โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของสมาคมเวชบำบัดวิกฤต¹⁵ รวม 11 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพเครื่องมือได้รับการประเมินความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอายุรแพทย์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญการใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ 1 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 4 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ และแบบสอบถามการปฏิบัติ เท่ากับ 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบวัดความรู้ และแบบสอบถามการปฏิบัติ มาทดลองใช้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 15 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าเท่ากับ 0.92 อีกทั้งหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.95 จึงนำมาใช้ในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เลขที่ 34/2566 วันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ภายหลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการนำผลการวิจัยไปใช้ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานและการประเมินผลงานของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมีการปกปิดเป็นความลับ โดยใช้บันทึกรหัสแทนแปลผลและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยภายหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน

ใช้เวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ และแบบสอบถามการปฏิบัติ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบเรียบร้อยแล้วให้ส่งแบบสอบถามในซองและปิดผนึกลงในกล่องรับแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ในสัปดาห์ที่ 1 และนำข้อมูลที่ได้มาบันทึกข้อมูลเป็นรหัสแทนชื่อจริง และผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยบันทึกข้อมูลอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตก่อนการใช้โปรแกรมจากข้อมูลเวชระเบียนระหว่างเดือนตุลาคม (ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 – 4) ด้วยตนเองในสัปดาห์ที่ 1

ระยะที่ 2 ดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตตามทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์²³ ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงองค์ประกอบของทฤษฎี

ซึ่งประกอบด้วยนวัตกรรม การสื่อสาร เวลา ระบบสังคม และมีการดำเนินการตามทฤษฎี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้ ใช้เวลา 4 วัน ผู้วิจัยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อยทั้งหมด 4 กลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน และจัดอบรมวันละ 1 กลุ่ม ใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยใช้วิธีการบรรยายประกอบสื่อการสอนโปรแกรม PowerPoint การยกตัวอย่างกรณีศึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยฝึกปฏิบัติ โดยวิธีการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเป็นรายกลุ่ม ทั้งหมด 4 กลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน และจัดอบรมวันละ 1 กลุ่ม ใช้เวลากลุ่มละ 45 นาที และเปิดโอกาสให้ทบทวนความรู้ด้วยตนเองโดยจัดทำคู่มือการปฏิบัติในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

ขั้นตอนที่ 2 การโน้มน้าวจิตใจ ใช้เวลา 5 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลในช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนสะดวก ใช้เวลาประมาณ 30-60

นาที/คน เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติมากขึ้นโดยสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีของการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อมีในกระแสโลหิตเพื่อชักจูงความสนใจและทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติมากขึ้น โดยข้อมูลที่ได้จากการสนทนาจะนำมาใช้วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับทุกคนต่อไปในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจ ใช้เวลา 1 วัน ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับกลุ่มตัวอย่างทุกคนประมาณ 60 นาที โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติที่ได้จากการสนทนาเป็นรายบุคคล และเปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็นและนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกัน เพื่อนำข้อสรุปที่ได้มาเป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อมีในกระแสโลหิตที่จะนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 4 การนำไปใช้ ใช้เวลา 2 สัปดาห์ 3 วัน ผู้วิจัยติดตามและสังเกตการปฏิบัติของทุกคน ผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติตามแนวทางถูกต้องทุกขั้นตอน หากมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องก็จะใช้วิธีการให้ข้อมูลย้อนกลับและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค รวมถึงหาแนวทางแก้ไขปัญหาก็เป็นรายบุคคลและให้กำลังใจจนกว่าจะสามารถปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อมีในกระแสโลหิตได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

ขั้นตอนที่ 5 การยืนยันการนำไปใช้ ใช้เวลา 1 วัน ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับกลุ่มตัวอย่างประมาณ 60 นาที เพื่อสรุปภาพรวมของการปฏิบัติ เพื่อนำข้อสรุปจากปัญหาและอุปสรรคที่ได้มาเป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อมีในกระแสโลหิตเพื่อนำไปใช้

ระยะที่ 3 การประเมินผล ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ภายหลังการดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยมีการประเมินความรู้และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 9 ตามแบบวัดความรู้ และแบบสอบถามการปฏิบัติฯ และบันทึกข้อมูลอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อมี

ในกระแสโลหิตหลังการใช้โปรแกรมจากข้อมูลเวชระเบียนระหว่างเดือนธันวาคม (ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 - 4) ด้วยตนเองในสัปดาห์ที่ 9

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัย การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าคะแนนความรู้มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า คะแนนการปฏิบัติมีการแจกแจงมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test ส่วนการเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สูตรการคำนวณของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)²⁷ จากนั้นเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อมีในกระแสโลหิตระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมโดยนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 23 - 50 ปี ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 35 ปี และสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 100.00 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 91.30 ปฏิบัติงานเป็นเวรผลัดละ 8 ชั่วโมง และมีประสบการณ์การทำงานและเคยดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อมีในกระแสโลหิตระหว่าง 6 เดือน - 27 ปี เฉลี่ย 7.61 ปี อีกทั้งร้อยละ 69.60 ไม่เคยเข้าร่วมอบรม/ประชุมเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อมีในกระแสโลหิตในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากคู่มือแนวปฏิบัติร้อยละ 40.74 นอกจากนี้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติคืออุปกรณ์ทางการแพทย์ชำรุด/ไม่เพียงพอร้อยละ

48.65 และบุคลากรสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 32.43 รวมถึงคู่มือแนวปฏิบัติไม่เพียงพอร้อยละ 18.92 ตามลำดับ

2. ความรู้ในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน

มาตรฐานความรู้ในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นจาก 10.00 คะแนน เป็น 17.00 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม ($n = 23$)

ความรู้	คะแนนเต็ม	คะแนน		Median	Q1–Q3	Wilcoxon signed ranks test	
		ต่ำสุด	สูงสุด			Z	p
ก่อนการใช้โปรแกรม	20.00	8.00	15.00	10.00	9–12	– 4.212	< .001
หลังการใช้โปรแกรม	20.00	15.00	20.00	17.00	16–18		

3. การปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมาตรฐานการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังการใช้โปรแกรมถูกต้องเพิ่มขึ้น

จาก 23.00 คะแนน เป็น 29.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30.00 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพบว่ามีคะแนนการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นในทุกหมวดกิจกรรมดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม ($n = 23$)

หมวดกิจกรรม	คะแนนการปฏิบัติ		Wilcoxon signed ranks test	
	Median (Q1–Q3)			
	ก่อนการใช้โปรแกรม	หลังการใช้โปรแกรม	Z	p
หมวดที่ 1 การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	6.0 (5–7)	9.0 (8–9)	–3.800	< .001
หมวดที่ 2 การจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	8.0 (8–9)	9.0 (9–9)	–3.314	< .001
หมวดที่ 3 การจัดการภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต	9.0 (8–10)	12.0(11–12)	–4.157	< .001
รวม	23.0(21–25)	29.0(29–30)	–4.214	< .001

4. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมลดลงจาก

ร้อยละ 12.50 เป็นร้อยละ 7.14 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของหอผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม (n = 23)

การใช้โปรแกรม	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในช่วงเวลาที่ศึกษา	อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (ร้อยละ)	Chi-square	
	(ราย)	(ราย)		χ^2	p
ก่อนการใช้โปรแกรม	3	24	12.50	.427	< .001
หลังการใช้โปรแกรม	2	28	7.14		

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐานความรู้ในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยเนื่องจากโปรแกรมการจัดการส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องของพยาบาล โดยมีนวัตกรรมกระบวนการ (process innovation) ที่สามารถถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้อง ในรูปแบบใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเน้นกิจกรรมการมีส่วนร่วมและเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติ ให้เกิดการรับรู้และเรียนรู้เนื้อหาอย่างถูกต้อง โดยคำนึงถึงระยะเวลาในการยอมรับกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรม ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยมีการบรรยายประกอบสื่อการสอนโปรแกรม PowerPoint เป็นกลุ่มย่อย ซึ่งเป็นสื่อที่มีเนื้อหาและภาพประกอบ ทำให้ผู้เรียนเกิดการจดจำและเรียนรู้เนื้อหาจากการรับฟังคำอธิบายและเห็นภาพที่สามารถเข้าใจได้ง่าย²² และผู้วิจัยกระตุ้นการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เปิดโอกาสให้ร่วมอภิปรายกรณีศึกษา ทำให้ผู้เรียนได้ฝึกคิดและวิเคราะห์ ให้เกิดการเรียนรู้ จดจำ และเข้าใจได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเป็นกลุ่มย่อยได้ฝึกทักษะและการปฏิบัติด้วยตนเอง ช่วยให้เข้าใจ

ทักษะที่ซับซ้อนโดยง่ายและสามารถจดจำเนื้อหาได้ดีมากขึ้น²⁸ นอกจากนี้คู่มือการปฏิบัติในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นนวัตกรรมการเรียนรู้ (product innovation) ที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากมีเนื้อหาที่เข้าใจง่ายเมื่อนำกลับไปทบทวนความรู้ด้วยตนเอง²⁹ และผู้เรียนสามารถพัฒนาความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้ทุกที่ทุกเวลา ซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรม ช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้และมีความรู้ที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ

จะเห็นได้ว่านวัตกรรมกระบวนการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ในรูปแบบการมีส่วนร่วม และดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยคำนึงถึงระยะเวลาในการยอมรับกระบวนการเผยแพร่ นวัตกรรมตามคุณลักษณะของผู้ยอมรับนวัตกรรมในแต่ละบุคคล²³ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถและให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติและรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากกระบวนการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดการยอมรับนวัตกรรมกระบวนการในครั้งนี้ว่าเป็นวิธีการที่ดีและสามารถเพิ่มพูนความรู้ในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับ

ผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Dodson พบว่า บทเรียนศึกษาต่อเนื่องที่มีกระบวนการโต้ตอบระหว่างกันทำให้คะแนนความรู้ของพยาบาลมะเร็งมีความรู้เกี่ยวกับเภสัชพันธุศาสตร์เคมีบำบัดเพิ่มขึ้น

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากเป็นโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาล โดยกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรมกระตุ้นให้มีส่วนร่วมและมีวิธีการฝึกปฏิบัติที่สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงระยะเวลาในการยอมรับกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรมตามคุณลักษณะของผู้ยอมรับนวัตกรรมในแต่ละบุคคล²³ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินานาชาติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 2016¹⁵ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

สำหรับการดำเนินโปรแกรมในขั้นตอนการให้ความรู้ โดยมีกระบวนการที่สนับสนุนให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในรูปแบบที่แตกต่างจากเดิม และเพิ่มความสามารถในการจดจำเนื้อหาโดยการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนร่วมอภิปรายกรณีศึกษาและลงมือฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง อีกทั้งให้อิสระในการทบทวนความรู้จากคู่มือการปฏิบัติได้ตามต้องการ ทำให้ผู้เรียนเกิดการตอบสนองต่อการเรียนรู้ตามคุณลักษณะของผู้ยอมรับนวัตกรรมในแต่ละบุคคล²³ กลุ่มตัวอย่างจึงเกิดความตระหนักและมีแรงจูงใจที่จะนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องและขั้นตอนการโน้มน้าวจิตใจ โดยมีกระบวนการที่สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนมุมมองข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติ และช่วยให้ผู้เรียนเกิดการวิเคราะห์และตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติ ทั้งนี้อาจต้องใช้เวลาในการโน้มน้าวจิตใจ

ที่แตกต่างกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนเกิดทัศนคติที่ดีและยอมรับการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ²³

รวมถึงขั้นตอนการตัดสินใจ โดยมีกระบวนการที่ทำให้ได้รับความรู้ที่ถูกต้องอย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ได้ร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุที่ได้จากการสนทนาเป็นรายบุคคลและการเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและตามมาซึ่งการยอมรับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติมากขึ้น และขั้นตอนการนำไปใช้ โดยมีกระบวนการที่ช่วยสร้างทัศนคติที่ดีและเสริมแรงให้มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามมากขึ้น³⁵ โดยคำนึงถึงระยะเวลาในการยอมรับนวัตกรรมตามคุณลักษณะของแต่ละบุคคล²³ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ขั้นตอนการยืนยันการนำไปใช้ โดยมีกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดความตระหนักและยอมรับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการพัฒนาการปฏิบัติและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ส่งผลให้มีคะแนนการปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตถูกต้องเพิ่มขึ้น โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา วงษ์กัญญ์ และคณะ พบว่า สัดส่วนการปฏิบัติของพยาบาลที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะลดลง

3. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีแนวโน้มลดลง สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย อาจเนื่องจากโปรแกรมทำให้เกิดการพัฒนาทางความคิดและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการที่จะปรับเปลี่ยนการปฏิบัติที่ถูกต้องครบถ้วน โดยมุ่งเน้นให้ผู้เรียนรู้และกระตุ้นให้มีส่วนร่วมและเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติงานได้อย่าง

เหมาะสม โดยสอดคล้องกับองค์ประกอบของทฤษฎี เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงระยะเวลาในการยอมรับกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรมที่อาจแตกต่างกันตามคุณลักษณะของผู้ยอมรับนวัตกรรม²³ โดยใช้วิธีการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อยเปิดโอกาสให้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทบทวนความรู้จากคู่มือการปฏิบัติในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการจดจำในเนื้อหา และกระตุ้นให้เกิดความรู้และความเข้าใจในระดับที่เพิ่มขึ้น²² และมีการโน้มน้าวจิตใจให้รับรู้ถึงปัญหาและข้อดีของการปฏิบัติ ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติให้ถูกต้องมากขึ้น รวมถึงผู้วิจัยกล่าวชื่นชม ให้กำลังใจจนกว่าจะสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงเสริมทางบวก และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับและสนทนากับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อหาแนวทางแก้ไขในขั้นตอนการปฏิบัติที่ยังไม่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติด้วยความมั่นใจและครอบคลุมตามแนวปฏิตินานาชาติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 2016¹⁵ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 1) การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 2) การจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และ 3) การจัดการภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ ซึ่งอธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตสามารถส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลด้านการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในผู้ป่วย

อายุรกรรมหญิง โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตจึงมีความสำคัญและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตมาใช้ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในโรงพยาบาลอื่น เพื่อให้มีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตต่อความรู้ การปฏิบัติ และอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยใช้รูปแบบการวิจัยสองกลุ่มและมีการเปรียบเทียบ

2.2 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตต่อความรู้ การปฏิบัติ และอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในระยะยาวหลังการใช้โปรแกรม โดยมีรูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งมีการวัดตัวแปรซ้ำในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

2.3 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตต่อความรู้ การปฏิบัติ และอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในผู้ป่วยกลุ่มอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *JAMA*. 2016; 315: 801–10.
2. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the global burden of disease study. *Lancet*. 2020; 395: 200–11.
3. กระทรวงสาธารณสุข. Service plan sharing. นนทบุรี: กองบริการการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. Shankar-Hari M, Harrison DA, Ferrando-Vivas P, Rubenfeld GD, Rowan K. Risk factors at index hospitalization associated with longer-term mortality in adult sepsis survivors. *JAMA Netw Open*. 2019; 2: e194900.
5. Hajj J, Blaine N, Salavaci J, Jacoby D. The "centrality of sepsis": a review on incidence, mortality, and cost of care. *Healthcare*. 2018; 6: 90.
6. Lakomkin N, Sathiyakumar V, Wick B, Shen MS, Jahangir AA, Mir H, et al. Incidence and predictive risk factors of postoperative sepsis in orthopedic trauma patients. *J Orthop Traumatol*. 2017; 18: 151–8.
7. Angriman F, Rosella LC, Lawler PR, Ko DT, Martin CM, Wunsch H, et al. Risk factors for major cardiovascular events in adult sepsis survivors: a population-based cohort study. *Crit Care Med*. 2023; 51: 471–83.
8. Rhee C, Jones TM, Hamad Y, Pande A, Varon J, O'Brien C, et al. Prevalence, underlying causes, and preventability of sepsis-associated mortality in US acute care hospitals. *JAMA Netw Open*. 2019; 2: e187571.
9. Shibata J, Osawa I, Ito H, Soeno S, Hara K, Sonoo T, et al. Risk factors of sepsis among patients with qSOFA<2 in the emergency department. *Am J Emerg Med*. 2021; 50: 699–706.
10. Conway-Morris A, Wilson J, Shankar-Hari M. Immune activation in sepsis. *Crit Care Clin*. 2018; 34: 29–42.
11. Lima EM, Cid PA, Beck DS, Pinheiro LHZ, Tonhá JPS, Alves MZO, et al. Predictive factors for sepsis by carbapenem resistant gram-negative bacilli in adult critical patients in Rio de Janeiro: a case-case-control design in a prospective cohort study. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2020; 9: 132.
12. Carey MR, Prescott HC, Iwashyna TJ, Wilson ME, Fagerlin A, Valley TS. Changes in self-rated health after sepsis in older adults: a retrospective cohort study. *Chest*. 2020; 158: 1958–66.
13. Szakmany T, Lundin RM, Sharif B, Ellis G, Morgan P, Kopczynska M, et al. Sepsis prevalence and outcome on the general wards and emergency departments in Wales: results of a multi-centre, observational, point prevalence study. *PLoS One*. 2016; 11: e0167230.
14. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive Care Med*. 2017; 43:304–77.

15. ธารทนา วงษ์ทวี, อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, สุนทรี เจียรวิทย์กิจ. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะเซพซิสต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2563; 26: 155–171.
16. นงศ์คราญ วิเศษกุล. การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
17. Rogers EM. Diffusion of Innovations. 5th ed. New York, NY: Free Press; 2003.
18. โรงพยาบาลนครพนม. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง. รายงานการประชุม Service profile หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง; 2566; โรงพยาบาลนครพนม. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม, หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง; 2566.
19. Burns N., Grove S. The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence. 6th ed. St. Louis, MO: Saunders Elsevier; 2009.
20. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
21. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล [Internet]. ฐานข้อมูลสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). 2565 [23 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://data.ha.or.th/dataset/29f685ff-3684-43f1-8287-38df45d10330/resource/b20e4894-9c04-481a-b9e0-8c4f74559ca5/download/01_0302.pdf
22. ปานทิพย์ ฝ่องอักษร, ละเอียด แจ่มจันทร์. การใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์: ถอดบทเรียนจากผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561; 28: 1–9.
23. อนุอมพร เลหาจรัสแสง. นวัตกรรมเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการศึกษาในยุคการเรียนรู้ 4.0. เชียงใหม่: ดองสามดีไซน์; 2561.
24. Dodson C. Oncology nurses' knowledge of pharmacogenomics before and after implementation of an education module. Oncol Nurs Forum. 2018; 45: 575–580.
25. รัฐกรณ์ ตีระพงษ์ศักดิ์, ปฐมา สตะเวทิน. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการใช้จักรยานของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; กรุงเทพฯ: 2558. 119 หน้า
26. Gamble M, Gamble T. Communication Works. 11th ed. New York, NY: McGraw–Hill Professional; 2012.
27. ชุชัย สมธิโก. พฤติกรรมผู้บริโภค. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
28. ปัทมา วงษ์กัญ, วงเดือน สุวรรณศิริ, ณิชกานต์ ทรงไทย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการปฏิบัติของพยาบาลและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562; 37: 26–35.
29. ไวรวิทย์ แสงอลงการ. ใช่! คุณทำได้. กรุงเทพฯ: Mass Publishing; 2559.

ผลของแอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

เบญจมาศ คินันติ¹ นาดีละห์ สาและมิง² มัญชฎา ถาวรวรรณ² ชนิษฐา กลิ่นอัม³
กรกวรรณ ดารุณกร² ประเสริฐ ประสมรักษ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับสื่อความรู้ การดูแลสุขภาพจิต การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการคัดกรองสุขภาพจิต ผ่านทางแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มไม่อิสระต่อกัน ได้เท่ากับ 25 คน สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย รวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความรอบรู้สุขภาพจิตและพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired-Sample T Test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-59 ปี มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุทั้งหมดเฉลี่ย 1 - 9 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้เพิ่มเป็น 69.32 (S.D.=6.84) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.44 (S.D.=6.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิต ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 3.88 (S.D.=0.22) เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 (S.D.=0.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$)

ดังนั้น จึงควรนำรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมและปัญหาด้านสุขภาพด้านอื่น ๆ

คำสำคัญ แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต, ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วันที่รับบทความ

25 ธันวาคม 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

25 มีนาคม 2567

วันที่ตอบรับบทความ

20 มิถุนายน 2567

¹ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์;

benchamas0.13@gmail.com โทร. 094-0169051

² โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ โรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

The Effect of Smartphone Applications on Mental Health Literacy and Mental Health Care Behaviors of Caregivers for Dependent Elderly in Chanuman District Amnat Charoen Province

Benchamas khinanti¹Nadeelah Salaeming² Munchupha Thaworawan² Khanitda Klinom³
Kornkawat Darunikorn² Prasert Prasomruk²

ABSTRACTS

This quasi-experimental research aimed to study the effects of smartphone applications on mental health literacy and mental health care behaviors of caregivers for dependent elderly people in Chanuman district, Amnat Charoen province. The sample group received knowledge media on mental health care, caregivers for the elderly dependent and mental health screening through a smartphone application. The sample size was calculated by comparing means equation of two independent groups, in the total of 25 people, using simple random sampling. Data was collected by using assessment of mental health literacy and mental health care behavior in caregivers of dependent elderly people with a reliability of 0.98. Descriptive and inferential statistics have used to analyzed data with Paired-Sample T Test.

The results indicate that most of the sample group was female, aged 40–59 years. The average caregiving duration for the elderly was 1–9 years. Caregivers generally report happiness in taking care of the elderly. After experiment, the mean score of caregivers increased mental health literacy of increased at 69.32 (S.D.=6.84), compared with before experiment at 53.44 (S.D.=6.17) with a statistically significant (p -value<.001). After experiment, the mean score of caregivers increased mental health caregiving behavior of increased at (3.88, SD=0.22), compared with before experiment at (2.97, SD=0.42) with a statistically significant (p -value<.001).

Therefore, the promotion of smartphone app-based interventions for enhancing mental health knowledge and caregiving behaviors should be applied for various health-related issues.

Keywords Smartphone applications, Mental health literacy, Caregivers for dependent elderly

Received
25 December 2023

Revised
25 March 2024

Accepted
20 June 2024

¹Mahidol University Amnatchareon Campus, Corresponding author e-mail; benchamas0.13@gmail.com Tel. 094-0169051

²Mahidol University Amnatchareon Campus

³Chanuman Hospital, Amnatchreon

บทนำ

เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งในปี 2565 มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี กว่า 12.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 จากประชากรทั้งหมด¹ และมีการคาดประมาณว่าในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super aged society) เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด²

อัตราการพึ่งพิง ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระประชากรสูงอายุและวัยเด็ก 51 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 64 คน ในปี พ.ศ. 2570 โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ระบุถึงตัวเลขประชากรผู้ป่วยติดบ้าน-ติดเตียงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยติดบ้านจำนวน 235,301 ราย ผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 136,677 ราย และคาดการณ์ในอนาคตว่าในปี พ.ศ. 2580 ผู้ป่วยติดบ้านจะเพิ่มเป็น 526,228 ราย ผู้ป่วยติดเตียงเป็น 331,256 ราย และในปี พ.ศ. 2590 ผู้ป่วยติดบ้านจะเพิ่มเป็น 727,103 ราย ผู้ป่วยติดเตียงเป็น 434,694 ราย คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้น 8,000-15,000 คนต่อปี³

โดยในเขตพื้นที่อำเภอชนบท จังหวัดอำนาจเจริญ ในปี 2566 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป) จำนวน 5,200 คน และพบจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 171 คน ข้อมูลจากระบบโรงพยาบาลอำเภอชนบท จังหวัดอำนาจเจริญ⁴ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น การทำงานในระบบต่างๆ ของร่างกายก็เสื่อมถอยลง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ส่งผลทำให้มีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง มีภาวะพึ่งพาต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง ดังนั้นบทบาทของสมาชิกในครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะถูกเรียกว่า “ญาติผู้ดูแล” หมายถึง

ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบญาติ⁵

ข้อมูลจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่าอัตราส่วนเกือหนุนเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงจำนวนประชากรวัยแรงงานที่จะสามารถให้การเกือหนุนผู้สูงอายุ 1 คนได้ ซึ่งผลจากการสำรวจ พบว่าอัตราส่วนเกือหนุนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2537 อัตราส่วนเกือหนุนเท่ากับ 9.3 ลดลงเป็น 3.3 ในปี 2562 นั่นคือ ในปี 2564 ผู้สูงอายุ 1 คน มีประชากรวัยทำงานที่ให้การเกือหนุนเพียงประมาณ 3 คน⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลส่วนหนึ่งลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนผู้ดูแลที่ทำงานอยู่ต้องลงแรงบอ้ยขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบต่องานโดยตรง เนื่องจากมีการใช้เวลาไปทำธุระส่วนตัวมากขึ้น⁷ ซึ่งผู้ดูแลบางคนมีความกังวลในอาการของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สนใจแค่การดูแลผู้สูงอายุจนขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลอาจจะยังไม่พร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากไม่มีความรู้หรือประสบการณ์ในการดูแล⁸ รวมถึงขาดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า หรือรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน อาจเกิดผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแล เช่น อาการเหนื่อย มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ไม่มีเวลาสำหรับตนเองในการที่จะประกอบอาชีพหรือทำหน้าที่ตามบทบาท เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ท้อแท้⁷ อาจเกิดความขัดแย้งได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีอารมณ์ที่ฉุนเฉียวง่าย รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง สูญเสียความเป็นส่วนตัว ซึ่งสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ ถ้าไม่ได้รับการแก้ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และอาจส่งผลกระทบต่อต่อสุขภาพจิตก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า และหากเกิดเรื้อรังก็จะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลดลง

การประเมินและการคัดกรองปัญหาหรือความผิดปกติทางด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล นับว่ามีความสำคัญที่จะช่วยเหลือให้ผู้ดูแลที่เริ่มมีปัญหาทางสุขภาพจิตได้รับการบำบัดอย่างมีคุณภาพ สามารถป้องกันโรคทางจิตเวชได้ เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุตลอดเกือบทั้งวันอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเครียดสะสมจนกลายเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ รวมถึงการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตที่ดีตามมา สามารถป้องกันและรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ในอนาคต การเพิ่มโอกาสและช่องทางการให้ความรู้ คำปรึกษาโดยใช้แอปพลิเคชันเพื่อบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและเพิ่มความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต โดยการนำองค์ความรู้ต่างๆ ในการดูแลสุขภาพจิตตนเองและบุคคลใกล้ชิด การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปถ่ายทอดผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ผู้ดูแลสามารถทบทวนและเรียนรู้ปรึกษาได้ตลอดเวลา จะช่วยส่งเสริมความรอบรู้และศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมการชักผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาและการปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมควบคุมการชักที่ใช้สอนผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ใช้ได้ผลจริง และประสิทธิผลของการอบรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้สื่อแอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟน ต่อระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล⁹ พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงสูงกว่าก่อนการเข้ารับการอบรม จากงานวิจัยทั้งสองเรื่อง

สามารถกล่าวได้ว่า การใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมและพัฒนาความรู้และความเข้าใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เป็นอย่างดี แต่ยังพบการวิจัยและการนำมาขยายผลค่อนข้างน้อย จึงจำเป็นต้องศึกษาผลของแอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟนต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อันจะนำไปสู่รูปแบบการให้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบออนไลน์ การคัดกรองสุขภาพจิต และการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของแอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟนต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอลานสกา จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่สามารถตอบคำถามและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ในพื้นที่อำเภอลานสกา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 171 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติ มีคะแนนแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน
2. มีสมาร์ตโฟน สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้
3. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่วันไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
2. ไม่สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้
3. ไม่สมัครใจและไม่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอนาหมื่น จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (Heinisch, 1965) จำนวน 25 คน โดยสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยกรอบแนวคิด ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการนำสื่อแอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟน ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมและพัฒนาความรู้และความเข้าใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง⁹ เพื่อเพิ่มศักยภาพความรอบรู้และพฤติกรรมทางสุขภาพจิต

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพัฒนาแบบสอบถาม เพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารและตอบคำถามระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่าน LINE Official Account ซึ่งคุณสมบัติการใช้งานแอปพลิเคชันสามารถใช้งานได้ตลอด 24 ชั่วโมง ตามวิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดเพิ่มเติมภายในแอปพลิเคชัน มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 และ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรม “การดูแลสุขภาพจิต ในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองและการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ” และการส่งกำลังใจจากเพื่อนที่ดูแล เวลา 17.30–19.00 น.

สัปดาห์ที่ 2 ระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 และ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรม “การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพและการเผชิญปัญหา” และการส่งกำลังใจจากเพื่อนที่ดูแล เวลา 17.30–19.00 น.

สัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 และ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรม “การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา” และการส่งกำลังใจจากเพื่อนที่ดูแล เวลา 17.30–19.00 น.

สัปดาห์ที่ 4 ระหว่างวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2566 และ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566 การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรม “การดูแลตนเองโดยทั่วไปซึ่งเป็นการดูแลตนเองด้านสุขภาพกาย” และการส่งกำลังใจจากเพื่อนที่ดูแล เวลา 17.30–19.00 น.

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย ข้อความถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล อาชีพหลัก โรคประจำตัว รายได้ ระยะเวลาทั้งหมดที่ดูแลผู้ป่วย ช่องทางการได้รับข่าวสาร

2.2 แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้และความเข้าใจในตัวบุคคลในการตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิตความสามารถในการจัดการและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือดูแลบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ในด้านความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิต (Mental Health Literacy) จากสำนักความรอบรู้สุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทั้ง 6 ด้าน โดยคะแนนของ

ข้อคำถามแต่ละข้อมี 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน
น้อยที่สุดถึงมากที่สุด คะแนนเท่ากับ 1-5

- 1 หมายถึง น้อยที่สุด
- 2 หมายถึง น้อย
- 3 หมายถึง ปานกลาง
- 4 หมายถึง มาก
- 5 หมายถึง มากที่สุด

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิต
พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพจิต หมายถึง
การกระทำหรือการแสดงออกที่สนับสนุนทางด้าน
จิตใจให้ตนเองและผู้อื่น แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิต
ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดการ
ดูแลตนเองด้านจิตใจ¹¹ เพื่อให้ข้อคำถามสอดคล้องกับ
บริบทของกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะคำถามเป็นแบบ
เลือกตอบ 4 ระดับ จากกิจกรรมที่ทำเป็นประจำถึง
ไม่เคยทำเลย มีลักษณะเป็นมาตรประเมินแบบเรียง
อันดับ (Rating scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านทำเป็นประจำทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

บ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านทำบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวันหรือเป็นคราวเท่านั้น

บางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านทำบางครั้ง เว้นระยะไปนานถึงจะทำสักครั้ง

แทบจะไม่ทำหรือไม่เคยทำ หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านแทบจะไม่เคยทำเลยหรือไม่เคยทำเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต (Mental Health Literacy) และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตไปตรวจสอบความตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.98

2. ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลอง (Try Out) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าเท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้การดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่โครงการวิจัย 21/2566 ลงวันที่ 11 สิงหาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อพรรณนาคุณลักษณะประชากร และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired-Sample T Test เพื่อเปรียบเทียบผลของแอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.00 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 68.00 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 32.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 คิดเป็นร้อยละ 40.00 รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 64.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 28.00 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ 1-9 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้โดยอสม. คิดเป็นร้อยละ 84.00 ส่วนใหญ่รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 76.00 และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในรูปแบบบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 36.00

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการทดลองภาพรวมของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึงพิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยเพิ่มเป็น 69.32 (S.D.=6.84) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.44 (S.D.=6.17) โดยมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม

ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในทุกด้านมีความแตกต่างกัน เท่ากับ 15.88 (S.D.=1.95) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง (n=25)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	การทดสอบ	ค่าเฉลี่ย		ค่าต่างค่าเฉลี่ย		t	p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{D}$	S.D.		
ด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการ	ก่อนทดลอง	3.54	0.46	1.12	0.12	0.86	<.001
	หลังทดลอง	4.66	0.44				
ด้านการเข้าใจเนื้อหาความรู้	ก่อนทดลอง	3.54	0.45	1.07	0.14	0.77	<.001
	หลังทดลอง	4.61	0.47				
ด้านการโต้ตอบ ชักถาม	ก่อนทดลอง	3.00	0.50	1.68	0.13	1.39	<.001
	หลังทดลอง	4.68	0.47				
ด้านการตัดสินใจ	ก่อนทดลอง	3.00	0.50	1.60	0.12	1.33	<.001
	หลังทดลอง	4.60	0.50				
ด้านการนำไปใช้	ก่อนทดลอง	3.49	0.51	1.13	0.15	0.81	<.001
	หลังทดลอง	4.62	0.47				
ด้านการบอกต่อข้อมูล	ก่อนทดลอง	3.64	0.47	0.92	0.14	0.62	<.001
	หลังทดลอง	4.56	0.50				
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ก่อนทดลอง	53.44	6.17	15.88	1.95	8.13	<.001
	หลังทดลอง	69.32	6.84				

3. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการทดลอง ภาพรวมของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตหลังการทดลอง เท่ากับ 3.88 (S.D.=0.22) เพิ่มขึ้น

จากก่อนการทดลอง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 (S.D.=0.42) โดยค่าต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมระหว่างก่อนและหลังการทดลองในทุกด้าน มีความแตกต่างกัน เท่ากับ 0.91 (S.D.=0.51) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังทดลอง (n=25)

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	การทดสอบ	ค่าเฉลี่ย		ค่าต่างค่าเฉลี่ย		t	p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{D}$	S.D.		
ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง	ก่อนทดลอง	2.96	0.52	0.86	0.14	5.96	<.001
	หลังทดลอง	3.82	0.34				
ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	ก่อนทดลอง	3.04	0.45	0.80	0.12	6.35	<.001
	หลังทดลอง	3.84	0.34				
ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	ก่อนทดลอง	3.08	0.42	0.82	0.11	7.12	<.001
	หลังทดลอง	3.90	0.28				
ด้านการเผชิญปัญหา	ก่อนทดลอง	3.00	0.50	0.82	0.10	7.91	<.001
	หลังทดลอง	3.82	0.37				
ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม	ก่อนทดลอง	2.90	0.50	1.02	0.11	8.70	<.001
	หลังทดลอง	3.92	0.27				
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	ก่อนทดลอง	2.78	0.75	1.14	0.17	6.62	<.001
	หลังทดลอง	3.92	0.23				
ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป	ก่อนทดลอง	3.08	0.51	0.88	0.10	8.06	<.001
	หลังทดลอง	3.96	0.20				
ภาพรวมพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิต	ก่อนทดลอง	2.97	0.42	0.91	0.51	8.80	<.001
	หลังทดลอง	3.88	0.22				

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการทดลองใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมุ่งสร้างความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต เพื่อที่จะส่งเสริมให้

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตที่ดีตามมา สามารถป้องกันและรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อีก การเพิ่มโอกาสและช่องทางการให้ความรู้ คำปรึกษาโดยใช้แอปพลิเคชัน เพื่อบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและเพิ่มความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตโดยการนำองค์ความรู้ต่างๆ ในการดูแลสุขภาพจิตตนเองและบุคคลใกล้ชิด การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปถ่ายทอดผ่านแอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟน ผู้ดูแลสามารถทบทวนและเรียนรู้ปรึกษาได้ตลอดเวลา จะช่วยส่งเสริมความรอบรู้และศักยภาพในการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตในการดูแลตนเองด้านจิตที่ดีตามมาเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง เท่ากับ 15.88 (S.D.=6.17) โดยก่อนทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 48.00 รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.00 และอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 16.00 ตามลำดับ ซึ่งหลังการทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 69.32 (S.D. = 6.84) จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.44 (S.D.=6.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <.001) และเมื่อพิจารณาารายด้านของความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการโต้ตอบซักถาม เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด เท่ากับ 1.68 (S.D.=0.13) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจ เท่ากับ 1.60 (S.D.=0.12) และด้านการนำไปใช้ เท่ากับ 1.13 (S.D.=0.14) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมการชักผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นและมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาและการปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมควบคุมการชักที่ใช้สอนผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ใช้ได้ผลจริง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.001) และการศึกษาประสิทธิผลของการอบรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือต่อระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล³ ที่พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในการ

ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง หลังได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นสูงกว่าก่อนการเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.01) และจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) อย่างเป็นระบบของ Jorm และคณะ ที่สรุปได้ว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิต จะมีความสามารถในการป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดีจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตที่ดีตามมาและสามารถแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ครอบครัวและเพื่อน เพื่อได้ รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และมีความสามารถในการตัดสินใจในการเลือกรับข้อมูลการดูแลสุขภาพจิตจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ รวมถึงมีความสามารถในการนำข้อมูลวิธีการดูแลสุขภาพจิตและแนวทางการจัดการปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเองได้

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาในครั้งนี้ ภาพรวมของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน โดยค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 2.97 (S.D.=0.42) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 3.88 (S.D.=0.22) โดยค่าต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในทุกด้านมีความแตกต่างกัน เท่ากับ 0.91 (S.D.=0.51) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value<.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโมบายแอปพลิเคชันต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹² พบว่า ภายหลังจากทดลองคะแนนความ

ร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับ โมบายแอปพลิเคชัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.14 (SD=1.17) สูงกว่าก่อนได้รับโอบายแอปพลิเคชัน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 22.03 (SD=2.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$ วิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นกลุ่มผู้ป่วยหลอด เลือดสมองมีการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานยา สามารถกล่าวได้ว่าการใช้แอปพลิเคชันสามารถเพิ่ม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงได้ โดยมุ่งเน้นถึงปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพจิตที่ไม่เหมาะสม ที่ครอบคลุมทั้ง 7 องค์ประกอบ นอกจากแอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟน ต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะมีเมนู ให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การพูดคุยให้คำปรึกษา พูดคุยทั่วไป สื่อวิดีโอให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง

จากการพิจารณาระดับพฤติกรรมการดูแล ตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล ตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงโดยรวมหลังการทดลองเพิ่มขึ้นทุกด้านมากกว่า ก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง⁷ พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีระดับคะแนน เฉลี่ยการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวรายด้านอยู่ในระดับ ปานกลางเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการประเมินระดับความรู้ด้าน สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระหว่างการใช้งาน แอปพลิเคชันเพื่อติดตามการเปลี่ยนของประเมินระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมด้านการ ดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น

2. ในการวิจัยครั้งนี้ ควรขยายระยะเวลาในการ เพิ่มข้อมูลให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มี ความหลากหลายมากขึ้น เช่น สื่อการให้ความรู้ ในรูปแบบวิดีโอ สื่อในรูปแบบกิจกรรมการเล่นเกม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรศึกษาวิจัยเปรียบเทียบสองกลุ่ม ระหว่าง กลุ่ม ผู้ดูแลที่ได้รับ การให้ ความ รู้ ผ่าน แอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟนและกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้รับ การให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟน

2. ควรนำแอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟน ไปประยุกต์ใช้และขยายผลในรูปแบบภาพกว้างในกลุ่ม ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถป้องกัน และรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดได้อีก

