



ECH

Journal

of environmental and community health

VOL.8 NO.3 September - December 2023

**วารสาร
อนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน**

ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566

ISSN : 2672-9717

ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566 VOL. 8 NO. 3 September – December 2023

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร : กรณีศึกษา กระบวนการออกไปอนุญาตประกอบกิจการโรงงานจำพวกที่ 3 สุวิชา บริบูรณ์ , เสรีย์ ตู้อะกาย , ชัยวัฒน์ ภู่วรรณชัย , อธิเดช สอนงทวิพร และ มงคล รัชชะ	1
ความเครียดและความวิตกกังวลในสถานการณืโควิด 19 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ศิริพร พรแสน , ลัดดา แสนสีหา , วิไลรัตน์ จันทาทิพย์	10
ปัจจัยทำนายการปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม หาญชัย อังคนาวารพันธ์ , อรุมา แก้วเกิด , กรรณิมา ฝาระมี	19
การประเมินระดับแสงสว่างภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม พีรพล ภู่อี่ยม , เสรีย์ ตู้อะกาย , วัฒนา จันทะโคตร และมงคล รัชชะ	27
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแบ่ง นาตยา พรหมศรีธรรม , สมศักดิ์ อินทมาต	34
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษา 2 ราย สุธาทพร ขจรฤทธิ์	43
การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง : กรณีศึกษา อภิรดา ภาบุญแก้ว	50
การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จันทร์สุดา กลีบบัว	60
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย รัตนา กอทอง	68
ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลจะนะ ธัญลักษณ์ สารพร	82
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมร่วมกับต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ : กรณีศึกษา ทัศนีย์ คงปราโมทย์	91
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา ประดับพร เนตวงษ์	100
การพยาบาลมารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก; เปรียบเทียบ 2 กรณี..... เดือนเพ็ญ ภูแพง	109
การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย..... อัจฉรา ลือโสภาก	117
การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย ทัศนีย์ ภูนาฤทธิ์	124
การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฟุ้งฟิง:กรณีศึกษา 2 ราย พนิชญา ผลวิจิตร	134
กรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะคลอด (ศึกษา 2 ราย) อุดมพร เหม้อยไธสง	143
การพัฒนาแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย รุ่งตะวัน ฮีท , นราภรณ์ ท่อนโพธิ์ , อาคม รัฐวงษา , คำปอง ปะวะเสงัน และยศศักดิ์ หาญชาญเลิศ	151
การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงร่วมกับมีภาวะน้ำท่วมปอด : กรณีศึกษา เกศรินทร์ พรหมมา	162

สารบัญ

	หน้า
รายงานการวิจัย	
กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วย กล้องวีดีทัศน์	171
จันทนา สาทกลาง	
กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วย นอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม	180
ธิดา ชื่นชม	
ผลการใช้วาสลินก้อสปิดแผลต่อการหายของแผลแบบเปิด	190
นุชลี หล้ามะโฮง และคณะ	
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา	198
จันทร์เพ็ญ ภูตะวัน	
รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	209
อภิชญา อารีเอื้อ	
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์เทียม : กรณีศึกษา	217
รวินท์นิภา ภัคดี	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นจากฝีในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง	228
ณัฐชญา กษิณศรี	
การปนเปื้อนของฟอร์มาลินและบอแรกซ์ในอาหาร เขตตำบลอุ้มอ่อง อำเภออุ้มอ่อง จังหวัดสุพรรณบุรี	238
รุ่งกาญจน์ สังข์รักษ์ ,สยามภู สงวนสิทธิอนันต์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร	244
พัฒนา ไชยชมภู	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตที่มีความเสี่ยงสูงและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย	251
สุวิมล บุญโสดา	
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในท่อน้ำนมที่มีโรคร่วม : กรณีศึกษา 2 ราย	257
ชฎาภรณ์ ภูกัฒนา	
กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	264
ฉัตรชนก บุญเอก	
กรณีศึกษา: บทบาทพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนความถี่สูง	274
อุทัยวรรณ จิระชีวะนันท์	
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด: กรณีศึกษา	284
อาทิตยา ภูวชินพงศ์	
การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา	295
จิตภา ชัยบรรสกุล	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการ ส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดนครพนม	302
รุ่งทิภา จันทรงาม ,รุ่งนภา พรหมสาขา ณ สกลนคร	
ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจคัดกรองทารกในครรภ์และการเจาะน้ำคร่ำในการวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์แต่กำเนิด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย	313
สันทัต บุญเรือง	

ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566 VOL. 8 NO. 3 September – December 2023

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อผู้ปกครองและเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	321
พรพรม ตรีโกศา, ชลสินธ์ ศรีลาศักดิ์	
การดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุสมผล ตาม RDU Hospital PLEASE ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์	331
จิตตวดี กมลพุทธ	
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่าร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ :กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	340
พาฝัน หงษ์เตาปูน	
การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับแบบสองกล้อง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	348
วิไลจิต จันทร์สุดชา	
มุมมองของทันตแพทย์จัดฟันที่เข้าร่วมโครงการ ยิ้มสวย เสี่ยงใส ต่อการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแห้งงเพดานโหว่	357
สุทธิ มาลัยวิจิตรนนท์	
การศึกษาความแม่นยำของผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก เพื่อวินิจฉัยมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	368
กนกอร เรื่องศิลปานันต์ ,ศศิลักษณ์ ไชยเดือน ,จิรวัดน์ ธนศรธาดา	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด: กรณีศึกษา	377
กรณัฐสิริ วัตตะศิริชัย	
การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	386
ปิยวดี เจียเจริญ	
การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับมีภาวะไตวายเฉียบพลัน กรณีศึกษา 2 ราย	393
อุไร มิตรปราสาท	
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดDiabetic Ketoacidosis:กรณีศึกษา 2 ราย	403
อุมาพร จันทะหะ	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) : กรณีศึกษา 2 ราย	411
ณิรชา บุญมาตย์	
ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	419
นภัทร พรทีนผล ,ละอองดาว สุโขโต	
การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตรอยด์ฮอร์โมนเป็นพิษที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับภาวะใส่ท่อหายใจยาก : กรณีศึกษา	429
อัญชลี พิพัฒน์วัชรโสภณ	
การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ : กรณีศึกษา 2 ราย	436
อารีย์ ภูยาดาว	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการจัดการรายกรณี ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลพระยีน : กรณีศึกษา	445
ลดา เลยหยุด	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านฝาง : กรณีศึกษา 2 ราย	454
ดวงใจ มาสกุล	
ประสิทธิผลของการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร	463
กิ่งเพชร ศรีเทียน	
การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย	472
อินทริรา แก้วเกิด	

สารบัญ

	หน้า
รายงานการวิจัย	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัด : กรณีศึกษา 2 ราย	481
จิระภา อุดมคำ	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน: กรณีศึกษา 2 ราย	491
ศุภลักษณ์ เอกอุเวกุล	
การเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง	498
พัฒนารี รอดกุล	
การพยาบาลระยะกลางของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรง: กรณีศึกษา	505
นิตยา ศรีสุทธิภมล	
การพัฒนากระบวนการบริการผู้ป่วยโรคไตตื้อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู	513
กิงเพชร ชินศิริประภา	
ผลการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี	523
จารุวรรณ มิทะลา	
การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา 2 ราย	531
ธิดาพร เจริญใจ	
ผลการใช้แผนการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) ต่อระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกุมภวาปี	539
วิไล เหมือนทองจัน	
การพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยติดสารเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม	549
ดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์	
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ในชุมชน : กรณีศึกษา.....	558
รุ่งฤดี เพ็งวิชัย	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีผลรุนแรงระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง : กรณีศึกษา 2 ราย	565
กาญจนา ชุ่มด้วง	
การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย	572
สมปอง เทพศรี	
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย	581
ศศิธร มงคลสวัสดิ์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย	591
รุจน์นลิน พิระกมลโรจน์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย	599
อรัญญา ซองศิริ	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในท้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม	608
ทิพานันท์ แดนสีแก้ว ,วาสนา อาจศึก ,ณัฐพร สายแสงจันทร์	
การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค : กรณีศึกษา 2 ราย	619
รุ่งทิวา ชันธมุล ,ศิริประภา ทาธิ	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองเรือ : กรณีศึกษา 2 ราย	627
วิลาวัลย์ บุญมี	

สารบัญ

	หน้า
รายงานการวิจัย	
การพยาบาลผู้คลอดติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา 2 ราย รัตนา หาหนัด	637
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง : กรณีศึกษา นุชรินทร์ พลบำรุง	646
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลหนองเรือ : กรณีศึกษา 2 ราย บุษยมาศ แผงแสง	653
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (SEPSIS) โรงพยาบาลสมเด็จพระ วิมลรัตน์ เสนาะเสียง	661
การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย กุลณา จรรยากรณ์	668
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ต อาริยา แพนชัยภูมิ	675
การศึกษาเปรียบเทียบความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง วิชัย คุ้มเคย	685
การผ่าตัดตัดอ่อนส่วนหัวร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple procedure เพิ่มสุข มุยกาลิ่งห์	694
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอที่ได้รับบาดเจ็บความรู้สึกร่างกาย เพื่อการผ่าตัดตามกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าและการเชื่อมข้อ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : 2 กรณีศึกษา อินทิรา สงเสริมฐ์	702
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการชะลอความเสื่อมของไตระยะ 3 โรงพยาบาลคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ สุจิตรา ภัคดีจรงค์	712
การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองที่ได้รับบาดเจ็บความรู้สึกร่างกาย เพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย ณภัค พัชรรัชพงษ์	718
กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้วในท่อไตที่ได้รับการสลายนี้วด้วยการส่องกล้องและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พานี ชื่นชมภู	728
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เขตพื้นที่โรงพยาบาลสติงพระ อำเภอสติงพระ จังหวัดสงขลา ศิริลักษณ์ ช่างมี	738
การพัฒนาแนวทางเพื่อลดความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์ มาตรา 41 ของหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดอุบลราชธานี ประภัสสร คันสนะพิทยากร ,ณัฐชานันท์ กมลฤกษ์	748
ประสิทธิผลการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrui Hosplus ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสระใคร จังหวัดหนองคาย นันทริกา มนต์รี ,ชลกาทร ทรงศรี	758
กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกและมีภาวะหัวใจล้มเหลว ปานจิตต์ เอี่ยมสำอางค์	769

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของสื่อการสอนในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชันต่อความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างซ้าย ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566	779
วิภาดา วิริยานุภาพพงศ์ ,เรวัตติ วัชรสิทธิ์ ,ทิพย์เกษร วรณภักตร์ ,ณัชชา สุทธิรุ่งเรือง	
ผลของการเตรียมความพร้อมโดยที่สอนน้องและการใช้วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์	
ต่อทักษะการตรวจครรภ์และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์	
ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ	787
ละอองดาว วรณภักดิ์ ,กรรณิกา วิชัยเนตร ,จิรปริยา โรจนเกียรติปริดา ,กนกวรรณ กันธะวัง ,กัญญาพร ศัตตบุรุษ ,จิณมนัส	
สิริพัฒน์วรบุตร ,ชนานันท์ ทนง ,ชื่นกมล ศรีจันทร์ ,ธิดารัตน์ บุญสวน ,นุจร อินน้อย ,บุญญา สุตสาพา	
การพัฒนากระบวนการบะบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร	796
จุฑามาศ เจริญพร	
ผลของการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่องการใช้ SOS Score ต่อการปฏิบัติการประเมิน SOS Score	
ในผู้ป่วย Sepsis โรงพยาบาลหนองคาย	806
ลิกิจ โหระอุทธิ์ ,มนฤดี ชัยหาทัพ	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม	
อำเภอละมั่ง จังหวัดชุมพร	815
สุธีรา ศรีกาญจน์ ,นิชากร เพิ่มพรสกุล ,วิชญ์ อนิลบล ,มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก	
ในโรงพยาบาลหนองคาย	824
สาธกา เรืองรัตนถาวร ,ยุภาพร จิตรจักษ์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อทำการ	
หยุด และระบายเลือดที่ออกในศีรษะในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: 2 กรณีศึกษา	833
อัญชญา ภูติโส	
การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว:กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	843
ศิริพร ลาสอน	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย	852
ทินกร นามนวด	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	862
ยุพดี คู่ป้อง	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับภาวะโรคร่วมในระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย ..	872
วิรัชพัชร ฆารวิวัฒน์	
ผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีผลต่อการรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมการออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์	
อาสาสมัครพระศรีนครินทร์บวรราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์	883
สุภัตรา เอกตาแสง ,ธีรนาถ สุวรรณเรือง	
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม	
โรงพยาบาลมัญจาคีรี	893
วิภาภรณ์ ภักดีสุน	
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา: กรณีศึกษา 2 ราย	902
ชนิสราภรณ์ รัตนเกษตรสิน	
การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคี	
เครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	909
กรองจิต วลัยศรี	

ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566 VOL. 8 NO. 3 September – December 2023

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแบบแผนการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โรงพยาบาล กำแพงแสน จังหวัดนครปฐม	918
ณัฐคุณเณศ คงคาเพชร	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์	928
ประกาศิต ภัคดี	
การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน	936
ชัชวาล โภโค	
ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร่อนคำ จังหวัดกาฬสินธุ์	946
ฉวีวรรณ นัยวัฒน์	
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	955
อริญา ตั้งตระกูล	
การพัฒนาแบบแผนการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบคัดแยก 5 ระดับ (MOPH ED.Triage) หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและ นิติเวช โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น.....	962
จิตาภา วิเศษวุฒิ	
การเฝ้าระวังการปนเปื้อนเชื้อ Legionella spp. ในแหล่งน้ำที่ใช้ในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 .	969
อิริยะพร กองทัพ , อาภากร นบนอบ และวัชร ทองขาว	
การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย	978
ชุตติกาญจน์ สาวีสัย	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจะ โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร	989
อัจฉรา โปธิ	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร	1000
ภัชรี วิชานา	
การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์	1009
สุดาทิพย์ ทารจำปา , อรรถวิทย์ เนินชัต , จารึก ประคำ	
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา	1020
ศมนยา ฤทธิสุวรรณ	
การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไหงาม จังหวัดกาฬสินธุ์	1031
อเนก นนทะมาตย์	
ผลของการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาเสพติด ของผู้เข้ารับการรักษาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ฉวีวรรณ สาระบุตร , สุขุมารณ์ บุญญาสุ	1038

สารบัญ

	หน้า
รายงานการวิจัย	
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบผ่านกล้องและแบบเปิดหน้าท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย	1048
รุจิวรรณ หมั่นแก้ว	
รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์	1056
ดวงกมล ศิลาแยง	
ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ	1067
สมจิตร ธรรมบรรเทิง	
การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเอดส์: กรณีศึกษา 2 ราย	1076
เทพเทวี ฉัตรศุภกุล	
อัตราอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ ยึดตรึงกระดูกภายใน	1084
บัณฑิต เกษตรสิงห์	
การใช้แนวคิด ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์	1093
ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ,สุพัตรา บุญเอก	
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีน เข้ารับการคลอดในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง : กรณีศึกษา 2 ราย ..	1100
นิตยา พงษ์คำ	
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์	1105
บุษดี ชันมะจันทร์	
ผลการใช้รูปแบบ “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี อำเภอราชสีห์	1114
นิรนุช จิรานันท์สิริ	
แนวทางการพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการจัดการขยะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม : กรณีศึกษาดำบลยอด อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน	1124
เฉลิมศักดิ์ รักษา ,พิมพ์นภัส ภูมิภิตติพิชญ์ ,หวานใจ หล้าพรม	

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 23 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ธันวาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร ความเครียดและความวิตกกังวลในสถานการณ์โควิด 19 ของสตรีตั้งครรภ์ การปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท ระดับแสงสว่างภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง การให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมร่วมกับต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู มารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพียงพียง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระหว่างคลอด การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงร่วมกับมีภาวะน้ำท่วมปอด ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย การใช้วาสลินก๊อสปิดแผลต่อการหายของแผล ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่น ผู้ป่วยโรคไตที่มีความเสี่ยงสูงและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในท่อนกระดูกที่มีโรคร่วม ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนความถี่สูง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย การตรวจคัดกรองทารกในครรภ์และการเจาะน้ำคร่ำในการวินิจฉัยความผิดปกติของทารก ส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก การใช้ยาสมเหตุผล ตาม RDU Hospital PLEASE ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรง ระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอด สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป



ECH

Journal

of environmental and community health

VOL.8 NO.3 September - December 2023

**วารสาร
อนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน**

ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566

ISSN : 2672-9717

PART I

ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566 VOL. 8 NO. 3 September – December 2023

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร : กรณีศึกษา กระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานจำพวกที่ 3 สุวิชา บริบูรณ์ , เสรีย์ ตู้อุทัย , ชัยวัฒน์ ภู่วรรณชัย , อธิเดช สอนงทวีพร และ มงคล รัชชะ	1
ความเครียดและความวิตกกังวลในสถานการณ์โควิด 19 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ศิริพร พรแสน , ลัดดา แสนสีหา , วิไลรัตน์ จันทาทิพย์	10
ปัจจัยทำนายการปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม หาญชัย อังคนาวารพันธ์ , อรุมา แก้วเกิด , กรรณิมา ฝาระมี	19
การประเมินระดับแสงสว่างภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม พีรพล ภู่อ้อม , เสรีย์ ตู้อุทัย , วัฒนา จันทะโคตร และมงคล รัชชะ	27
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแบ่ง นาตยา พรหมศรีธรรม , สมศักดิ์ อินทมาต	34
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษา 2 ราย สุธาทพร ขจรฤทธิ์	43
การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง : กรณีศึกษา อภิรดา ฤาบุญแก้ว	50
การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จันทร์สุดา กลีบบัว	60
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย รัตนา กอทอง	68
ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลจะนะ ธัญลักษณ์ สารพร	82
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมร่วมกับต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ : กรณีศึกษา ทัศนีย์ คงปราโมทย์	91
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา ประดับพร เนตวงษ์	100
การพยาบาลมารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก; เปรียบเทียบ 2 กรณี..... เดือนเพ็ญ ภูแพง	109
การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย..... อัจฉรา ลือโสภาก	117
การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย ทัศนีย์ ภูนาฤทธิ์	124
การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฟิงฟิง:กรณีศึกษา 2 ราย พนิชญา ผลวิจิตร	134
กรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะคลอด (ศึกษา 2 ราย) อุดมพร เหมือยไธสง	143
การพัฒนาแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย รุ่งตะวัน ฮีท , นราภรณ์ ท่อนโพธิ์ , อาคม รัฐวงษา , คำปอง ปะวะเสงัน และยศศักดิ์ หาญชาญเลิศ	151
การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงร่วมกับมีภาวะน้ำท่วมปอด : กรณีศึกษา เกศรินทร์ พรหมมา	162

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วย กล้องวิดีโอทัศน 171	171
จินทนา สาทกลาง	
กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วย นอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม 180	180
ธิดา ชื่นชม	
ผลการใช้วาสลินก๊อสปิดแผลต่อการหายของแผลแบบเปิด 190	190
นุชลี หล้ามะโฮง และคณะ	
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 198	198
จันทร์เพ็ญ ภูตะวัน	
รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 209	209
อภิขญา อารีเอื้อ	
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์เทียม : กรณีศึกษา 217	217
รวินท์นิภา ภัคดี	

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 23 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ธันวาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร ความเครียดและความวิตกกังวลในสถานการณ์โควิด 19 ของสตรีตั้งครรภ์ การปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท ระดับแสงสว่างภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง การให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมร่วมกับต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู มารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฟุ้งฟิง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะคลอด การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงร่วมกับมีภาวะน้ำท่วมปอด ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย การใช้วาสลินกือสปิดแผลต่อการหายของแผล ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร : กรณีศึกษา กระบวนการออกใบอนุญาต
ประกอบกิจการโรงงานจำพวกที่ 3

Carbon Footprint Assessment of Organization : A Case Study of the licensing process Factory
business for a factory group 3

(Received: September 23,2023 ; Revised: October 15,2023 ; Accepted: October 16,2023)

สุวิชา บริบูรณ์¹, เสรีย์ ตูประกาย¹, ชัยวัฒน์ ภูวกรกุลชัย¹, ธีรเดช สมองทวิพร¹ และ มงคล รัชชนะ^{2*}
Suwicha Boriboon¹, Seree Tuprakay¹, Chaiwat Pooworakulchai¹, Teeradej Srongtaweepon¹ and Mongkol Ratcha^{2*}

บทคัดย่อ

การศึกษาการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรที่เกิดจากกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานจำพวกที่ 3 แบบปัจจุบัน และศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหากระบวนการที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในปริมาณมากที่สุดของกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน พร้อมทั้งหาแนวปรับปรุงกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานให้มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกลดลงในปริมาณที่เหมาะสมจากปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการปัจจุบันโดยไม่มีผลเชิงลบต่อกฎหมาย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลปริมาณการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นแต่ละขั้นตอนในการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานของจังหวัดสมุทรสาคร จากเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม ปี พ.ศ. 2566 ได้จำนวนโรงงานทั้งสิ้น 70 โรงงาน เพื่อแบ่งประเภทกิจกรรมที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกออกเป็น 3 ประเภท ผลการศึกษาพบว่าปริมาณก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมประเภทที่ 3 มีปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.53 ของกิจกรรมทั้งหมด โดยประกอบไปด้วยการใช้กระดาษร้อยละ 37.09 และการใช้น้ำประปาร้อยละ 0.44 ของกิจกรรมทั้งหมด รองลงมาคือกิจกรรมประเภทที่ 1 การใช้ยานพาหนะ คิดเป็นร้อยละ 32.19 ของกิจกรรมทั้งหมด และสุดท้ายกิจกรรมประเภทที่ 2 การใช้พลังงานไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 30.29 ของกิจกรรมทั้งหมด สรุปว่าการใช้กระดาษในกระบวนการมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงที่สุด ดังนั้นการศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะการยื่นขอใบอนุญาตโดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยผ่านระบบแบบดิจิทัลเพื่อลดการใช้กระดาษในการยื่นขอใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน

คำสำคัญ : คาร์บอนฟุตพริ้นท์; กระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานสำหรับโรงงานจำพวกที่ 3; ก๊าซเรือนกระจก

Abstract

Studying the carbon footprint assessment of an organization resulting from the factory operation licensing process. The objective is to study the carbon footprint quantities of the current licensing factory process for a factory group 3 and relevant laws. To search for the process with the highest greenhouse gas emissions within the factory licensing process and to find ways to improve the factory licensing process to reduce greenhouse gas emissions to an appropriate level without violating any laws. By collecting and aggregating data on the emissions and sequestration of greenhouse gases that occur at each stage of the factory licensing process in Samut Sakhon province from January to March 2023, a total of 70 factories were surveyed. To categorize activities that emit greenhouse gases into three types. The result showed that Scope 3 Emissions has the highest amount of greenhouse gas emissions accounting for 37.53 percent of all activity that consist of 37.09 percent using paper and 0.44 percent using tap water. The second, Scope 1, Uses of vehicles, account for 32.19 percent of all activity and the last is Scope 2, Electrical energy consumption, accounting for 30.29 percent of all activity. Using paper has the highest greenhouse gas emissions. Therefore, this study recommended applying the digital system for a permission using modern technology to reduce the use of paper in applying for factory business licenses.