3. ควรมีการกำหนดลักษณะของ Caregiver หรือประเภทของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของการดำเนินการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ เป็นผลมาจากความกรุณาของท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชานุมาน ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำแนะนำ ปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ที่สำคัญขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ที่สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ที่ทุก ท่านได้สละเวลาเข้าร่วมตลอดโครงการ จนประสบความสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภิตา ชวนวัน, กาญจนา เทียนลาย, วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ. Research Brief การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกันเพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม. หนังสือและรายงานวิจัย. 2565[27 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. หนังสือและรายงานวิจัย. 2556[13 มีนาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/Report-File-408.pdf>.
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สถิติผู้ป่วยติดบ้าน และผู้ป่วยติดเตียง. 2562[15 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nationalhealth.or.th>.
4. โรงพยาบาลชานุมาน. (2566). ฝ่ายงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก.
5. สายพิน เกษมกิจวัฒนา, ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารสภาการพยาบาล. 2557; 29: 22-31.
6. อัตราส่วนเกือหนุนสำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ
7. Jung-Won L, Zebrack B. Caring for family members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. Health Qual life Outcome. 2004; 2: 1-9.
8. Schure LM, Heuvel ETP, Stewart RE, et al. Beyond stroke: Description and evaluation of an effective intervention to support family caregivers of stroke patients. Patient Education and Counseling. 2006; 62: 46-55.
9. พัชรา เสถียรพัทธ์, โสภภาพันท์ สอาด, รุจิตรา วันวิษา และคณะ. ประสิทธิผลของการอบรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือต่อระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 30: 47-56.
10. ณัฐปณิธ แก้วเงิน, พูลสุข เจนพานิชย์วิสุทธิพันธ์ และอนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์. ผลของโปรแกรมควบคุมการชักผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก. วารสารรามายิณีพยาบาลสาร. 2565; 28: 109-126.
11. จินตนา ยูนิพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534.
12. สุจิตา นครเรียบ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด. วิชชุดา เจริญกิจการ และคณะ. ประสิทธิผลของโมบายแอปพลิเคชันต่อความร่วมมือ ในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2560; 35: 58-69.
13. เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานัต และยารัตน์ มัชฌิม. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วารสารสภาการพยาบาล. 2558; 30: 33-45.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการระงับความรู้สึก ทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลศรีสงคราม: เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

นันจิรา ทาภิระ¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลศรีสงคราม และเพื่อนำผลการศึกษาไปปรับใช้กับแนวปฏิบัติเรื่องการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษเพื่อผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลศรีสงคราม

ผลการศึกษา: จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะครรภ์เป็นพิษ ขณะรอคลอดทารกในครรภ์ไม่เป็นภาวะปกติ (non-reassuring fetal status) กรณีศึกษารายที่ 2 อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนดคลอดและมีภาวะครรภ์เป็นพิษ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และได้รับการพยาบาลระหว่างและหลังให้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานโดยวิสัญญีพยาบาลที่ผ่านการอบรมตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ในครั้งเดียว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งในระหว่างและหลังให้ยาระงับความรู้สึก

สรุปผลการศึกษา: การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคุกคามชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ ดังนั้น วิสัญญีพยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนให้การระงับความรู้สึก รวมถึงความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคที่เปลี่ยนแปลงในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีผลทำให้เสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ตลอดจนมีการฝึกทักษะการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ และสามารถนำความรู้มาเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะ ก่อน ขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึกได้อย่างปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

คำสำคัญ: การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, ผ่าตัดคลอด, กรณีศึกษา

วันที่รับบทความ

12 ธันวาคม 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

2 กุมภาพันธ์ 2567

วันที่ตอบรับบทความ

19 กุมภาพันธ์ 2567

โรงพยาบาลศรีสงคราม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: nanjira.ta061@gmail.com, โทร.061-5163666

Nursing Care of Pregnant Women with Pregnancy Induce Hypertension who Receive General Anesthesia for Cesarean Section at Srisongkram Hospital : Two Comparative Case Studies

Nanjira Takira¹

Abstract

Objective : To study a comparative study of nursing pregnant women with pregnancy induce hypertension who Receive General Anesthesia for caesarean section at Srisongkram Hospital. The results of the study were applied to the practice of systemic anesthesia among pregnant women with preeclampsia for caesarean section at Srisongkram Hospital.

Results : From the comparative study of nursing care in both case studies, it was found that: Case Study 1 Chronic hypertension with superimposed preeclampsia while waiting for delivery, non-reassuring fetal status. Case Study 2 preterm and preeclampsia. Both case studies terminated the pregnancy by caesarean section under general anesthesia., and nursing care during and after standard anesthesia. By nurse anesthesiologists trained according to the Royal College of Anesthesiologists. Intubation can be done at once. No serious complications occur both during and after anesthesia.

Conclusions: General anesthesia in pregnant women with pregnancy induce hypertension. There is a chance of serious complications threatening the life of the pregnant woman and the fetus. So The nurse anesthetist should be knowledgeable about the disease. Treatment and medications received by the patient before administering anesthesia. This includes knowledge of altered anatomy in pregnant women, which results in a difficult risk of intubation. As well as regular intubation skills training to gain expertise. And they can apply their knowledge to the care of patients in the early stages. While and after administering anesthesia safely. And severe complications can be prevented.

Keywords: general anesthesia, pregnancy induce hypertension, Cesarean Section, Case Study

Received
12 December 2023

Revised
2 February 2024

Accepted
19 February 2024

¹Srisongkram Hospital, Corresponding author, e-mail: nanjira.ta061@gmail.com, Tel. 061-5163666

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (pregnancy induced hypertension: PIH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดาและทารกเป็นอันดับ 3 ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 2.1 รองจากการเสียชีวิตและติดเชื้อ¹ ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่รุนแรง ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด ตับวาย ไตวาย เลือดป่วน การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ภาวะน้ำท่วมปอด การมองเห็นผิดปกติ ตกเลือดหลังคลอด ภาวะHELLP syndrome ซัก(Eclampsia) และเสียชีวิต ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอด และทารกตายแรกเกิด² การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์คือการยุติการตั้งครรภ์โดยการทำการคลอดทารกและรก³ โดยแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด การผ่าตัดคลอดจะทำในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ อื่นๆ เช่น fetal distress, severe placental abruption, หรือ ในขณะที่กำลังรอคลอด หญิงตั้งครรภ์มีการดำเนินโรคที่แย่งลง พิจารณาแล้วคาดว่าจะใช้เวลานานกว่าจะคลอดทางช่องคลอดได้⁴

การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัดคลอดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด ความรีบด่วนของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ความต้องการของผู้ป่วย⁵ การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนถึง 16 เท่า⁵ และการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมอง 2 เท่าเมื่อเทียบกับการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน⁶ อีกทั้งการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต(MgSO₄) มีผลทำให้หายหยาบกล้ามเนื้อชนิด

non-depolarizing ออกฤทธิ์ยาวนานมากกว่าปกติ¹ ในปัจจุบันจึงมีความนิยมในลดลง แต่ในรายที่มีข้อห้ามของการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ผู้ป่วยปฏิเสธ หรือเป็นการผ่าตัดที่รีบด่วน ยังมีความจำเป็นต้องใช้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ข้อดีของวิธีนี้คือสามารถทำผ่าตัดได้ทันที ควบคุมการหายใจและระบบไหลเวียนเลือดได้ดี⁵

การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดคลอดจำเป็นต้องประเมินอาการและอาการแสดง ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย รวมถึงความต้องการทางพยาบาลพร้อมทั้งสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรมีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล อายุรแพทย์และกุมารแพทย์ ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการจัดการในการพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก¹

โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในโซนเหนือของจังหวัดนครพนม ดูแลประชากรในพื้นที่อำเภอศรีสงครามและอำเภอใกล้เคียง งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพยาบาลด้านวิสัญญี ในสาขาสูติ-นรีเวชกรรมและสาขาศัลยกรรมตลอด 24 ชั่วโมง มีพยาบาลห้องผ่าตัด 4 คน วิสัญญีพยาบาล 3 คน ไม่มีวิสัญญีแพทย์ ในปี พ.ศ.2563 –2565 ให้บริการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ร้อยละ 10.52 , 6.67 และ 5.56 ตามลำดับ

ถึงแม้ว่าสถิติการให้บริการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉินที่โรงพยาบาลศรีสงคราม

จะมีแนวโน้มลดลง แต่จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คุณคามชีวิตทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ ซึ่งวิสัญญีแพทย์และสูติแพทย์ต้องร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้³ แต่ทั้งนี้การให้การพยาบาลในทุกระยะของการระงับความรู้สึกก็เป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะช่วยดูแล ฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอด เพื่อช่วยเพิ่มพูนความรู้แก่วิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนความรู้เรื่องการรักษาและยาที่ผู้ป่วยได้รับ สามารถนำความรู้ดังกล่าวไปเชื่อมโยงการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และให้การพยาบาลในทุกระยะของการระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัย และสามารถนำความรู้ที่ได้ปรับใช้กับแนวปฏิบัติเรื่องการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษเพื่อผ่าตัดคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลหญิง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.สถานภาพ/อายุ	หญิงไทยคู่ อายุ 35 ปี	หญิงไทยคู่ อายุ 40 ปี
2.ระดับการศึกษา	จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6
3.อาชีพ	เกษตรกร	ค้าขาย
4.สิทธิการรักษา	บัตรทองในจังหวัด	บัตรทองในจังหวัด
5.วันที่เข้ารับการรักษา	27 กันยายน 22566	11 ตุลาคม 2566
6.วันที่เข้ารับการผ่าตัด	27 กันยายน 22566	12 ตุลาคม 2566
7.วันที่จำหน่ายกลับบ้าน	30 กันยายน 22566	15 ตุลาคม 2566

ตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอด

2. เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับใช้กับแนวปฏิบัติเรื่องการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษเพื่อผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลศรีสงคราม

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลศรีสงคราม 2 ราย โดยศึกษาจากประวัติผู้ป่วย พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอด การวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้หลักกระบวนการพยาบาลทั้งก่อนขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลศรีสงคราม เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย จากผลการศึกษาพบว่า

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	มาฝากครรภ์ตามนัด พบความดันโลหิต 173/110 mmHg. ร่วมกับมีอาการท้องแข็งขึ้นก่อนมา 2 ชั่วโมง	มาฝากครรภ์ตามนัด พบความดันโลหิต 180/110 mmHg. ยังไม่เจ็บครรภ์คลอด	
อาการ และอาการแสดง การแรกรับ	รู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกได้ลิ้นปี่ น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 ซม. ดัชนีมวลกาย(BMI) 31.33 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แปลผลคือ อ้วน ระดับ1 (ระหว่างตั้งครรภ์น้ำหนักเพิ่มขึ้น 18 กิโลกรัม) สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย=36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร=98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต =173/110 mmHg. เท้าบวม+1 ทั้ง 2 ข้าง Deep tendon reflex+2 ตรวจปัสสาวะพบ Protine : trace ตรวจปากมดลูก Cervix dilate 1 cm. Effacement 2 5 % Station-2 Membrin Intact	รู้สึกตัวดี ยังไม่เจ็บครรภ์ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกได้ลิ้นปี่ น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 ซม. ดัชนีมวลกาย(BMI) 27.08 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แปลผลคือ น้ำหนักเกิน (ระหว่างตั้งครรภ์น้ำหนักเพิ่มขึ้น 13 กิโลกรัม) สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย=36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร=90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต =180/110 mmHg. เท้าบวม+1 ทั้ง 2 ข้าง Deep tendon reflex+2 ตรวจปัสสาวะพบ Protine 1+ ระดับยอดมดลูก 34 cms. ไม่ได้ตรวจปากมดลูก	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความดันโลหิตสูง มากกว่า 160/110 mmHg. แต่ยังไม่มีอาการนำก่อนภาวะชัก (Eclamsia) คือ เจ็บที่ลิ้นปี่ หรือได้ชายโครงขวารุนแรง ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว มองไม่ชัด อาเจียน hyperreflexia ⁶ กรณีศึกษารายที่ 1 มีดัชนีมวลกาย 31.33 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งการมีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีความเสี่ยงต่อเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถึง 4 เท่า ⁷
ประวัติการ ตั้งครรภ์ปัจจุบัน	-มารดาครรภ์ที่ 4 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 6 วัน โดย Ultrasound กำหนดคลอดวันที่ 12 ตุลาคม 2566 ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 8 ครั้งคุณภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระยะตั้งครรภ์ :ไม่ติดเชื้อโรคติดต่อ ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะและความดันโลหิตสูงขณะอายุครรภ์ 31 สัปดาห์ FBS=204 mg/dL	-มารดาครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 5 วัน โดย Ultrasound กำหนดคลอดวันที่ 13 พฤศจิกายน 2566 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 8 ครั้งคุณภาพ ตรวจพบความดันโลหิตสูงเมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระยะตั้งครรภ์ : ไม่ติดเชื้อโรคติดต่อ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายตรวจพบความดันโลหิตสูงและพบโปรตีนในปัสสาวะขณะตั้งครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ซึ่ง Preeclampsia-eclampsia : ภาวะความดันโลหิตสูงที่จำเพาะกับการตั้งครรภ์ (Pregnancy-induced hypertension; PIH) ร่วมกันมีความผิดปกติของ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
ประวัติการ ตั้งครรภ์ปัจจุบัน (ต่อ)		ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ ขณะอายุครรภ์ 32 ⁺² สัปดาห์ FBS=87 mg/dL OGTT 181 ,192 , 170 mg/dL	ร่างกายในหลายระบบ (multisystem involvement) โดยทั่วไปมักเกิดหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับตรวจพบ โปรตีนในปัสสาวะ ⁴
ประวัติคลอด/ ประวัติการ เจ็บป่วยในอดีต	-ครรภ์ที่ 1-3 คลอดทางช่อง คลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน -เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDMA2) -รับประทานยา Amlodipine 5 มิลลิกรัม 2 เม็ดตอนเช้า เริ่ม รับประทานยา อายุ 33 ปี -ฉีด NPH 8-0-8 SC.เริ่มฉีด เมื่ออายุครรภ์ 29 สัปดาห์	-ครรภ์แรกคลอดทางช่อง คลอด ปี 2547 ไม่มี ภาวะแทรกซ้อน -เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDMA1) -ไม่มียาที่รับประทานประจำ ยกเว้นยาบำรุงครรภ์	กรณีศึกษารายที่ 1 มีโรค ประจำตัวคือความดันโลหิตสูงซึ่ง มีโอกาสเกิดภาวะ Preeclamsia ได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความ ดันโลหิตปกติ 4-5 เท่า ⁴
ประวัติเจ็บป่วย ในครอบครัว	บิดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง พี่สาวเป็นโรคเบาหวาน บุคคล อื่นๆในครอบครัวปฏิเสธโรค ประจำตัวและโรคติดต่อทาง พันธุกรรม	มารดาเป็นโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง บุคคลอื่นๆ ในครอบครัวปฏิเสธโรค ประจำตัวและโรคติดต่อทาง พันธุกรรม	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดความดันโลหิตสูงคือ มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความ ดันโลหิตสูง ผู้ที่มีบิดาและมารดา เป็นโรคความดันโลหิตสูงมี แนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่ ไม่มีประวัติในครอบครัว ⁸
การรักษา	-10%MgSO ₄ 4 กรัม ให้ช้าๆทาง หลอดเลือดดำ -50%MgSO ₄ 40 กรัม ผสมใน 5%DW 1,000 มิลลิลิตร หยด เข้าหลอดเลือดดำ 50 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง -hydralazine 5 มิลลิกรัมทาง หลอดเลือดดำ	-10%MgSO ₄ 4 กรัม ให้ช้าๆ ทางหลอดเลือดดำ -50%MgSO ₄ 40 กรัม ผสม ใน 5%DW 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง -hydralazine 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับยาลด ความดันโลหิตและยากันชัก ปัจจุบันนี้ทางการแพทย์นิยมใช้ MgSO ₄ เป็นยารักษาอาการ PIH เป็นอันดับแรก ยานี้มีฤทธิ์ระงับชัก ลดภาวะ hyperreflexia ลดความ ไวในการตอบสนอง cetylcholine ที่ endplate และลด excitability ของเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ ³

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
การวินิจฉัยและ การผ่าตัด	การวินิจฉัยครั้งแรก : G4P2P1A0L3 GA 37⁺⁶ wks. with GDMA2 with severe pre-eclampsia การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย: G4P2P1A0L3 GA 37⁺⁶ wks. with Advanced maternal age with Gestational Diabetes Mellitus A2 with severe pre-eclampsia with non-reassuring fetal status. การผ่าตัด : Low transverse Cesarean section with TR with appendectomy	การวินิจฉัยครั้งแรก : G2P1P0A0L1 GA 35⁺⁵ wks. with GDMA1 with severe pre-eclampsia with unfavorable cervix การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย: G2P1P0A0L1 GA 35⁺⁵ wks. with Advanced maternal age with Gestational Diabetes Mellitus A1 with severe pre-eclampsia with unfavorable cervix การผ่าตัด : Low transverse Cesarean section with TR	การวินิจฉัย Severe preeclampsia จาก 1.) SBP $\geq$ 160 mmHg หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg 2) มีอาการทางระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ สายตาพร่ามัว มี อาการจุกแน่นลิ้นปี่ ชีพจรหรือ หมดสติ 3) มีโปรตีนออกใน ปัสสาวะปริมาณมากกว่า 5 กรัม ใน 24 ชั่วโมง มี Plt < 100,000 cell/mm มีระดับเอนไซม์ AST และ/หรือ ALT สูงกว่า 70 IU/L Cr > 1.1 mg/dl. ถ้ามีอย่างน้อย 1 ข้อก็ วินิจฉัยเป็น Severe preeclampsia⁷ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัด คลอด ซึ่งการรักษาภาวะความ ดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์คือ การ ยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัด ทารกและรก³

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิต
สูงที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด
คลอดที่โรงพยาบาลศรีสงคราม มีวิธีปฏิบัติดังนี้

1.การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

1.1 การเตรียมผู้ป่วย

1.1.1 การเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกาย

1) ตรวจร่างกายทุกระบบ และตรวจ
mallampati เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วย
หายใจยาก

2) ตรวจสอบการให้สารน้ำทางหลอดเลือด
ดำ ควรใช้ Intravenous catheter เบอร์ 18, 20 ทาง
หลอดเลือดดำ พร้อมต่อ Three Way 2 อัน และต่อ
Extension เพื่อสะดวกในการให้ยาทางหลอดเลือดดำ

3) ตรวจสอบสายสวนปัสสาวะว่าสายอยู่ใน
สภาพดี ไม่หักพับงอ บันทึกปริมาณปัสสาวะตั้งต้น
ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อประเมิน intake, output
ระหว่างการผ่าตัด

4) ตรวจสอบไบเซ็นยินยอมให้ผ่าตัด เพื่อเป็น
หลักฐานป้องกันการฟ้องร้องทางกฎหมาย

5) ตรวจสอบผลตรวจพิเศษต่างๆ และผล
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความ
ผิดปกติของระบบต่างๆ ที่มีผลต่อการเลือกใช้ยาระงับ
ความรู้สึก

6) ตรวจสอบหมู่เลือด ชนิดเลือดและจำนวน
เลือดที่จ้อง ให้ถูกต้องและครบตามคำสั่งแพทย์

1.1.2 การเตรียมผู้ป่วยด้านจิตใจ

เนื่องจากการเป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยบางรายอาจไม่เคยผ่าตัดมาก่อน หรือเคยผ่าตัดมาแล้วแต่ยังมีความกลัวและความวิตกกังวล วิชาชีพพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยดังนี้

1) พุดคุยสร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยกิริยาวาจาที่สุภาพและเป็นมิตร อธิบาย ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลตลอดการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวเมื่อจะฟื้นจากผ่าตัด

2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึก เพื่อคลายความกลัวและความวิตกกังวล

1.2 เตรียมความพร้อมในทีมผ่าตัด

1.2.1 ปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยภายในทีมผ่าตัด และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเตรียมการช่วยเหลือเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน

1.2.2 ประสานงานกับบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการผ่าตัด เช่น ประสานงานกับสูติแพทย์ ผู้ทำการผ่าตัดเพื่อรายงานอาการผู้ป่วยให้แพทย์ทราบทุกระยะ ประสานงานกับหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับส่งผู้ป่วย ส่งต่อการดูแลและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น

1.3 เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์และยาระงับความรู้สึก

1.3.1 ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องให้ยาระงับความรู้สึกให้อยู่ในสภาพเรียบร้อย และพร้อมที่จะใช้งาน โดยดูแลการไหลและปริมาณของก๊าซออกซิเจนและไนตรัสออกไซด์ ตรวจสอบข้อต่อต่างๆ ตรวจสอบสภาพการใช้งานของสารดูดซับคาร์บอนไดออกไซด์ (Soda lime) ให้อยู่ในสภาพปกติ

1.3.2 เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้ยาระงับความรู้สึก ดังนี้

1) Laryngoscope พร้อม Blade ชนิดโค้งและตรง เบอร์ 3 จำนวน 1 ชุด

2) ท่อช่วยหายใจ(Endotracheal tube) ชนิด portex tube เบอร์ 6.5 ใส่ gide wide ไว้ด้านใน พร้อมทดสอบการรั่วของท่อช่วยหายใจ และเตรียมท่อช่วยหายใจขนาดเล็กกว่า 1 เบอร์ อีก 1 อัน

3) Oropharyngeal airway เบอร์ 4 จำนวน 1 อัน

4) สายดูดเสมหะ เบอร์ 16 ต่อเข้ากับเครื่องดูดเสมหะพร้อมใช้งาน

5) Xylocaine jell หรือ K-Y jelly ไว้สำหรับหล่อลื่น Endotracheal tube

6) กระบอกฉีดยา 10 มิลลิตร สำหรับใส่ลม (Blow cuff) ที่ปลายท่อช่วยหายใจ

7) พลาสเตอร์ สำหรับติดท่อช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุด

8) หูฟัง (Stethoscope) ใช้ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ

9) Anesthesia face Mask เบอร์ 3,4 เลือกใช้ขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วย ใช้สำหรับครอบปากและจมูกผู้ป่วยเพื่อให้ออกซิเจน

10) เตรียมสารน้ำ เลือดและยาที่จำเป็นอื่นๆ ไว้ใช้กรณีฉุกเฉิน เช่น Ephedrine Adrenaline , NaHCO₃ และ Dexamethasone เป็นต้น

1.3.3 เตรียมอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพและอาการผู้ป่วยที่ใช้ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกได้แก่

1) หูฟัง (Stethoscope)
2) เครื่องวัดความดันโลหิต
3) เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Monitor)
4) เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง (Oxygen saturation)

5) การบันทึกจำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมง ค่าปกติ 0.5-1.0 ลิตร/ชั่วโมง

6) การคลำชีพจร ดูสีผิว ดูการไหลเวียนของเลือดส่วนปลาย

1.3.4 เตรียมยาระงับความรู้สึก

จัดเตรียมยาต่างๆ ให้พร้อมใช้ โดย เขียนชื่อยา และขนาดของยา ติดกำกับไว้ ดังนี้

1) Propofol ขนาด 10 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ใส่ syringe ขนาด 10 มิลลิลิตร ใช้เป็นยานำสลบ ขนาดที่ใช้ 1-1.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ติดป้ายสีเหลือง

2) Succinyl Choline ขนาด 50 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ใส่ syringe ขนาด 2 มิลลิลิตร เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อ ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้ขนาด 1-1.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ติดป้ายสีเทา

3) Narcotic สำหรับควบคุมระดับระดับความรู้สึกเจ็บปวด โดยให้ Morphine ผสมเป็นขนาด 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ใส่ syringe ขนาด 10 มิลลิลิตร ใช้ขนาด 0.1-0.2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ติดป้ายสีฟ้า

4) Muscle relaxant ใช้เป็น Cisatracurium เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อกลุ่ม non depolarizing muscle relaxant ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร เตรียมใส่ syringe 5 มิลลิลิตร ใช้ขนาด 0.1-0.15 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ติดป้ายสีแดง

5) Midazolam ขนาด 0.05 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม โดยติดป้ายสีส้ม

6) Atropine 1.2 มิลลิกรัม และ Prostigmine 2.5 มิลลิกรัม เตรียมไว้เป็นยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาหายใจได้เอง ติดป้ายสีเขียว

7) Syntocinon ขนาด 3 ยูนิต ใส่ syringe ขนาด 3 มิลลิลิตร ติดป้ายสีขาว

8) Syntocinon ขนาด 17 ยูนิต ผสมใน 5%DN/2 1000 มิลลิลิตร ติดป้ายสีขาว

2. การพยาบาลขณะให้ยาระงับความรู้สึก

2.1 ระบายน้ำสลบ

2.1.1 ให้ผู้ป่วยหายใจด้วย 100% ออกซิเจน 6 ลิตร ผ่าน Anesthesia face Mask นาน 3-5 นาที

2.1.2 หยุดให้ยา $MgSO_4$ ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

2.1.3 นำสลบด้วย Propofol 1-1.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และให้ Succinylcholine 1-2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทันที

2.1.4 ทำ Crico-esophageal compression โดยให้ผู้ช่วยกดนิ้วมือลงไปตรงกระดูก cricoid ซึ่งเป็น

การกดส่วนต้นของหลอดอาหาร และไม่ต้องบีบถุงลมช่วยหายใจ เริ่มกดตั้งแต่เริ่มให้น้ำสลบ

2.1.5 ใส่ท่อช่วยหายใจทันทีเมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจ จากนั้นฉีดลมเข้า cuff ของท่อช่วยหายใจให้พอดี(minimal leakage) ให้ผู้ช่วยปล่อยมือจากการกดแล้วต่อท่อช่วยหายใจเข้ากับเครื่องดมยาสลบ บีบถุงลมช่วยหายใจ ใช้หูฟังตรวจสอบตำแหน่งปลายท่อช่วยหายใจ โดยฟัง 5 จุด คือ กระเพาะอาหาร ฟังปอด Upper lobe 2 ข้าง และ Lower lobe 2 ข้าง

2.1.6 ใส่ Oropharyngeal airway แล้วยึดท่อช่วยหายใจด้วยพลาสติกให้เรียบร้อย

2.2 การรักษาาระดับการให้ยาระงับความรู้สึก

2.2.1 เปิดก๊าซไนโตรสออกไซด์ 50% ออกซิเจน 50% Total flow ไม่น้อยกว่า 1 ลิตร เปิด Inhalation วัดความดันโลหิต ชีพจร ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Oxygen saturation) ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เมื่อทำทุกอย่างเรียบร้อยแล้ว อาการและ Vital sign ของผู้ป่วยอยู่ในระดับปกติ จึงเชิญสูติแพทย์ทำการผ่าตัด

2.2.2 เปลี่ยนการช่วยหายใจ เป็นช่วยหายใจด้วยเครื่อง Ventilator ปรับ Tidal volume ประมาณ 6-10 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ควรมีระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกอยู่ในช่วง 27-35 มิลลิเมตรปรอท

2.2.3 วัดความดันโลหิต(NIBP) ชีพจร(Pulse) คลื่นหัวใจ(ECG) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Oxygen saturation) และวัดระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก(ETCO2) อย่างต่อเนื่องทุก 5 นาที หรือถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติ ให้วัดทุก 1-2 นาที พร้อมบันทึกลงในใบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก

2.2.4 สังเกตอัตราการไหลของสารน้ำที่ให้ทางเส้นเลือดดำ สังเกตอัตราการไหลของก๊าซไนโตรสออกไซด์และออกซิเจน สังเกตท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งปกติ ฟังปอด หัวใจและจับชีพจรเป็นระยะ

2.2.5 หลังทารกคลอดแล้ว ปรับลด Inhalation ให้น้อยกว่า 1 ลิตร ให้ยาระงับปวดคือ Morphine 1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และยา Midazolam 0.05 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อช่วยเสริมฤทธิ์ยาดมสลบ ไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวระหว่างผ่าตัด ให้ยา Oxytocin 3 ยูนิต ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และ Oxytocin 17 ยูนิต ผสมใน 5%DN/2 ที่ 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อห้ามดลูกหดตัวดี ป้องกัน Uterine atony

2.2.6 Keep warm ด้วยผ้าห่มลมร้อนเพื่อ ป้องกันภาวะ Shivering

2.2.7 สังเกตปริมาณการเสียเลือด พร้อมทั้ง ให้สารน้ำให้เพียงพอต่อการเสียเลือดและปัสสาวะใน ระหว่างการผ่าตัด แต่ควรพิจารณาให้สารน้ำเท่าที่ จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะความดันสูงขณะ ตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) ได้ง่าย พร้อมบันทึกในแบบบันทึกการให้ยา ระงับความรู้สึก

2.2.8 บันทึกสัญญาณชีพทุก 2-5 นาที

2.2.9 เมื่อสูติแพทย์ทำการผ่าตัดสิ้นสุดลง เปลี่ยนจาก Ventilator mode เป็นบีบถุงลมช่วยหายใจ ถ้าครบระยะเวลาออกฤทธิ์ (Duration) ของยาหย่อน กล้ามเนื้อที่ให้แล้ว จึงปิด Inhalation และไนตรัส ออกไซด์ เพิ่มออกซิเจนเป็น 6 ลิตรต่อนาที

2.2.10 ประเมินการกลับมาหายใจเองของ ผู้ป่วย โดยสังเกตได้จากการขยับของทรวงอกตามการ หายใจ และการขยับของ Anesthetic bag ถ้าผู้ป่วยเริ่ม หายใจเอง จึงแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อด้วย ยา Prostigmine ขนาด 0.05 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม และยา Atropine ขนาด 0.02 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าทาง หลอดเลือดดำ

2.2.11 หลังให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ประเมินการหายใจของผู้ป่วยอีกครั้ง ถ้าผู้ป่วยหายใจ ได้เองจึงดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากของ ผู้ป่วย และให้ 100% ออกซิเจน ผ่าน Anesthesia face

Mask 6 ลิตรต่อนาที เมื่อผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ สัม ตา อ้าปาก กำมือ กลืนน้ำลาย ทำตามคำบอก และยก ศีรษะได้ ตรวจสอบปริมาตรอากาศที่ไหลเข้าออกจาก ปอดผู้ป่วยต่อการหายใจ 1 ครั้ง (Tidal volume) ถ้า มากกว่าหรือเท่ากับ 250 ลูกบาศก์เซนติเมตร จึงถอด ท่อช่วยหายใจ

2.1.12 เมื่อถอดท่อช่วยหายใจแล้วให้ 100% ออกซิเจนต่อ เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนจากไน ตรัสออกไซด์ (Diffusion hypoxia) และเฝ้าระวังอาการ ผู้ป่วยต่ออีก 5 นาที เมื่อ Oxygen Saturation = 100% จึงย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น

3. การพยาบาลและการดูแลหลังให้ยาระงับ ความรู้สึก

3.1 การพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึก

3.1.1 ให้ผู้ป่วยสูดดม 100% ออกซิเจนทาง หน้ากากชนิดมีถุงสำรอง 8-10 ลิตรต่อนาที

3.1.2 ติดตามสัญญาณชีพตามสัญญาณชีพ และ เฝ้าระวังการหายใจของผู้ป่วย เนื่องจากขณะผ่าตัดใช้ ยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด non-depolarized ร่วมกับ ผู้ป่วยได้รับ MgSO₄ ซึ่งเสริมฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ พร้อมบันทึกทุก 10-15 นาที

3.1.3 เฝ้าระวังชักหลังคลอด และให้ 50% MgSO₄ 40 กรัม ผสมใน 5% DW 1,000 หยดทาง หลอดเลือดดำ 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ต่อจนครบ 24 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์

3.1.4 Keep warm ด้วยผ้าห่มลมร้อนเพื่อ ป้องกันภาวะ Shivering

3.1.5 ประเมินความเจ็บปวด และให้ยาแก้ ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุข สบาย

3.1.6 สังเกต fluid balance ซึ่งอาจเกิด pulmonary edema ได้ภายใน 24 – 72 ชั่วโมง หลัง คลอด เกิดจากน้ำ extra cellular fluid ไหลกลับเข้า กระแสเลือดก่อนที่จะเกิดภาวะ diuresis ตามมา เฝ้า ระวังการตกเลือดหลังผ่าตัด จากการหดตัวของ มดลูกไม่ดี

3.1.7 ดูแลผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้นอย่างน้อย 1 ชั่วโมง และหลังการแก้ไขภาวะแทรกซ้อน 30 นาที เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ สัญญาณชีพปกติ จึงย้ายผู้ป่วย กลับหอผู้ป่วยโดยรอนอน

3.2 การเยี่ยมและประเมินหลังให้ยาระงับความรู้สึก

3.2.1 เยี่ยมประเมินผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่

– ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension), ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) และการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ (Arrhythmia)

– ปัญหาระบบทางเดินหายใจ เช่น ทางเดินหายใจถูกอุดกั้น (Airway obstruction), ออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia), ผู้ป่วยที่มีการหดเกร็งของกล่องเสียง (Laryngospasm) หรือมีการบวมของกล่องเสียง (Glottic edema) หายใจมีเสียง Stridor

– ปัญหาความรู้สึกตัวระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก (Awareness)

– ปัญหาคลื่นไส้อาเจียน ให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษาของแพทย์

– ปัญหาความปวด ประเมินความเจ็บปวด และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ส่งเสริมกระตุ้น Ambulate

– ปัญหาริมฝีปากเป็นแผล ฟันโยกคลอนหรือหลุดเจ็บคอ เสี่ยงแหบ จากการใส่ท่อช่วยหายใจ

หากเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ปรึกษาแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดและสหวิชาชีพเพื่อรักษาอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

3.2.2 ให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัดและหลังให้ยาระงับความรู้สึก

3.2.3 เยี่ยมประเมินผู้ป่วยซ้ำหลังการรักษาภาวะแทรกซ้อน 24 ชั่วโมง ร่วมกับแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 3 สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2
มารดา G4P2P1AOL3 GA 37 ⁺⁶ สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามแพทย์นัด พบความดันโลหิตสูงร่วมกับมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลเพื่อให้ยาป้องกันภาวะชักจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยได้รับยา 10%MgSO ₄ 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำ และ 50%MgSO ₄ 40 กรัม ผสมใน 5%DW 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ยา hydralazine 5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ มารดาเจ็บท้องถี่ขึ้น Electronic fetal heart rate monitoring พบว่าขณะมดลูกหดรัดตัว อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ต่ำกว่า 110 ครั้งต่อนาที สูดิแพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอด วิสัญญีประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ASA classification : class 3 , Emergency case แกรับที่ห้องผ่าตัด ความดันโลหิต 162/99 mmHg. เลือกให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง(spinal block) แต่ทำหัตถการไม่สำเร็จจึงเปลี่ยนเป็นการระงับความรู้สึก	มารดา G2P1AOL1 GA 35 ⁺⁵ สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามแพทย์นัด พบความดันโลหิตสูง ไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลเพื่อให้ยาป้องกันภาวะชักจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยได้รับยา 10%MgSO ₄ 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำ และ 50%MgSO ₄ 40 กรัม ผสมใน 5%DW 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ยา hydralazine 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ขณะนอนโรงพยาบาลความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/70-170/100 mmHg. หลังนอนโรงพยาบาล 1 วัน สูดิแพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอด วิสัญญีประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ASA classification : class 3 , Emergency case แกรับที่ห้องผ่าตัด ความดันโลหิต 162/99 mmHg. เลือกให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง(spinal block) แต่ทำหัตถการไม่สำเร็จจึงเปลี่ยนเป็นการระงับความรู้สึก

ตารางที่ 3 สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ครรภ์ไม่เป็นภาวะปกติ (non-reassuring fetal status) พิจารณาให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย งดให้ยา $MgSO_4$ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ให้ยานำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจได้ใน 1 ครั้ง ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/70–160/100 mmHg หลังการผ่าตัดสามารถให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อและถอดท่อช่วยหายใจได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย รวมเวลาให้ยาระงับความรู้สึก 55 นาที คะแนนการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 500 มิลลิตร. ทารกหนัก 3,640 กรัม หลังผ่าตัดย้ายมารดาหลังคลอดมาดูแลที่ห้องพักฟื้น ให้ผู้ป่วยสูดดม 100% ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดมีถุงสำรอง 10 ลิตร ต่อนาที Oxygen Saturation 99 % ให้ยา 50% $MgSO_4$ 40 กรัม ใน 5% DW 1,000 มิลลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำ 50 มิลลิตรต่อชั่วโมง ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและหลังให้ยาระงับความรู้สึก ไม่เกิดภาวะชัก หยุดให้ออกซิเจนผู้ป่วยหายใจเองได้ Oxygen Saturation 97 % Modified aldrete score=9 จึงย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยโดยเปลนอน ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน	ทั่วร่างกาย งดให้ยา $MgSO_4$ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ให้ยานำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจได้ใน 1 ครั้ง ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80–170/100 mmHg หลังการผ่าตัด สามารถให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อและถอดท่อช่วยหายใจได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย รวมเวลาผ่าตัด 33 นาที รวมเวลาให้ยาระงับความรู้สึก 1 ชั่วโมง คะแนนการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 400 มิลลิตร ทารกหนัก 2,090 กรัม หลังผ่าตัดย้ายมารดาหลังคลอดมาดูแลที่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยสูดดม 100% ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดมีถุงสำรอง 10 ลิตร ต่อนาที Oxygen Saturation 99 % ให้ยา 50% $MgSO_4$ 40 กรัม ใน 5% DW 1,000 มิลลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำ 50 มิลลิตรต่อชั่วโมง ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังการผ่าตัดและหลังให้ยาระงับความรู้สึก ไม่เกิดภาวะชัก ผู้ป่วยหายใจเองได้ปกติ หยุดให้ออกซิเจนและวัด Oxygen Saturation =94 % ให้ออกซิเจน canula 3 ลิตร ต่อนาที Oxygen Saturation 99 % Modified aldrete score=8 จึงย้ายกลับหอผู้ป่วยโดยเปลนอน ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะครรภ์เป็นพิษ ขณะคลอดทารกในครรภ์ไม่เป็นภาวะปกติ(non-reassuring fetal status) กรณีศึกษารายที่ 2 อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนดคลอดและมีภาวะครรภ์เป็นพิษ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับยาลดความดันโลหิตและยาแก้ชัก และยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ในครั้งเดียว วิสัย

พยาบาลให้การพยาบาลก่อน ขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งในขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ถึงแม้ว่ากรณีศึกษารายที่ 1 จะมีภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ แต่ในระหว่างการตั้งครรภ์กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษเหมือนกัน และทารกในครรภ์ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการให้การพยาบาลเหมือนกัน ทั้งการประเมินและการให้คำแนะนำก่อนการระงับความรู้สึก

การพยาบาลขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึก โดยมีเป้าหมายเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ปลอดภัยในทุกระยะของการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก

การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคุกคามชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ วิทยาลัยพยาบาลควรมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และระหว่างการคลอด การรักษาและยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงมีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคที่เปลี่ยนแปลงในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีผลทำให้เสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ตลอดจนมีการฝึกทักษะการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ และสามารถดูแลและให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอดได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

- 1.โรงพยาบาลที่ให้บริการผ่าตัดคลอดควรมีวิสัญญีแพทย์ร่วมดูแลผู้ป่วย ASA Class 3 (ASA:

American association of Anesthesiologist หมายถึง ถึงการจำแนกผู้ป่วยออกเป็นระดับต่างๆ ตามสภาพผู้ป่วย ปัญหาและโรคที่เป็นอยู่ด้วย ซึ่ง ASA Class 3 หมายถึงผู้ป่วยมีพยาธิสภาพร่างกายที่รุนแรงขึ้นและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย)⁹

2.วิสัญญีพยาบาลควรฝึกทักษะการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ

3.การใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจยากหรือมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ควรพิจารณาให้วิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลผู้มีประสบการณ์เป็นผู้ทำหัตถการดังกล่าว

4. วิสัญญีพยาบาลควรเยี่ยมประเมินผู้ป่วยทุกรายก่อนให้การระงับความรู้สึก เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการเลือกให้ยาระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย วางแผนการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังให้การระงับความรู้สึก

5.ควรมีเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น Video laryngo scope เพื่อใช้ในการฉีดยาใส่ท่อช่วยหายใจ

เอกสารอ้างอิง

1. จันทนา ธรรมธัญญารักษ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครนายก. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย[อินเทอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2566]; 7(1):41-56.เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/225042>
2. อุไรรัตน์ นาจำเจริญ.การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะอ้วนและภาวะซีเทาปนน้ำคร่ำ: กรณีศึกษา. ชัยภูมิวารสาร[อินเทอร์เน็ต]. 2565[เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2566]; 1:1126-141.เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/12026/10396>
3. สรรชัย ชีรพงศ์ภักดี. การให้ยาระงับความรู้สึกใน Pregnancy Induced Hypertension. ใน: สรรชัย ชีรพงศ์ภักดี, วราภรณ์ เชื้ออินทร์, บรรณานิการ. วิสัญญีวิทยาในสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 2549. หน้า 217-228.