Keywords : carbon footprint; the licensing process Factory business; greenhouse gas;

¹ สาขาวิชาการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

* Corresponding

บทนำ

จากการประชุม COP27 เมื่อวันที่ 6-18 พฤศจิกายน 2565 ณ เมืองชาร์มเอลเชค สาธารณรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ซึ่งเป็นการประชุมภาคีด้านสิ่งแวดล้อมที่รัฐภาคีเกือบ 200 ประเทศทั่วโลกจะส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุมเพื่อหารือความร่วมมือ และกำหนดทิศทางดำเนินงานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศของประชากรโลก รวมถึงการนำเสนอแผนของแต่ละประเทศว่าจะมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาโลกร้อนนี้อย่างไร แต่ละประเทศต้องรายงานความคืบหน้าทุกปี ด้วยเหตุนี้ประเทศไทยจึงควรเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างอุตสาหกรรมที่ต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมให้มากขึ้น อีกทั้งต้องรับมือหากมีการย้ายฐานการผลิตอุตสาหกรรมบางประเภทที่กระบวนการผลิตขัดกับนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมของสากลเข้ามาในประเทศ ทำให้เกิดกิจกรรมทางด้านอุตสาหกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อมที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากขึ้น เช่น การตั้งประกอบกิจการโรงงานอุตสาหกรรม การขยายกิจการโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น และอีกกิจกรรมหนึ่งในสาเหตุที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อมคือจากกระบวนการทำงานของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรม ก็มี部分是สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะโลกร้อนได้เช่นกัน ดังนั้นการจัดทำคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ภายในองค์กร (Carbon Footprint for Organization หรือ Corporate Carbon Footprint: CCF) เป็นวิธีการประเภทหนึ่งในการแสดงข้อมูลปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยจากการดำเนินงานขององค์กร ตามแนวทางการประเมินขององค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก

การประเมินการปล่อยก๊าซเรือนกระจกนั้น จะใช้การคำนวณปริมาณการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากกิจกรรมขององค์กร หรือ ที่เรียกว่า “คาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร” โดยแบ่งกิจกรรมที่มีการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกจากการดำเนินงานขององค์กรไว้ 3 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 การประเมินจากกิจกรรมการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกทางตรงขององค์กร ประเภทที่ 2 การ

ประเมินจากกิจกรรมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมจากการใช้พลังงาน และประเภทที่ 3 การประเมินจากกิจกรรมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมอื่น ๆ [1]

จากที่กล่าวมาการศึกษาวิจัยมุ่งเน้นไปที่การประเมินปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานจำพวกที่ 3 แบบปัจจุบัน ในจังหวัดสมุทรสาคร ที่มีจำนวนโรงงานทั้งหมด 6,204 โรงงาน [2] มากเป็นอันดับสองของประเทศไทย รวมทั้งวิเคราะห์กระบวนการเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานให้มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกลดลงในปริมาณที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานแบบปัจจุบัน
2. เพื่อค้นหากระบวนการที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในปริมาณมากและหาแนวปรับปรุงกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานให้มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกลดลงในปริมาณที่เหมาะสมจากปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการปัจจุบัน

อุปกรณ์และวิธีการ

1. การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์
 - 1.1 การกำหนดขอบเขตการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ การกำหนดขอบเขตขององค์กร (Organization Boundary) ได้กำหนดขอบเขตขององค์กรเป็นแบบควบคุม (Control approach) โดยองค์กรทำการประเมินและรวบรวมปริมาณการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นของกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรมสำนักงานอุตสาหกรรมประจำจังหวัด
 - 1.2 การกำหนดขอบเขตของการดำเนินการ การกำหนดขอบเขตการดำเนินการการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของแต่ละกิจกรรมภายในขอบเขตของกลุ่ม

โรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานอุตสาหกรรมประจำ
จังหวัด โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 การปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือน
กระจกทางตรงขององค์กร

ประเภทที่ 2 การปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือน
กระจกทางอ้อมจากการใช้พลังงาน

ประเภทที่ 3 การปล่อยและดูดกลับก๊าซเรื่อ
นกระจกทางอ้อมอื่น ๆ ได้แก่ ปริมาณก๊าซเรือนกระจก
ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมต่าง ๆ นอกเหนือจากที่ระบุใน
ประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2 เช่น การใช้วัสดุ
สำนักงานและวัสดุสิ้นเปลือง การเดินทางไป-กลับของ
พนักงานที่พักมายังองค์กร การใช้น้ำประปา

ตารางที่ 1 รายการการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของแต่ละกิจกรรม กรณีศึกษากระบวนการออกใบอนุญาตประกอบ
กิจการโรงงาน ของกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานอุตสาหกรรมประจำจังหวัดสมุทรสาคร

ขอบเขต	รายการกิจกรรม	ลักษณะข้อมูล	แหล่งเก็บข้อมูล	หน่วย
ประเภทที่ 1	การใช้น้ำมันพาหนะของ องค์กร เพื่อออกตรวจ	ระยะทางการเดินทาง	-บันทึกปริมาณการใช้น้ำมัน	litre
ประเภทที่ 2	การใช้พลังงานไฟฟ้า	ปริมาณพลังงานไฟฟ้าที่ใช้	-ใบแจ้งหนี้ค่าไฟฟ้า -กำลังการใช้ไฟฟ้าของอุปกรณ์ไฟฟ้าและ ชั่วโมงการใช้งาน	kWh
ประเภทที่ 3	การใช้วัสดุสำนักงาน	ปริมาณการใช้กระดาษ	-รายการเอกสาร หลักฐานประกอบคำขอ -เอกสารภายในดำเนินการตามระเบียบ ราชการ	kg
	การใช้น้ำประปา	ปริมาณการใช้น้ำประปา	-ใบแจ้งหนี้ค่าน้ำประปา	m ³

ตารางที่ 2 การคำนวณปริมาณก๊าซเรือนกระจก ของกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม [1]

ขอบเขตการ	รายการกิจกรรม	การคำนวณปริมาณก๊าซเรือนกระจก (KgCO ₂)
ประเภทที่ 1	การใช้น้ำมันพาหนะของ องค์กร เพื่อออกตรวจ	1) ปริมาณน้ำมันเชื้อเพลิงที่ใช้ × ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ตามชนิดของน้ำมัน เชื้อเพลิง 2) ระยะทาง × น้ำหนักบรรทุก × ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ตามประเภทของพาหนะที่ ใช้ 3) (ระยะทาง ÷ อัตราการสิ้นเปลืองเชื้อเพลิง) × ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก แยกตาม ชนิดของน้ำมันเชื้อเพลิง
ประเภทที่ 2	การใช้พลังงานไฟฟ้า	ปริมาณไฟฟ้าที่ใช้ (kWh) × ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (kgCO ₂ /kWh)
ประเภทที่ 3	การใช้น้ำประปา	ปริมาณน้ำประปาที่ใช้ (m ³) × ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (kgCO ₂ / m ³)
	การใช้กระดาษ A4	ปริมาณกระดาษที่ใช้ (kg) × ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (kgCO ₂ /kg)

1.3 การคำนวณปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ที่
เกิดขึ้นภายในขอบเขตขององค์กร ด้วยโปรแกรม
Microsoft Office โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 การระบุแหล่งปล่อยก๊าซเรือนกระจก

1.3.2 การคัดเลือกวิธีเก็บข้อมูลกิจกรรมการ
ปล่อยและดูดซับก๊าซเรือนกระจก (Activity data) ดัง
ตารางที่ 1

1.3.3 การคัดเลือกวิธีการคำนวณ ดังตาราง
ที่ 2 การหาปริมาณการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรื่อ
นกระจกด้วยวิธีการคำนวณโดยใช้ข้อมูลกิจกรรมต่างๆที่
เกิดขึ้นภายในองค์กรคูณกับสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซ
เรือนกระจก (Emission Factor) และแสดงผลให้อยู่ใน
รูปของตันหรือกิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า
(tCO₂eq หรือ kgCO₂eq) การคำนวณค่าการปล่อย

ก๊าซเรือนกระจกขององค์กร สามารถคำนวณได้จากสมการ ^[1]

ปริมาณการปล่อยก๊าซ (Emission) = ข้อมูลกิจกรรม (Activity Data) x สัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Emission Factor)

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

1.3.4 การคัดเลือกหรือพัฒนาค่าแฟกเตอร์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก (GHG Emission Factors) ดังตารางที่ 3

1.3.5 การคำนวณปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานอุตสาหกรรมประจำจังหวัดฯ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของขั้นตอนการดำเนินการกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน ดังรูปที่ 1 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม ปี พ.ศ. 2566

3. รายงานข้อมูลการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานอุตสาหกรรมประจำจังหวัด ที่ได้จากการประเมินกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน

ตารางที่ 3 ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Emission Factor) สำหรับการประเมินรายงานข้อมูลก๊าซเรือนกระจกของกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานอุตสาหกรรมประจำจังหวัดสมุทรสาคร [1]

ขอบเขต	รายการกิจกรรม	รายละเอียด	หน่วย	ค่าแฟกเตอร์ (kgCO ₂ e/หน่วย)	แหล่งข้อมูลอ้างอิง
ประเภทที่ 1	รถกระบะบรรทุกขนาดเล็ก 4 ล้อ วิ่งแบบปกติ 0% Loading	น้ำหนักบรรทุกสูงสุด 7 ตัน; ใช้น้ำมันดีเซล เป็นเชื้อเพลิง; LCIA method IPCC 2013 GWP 100a V1.03	km	0.3131	Thai National LCI Database, TIIS-MTEC-NSTDA (with TGO electricity 2016-2018)
ประเภทที่ 2	Electricity, grid mix (ไฟฟ้า)	ไฟฟ้าแบบ grid mix ปี 2016-2018; LCIA method IPCC 2013 GWP 100a V1.0	kWh	0.5986	Thai National LCI Database, TIIS-MTEC-NSTDA with TGO electricity 2016-2018
ประเภทที่ 3	น้ำประปา-การประปาส่วนภูมิภาค	ผลิตโดยใช้น้ำผิวดิน น้ำใต้ดิน และน้ำทะเล; ครอบคลุมตั้งแต่ขั้นตอนการสูบน้ำดิบ การผลิตน้ำประปา จนถึง การส่งน้ำประปาผ่านระบบท่อ กปภ. สู่ผู้ใช้น้ำ; ข้อมูลการผลิตปีงบประมาณ 2561; LCIA method IPCC 2013 GWP 100a V1.0	m ³	0.5410	Thai National LCI Database, TIIS-MTEC-NSTDA (with TGO electricity 2016-2018)
	กระดาษ A4		Kg	2.93	2006 IPCC Volume 5: Waste

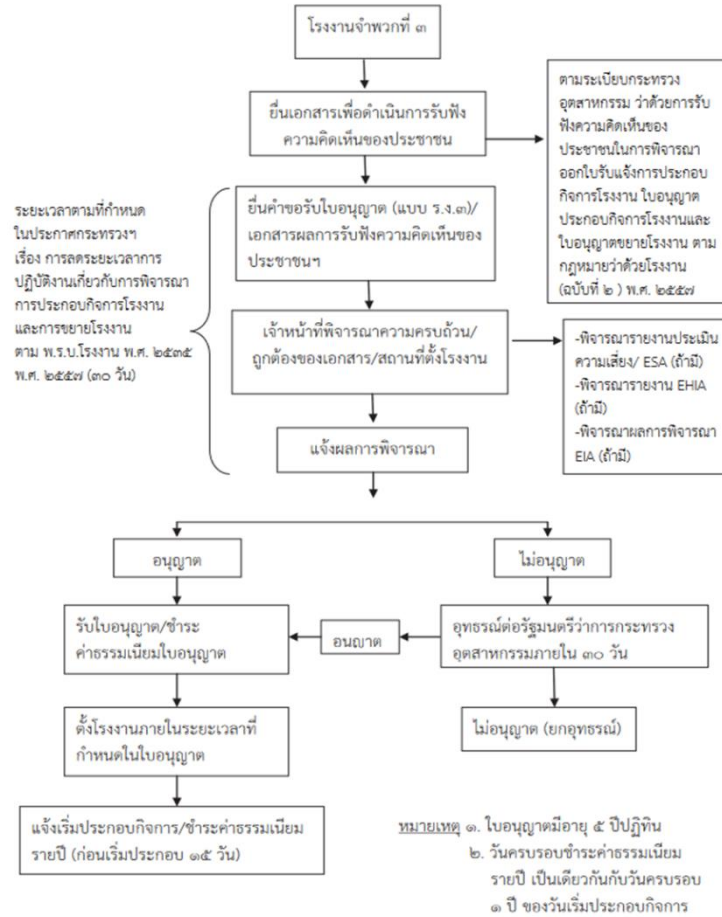
4. การทวนสอบข้อมูลปริมาณก๊าซเรือนกระจก พร้อมทั้งหาแนวทางปรับปรุงกระบวนการออก

ใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานให้มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกลดลงอย่างน้อยครึ่งหนึ่งจากปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการปัจจุบัน

ผลการทดลองและวิจารณ์

จากการศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร กรณีศึกษา กระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานสำหรับโรงงานจำพวกที่ 3 สำนักงานอุตสาหกรรมประจำจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 70 ใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน ประจำเดือน มกราคม-มีนาคม 2566 พบว่าการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานจำเป็นต้องมีการใช้เอกสารจำนวนมากใน การพิจารณาการออกใบอนุญาต ทั้งขั้นตอนประกาศที่ต้องมีเอกสาร 3 ชุด คือ เอกสารตัวจริง สำเนาฉบับ และสำเนา รวมถึงขั้นตอนอื่นๆ ที่ต้องใช้เอกสารในการยื่นขออนุญาตประกอบกิจการโรงงานจำนวน 3 ชุด สำหรับจัดเก็บที่สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด จำนวน 1 ชุด และกรม

โรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 1 ชุด รวมถึงผู้ขออนุญาตจำนวน 1 ชุด ทำให้ปริมาณการใช้กระดาษสำหรับกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานมีปริมาณมาก รองลงมาคือการใช้ยานพาหนะในการออกตรวจ โดยจังหวัดสมุทรสาครมีพื้นที่ทั้งหมด 872.3 ตารางกิโลเมตร [4] ซึ่งถือว่าเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ขนาดเล็ก และโรงงานส่วนใหญ่อยู่ไม่ห่างไกลจากสำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรสาครมาก แต่เนื่องจากขั้นตอนการขออนุญาตประกอบกิจการโรงงาน ทำให้เจ้าหน้าที่มีการใช้ยานพาหนะอยู่เป็นประจำ ส่งผลให้การใช้น้ำมันเชื้อเพลิงในการออกตรวจมาก สัดส่วนของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางตรงขององค์กรจึงมากขึ้น ลำดับต่อมาเป็นการใช้พลังงานไฟฟ้า ภายในสำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรสาคร เนื่องจากการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานต้องใช้เวลาในการพิจารณาเอกสารที่มีจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องอยู่ภายในสำนักงานจากการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ของหน่วยงาน



รูปที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน [3]

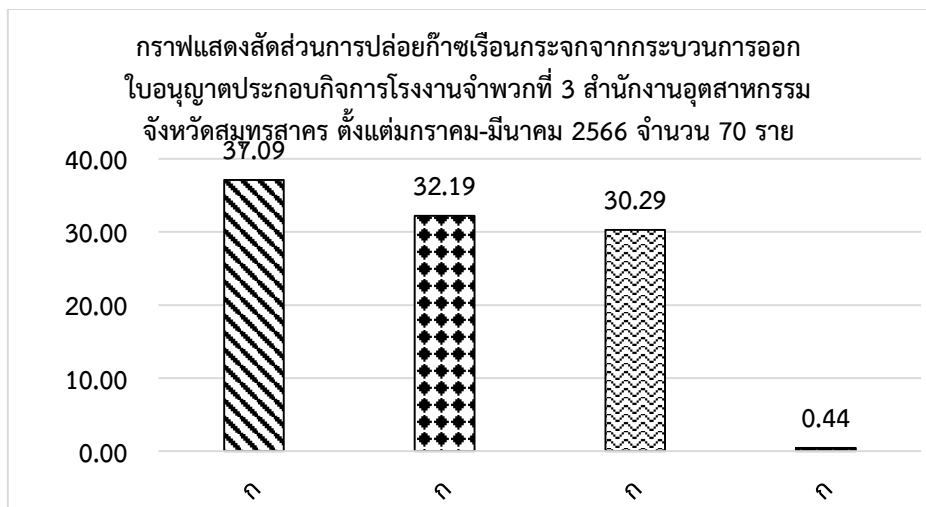
และสุดท้ายการใช้น้ำประปาจากเจ้าหน้าที่
เกี่ยวข้องในการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน
จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นรายกิจกรรมที่มีการปล่อยก๊าซ
เรือนกระจกน้อยที่สุด เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีบ้านพัก

ใกล้สำนักงานทำให้ปริมาณการใช้น้ำภายในสำนักงาน
ในปริมาณน้อย อีกทั้งพื้นที่สีเขียวภายในสำนักงานมี
จำนวนไม่มาก ทำให้ปริมาณการใช้น้ำประปาในการ
ดูแลน้อย ดังตารางที่ 4 แสดงการคำนวณ

ตารางที่ 4 ตารางคำนวณค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน

กิจกรรม	ประเภท 1	ประเภท 2	ประเภท 3	
	การใช้ยานพาหนะของ องค์กร เพื่อออกตรวจ	การใช้พลังงานไฟฟ้า	การใช้น้ำประปา	การใช้กระดาษ A4
ยื่นเอกสารเพื่อดำเนินการรับฟัง ความคิดเห็นประชาชน				กระดาษที่ใช้ยื่นคำขอ
ยื่นคำขอรับใบอนุญาต (แบบ ร.ง.3) และเอกสารผลการ รับฟังความคิดเห็นของประชาชน	การใช้ยานพาหนะของ องค์กร เพื่อออกตรวจ สถานที่ตั้งโรงงาน	การใช้พลังงานไฟฟ้า ระหว่างพิจารณา	การใช้น้ำประปา ระหว่างพิจารณา	กระดาษแบบตรวจ 01 , แบบกำกับงาน ,บันทึก ข้อความ
แจ้งผลการพิจารณา				กระดาษแจ้งผลพิจารณา
รับใบอนุญาต/ชำระค่าธรรมเนียม ใบอนุญาต				กระดาษพิมพ์ใบอนุญาต , ใบเสร็จรับเงิน

แจ้งประกอบกิจการ/ชำระค่าธรรมเนียมนรายปี	การใช้น้ำมันขององค์กรเพื่อออกตรวจโรงงาน	การใช้พลังงานไฟฟ้าระหว่างพิจารณา	การใช้น้ำประปา ระหว่างพิจารณา	กระดาษที่ใช้นับใบแจ้งประกอบ , แบบตรวจ 02 , แบบกำกับงาน
เริ่มประกอบกิจการ				กระดาษแจ้งผลพิจารณา
การใช้ทรัพยากรทั้งหมดตามประเภทกิจการ	5,063.30 กิโลเมตร	2,491.72 หน่วย	40 หน่วย	$70 * 1,787 \text{ แผ่น} * 0.005 = 623.45 \text{ กิโลกรัม}$
ปริมาณก๊าซเรือนกระจกโดยการคูณด้วย (kgCO _{2e})	1,585.23	1,491.54	21.64	1,826.57



รูปที่ 2 สัดส่วนการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานจำพวกที่ 3 สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรสาคร ตั้งแต่ มกราคม-มีนาคม 2566 จำนวน 70 ราย

เมื่อนำมาคำนวณหาเปอร์เซ็นต์ พบว่า การใช้กระดาษในการออกใบอนุญาตมีปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.09 ของกิจกรรมทั้งหมด รองลงมาคือ การใช้น้ำมัน คิดเป็นร้อยละ 32.19 ต่อมาเป็นการใช้พลังงานไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 30.29 และสุดท้ายคือการใช้กระดาษ คิดเป็นร้อยละ 0.44 ของกิจกรรมทั้งหมด ดังรูปที่ 2

สรุป

จากการศึกษาการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานอุตสาหกรรมประจำจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 70 โรงงาน ประจำเดือนมกราคม-มีนาคม 2566 โดยใช้การบันทึกข้อมูลที่แบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท กิจกรรมประเภทที่ 3 มีกิจกรรมที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกมาก

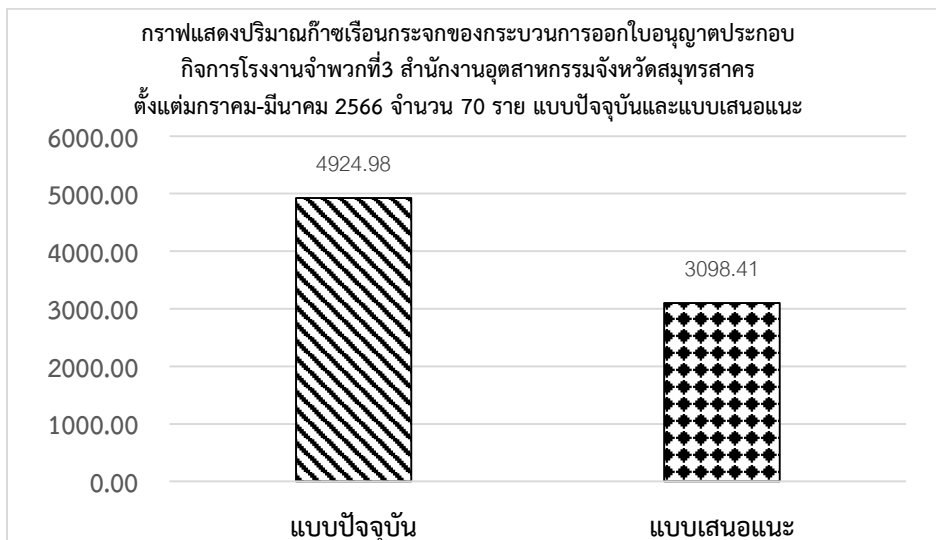
ที่สุด คือ การใช้กระดาษ เนื่องจากต้องใช้การพิจารณาหลักฐานประกอบคำขอรับใบอนุญาตที่เซนต์ลงนามประทับตราบริษัทโดยใช้ลายเซนต์จากปากกาจริง และยังคงมีการใช้เอกสารมากถึง 3 ชุด (ผู้ขออนุญาต, สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด, กรมโรงงานอุตสาหกรรม) เนื่องจากป้องกันการปลอมแปลงหรือสูญหายของเอกสารชุดใดชุดหนึ่ง ทำให้การยื่นเอกสารคำขอรับใบอนุญาตนั้นใช้เอกสารเอกสารหลักฐานเป็นจำนวนมากดังที่ได้เก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ผล ส่วนที่รองลงมานั้นคือประเภทที่ 1 มีกิจกรรมที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกเกิดจากการที่พนักงานเจ้าหน้าที่เข้าไปตรวจพิจารณาทำเลที่ตั้งโรงงาน เพื่อดูความเหมาะสมของทำเลที่ตั้งนั้น ไม่ให้ขัดต่อกฎกระทรวงฉบับที่ 2 แห่งพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 ว่าด้วยเรื่อง ที่ตั้งสภาพแวดล้อม ลักษณะอาคารและลักษณะภายในอาคารโรงงาน เครื่องจักร เครื่องอุปกรณ์ หรือสิ่งที

นำมาใช้ภายในโรงงาน [5] ทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องใช้จ่ายยานพาหนะไปตรวจพิจารณาที่สถานที่จริงเพื่อให้แน่ใจว่าสามารถอนุญาตการประกอบโรงงานแล้ว ไม่สร้างความเดือดร้อนรำคาญให้กับประชาชนผู้อยู่อาศัยใกล้เคียง และไม่ขัดต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องส่วนสุดท้ายคือประเภทที่ 2 มีกิจกรรมที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากการใช้พลังงานไฟฟ้าของพนักงานเจ้าหน้าที่ระหว่างการตรวจพิจารณาคำขอและเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน ซึ่งต้องใช้รอบครอบในการตรวจพิจารณาหลักฐานและระบบการบำบัดมลพิษรวมไปถึงการประกอบกิจการที่ไม่ขัดต่อผังเมืองที่จะขออนุญาตตั้งโรงงาน และมีผลตลอดอายุใบอนุญาตประกอบกิจการหากไม่ประสงค์จะแจ้งเลิก จึงทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในสำนักงานเป็นเวลานาน

สำหรับข้อเสนอแนะแนวทางปรับปรุงกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานให้มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกลดลง คือ การยื่นขออนุญาตผ่านระบบแบบดิจิทัล เพื่อลดการใช้กระดาษ ดังรูปที่ 3 โดยเข้าไปกรอกข้อมูลยื่นคำขอพร้อมอัปโหลดเอกสารหลักฐานผ่านระบบอินเทอร์เน็ตเพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจความถูกต้องของเอกสาร

หลักฐานก่อน หลักจากพิจารณาความถูกต้องเบื้องต้นแล้ว ให้นำรหัสการพิจารณาที่ได้รับจากช่องทางดิจิทัลลงวันเข้าพบพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อรับฟังความต้องการของผู้ประกอบกิจการและชี้แจงพร้อมส่งเอกสารเพิ่มเติมภายหลัง จากข้อมูลมีการยืนยันทั้งสองฝ่ายแล้วให้นำข้อมูลทั้งหมดสู่รูปแบบดิจิทัลแบบเข้ารหัสหรือเทคโนโลยีบล็อกเชน ซึ่งกำลังเป็นที่สนใจขององค์กรชั้นนำหลายประเทศทั่วโลก เพื่อป้องกันการปลอมแปลงเอกสาร และให้มีแค่ไฟล์เดียวที่บุคคลที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงได้ แต่ต้องมีเป็นบุคคลที่ได้รับอนุญาตนั้นสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้

อย่างไรก็ดีทางกระทรวงอุตสาหกรรมได้มีระบบการยื่นประกอบกิจการโรงงานไว้แล้วแต่ยังเป็นระบบคู่ขนานระหว่างการใช้กระดาษกับไฟล์ดิจิทัลอยู่ เพื่อพัฒนาระบบพร้อมหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น หากโครงสร้างเทคโนโลยีรองรับและง่ายต่อการพัฒนาระบบมากขึ้นเราอาจจะเห็นกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานแบบดิจิทัล และใบอนุญาตอยู่บนระบบ บล็อกเชน ซึ่งไม่สามารถปลอมแปลงหรือทำซ้ำได้ โดยการแสดงใบอนุญาตนั้นใช้โทรศัพท์มือถือถือแอสแกนเพื่อดูข้อมูลโรงงานได้ตลอด 24 ชั่วโมงโดยไม่ต้องใช้กระดาษ



รูปที่ 3 ปริมาณก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานจำพวกที่ 3 สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรสาคร ตั้งแต่ มกราคม-มีนาคม 2566 จำนวน 70 ราย แบบปัจจุบันและแบบเสนอแนะ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งใช้เป็นสถานที่วิจัย กราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความรู้ ความช่วยเหลือตลอดการทำการศึกษา และขอขอบคุณสาขาวิชาวิชาการ

ตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1 องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). แนวทางการประเมินคาร์บอน ฟุตพริ้นท์ขององค์กรโครงการส่งเสริมการจัดการคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร,กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จาก <https://thaicarbonlabeltgo.or.th/> (สืบค้นวันที่ 2 มกราคม 2566)
- 2 กรมโรงงานอุตสาหกรรม. สถิติโรงงานอุตสาหกรรม ปี 2566.จาก <https://www.diw.go.th/webdiw/> (สืบค้นวันที่ 2 มกราคม 2566)
- 3 กรมโรงงานอุตสาหกรรม.คู่มือประชาชนการออกใบอนุญาตประกิจการโรงงาน.จาก <https://www.diw.go.th/webdiw/> (สืบค้นวันที่ 2 มกราคม 2566)
- 4 วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี.จังหวัดสมุทรสาคร.จาก<https://th.wikipedia.org/wiki/จังหวัดสมุทรสาคร> (สืบค้นวันที่ 2 มกราคม 2566)
- 5 กรมโรงงานอุตสาหกรรมกฎกระทรวงฉบับที่ 2 แห่งพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535..จาก <https://www.diw.go.th/webdiw/> (สืบค้นวันที่ 2 มกราคม 2566)

ความเครียดและความวิตกกังวลในสถานการณ์โควิด 19 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิก ฝากครรภ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Stress and anxiety in the situation COVID-19 among pregnant women receiving Antenatal clinic Sisaket hospital.