4. รังสรรค์ เชนันทพิพัฒน์, สุชยา ลีวรรณ. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in Pregnancy). 2563. ใน: สูติศาสตร์ล้านนา[อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/6655/>
5. ดร.ณิ คำปาน. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไปในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษเพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตร และทำหัตถ์. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี[อินเทอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2566]; 29:91-104. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/249645>
6. คณาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. Guideline for Preeclampsia. 2563. ใน: สูติศาสตร์ล้านนา [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/guideline-for-preeclampsia/>
7. กิตติพร กางการ. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดก่อนกำหนดในระยะคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม[อินเทอร์เน็ต]. 2562[เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2566]; 16:23-35. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/244852/166445>
8. กรมควบคุมโรค[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2562. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertention); 2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52
9. นลินี โกวิทนาวงษ์. การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Preoperative Evaluation and Preparation). ใน : วิรัตน์ วตินวงศ์, ธวัช ชาญชญาณนท์, ศศิกันต์ นิยมานรัชต์, ธิดา เอื้อกฤดาภิการ, บรรณาธิการ. วิสัยทัศน์วิทยาพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: หน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2552. หน้า 183-247.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกินในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

นางนภัส ศุภารธรรม¹

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจเกินในผู้ป่วยผู้ใหญ่ การรักษาเพื่อปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษผ่านสายสวนหัวใจเป็นที่นิยม เนื่องจากมีแผลขนาดเล็ก เสียเลือดน้อย ภาวะแทรกซ้อนต่ำ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้น ดังนั้นการพยาบาลโรคหลอดเลือดหัวใจเกินในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจที่มีคุณภาพได้มาตรฐานวิชาชีพ จักช่วยส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพหลังการรักษาให้เร็วยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลโรคหลอดเลือดหัวใจเกินในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ ในระยะก่อน ขณะและระยะหลังทำการหัตถการ

รูปแบบการศึกษา : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลทางการพยาบาล เครื่องมือประกอบด้วย แบบบันทึกรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามระยะก่อน ขณะและหลังทำการหัตถการ

ผลการศึกษาสรุป : พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นโรคหัวใจช่วงระหว่างตั้งครรภ์ มีอาการเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอกนอนราบไม่ได้ ฟังเสียงหัวใจมี murmur ผลตรวจคลื่นเสียงสะท้อนพบมีหลอดเลือดหัวใจเกินขนาด 9 มิลลิเมตร ร่วมกับภาวะเลือดคั่งจากซ้ายไปขวาและแรงดันเลือดในปอดสูง การสูบน้ำเลือดของหัวใจร้อยละ 65 สำหรับกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด มีอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น ฟังเสียงหัวใจมี murmur ผลตรวจคลื่นเสียงสะท้อนพบมีหลอดเลือดหัวใจเกินและภาวะเลือดคั่งจากซ้ายไปขวา การสูบน้ำเลือดของหัวใจร้อยละ 65 ผู้ป่วยทั้งสองรายกรณีได้รับการทำการหัตถการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษ PDA occluder device ในผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัสสาวะสีเข้ม hematuria เลือดออกง่ายจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือดและยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการดูแลตามกระบวนการของ D-METHOD เข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับนักกายภาพบำบัด มีครอบครัวและญาติร่วมในการดูแลผู้ป่วยจนสามารถดูแลตนเอง จำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

สรุป : พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการประเมิน ค้นหาปัญหา เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ให้ครอบครัวดูแลการพยาบาลก่อนและหลังทำการหัตถการสวนหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาศักยภาพบุคลากร มุ่งให้ความรู้ เพิ่มพูนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษ ผ่านการสวนหัวใจต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาลโรคหลอดเลือดหัวใจเกิน, การปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษผ่านสายสวนหัวใจ

วันที่รับบทความ

26 มกราคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

26 มีนาคม 2567

วันที่ตอบรับบทความ

29 มีนาคม 2567

โรงพยาบาลสกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: SIsamon2562@gmail.com, โทร. 091-4204796

Nursing care of the patient with Patent Ductus Arteriosus in Adult of Transcatheter closure of the patent ductus arteriosus with the PDA occluder device: The Comparative Case Study

Nongnapat Supatham¹

Abstract

Excessive coronary artery disease in adult patients treatment to close the leak with a special device through a cardiac catheter is popular. Because there is a small wound Little blood loss low complications short hospital stay quality nursing care promotes and speeds recovery after treatment.

Objective: To study coronary artery disease nursing care in adult patients who have had their leaks closed with a special PDA occluder device through a cardiac catheter according to the nursing process in the previous period during and after the procedure compare 2 case studies.

Study design: To compare the treatment of hypertrophic coronary artery disease in adult patients who had the leak closed using a special PDA occluder device through a cardiac catheter who were admitted to Sakon Nakhon Hospital, 2 cases, equipment consisted of the record form collects data from inpatient medical records. comparative analysis of risk factors for coronary heart disease beyond its pathology, signs and symptoms. Nursing treatment and diagnosis nursing process according to the preceding period during and after the procedure.

Summary of the study results: Comparison of patients with excess coronary artery disease in adult patients who had the leak closed with a special PDA occluder device through a cardiac catheter. Case 1 had heart disease during pregnancy tired easily tightness in the chest, unable to lie down listening to the heart sound, there was murmur. The echocardiographic examination revealed a coronary artery larger than 9 millimeters, along with a left-to-right short circuit and high blood pressure in the lungs the heart pumps 65 percent of the blood. The second case had congenital heart disease symptoms include easy fatigue, palpitations, murmur on auscultation of the heart. Echocardiographic examination found an excess coronary artery and a short circuit of blood from left to right. The heart's blood pumping rate was 65%. both patients had surgery to close the hole with a special PDA occluder device from comparative analysis. There were 10 identical nursing diagnoses, 1 difference in the second patient: dark urine, hematuria, easy bleeding from receiving antiplatelet and blood clotting drugs. Both patients received DMETHOD treatment and entered a rehabilitation program together with a physical therapist having family and relatives join in caring for patients until they are able to take care of themselves.

Conclusion: This study nurses play an important role in evaluating, finding problems, and monitoring for changes in symptoms to cover nursing care before and after cardiac catheterization procedures effectively focus on giving knowledge develop personnel potential continue to improve the quality of care for patients who have their aneurysms closed with special equipment through cardiac catheterization.

Keywords: Coronary artery disease, Cardiac catheter

Received
26 January 2024

Revised
26 March 2024

Accepted
29 March 2024

¹Sakon Nakhon Hospital, Corresponding author, e-mail: Slsamon2562@gmail.com Tel. 091-4204796

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเกิน (Patent Ductus Arteriosus; PDA) คือ ภาวะการทำงานที่ผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่กำเนิด ซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดหัวใจดักต์อาร์เทอริโอซัส (Ductus Arteriosus) ปิดไม่สนิทหลังจากทารกเกิด¹⁻² โดยโรคนี้นักพบบ่อยในทารกที่คลอดก่อนกำหนดและอาจพบได้บ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย³⁻⁴ ระดับความรุนแรงของอาการจะขึ้นอยู่กับขนาดของหลอดเลือดที่เปิดอยู่ในกรณีผู้ป่วยมีหลอดเลือดเปิดอยู่ไม่กว้างมากส่วนใหญ่มักไม่เป็นอันตรายและอาจไม่จำเป็นต้องรับการรักษา เพราะรูดังกล่าวอาจหดเล็กลงและปิดเองภายใน 1 ปี หากรูรั่วไม่ปิดตามระยะเวลาอาจส่งผลต่อระบบการทำงานของหัวใจและปอดได้⁴

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจเกินขึ้นอยู่กับอายุของผู้เข้ารับการรักษาและความรุนแรงของโรคซึ่งมีหลากหลายวิธี เช่น การผ่าตัดวางอาการ การใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ การผ่าตัดเพื่อปิดรูหลอดเลือดและการสวนหัวใจ³ ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกินในผู้ป่วยผู้ใหญ่ เพื่อปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษผ่านสายสวนหัวใจเป็นที่นิยมมากขึ้นเนื่องจากมีแผลขนาดเล็ก เสียเลือดน้อย เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่า ประกอบกับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพช่วยส่งเสริมการฟื้นหายและฟื้นฟูสภาพหลังการรักษาให้เร็วยิ่งขึ้น จึงมีแนวโน้มที่การรักษาโดยการใส่อุปกรณ์ปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษผ่านทางสายสวนหัวใจมากขึ้นในอนาคต^{3,5-6}

ปัจจุบันการสวนหัวใจเพื่อการรักษามีความสำคัญอย่างมาก โดยสามารถนำมาใช้รักษาแทนการผ่าตัดหรือการรักษามรรเทาอาการในบางโรคได้⁵⁻⁶ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงหรือที่เรียกว่าการตรวจเอคโคหัวใจ (Echocardiogram หรือ echocardiography; Echo)⁶⁻⁷ เป็นการตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจหนึ่งที่ใช้บ่อยในปัจจุบันใช้หลักการสะท้อนกลับของคลื่นเสียงความถี่สูงที่ถูกปล่อยออกมาจากหัวตรวจ ส่งผ่านผนังทรวงอก

ไปถึงหัวใจเกิดสัญญาณสะท้อนกลับที่แตกต่างระหว่างน้ำกับเนื้อเยื่อและแปลภาพหน้าจอคอมพิวเตอร์⁴⁻⁵ ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยพยากรณ์โรค ตรวจหาความรุนแรงและติดตามผลการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาล สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลทางการพยาบาล พร้อมทั้งพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและก้าวทันกับวิทยาการสมัยใหม่ตลอดเวลา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อันจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁵ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อน ระยะขณะและหลังทำการหัตถการเพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อไป^{5,8} ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเชิงลึกเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกินในผู้ป่วยผู้ใหญ่ชนิด PDA ที่ได้รับการปิดรูรั่วด้วย PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังทำการหัตถการ ทฤษฎีของโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักที่มีความสัมพันธ์กันคือ 1.ทฤษฎีการดูแลตนเองที่เน้นการกระตุ้นความสามารถในการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด 2.ทฤษฎีพร่องในการดูแลตนเองที่เกิดจากความไม่สมดุลของความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลกับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด และ 3.ทฤษฎีระบบการที่เน้นให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ ความผาสุก และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแนวทางในการนำเสนอทฤษฎีของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่สำคัญและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การดูแลจะประสบความสำเร็จมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถของพยาบาลที่จะบูรณาการศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลมาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ ในระยะก่อน ขณะและระยะหลังทำการหัตถการ

วิธีดำเนินการศึกษา

กรณีศึกษาเปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกินในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 2 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1) คัดเลือกผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกินในผู้ป่วยผู้ใหญ่ชนิด PDA ที่ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษผ่านสายสวนหัวใจ อายุตั้งแต่ 18-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลสกลนคร และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเกิน พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง การรักษาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อน ขณะ และระยะหลังทำการหัตถการ

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ⁸⁻⁹

ระยะที่ 1 ก่อนทำการหัตถการ (Pre-procedural care)

การระบุตัวผู้ป่วย ตรวจสอบและลงนามแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษา ลิขสิทธิ์การรักษา การงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน หรืออย่างน้อย 6 ชั่วโมง การงดยาากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด (warfarin) เตรียมความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่บริเวณที่จะทำการใส่สายสวนและอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการทำการหัตถการพอสังเขป

ระยะที่ 2 ขณะทำการหัตถการ (Intra-procedural care)

ใช้ระยะเวลาประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง หน้าที่ของพยาบาลหน่วยตรวจรักษาพิเศษและสวนหัวใจในระยะทำการหัตถการ แบ่งออกได้ตามลักษณะของงานที่ปฏิบัติคือ ทำหน้าที่เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก

ระยะที่ 3 หลังการทำการหัตถการ (Post procedural care)

เป็นการพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยย้ายจากห้องตรวจสวนหัวใจ มายังห้องพักฟื้น และเฝ้าระวังก่อนส่งผู้ป่วยกลับตึก โดยพยาบาลต้องการประเมินและดูแลตำแหน่งที่ทำการหัตถการ¹⁰⁻¹¹ ภาวะเลือดออกที่แผล ประเมินการไหลเวียนเลือดที่หัวใจ โดยเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ วัดสัญญาณชีพ หากสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงหรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันทีหรือคลำพบก้อนเลือดใต้ผิวหนังบริเวณแผลที่ใส่สายสวน^{9,11} ประเมินการไหลเวียนเลือดที่อวัยวะส่วนปลายหลอดเลือดแดงอุดตันและระวังการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยวัย 35 ปี สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกร ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ น้ำหนัก 57 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 22.26 กิโลกรัม/เมตร² ไม่มีโรคประจำตัว แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 7 ปีก่อน ขณะตั้งครรภ์พบว่ามีอาการเหนื่อยง่าย บางครั้งมีแน่นหน้าอก หายใจลำบาก มีนอนราบไม่ได้ ตรวจร่างกาย

ฟังหัวใจพบ murmur, ECHO : PDA with left to right shut with moderate pulmonary hypertention

การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 36.9- 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-85 ครั้งต่อนาที หายใจ 16-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108-130/ 52-85 มิลลิเมตรปรอท

ผลการทำหัตถการสวนหัวใจ : PDA closure device with successfully and closure device with Cocoon occluder device size 10/12 mm, access site at right femoral vein (RFV), right femoral artery (RFA), LVEF 65%. PDA secundum maxinal size 6 mm with left to right shunt, on heparin 4,000 unit

อาการและอาการแสดง

9/7/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ หายใจไม่มีหอบเหนื่อย นอนราบได้ ไม่ได้รับการเตรียมช่องปากและฟันก่อนเข้ารักษา มีสีหน้ากังวลเล็กน้อย กลัวการผ่าตัด ตรวจร่างกายพบ murmur heart sound โดยเตรียมให้น้ำและอาหารคืนวันทำหัตถการ โภชนาบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลให้สารน้ำชนิด 0.9% NSS 1,000 ml vein drip 40 ml/hr ในเช้าวันผ่าตัด พร้อมทั้งเตรียม cefazolin 2 gm และ protamine sulfate 40 mg.

10/7/66 ผู้ป่วยทำ PDA occluder device ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลารวม 36 นาที สัญญาณชีพคงที่ รับผู้ป่วยกลับจากทำหัตถการในเวลา 18.20 น. ตื่นรู้ตัวรู้เรื่อง ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ไม่เวียนศีรษะ คลื่นไส้ หัวใจปกติ มีปวดบริเวณขาหนีบขวา pain score 2-3/10 คะแนน ดูแลให้ 0.9%NSS 1,000 ml vein drip 40 ml/hr จัดให้นอนราบ 6 ชั่วโมง พบแผลมีเลือดออกเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถกลืนรับประทานอาหาร ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ซึ่งในเวลา 20.40 น. มีเจ็บแน่นหน้าอก pain score 5/10 คะแนน รายงานแพทย์ดูแลให้ Diazepam 10 mg vein stat, omeprazole (20) 1 เม็ด รับประทานวันละครั้ง ก่อนอาหารเช้า, ASA (81) 1 เม็ดและclopidogrel (75) 1 เม็ด รับประทานวันละครั้ง หลังอาหารเช้า

11/7/66 แพทย์ส่งทำ TTE โดยไม่พบความผิดปกติอนุญาตจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD นัดติดตามผลการรักษาในอีก 4 สัปดาห์ พร้อมนัดตรวจ Echo ก่อนพบแพทย์และตรวจทุก 1 ปี รวมระยะเวลาการรักษา 3 วัน Home medicine คือ ASA (81) และ clopidogrel (75) เป็นระยะเวลา 1 เดือน พร้อมทั้งแพทย์วางแผนเพื่อปรับยาในอีก 6 เดือนถัดมา

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิง อายุ 28 ปี ระดับการศึกษาชั้น ม.3 อาชีพอิสระ สถานภาพสมรส คู่ น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 19.53 กิโลกรัม/เมตร² แพทย์นัดมาอนโรงพยาบาลเพื่อปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 2 เดือนก่อนมามีอาการเหนื่อย ใจสั่น ไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน ตรวจร่างกายฟังหัวใจพบ murmur heart sound, Echo bedside พบ PDA EF 55% จึงส่งมาโรงพยาบาลสกลนคร เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มพบ Echo: PDA with left to right shut

การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 36- 37.3.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 63-85 ครั้งต่อนาที หายใจ 16-18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108-140/ 60-81 มิลลิเมตรปรอท

ผลการทำหัตถการสวนหัวใจ (26/12/65): PDA closure device, PDA with left to right shunt with successfully (Cocoon device size 10/12) with snair 2.3-3 Fr, access site at RFV, RFA, LVEF 63% on heparin 3,000 unit

อาการและอาการแสดง

25/12/65 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ หายใจไม่มีหอบเหนื่อย นอนราบได้ ผลเลือดปกติ เตรียมช่องปากและตรวจสุขภาพฟันก่อนมารักษา มีสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย อุณหภูมิ 36- 37.3.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 63-85 ครั้งต่อนาที หายใจ 16-18ครั้ง/นาที ความดัน

โลหิต 108-140/ 60-81 มิลลิเมตรปรอท murmur heart sound งตน้ำอาหารคื่นวันทำหัดถการ ทำความสะอาดโกนขนบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง อาบน้ำสระผม ได้สารน้ำทางหลอดเลือดเข้าวันผ่าตัด 0.9% NSS 1,000 ml keep vein open (40 ml/hr) เตรียม cefazolin 1 gm, protamine 30 mg

26/12/65 ขณะทำหัดถการไม่พบภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลาในการทำหัดถการรวม 1 ชั่วโมง 1 นาที

27/12/65 ผู้ป่วยไม่มีไข้ บริเวณขาหนีบขวา ไม่บวมแดง ปวดเล็กน้อย ลูกช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีวิงเวียน ส่งทำ TTE ขณะตรวจไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่ภายหลังเมื่อกลับหอผู้ป่วย เริ่มมีปัสสาวะสีเข้ม คล้ายสีโค้ก แพทย์พิจารณาให้ 0.9%NSS 1,000 ml vein drip 60 ml/hr, งดยาละลายลิ่มเลือด ASA, clopidogrel ไว้ก่อน