(Received: September 26,2023 ; Revised: November 14,2023 ; Accepted: December 3,2023)

ศิริพร พรแสน¹ ,ลัดดา แสนสีหา² ,วิไลรัตน์ จันทาทิพย์³
siriporn pornsaen¹ , Ladda Saenseeha² , Wilirat Jantatip³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเครียดและความวิตกกังวลในสถานการณ์โควิด 19 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ คลินิก
ฝากครรภ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบและวิธีวิจัย การศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์
โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 จำนวน 207 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม
4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์และข้อมูลการได้รับวัคซีนโควิด 19 ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความเครียดในสถานการณ์เชื้อไวรัสโควิด 19 และส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อไวรัสโควิด 19 สถิติที่ใช้ใน
การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 67.63 ระดับปานกลางร้อยละ 32.37 โดยไม่พบ
ความเครียดในระดับสูง และมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.08 ระดับต่ำร้อยละ 30.09 โดยไม่พบความวิตกกังวลใน
ระดับสูง

คำสำคัญ : ความเครียด ความวิตกกังวล สตรีตั้งครรภ์ สถานการณ์โควิด 19

ABSTRACT

Objective : To study stress and anxiety in the COVID-19 situation among pregnant women who come for
prenatal care at the Sisaket Hospital Antenatal Clinic. Antenatal clinic Sisaket hospital.

Methods : This descriptive research on Stress and anxiety in the situation COVID-19 among pregnant women
receiving Antenatal clinic Sisaket hospital . The purpose of this Between March 2023 and June 2023, the sample
consisted of 207 pregnant women who received antenatal care services at the Sisaket Hospital antenatal clinic.
Research tools The questionnaire consists of 4 parts: Part 1: general personal information of the respondents; Part
2: pregnancy information and information on receiving the COVID-19 vaccine of the respondents; Part 3: information
on stress assessment in the coronavirus situation. VID 19 and Part 4, information about concerns about the COVID-
19 virus, was collected by answering a questionnaire by pregnant women themselves.

Result : Pregnant women had low level stress 67.63%, moderate level 32.37% without high stress levels. And
anxiety was at a moderate level of 69.08%, a low level of 30.09% without a high level of anxiety.

Keywords: Stress anxiety situation COVID-19 pregnant women

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ ศรีสะเกษ 33000

² อาจารย์มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 40000

³พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ 33000

บทนำ

การแพร่ระบาดของการติดเชื้อโควิด 19 ในระดับการระบาดใหญ่ ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อและมีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ในระยะเวลาประมาณ 2 ปีของการแพร่ระบาด จำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลก ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 รวมสะสม 215,937,536 คน มีผู้เสียชีวิตสะสม 4,461,999 คน และประเทศไทย ขยับขึ้นมาเป็นอันดับที่ 13 ขณะที่ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ประกาศยกเลิก “โควิด 19” เป็นโรคติดต่ออันตราย และปรับเป็น “โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง” ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ศูนย์ข้อมูลโควิด 19 ของรัฐบาลปิดตัวลงโดยปรับเปลี่ยนมาเป็นศูนย์ข้อมูลโควิด 19 กรมประชาสัมพันธ์แทน ซึ่งในวันที่ 1 ตุลาคม 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด รายใหม่รักษาตัวในโรงพยาบาล 823 คน รวมสะสม 2,458,697 คน และมีผู้เสียชีวิต 7 คน รวมผู้เสียชีวิตสะสม 11,073 คน กำลังรักษาตัว 6,467 คน อยู่ในรพ. 4,199 คน อยู่ในรพ.สนาม 2,268 คน โดยมีผู้ป่วยอาการหนักจากปอดอักเสบจำนวน 466 คน และเป็นผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ 260 คน⁽¹⁾ นอกจากนี้ ผลกระทบด้านร่างกายแล้ว การแพร่ระบาดของโควิด 19 ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจด้วย โดยความชุกของผู้ที่มีสภาวะทางด้านสุขภาพจิต ในช่วงของการแพร่ระบาดอยู่ในระดับที่สูงกว่าช่วงเวลาก่อนที่จะมีการแพร่ระบาด ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ส่งผลในวงกว้างทั้งในผู้ติดเชื้อโควิด 19 และยังพบการเกิดเชื้อไวรัสโควิด 19 สายพันธุ์ใหม่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อภาวะสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจากการศึกษาของ⁽²⁾ พบว่าความชุกของความวิตกกังวลต่อไวรัสโควิด 19 ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลจากการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโควิด 19 ในประชากร เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก⁽³⁾ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคคลผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรง เช่น สตรีตั้งครรภ์ การเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่พบตามสื่อต่างๆทำให้คนในสังคมเกิดความหดหู่ใจเป็นอย่างมาก บางรายมีความเครียดระดับสูงจนนอนไม่หลับรับประทานอาหารได้น้อย

เป็นต้น ส่งผลให้บางรายเกิดการขาดสารอาหาร ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยคลอด ก่อนกำหนดตามมา ในรายที่ติดเชื้อและรักษาตัวในโรงพยาบาล จะถูกแยกกักตัวให้อยู่ลำพัง ทำให้เกิดภาวะเหงาและขาดพลังอำนาจ ขาดกำลังใจต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ในการคลอด⁽⁴⁾ และจากการศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารกแรกเกิดในสตรีมีครรภ์ที่มีและไม่มีติดเชื้อโควิด 19 ของสถาบันวิจัย 43 สถาบัน ที่เก็บรวบรวมข้อมูลใน 18 ประเทศ กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์จำนวน 2,130 คน ในจำนวนนี้ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 706 คน (ร้อยละ 33.14) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 มีอัตราการตายสูงถึง 22.26 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสตรีตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ร่วมกันทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงจนนำมาสู่การเสียชีวิตของมารดาและทารกในที่สุด บ่อยครั้งที่หายใจสั้นและถี่เพื่อเพิ่มความเพียงพอของออกซิเจน อีกทั้งกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อต่างๆของร่างกายหญิงตั้งครรภ์มีการยืดขยายมากขึ้นส่งผลให้เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ⁽⁵⁾

ความเครียด เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มารบกวนภาวะสมดุลของร่างกาย⁽⁶⁾ คืออภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น กดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธหรือเสียใจ และเป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่ตอบโต้ต่อสภาพแวดล้อม และเป็นประสบการณ์เฉพาะตัวของแต่ละบุคคลในสภาวะการณ์อย่างเดียวกันร่างกายจะแสดงออกเวลาที่มีความเครียด โดยเฉพาะความเครียดจากการกลัวโควิด 19 ถ้าตนเองติดแล้วจะกระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น⁽⁷⁾ ความวิตกกังวล เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป ที่เป็นภาวะทางอารมณ์ขึ้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ที่คุ้นเคยและประสบในการดำเนินชีวิตประจำวันเมื่อเราต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ความวิตกกังวลเป็นสัญญาณอันตรายที่บุคคลตอบสนองต่อการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยทางกายหรือ

อันตราย เป็นเสมือนศูนย์กลางขององค์ประกอบของการเจ็บป่วยทางจิต กระตุ้นภายนอกหรือภายในร่างกายส่งผลให้แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด คือกลัว ไม่สุขสบาย ไม่แน่นอน หวาดกลัว จากสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือคิดขึ้นจากสิ่งที่ไม่รู้คือ รู้สึกเหมือนถูกคุกคามตกอยู่ในอันตรายและไม่มั่นคงปลอดภัย ทำให้เกิดความหวาดหวั่นตึงเครียดไม่มีความสุข และมีการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะเมื่อมีความเครียดเข้ามากระทบโดยคนที่มีความวิตกกังวลจะมีความรู้สึกสับสน เครียด กังวล ตื่นเต้น ไม่มีความสุข ควบคุมไปกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น มือสั่น ตัวสั่น ปัสสาวะบ่อย ปั่นป่วนในท้อง แน่นหน้าอก และลูกลึกลูกกลน เป็นต้น⁽⁸⁾ จากผลการวิจัยพบว่า เมื่อประชากรในเขตกรุงเทพมหานครได้รับข่าวสารโควิด 19 พบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง⁽³⁾ ซึ่งการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของผู้หญิง ไม่ใช่มีแต่เพียงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ปรากฏให้เห็นเท่านั้น แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกและอารมณ์ เกี่ยวกับความมีคุณค่าและบทบาทของการเป็นมารดา ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลสตรีตั้งครรภ์ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม การปรับตัวจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ มีลักษณะต่อเนื่องกันไป และมีความเฉพาะที่แตกต่างจากในแต่ละไตรมาส⁽⁹⁾ ความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์มีความสำคัญเนื่องจากส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการคลอด ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ระดับสูง จะส่งผลต่อกระทบต่อความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองและทารกในครรภ์⁽¹⁰⁾

นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นนานยังจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในร่างกายมีการหลั่งของสารแคทีโคลามีนส่งผลให้กล้ามเนื้อตลุมมีการหดตัวและเมื่อกล้ามเนื้อตลุมมีการหดตัวเพิ่มมากขึ้นทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้นและถึงแม้ว่าความเครียดหรือความกังวลใจเป็นเรื่องปกติในช่วง

ตั้งครรภ์ ซึ่งหนึ่งปัจจัยนั้นคือความกังวลด้านปัญหาสุขภาพร่างกายและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับลูกในครรภ์⁽⁵⁾ โดยเฉพาะความเครียดจากการกลัวโควิด 19 ถ้าตนเองติดแล้วจะกระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น⁽²⁾ ในช่วงระยะเวลากว่า 2 ปีที่มีการระบาดของโควิด 19 แม้สถานการณ์ปัจจุบันทั่วโลกโดยรวม ความรุนแรงจากการติดเชื้อโควิด 19 ทั้งจากการเข้าถึงและได้รับภูมิคุ้มกันจากวัคซีน และภูมิคุ้มกันจากการติดเชื้อตามธรรมชาติ แต่แค่เพียง 15 วัน สถานการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ของจากอันดับที่ 29 ของโลก 15 กันยายน 2565 ประเทศไทย มีผู้ป่วยสะสมจัดอยู่ในอันดับที่ 13 ของโลก 1 ตุลาคม 2565 ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์เป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่ติดเชื้อแล้ว มีอาการรุนแรงและมีอัตราการตายสูงกว่าคนทั่วไป⁽⁵⁾ ซึ่งในระหว่างปี 2559 ถึง 2563 อัตราส่วนการตายมารดา มีแนวโน้มลดลงอยู่ที่ 5.6 % แต่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ปี 2563-2564 อัตราส่วนการตายมารดา กลับเพิ่มขึ้นถึง 47%⁽¹¹⁾ นั้นกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์โควิด 19 ควรมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่ครอบคลุมในทุกมิติทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมต่อไป โดยเน้นการประเมินความเครียดและลดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์⁽¹²⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับความเครียดและความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์โควิด 19 แม้ว่าความรุนแรงโดยทั่วไปจะลดลง แต่ในสตรีตั้งครรภ์โอกาสที่จะเกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนมากกว่าบุคคลทั่วไปผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเครียดและความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์โควิด 19 ซึ่งในบทบาทของพยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญแรกที่จะให้ความกระจ่างแก่สตรีตั้งครรภ์ และจะต้องหยุดภาวะเครียดให้เร็วเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ทิ้งให้โดดเดี่ยวหรือตำหนิและสามารถก้าวข้ามไปด้วยกัน⁽¹³⁾ เพราะความเครียดเป็นกระบวนการประเมินค่าทางปัญญาของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมว่า

คุณภาพชีวิตของตนเองและแหล่งประโยชน์ ว่าเพียงพอที่จะสามารถจัดการกับความเครียดได้หรือไม่ หากบุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำนายความไม่แน่นอน และมีความเชื่อมั่นในการควบคุมสถานการณ์ ความเครียดก็จะลดลง⁽¹⁴⁾ ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพทั้งมารดาและทารกในครรภ์ให้ครอบคลุมถึงด้านจิตสังคมเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์โควิด 19 ได้อย่างเหมาะสมมีภาวะเครียดและวิตกกังวลลดลง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของความเครียดและความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์โควิด 19

วิธีการวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 จำนวน 207 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 580 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 207 คน โดยใช้สูตรของ W.G. Cochran (1977) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้คือ ผู้ที่อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาเข้ารับบริการฝากครรภ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ผู้ที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารและผู้ที่มีโรคประจำตัวด้านสุขภาพจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อเกี่ยวกับ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด จำนวน 6 ข้อเกี่ยวกับ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด 19 โรค หรือ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนในการคลอดที่ผ่านมา

3. แบบคัดกรองความวิตกกังวลต่อโควิด 19 จากกรมสุขภาพจิต⁽¹⁵⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อเกี่ยวกับ รู้สึกกังวล ไม่สบายใจกับการที่ต้องออกไปนอกบ้าน รู้สึกกังวลกับการเตรียมตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 นอนไม่หลับหรือมีปัญหาการนอน เพราะคิดเกี่ยวกับไวรัสโควิด 19 คิดว่ามีโอกาสติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับและมีการให้คะแนนตามเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี

1 คะแนน หมายถึง เป็นบางครั้ง

2 คะแนน หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง หรือประจำ การแปลความหมายของคะแนน โดยแบ่งคะแนนความวิตกกังวลตามช่วงอันตรายภาคขึ้นเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ

คะแนน 7-11 คะแนน มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง

คะแนนเท่ากับ 12 คะแนน ขึ้นไป มีความวิตกกังวลสูง

4. แบบประเมินความเครียดในสถานการณ์โควิด 19 จากศูนย์คุณธรรม⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อเกี่ยวกับ มีอาการปวดศีรษะ จากความเครียด มีอาการปวดเมื่อยตึงกล้ามเนื้อบริเวณคอ ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงกว่าเดิมมากเช่น กินมากขึ้นจนมีคนที่ทักหรือไม่อยากกิน เบื่ออาหารนอนไม่ค่อยหลับ บ่นหรือตัดพ้อเรื่องเชื้อโรค ไวรัสโค

วิต ติดตามข่าวสารไวรัสโควิด อย่างใกล้ชิดและมีอารมณ์ร่วม รู้สึกวิตกกังวลจนคิดว่าป่วยติดเชื้อโควิด ไม่อยากพูดคุยกับใคร แยกตัวเอง (แม้ไม่ได้มีเหตุมาจากเชื้อไวรัสโควิดที่จำเป็นต้องกักตนเองทำงานภารกิจประจำวันไม่ได้) ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับและมีการให้คะแนนตามเกณฑ์พิจารณาดังนี้

0 คะแนน หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี

1 คะแนน หมายถึง เป็นบางครั้ง

2 คะแนน หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง หรือประจำ การแปลความหมายของคะแนน โดยแบ่งคะแนนความวิตกกังวลตามช่วงอันตรภาคชั้นเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน อยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน มีความเครียดต่ำ

คะแนน 6 -14 คะแนน มีความเครียดปานกลาง

คะแนน 15 -20 คะแนน มีความเครียดสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงแก้ไขใดๆ แบบวัดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำ แบบคัดกรองความวิตกกังวลต่อโควิด 19 และแบบประเมินความเครียดในสถานการณ์โควิด 19 ไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ราย ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบคัดกรองความวิตกกังวลต่อโควิด 19 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7 และแบบสอบถามแบบประเมินความเครียดในสถานการณ์โควิด 19 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย คัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติตามที่กำหนด ณ คลินิกฝากครรภ์เข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้อธิบายวิธีการตอบแบบวัดให้ทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้ว ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทั้งแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองความกังวลต่อไวรัสโควิด 19 และแบบประเมินความเครียดในสถานการณ์เชื้อไวรัสโควิด 19 ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage) นำเสนอข้อมูลเป็นตารางแสดงจำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความเครียดและความกังวลต่อไวรัส COVID-19 โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)⁽¹⁷⁾

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เลขที่ HE 662003 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ SSKHREC 011/2566 ณ วันที่ 24 พฤษภาคม 2566

สรุปผลการวิจัยดังนี้

1. ผลการประเมินความเครียดในสถานการณ์โควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบความเครียดอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 67.63 และพบความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 32.37 โดยไม่พบความเครียดในระดับสูง

2. ผลประเมินความวิตกกังวลในสถานการณ์โควิด 19 ของสตรีตั้งครรภ์ พบความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.08 และพบความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 30.09 โดยไม่พบความวิตกกังวลในระดับสูง

อภิปรายผลดังนี้

1. ผลการศึกษาพบความเครียดอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง โดยไม่พบความเครียดในระดับสูง เนื่องจากช่วงเวลาที่ศึกษาเก็บข้อมูลความรุนแรงของโรคลดลงและความครอบคลุมของวัคซีนตลอดจนนโยบายด้านการป้องกันโควิดที่ผ่อนคลาย มีความเชื่อมั่นในมาตรการควบคุมการระบาด สอดคล้องกับการศึกษาของ⁽¹⁸⁾ ศึกษาเรื่องผลกระทบทางจิตวิทยาของการระบาดของโควิด 19 ต่อการตั้งครรภ์และความผูกพันของมารดาทารกก่อนคลอด พบว่า ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความผูกพันของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ จากการระบาดของไวรัสโควิด 19 ทำให้เกิดเพิ่มระดับความเครียด ความวิตกกังวล ขณะที่การแพร่ระบาดยังคงดำเนินต่อไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงควรมีมาตรการการปฏิบัติเพื่อป้องกันสามารถลดความกลัวของโควิด 19 สิ่งที่ยากลำบากจำเป็นต้องทำคือควรประเมินระดับความเครียด และให้คำแนะนำ ชี้แนะโดยไว เพื่อเป็นกลวิธีในการรับมือกับการระบาดของโควิด 19 และเพื่อนำข้อมูลนั้นสู่การวางแผนในการให้ความรู้พื้นฐานในการรับมือกับสถานการณ์โควิด 19 และผลการวิจัยที่ไม่พบความเครียดในระดับสูงนั้นอาจมีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้องซึ่งจากการศึกษาของ⁽²⁾ เรื่องความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลต่อโควิด 19 ในผู้ที่มาเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก อำเภอเมืองมหาสารคาม พบความชุกของผู้ที่มีระดับความเครียดมากและระดับความเครียดมากที่สุดร้อยละ 6.19 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดได้แก่ สถานภาพสมรส และสมาชิกในครอบครัวเคยติดโควิด นอกจากนี้จากการที่กระทรวงสาธารณสุขออก

ประกาศยกเลิกโควิด 19 จากการเป็นโรคติดต่ออันตราย และกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นมา โดยมีมาตรการเฝ้าระวังเช่น ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนอย่างน้อย 1 เข็ม ร้อยละ 82.28 การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการได้รับวัคซีน 3 เข็มขึ้นไป ร้อยละ 50.24 และพบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนเพียงร้อยละ 4.35 การเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2566 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สถานการณ์โควิด 19 ลดความรุนแรงลงไปมากและอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาเพียง 1 ปี ทั้งผู้ติดเชื้อและเสียชีวิต โดยในช่วงเดือนมิถุนายน 2565 ที่ผ่านมา มีรายงานผู้ติดเชื้อรายใหม่ในประเทศ 1,892 รายต่อวัน เสียชีวิต 22 รายต่อวัน และในช่วงเวลาเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเดือนมิถุนายน 2566 พบรายงานผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงเหลือ 21 รายต่อวัน และเสียชีวิตเฉลี่ย 1 รายต่อวัน⁽¹⁹⁾ ซึ่งจะพบว่าจากอัตราการติดเชื้อ การเสียชีวิตลดลงทั้งในภาพรวมของโลก ประเทศและในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นผลให้การศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความเครียดต่อสถานการณ์โควิด 19 อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีการปรับตัวต่อความเครียดโดยการประเมินความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีมากน้อยเพียงใด และมีทางจะจัดการกับสถานการณ์ได้หรือไม่ด้วยวิธีใด ถ้าสามารถประเมินได้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นอยู่ในความควบคุมของตนเองได้ความเครียดก็จะลดลงไป⁽²⁰⁾ แต่หากมีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ความเครียดสะสมถึงขั้นรุนแรงอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคมในระยะยาว⁽²¹⁾ ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลผู้ดูแลสตรีตั้งครรภ์ ในการปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความเครียด ควรประเมินระดับความรุนแรงของความเครียด เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย⁽²²⁾

2. ผลการศึกษาพบความวิตกกังวลในสถานการณ์โควิด 19 ของสตรีตั้งครรภ์ พบความวิตก

กังวลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากช่วงเวลาที่ศึกษาเก็บข้อมูลความรุนแรงของโรคลดลงและครอบคลุมของวัคซีน ตลอดจนนโยบายด้านการป้องกันโควิดที่ผ่อนคลาย มีความเชื่อมั่นในมาตรการควบคุมการระบาด สอดคล้องกับการศึกษาของ⁽²³⁾ ศึกษาเรื่องความชุกของความวิตกกังวลในการตั้งครรภ์ในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ และการศึกษาของ⁽²⁴⁾ ศึกษาเปรียบเทียบ: การตั้งครรภ์และความวิตกกังวลในการแพร่ระบาดของโควิด 19 พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลในการตั้งครรภ์สูงขึ้นในขณะที่ผู้คนรอบตัวมีการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด 19 เพราะตัวเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซึ่งการรับรู้ภาวะเสี่ยงส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น⁽²⁵⁾ และการศึกษาของ⁽²⁶⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร โดยทั้งสองงานวิจัยเสนอแนะให้พยาบาลในหน่วยให้บริการฝากครรภ์ มีการประเมินความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อลดระดับความวิตกกังวล ผลการศึกษาไม่พบความวิตกกังวลในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในมาตรการควบคุมการระบาด ตลอดจนประสิทธิภาพของวัคซีนสอดคล้องกับการศึกษาของ⁽²⁾ เรื่อง ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลต่อโควิด-19 พบความชุกของความเครียดในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำกว่าช่วงต้นของการแพร่ระบาด แต่ความวิตกกังวลต่อไวรัสโควิด 19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จึงควรเฝ้าระวังโดยเฉพาะในประชากรที่ได้รับผลกระทบและประชากรกลุ่มเสี่ยงตามปัจจัยที่ศึกษาพบเพื่อจะช่วยให้สามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วขึ้น เช่นสตรีตั้งครรภ์ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบจากการระบาดของโควิด 19⁽²⁷⁾ และจากการศึกษาของ⁽²⁸⁾ ได้ทำการวิจัยเรื่อง คำแนะนำในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด 19: ผลลัพธ์ของการวิจัยใช้

วิธีการสรุปและข้อเสนอแนะ นำไปเป็นแนวทางปฏิบัติในการให้การดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ควรมีการศึกษาและทำงานวิจัยปฐมภูมิเพิ่มเติม

แม้ผลการศึกษานี้จะพบว่าความชุกของความเครียดและความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์โควิด 19 พบอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังคงจำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวังกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเครียดและความวิตกกังวล จะมีการจัดเก็บปัญหาทั่วไปได้ยาก และใช้เวลานานกว่าบุคคลอื่น นอกจากนั้นยังมีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์อีกด้วย⁽²⁹⁾ การดูแลช่วยเหลือช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ค้นหาสาเหตุของความวิตกกังวลเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องตรวจสอบความรู้สึกของเหตุผลเพื่อจะได้หาวิธีการลดระดับของความวิตกกังวลลง หรือเพื่อป้องกันมิให้ระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น⁽³⁰⁾ ความวิตกกังวลอาจเป็นเรื่องปกติในการตั้งครรภ์ ช่วงต้นของการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 แต่สตรีมีครรภ์จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงและแนะนำให้ป้องกัน สิ่งนี้อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลโดยทั่วไปเพิ่มขึ้นความผิดปกติและความวิตกกังวลด้านสุขภาพทั่วทั้งกลุ่มประชากร⁽²³⁾ เพื่อควบคุมป้องกันความเครียดและความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ และเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนหามาตรการการป้องกันดูแลต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเครียดวิตกกังวลปานกลางต้องพักใช้เทคนิคการดูแลสุขภาพจิตใจด้วยตนเองตามที่คู่มือแนะนำ แนะนำกิจกรรมดูแลสุขภาพจิตตามคู่มือ
2. การประเมิน คัดกรองความเครียดหรือความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมทุกสถานบริการทั้งโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พร้อมระบบนิเทศ กำกับ ติดตามดูแลชัดเจน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาเชิงลึกในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเครียด และความวิตกกังวลสูงในสถานการณ์โควิด 19 เพราะโควิดยังไม่ได้หายไป หากมีการกลายสายพันธุ์ ความรุนแรงลดลง การตรวจและรายงานน้อยกว่าเป็นจริง