28/12/65 ผู้ป่วยเริ่มมีสีปัสสาวะจางลง ไม่มีไข้ ไม่มีปวดบั้นเอวหรือปัสสาวะแสบขัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 14 mg/dl, Creatinin 0.92,

Sodium 137 mmol/L, potassium 3.9 mmol/L Chloride 107 mmol/L, CO₂ 22 mmol/L ให้ 0.9%NSS 1,000 ml vein drip 60 ml/hr และติดตามประเมินสังเกตอาการผิดปกติ

29/12/65 ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีไข้ ปัสสาวะได้เองสะดวกดี ได้รับคำแนะนำตาม DMETHOD รวมระยะเวลาการนอน 5 วัน มีนัดติดตามผลการรักษา 4 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน และนัดตรวจ Echo ก่อนพบแพทย์ รวมระยะเวลาการเข้ารับการรักษารักษา 5 วัน ได้รับ ASA (81) รับประทาน 1 เม็ด วันละครั้งหลังอาหารเช้า , clopidogrel (75) รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า, Lesec (20) รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า paracetamol (500) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ดเมื่อปวด ห่างกัน 4-6 ชั่วโมง

โดยมีรายละเอียดการเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยและการรักษา ดังตารางที่ 1

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง และการรักษา

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยง	1. เพศหญิง อายุ 35 ปี 2. ดัชนีมวลกาย 22.26 กิโลกรัม/เมตร ² 3. ผ่านการตั้งครรภ์ 4. ภาพตรวจทางรังสี มีหัวใจโต Chest X-ray: mild cardiomegaly	1. เพศหญิง อายุ 28 ปี 2. ดัชนีมวลกาย 19.53 กิโลกรัม/เมตร ² 3. เคยผ่านการตั้งครรภ์ 4. โรคหัวใจแต่กำเนิด (แต่ไม่ได้เข้ารับการรักษารักษา) 5. ภาพตรวจทางรังสี มีหัวใจโต - Chest X-ray : mild to moderate cardiomegaly	รายที่ 2 มีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากโรคหลอดเลือดหัวใจเกิน PDA) สูงกว่ารายที่ 1 รายมีความคล้ายกันเรื่องเพศ วัยผู้ใหญ่ และเคยตรวจเอกซเรย์ปอดพบความผิดปกติของหัวใจมีภาวะหัวใจโตผู้ป่วยรายแรกตรวจพบเมื่อตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มปริมาณเลือด 40-50% ส่งผลต่อ cardiac output เพิ่ม 30-40% เพิ่มภาระงานของหัวใจมากขึ้น หากหัวใจมีศักยภาพสำรองต่ำส่งผลให้เกิดการเหนื่อยง่าย ฟังได้

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์
			murmur เกิดลิ้นหัวใจรั่ว และเลือดลัดวงจรและรุนแรงมากขึ้นจนทำให้หัวใจล้มเหลวได้ และในรายที่ 2 เคยมีประวัติโรคหัวใจแต่กำเนิด ถึงแม้จะไม่ได้ระบุชัดเจนว่าเป็นชนิดใด เมื่อไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ทำให้เกิด Left to Right shunt ความผิดปกตินี้พบได้ประมาณ 10% ของผู้ป่วยหัวใจพิการแต่กำเนิด ^{4,6} ความรุนแรงจะมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการคล้ายกันคือเหนื่อยง่ายขึ้น ใจสั่น หายใจลำบาก และยังฟังได้ murmur ชัดเจนมากขึ้น บ่งบอกถึงหลอดเลือดหัวใจปิดไม่สนิท
2.1 พยาธิสภาพ 2.2 อาการและอาการแสดง	ตรวจพบขณะตั้งครรภ์ 7 ปีก่อน มีอาการเหนื่อยง่าย บางครั้งมีแน่นหน้าอก หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ตรวจร่างกายฟังหัวใจพบ murmur ตรวจ ECHO (8/8/65) : PDA size 9 mm with left to right shunt c moderate pulmonary hypertension, Ejection fraction (EF) 65%, ได้รับคำแนะนำเรื่องการผ่าตัดปิดรูรั่วหลอดเลือดด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ เมื่อผู้ป่วยพร้อมจึงมาตามนัดเพื่อทำการรักษา	2 เดือนก่อนมา มีอาการเหนื่อยง่าย ไปโรงพยาบาลใกล้บ้านนอนรับการรักษา 3 วัน ตรวจร่างกาย ฟังหัวใจ พบ murmur ,Echo bedside พบ PDA EF 55% จึงพิจารณาส่งมาโรงพยาบาลสกลนคร เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่ม Echo : PDA with left to right shut แพทย์ได้แจ้งอาการและแนะนำเรื่องการผ่าตัดปิดรูรั่วหลอดเลือดด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ เมื่อผู้ป่วยพร้อมจึงมาตามนัดเพื่อทำการรักษา	PDA เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดแดง Ductus arteriosus ที่เชื่อมระหว่าง Aorta กับ left pulmonary ปิดไม่สนิท ⁶⁻⁷ เมื่อ PDA มีขนาดใหญ่และแรงดันในปอดต่ำ จะทำให้เลือดไหลเข้าสู่ปอดเร็วและมาก ทำให้ left atrium และ left ventricle โตขึ้น ผู้ป่วยจะมาด้วยเหนื่อยง่าย บางครั้งมีแน่นหน้าอก ใจสั่น หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ตรวจความผิดปกติของหัวใจ ฟังได้ murmur ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้
3. การวินิจฉัยและการรักษา	- การตรวจภาพรังสี: mild cardiomegaly - Echo : PDA size 9 mm with left to right shunt with moderate	- การตรวจภาพรังสี: mild to moderate cardiomegaly - Echo : PDA with left to right shut, EF 55%	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการไม่แตกต่างกัน และลักษณะเด่นของโรคคือการตรวจฟังได้ murmur, การตรวจภาพรังสีมีหัวใจโต และ

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์
	pulmonary hypertension, Ejection fraction (EF) 65%, – การวินิจฉัย : PDA with left to right shunt with moderate pulmonary hypertension – การรักษา : PDA closure device with successfully and closure device with Cocoon occluder device size 10/12 mm, access site at right femoral vein (RFV), right femoral artery (RFA), LVEF 65%. PDA secundum maximal size 6 mm with left to right shunt, on heparin 4000 unit, cefazolin 1 gm, protamine sulfate 40 mg IV (การปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ)	– การวินิจฉัย : PDA with left to right shunt – การรักษา : PDA closure device , PDA with left to right shunt with successfully (Cocoon device size 10/12) with snair 2.3–3 Fr , access site at RFV, RFA, LVEF 63% on heparin 3,000 unit, cefazolin 1 gm, protamine sulfate 30 mg IV (การปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ)	การรักษาที่ได้รับ แพทย์เลือกใช้วิธีการผ่าตัดปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกินในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการปิดรูรั่ว ด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในการพยาบาล โดยใช้

กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อน ระยะผ่าตัด และ หลังทำการหัตถการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกินในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการปิดรูรั่ว ด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังทำการหัตถการ กรณีเปรียบเทียบ 2 ราย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์และอภิปรายผล
ระยะก่อนการทำ หัตถการ (Pre- procedural care)	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับ โรคอาการ การรักษา ตรวจ สวนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวก่อน หลังและ ระยะจำหน่ายภายหลัง หัตถการ	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับ โรค อาการ การตรวจสวน หัวใจ ภาวะแทรกซ้อน การ ปฏิบัติตัวก่อน หลังและระยะ จำหน่ายภายหลังการตรวจ สวนหัวใจ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เคยมี ประสบการณ์การสวนหัวใจ จำเป็นต้องได้รับการเตรียม ความพร้อมด้านจิตใจ ร่างกาย ตั้งแต่การปฏิบัติตัว ระยะก่อน ระยะหลังและระยะ จำหน่ายอย่างครบถ้วน ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม ใช้ระบบการพยาบาลเข้ามามี ส่วนร่วมในการสนับสนุนและ ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว
ระยะทำหัตถการ (Intra-procedural care)	1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะทำหัตถการ เช่น แพ้สาร ทึบรังสี ภาวะหัวใจเต้นผิด จังหวะ การติดเชื้อบริเวณขา หนีบ	1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะทำหัตถการ เช่น แพ้สาร ทึบรังสี ภาวะหัวใจเต้นผิด จังหวะ การติดเชื้อบริเวณขา หนีบ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการปิด รูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่าน สายสวนหัวใจเหมือนกัน ไม่ พบภาวะแทรกซ้อนขณะทำ หัตถการ ประยุกต์ใช้ทฤษฎี ของโอเร็ม ในระบบพยาบาล ทดแทนทั้งหมดด้วยการ กระทำแทน
ระยะหลังการทำ หัตถการสวนหัวใจ	1. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง ทำหัตถการสวนหัวใจ ได้แก่ เลือดออกที่แผล ก้อนเลือดใต้ ผิวหนัง กล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ่ม เลือดอุดตันหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดส่วนปลาย ปฏิกิริยาการแพ้	1. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง ทำหัตถการสวนหัวใจ ได้แก่ เลือดออกที่แผล ก้อนเลือดใต้ ผิวหนัง กล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ่ม เลือดอุดตันหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดส่วนปลาย ปฏิกิริยาการแพ้	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการปิด รูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่าน สายสวนหัวใจเหมือนกัน ไม่ พบภาวะแทรกซ้อนหลังทำ หัตถการ ไม่เกิด hematoma และ bleeding
	2. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะความ ดันโลหิตต่ำ เนื่องจากหัวใจมี ประสิทธิภาพการบีบตัวลดลง	2. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะความ ดันโลหิตต่ำ เนื่องจากหัวใจมี ประสิทธิภาพการบีบตัวลดลง	การสวนหัวใจก่อให้เกิดความ ผิดปกติของระบบการ ไหลเวียน ทำให้เกิดภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และ หัวใจเต้นผิดจังหวะ จึงต้องมี การเฝ้าระวังตรวจวัดประเมิน

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์และอภิปรายผล
			สัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทั้งในขณะทำและหลังทำหัตถการ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีค่า EF น้อยกว่า 35% ^{10,11} ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 ก่อนทำหัตถการ EF 65% หลังทำหัตถการ EF 40% ส่วนรายที่ 2 ก่อนทำหัตถการ EF 55% หลังทำหัตถการ EF 40% ทั้ง 2 รายกรณี ระหว่างการทำและหลังหัตถการไม่พบความผิดปกติของระบบการไหลเวียน
	3. ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายและปวดบริเวณ access site จากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและหลอดเลือดจากการทำหัตถการ	3. ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายและปวดบริเวณ access site จากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและหลอดเลือดจากการทำหัตถการ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจผ่านทางขาหนีบเหมือนกัน เกิดความไม่สุขสบายและปวดบริเวณ accesse site ,pain 1-2 คะแนน ปวดและตึงบริเวณขาหนีบเล็กน้อย เนื่องจากหลังถอดสายสวนผู้ป่วยจะได้รับการกดอย่างหนักเพื่อห้ามเลือด และผู้ป่วยต้องนอนเหยียดขาตรงไม่หักพับงอด้านที่สอดสายสวนหัวใจแต่แผลมีขนาดเล็กจึงยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ ไม่เกิด hematoma และ bleeding
	4. เลี่ยงต่อการติดเชื้อภายในร่างกายภายหลังการทำการตรวจสวนหัวใจจากการสอดใส่	4. เลี่ยงต่อการติดเชื้อภายในร่างกายภายหลังการทำการตรวจสวนหัวใจจากการสอดใส่	ผู้ป่วยทั้ง 2 ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวน

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์และอภิปรายผล
	อุปกรณ์ในร่างกายเพื่อการ รักษา	อุปกรณ์ในร่างกายเพื่อการ รักษา	หัวใจผ่านทางขาหนีบ ผู้ป่วย ทั้งสองรายได้รับการเตรียม ตัวก่อนทำหัตถการตาม มาตรฐาน จึงไม่เกิดการติด เชื้อที่แผลผ่าตัด
	5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวาย เฉียบพลันจากการได้รับสารทึบ รังสี	5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวาย เฉียบพลันจากการได้รับสารทึบ รังสี	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการ เตรียมความพร้อมในระยะ ก่อนผ่าตัด เตรียมตรวจทาง ห้องปฏิบัติการเพื่อประเมิน การทำงานของไต และใน ระหว่างการทำหัตถการ แพทย์มีการพิจารณาให้สาร น้ำ สารทึบรังสีตามผลการ ทำงานของไต ภายหลังการทำ หัตถการผู้ป่วยทั้ง 2 จึงไม่พบ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว
	6. มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออก ง่ายจากการได้รับยาต้าน เกล็ดเลือดและยาละลายลิ่ม เลือด	6. เกิดภาวะเลือดออกง่ายจาก การได้รับยาต้านเกล็ดเลือด และยาละลายลิ่มเลือด	ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับ heparin ในระหว่างการทำ หัตถการ และภายหลังการทำ หัตถการต้องได้รับยาละลาย ลิ่มเลือดและยาต้านเกล็ด เลือด ASA, plavix รายที่ 1 ไม่ พบภาวะแทรกซ้อน ส่วนราย ที่ 2 มี hematuria ภายหลังทำ หัตถการ แพทย์พิจารณางด ยา ASA, plavix และให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำอย่าง เพียงพอ ปัญหาได้รับการ จัดการและดีขึ้นในระยะ 2 วัน หลังได้รับการจัดการอาการ ประยุคดีใช้ทฤษฎีของโอเร็ม ในระบบพยาบาลทดแทน ทั้งหมดด้วยการกระทำแทน

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์และอภิปรายผล
ระยะจำหน่าย	ขาดความรู้ในการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจ	ขาดความรู้ในการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจ	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับคำแนะนำตามโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ทั้งในระยะก่อนและหลังทำหัตถการ มีการฝึกปฏิบัติ ประเมินติดตามจากนักกายภาพบำบัด ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ และมีความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม ใช้ระบบการพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษา 2 ราย เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจเกิน รายที่ 1 ตรวจเจอว่าเป็นโรคหัวใจเมื่อตั้งครรภ์ 7 ปีก่อน ภาพรังสีทรวงอกพบมีหัวใจ มาด้วยเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอกบางครั้ง ฟังเสียงหัวใจมี murmur รายที่ 2 มาด้วยอาการคล้ายกัน แต่เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองรายกรณี ได้รับการทำหัตถการ PDA closure with PDA occluder device ผลการเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการแพทย์ ในระยะก่อน ขณะและระยะหลังสวนหัวใจ ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำหัตถการและหลังทำหัตถการ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากการได้รับสารทึบรังสี การแพ้สารทึบรังสี มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การติดเชื้อบริเวณทำหัตถการ ความดันโลหิตต่ำจากประสิทธิภาพการบีบตัวหัวใจลดลง ไม่สุขสบายและปวดบริเวณทำหัตถการ การวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ต่างกัน 1 ข้อคือ เกิดภาวะเลือดออกง่ายจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือดและยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 2 ภายหลังการทำหัตถการมีปัสสาวะสีเข้ม hematuria

ผู้ป่วยได้รับการดูแล D-METHOD และฝึกการออกกำลังกายตามโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับนักกายภาพบำบัด จนสามารถดูแลตนเองได้พร้อมที่จะกลับไปดูแลตัวเองต่อเองที่บ้านได้ ซึ่งกระบวนการพยาบาลมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติ ในการดูแลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย สามารถเข้าถึงระบบบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดูแลตนเองในสภาวะความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

การอภิปรายผลการศึกษา

กระบวนการพยาบาลโดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการประเมิน ค้นหาปัญหา เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง โดยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม มาใช้ในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกินในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจคือการส่งเสริมความสามารรถในการดูแลตนเอง นอกจากการให้ความรู้ การให้คำแนะนำการเป็นพี่ปรึกษาและให้กำลังใจและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาแล้ว ยังเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่าง

บุคลากรที่มีสุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษาและดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีความครอบคลุมการพยาบาลก่อนและหลังทำการหัตถการสวนหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมุ่งให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพิ่มพูนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษผ่านการสวนหัวใจ อีกทั้งผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ มาวางแผนพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลสำหรับ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกินในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ เพื่อให้ได้กระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม มีความรวดเร็ว ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

2. พัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนเสียงความถี่สูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกินที่ได้รับการปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์พิเศษชนิด PDA occluder device ผ่านสายสวนหัวใจ เพื่อให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ, อติศักดิ์ มณีไธสง. Bedside cardiac procedures in practice. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2557.
2. รวีพรรณ เลขะวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังการสวนหัวใจเพื่อการรักษา. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย; 2556; 6(2): 15-24.
3. วีระพล ละวันนา. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ผนังหัวใจห้องบนที่เข้ารับการรักษาโดยการใส่อุปกรณ์ปิดรูรั่วที่ผนังหัวใจห้องบนผ่านทางสายสวนหัวใจ. งานการพยาบาลระบบหัวใจและหลอดเลือด ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
4. สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร. พยาธิวิทยาของโรคหัวใจ. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556: 33-81.
5. Bergersen L. Foerster S. Marshall AC. Meadows J. Precatheterization assessment and preparation. In: Congenital heart disease: the catheterization manual. New York: Springer Science+Business Media; 2009: 15-28.
6. Geva T. Martins JD. Wald RM. Atrial septal defects. Lancet; 2014: 383(9932)
7. Warnes C, Williams R, Bashore T, et al. ACC/AHA 2008 Guidelines for the Management of Adults with Congenital Heart Disease. Circulation 2008; 118: e714-833.
8. Zeming Z, et al. Transcatheter Closure of Patent Ductus Arteriosus via Different Approaches. PubMed Central; 2022.
9. สหะพงษ์ เพชรรัตน์ ใน เชิดชัย ตันติศิริพนธ์, (บรรณาธิการ). โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563: 596-609.

การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ได้รับการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจ ด้วยคลื่นความถี่วิทยุ: กรณีศึกษา 2 ราย

จริยาภรณ์ แก้วแสนคำ¹

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ ชนิด atrioventricular nodal reentrant tachycardia (AVNRT) พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ (Cardiac tachycardia) ในปัจจุบันการรักษาหลักเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำคือการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ (radio frequency ablation: RCFA) กรณีศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีทางการพยาบาลแบบองค์รวมมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะที่ได้รับการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ โดยศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติที่ได้รับการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับรักษาในหน่วยสวนหัวใจโรงพยาบาลสกลนคร โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติและเวชระเบียน นำมากำหนดข้อวินิจฉัยและให้การพยาบาล ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลในห้องตรวจสวนหัวใจ และหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยก่อนและหลังการจี้ไฟฟ้าหัวใจได้อย่างครอบคลุม รวมทั้งสามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยในระยะต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ผลการศึกษา: พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความเหมือนและแตกต่างกันในด้านปัจจัยต่างๆ โดยมีความแตกต่างกันในประเด็น อาการและอาการแสดงก่อนวินิจฉัยโรค ผลของการรักษา การวางแผนการจำหน่าย และมีความเหมือนกัน ในส่วนของการวินิจฉัยโรค การพยาบาลระยะก่อน ขณะและหลังทำการหัตถการ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังจากให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุม องค์รวมทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้เมื่อกลับบ้าน

สรุป: จากการศึกษาครั้งนี้จะมีความเฉพาะเจาะจงกับข้อมูลผู้ป่วยที่ได้ทำการศึกษานั้น ซึ่งกระบวนการพยาบาลนี้ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยและบริบทของหน่วยงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาลภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ, การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ

วันที่รับบทความ

26 มกราคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

26 มีนาคม 2567

วันที่ตอบรับบทความ

29 มีนาคม 2567

โรงพยาบาลสกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ mapang001@hotmail.com โทร. 061-0294347

Nursing care for tachycardia patients undergoing radiofrequency ablation : A comparative study of 2 cases

Chariyapron kaewsankhum¹

Abstract

Atrioventricular nodal reentrant tachycardia (AVNRT) is the most common form of paroxysmal supraventricular tachycardia. Currently, radiofrequency ablation is the treatment of choice for recurrent prevention. The aim of this study was to report the characteristics of patients with typical AVNRT who underwent radiofrequency ablation, recurrent rates, and complications of the procedure. Factors were analyzed to find potential predictors for AVNRT recurrence after radiofrequency ablation. In this case, two patients were at Sakon Nakhon Hospital between May and August 2023. This is intended to guide the development of standard nursing in cardiovascular clinics and hospitals that receive patients before and after a cardiac electrocardiogram comprehensively across all dimensions, both physical, mental, social, and spiritual, as well as being able to plan patient care at various stages effectively and maintain a good quality of life.