2. ควรศึกษาอาการหลงเหลือโควิด 19 ของสตรีตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอดและทารกที่ติดเชื้อโควิด 19 เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนหามาตรการการป้องกันดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะถือเป็นกลุ่มเปราะบาง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหากมีการติดเชื้อโควิด 19 และยังคงส่งเป็นผลกระทบในระยะยาวทั้งต่อมารดาและทารก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหาร มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ที่อนุญาติให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลศรีสะเกษ บุคลากรทุกฝ่ายที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่อนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสองท่าน อาจารย์ ดร. อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ ผศ.ดร.อนันตศักดิ์ พวงอก ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการทำวิจัย ขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.ณัฐศรีณย์ อารยะพงศ์ ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขอขอบคุณ ดร.อัจฉรี จันทมูล ที่ให้ความอนุเคราะห์ความรู้ด้านสถิติ ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.ชนิตาภา ขอสุพรรณกุล ให้ความอนุเคราะห์การวิเคราะห์ข้อมูลและคอยช่วยเหลือให้คำปรึกษาอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานคณะพยาบาลศาสตร์ และทำยนี้ขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนาที่คอยอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ฉบับปรับปรุง.
2. อาคม ทิวทอง.(2565).ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลต่อ COVID-19 ในผู้ที่มาเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก อำเภอเมือง มหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม,19(2), 197-212
3. สุกัญญา เอกปัญญาสกุล.(2564).ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลจากการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ COVID -19 ในประชากร เขตกรุงเทพมหานคร.;
4. กาญจนนา ศรีสวัสดิ์, ชุตินา ปัญญาพินิจนุกร.(2559). ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น.วารสารพยาบาลทหารบก, 17(2), 7-12
5. ราชวิสัยสุติ.อัตราการตายมารดาไทย-(MMR)-ตุลาคม-64--สิงหาคม-65.pdf.สืบค้นเมื่อ 17/09/2565
6. Paula R. Pietromonaco, Nickola C. Overall. Implications of social isolation, separation, and loss during the COVID-19 pandemic for couples's relationship. Current opinion in Psychology 2022. 43:189-94.
7. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน.(2563).หลักการส่งเสริมสุขภาพ.PRINCIPLE OF HEALTH PROMOTIONสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
8. ยาใจ สิทธิมงคล.(2561).การพยาบาลจิตเวชศาสตร์.(ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1).พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพมหานคร. บริษัท สแกนอาร์ต จำกัด.
9. ณัชชา วรรณนิยม.(2565).การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์.ใน การพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์:ระยะตั้งครรภ์.นครราชสีมา.บริษัท สมบูรณ์การพิมพ์.จำกัด
10. Blackmore Carina ,Jennifer N. Lind, Emily E. Petersen, Philip A. Lederer, Ghasi S. Phillips-Bell, Cria G. Perrine, Ruowei Li, Mark Hudak, Jane A. Correia,⁶ Andreea A. Creanga, William M. Sappenfield, John Curran, Sharon M. Watkins, and Suzanne Anjohrin. Infant and Maternal Characteristics in Neonatal Abstinence Syndrome 2015 Mar 6; 64(8): 213–216
11. กรมอนามัย,2564 สืบค้นเมื่อ 19/09/2565<https://www.amh.go.th/covid19/pnews/>

12. ชลธิลา ราบุรี,อุมาภรณ์ ก้าวสิทธิ์,ร่ำไพ เกตุจิระโชติ.(2564).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขณะพักรักษาในโรงพยาบาล.*Princess of Naradhiwas University Journal*, 14(3), ๒๖๗-๒๘๑
13. Diane Szulecki,postpartum depression mother.*AJN July 2021*;121 (7):23
14. สุพัตรา อันทรินทร์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, วรณทนา ศุภสีมานนท์.(2563).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของสตรีที่มีภาวะเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์.*วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(1), 12-25
15. [https:// dmh.go.th/covid19/test/covid19/แบบคัดกรองความกังวลต่อไวรัส COVID-19 สืบค้น 28-11-2022](https://dmh.go.th/covid19/test/covid19/แบบคัดกรองความกังวลต่อไวรัส COVID-19 สืบค้น 28-11-2022)
16. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30849> นพ.สุริยเดว ทรีปาตี.แบบประเมินความเครียดในสถานการณ์เชื้อไวรัส COVID-19 สืบค้น 28-11-2022
17. บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน.
18. Pia Tohme, Rudy AbiHabib,Elma Nassar,Nouran Hamed,Gaël AbouGhannam,ihadE Chalouhi. The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Pregnancy and Mother-infant Prenatal Bonding. *Maternal and Child Health Journal* (2022) 26:2221–2227
19. กรมควบคุมโรค. (2566). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (moph.go.th)
20. ศรีัญญา จรรย์มาก.(2564).สุขภาพจิตและจิตเวช.(ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2).อุดรธานี. ศักดิ์ศรีอักษรการพิมพ์.
21. สุจรรยา โลหะชีวะ.(2566).การเผชิญความเครียดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรมา 2019.*วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย*, 15(1), 1-11
22. กัญฐพร พงษ์แพทย์, ดวงหทัย ศรีสุจริตและเนตรนภิศ จินดากร.(2562).ความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และ บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*,6(3), 133-143
23. Amy Leigh Rathbone , Julie Prescott , Duncan Cross .Pregnancy in a pandemic: generalised anxiety disorder and health anxiety prevalence. *British Journal of Midwifery*, 2021, 29 (8)440-447
24. Sabanci Baransel, Karatas Okyay, Sabanci Baransel.Pregnancy and Anxiety in the COVID-19 Pandemic: A Comparative Web-Based Study. *International Journal of Caring Sciences*. 2022 ; 15 (1) 467-478
25. ปิ่นอนงค์ พิมพ์สุวรรณ, ฉวี เบาทรวง,นันทพร แสนศิริพันธ์.(256๓). ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยง และการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก. *Nursing Journal*, 4(3), 50-60
26. เขมจิรา ท้าวน้อย, วรณิ เตียววิเศษและวรรณทนา ศุภสีมานนท์.(2561).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26 (4), 51-60.
27. เมทิกา ใหม่หลวงกาศ.(2565). สถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรมา 2019 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค การคลอด และทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 2*วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*.
28. พัชรินทร์ เงินทอง และคณะ.(2564). คำแนะนำในการคลอดแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดระหว่างการแพร่ระบาดโควิด-19 :การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม*, 22 (42), 10-25
29. รัตนาภรณ์ นิวาตานนท์, ภัทรพร อรัณยภาค และวารุณี เพ็ไร.(2565).ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและผลกระทบทางจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด -19 (COVID-19).*วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 24(46), 34-47
30. แม จันท์สุข.(2565). ในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(ฉบับปรับปรุง) เล่ม 1.กรุงเทพมหานคร. บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

ปัจจัยทำนายการปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท กรณีศึกษา
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

Predicting factors of Piriformis syndrome, a case study of Thatphanom
Crown Prince Hospital

(Received: September 28,2023 ; Revised: October 21,2023 ; Accepted: November 4,2023)

หาญชัย อังคนาวราพันธ์¹
อรอุมา แก้วเกิด²
กรรณิมา ฝาระมี³

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (Piriformis syndrome) อายุ 15-59 ปี จำนวน 95 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน 2 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 8 เดือน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มาตรวัดความเจ็บปวดตารางตัวเลข 11 ระดับคะแนน มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .71, .77ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 (จำนวน76 คน) และ อายุเฉลี่ย 50.91 ปี (SD=10.03) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 75.80 (จำนวน 72 คน) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 50.50 (จำนวน48คน)ใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้าง/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 49.50 (จำนวน47 คน) ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 44.20 (จำนวน 42 คน) โดยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมหากเพิ่มขึ้น มีผลทำให้เกิดอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อสะโพก 0.86 หน่วย (95% CI: 0.77, 0.97, p=.012) แปลว่าหากผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน จะ มีผลทำให้มีอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อสะโพกลดลงประมาณ 1.16 เท่า (odds ratioreciprocal = 1.16; 95% CI: 1.03, 1.31, p=.012) และหากนำไปใช้สถานการณ์อื่นที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกัน จะพบว่าอาการเจ็บปวดดังกล่าว จะลดลงราว 1.03 ถึง 1.31 เท่า ควรส่งเสริมกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ในผู้ป่วยที่มีความปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย ปวดกล้ามเนื้อ สะโพกหนีบเส้นประสาท

Abstracts

This research was cross-sectional research. (Cross-sectional study) The objective aimed to study factors affecting Piriformis syndrome patients, at Thatphanom Crown Prince Hospital, That Phanom District, Nakhon Phanom Province. The sample group was patients diagnosed with Piriformis syndrome, aged 15-59 years, 95 people. Data were collected between 2 February 2023 and 30 September 2023, a total period of 8 months. Data collection measurements included a personal data collection form, Stress questionnaire, Quality of life questionnaire, and the 11-point numerical grid pain scale. Measurements had Cronbach's alpha coefficient reliability values of .71, and .77, respectively. The results of the study found that the majority were female, 80.00 percent (76 people), and the average age was 50.91 years (SD=10.03). Marital status was couple, 75.80 percent (72 people). Education level: that was mostly primary school, 50.50 percent (48 people). The samples were using labor/farming/farming/gardening/for hire/general contractors 49.50

¹ แพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนมธาตุพนม จังหวัดนครพนม

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จังหวัดนครพนม

ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ นพ.หาญชัย อังคนาวราพันธ์ Email: onumakaewkerd@gmail.com Tel: 0829894949

percent (47 people), and most did not exercise 44.20 percent (42 people). By increasing the quality of life in the environment resulted in hip muscle pain 0.86 units (95% CI: 0.77, 0.97, p=.012). It was meaning If the patient's environmental quality of life increased for every 1 point, it revealed result in a reduction of hip muscle pain approximately 1.16 times (odds ratio reciprocal = 1.16; 95% CI: 1.03, 1.31, p=.012). If applied to other situations where similar population characteristics. It would be found that such pain symptoms would be reduced approximately 1.03 to 1.31 times. Activities should promote quality of life in all 4 areas: physical, mental, social, and environmental. In patients with pain in Piriformis syndrome.

Keywords: predictive factors, myalgia hip, Piriformis syndrome

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นกลุ่มที่ได้รับรายงานมากที่สุดจำนวนทั้งสิ้น 13,290 ราย จำแนกเป็นรายกลุ่มปวดหลังจากอาชีพ 9,482 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.3 และปวดเค้นของกล้ามเนื้ออื่นๆ 3,808 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.7¹ การปวดร้าวลงขาส่วนใหญ่เกิดจากภาวะกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (Piriformis syndrome) เป็นอาการที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและเส้นประสาทที่ยากต่อการวินิจฉัยสถิติ เนื่องจากอาการแสดงมักจะคล้ายกับกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โรคหมอนกระดูกกดทับเส้นประสาทหรือเยื่อหุ้มข้อสะโพกอักเสบ โรคนี้พบได้มากในช่วงอายุ 40-50 ปี และมักพบในเพศหญิงมากกว่า ชาย 6 เท่า เนื่องจากองศาการวางของกระดูกหน้าแข้ง (Quadriceps angle) ที่กว้างกว่า กลุ่มอาการกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท หรือ Piriformis Syndrome เกิดจากกล้ามเนื้อพิริฟอร์มิสบริเวณก้นใกล้กับสะโพกไปกดทับเส้นประสาทไขว่อกที่อยู่ที่ใกล้กัน ส่งผลให้รู้สึกปวดตื้อๆ บริเวณก้นร้าวไปยังขาด้านหลัง และรู้สึกเจ็บเมื่อกดในบริเวณดังกล่าว ในบางกรณีอาจมีอาการชาร่วมด้วย ซึ่งอาการจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อนั่งหรือยืนท่าเดิมเป็นระยะเวลาานานๆ ความแตกต่างของโรคกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาทกับหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท โรคกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (Piriformis syndrome) เป็นปัญหาร้อยละ 90 ที่มาพบแพทย์ด้วยอาการชาที่ขาเกิดอาการปวดตื้อๆ ที่แก้มก้นหรือก้นย้อยเท่านั้น มักจะคลำหาจุดกดเจ็บได้ยาก

รู้สึกแคว่ว่าปวดที่ก้นลึกๆ เมื่อปวดมากขึ้นอาจมีอาการปวดก้น และร้าวลงต้นขาด้านหลัง หน้าแข้ง บางรายอาจมีอาการปวดที่ข้อเท้าร่วมด้วย อาการปวดเพิ่มมากขึ้นเมื่อนั่งนานๆ โดยเฉพาะคนที่มีอาชีพขับรถ อาการปวดจะทุเลาลงเมื่อลุกขึ้นยืนเดิน (แต่ในบางรายที่ปวดเรื้อรังอาจจะปวดตลอดเวลาไม่ว่าจะนั่งหรือยืน) บางรายมีอาการชาที่ขาพร้อมด้วย และจะชามากขึ้นเมื่อนั่งเป็นเวลานานจนทนไม่ไหวต้องลุกขึ้นมายืนก็มี พบจุดกดเจ็บที่ก้นและเมื่อใช้นิ้วกดลงไปก็จุดกดเจ็บนั้นจะรู้สึกปวดร้าวขาหรือร้าวลงขาข้างนั้นๆ (Piriformis syndrome)

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (Piriformis syndrome) ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักดัชนีมวลกาย อาชีพ คุณภาพชีวิต การออกกำลังกาย ความเครียด^{1,2,3,4,5} มีผลต่อโรคและในผู้ป่วยมีการเจ็บปวดปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (Piriformis syndrome) จากการทบทวนวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท พบว่าเพศ อายุ มีผลต่อการปวดหรือเป็นโรคปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท² การสูบบุหรี่ และภาวะเครียดมีผลต่อการปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท³ ละพบปัจจัยที่มีผลต่อการปวดคือการสูบบุหรี่ และออกกำลังกาย⁴ และ ระยะเวลาการนั่งและยืน ผู้วิจัยเลยศึกษาอาชีพที่มีผลต่อการนั่งและยืนมีความสัมพันธ์กับการปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท⁵

สถิติผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม พบผู้ป่วยมารักษา 3 ปีซ้อนหลัง เฉลี่ยเดือนละ 20 คนต่อเดือน หรือ 414 คนต่อปี สถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ธาตุพนม ปี พ.ศ. 2560 – 2564 จำนวน 469, 507, 458, 345, 287 ราย ตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการคุณภาพชีวิตไม่ดี มีอาการปวดและใช้ยารักษานาน ประมาณ 2 สัปดาห์อาการจึงดีขึ้น ซึ่งประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยทำนายการปวดกล้ามเนื้อสะโพกเส้นประสาทหรือที่ประเทศไทยเรียกปวดสลักเพชร ดังนั้นผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางสุขภาพจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (Piriformis syndrome) กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม เพื่อทราบปัจจัยทำนาย เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาทหรือเป็นความรู้ในการสร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยนอกด้วยโรคปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาทและเป็นการพัฒนาระบบการบริการของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท

วิธีการศึกษา

ปัจจัยทำนายการปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมระหว่างเดือน 2 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 30 กันยายน พ. ศ. 2566 รวมระยะเวลา 8 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (Piriformis syndrome) วัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี การเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Stratified Random sampling) คำนวณ

กลุ่มตัวอย่าง จาก G^* power (Faul, et.al., 2007)⁶ โดยใช้สถิติ วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดย Logistic regression การวิเคราะห์ การคัดเลือกตัวแปรเพื่อเข้าสู่โมเดลอย่างไร ใช้เทคนิค Enter ก่อนว่าเหลือตัวแปรกี่ตัวค่อยใส่ Stepwise multiple Logistic regression และใช้ระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 พิจารณาตัวแปรในโมเดลสุดท้าย ขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G^* power โดยกำหนดสมมติฐานเป็นสมมติฐานทางเดียว Odds ratio เท่ากับ 2.42 โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษานำร่อง (Othman, I.K. & et al., 2020)⁷ กำหนด α err prob เท่ากับ .05 และ Power (1- β err prob) เท่ากับ .95 และกำหนดการแจกแจง X distribution เป็น Normal ได้ค่า Critical z เท่ากับ 1.64 และได้จำนวนตัวอย่าง 95 คน รวม 95 คน ผู้ป่วยวัยแรงงาน นับ 15-59 ปี เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า มีคุณสมบัติดังนี้ (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยวัยแรงงาน นับอายุ 15-59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (Piriformis syndrome) 3) ได้รับการตรวจที่ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม 4) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก มีคุณสมบัติ ดังนี้ (Exclusion criteria) 1) ย้ายภูมิลำเนา ระหว่างการศึกษาวิจัย 2) เจ็บป่วยร้ายแรง หรือเสียชีวิตจนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจสอบ (Check list) และแบบเขียนตอบคำถาม พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ระยะเวลาการนั่งและยืน อาชีพ การออกกำลังกาย
2. แบบสอบถามความเครียด โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ (กรมสุขภาพจิต, 2542)⁸ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ จำนวน มีทั้งหมด 4 ด้านๆ ละ 5 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ แบ่งเป็น ปัจจัยภายในร่างกาย ปัจจัยภายนอกด้าน

สาธารณสุข ปัจจัยภายนอกด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยภายนอกด้านสิ่งแวดล้อม เกณฑ์การให้คะแนน ไม่รู้สึกเครียด ให้ 1 คะแนน เครียดเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน เครียดปานกลาง ให้ 3 คะแนน เครียดมาก ให้ 4 คะแนน เครียดมากที่สุด ให้ 5 คะแนน การแปลความหมายรับความเครียด มีดังนี้

- 0 - 23 หมายถึง เครียดต่ำ
- 24 - 41 หมายถึง เครียดปานกลาง
- 42 - 61 หมายถึง เครียดสูง
- 62 ขึ้นไป หมายถึง เครียดรุนแรง

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถามของคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม WHOQOL - 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และทางลบ 3 ข้อ มีคะแนน 26-130 คะแนน (สุวรรณ มหัตนรินทร์กุลและคณะ, 2540)⁹ ซึ่งการแปลความหมายระดับคุณภาพชีวิต ดังนี้

- 26 - 60 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
- 61 - 95 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ
- 96 - 130 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. มาตรวัดความเจ็บปวดตารางตัวเลข 11 ระดับคะแนน (11 point boxscale, BS - 11)¹⁰ (Jensen, Chen & Brugger, 2002) เป็นตารางสี่เหลี่ยมจัตุรัสขนาด 1 x 1 เซนติเมตร เรียงต่อกันในแนวนอนจำนวน 11 ช่อง ภายในมีตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 ด้านซ้ายมือสุดมีค่าคะแนน 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวดเลย ส่วนด้านขวามือสุดมีค่าคะแนน 10 หมายถึง เจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้

คุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พระสงฆ์เปรียญโท 1 รูป ผู้ช่วยศาสตราจารย์เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เชี่ยวชาญด้านวิจัยความผาสุกทางจิตวิญญาณ 1 ท่าน โดยการคำนวณหาค่าดัชนีความ

สอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) ซึ่งคะแนนอยู่ระหว่าง 0.50-1.00 และ ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคแอลฟาของเครื่องมือแบบสอบถามความเครียดแบบสอบถามคุณภาพชีวิต มาตรวัดความเจ็บปวดตารางตัวเลข 11 ระดับคะแนน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาคرونบาคเท่ากับ .71, .77 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล¹¹

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดย ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ด้วยการใช้สถิติ Logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 (จำนวน 76 คน) และ อายุเฉลี่ย 50.91 ปี (SD=10.03) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 75.80 (จำนวน 72 คน) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ประถมศึกษา ร้อยละ 50.50 (จำนวน 48 คน) ใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้าง/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 49.50 (จำนวน 47 คน) ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 44.20 (จำนวน 42 คน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.80 (จำนวน 53 คน) ระหว่าง 7 วันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไร สุขภาพค่อนข้างไม่ดี ร้อยละ 53.70 (จำนวน 51 คน) กลุ่มตัวอย่างนั่งติดต่อกันช่วงกว้าง ระหว่าง 1 นาทีต่อวัน ถึง 420 นาทีต่อวัน แต่ได้ค่าเฉลี่ย 95.03 นาทีต่อวัน ส่วนการยืน ยืนติดต่อกัน ชั่วโมงต่อวัน กว้างมาก เฉลี่ยจาก 17 ชั่วโมงต่อวันถึง 20 ชม ต่อวัน แต่ได้ค่าเฉลี่ย 16.36 ชั่วโมงต่อวัน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้านของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	n	คะแนนคุณภาพชีวิต (จำนวน/ร้อยละ)*				
		ไม่	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านร่างกาย	95	16(5.5%)	56(19.2%)	92(31.5%)	93(31.9%)	35(12.0%)
ด้านจิตใจ	95	75(24.5%)	23(7.5%)	84(27.5%)	92(30.1%)	32(10.5%)
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	95	1(0.7%)	5(3.4%)	44(30.1%)	81(55.5%)	15(10.3%)
ด้านสิ่งแวดล้อม	95	23(8.4%)	46(16.7%)	93(33.8%)	92(33.5%)	21(7.6%)
รวม	95	80(19.9%)	79(19.6%)	94(23.3%)	95(23.6%)	55(13.7%)

* คำนวณร้อยละแบบ multiple response

ส่วนที่ 2 ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดกล้ามเนื้อเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท ผลการวิจัยแบบ bivariate พบว่า มีตัวแปร 4 ตัว เพศ ระยะเวลาการนั่ง ระยะเวลาการยืน คุณภาพชีวิต ที่สามารถนำเข้าวิเคราะห์เชิงพหุได้ โดยพิจารณาจากค่า p-value < 0.25 จึงได้นำ 4 ตัวแปรดังกล่าวมาวิเคราะห์ และพบว่า มีเพียงตัวแปรคุณภาพชีวิต โดยพบว่า ตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม สามารถอธิบายอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อเนื้อสะโพก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.012) โดยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

หากเพิ่มขึ้น มีผลทำให้เกิดอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อเนื้อสะโพก 0.86 หน่วย (95% CI: 0.77, 0.97) หรืออธิบายในทางกลับกัน หากผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อเนื้อสะโพกลดลงประมาณ 1.16 เท่า (odds ratio_{reciprocal} = 1.16; 95% CI: 1.03, 1.31) และหากนำไปใช้สถานการณ์อื่นที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกัน จะพบว่าอาการเจ็บปวดดังกล่าว จะลดลงราว 1.03 ถึง 1.31 เท่า

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์แบบ bivariate เพื่อพิจารณาตัวแปรนำเข้าวิเคราะห์เชิงพหุ

Variable	n	Odds ratio _{crude}	95% CI	p-value
เพศ	95	3.29	0.88, 12.28	0.052*
อายุ				0.257
- 22 to 34 year old	9	1	-	
- 35 – 59 year old	77	4.57	0.54, 38.47	
- 60+	9	4.00	0.33, 48.66	
อาชีพ				0.940
- เกษตรกรรม/รับจ้าง	47	1	-	
- ค้าขาย	12	0.59	0.14, 2.47	
- ราชการ	12	0.88	0.23, 3.37	
- ไม่ได้ทำงาน	7	1.32	0.26, 6.63	
- อาชีพนั่งนานๆ	3	1	-	
- อื่นๆ	14	0.98	0.28, 3.40	
ค่าดัชนีมวลกาย	95	0.99	0.90, 1.11	0.941
ระยะเวลาการนั่ง				0.062*
- 1 to 30 min	40	1	-	
- 35 to 60 min	21	0.44	0.14, 1.37	

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์แบบ bivariate เพื่อพิจารณาตัวแปรนำเข้าวิเคราะห์เชิงพหุ

Variable	n	Odds ratio _{crude}	95% CI	p-value
เพศ	95	3.29	0.88, 12.28	0.052*
- 62 to 120 min	13	0.49	0.13, 1.86	
- 180 to 420 min	16	0.16	0.03, 0.79	
ระยะเวลาการยื่น				0.171*
- 0.17 to 0.50 min	26	1	-	
- 0.75 to 1.0 min	22	1.14	0.36, 3.57	
- 2.0 to 3.0 min	22	0.30	0.08, 1.15	
- 4.0 to 20.0 min	21	0.55	0.16, 1.86	
การออกกำลังกาย				0.759
- ไม่ได้ออกกำลังกาย	44	1	-	
- ออกกำลังกาย	52	0.87	0.37, 2.06	
ความเครียด				0.385
- 0 to 23 score	5	1	-	
- 24 to 41 score	73	1.84	0.19, 17.39	
- 42 to 61 score	17	3.56	0.33, 37.78	
คุณภาพชีวิต	95	0.94	0.87, 1.01	0.062*
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	95	0.86	0.77, 0.97	0.012*

* ตัวแปรนำเข้าวิเคราะห์เชิงพหุ

ทั้งนี้ มีตัวแปรที่ถูกโปรแกรมถอดออกจากสมการการพยากรณ์ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ระยะเวลาการนั่งและยืนดัชนีมวลกาย อาชีพ การออกกำลังกาย ความเครียด มีผลต่อ เนื่องจากไม่ส่งผลหรือไม่มีความสำคัญทางสถิติในการพยากรณ์ต่อตัวแปรตามความเจ็บปวด (Pain score)

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 (จำนวน 76 คน) และ อายุเฉลี่ย 50.91 ปี (SD=10.03) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 75.80 (จำนวน 72 คน) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ประถมศึกษา ร้อยละ 50.50 (จำนวน 48 คน) ใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้าง/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 49.50 (จำนวน 47 คน) ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 44.20 (จำนวน 42 คน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.80 (จำนวน 53 คน) ระหว่าง 7 วันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไร สุขภาพค่อนข้างไม่ดี ร้อยละ 53.70 (จำนวน 51 คน) กลุ่มตัวอย่างนั่ง

ติดต่อกันช่วงกว้าง ระหว่าง 1 นาทีต่อวัน ถึง 420 นาทีต่อวัน แต่ได้ค่าเฉลี่ย 95.03 นาทีต่อวัน ส่วนการยืน ยืนติดต่อกัน ชั่วโมงต่อวัน กว้างมาก เฉลี่ยจาก 17 ชั่วโมงต่อวันถึง 20 ชม ต่อวัน แต่ได้ค่าเฉลี่ย 16.36 ชั่วโมงต่อวัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤตพัทธ์ ผักฝน อภิชาติ ใจใหม่ และสิริสุดา เตชะวิเศษ (2565)¹² กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.90 อายุเฉลี่ย 79.67 ปี และงานวิจัยของ กรดา ผึ้งผาย ไร่นี้พบในคนอายุ 40-50 ปี เพศหญิงมากกว่าเพศชาย จะเห็นได้ว่าคนเป็นปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท ส่วนใหญ่ใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้าง/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 49.50 (จำนวน 47 คน) ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 44.20 (จำนวน 42 คน) กลุ่มตัวอย่างนั่งติดต่อกันช่วงกว้าง ระหว่าง 1 นาทีต่อวัน ถึง 420 นาทีต่อวัน แต่ได้ค่าเฉลี่ย 95.03 นาทีต่อวัน ส่วนการยืน ยืนติดต่อกัน ชั่วโมงต่อวัน กว้างมาก เฉลี่ยจาก 17 ชั่วโมงต่อวันถึง 20 ชม ต่อวัน แต่ได้ค่าเฉลี่ย 16.36 ชั่วโมงต่อวัน อภิปรายได้ว่าเป็นกลุ่มคนทำงานหนัก ไม่ออกกำลังกาย นั่งและยืน นานๆ

ติดต่อกัน ทำให้ส่งผลต่อการปวดกล้ามเนื้อสะโพก
หนีบเส้นประสาท

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความ
ปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท ผู้วิจัยได้
ดำเนินการวิเคราะห์ด้วยการใช้สถิติ วิเคราะห์
ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดย Logistic
regression การวิเคราะห์ การคัดเลือกตัวแปรเพื่อ
เข้าสู่โมเดลอย่างไร ใช้เทคนิค Enter ก่อนว่าเหลือ
ตัวแปรที่ตัวค้อยใส่ Stepwise multiple Logistic
regression และใช้ระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05
พิจารณาตัวแปรในโมเดลสุดท้าย ตัวแปรคุณภาพ
ชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม สามารถอธิบายอาการ
เจ็บปวดกล้ามเนื้อสะโพก ได้อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ (p -value = 0.012) โดยคุณภาพชีวิตด้าน
สิ่งแวดล้อมหากเพิ่มขึ้น มีผลทำให้เกิดอาการ
เจ็บปวดกล้ามเนื้อสะโพก 0.86 หน่วย (95% CI:
0.77, 0.97) หรืออธิบายในทางกลับกัน หากผู้ป่วย
มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน
จะมีผลทำให้มีอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อสะโพกลดลง
ประมาณ 1.16 เท่า ($\text{odds ratio}_{\text{reciprocal}} = 1.16$;
95% CI: 1.03, 1.31, $p=0.012$) สอดคล้องกับ
งานวิจัย Bovenzi, et.al. (2015)¹² ที่พบว่า
สิ่งแวดล้อมด้านสังคม (Psychosocial
environment) มีผลต่อโรค ปวดกล้ามเนื้อสะโพก
หนีบเส้นประสาท 0.44-1.77 เท่า (OR =0.44-
1.77) คุณภาพชีวิตมีด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและ
สิ่งแวดล้อม ด้านร่างกายการศึกษาของ
Pitantanankune and Suri อ้างถึงใน กฤตพัทธ์
ฝึกฝน อภิชาติ ใจใหม่ และสิริสุตา เตชะวิเศษ¹³
พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค
ขึ้นไปจะมีระดับความรุนแรงของความปวดสูงกว่า
ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ และด้านจิตใจ
พบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มี
ความสัมพันธ์กับการปวดอย่างมีนัยสำคัญที่ .01¹⁴
เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้
พบว่า ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่มีความปวดในปัจจุบันใน
ระดับปวดพอรำคาญ (31.00%) มีความปวดโดย
เฉลี่ยในระดับปานกลาง (Mean = 5.21, SD =

2.02) เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วน
ใหญ่ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างปวด 5 คะแนนคิดเป็น
ร้อยละ 29.50 (จำนวน 28 คน) ไม่ปวด 0 ปวด
เล็กน้อย 1-4 ปวดปานกลาง 5-7 ปวดมาก 8-10
อยู่ในระยะปวดปานกลาง การทำกายภาพบำบัด
จะทำให้โรคบรรเทาขึ้น ทำนั่งหรือยืนเพื่อลดปวด
เป็นสิ่งสำคัญ² คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม
สามารถทำนายระดับความปวดปวดกล้ามเนื้อ
สะโพกหนีบเส้นประสาท ซึ่งอาจต้องศึกษาลึก
ต่อไปถึง การเดินทาง ความพึงพอใจ การไปพบ
บุคลากรทางสาธารณสุขการให้ความหมายของชีวิต
ซึ่งเป็นข้อคำถามคุณภาพชีวิตหมวดสิ่งแวดล้อม
อธิบายได้ว่าสิ่งเหล่านี้ช่วยลดปวดให้ผู้ป่วย แต่ยัง
ต้องศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยด้านนี้ในอนาคต ทั้งนี้ มี
ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ระยะเวลาการนั่ง
และยืนดัชนีมวลกาย อาชีพ การออกกำลังกาย
ความเครียด มีผลต่อ เนื่องจากไม่ส่งผลหรือไม่มี
นัยสำคัญทางสถิติในการพยากรณ์ต่อตัวแปรตาม
ความเจ็บปวด (Pain score) ซึ่งอาจต้องทำตัวแปร
ต้นให้ละเอียดและชัดเจนกว่านี้ในการทำวิจัยใน
อนาคตซึ่งวิจัยขึ้นนี้ตัวแปรเหล่านี้ไม่มีผลต่อตัวแปร
ตามคือระดับความปวดปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบ
เส้นประสาท

ข้อจำกัดงานวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาล
สมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อาจไม่สามารถอ้าง
ไปถึง ผู้ป่วย เจ็บปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบ
เส้นประสาท โรงพยาบาลอื่นได้ และ ผู้วิจัย
ไม่ได้ศึกษาปัจจัยด้าน โรคประจำตัวร่วมด้วย
หรือโรคทางจิตเวช หรือซึมเศร้า งานวิจัยยังมี
ข้อจำกัดไม่ได้ตรวจร่างกายกลุ่มตัวอย่างนำมา
เข้าเป็นส่วนหนึ่งของตัวแปร และควรเพิ่มการ
นำเข้าตัวแปรที่มีผลต่อการปวดเจ็บปวด
กล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท มากกว่านี้
และเพิ่มการเก็บกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการทางทีมสุขภาพ แพทย์สามารถส่งเสริมการลดเครียดในผู้ป่วยปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ซึ่งถ้าทำกิจกรรมเพิ่มคุณภาพชีวิตด้าน สิ่งแวดล้อมจะช่วยลดความปวดจากโรคได้ส่วนหนึ่ง และอาจให้ความรู้ในกลุ่มทำงานหนักใช้แรงงาน

กลุ่มที่นั่ง และยืนนานๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการลดปวด และกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายให้ออกกำลังกายประจำ

2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยถึงทดลองทำโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดของกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สำนักระบาดวิทยา. รายงานผลการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (เชิงรับ) พ.ศ. 2546-2552 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2556]. เข้าถึงได้จาก: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110406_26449313pdf.
2. กรดา ผึ้งผาย และวริษฐา กังธีรวัฒน์ (2562) การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (Piriformis syndrome) *เวชบันทึกศิริราช 12(1)*; 39-44
3. Miranda, H., Viikari-juntura, E., Martikainen, R., Takala, E., and Riihimaki, H. (2002). Individual factors, occupational loading, and physical exercise as predictors of sciatic pain. *Spine*, 27(10), 1102-1108.
4. Riihimaki, H., Viikari-juntura, E., Moneta, G., Kuha, J., Videman, T., and Tola, S. (1994). Incidence of sciatic pain among men in machine operating, dynamic physical work, and sedentary work: A three-year follow-up. *Spine*, 19(2), 138-142.
5. Warner, S., Munawar, A., Ahmad, A., Fatima, M., and Waqas, M. (2018). Prevalence of piriformis syndrome among university of Lahore male students. *Rawal Medical Journal*, 43(2), 306-308.
6. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis
7. Othman, I.K., Mohamad, N., Sidek, S., Bhaskar, R.N., & Kuan, C.S. (2020) Risk factors associated with piriformis syndrome: A systematic review *Engineering and Health Studies*, 14(3), 215-233
8. กรมสุขภาพจิต. (2542). รายงานการวิจัยการพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ ความเครียดด้วยตนเองสำหรับ ประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: ทีคอม.
9. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ .(2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
10. Jensen, Chen and Brugger. (2002). 11- point box scale. Retrieved from file:///C:/Users/CCS/Downloads/Fulltext%236_300388%20(1).pdf.Bram
11. Hair, F. J., Black, C.W., Babin, J.B. & Anderson, E.R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed). New Jersey:
12. Bovenzi, M., Schust, M., Menzel, G., Hofmann, J., and Hinz, B. (2015). A cohort study of sciatic pain and measures of internal spinal load in professional drivers. *Ergonomics*, 58(7), 1088-1102.
13. กฤตพัทธ์ ผึกฝน อภิชาติ ไฉน และสิริสุดา เตชะวิเศษ .(2022). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังในชุมชนวารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 42 (1), 49-60
14. Prasertsri N. (2019). Pain management in the elderly. *JHBCNSP*.2019; 1: 1-19. Thai.

การประเมินระดับแสงสว่างภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม The Lighting Assessment Inside the Training Center Building

(Received: October 23,2023 ; Revised: November 4,2023 ; Accepted: November 14,2023)

พีรพล ภูเี่ยม¹, เสรีย์ ตู้ประกาย¹,
วัฒนา จันทะโคตร¹ และ มงคล รัชชะ^{2*}
Peeraphol Pooyam¹, Seree Tuprakay¹,
Wattana Chanthakhot¹ and Mongkol Ratcha^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความเข้มของแสงสว่าง ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม เพื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง และหาแนวทางในการปรับปรุงแสงสว่างภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม โดยใช้เครื่อง lux meter tenmars model TM-720 Serial no. 140900406 ทำการตรวจวัด ในช่วงเวลากลางวัน

จากผลการศึกษา พบว่าพื้นที่อาคารศูนย์ฝึกอบรมทั้ง 4 ชั้น ส่วนใหญ่ มีระดับความเข้มของ แสงสว่างอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 88 ในขณะที่พบความเข้มของแสงสว่างต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 12 บริเวณพื้นที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสูงสุดคือ บริเวณพื้นที่ชั้น 4 ร้อยละ 100 รองลงมาบริเวณพื้นที่ ชั้น 3 ร้อยละ 93 และบริเวณพื้นที่ ชั้น 2 ร้อยละ 80 บริเวณที่มีความความเข้มของแสงภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรมผ่านเกณฑ์มาตรฐานต่ำที่สุด คือบริเวณพื้นที่ชั้นที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 79

คำสำคัญ : การประเมิน; แสงสว่าง; อาคารฝึกอบรม

Abstract

This research was survey research aimed to evaluate the level of light intensity inside training center building, in comparison with standards that set by the Department of Labor Protection and Welfare regarding lighting intensity standards, and guidelines for improving lighting within training center buildings. The lux meter tenmars model TM-720 Serial no. 140900406 is used to measure light during daytime.

The results found that all 4 floors of the training center building have light intensity levels within the standard, which is 88 percent. While the light intensity was found to be 12 percent lower than the standard. The 4th floor area passed the highest standard, which is 100 percent. The area on the 3rd floor passed the criteria at 93 percent and the area on the 2nd floor passed the criteria at 80 percent. The area with the lowest light intensity within the training center building passing the standards was on the first floor, accounting for 79 percent.

Keywords: Assessment; Lighting; Training center buildings;

บทนำ

แสงสว่าง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของทั้งมนุษย์ พืช สัตว์ ซึ่งแสงสว่างจากดวงอาทิตย์ เป็นทรัพยากรธรรมชาติที่ถูกสรรสร้างเพื่อสิ่งมีชีวิต โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ หากเราสามารถใช้

ประโยชน์จากแสงธรรมชาติได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด จะเป็นการประหยัดพลังงานไฟฟ้าได้มากที่สุด แต่เราต่างทราบกันดี แสงสว่างจากธรรมชาตินี้จะหมดไปในช่วงเวลากลางคืน เช่นนี้เราจึงจำเป็นต้องพึ่งพาแสงสว่างจากหลอดไฟฟ้า ดังนั้นการวาง

¹ สาขาวิชาการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

^{2*} คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding E mail: Mongkol.r@ru.ac.th

แผนการใช้งานอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการเลือกใช้แสงให้เกิดประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการประหยัดพลังงาน¹

แสงสว่างส่งผลกระทบต่อมนุษย์ทั้งด้านสรีระวิทยา จิตวิทยา การมองเห็น และการแสดงอารมณ์ เป็นต้น² นอกจากนี้แสงสว่างยังมีบทบาทสำคัญในการทำงานของมนุษย์ แสงสว่างน้อยเกินไปก่อให้เกิดอาการปวดตา เมื่อยล้าสายตา ปวดศีรษะ ในทางกลับกันแสงสว่างมากเกินไปเป็นสาเหตุให้พนักงานเกิดความไม่สบายตา แสบตา เมื่อยล้าทางสายตา ปวดศีรษะ อุบัติเหตุและสมรรถภาพในการมองเห็นลดลงสำหรับแสงสว่างที่ไม่เหมาะสมยังส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานลดลงอีกด้วย การออกแบบระบบแสงสว่างในสถานที่ทำงานมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมองเห็นสิ่งที่เป็นอันตรายได้อย่างชัดเจน ลดการสัมผัสแสงที่สว่างเกินไปหรือน้อยเกินไปและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานอีกด้วย นายจ้างต้องจัดแสงสว่างให้เหมาะสมกับลักษณะงานเนื่องจากแสงสว่างที่เพียงพอช่วยให้พนักงานมีสมาธิในการทำงานดีขึ้นและช่วยเพิ่มผลผลิตในการทำงาน นอกจากนี้แสงสว่างที่เพียงพอช่วยลดปัญหาสุขภาพสายตาที่อาจเกิดกับพนักงานได้ การประเมินความเข้มของแสงสว่างในการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน หากแสงสว่างในการทำงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนดไว้ นายจ้างจะได้ใช้ผลการตรวจวัดประกอบการพิจารณาในการปรับปรุงต่อไป³ แสงสว่างมีความสำคัญต่อการเรียนการสอนที่ต้องอาศัยการมองเห็นถ้าแสงสว่างไม่เพียงพอและแสงสว่างจ้าเกินไปก็จะส่งผลกระทบต่องานและสุขภาพของผู้เรียนและผู้สอน⁴ ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่องมาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง⁵ ที่รับรองการตรวจวัดระดับแสงสว่างภายในสถานที่ประกอบการตามที่ประกาศ จึงเป็นที่มาของการตรวจวัดแสงสว่างภายในอาคารศูนย์ฝึก อบรม แห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี เพื่อให้ทราบวาระดับแสงสว่างมีเพียงพอต่อบุคคลภายในบริษัทและบุคคลภายนอกบริษัท

เนื่องจากศูนย์ฝึกอบรมแห่งนี้เป็นสถานที่แสดงนวัตกรรมใหม่ของบริษัท อีกทั้งเป็นศูนย์บริการที่พร้อมรองรับลูกค้าที่มีมากกว่า 1,500 รายในประเทศไทย และเป็นศูนย์ฝึกอบรมที่ถ่ายทอดองค์ความรู้ระดับมืออาชีพจากผู้เชี่ยวชาญให้กับพนักงานของบริษัทที่มีมากกว่า 330 คน ในประเทศไทย และเป็นศูนย์ฝึกอบรมดิจิทัล ที่มีเทคโนโลยีใหม่และนวัตกรรมล้ำสมัยที่สุดในอุตสาหกรรม และวิธีการเรียนรู้ในรูปแบบใหม่ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ประเมินระดับแสงสว่างภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรมแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรีเพื่อประเมินค่ามาตรฐานแสงสว่าง ให้เป็นไปตามข้อกำหนด ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง⁵ และหาแนวทางในการปรับปรุงและแก้ไขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อตรวจวัดระดับความเข้มแสงสว่างและหาแนวทางในการปรับปรุงแสงสว่างภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม

อุปกรณ์และวิธีการ

สถานที่ตรวจวัดความเข้มแสงคือภายในห้องฝึกอบรมทุกห้อง ภายในศูนย์ฝึกอบรม ทั้ง 4 ชั้น มีพื้นที่ 815 ตารางเมตร⁶ ที่มีลักษณะ ใช้ในการเรียนการสอนทั้งทางด้านทฤษฎี ด้านปฏิบัติ รวมไปถึงห้องเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฝึกอบรม

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวัดความเข้มแสงคือเครื่องวัดแสง (Lux meter) รุ่น TM-720 Serial no. 140900406 ผ่านการสอบเทียบจาก **ขั้นตอนการตรวจวัดความเข้มแสง**

1. วางแผนและกำหนดขอบเขตในการศึกษาวิจัย
2. สำรองพื้นที่และตรวจวัดระดับค่าแสงสว่างภายในอาคารศูนย์ฝึก อบรม ของบริษัทโคเน่ จำกัด (มหาชน) ทั้ง 4 ชั้นโดยใช้เครื่องมือในการตรวจวัดปริมาณความเข้มของแสงสว่าง Digital Light Meter โดยใช้การวัดแบบจุด (Spot Measurement)

และแบบพื้นที่ (Area Measurement) 2x2 ตารางเมตร⁷ เป็นการตรวจวัดความเข้มแสงสว่างบริเวณที่ผู้ฝึกอบรมและผู้ปฏิบัติงานภายในอาคาร ใช้สายตาเฉพาะจุดหรือต้องใช้สายตาคู่กับที่ ในการทำงาน ตรวจวัดในจุดที่สายตาทะลุขึ้นงาน หรือจุดที่ทำงานของคนงาน (Point of Work) โดยวางเครื่องวัดแสงในแนวระนาบเดียวกับตำแหน่งปฏิบัติงาน หรือพื้นผิวที่สายตาทะลุแล้ว และแบบการวัดแสงเฉลี่ยแบบพื้นที่ทั่วไป (Area Measurement) เป็นการตรวจวัดความเข้มแสงสว่างในบริเวณพื้นที่ทั่วไปภายในศูนย์ฝึก อบรม เช่น ทางเดิน และบริเวณพื้นที่ใช้ประโยชน์อื่น แล้วอ่านค่าบันทึกข้อมูลที่ได้ ค่าที่อ่านได้แล้วนำไปเปรียบเทียบกับตารางประกาศของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่องมาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง⁵

3. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล โดยนำผลความเข้มของแสงสว่างแต่ละจุดตรวจวัดมาหาค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ข้อมูลความเข้มของแสงสว่างของแต่ละพื้นที่ ที่ทำการวัด จากนั้นเปรียบเทียบปริมาณความเข้มของแสงสว่างที่ตรวจวัดในอาคารศูนย์ฝึก กับค่ามาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

4. ทำการตรวจเช็คค่าแสงที่ไม่สอดคล้องกับค่ามาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครอง

แรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง แล้วหาแนวทางการแก้ไขและปรับปรุงต่อไป

ผลการศึกษา

ผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบพื้นที่ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 1 พบว่าจำนวนบริเวณพื้นที่ตรวจวัด 14 พื้นที่ ผ่านมาตรฐาน 11 พื้นที่ ไม่ผ่านมาตรฐาน 3 พื้นที่ ระดับความเข้มแสงสว่างสุด 3 อันดับแรกคือ โต๊ะประชาสัมพันธ์ 1 ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 1973.0 Lux รองลงมาคือ โต๊ะประชาสัมพันธ์ 2 ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 1570.0 Lux และ ทางเข้าห้องโถง ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 966.8 Lux ตามลำดับ ในขณะที่ พื้นที่ในการตรวจวัดระดับความเข้มแสงไม่ผ่านมาตรฐาน คือบริเวณ ห้องน้ำ 1 ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 18.8 Lux รองลงมาคือ ห้องน้ำ 3 ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 14.1 Lux และ ภายในลิฟต์โดยสาร 1 ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 28.1 Lux

บริเวณพื้นที่ผ่านมาตรฐานทั้งหมด 11 พื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 79 อย่างไรก็ตาม บริเวณพื้นที่ ไม่ผ่านมาตรฐาน 3 พื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 21 สาเหตุที่ ระดับความเข้มแสงเฉลี่ยไม่ผ่านเนื่องจาก บริเวณห้องน้ำที่ตรวจพบว่ามีหลอดไฟเก่าและชำรุด และพื้นที่บริเวณภายในลิฟต์มีการตกแต่งใหม่จึงทำให้แสงไม่เพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบพื้นที่ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 1

ลำดับ	บริเวณพื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสง	ค่ามาตรฐาน/ค่าต่ำสุด	ผลการตรวจวัด
		Lux		
1	ทางเข้าห้องโถง	966.8	100/50	ผ่าน
2	ห้องโถง	246.0	100/50	ผ่าน
3	เทรนนิ่งบันไดเลื่อน	381.4	300/150	ผ่าน
4	ห้องครัว	267.5	300/150	ผ่าน
5	ห้องเก็บของ	238.6	100/50	ผ่าน
6	ห้องน้ำ	18.8	100/50	ไม่ผ่าน
7	ห้องน้ำ	114.5	100/50	ผ่าน
8	ห้องน้ำ	14.1	100/50	ไม่ผ่าน
9	บันไดหนีไฟ	32.1	10	ผ่าน

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบพื้นที่ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 1

ลำดับ	บริเวณพื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสง	ค่ามาตรฐาน/ค่าต่ำสุด	ผลการตรวจวัด
		Lux		
10	บันไดหนีไฟ	55.1	10	ผ่าน
11	ลิฟต์โดยสาร 2	193.1	100	ผ่าน
12	ลิฟต์โดยสาร 1	28.1	100	ไม่ผ่าน
13	โต๊ะประชาสัมพันธ์	1570.0	300/150	ผ่าน
14	โต๊ะประชาสัมพันธ์	1973.0	300/150	ผ่าน

ผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบพื้นที่ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 2 พบว่าจำนวนบริเวณพื้นที่ตรวจวัด 10 พื้นที่ ผ่านมาตรฐาน 8 พื้นที่ ไม่ผ่านมาตรฐาน 2 พื้นที่ระดับความเข้มแสงสว่างสุด 3 อันดับแรก คือ ห้องเก็บของ ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 1166 Lux รองลงมาคือ ห้องน้ำ 3 ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 80.7 Lux และ CONTROL ROOM ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 62.5 Lux ตามลำดับ ในขณะที่ พื้นที่ในการตรวจวัดระดับความเข้มแสงไม่ผ่านมาตรฐาน คือบริเวณห้องน้ำ 1 ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 15.2 Lux

และ SHOWROOM ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 112.8 Lux

เมื่อพิจารณาระดับความเข้มแสงเฉลี่ยแบบพื้นที่ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 2 พบว่าบริเวณพื้นที่ผ่านมาตรฐานทั้งหมด 8 พื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 80 อย่างไรก็ตาม บริเวณพื้นที่ ไม่ผ่านมาตรฐาน 2 พื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 20 สาเหตุที่ ระดับความเข้มแสงเฉลี่ยไม่ผ่านเนื่องจาก บริเวณห้องน้ำที่ตรวจพบว่ามีหลอดไฟเก่า และ ชำรุด และ พื้นที่ บริเวณ SHOWROOM มีการจัดวางอุปกรณ์บดบังแสงสว่าง บางช่วงจึงทำให้แสงไม่เพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบพื้นที่ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 2

ลำดับ	บริเวณพื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสง	ค่ามาตรฐาน/ค่าต่ำสุด	ผลการตรวจวัด
		Lux		
1	SHOWROOM	112.8	300/150	ไม่ผ่าน
2	ห้องน้ำ 1	15.2	100/50	ไม่ผ่าน
3	ห้องน้ำ 2	62.3	100/50	ผ่าน
4	CONTROL ROOM	62.5	100/50	ผ่าน
5	ห้องเก็บของ	1166.0	100/50	ผ่าน
6	ห้องน้ำ 3	80.7	100/50	ผ่าน
7	บันไดหนีไฟ 1	35.1	10	ผ่าน
8	บันไดหนีไฟ 2	30.6	10	ผ่าน
9	ทางเดิน 1	55.8	100/50	ผ่าน
10	ทางเดิน 2	53.6	100/50	ผ่าน

ผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบพื้นที่ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 3 พบว่าจำนวนบริเวณพื้นที่ตรวจวัด 13 พื้นที่ ผ่านมาตรฐาน 12 พื้นที่ ไม่ผ่านมาตรฐาน 1 ซึ่งพื้นที่ระดับความเข้มแสงสว่างสุด 3 อันดับแรก คือ ทางเดิน 5 ระดับความ

เข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 537.6 Lux รองลงมาคือ ห้องน้ำ 2 ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 409.7 Lux และ ทางเดิน 4 ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 216 Lux พื้นที่ในการตรวจวัดระดับความเข้มแสงไม่ผ่านมาตรฐาน คือบริเวณ ประชุม 2 ระดับความเข้ม

แสงเฉลี่ย เท่ากับ 147.4 Lux เมื่อพิจารณาระดับความเข้มแสงเฉลี่ยแบบพื้นที่ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 3 พบว่าบริเวณพื้นที่ผ่านมาตรฐานทั้งหมด 12 พื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 93 อย่างไรก็ตาม บริเวณพื้นที่ ไม่ผ่านมาตรฐาน 1 พื้นที่ คิดเป็นร้อยละ

7 สาเหตุที่ ระดับความเข้มแสงเฉลี่ยไม่ผ่านเนื่องจาก บริเวณห้องประชุม 2 ตรวจพบว่ามีหลอดชำรุดอยู่ และพื้นที่บริเวณภายในมีการจัดวางตำแหน่งตู้บังแสงจากหน้าต่างดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบพื้นที่ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 3

ลำดับ	บริเวณพื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสง	ค่ามาตรฐาน/ค่าต่ำสุด	ผลการตรวจวัด
		Lux		
1	ประชุม 1	163.5	300/150	ผ่าน
2	ประชุม 2	147.4	300/150	ไม่ผ่าน
3	ห้องน้ำ 1	56.8	100/50	ผ่าน
4	CONTROL ROOM	151.0	100/50	ผ่าน
5	ห้องเก็บของ	99.4	100/50	ผ่าน
6	ห้องน้ำ 2	409.7	100/50	ผ่าน
7	บันไดหนีไฟ 1	39.3	10	ผ่าน
8	บันไดหนีไฟ 2	23.9	10	ผ่าน
9	ทางเดิน 1	75.3	100/50	ผ่าน
10	ทางเดิน 2	135.0	100/50	ผ่าน
11	ทางเดิน 3	139.8	100/50	ผ่าน
12	ทางเดิน 4	216.0	100/50	ผ่าน
13	ทางเดิน 5	537.6	100/50	ผ่าน

ผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบพื้นที่ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 4 พบว่าจำนวน บริเวณพื้นที่ตรวจวัด 15 พื้นที่ ผ่านมาตรฐาน 15 พื้นที่ ซึ่งพื้นที่ระดับความเข้มแสงสว่างสุด 3 อันดับแรก คือ ประชุม 4 ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 621.8 Lux รองลงมาคือ ประชุม 3 ระดับความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 553.8 Lux และ ทางเดิน 1 ระดับ

ความเข้มแสงเฉลี่ย เท่ากับ 412.6 Lux ดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาระดับความเข้มแสงเฉลี่ยแบบพื้นที่ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 4 พบว่าบริเวณพื้นที่ผ่านมาตรฐานทั้งหมด 15 พื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4 แสดงผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบพื้นที่ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 4

ลำดับ	บริเวณพื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสง	ค่ามาตรฐาน/ค่าต่ำสุด	ผลการตรวจวัด
		Lux		
1	ประชุม 1	379.6	300/150	ผ่าน
2	ประชุม 2	293.6	300/150	ผ่าน
3	ประชุม 3	553.8	300/150	ผ่าน
4	ประชุม 4	621.8	300/150	ผ่าน
5	บันไดหนีไฟ 1	32.7	10	ผ่าน
6	บันไดหนีไฟ 2	42.6	10	ผ่าน
7	ห้องน้ำ 1	320.1	100/50	ผ่าน

ตารางที่ 4 แสดงผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างแบบพื้นที่ภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 4

ลำดับ	บริเวณพื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสง	ค่ามาตรฐาน/ค่าต่ำสุด	ผลการตรวจวัด
		Lux		
8	ห้องน้ำ 2	58.9	100/50	ผ่าน
9	ทางเดิน 1	412.6	100/50	ผ่าน
10	ทางเดิน 2	126.1	100/50	ผ่าน
11	ทางเดิน 3	97.8	100/50	ผ่าน
12	ทางเดิน 4	95.6	100/50	ผ่าน
13	ทางเดิน 5	251.7	100/50	ผ่าน
14	ทางเดิน 6	136.9	100/50	ผ่าน
15	ทางเดิน 7	172.4	100/50	ผ่าน

สรุปและอภิปรายผล

การตรวจผลการตรวจวัดระดับความเข้มของแสงภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม 4 ชั้นจำนวนทั้งหมด 52 พื้นที่ ระดับความเข้มของแสงผ่านมาตรฐาน ผ่าน 46 พื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 88 ไม่ผ่านมาตรฐาน 6 พื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 12 บริเวณที่ผ่านมาตรฐานสูงสุดคือ อาคารศูนย์ฝึกอบรม ชั้น 4 คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาชั้น 3 คิดเป็น ร้อยละ 93 และชั้น 2 คิดเป็น ร้อยละ 80 ส่วนชั้นที่มีความความเข้มของแสงภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม ต่ำสุดคือชั้นที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 79 จากการตรวจวัดระดับแสงสว่างพบว่าบริเวณพื้นที่ ที่ความเข้มของแสงไม่ผ่านตามมาตรฐาน ได้แก่ ห้องน้ำ 3 พื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 50 ในขณะที่ บริเวณ ลิฟต์โดยสาร ห้องโหรีรวม และห้องประชุม 2 ไม่ผ่านมาตรฐานพื้นที่ละ 1 คิด ร้อยละ 16 เมื่อพิจารณาสาเหตุที่ไม่ผ่านมาตรฐานพบว่า ห้องน้ำมีหลอดไฟเก่าและชำรุด ในบริเวณภายในลิฟต์โดยสารมีการตกแต่งและติดตั้งแสงใหม่ ส่วนห้องโหรีรวมมีการจัดวางอุปกรณ์ที่บดบังแสงสว่างและห้องประชุมมีจำนวนหลอดไฟชำรุดบางจุด ดังนั้น แนวทางการปรับปรุงแสงสว่างภายในอาคารศูนย์ฝึกอบรม คือควรจัดการเปลี่ยนหลอดไฟภายในห้องน้ำใหม่ ภายในลิฟต์โดยสารควรติดตั้งแสงสว่างเพิ่ม ห้องโหรีรวมควรจัด

วางอุปกรณ์และสินค้าไม่ให้บดบังแสงสว่าง และห้องประชุมควรเปลี่ยนหลอดไฟที่ชำรุดใหม่ เมื่อพิจารณา ระดับความเข้มของแสงสว่างที่มีปริมาณมากได้แก่ ชั้น 1 บริเวณโถงประชาสัมพันธ์ ชั้น 2 บริเวณ ห้องเก็บของ ชั้น 3 บริเวณ ห้องน้ำ 2 และทางเดิน 5 ชั้น 4 บริเวณ ห้องประชุม 3,4 ห้องน้ำ 1 และทางเดิน 1 พบว่าแสงที่วัดได้มาจากแสงธรรมชาติซึ่งเป็นส่วนที่ติดอยู่บริเวณกระจกมีแสงจากแดดเป็นองค์ประกอบร่วม ควรพิจารณาให้มีการตรวจวัดแสงในช่วงเวลากลางคืนด้วย

อย่างไรก็ตามพบว่าบางจุดมีความเข้มแสงสว่างมากเกินไป เช่นบริเวณโถงประชาสัมพันธ์ 1 โถงประชาสัมพันธ์ 2 และ ทางเข้าห้องโถงซึ่งควรลดระดับแสงสว่างลงมาเพื่อให้เกิดการประหยัดพลังงานภายในอาคารและเพื่อสุขภาพของคนทำงานให้บริเวณนั้นเนื่องจากแสงจ้าเกินไปอาจทำให้เกิดอาการแสบตาและเมื่อยล้าสายตาเนื่องจากแสงจ้า³

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของสารนิพนธ์หลักสูตรวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิชาการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

เอกสารอ้างอิง

- 1.การไฟฟ้านครหลวง. แสงสว่างกับการใช้งานที่เหมาะสม [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://meaenergysavingbuilding.net/index.php>
- 2.ศรุดา จิรัฐกุลธนา. แสงสว่างและพฤติกรรมของมนุษย์. PSRU Journal of Science and Technology 2563;5(1):13- 22.
- 3.วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์ บุษยา จุงาม และพรภรณมถ กลั่นบุศย์. การจัดการปัญหาแสงสว่างในสถานที่ทำงาน. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2564; 14(1): 1-12.
- 4.ชนิษฐกุล คุณเมือง นุชจรี นะรินยาและพรพรณ สกุลคู. ประเมินความเข้มแสงสว่างเฉพาะจุดในห้องเรียน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560;10(2):70-76.
- 5.กระทรวงแรงงาน. ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 135 ตอนพิเศษ 39 ง (ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2561)
- 6.บริษัทโคเน่ จำกัด(มหาชน) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.kone.co.th>
- 7.กระทรวงแรงงาน. ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการตรวจวัดและการวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับระดับความร้อน แสงสว่างหรือเสียงรวมทั้งระยะเวลาและประเภทกิจการที่ต้องดำเนินการ. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 57 ง (ลงวันที่ 12 มีนาคม 2561)

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระบบทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะหัวใจ เต้นเร็วผิดปกติ : กรณีศึกษา

Nursing care of Gastrointestinal tract infection patients with sepsis with Atrial fibrillation: a case study

(Received: December 6,2023 ; Revised: December 23,2023 ; Accepted: December 24,2023)

ไฉไล กลิ่นอ่อน¹
Chailai Klinoun¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระบบทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 20 กรกฎาคม 2566 ด้วยอาการสำคัญ หน้ามืด วูบ ใจสั่น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับ EKG: SVT rate 235 ครั้ง/นาที มีอาการถ่ายเหลวบ่อย วินิจฉัย Sepsis with Atrial fibrillation ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ Synchroized cardioversion 50 J, Adenosine 6 mg iv bolus, load codarone 300 mg in 5% D/W 200 ml in 30 min เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนัก หลังหายใจ On T-piece 10 LPM ย้ายกลับมาดูแลต่อ ขณะดูแล ยังมีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เสี่ยงต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เสี่ยงต่อลิ่มเลือดอุดตันในสมอง ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะพร่องกิจวัตรประจำวัน ได้ให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ อัตราการเต้นของหัวใจ 98-110 ครั้ง/นาที วางแผนจำหน่าย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ จำหน่ายวันที่ 9 สิงหาคม 2566 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 23 วัน

คำสำคัญ: ติดเชื้อในกระแสเลือด, ระบบทางเดินอาหาร, ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ

ABSTRACT

Objective: To study nursing care of gastrointestinal tract infection patients with sepsis with atrial fibrillation.

Results: Thai male patient, age 52 years old, was admitted to the hospital on 20 July 2023 with significant symptoms of dizziness, fainting, and heart palpitations before coming to the hospital for 1 day. First get an EKG: The patient's SVT rate was 235 beats/minute. He had acute diarrhea was diagnosed as atrial fibrillation with sepsis. The patient was intubated. The data showed Synchroized cardioversion of 50 J, Adenosine of 6 mg IV bolus, load codarone of 300 mg in 5% and D/W 200 ml in 30 min. The patient was admitted to the male medical ward. Transfer intensive care unit until 4 September 2023. The patient stopped using the On T-piece 10 LPM ventilator and was transferred to the male medical ward. During nursing care, the patient also had atrial fibrillation, a risk of decreased blood flow from the heart in 1 minute, a risk of blood clots in the brain, prevention of oxygen depletion, a risk of infection in the bloodstream and deficiency in daily activities. The nurse provided nursing care as planned. The nurse provided nursing care as planned. The endotracheal tube was removed and the heart rate was 98-110 beats/min.. The nurse had a discharge plan and provided knowledge to patients and relatives. The patient was discharged on 9 August 2023, total hospital admission of 23 days.

Keywords: Sepsis, Gastrointestinal tract, Atrial fibrillation.

¹ โรงพยาบาลบ้านหมี่

บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่การอักเสบแพร่กระจายทั่วร่างกายโดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อหรือตัวกระตุ้นอื่นๆ และส่งผลให้เกิดอันตรายรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ อัตราเสียชีวิตจากภาวะ Sepsis ประมาณร้อยละ 40 ในผู้ใหญ่ และร้อยละ 35 ของผู้ป่วย Septic shock มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และที่ระบบทางเดินหายใจ³ ภาวะ Septic shock ส่งผลให้ Inflammatory response ทั่วๆ ไปในร่างกาย เช่น เกิดภาวะหลอดเลือดส่วนปลายขยายตัวและมีการสูญเสียสารน้ำออกนอกหลอดเลือดดำทำให้เกิดภาวะพร่องสารน้ำในร่างกายรวมทั้งสารต่างๆ ยังทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (Myocardial dysfunction) การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อส่วนปลายบกพร่อง ทำให้เกิดภาวะที่เซลล์ต่างๆ ไม่สามารถนำออกซิเจนออกไปใช้ได้ จากสถิติอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจาก Septic shock ในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ปี 2564-2566 พบจำนวน 287, 320 และ 324 ตามลำดับ²

ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหนึ่ง คือหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ มีทั้งเต้นช้าและเต้นเร็ว ส่วนใหญ่เต้นเร็วและไม่สม่ำเสมอ ทำให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง Atrial Fibrillation (AF) เป็นอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบบ่อยที่สุดถึงแม้ไม่ทำให้เสียชีวิตแต่อาจนำมาซึ่งภาวะรุนแรงมากขึ้น เช่น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิดอื่น ทำให้อ่อนเพลียเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต หัวใจล้มเหลวได้ จากสถิติโรงพยาบาลบ้านหมี่พบผู้ป่วยมีภาวะ Atrial Fibrillation จำนวน 215 ราย, 235 ราย และ 256 ราย ตามลำดับ จากความรุนแรงของทั้ง 2 ภาวะดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วย

เสียชีวิตได้ ซึ่งการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผน การพยาบาลให้ความช่วยเหลือ ให้ปลอดภัยจากภาวะช็อกโดยเร็วที่สุด ระบบการไหลเวียนโลหิตกลับคืนสู่สภาวะปกติดั้งเดิม รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ รับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 20 กรกฎาคม 2566 ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชัยบาดาลตามสิทธิ

อาการสำคัญ

หน้ามืด วูบ ใจสั่น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วัน มีอาการถ่ายเหลวบ่อย ที่โรงพยาบาลชัยบาดาลพบ EKG: SVT rate 280 ครั้ง/นาที ทำ Synchroized cardioversion 100 J EKG เปลี่ยนเป็น sinus bradycardia rate 58 ครั้ง/นาที จึงส่งตัวมา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 8 ปี รับยาไม่ต่อเนื่อง ตรวจพบโรคหัวใจชนิด Dilated cardiomyopathy (DCM), AF ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2565 ขาดยาไม่ไป F/U ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว

การตรวจร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยรูปร่างท้วม น้ำหนัก 80 กิโลกรัม สูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย

27.68 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 220 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/54 มิลลิเมตรปรอท रिฝปากซีดเล็กน้อย ปลายมือ ปลายเท้าเย็น บ่นหายใจไม่อิ่ม วัด O₂ Saturation 95%

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ระดับน้ำตาลในเลือด 230 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร WBC 12,660 cell/mm³ Hemoglobin 7.9 กรัมต่อเดซิลิตร Hematocrit 23.5% BUN 34 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Creatinine 3.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตราการกรองของไต (eGFR) ต่ำ 41 l/min/1.73m² Electrolyte : Sodium 138 mmol/L Chloride 103 mmol/L CO₂ 17 mmol/L Potassium 2.7 mmol/L UA WBC 0-1 cell/HPF Lactate 3.5 mg/dl

สรุปอาการ

แรกรับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย รู้สึกคล้ายจะเป็นลม สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 220 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/54 มิลลิเมตรปรอท ทำ EKG 12 leads พบ EKG: SVT rate 235 ครั้ง/นาที มีแผนการรักษาให้ Adenosine 6 mg iv bolus load codarone 300 mg in 5% D/W 200 ml in 30 min Synchroized cardioversion 50 J ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ตามวิสัญญีใส่ท่อช่วยหายใจ ET-tube no.7.5 dept 22 cms หลังจากนั้นให้เข้าไปดูแลรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤตจนถึงวันที่ 4 กันยายน 2566

หลังจากผู้ป่วยย้ายกลับมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On ET-tube with O₂ T-piece 10 LPM

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/74 มิลลิเมตรปรอท EKG: sinus tachecardia rate 118 ครั้ง/นาที On codarone 600 mg in 5% D/W 200 ml iv drip in 24 ชั่วโมง Meropenem 500 mg iv drip ทุก 12 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง หลังรับย้ายได้ 2 วัน ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจ สามารถถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ หลังถอดท่อช่วยหายใจ ชีพจร 118 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/74 มิลลิเมตรปรอท ให้ยา Dexamethasone 4 mg iv และติดตาม EKG 12 leads ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน สามารถรับประทานอาหารได้ดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน อาการถ่ายเหลวน้อยลง อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับจำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 9 กันยายน 2566 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 23 วัน ระหว่างรับไว้ดูแลพบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

การพยาบาล

การพยาบาลระยะวิกฤต

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากการเต้นของหัวใจผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

รู้สึกตัว เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือ ปลายเท้าเย็น บ่นหายใจไม่อิ่ม EKG: SVT rate 235 ครั้ง/นาที ชีพจร 220 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/54 มิลลิเมตรปรอท 10 หลังรับไว้ดูแล ผู้ป่วยหยุดหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล

ขณะแรกรับ Absolute bed rest เพื่อลดการใช้พลังงานของร่างกาย ลดอัตราการทำงานของหัวใจ พร้อมอธิบายความ

จำเป็นของการ Absolute bed rest แก่ผู้ป่วย ให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดย On O₂ mask with bag 10 LPM เพื่อลดอัตราการใช้พลังงานของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่ม O₂ ให้แก่หัวใจ ลดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง จัดให้นอนศีรษะสูง เพื่อให้กระบังลมขยายตัวสะดวก ไม่กดเบียดหัวใจ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเต็มที่ Monitor NIBP, O₂ saturation วัด O₂ saturation เพื่อประเมินการได้รับ O₂ ของร่างกายว่าเพียงพอหรือไม่ พร้อมทั้งติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ดูแลให้ยา Adenosine 6 mg iv bolus load codarone 300 mg in 5% D/W 200 ml in 30 min Synchroized cardioversion 50 J เพื่อแก้ไขปัญหาหัวใจเต้นผิดปกติ 10 นาทีต่อมาพบว่าผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น Synchroized cardioversion 100 J ตามวิสัญญีใส่ท่อช่วยหายใจ ET-tube no.7.5 dept 22 cms ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ยึดตรึงท่อส่ง film chest พบ minimal Lt lung infiltration เตรียมผู้ป่วยย้ายไปรักษาตัวในห้องผู้ป่วยวิกฤต

การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลว ชีพจร 108 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/67 มิลลิเมตรปรอท ในระหว่างที่อยู่หอผู้ป่วยวิกฤต ได้รับยา codarone 150 mg in 5% D/W 200 ml in 30 min then codarone 600 mg iv drip in 24 hr หลังให้ยา EKG: sinus tachecardia rate 120-140 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพรวงอกออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

On ET-tube no.7.5 dept 22 cms หลังเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

กิจกรรมการพยาบาล

ตรวจดูตำแหน่งท่อหลอดลมคอให้ tube ชีตหมายเลข 22 อยู่ตรง มุมปาก บีบลมเข้าปอดและสังเกตดูว่าทรวงอกขยายได้เท่ากันทั้งสองข้าง ฟังเสียงลมเข้าปอดได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง และดูตำแหน่งจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก พบว่าปลายท่อหลอดลมคออยู่เหนือ carina 1 ½ นิ้ว จึงต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ Bird ' respirator ยึดตรึงท่อหลอดลมคอให้แน่นเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดจากตำแหน่งที่พอดี ในระหว่าง On Bird ' respirator และเตรียมย้ายผู้ป่วยให้การดูแลโดย ดูแลสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้หักพับงอ พร้อมทั้งดูแลให้เครื่องทำงานอย่างสม่ำเสมอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวลเมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อหลอดลมคอช่วยหายใจ ก่อนทำการดูดเสมหะเพิ่มออกซิเจน 100 % นาน 1 นาที ขณะดูดเสมหะครั้งหนึ่งๆ ไม่เกิน 10-15 วินาที ใช้ self inflating bag ต่อออกซิเจน 10 ลิตร/นาที บีบเข้าปอดอย่างนุ่มนวลสลับกับการดูดเสมหะ และขณะดูดเสมหะสังเกตอาการของผู้ป่วยว่า มีอาการขาดออกซิเจนได้แก่ ซีด ริมฝีปากเขียวคล้ำ ซึ่งไม่พบอาการดังกล่าว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยชีพจร 112 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/68 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดเกิดลิ้มเลือดอุดตันที่สมอง เนื่องจากมีความผิดปกติการเต้นของหัวใจชนิด AF

ข้อมูลสนับสนุน

EKG: SVT rate 235 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS ติดตามวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินการไหลเวียนของเลือดที่ออกจากหัวใจ และปริมาณปัสสาวะที่ออกในขณะที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้แก่กล้ามเนื้อหัวใจ และลดภาวะขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมอง โดย On ET tube c Bird ' respirator และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพระหว่างรอย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤต

การประเมินผล

ระดับความรู้สึกตัว GCS 10T คะแนน (E4VtM6) ผลการตรวจ EKG เป็น Sinus thachycardia rate 120-138 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 4 เสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีไข้ ปวดท้อง มีถ่ายเหลวก่อนมาโรงพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ WBC 12,660

cell/cu.m.m หลังจากได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดและยาตามแผนการรักษาแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำ ความดันโลหิต 93/54 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินสัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) อาการและอาการแสดงของภาวะ sepsis ระดับความรู้สึกตัว โดยจัดบันทึกทุก 15 นาที keep MAP \geq 65 mmHg จัดการให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด RLS load 1000 ml. iv load ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน tissue perfusion และประสิทธิภาพการทำงานของไต โดย keep urine output \geq 30 ml./hr หากปัสสาวะออกน้อยกว่าที่กำหนดรายงานแพทย์เพื่อการช่วยเหลือต่อไป ส่งตรวจ Hemoculture และดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm iv stat

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ยังมีถ่ายเหลว อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 112-130 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/68-130/78 มิลลิเมตรปรอท จากการติดตามที่หอผู้ป่วยวิกฤต เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Meropenem 500 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

มีประวัติโรคเบาหวาน 8 ปี เจาะ DTX stat = 233 mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

ให้ RI 4 unit sc stat เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจากภาวะน้ำตาลสูง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง จากนั้นติดตามเจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง keep 80-200 mg/dl ดูแลให้ได้รับ RI ทาง subcutaneous ตามระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ DTX 201-250 mg/dl RI 4 unit sc, DTX 251-300 mg/dl RI 6 unit sc, DTX 301-350 mg/dl RI 8 unit sc, DTX 351-400 mg/dl RI 10 unit sc, if < 80 > 400 mg/dl notify ก่อนนอนเปลี่ยน RI เป็น NPH ประเมินภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากอาการผู้ป่วย ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ซีพจรเบาเร็ว

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง 103 mg/dl

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโปแตสเซียมต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ K 2.7 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

ดูแลให้ได้รับ Elixer KCL 30 ml ทาง NG feed บันทึกสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ทุก 30 นาที หลังให้ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงโซเดียมต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ซึมสับสน กล้ามเนื้อ

เกร็ง อาการชัก และไม่รู้ตัว Monitor EKG ติดตามการเต้นของหัวใจ บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย

การประเมินผล

หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้โพแทสเซียมทางหลอดเลือดดำ คลื่นไฟฟ้าหัวใจยังผิดปกติ เต็มเร็ว ติดตามผล K 3.4 mmol/L

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์

ข้อมูลสนับสนุน

ภรรยาร้องไห้หลังผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และมีการติดสายอุปกรณ์ต่างๆ

กิจกรรมการพยาบาล

อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่าย สั้นๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ คือ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และสงสัยการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในการแสเลือดได้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบาย ให้กำลังใจ ลดความวิตกกังวลต่าง ๆ ดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น เช็ดตัวลดไข้

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง เข้าใจแผนการรักษาแพทย์

ปัญหาที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย
ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤต มีอุปกรณ์ติดตัวหลายอย่าง ได้แก่ สายน้ำเกลือ สายออกซิเจน เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ถังออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปหอผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน ตรวจสอบให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา ตรวจสอบสายยางออกซิเจน ท่อหายใจ ไม่ให้หัก งอ หลุด หรืออุดตัน ตรวจสอบสภาพรถเปลนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งานได้ที่ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และเมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป จัดพยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อถึงหอผู้ป่วยบอกอาการ การรักษาที่ให้กับผู้ป่วย ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

ปัญหาที่ 9 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

หลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วย On O₂ T-piece 10 LPM วางแผน off ET-tube

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินความพร้อมการหยาเครื่องช่วยหายใจหลัง O₂ T-piece 10 LPM ได้ 24 ชั่วโมง ประเมิน สัญญาณชีพปกติ No sedative drug, O₂ Sat >90 % , การหายใจ < 30 ครั้ง/นาที, Hct > 25 % , Electrolyte โดยเฉพาะโพแทสเซียมปกติ ไอ แรงดี เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจ โดยให้ข้อมูล ขั้นตอนการหยาเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยสื่อสารความต้องการ ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะเพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดตัน ดูแลจัดท่าศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลม และป้องกันการสำลัก ฝึกผู้ป่วยให้ผ่อนคลาย เพื่อลดความกังวล เช่นการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ

การประเมินผล

off ET-tube ได้สำเร็จวันที่ 4 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวชีพจร 112-130 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/68-130/78 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat >95%,

ปัญหาที่ 10 พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ตะแคงตัวไม่ค่อยไหว บอกอ่อนเพลียไม่มีแรง

กิจกรรมการพยาบาล

อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ของการพลิกตะแคงตัวและการบริหารร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ตรวจสอบสภาพผิวหนังโดย เฉพาะปุ่มกระดูก ตรวจดูรอยแดง หรือตุ่มน้ำพอง และประเมิน Barden scale ทุก 24 ชั่วโมง โดยให้ปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มีแรงกดมาก ๆ ลอยตัว โดยใช้หมอนรองบริเวณปุ่มกระดูก และเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยทุก 2-3 ชั่วโมง รักษาผิวหนังให้สะอาดแห้งเสมอ ทาผิวหนังด้วยครีมหรือโลชั่นทิ้งให้แห้งเพื่อลดแรงเสียดสีกับพื้นที่นอน รักษาความสะอาดของเตียงนอนที่นอน ให้แห้งไม่เปียกชื้น เรียบตึงอยู่เสมอ รักษาความสะอาดผิวหนังบริเวณ perineum และก้นกบเมื่อมีการไหลซึมของอุจจาระ ปัสสาวะ ทำการเคลื่อนไหวข้อทุกข้อ นวดบริเวณปุ่มกระดูกและผิวหนัง และกระตุ้นให้มีการบริหารของกล้ามเนื้อที่ทำได้บ่อย ๆ โดย จัดตารางการทำกายภาพ ร่วมกับญาติ โดยให้ทำวันละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง เริ่มบริหารสอนญาติให้รู้จักวิธีการช่วยพลิกตะแคงตัวและจัดท่านอนที่เหมาะสม ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อและผิวหนัง

การประเมินผล

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติสาธารณสุข. สำนักพิมพ์สมชายเจริญ.
2. กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์. (2566). รายงานสถิติการบริการโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี: โรงพยาบาลบ้านหมี่

กล้ามเนื้อแขนขาไม่ลีบ ช่วยเหยียด-งอแขนขาทั้ง 2 ข้าง และช่วยกระดกข้อมือข้อเท้าได้เต็มพิสัย ไม่พบแผลกดทับ หลัง off ET-tube 1 วัน ลูกกลิ้งจากเตียงพุงเดินได้