Results: It was found that both patients were similar and different in various factors. Symptoms and signs before diagnosis the effects of treatment, discharge planning, and other. In terms of diagnosis Pre-Stage Nursing During and after the procedure, nursing diagnosis duration of hospital stay after providing nursing care using a holistic comprehensive nursing process, patients can be safely discharged home. Family and relatives are involved in the care of the patient and can continue to care for the patient when returning home..

In conclusion, this study will specifically focus on patient-exclusive information that has been examined. In this nursing process, nurses and medical personnel can apply it in accordance with the characteristics of the patient and the context of the agency. In order to improve the quality of care for patients with rapid heart attacks and other disorders.

Keyword: nursing care of Cardiac Arrhythmia, Electrophysiological study, Radiofrequency Ablation

Received
26 January 2024

Revised
26 March 2024

Accepted
29 March 2024

¹Sakon Nakhon Hospital, Corresponding author, e-mail: mapang001@hotmail.com Tel. 061-0294347

บทนำ

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) เป็นความผิดปกติของกระแสไฟฟ้าในหัวใจฉับพลัน ซึ่งมีทั้งกลุ่มอาการที่มีอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติไม่สม่ำเสมอ(irregular)หรือสม่ำเสมอ(regular) โดยมีอัตราการเต้น 100 ครั้ง/นาทีขึ้นไป (tachycardia)และอัตราการเต้นช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที (bradycardia)หรือเต้นเร็วช้าสลับกัน¹⁻² ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษา โดยไม่มีอาการหรือมีอาการได้แก่ อาการใจสั่น แน่นหน้าอก หน้ามืด วูบหมดสติ หัวใจวายหยุดเต้น ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ (radio frequency ablation: RCFA) เข้าไปทำลายวงจรที่ทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดปกติ ซึ่งมีโอกาสสำเร็จเบื้องต้นร้อยละ 97 และโอกาสกลับมาเป็นซ้ำร้อยละ 2³⁻⁴ ซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้ ผู้ป่วยจะใช้เวลาพักฟื้นที่โรงพยาบาลเพียง 1-2 วัน เท่านั้น

ในโรงพยาบาลสกลนคร จากสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติชนิด atrioventricular nodal reentrant tachycardia (AVNRT) ที่เข้ารับการรักษาและการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุจำนวนมากที่สุด เป็นกลุ่ม atrail arrhythmias และ ventricular arrhythmias ในช่วงปี 2563-2566 เฉลี่ยจำนวน117 ราย,220 ราย และ 289 ราย/ปี ตามลำดับ และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น⁵⁻⁶ เมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ต้องจี้ไฟฟ้าหัวใจ มี 2 กรณี คือ 1)แพทย์นัดหมายมาเพื่อจี้ไฟฟ้าหัวใจ (elective case) 2)คือกรณีฉุกเฉิน (emergency case) โดยทั้งสองกรณี การให้ข้อมูลของแพทย์ผู้ตรวจกับผู้ป่วยและญาติ ถึงความจำเป็นวิธีการขั้นตอน การปฏิบัติตัว ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในการทำหัตถการ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและตระหนักถึงความจำเป็นในการจี้ไฟฟ้าหัวใจ พยาบาลที่เกี่ยวข้องจึงมีบทบาทที่สำคัญมากในการที่จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญในการจี้ไฟฟ้าหัวใจ ลดความกลัวและความวิตกกังวลต่างๆ สร้างความ

มั่นใจและ ความรู้สึกปลอดภัยภายใต้สภาวะเร่งด่วนหรือตั้งแต่การนัดหมายมาอนโรงพยาบาลจนกระทั่งแพทย์จำหน่ายให้กลับบ้านได้⁷

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ได้รับการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. พยาบาลสวนหัวใจและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรคหัวใจเต้นเร็วผิดปกติชนิด AVNRT
2. พยาบาลสวนหัวใจและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ในการดูแลผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติชนิด AVNRT ที่เข้ารับการรักษาและรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นวิทยุผ่านทางสายสวนหัวใจ ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานวิชาชีพ เกิดความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

วิธีดำเนินการศึกษา

กรณีศึกษาเปรียบเทียบจำนวน 2 ราย โดยประยุกต์ใช้การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีองค์รวม มีขั้นตอน ดังนี้

- 1.ศึกษาดำรงคณควาเอกสารทบทวนองค์ความรู้บทความงานวิจัยเกี่ยวกับข้อ
2. เขียนเค้าโครงกรณีศึกษาเพื่อขอรับจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร
3. ทำบันทึกเพื่อถึงข้อมูลผู้ป่วยเพื่อนำมาศึกษาโดย คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย

4. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพได้แก่ การประเมินผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการวินิจฉัย และการทำหัตถการ

5. นำข้อมูลมาวิเคราะห์กรณีศึกษาแล้วนำมาวางแผนโดยมีการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เปรียบเทียบการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาล แบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวมในการวางแผน การพยาบาล ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ ชนิด atrioventricular nodal reentrant tachycardia (AVNRT)

พยาบาลห้องสวนหัวใจที่ต้องปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการดูแลผู้ป่วย มีจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องโรค ขั้นตอนในการทำหัตถการ การจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือ การช่วยแพทย์ในการทำหัตถการ ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังทำหัตถการให้ครอบคลุมทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ⁷ เข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการนำทฤษฎีและกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้สามารถค้นหาคำตอบที่สำคัญ⁸ สิ่งคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยได้อย่างละเอียด รอบคอบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม⁹

การพยาบาลองค์รวม เป็นแนวคิดเพื่อส่งเสริมสุขภาพขององค์รวม (holistic health) หมายถึงภาวะสมดุลของกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน คุณลักษณะแนวคิดประกอบด้วย 1.ความสมดุล (balancing) 2. ความกลมกลืน (harmony) 3.ความเป็นหนึ่งเดียวกัน

(coherence) แต่ละมิติต้องมีการเชื่อมโยง หากขาดการเชื่อมโยงจะทำให้เสียสมดุลเกิดขึ้น

หลักการพยาบาลแบบองค์รวมได้แก่

1. ตระหนักถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล
2. สร้างสภาพแวดล้อมต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและพยาบาล
3. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ
4. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้รับบริการ
5. การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ
6. การเสริม สร้างพลังอำนาจให้ผู้รับบริการและครอบครัว
7. สนับสนุนกระบวนการพักผ่อนของผู้รับบริการ
8. ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลตนเองที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ดังนั้นการพยาบาลแบบองค์รวมย่อมต้องครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ได้รับ การรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ การพยาบาลก่อนทำหัตถการ⁹⁻¹⁰

ด้านร่างกาย

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและขณะทำหัตถการได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ชักรถถามประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งให้โอกาสซักถามข้อสงสัย
3. ให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนทำหัตถการจี้ไฟฟ้าหัวใจและขั้นตอนต่างๆที่ผู้ป่วยจะได้รับขณะอยู่ในห้องทำหัตถการ

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถบอกขั้นตอนการปฏิบัติตัวและตอบคำถามเกี่ยวกับการทำ

หัตถการจี้ไฟฟ้าหัวใจได้ ให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมก่อนรับการรักษา

ด้านจิตใจ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและครอบครัว มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุผ่านสายสวน

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลโดยการเข้าไปพูดคุยสอบถามและสังเกตพฤติกรรม เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

2. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพและผู้ป่วยและญาติ เข้าใจความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังทำหัตถการ

3. ให้คำแนะนำ และอธิบายเกี่ยวกับการดำเนินโรคขั้นตอนการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วย ก่อน ขณะ และหลังทำหัตถการเพื่อให้เกิดความเข้าใจ

4. ให้กำลังใจกับผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล

5. เบี่ยงเบนความสนใจแนะนำให้ผู้ป่วยได้มีเวลาทำกิจกรรมอื่นให้ญาติมีส่วนร่วมในการพูดคุยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติบอกว่าคลายความวิตกกังวลลง มีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนได้ ให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมในการทำหัตถการ

ด้านสังคม

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติรู้สึกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและบทบาทในการดูแลครอบครัว

เป้าหมาย เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและบทบาทในการดูแลครอบครัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลโดยการเข้าไปพูดคุยสอบถามและสังเกตพฤติกรรมเพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

2. ส่งเสริม/สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด

3. ให้การสนับสนุนผู้ดูแลในการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย

4. ประสานเครือข่าย/แหล่งบริการด้านสาธารณสุขใกล้บ้านที่เข้าถึงง่ายและสะดวกโดยใช้ระบบ long term care

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายกังวลสามารถบอกแหล่ง/หน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านได้

ด้านจิตวิญญาณ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติต้องการให้พระเจ้า สวดมนต์เพื่อลดความหวาดกลัวและความวิตกกังวลในการทำหัตถการ

เป้าหมาย เพื่อลดความหวาดกลัวและมีความพร้อมในการทำหัตถการ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยและครอบครัว รับฟังและรับรู้ความรู้สึก แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย

2. สร้างบรรยากาศที่ก่อให้เกิดการพูดคุยด้านจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาเป้าหมาย ความหวังความหมายของชีวิตตนเอง สนับสนุนสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งภายในจิตใจ

3. สื่อสารความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้ครอบครัวและทีมผู้ดูแลได้รับทราบ

4. ส่งเสริมการทำกิจกรรมทางศาสนาหรือปฏิบัติตามวัฒนธรรมและความเชื่อ

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายกังวล ให้ความร่วมมือและมีความพร้อมในการทำหัตถการ

การพยาบาลขณะทำหัตถการ

ด้านร่างกาย

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจถูกบีบอัด(cardiac tamponade)

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการเฝ้าระวังและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างทันที ไม่เกิดภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจถูกบีบอัด (cardiac tamponade)

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 5 นาทีหากมีการเปลี่ยนแปลงต้องรีบรายงานแพทย์ทันที

2. เตรียมเครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูงให้พร้อมใช้เพื่อประเมินภาวะ pericardial effusionและปริมาณ pericardial fluid ที่อาจเกิดขึ้นได้

3. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำการระบาย pericardial fluid ให้ถูกต้องครบถ้วนพร้อมใช้งานได้

4. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเหนื่อย หอบ แน่นหน้าอก กระสับกระส่าย หากพบต้องรีบรายงานแพทย์ทันที

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. การลดลงของค่าความดัน systolic blood pressure ไม่เกิน 10 มิลลิเมตรปรอท จากค่าความดัน systolic blood pressure เดิมในขณะหายใจเข้า (pulsus paradoxus)

3. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หรือกระสับกระส่าย

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AVB (atrio ventricular block) จากการจี้ไฟฟ้าหัวใจ

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrioventricular block ขณะจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นวิทยุผ่านสายสวน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามประเมินตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหลังทำหัตถการเสร็จเพื่อเปรียบเทียบกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนและหลังการทำหัตถการหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น และติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการวัดระยะ P-R

2. หากพบระยะ P-R เพิ่มขึ้นให้รายงานแพทย์ทันที

3. บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด

4. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาในกรณีที่ต้องอัตราการเต้นของหัวใจช้ากว่า 50 ครั้ง/นาที เช่น Atropine

5. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงต่ำกว่าร้อยละ 94 เป็นต้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ระยะห่าง P-R (P-R interval) น้อยกว่า 0.2 วินาที

2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะเป็น normal sinus rhythm

3. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที

การพยาบาลหลังทำหัตถการ

ด้านร่างกาย

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออก(bleeding)หรือมีก้อนเลือด(hematoma)ตรงตำแหน่งที่แทงหลอดเลือดดำหรือหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออก (bleeding) หรือมีก้อนเลือด (hematoma) ตรงตำแหน่งแทงหลอดเลือดดำและ/หรือหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกต ประเมินและบันทึกภาวะ bleeding และ hematoma บริเวณที่แทงหลอดเลือดดำหรือหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบอย่างใกล้ชิด

2. หลังจากนำอุปกรณ์ออกจากขาหนีบให้กดห้ามเลือดและจัดท่านอนในท่าตะแคงไปซ้ายหรือขวาให้นอนเหยียดขาข้างที่มีแผลประมาณ 4-6 ชั่วโมง

3. นำหมอนทรายน้ำหนัก 1.5-2 กิโลกรัม วางทับแผลไว้เหนือตำแหน่งที่แทงหลอดเลือดนานประมาณ 2 ชั่วโมงเพื่อเพิ่มน้ำหนักในการกดแผลห้ามเลือด

4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ platelet, PT, INR เป็นต้นและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

6. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบภาวะ bleeding และ hematoma

เกณฑ์การประเมิน

1. แผลแทงหลอดเลือดที่ขาหนีบไม่มีเลือดออก (bleeding)

2. แผลแทงหลอดเลือดที่ขาหนีบไม่มีก้อนเลือด (hematoma) ไม่มีก้อนนูน กดเจ็บ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ไม่สบายเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและปวดแผลบริเวณขาหนีบ

เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความสุขสบาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินไม่สบายและความปวดโดยใช้ Numeric pain scale เพื่อวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

2. พลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ชั่วโมงเพื่อเปลี่ยนอิริยาบถโดยขาข้างที่มีรอยแทงหลอดเลือดต้องเหยียดตรงจนกระทั่งครบเวลาห้ามงอขา

3. สอนให้ผู้ป่วยบริหารขาโดยกระดิกปลายเท้าขึ้นลงหรือหมุนข้อเท้าหรือให้ชันขาข้างที่ไม่มีแผลเพื่อบรรเทาอาการปวด

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

5. จัดกิจกรรมพยาบาลให้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกันเพื่อเป็นการไม่รบกวนผู้ป่วยขณะพักผ่อน

6. ดูแลอำนวยความสะดวกของผู้ป่วยเช่นกรณีผู้ป่วยต้องการปัสสาวะ

7. ดูแลให้ได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์หากพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดแผล ปวดหลัง หรือปวดเมื่อยตามตัวทุเลาลง pain score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและรู้สึกสบาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและสังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างใกล้ชิด

2. เตรียมภาชนะสะอาดไว้ใกล้ชิดผู้ป่วยเพื่อใช้เมื่อผู้ป่วยมีอาการอาเจียน

3. สังเกตจำนวนครั้งและปริมาณของอาเจียนในแต่ละครั้งเพื่อประเมินการสูญเสียน้ำและ electrolyte ในร่างกาย

4. ประเมินและติดตามอาการหายใจลำบาก หายใจเหนื่อยหอบที่อาจเกิดจากการสำลักอาเจียนเข้าปอด ถ้าทางเดินหายใจต้องรีบช่วยเหลือโดยใช้เครื่องดูดเสมหะเพื่อทำให้ทางเดินหายใจโล่ง

5. หลังอาเจียนควรให้ผู้ผู้ป่วยบ้วนปากเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ไม่มีอาการคลื่นไส้
พะอืดพะอม นอนหลับพักผ่อนได้

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและครอบครัวขาด ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังทำการหัตถการ

เป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติมีความรู้/ปฏิบัติตัวอย่าง
ต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยทั้ง
ร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้านทั้งผู้ป่วยและญาติ
2. อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นในการให้
การพยาบาล
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการทำ
หัตถการตามแผนการจำหน่าย D METHOD ดังนี้
 - สังเกตอาการใจสั่น หากมีอาการใจสั่น
เหมือนก่อนได้รับการรักษาให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด
 - สังเกตบริเวณที่ถอดท่อสำสายสวน หากมี
เลือดออก แผลบวมแดงร้อน มีไข้ มาพบแพทย์ก่อนนัด
 - หากมียาที่ต้องรับประทานต่อ ให้รับประทาน
ยาต่อเนื่องตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
 - มาตรฐานตรงตามแพทย์นัดสม่ำเสมอ
4. ประเมินผลการให้ความรู้/การปฏิบัติตัวหลัง
ให้การพยาบาลโดยการสอบถาม
5. แนะนำแหล่งให้ความรู้อื่นๆ และการ
ช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความ
มั่นใจเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายถึงวิธีการปฏิบัติ
ตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

ด้านจิตใจ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 วิดกกังวลเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

เป้าหมาย เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย
และญาติ
2. สร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการ
ของผู้ป่วย
3. ให้คำแนะนำเพื่อลดความวิตกกังวล
4. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและพูดคุยให้
กำลังใจ

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติบอกว่าคลายความวิตก
กังวลลง มีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 50 ปี สัญชาติไทย สถาน
ภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร
ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบ
บุหรี่ย น้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร
ดัชนีมวลกาย 30 kg/m² ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธ
การผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและสารเคมี
ให้ประวัติว่า 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ
วิงเวียนศีรษะหน้ามืด เหนื่อยง่าย ใจสั่น เข้ารับการ
รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมี
ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็ว ที่มีทางเดินไฟฟ้า
แบบลัดวงจร เชื่อมระหว่างหัวใจห้องบนและห้องล่าง
Wolff Parkinson – White Syndrome (WPW) เมื่อมี
อาการทุเลาขึ้นจึงพิจารณาส่งตัวมาเพื่อเข้ารับการ
รักษาต่อเนื่อง และแพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำ
การจี้ไฟฟ้าหัวใจ

อาการและการดูแลรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล (หอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ)

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามสื่อสารเข้าใจ สัญญาณ
ชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อ
นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต
143/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน
ในหลอดเลือดส่วนปลายเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ เจาะ
เลือดส่งตรวจตาม Pre-ESP+RFCA order ผลการ
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบโพแทสเซียม 3.1 mmol/L
ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ intermittent Wolff

Parkinson white syndrome (WPW) การวินิจฉัยโรคเป็น WPW at right side แพทย์ให้ EKCL 30 ml รับประทานทุก 4 ชั่วโมงจำนวน 2 ครั้ง ให้งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนและให้คำแนะนำก่อน ขณะและหลังทำหัตถการจี้ไฟฟ้าหัวใจและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้ป่วยและญาติรับฟังคำแนะนำเข้าใจยินยอมทำหัตถการ

(ห้องสวนหัวใจ)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำบอกได้ สื่อสารเข้าใจ ไม่หอบ ไม่มีใจสั่น ไม่มีเจ็บหน้าอก ผลการให้ การพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่มีทางเดินไฟฟ้าแบบลัดวงจรเชื่อมระหว่างหัวใจห้องบนและห้องล่างด้านขวา (right Wolff-Parkinson-White syndrome by pass tract) และได้ทำหัตถการการศึกษาละอองไฟฟ้าหัวใจการสร้างภาพสามมิติ และจี้รักษาโดยคลื่นวิทยุความถี่สูง (Radio Frequency Catheter Ablation under Electro - Anatomical Mapping) ไม่สำเร็จเนื่องจาก Low risk WPW และ High risk AVB ใช้ระยะเวลาในการทำหัตถการทั้งหมด 2 ชั่วโมง 10 นาที ใช้ยาระงับความรู้สึกแบบ total intravenous anesthesia (TIVA) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆขณะทำหัตถการ และส่งกลับหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติโรคหัวใจ

กรณีศึกษาครั้งที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 50 ปี สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ น้ำหนัก 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและสารเคมี ให้ประวัติว่า 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยตรวจพบนิ่วในถุงน้ำดีที่โรงพยาบาลชุมชนขณะตรวจร่างกาย เพื่อเตรียมผ่าตัดได้ตรวจคลื่นหัวใจพบผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่มีทางเดินไฟฟ้าแบบลัดวงจรเชื่อมระหว่างหัวใจห้องบนและห้องล่าง (Wolff-Parkinson-White syndrome) จึงพิจารณาส่งตัวมาเพื่อ

เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง และแพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำการจี้ไฟฟ้าหัวใจ

อาการและการดูแลรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล
(หอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำบอกได้ สื่อสารเข้าใจ สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/75 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลายเท่ากับ 96 เปอร์เซ็นต์เจาะเลือดส่งตรวจตาม Pre-ESP+RFCA order ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ right Wolff Parkinson white syndrome การวินิจฉัยโรคเป็น WPW ให้งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนและให้คำแนะนำก่อน ขณะและหลังทำหัตถการจี้ไฟฟ้าหัวใจและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้ป่วยและญาติรับฟังคำแนะนำเข้าใจยินยอมทำหัตถการ (ห้องสวนหัวใจ)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำบอกได้ สื่อสารเข้าใจ ไม่หอบ ไม่มีใจสั่น ไม่มีเจ็บหน้าอก ผลการให้ การพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่มีทางเดินไฟฟ้าแบบลัดวงจรเชื่อมระหว่างหัวใจห้องบนและห้องล่างด้านขวา (right Wolff-Parkinson-White syndrome free wall) และได้ทำหัตถการการศึกษาละอองไฟฟ้าหัวใจการสร้างภาพสามมิติ และจี้รักษาโดยคลื่นวิทยุความถี่สูง (Radio Frequency Catheter Ablation under Electro - Anatomical Mapping) สำเร็จ ใช้ระยะเวลาในการทำหัตถการทั้งหมด 2 ชั่วโมง 12 นาที ใช้ยาระงับความรู้สึกแบบ total intravenous anesthesia (TIVA) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆขณะทำหัตถการ และส่งกลับหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติโรคหัวใจการประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ได้รับการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุเป็นการพยาบาลที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ พยาบาลสามารถนำปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่กระบวนการ

พยาบาลโดยการประเมินสภาพผู้ป่วย กำหนด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลแบบ
องค์รวมและมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในทุกๆด้านและนำไปสู่การ
ฟื้นฟูสภาพได้เร็วตามมาดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการวิเคราะห์
ระยะก่อนทำ หัตถการ	1. ด้านร่างกาย 1) มีภาวะโปแตสเซียม ในเลือดต่ำ 2) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) ขณะรอ ทำหัตถการได้ 3) ผู้ป่วยและญาติขาด ความรู้และการปฏิบัติตัว ในการทำหัตถการจี้ ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่น ความถี่วิทยุ 2. ด้านจิตใจ 1) มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการจี้ไฟฟ้าหัวใจ ด้วยคลื่นวิทยุผ่านสาย สวนหัวใจและการปฏิบัติ ตัวก่อนทำหัตถการ ขณะทำหัตถการและ หลังทำหัตถการ 3.ด้านสังคม เศรษฐกิจ 1) ผู้ป่วยและญาติรู้สึก กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และบทบาทในการดูแล ครอบครัว	1. ด้านร่างกาย 1) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด ภาวะหัวใจเต้นผิด จังหวะ(arrhythmia) ขณะรอทำหัตถการได้ 2) ผู้ป่วยและญาติขาด ความรู้และการปฏิบัติ ตัวในการทำหัตถการจี้ ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่น ความถี่วิทยุ 2. ด้านจิตใจ 1) มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการจี้ไฟฟ้า หัวใจด้วยคลื่นวิทยุ ผ่านสายสวนหัวใจและ การปฏิบัติตัวก่อนทำ หัตถการ ขณะทำ หัตถการและหลังทำ หัตถการ 3.ด้านสังคม เศรษฐกิจ 1) ผู้ป่วยรู้สึกกังวล เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและ บทบาทในการดูแล	- ผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ต้องเข้ารับการ รักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ เป็นหัตถการที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้ ความรู้ความสามารถของทีมสวนหัวใจที่มี ประสิทธิภาพ ในทุกระยะของการทำหัตถการ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น ได้อีกทั้งการทำหัตถการยังส่งผลต่อการปฏิบัติ กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยอีกด้วยด้วยการเตรียม ผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับทำหัตถการจึงเป็น บทบาทที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยกรณี ที่ 1 พบภาวะโปแตสเซียมต่ำ ซึ่งโปแตสเซียมเป็นอิเล็กโตรไลต์ที่จำเป็นช่วยใน การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ จึงต้องได้รับการ แก้ไขหากต่ำกว่า 3.5 mEq/L เพื่อป้องกันการ เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะขณะทำหัตถการได้ ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้าทำหัตถการ - ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เคยมีประสบการณ์การ สวนหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้สึก กังวลและหวาดกลัว เกิดความเครียดขึ้นได้ ดังนั้นการพยาบาลโดยการให้คำแนะนำผู้ป่วย และญาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจ คลายความ กังวล ความกลัว และสามารถปฏิบัติตัวและ ปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในทุกระยะของการ รักษาทางด้านจิตใจจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและ จิตใจในทุกระยะของการทำหัตถการ - โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นโรคที่สามารถ รักษาให้หายขาดได้แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจ กลับเป็นซ้ำได้อีกทั้งอาการแสดงของโรค ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการวิเคราะห์
ขณะทำ หัตถการ	4. ด้านจิตวิญญาณ 1) ผู้ป่วยและญาติต้องการให้พระสงฆ์ให้พรและลดความหวาดกลัวและความวิตกกังวลในการทำหัตถการ 1. ด้านร่างกาย 1) มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจถูกบีบเค้น (cardiac tamponade) 2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AVB (atrioventricular block) จากการจี้ไฟฟ้าหัวใจ	ครอบครัว 4. ด้านจิตวิญญาณ 1. ด้านร่างกาย 1) มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจถูกบีบเค้น (cardiac tamponade) 2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AVB (atrioventricular) จากการจี้ไฟฟ้าหัวใจ	จากการรักษาที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจต้องหยุดงานเพื่อตรวจตามนัดหรือต้องจำกัดกิจกรรมบางอย่างทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม การพยาบาลเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และการมีส่วนร่วมช่วยเหลือของผู้ดูแล (care giver) และชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญ พยาบาลควรมีบทบาทในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังเครือข่าย (long term care) ในการร่วมดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน - เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยโรคร้ายแรงที่ผู้ป่วยจะรู้สึก หวาดกลัว เกี่ยวกับโรค การรักษา การเป็นภาระกับครอบครัวและบุคคลอื่น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจะส่งผลต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไปในทางที่ดีได้ การปฏิบัติศาสนกิจเพื่อช่วยในการยึดเหนี่ยวจิตใจจะส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลงทำให้จิตใจสงบ พยาบาลควรซักถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติรวมถึงจัดหาสถานที่ในการปฏิบัติดังกล่าว - โอกาสการเกิด cardiac tamponade, AV block, bleeding หรือ hematoma สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกรายทั้งในขณะและหลังทำหัตถการ ขึ้นอยู่การใช้พลังงานไฟฟ้า การสอดสายสวน การแทงเข็ม (puncture) และเทคนิคในการกดแผลห้ามเลือดผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่พบ cardiac tamponade, bleeding หรือ hematoma บริเวณ puncture รายที่ 1 พบ AV block และ failure การใส่สายสวนต้องงดการทำหัตถการเพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย รายที่ 2 พบ AF ต้องทำ synchronize cardioversion พยาบาลเป็นบุคคลแรกที่อาจค้นพบปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยและสามารถให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการวิเคราะห์
ระยะหลังทำ หัตถการ	1. ด้านร่างกาย 1) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออก (bleeding) หรือมีก้อนเลือด (hematoma) ตรงตำแหน่งที่แทงหลอดเลือดดำหรือหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ 2) ไม่สุขสบายเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและปวดแผลบริเวณขาหนีบ 3) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน 4) ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังทำหัตถการ 2. ด้านจิตใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	1. ด้านร่างกาย 1) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออก (bleeding) หรือมีก้อนเลือด (hematoma) ตรงตำแหน่งที่แทงหลอดเลือดดำหรือหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ 2) ไม่สุขสบายเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและปวดแผลบริเวณขาหนีบ 3) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน 4) ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังทำหัตถการ 2. ด้านจิตใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	มีประสิทธิภาพ ทันทีทั้งที่ใช้กระบวนการพยาบาล - ภายหลังการทำหัตถการเสร็จแล้ว ผู้ป่วยจะต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยการนอนหงาย เขยียดขาห้ามงอข้างที่แทงหลอดเลือด 4-6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเพิ่มแรงดันมายังบริเวณที่ puncture ส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อบริเวณนั้น ส่งผลให้เกิดความปวดได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายกรณี มีอาการปวดเล็กน้อย 1-2 คะแนนภายหลังการทำหัตถการ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่พบอาการคลื่นไส้อาเจียนหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ตื่นรู้ตัว E4V5M6 หายใจดี ไม่มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน นอนหลับพักผ่อนได้ ลูกทำกิจกรรมได้โดยไม่มีอาการ - ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวในการทำหัตถการจีไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุหลังรับฟังคำแนะนำสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่มีทางเดินไฟฟ้าแบบลัดวงจรเชื่อมระหว่างหัวใจห้องบนและห้องล่างมีอาการและอาการแสดงของโรคก่อนได้รับการวินิจฉัยแตกต่างกัน ขณะได้รับการรักษาโดยจีไฟฟ้าหัวใจผ่านสายสวนที่ห้องตรวจสวนหัวใจในกรณีพบว่าผู้ป่วย High risk AVB และ Low risk WPW ทำให้แพทย์พิจารณาหยุดทำหัตถการ พยาบาลมีบทบาท

อย่างมากในการเฝ้าระวังและประเมินปัญหาดังกล่าวร่วมกับแพทย์ผู้ทำหัตถการ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ ความชำนาญและมีการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบมีการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้องรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรักษา

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็ว ที่ได้รับการรักษาด้วยการจีไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นวิทยุผ่านสายสวน ต้องอาศัยความร่วมมือเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการ

รักษานี้สร้างความกลัวและความกังวลใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระยะก่อนทำหัตถการ ระหว่างการทำหัตถการ หลังทำหัตถการและประสานแพทย์ในการทำหัตถการ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และนำผลที่ได้จากการประเมินไปจัดทำแผนการดูแลทุกระยะของการดูแล ตลอดจนวางแผนจำหน่ายเมื่อกลับบ้านได้อย่างมีคุณภาพ แหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติศึกษาข้อมูล สามารถขอคำปรึกษาในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน เพื่อทบทวนความรู้และทักษะและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อรับคำปรึกษาของหน่วยงาน มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามสภาพผู้ป่วย พูดคุยสอบถามปัญหาและอุปสรรค ภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ป่วยญาติผู้ดูแล และการประสานระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อบูรณาการการดูแลจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน¹¹ ให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ มาวางแผนพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ ชนิด AVNRT ที่ได้รับการรักษาโดยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ
2. พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ในการประเมิน ค้นหาปัญหา เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ ชนิด AVNRT ที่ได้รับการรักษาโดยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ ควรมีความครอบคลุมการพยาบาลก่อนและหลังทำหัตถการสวนหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมุ่งให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพิ่มพูนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป
3. สามารถใช้เป็นเอกสารเผยแพร่ให้ความรู้ภายในหน่วยงานและเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เข้าศึกษา ดูงาน ฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะด้านการทำหัตถการในห้องตรวจสวนหัวใจ

เอกสารอ้างอิง

1. พีรพัฒน์ เกตุค้างพลู. (2562). แนวทางใหม่ในการรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Update in cardiac arrhythmia treatments). วารสารกรมการแพทย์, 5, 23-31.
2. สนิทนาฏ อัยคัชชะ. (2564). อัตราการเกิดโรคซ้ำในผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะเอวเ็นอาร์ทีหลังจี้ด้วยคลื่นวิทยุหลังงานต่ำ. พุทธชินราชเวชสาร, 1, 62-70.
3. โรงพยาบาลสกลนคร. (2566). สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องสวนหัวใจ. โรงพยาบาลสกลนคร.
4. สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร. (2556). พยาธิวิทยาของโรคหัวใจ. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 1, 33-81
5. นุชจรี นักไร่. (2559). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่ได้รับการรักษาโดยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นวิทยุผ่านสายสวน. งานการพยาบาลระบบหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. David J. Wilber, Douglas L. Packer and William G. Stevenson. (2008). Catheter ablation of cardiac arrhythmias: Basic concepts and clinical applications . Pennsylvania:Blackwell futura.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9780470696279>
7. สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2554). การพยาบาลองค์รวม: กรณีศึกษา. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส จำกัด

8. นงนภัทร รุ่งเนย. (2560). การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก
9. อุมพร ขานหัวโชน. (2561). คู่มือการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ ชนิด AVNRT.งานห้องตรวจสวนหัวใจ ฝ่ายปฏิบัติการศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
10. อมรรัตน์ แสงใสแก้ว และพัชนี สมกำลัง. (2560). การประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี ,203-208.

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) ชนิตไทยนิรमित (TH Niramit AS)
2. เนื้อหา จัดพิมพ์เป็น 2 คอลัมน์
3. หากมีรูปภาพหรือตารางประกอบ ควรมีภาพที่ชัดเจน ให้จัดพิมพ์แยกออกมาจากเนื้อหา และระบุคำว่า “ภาพที่” จากนั้น ทำการจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษและวางไว้ใต้ภาพ และ “ตารางที่” จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ บนตาราง ตามด้วยหมายเลขกำกับใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวหนา ใช้คำหรือข้อความที่กระชับ ชัดเจน ส่วนคำอธิบายใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวปกติ รูปภาพ/ตารางที่นำเสนอ ต้องมีรายละเอียดที่ครบถ้วน สมบูรณ์ อ่านแล้วเข้าใจได้โดยง่าย ทำการระบุลำดับรูปภาพ/ตารางให้ตรงกับเนื้อหาต้นฉบับ
4. พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษพิมพ์สีขนาดเอสี่ (A4) ขนาดของตัวอักษรเท่ากับ 14 ส่วนเลขหน้าขนาด 14 และใส่เลขหน้าตั้งแต่ต้นจนจบบทความ ยกเว้นหน้าแรก โดยมีเนื้อหาบทความรวมบรรณานุกรม ไม่เกิน 14 หน้า
5. ทำการตั้งค่าน้ำกระดาษ ห่างจากขอบกระดาษด้านซ้ายและด้านบน 1 นิ้ว ด้านขวาและด้านล่าง 1 นิ้ว
6. ให้เตรียมต้นฉบับบทความตามรูปแบบ ดังต่อไปนี้
 - 6.1 ชื่อบทความ กรณีภาษาไทย ใช้แบบอักษรขนาด 18 ตัวหนาหนา
 - 6.2 ชื่อบทความ กรณีภาษาอังกฤษ ใช้แบบอักษรขนาด 18 ปกติ
 - 6.3 ชื่อผู้เขียน และผู้ร่วมพิมพ์ ใช้แบบอักษรขนาด 14 ปกติ
 - 6.4 หัวข้อหลัก ใช้แบบอักษรขนาด 16 ตัวหนา
 - 6.5 หัวข้อย่อย ใช้แบบอักษรขนาด 14 ตัวหนา
 - 6.6 เนื้อเรื่อง ใช้แบบอักษรขนาด 14 ปกติ
7. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกกึ่งกลางหน้ากระดาษ
8. ชื่อผู้เขียน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใส่ให้ครบทุกคน รูปแบบอักษรขนาด 14 ปกติ จัดชิดกันหน้าขวา และใส่ Footnote เป็นตัวเลขอารบิกต่อท้ายแต่ละชื่อ โดยระบุสังกัด กรณีเป็นมหาวิทยาลัยให้ระบุ คณะ/วิทยาลัย และมหาวิทยาลัย กรณีหน่วยงานราชการอื่น ให้ระบุกรมและกระทรวง กรณีภาคเอกชนให้ระบุบริษัทหรือองค์กร และจังหวัด ให้ตรงกับเครื่องหมายที่กำกับไว้ข้างบน โดยให้ระบุเป็นรายบุคคลภาษาไทยและคั่นด้วย (;) ก่อนเขียนเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นทำการขึ้นบรรทัดใหม่ ให้ระบุ Corresponding author, e-mail:, Tel. ของผู้พิมพ์หลัก
9. บทคัดย่อภาษาไทย และ Abstract ภาษาอังกฤษ ทำการเขียนให้กระชับและได้ใจความ และไม่ต้องอ้างอิงเอกสาร บทคัดย่อประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย ผลการวิจัยนั้นให้สรุปโดยย่อ

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

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

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิจัย กำหนดให้เรียงลำดับของหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1.1 บทนำ ควรเขียนให้เห็นภาพและความเป็นมา รวมถึงความสำคัญของปัญหาที่นำมาสู่การวิจัย

1.2 วัตถุประสงค์ ควรเขียนให้เห็นถึงจุดมุ่งหมายของการวิจัย

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรเขียนและอธิบายถึงรูปแบบของการวิจัย การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล

1.4 สรุปผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรเขียนตามสิ่งที่ได้ค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

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

1.6 ข้อเสนอแนะ ในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.7 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เป็นการกล่าวขอบคุณต่อองค์กร หน่วยงาน หรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือให้ความช่วยเหลือ/ร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งกล่าวขอบคุณแหล่งที่มาของทุน

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

2. บทความวิชาการ กำหนดให้เรียงลำดับของหัวข้อ ดังต่อไปนี้

2.1 บทนำ ผู้นิพนธ์ควรเขียนแสดงถึงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอในบทความ และควรเขียนอธิบายเรื่องที่ต้องการนำเสนอมีความสำคัญ มีวัตถุประสงค์ และเค้าโครงของบทความวิชาการนั้น

2.2 เนื้อเรื่อง นิพนธ์ควรเขียนแสดงถึงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอ กำหนดให้แบ่งเป็นส่วนย่อย ดังนี้

ส่วนย่อยที่ 1 เขียนถึงพื้นฐานของความรู้แก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องที่จะกล่าวถึงก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง

ส่วนย่อยที่ 2 เขียนถึงการวิเคราะห์ข้อมูล การโต้แย้งข้อเท็จจริง การใช้เหตุผลและผล หรือหลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลเชิงประจักษ์แก่ผู้อ่าน

ส่วนย่อยที่ 3 เขียนให้เห็นถึงการเสนอความคิดเห็น รวมทั้งข้อเสนอแนะของผู้เขียนต่อประเด็นที่ผู้เขียนได้นำเสนอ

2.3 สรุปผล เขียนกล่าวสรุปสาระสำคัญ ทำการยกประเด็นสำคัญ ๆ ของบทความมากล่าวรวมกันไว้โดยสรุปอย่างสั้นๆ ไว้ท้ายบท ผู้เขียนควรเขียนเพิ่มเติมว่า ผลลัพธ์ที่ได้กล่าวมานั้น มีความสำคัญอย่างไร นำไปใช้ประโยชน์อย่างไร

2.4 เอกสารอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิงและบรรณานุกรมใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

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

3.1 บทความจากวารสาร

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

ตัวอย่าง

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

3.2 การประชุมวิชาการ

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่ พิมพ์: 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 เบญจวัง, สัมมน โฉมฉาย, อุดุลย์ บัณชกุล. โรคพิษโลหะหนัก. ใน: อุดุลย์ บัณชกุล, บรรณาธิการ. ตำราอาชีวเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์; 2554. หน้า 691-725.

3.5 วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวิทยานิพนธ์. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่พิมพ์. 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