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงจากภาวะหัวใจล้มเหลวถ้าได้รับการรักษาล่าช้า พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้ออกกำลังกายของหัวใจ Amiodarone ซึ่งเป็นยาความเสี่ยงสูง ตรวจวัดความดันโลหิตชีพจรทุก 5-10 นาที สังเกตการเปลี่ยนแปลงของ EKG และเมื่อมีอาการผิดปกติจะสามารถหยุดยาได้ เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤต ได้รับการวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยมีประวัติโรคเบาหวาน ตรวจพบภาวะ DCM ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเมื่อมีอาการหน้ามืด วูบ ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ปลอดภัย แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือ และการเข้ารับการรักษาแบบจริงจัง เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน โทรศัพทหมายเลข 1669 และจากการให้ยา Amiodarone ซึ่งเป็นยาความเสี่ยงสูง และมีโอกาสเกิดภาวะ Phlebitis ได้ง่าย พยาบาลต้องคอยตรวจสอบบริเวณให้ยาทุก 4 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีการให้ยา เมื่อมีอาการระคายเคือง ปวด ต้องได้รับการถอดและแทงเส้นใหม่ทันที เพื่อลดอุบัติการณ์ Phlebitis

- 3.จริยา พันธุ์วิทยากุล และจิปราพร มณีพราย. (2561). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ ติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารกองการพยาบาล; 45(1): 86-104.
- 4.รัฐภูมิ ชามพูนท, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล และบุญส่ง พัจนสุนทร. (2561). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock พ.ศ. 2561. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย
- 5.วิพัชร พันธวิมล, พีรพัฒน์ เกตุค้ำพล. (2562). วิธีใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่มใหม่ในผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว: Practical Use of Non-Vitamin K Antagonist in Atrial Fibrillation.วารสารกรมการแพทย์; 44:20.
- 6.Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. (2017). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Crit Care Med; 45: 486-552.
- 7.Sanjay B, Geetanjali D, Muhammad S, Ahmad H, Vijayadershan M, Atul B, et al. (2016). Predicting Outcomes in Patients with Atrial Fibrillation and Acute Mesenteric Ischemia. JPCRR; 3(4):177-86.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care of patients with cervical cancer who have recurred to receive chemotherapy

(Received: December 6,2023 ; Revised: December 23,2023 ; Accepted: December 24,2023)

สุธาทพร ขจรฤทธิ์¹
Suthaporn Khachornrit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษรังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี มาด้วยอาการซีด เหนื่อยเพลีย ปัสสาวะไม่สุด ปวดบั้นเอวด้านซ้ายร้าวลงขาหนีบและหน้าขา ร่วมกับขาบวม มารับยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษาครั้งที่ 2 สูตร paclitaxel และ Carbopatine ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย อายุ 64 ปี มีไอแห้งๆก่อนมา 2 เดือน มารับยาเคมีบำบัดตามแพทย์นัด ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกกลับเป็นซ้ำให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สูตร paclitaxel และ Carbopatine ทั้ง 2 ราย ขณะให้ยาเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะภูมิไวเกิน ระดับ 2 คือผื่นขึ้น หน้าแดง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก โดยผู้ป่วยรายที่ 1 เกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด paclitaxel ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด Carbopatine ได้รับการประเมินและแก้ไขภาวะภูมิไวเกินตามแนวปฏิบัติผู้ป่วยที่เกิด hypersensitivity จากยาเคมีบำบัดอย่างรวดเร็ว จนผู้ป่วยปลอดภัย และสามารถให้ยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษาในเวลาต่อมา ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงเสียชีวิต

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำ, ยาเคมีบำบัด

Abstract

This study aimed to study compare patients with cervical cancer who had recurred on chemotherapy. A case study of 2 specifically selected cases who received treatment in a special ward for radiotherapy and chemotherapy. Khon Kaen Hospital By collecting information from illness history, treatment, medical records, interviews, and evaluating health conditions, determining nursing diagnoses using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health models. Plan nursing action according to nursing diagnosis. Summarize and evaluate results

Results: Case study of patient number 1, a Thai female patient aged 50 years, presented with symptoms of paleness, fatigue, and inability to urinate. Pain in the left side of the waist radiating into the groin and front of the leg, along with leg swelling. Came to receive chemotherapy according to the 2nd treatment plan, paclitaxel and Carbopatine. Patient 2, Thai woman, 64 years old, had a dry cough 2 months ago, came to receive chemotherapy according to the 1st appointment with the doctor. Both patients got it. Diagnosed with recurrent cervical cancer and treated with chemotherapy, paclitaxel and Carbopatine, in both cases. While giving the medicine, complications occurred. Grade 2 hypersensitivity was a rash, facial flushing, chest tightness, and dyspnea. Patient 1 developed hypersensitivity to the chemotherapy drug paclitaxel and patient 2 developed hypersensitivity to the chemotherapy drug Carbopatine. Evaluated. and correct hypersensitivity according to patient guidelines. hypersensitivity from chemotherapy quickly until the patient is safe And chemotherapy can be given according to the treatment plan at a later time. This prevents the patient from having serious complications that lead to death.

Keywords: nursing, recurrent cervical cancer, chemotherapy

¹ พย.ม.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลกมาจากมะเร็งเต้านม¹ แต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีเป็นอันดับ 3 จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ.2561 พบว่าตัวเลขผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นมากกว่า 18 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นเป็น 9.6 ล้านคน ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่และผู้เสียชีวิตอยู่ในทวีปเอเชีย⁴ และแนวโน้มปี.ศ.2583 ทั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ป่วยด้วยโรคมะเร็งมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกมาก ในปี พ.ศ.2561พบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตของสตรีเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลกมาจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด ในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหากได้รับการคัดกรอง ก็จะพบโรคในระยะต้นๆแต่บริบทสังคมไทย การตรวจมะเร็งปากมดลูกยังมีข้อจำกัดในการมาตรวจคัดกรอง ส่วนใหญ่จะมักมาพบแพทย์เมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติเมื่อมีอาการแสดง ซึ่งแพทย์ตรวจพบว่าโรคอยู่ในระยะลุกลามหรือการกลับเป็นซ้ำหลังจากรักษา แนวทางการรักษามะเร็งในระยะนี้จึงมุ่งเป้าไปที่การดูแลรักษาเพื่อประคับประคองการลุกลามของโรคโดยใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษา⁵ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจำเป็นต้องเผชิญกับผลกระทบและผลข้างเคียงของการรักษา และอาการที่เกิดจากความก้าวหน้าของโรคและคุณภาพชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ได้แก่ ปวด เหนื่อย ล้า ซีด ติดเชื้อง่ายและเบื่ออาหาร การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะกลับเป็นซ้ำที่ดีที่สุดคือการให้ยาเคมีบำบัดนอกจากผลกระทบที่เกิดต่อร่างกายยังส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคมทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจังหวัดขอนแก่น พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จำนวน 217,226 และ253รายตามลำดับ (ทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลขอนแก่น 2564 - 2566)

โรงพยาบาลขอนแก่นมะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยรายใหม่ ปี2564 - 2566 คือ 120ราย 137 ราย 127ราย ตามลำดับ (ทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2564 - 2566)⁶ ในหอผู้ป่วยพิเศษรังสีรักษาและเคมีบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวนที่มารับยาเคมีบำบัดจำนวน 51, 212 และ162 รายตามลำดับภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดพบว่าภาวะภูมิไวเกิน(Hypersensitivity Reaction) จำนวน 12, 25 และ 9 ครั้งตามลำดับ สาเหตุการเกิดโรครังสีไม่แน่ชัด แต่พบมีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน การไม่มารับการตรวจคัดโรคมะเร็งปากมดลูก การสูบบุหรี่หรือมีสามีสูบบุหรี่ เป็นต้น โดยพบว่าสาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อไวรัส human papillomavirus (HPV) ชนิดก่อมะเร็ง ที่เป็นสายพันธุ์เสี่ยงสูง ได้แก่สายพันธุ์ 16, 18 พบถึงร้อยละ 70-90 ซึ่งส่งผลกระทบต่อเกิดปัญหาทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานทั้งจากอาการลุกลามของโรค และการรักษา วิตกกังวลหรือกลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำ การรักษาหลักที่สำคัญคือการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งและยับยั้งการลุกลาม และการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น³ ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบที่รุนแรงทั้งจากโรคและผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้อาเจียนปากเป็นแผล มีภาวะซีด เลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำ มีการติดเชื้อเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำ โรคริดสีดวงทวารที่ 1 มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญนำไปสู่การเสียชีวิตได้และความทุกข์ทรมานจากอาการปวดบั้นเอว ช่องท้องร้าวมาขาหนีบและหน้าขา ร่วมกับขาบวม จากมีก้อนมะเร็งกระจายมาภายในอุ้งเชิงกราน บริเวณท่อนไตด้านซ้าย ฉะนั้นการควบคุมอาการปวดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดที่จะเกิดขึ้น จึงเป็น

สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁷ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อจะได้นำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษรังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีดำเนินการ

ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ที่กลับเป็นซ้ำให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเข้ารักษาในหอผู้ป่วยพิเศษรังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปการเจ็บป่วย 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและ 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1) ข้อมูลทั่วไป พบว่าสถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กรณีศึกษาโดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอายุน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 2 กรณีศึกษาที่ 1 จบระดับปริญญาเอก ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาที่ 6 ส่วนอาชีพพบว่ากรณีศึกษาที่ 1 อาชีพข้าราชการ กรณีศึกษาที่ 2 มีอาชีพค้าขาย และกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาศัยอยู่ต่างจังหวัด **ตารางที่ 1** การเจ็บป่วย

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล	รับยาเคมีบำบัดตามแพทย์นัด ครั้งที่ 2 สูตร paclitaxel และ Carbopatine	มารับยาเคมีบำบัดตามแพทย์นัด ครั้งที่ 1 สูตร paclitaxel และ Carbopatine
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องน้อย ประจำเดือนออกมากผิดปกติ และนานเป็นเวลา 2 เดือน ไปตรวจโรงพยาบาลเอกชน แพทย์ตรวจภายในพบก้อนเนื้อผิดปกติที่ปากมดลูก ขนาดประมาณ 6 เซนติเมตร จึงตัดเอาก้อนเนื้อออกและส่งตรวจชิ้นเนื้อ พบเซลล์ neuroendocrine carcinoma วินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูก ระยะแรก (IB2) จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับยาเคมีบำบัด 2 ครั้งก่อนการผ่าตัดแบบถอนรากถอนโคน (neoadjuvant chemotherapy; NACT With Radical Hysterectomy & pelvic node disectomy; RHND+BSO) ตามด้วยรังสีรักษา 21 ครั้ง และใส่แร่ 2 ครั้ง หลังจากนั้นติดตามการรักษาทุก 3 เดือน 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดบั้นเอวซ้ายมาก ร้าวลงขาหนีบและหน้าขา เวลานั่ง ยืน และเดิน	2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล หลังหมดประจำเดือน 10 ปี มีอาการปวดท้องน้อย ประจำเดือนออกมากกระปิดกระปอยต่อเนื่องนาน 6 เดือน จึงไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลภูกระดึง พบก้อนที่ปากมดลูก จึงส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลเลย ตรวจภายในพบก้อนประมาณ 2 เซนติเมตรที่ปากมดลูก จึงตัดชิ้นเนื้อตรวจพบ พบเซลล์ Squamous cell carcinoma; SCCA Moderately differentiated of Exophytic mass of Endocervix วินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูก ระยะแรก (IB2) เลือกการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา ร่วมกับ ให้ เค มิ บ ำ บ ัด (Concurrent chemoradiation) คือ Cisplatinum 3 ครั้ง ร่วมรังสีรักษา 25 ครั้ง และใส่แร่ 4 ครั้ง ครบตามแผนการรักษา หลังจากนั้นติดตามการรักษาทุก 3 เดือน

1) ข้อมูลทั่วไป พบว่าสถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กรณีศึกษาโดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอายุน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 2 กรณีศึกษาที่ 1 จบระดับปริญญาเอก ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาที่ 6 ส่วนอาชีพพบว่ากรณีศึกษาที่ 1 อาชีพข้าราชการ กรณีศึกษาที่ 2 มีอาชีพค้าขาย และกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาศัยอยู่ต่างจังหวัด ตารางที่ 1 การเจ็บป่วย

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	นานๆจะปวดมากพบว่ามีกระจายของเซลล์มะเร็งโตขึ้นกดทับท่อไตจึงส่งฉายแสง 10 ครั้ง เพื่อลดการกระจายของเซลล์มะเร็ง และลดอาการปวด และต่อด้วยการมารับยาเคมีบำบัดต่อเนื่องทุก 3 สัปดาห์ จึงวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำ	3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ติดโควิด จึงมีอาการไอแห้งๆ ไอทางๆมาต่อเนื่อง มาติดตามการรักษา ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ปอดและช่องท้อง (Computerized Tomography Chest with Whole Abdomen)พบ New pulmonary nodule 1.5 cm มีการกระจายมาที่ปอด จึงวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำ
การเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูงและเกาต์ เคยผ่าตัดไส้ติ่ง (ตุลาคม 2564)
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 15 ปี หลังคลอดบุตรคนที่ 2 ประวัติสูบบุหรี่	ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ประวัติการแพ้ยา/สารต่างๆ	ปฏิเสธประวัติแพ้ยา หรือสารอาหาร	ปฏิเสธ
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	บิดาเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับ อาเสียวชีวิตด้วยมะเร็งลำไส้	ปฏิเสธโรคมะเร็งในครอบครัว
แผนการรักษาของแพทย์	ได้รับยาเคมีบำบัด	ได้รับยาเคมีบำบัด
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การ เมื่อแรกรับตรวจ CBC พบค่า	WBC 2,520 cell/cu. mm. Hemoglobin 8.2 g/dL Hematocrit 25% Platelet count 158,000 cell/cu. mm. Neutrophill 70 %	WBC 7,330 cell/cu. mm. Hemoglobin 10.9 g/dL Hematocrit 33 % Platelet count 239,000 cell/cu. mm. Neutrophill 46 %
ค่า Chemistry พบค่า	Cretinine = 0.78 mg/dL	Cretinine = 0.9 mg/dL Uric acid = 4.1 mg/dL

จากตารางที่ 1 ข้อมูล พบว่าทั้ง 2 กรณีศึกษามีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลมาตามแพทย์นัดเพื่อให้ยาเคมีบำบัดประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร ทั้ง 2 รายไม่มีประวัติการแพ้ และการรักษาของแพทย์ที่ได้รับคือให้ยาเคมีบำบัด

ตาราง 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.ระยะก่อนได้รับยาเคมีบำบัด	1.1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ และอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดจากการรักษา 1.2. ผู้ป่วยบกพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด 1.3. ผู้ป่วยมีมีภาวะซีด เหนื่อย และอ่อนเพลีย เนื่องจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าค่าปกติ Hematocrit 25 % 1.4. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	1.1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ และอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดจากการรักษา 1.2. ผู้ป่วยบกพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด 1.3. เสี่ยงต่อการทกล้ม เนื่องจากสูงอายุร่วมและภาวะเจ็บป่วย

การวินิจฉัยทางกายภาพ	กรณีศึกษาชายที่ 1	กรณีศึกษาชายที่ 2
	1.5 ไม่สบายจากอาการปวดบริเวณข้อและหน้าขาซ้าย เนื่องจากการกระจายของมะเร็ง กดทับท่อไต	
2.ระยะให้ยาเคมีบำบัด	2.1. ผู้ป่วยเกิดภาวะภูมิไวเกินระดับ 2 2.2 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อและภาวะไขในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia) เนื่องจากไขกระดูกถูกกดการทำงาน (Myelosuppression) จากผลของยาเคมีบำบัด 2.3 เนื้อเยื่อบริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการอักเสบเนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจรั่วออกนอกหลอดเลือด 2.4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเยื่อในช่องปากมีการอักเสบหลังได้ยาเคมีบำบัด 2.5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดพิษต่อไต 2.6. มีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด 2.7. ไม่สบายเนื่องจากปวดข้อและขาซ้ายขณะให้ยาเคมีบำบัด 2.8. เสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยปวด บวมขาซ้าย มีการเคลื่อนไหวลำบาก	2.1 ผู้ป่วยเกิดภาวะภูมิไวเกินระดับ 2 2.2 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อและภาวะไขในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia) เนื่องจากไขกระดูกถูกกดการทำงาน (Myelosuppression) จากผลของยาเคมีบำบัด เนื้อเยื่อบริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการอักเสบเนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจรั่วออกนอกหลอดเลือด 2.3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเยื่อในช่องปากมีการอักเสบหลังได้ยาเคมีบำบัด 2.4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดพิษต่อไต 2.5. มีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด 2.6. เสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มเนื่องจากผู้สูงอายุและภาวะเจ็บป่วย
3.ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัดและจำหน่าย	3.1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด 3.2. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ หลังได้รับยาเคมีบำบัด 3.3. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเมื่อกลับบ้านและการรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากย้ายที่ทำงานไปต่างจังหวัด	3.1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด 3.2. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง หลังกลับไปอยู่บ้าน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1.ระยะก่อนได้รับยาเคมีบำบัด	การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง การให้ยาเคมีบำบัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ถึงแม้ผู้ป่วยจะเคยได้รับการรักษามาแล้ว ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ¹⁰
2. ระยะให้ยาเคมีบำบัด	การบริหารยาต้องทำอย่างระมัดระวัง อีกทั้งต้องมีการเฝ้าระวัง ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วพร้อมให้การบำบัดแก้ไขปัญหาคิดดูและให้ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างปลอดภัย โดยตรวจก่อนให้ยาว่าบริเวณที่แทงเข็มว่ามีอาการบวม แดงร้อนหรือไม่ ถ้าพบต้องแทงเข็มใหม่ ไม่ควรเลือกเส้นเลือดที่เคยให้สารน้ำมาก่อน การป้องกันและจัดการเมื่อเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity Reaction; HSRs) ⁸ จากยาเคมีบำบัด ซึ่งมักเกิดจากผู้ป่วยเคยมีประวัติแพ้ยา

	<p>สารอาหาร หรือภูมิไวเกินในครั้งก่อน ในกลุ่มยาเคมีบำบัดเสียงสูง ได้แก่ ยาในกลุ่ม Taxanes, Platinum, Etoposide และ ยาในกลุ่ม monoclonal antibodies และมักเกิดในครั้งแรกๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มนี้ครั้งแรก ซึ่งตรงกับผู้ป่วยในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 เกิดภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด ยาในกลุ่ม Taxans; Paclitaxel ในผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด ยาในกลุ่ม กลุ่มยา platinum; Carboplatin และด้วยการบริหารยาตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction ผู้ป่วยจึงได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤติ ฉุกเฉินนี้อย่างรวดเร็ว ไม่ลุกลามจนเกิดระดับรุนแรง (grade3-4) ภาวะช็อค หรืออันตรายถึงชีวิต การดูแลป้องกันการอาการข้างเคียงจาก⁹</p>
<p>3. ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัดและจำหน่าย</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงวันกลับบ้าน ให้ข้อมูลให้คำแนะนำการดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้านพร้อมให้สมุดประจำตัวส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และญาติในการรักษา การเสริมพลังอำนาจ รวมถึงการเข้าถึงกลุ่มเครือข่ายผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความสามารถ สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม มีความเข้าใจแนวทางการรักษาและมีกำลังใจพร้อมที่จะมารับการรักษาต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา</p>

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แผนการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้สอดคล้องกับทฤษฎีโรคที่ในรายที่ 1 อธิบายว่าการรักษาโดยพบการกลับเป็นซ้ำภายในเชิงกราน (pelvic หรือ loco-regional recurrence) กระจายมาที่ท่อนไตและมีอาการปวดปัสสาวะไม่สุด และปวดบั้นเอวซ้ายมาก ร้าวลงขาหนีบและหน้าขา รายที่ 2 การกลับเป็นซ้ำนอกเชิงกราน (extrapelvic recurrence) หรือการกลับเป็นซ้ำที่อวัยวะห่างไกล (distant recurrence) จะพบที่ปอดมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับรายที่ 2 มีอาการไอ กระจายมาที่ปอด การกลับเป็นซ้ำประมาณร้อยละ 50-75 พบภายในเชิงกราน และร้อยละ 25-50 พบนอกเชิงกราน ดังนั้นการตรวจติดตามผู้ป่วยจึงต้องเน้นการตรวจภายในบริเวณอวัยวะเชิงกราน และการตรวจหาอาการแสดงของการแพร่กระจายนอกอวัยวะเชิงกรานด้วย การกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งภายในอวัยวะเชิงกราน และภายนอกอวัยวะเชิงกรานต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นการรักษาหลักเป้าหมายเพื่อลดโอกาสกำเริบของมะเร็งและโอกาสรอดชีวิตยืนยาวขึ้น การกลับมาใหม่ได้มากประมาณ 50- 60% ¹²การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาเพื่อลดการกลับมาใหม่ทั้ง 2 รายได้รับยาเคมีบำบัดเหมือนกันสภาพของโรคและร่างกายความสำเร็จของการรักษาโรคนี้นั้นขึ้นอยู่กับระยะของ

โรค¹⁰ การรักษาโรคมะเร็งและการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการประเมิน รวบรวมข้อมูลวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญมีการประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็วมีความรู้เรื่องโรค และแผนการรักษา มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ อาจจะเกิดขึ้นรวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหา ภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที มีการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้านมีการติดตามเยี่ยมและการส่งต่อข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างดีเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมารับการรักษาต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่กลับเป็นซ้ำให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การประเมินภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็ว และให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาเคมีบำบัด และลดอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญการเป็นพิเศษและมีแนวทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. จตุพล ศรีสมบุญ. (2550) . มะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัย และการรักษา.กรุงเทพฯ: พี.พี.ฟอเรนบู้คส์เซนเตอร์
2. จตุพล ศรีสมบุญ, และชำนาญ เกียรติพิรกุล. (บรรณาธิการ), มะเร็งนรีเวชวิทยา (หน้า60-76). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
3. จตุพล ศรีสมบุญ, ชีระพร วุฒยวนิช, ประภาพร สู่ประเสริฐ และसानพิน พงษา(2551). นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พี พี ฟอเรน บู้คส์เซนเตอร์.
4. ฉลาด แสงอาทิตย์. (2546) ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/เชียงใหม่.
5. งานจัดการสารสนเทศ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น : (เข้าถึงเมื่อ12 สิงหาคม 2566)
6. นกษญา เอื้อประเสริฐ. Chulalongkorn hematology handbook. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2555. 82 – 87.
7. วีราภรณ์ วงศ์สวัสดิ์, นภพร มีนากุล, ธัชชัย ปัญญา. (2566) การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีและเคมีบำบัดในโรงพยาบาลชลบุรี.วารสารการพยาบาลและสุขภาพศาสตร์, 42(1), 45-58
8. สุขชาติ รุ่งแจ้ง, และรัชณี นามจันทรา. (2559). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 27(2), 43-57.
9. สุริยา ชานวนิตย์, วิรัชน์ กิจเพชร, นันทวัล จันทนะ (2565) การรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีและเคมีบำบัด: ผลการรักษาและปัจจัยที่มีผล. วารสารกายภาพบำบัดและสุขภาพศึกษา, 28(2), 97-108
12. Vinay Prasad, Kartik Viswanathan, Gini Fleming.(2018) Cervical cancer: A Comprehensive Approach Towards Managemen. Cancer Research, Oncology, and Clinical Medicine Journal, Volume 2, Issue 4

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง : กรณีศึกษา Nursing Care of Severe Postpartum Hemorrhage with Hypovolemic shock : case study

(Received: December 6,2023 ; Revised: December 23,2023 ; Accepted: December 24,2023)

อภิรดา ธานีบุญแก้ว¹
Aphirada thaboonkaew¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ระดับรุนแรงโดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ในผู้คลอดที่มารับบริการคลอดที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัยและผลการติดตามผู้คลอดหลังการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ เปรียบเทียบประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิวิทยา การรักษา อาการ อาการแสดง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา: ผู้คลอดทั้ง 2 รายมีสาเหตุที่แตกต่างกันแต่มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด ผู้คลอดรายที่ 1 หญิงไทยตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ในระยะที่ 1 ของการคลอดทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดสูติแพทย์เตรียมผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ระหว่างรอผ่าตัด ให้น้ำแร่แตก หลังจากนั้นประมาณ 1 นาที ผู้คลอดมีอาการชักเกร็งทั้งตัวหมดสติ หลังชัก ผู้คลอดรู้สึกตัวดี และตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิดหมดสูติแพทย์ช่วยคลอดปกติ ทารกคลอดน้ำหนัก 2,795 กรัม APGAR Score 0,4,5 หลังรกคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี ประมาณการสูญเสียเลือด รวม 1,300 มิลลิลิตร ร่วมกับเกิดภาวะช็อก สูติแพทย์ใส่บอลูนเพื่อหยุดเลือดและ ส่งต่อ โรงพยาบาลแม่ข่ายได้รับการรักษาหยุดเลือดโดยการตัดมดลูก พบภาวะแทรกซ้อนคือภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือดผู้คลอดเสียชีวิต รายที่ 2 หญิงไทยตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 มีภาวะเสี่ยง คือเบาหวานขณะตั้งครรภ์และภาวะอ้วน แรกรับการขยายของปากมดลูกเปิดหมดคลอดปกติทารกน้ำหนัก 3,555 กรัม APGAR Score 9-10-10 หลังทารกคลอดรกไม่ลอกตัว แพทย์ได้ทำการล้างรกในท้องผ่าตัด สูญเสียเลือดทั้งหมด 1,100 มิลลิลิตรร่วมกับเกิดภาวะช็อก ได้รับการกระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือด ผู้คลอดปลอดภัยขอทำหมันและจำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้คลอดทั้ง 2 รายได้รับการรักษาหลักที่เหมือนกันคือได้รับสารน้ำ เลือด ยา ร่วมกับการคลึงมดลูกและเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด.และมีความแตกต่างกันคือในรายแรกแพทย์ใส่บอลูนช่วยในการหยุดเลือดรายที่ 2 โดยการล้างรก

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง , การพยาบาลภาวะช็อกจากการตกเลือด,ภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด

ABSTRACT

This study was case study aimed to study in nursing care hypovolemic shock form Early severe postpartum hemorrhage by using 2 comparative case studies. who admitted at labor room in Kosumphisai hospital. And The result after refer to the host hospital. Data were collected from in patient medical records. comparative were use pregnancy history , Risk factor, pathology, treatment ,signs and symptoms ,nursing diagnosis, and nursing outcomes .

The Result :Both case there are difference in cause but Same nursing problems : Hemorrhagic shock after deliveries .The 1st. Case was the Thai pregnant gravidity 2nd. in the 1st Stage of labor Found: Fetal distress. obstetrician set cesarean section Emergency in during : Spontaneous membrane rupture after 1 minute about, parturient seizure Symptoms Unconscious. and the later have good conscious. Per vaginal Examination found cervical Fully dilate. The Doctor performs Normal Delivery new born weight 2,795 grams APGAR Score 0,4,5 after placenta Delivery Uterine Atony Estimate 1,300ml. bloodloss with hypovolemic shock .The doctors Stop bleeding using Condom uterine Balloon Tamponade and Referral to the host Hospital, post to treatment Stop bleeding by hysterectomy , and Found Complication Disseminated Intravascular Coagulation the parturient died. The 2nd. case was the Thai pregnant gravidity 4th. with a High risk was diabetes and Obesity. on admission Cervical fully dilate , normal Deliveries newborn weight 3,555grams. APGAR Score 9-10-10 After birth was retained of placenta ,obstetrician to do manual removal of placenta in the operative room , total 1,100ml blood loss With hypovolemic shock ,parturient safety, tubal resection was done and discharge. Both of case have the same therapy : IV fluid, Blood component, drug, uterine massage and closed

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

monitoring. Differences Condom balloon Uterine tamponade Replacement for stop bleeding in The 1st case and the 2nd case was placenta removal.

Keywords: Severe Postpartum hemorrhage, Nursing Care of Postpartum Hemorrhage with Shock, Disseminated Intravascular Coagulation

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึงการเสียเลือดทันทีปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร หรือมากกว่าหลังจากการคลอดในระยะที่ 3 เสร็จสิ้นการตกเลือดหลังคลอดเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักทางสูติกรรมที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต การตายของมารดา มีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง อัตราการตายมารดา (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2020 (World Health Statistics monitoring health of the SDG 2020, WHO) พบการตายมารดาทั่วโลก 211 ราย ต่อการเกิดที่มีชีวิตแสนคน ประเทศไทยพบอัตราตายของมารดาทั่วประเทศปี 2564-2566 พบ 36.9, 25.9 และ 15.8 (ข้อมูลปี 2566 ในระยะ 6 เดือนแรก) ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ตามลำดับในเขตสุขภาพที่ 7 รายงานปี 2564-2566 พบอัตราตายของมารดา 34.3, 19.76 และ 8.1 (ข้อมูลปี 2566 ในระยะ 6 เดือนแรก) ต่อการเกิดมีชีพแสนรายตาย (DOH Dashboard ศูนย์อนามัยที่ 7, 2566) ซึ่งค่าเป้าหมายไม่เกิน 17 ต่อแสน การเกิดมีชีพในปี 2565 เขตสุขภาพที่ 7 มีมารดาเสียชีวิต 6 ราย ซึ่งเป็นสาเหตุจากการตกเลือด 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 และในปี 2566 ระยะ 6 เดือนแรก มีมารดาเสียชีวิต 1 ราย จากสาเหตุ PPH form uterine atony and Coagulopathy อย่างไรก็ตามการลดลงของสาเหตุการตายมารดาจากการตกเลือดก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ตามมาตรการคือ “ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุตกเลือดหรือลดลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา”

โรงพยาบาลโกสุมพิสัย เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิมีผู้มารับบริการคลอดในปี 2564-2566 มีหญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด 182, 218, 209 ราย ตามลำดับโดยมีผู้คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 99.45,

84.10 และ 82.12 ตามลำดับมีอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) ร้อยละ 2.28 (7 ราย), 2.74 (5 ราย), 3.34 (7 ราย) ตามลำดับเกิดภาวะช็อกได้รับการส่งต่อด่วนระบบ fast track 3 ราย ร้อยละ 0, 40, 14.2 ตามลำดับร่วมกับพบอุบัติการณ์ผู้คลอดเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดหลังการส่งต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายในปี 2565 จำนวน 1 ราย สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบใน 3 ปีที่ผ่านมาทั้งหมด 17 ราย ที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1. ภาวะรกค้าง (รกไม่ลอกตัว) ร้อยละ 41.17 2. การหดตัวของมดลูกไม่ดี ร้อยละ 29.41 3. การฉีกขาดของช่องคลอด ร้อยละ 23.52 และ 4. ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ร้อยละ 5.88

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดโดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาระณีศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอดทางช่องคลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดระยะแรกหลังคลอดระดับรุนแรง 2 ราย เลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจงที่งานห้องคลอดโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและผลการติดตามผู้คลอด ผลการทบทวนมารดาตาย ระยะเวลาการศึกษาผู้คลอดรายที่ 1 เดือน เมษายน 2565 และผู้คลอดรายที่ 2 เดือน กันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้จาก เวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัวโดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพอาการอาการแสดงการรักษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตลอดจนการวางแผนจำหน่าย

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษากรณีศึกษา 2 รายได้ผ่านการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาโดยขอความยินยอมด้วยวาจาได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษากรณีศึกษา 2 กรณีนี้ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นความลับ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 26 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที การตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะฝากครรภ์ ผลปกติ คือ ระดับ Hemoglobin 14.2 gm/dl ระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: Hct) เท่ากับ 40 vol%, WBC 136,000 cell platelet 121,000 cell MCV 88.9 /fl VDRL = Nonreactive ,HBsAg = negative, Anti HIV = negative, blood group B, Rh Positive ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ (Quadruple test) พบมีความเสี่ยงสูง แพทย์ส่งตรวจที่โรงพยาบาลมหาสารคาม และได้เจาะน้ำคร่ำส่งตรวจ ผลปกติ อาการแรกเริ่ม: ผู้คลอดรู้สึกตัวดีมีอาการเจ็บครรภ์ห่างๆ ตรวจครรภ์ พบระดับยอดมดลูกสูง ๓/๔ มากกว่าระดับสะดือ คณะน้าหนักทารกด้วยวิธีการวัดด้วยสายวัดทางหน้าท้องได้ 3,136 กรัม วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/82 มิลลิเมตรปรอท ประเมินค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 % ตรวจภายในประเมน พบปากมดลูกเปิดขยาย 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50 % ผนังคร่ำยังคงอยู่ ส่วนนำของศีรษะทารก อยู่ระดับระดับ 0 มีมูกเลือดประมาณ 5 มิลลิลิตร ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่องบันทึกการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (electronic fetal monitoring: EFM) เป็นเวลา 15 นาที ในระยะแรก ผลปกติ (category I) อัตราการเต้นของหัวใจทารกเฉลี่ย 150 ครั้งต่อนาที ระยะเวลาเจ็บครรภ์ (Duration)

นาน 30 วินาที ระยะห่าง (Interval) ทุก 2 นาที ระดับความแรงของการหดตัวของมดลูก (Severity) 1+ รายงานแพทย์เวรรับทราบแพทย์จึงวางแผนการคลอดทางช่องคลอด ผู้คลอดเจ็บครรภ์ (Duration) นาน 30 วินาที ระยะห่าง (Interval) ทุก 2 นาที ระดับความแรงของการหดตัวของมดลูก (Severity) 1+ ขณะ on Electronic fetal Monitoring หลัง 30 นาที พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง 58 - 100 ครั้งต่อนาที ซึ่งหมายถึงทารกในครรภ์มีภาวะเครียดเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน รายงานสูติแพทย์รับทราบให้สารน้ำ 5% DN/2 1,000ml iv.drip 120ml/hr. ให้ออกซิเจนแบบหน้ากาก 10 ลิตร/นาที นอนตะแคงซ้าย ตรวจภายในช่องคลอด พบปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100% หลังตรวจภายใน เจ็บครรภ์ ถี่ขึ้น แรงขึ้น ผนังคร่ำแตกเอง ลักษณะน้ำคร่ำใส ไม่พบสายสะดือย้อย ดูแลโดยให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ออกซิเจนทางหน้ากากความเข้มข้น 10 ลิตรต่อนาที และตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ สูติแพทย์วางแผนการคลอดโดยผ่าตัดคลอด หลังจากผนังคร่ำประมาณ 1 นาที ผู้คลอดมีอาการ ชักทั้งตัว มือเท้าเกร็ง หหมดสติเป็นระยะเวลา 30 วินาที ใบหน้าเขียว นานประมาณ 2-3 นาที กระตุ่นโดยการเขย่าตัว ปลุกให้ตื่น ผู้คลอดลืมตาถามตอบรู้เรื่อง จำเหตุการณ์ไม่ได้ รายงานสูติแพทย์และตามทีมช่วยเหลือ หลังชักเกร็ง ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้คลอดโดยใช้ Glasgow coma score : เต็ม 15 คะแนน รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/72 มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนของฮีโมโกลบินจากชีพจร (pulse oximeter) เท่ากับ 96-98% แพทย์เวรประเมินอาการด้วยเครื่องตรวจจับคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 110-120 ครั้ง/นาที เสียงแผ่วเบา ไม่ชัดเจน สูติแพทย์ให้เตรียมผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ตรวจคลื่นหัวใจผู้คลอดผลปกติ แพทย์แจ้งอาการให้มารดาและญาติรับทราบ ส่ง CBC. จองเลือด

ประสานงานห้องผ่าตัดประเมินค่าน้ำตาลในกระแสเลือดจากปลายนิ้ว 126 mg% Hct.40 Vol% Hb.14.2 g/dl WBC.13,600 Cell. Platelet 121,000Cell. อัตราการเต้นของหัวใจทารกลดลงอยู่ในช่วง 60 - 100 ครั้งต่อนาที แพทย์เวรแจ้งญาติเรื่องผู้คลอดมีอาการชักและหัวใจของทารกในครรภ์เต้นค่อนข้างช้าและเบา จะต้องทำการผ่าตัดคลอดหลังคลอดทารกมีแนวโน้มได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ญาติรับทราบเวลา ก่อนเข้าห้องผ่าตัดสูติแพทย์ประเมินอาการ ผู้คลอดปวดเบ่ง ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิดหมด สูติแพทย์พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด ย้ายมารดาเข้าห้องคลอด ใช้เวลาเบ่ง10นาทีให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกคือ Oxytocin 10Unit ที่กล้ามเนื้อต้นแขนขวาทารกคลอดปกติเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 2,795 กรัม APGAR Score 0 , 4 , 5 คะแนน แพทย์ช่วยชีวิตโดยใส่ท่อช่วยหายใจ ป้อนหัวใจทารก ดูแลให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษา และส่งทารกไปดูแลต่อที่ตึกทารกวิกฤติ (newborn intensive care unit: NICU) โรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งทารกได้เสียชีวิตในเวลาต่อมา

กรณีศึกษาที่ 2: ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 31ปี G4P3A0L3อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 4 วันมาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน ก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมงมีภาวะเสี่ยง คือ ครรภ์ที่ 4 เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดพึ่งอินซูลิน และมีภาวะอ้วน การตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะฝากครรภ์ คือ Hemoglobin 13.2gm./dlระดับความเข้มข้นของเลือด Hct.40vol%, WBC.14,100Cell Platelet251,000cell VDRL: Nonreactive ,HBsAg :negative, Anti HIV: negative, blood group O, Rh Positive ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ผลปกติ

รู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บครรภ์ถี่ สม่่าเสมอท้องแข็งตึงและรุนแรง Interval 1 นาที30 วินาที duration 60 วินาทีระดับความรุนแรง2+ระดับยออดมดลูกสูง3/4 มากกว่าระดับสะดือเด็กท่า LOAอัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง 112-120 ครั้งต่อนาที คาคคเน น้ำหนักทารกโดยการวัดเทพทางหน้าท้องได้ 3,400

กรัมวัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 98ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/88 มิลลิเมตรปรอทค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 100 %ตรวจประเมินภายในแรกรับ พบว่าปากมดลูกเปิดขยายหมด ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% DN/2 1,000 ml. iv drip 120 ml/hr.คลอดปกติทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,555 กรัม APGAR.Score 9 ,10 , 10ให้ยาOxytocin ขนาด 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อผู้คลอดหลังคลอดไหลหน้า ใช้เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดนาน 8 ชั่วโมง ระยะที่ 2 ของการคลอด ใช้เวลาในการเบ่ง 15 นาที ให้ผู้คลอดโอบกอดทารกและให้ทารกดูนมมารดาบนเตียงคลอดหลังทารกคลอด30นาทีพบว่ารกไม่ลอกตัว เกาะแน่นและมีเลือดออก จำนวน200 มิลลิลิตร รายงานแพทย์เวรเจาะตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง Hct. stat 40 vol% มดลูกไม่หดตัว คลำที่บริเวณท้องน้อยพบมดลูกนุ่ม มีเลือดออกเพิ่มอีก 300 มิลลิลิตร สูญเสียเลือดรวม500 มิลลิลิตรแพทย์เวรตรวจเย็บอาการ และทำคลอดแบบ control cord traction แต่ไม่สามารถคลอดรกได้สำเร็จให้สารน้ำARI1,000 ml. iv drip 120 ml/hr.แพทย์เวรปรึกษาสูติแพทย์ ส่งตรวจ CBC,จองGM PRC 2 Unit สูติแพทย์ ให้ส่งผู้คลอดไปห้องผ่าตัดเพื่อล้างรก(Remove Placenta)สูติแพทย์ใช้เวลาล้างรก10นาที ระยะที่3 ของการคลอด 1 ชั่วโมง 45 นาทีหลังล้างรกสูญเสียเลือดในห้องผ่าตัด600มิลลิลิตรเกิดภาวะช็อกความดันโลหิตอยู่ในช่วง80-88 /46 -55 มิลลิเมตรปรอท อัตราเต้นของชีพจรชีพจร 112-118ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ24-28ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียสค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 95-98 %มีภาวะ hypovolemic shock แพทย์ให้ Acetar1,000 ml. IV. loading ให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือด levophed 4 ไมโครกรัม IV.2 dose, Epinephrine 6 mg IV stat, 5% DN/2 1,000 ml.+ syntocinon20 unit iv drip 120 ml/hr.ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว 169 mg%รวมสูญเสียเลือดทั้งหมด 1,100 มิลลิลิตร กลับจากห้อง

ผ่าตัดเวลาผู้คลอด อาการอ่อนเพลีย ซีด หนาวสั่น มือเท้าเย็น บอกรู้สึกง่วงนอน ไม่มีแรง เสียงแหบ คอแห้ง พูดคุยได้พอรู้เรื่อง ดูแลห่มผ้า2ผืน และ ให้เครื่องเป่าลมร้อน อบอุ่นร่างกายประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 104/54 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 106 ครั้งต่อนาทีหายใจ 24 ครั้งต่อนาที มดลูก หดรัดตัวดี เลือดออกทางช่องคลอดปริมาณปกติชุ่มผ้าอนามัยใส่สายปัสสาวะคาไว้ปริมาณ150มิลลิลิตรสีเหลืองเข้ม ประเมินค่าความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้ว Hct.33 vol.% ระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว 126 mg% ในวันต่อมาแพทย์เตรียมทำหัตถ์สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 104/54 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 106 ครั้งต่อนาทีหายใจ 24 ครั้งต่อนาทีอุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ผลตรวจCBC: พบว่า Hb.8.2g/dl Hct.25 vol% ,platelet237,000 cell/ul.White blood cell.14,630 cell/ulมารดาซีด อ่อนเพลีย เปลือกตาซีด เลือดออกทางช่องคลอด ลดลง แพทย์เวรตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง(Ultrasound)ไม่พบเศษ

รกค้าง ให้Pack red cellGroup O 1 Unitขณะให้เลือดไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลับจากทำหัตถ์ มดลูกหดรัดตัวดี เจาะตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงทุก 8 ชั่วโมง หลังให้เลือด1 Unitประเมินความเข้มข้นของเลือด Hct 27 vol%ในวันที่3หลังคลอดน้ำคาวปลาสีแดงปริมาณลดลงแผลฝีเย็บปกติ น้ำนมเริ่มมา แผลทำหัตถ์ไม่ซึ่ม ให้ความรู้มารดาหลังคลอดและญาติในโรงเรียนพ่อแม่ประเมินความรู้สามารถตอบคำถาม และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ดูแลทารกได้ดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล3วัน นัดติดตามเยี่ยมหลังคลอด8วันที่คลินิกนมแม่ ตัดไหมให้แผลทำหัตถ์ดีฝีเย็บดีดี น้ำนมมาเพียงพอ น้ำคาวปลาจางลง ลดลง ประเมินความเข้มข้นของเลือดHct 31vol% นัดตรวจหลังคลอด6สัปดาห์ ที่แผนกวางแผนครอบครัว ประเมินความเข้มข้นของเลือดHct 35vol% ตรวจระดับน้ำตาล Fasting blood Sugar:90 mg% ตรวจ75 Gm OGTT:125 mg% ผลปกติ มารดาหลังคลอดสดชื่นดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

การวินิจฉัยโรค	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
การวินิจฉัยโรคครั้งแรก	G2P1A0L1 GA.38 weeks with Labor pain	G4P3A0L3 GA.38 weeks with Labor pain with GDMA.2with Obesity
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	G2P2A0L2 With Normal labor With Severe post partum Hemorrhage Form Disseminated Intravascular Coagulopathy with hypovolemic shock R/O Amniotic fluid Embolism	G4P4A0L4 With Normal labor With Retain placenta with Severe post partum Hemorrhage with tubal resection

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ

กรณีศึกษาทั้ง2ราย อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ผากครรภ์ก่อน12สัปดาห์ครบ5คุณภาพมีความพร้อมที่จะมีบุตร กรณีศึกษาที่2มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้รับการรักษาด้วยการฉีด Insulin และมีภาวะอ้วน MBI.36.44กิโลกรัมต่อตารางเมตร ทั้งเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่4ซึ่งการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นบุตรที่เกิดกับสามีคนใหม่ผู้คลอดไม่ทราบว่า การตั้งครรภ์ที่4จะเกิดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างไร ซึ่งจากการคลอดที่ผ่านมา3 ครั้ง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆขณะคลอดและหลัง

คลอด บุตรทุกคนคลอดปกติสุขภาพแรงส่วน สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดกรณีศึกษาที่ 1.จากข้อมูลพื้นฐานไม่พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ผู้คลอดรายที่2จากข้อมูลพื้นฐานมีปัจจัยเสี่ยงคือ อายุ31ปีและตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 เมื่อการตั้งครรภ์ในอายุที่มากขึ้นเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดรกเกาะแน่นโดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่อายุ20ปีขึ้นไป(ยุทธพงศ์ วีรวฒน ตรีระ กุลและคณะ. สติ ศาสตร ์ ฉุกเฉิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2559) กรณีศึกษาที่1ระยะรอ

คลออดพบปัจจัยที่เป็นสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด โดยสันนิษฐานว่าหลังถุงน้ำแตกเกิดภาวะน้ำคร่ำพลัดเข้าไปในกระแสเลือดมารดา(กรณีศึกษารายนี้ไม่ได้ผ่าตัดชั้นสูตรวินิจัยการเสียชีวิต) ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำเล็กๆในปอดกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดในปอดอย่างรวดเร็วคล้ายปฏิกิริยาแพ้อย่างรุนแรง ทำให้เกิดภาวะล้มเหลวของ

ระบบไหลเวียนโลหิตเกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัวไม่สามารถหยุดเลือดได้จึงทำให้เกิดภาวะตกเลือดระดับรุนแรง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ผู้คลอดครรภ์ที่ 4 มีภาวะรกไม่ลอกตัวหลังทารกคลอด30นาที ได้รับหัตถการล้างรก ซึ่งภาวะรกไม่ลอกตัวทำให้เกิดการขัดขวางการหดตัวของมดลูกทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี จึงเกิดการตกเลือดหลังคลอด

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
หลังรกลอดมดลูกหดตัวไม่ดี มดลูกนุ่มมีเลือดออกตลอด ซีพจรเบาเร็ว เบื่ออกตาซีด แขนและปลายมือ ปลายเท้าเย็น รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง มีอาการอาเจียนเป็นสีน้ำตาลประมาณ 200 มิลลิลิตร มีจ้ำเลือดตามแขนและบริเวณหลังมือที่แทงเข็มเจาะเลือดตรวจและให้สารน้ำหลังได้รับยาพบว่ามดลูกยังหดตัวไม่ดี มีเลือดไหลซึมตลอดเวลา ประเมินปัสสาวะที่ออกเป็นสีแดงเข้ม10มิลลิลิตรรวมสูญเสียเลือด1,300 มิลลิลิตร.BT.36.2 องศาเซลเซียส BP.86/58mmHg.PR.=122-148ครั้ง/นาที RR.20-30ครั้ง/นาทีค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือด93-97% -Intake 2,850 mL/Output1,310mL	หลังทารกคลอด30นาทีพบว่ารกไม่ลอกตัว เกาะแน่นและมีเลือดออกจำนวน500มิลลิลิตร มดลูกนุ่มไม่หดตัวหลังล้างรกสูญเสียเลือดเพิ่ม600มิลลิลิตร ผู้คลอดอ่อนเพลีย ใจสั่นเล็กน้อยซีพจรเบาเร็ว รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่องมีอาการโบน้าซีด เบื่ออกตาซีดหนาวสั่น พุดคุยพอรู้เรื่อง ปัสสาวะที่ออกมาเป็นสีเหลืองเข้ม300มิลลิลิตรรวมสูญเสียเลือด1,100 มิลลิลิตร BT.35.6°C BP.88/46mmhg.PR.=118-124ครั้ง/นาที RR.20-24 ครั้ง/นาที ค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือด95-98% -Intake 2,200mL/Output1,200mL

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะ Hypovolemic shock ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60มิลลิเมตรปรอท กรณีศึกษาที่1 มีปัสสาวะออกน้อยกว่า30มิลลิลิตร/ชั่วโมงและมีเลือดไหลซึมออกทางช่องคลอดตลอดเวลา แม้จะให้การพยาบาลขนาดค็ลิ่งมดลูกจากการสังเกตเลือดที่ไหลออกมาไม่มี blood clot ร่วมกับอาเจียนคล้ายเลือด(coffee ground) เป็นอธิบายได้ว่ากลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติทำให้เลือดออกตาม

ร่างกาย มีการสูญเสียเลือด น้ำและ อิเล็กโตรไลต์ เกิดภาวะช็อก หลังได้รับสารน้ำ2,000มิลลิลิตรความดันโลหิตเพิ่มขึ้นสู่ภาวะปกติ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เกิดภาวะช็อกหลังทำหัตถการล้างรก ได้รับยากระตุ้นการทำงานของหัวใจและยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกสามารถหยุดเลือดได้ ผู้คลอดทั้ง2รายนี้ มีอาการและอาการแสดงที่ใกล้เคียงกันในระดับการสูญเสียเลือดที่ใกล้เคียงกันคือโบน้าซีด เบื่ออกตาซีด หนาว ใจสั่น แขนและปลายมือปลายเท้าเย็น

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผลตรวจทางพยาธิวิทยาที่สำคัญผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือด
หลังคลอด

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ผลlab.โรงพยาบาลชุมชน CBC:Hb:14.2 gm/dl Hct: 40 vol% WBC:13600 Cell Platelet : 121,000 Cell PTT:24.4 Second PT13.1 Second INR:1.15 SGOT:93 U/L ALP :280 U/L ผลlab. โรงพยาบาลแม่ข่าย Hct: 18 vol% Platelet:Count:145,000 cell PT:non Coagulation INR: non Coagulation PTT: 67.7 วินาที	แรกรับ :Hb:13.2 g/dl Hct.:40.10 Vol.% Dtx: 96 mg% ผลlab.หลังเกิดภาวะตกเลือด Hb : 8.2 g/dl Hct.:25% WBC:146,300 Cell Platelet :237,000 Cell ผลlab.หลังให้เลือดPRC.1Unit Hct.:27 Vol% FBS :92 mg/dl หลังคลอด 8 วัน Hct : 31 vol% หลังคลอด 6 สัปดาห์ Hct: 35 vol% FBS:90 mg/dl 75gmOGTT:125mg/dl	กรณีศึกษาทั้ง2ราย ค่าความเข้มข้นของเลือดลดลงจากก่อนคลอดมากกว่า10% ในกรณีศึกษาที่1ลดลงเหลือ18 vol% หรือลดลงร้อยละ 55กรณีศึกษาที่1 ที่พบว่ามีภาวะตกเลือดอย่างรุนแรง ค่าPT,INR : non Coagulation PTT67.7วินาที แพทย์วินิจฉัยภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (disseminated intravascular coagulation: DIC) เป็นภาวะที่ระบบการแข็งตัวของเลือดถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้นภาวะผิดปกติทั่วร่างกายซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นเส้นเลือดที่ปอดในระยะที่1ของการคลอดส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ค่าความเข้มข้นของเลือดลดลงเหลือ 25 vol.% หรือ ลดลงร้อยละ37.5 และผลการติดตามตรวจเบาหวานชนิดที่2 Fasting Blood Sugar และ ผลการตรวจน้ำตาล75 gm OGTT พบว่าปกติ

ตารางที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาก่อนคลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
-Oxytocin10 unit IM.หลังคลอดไหล่หน้า -0.9NSS. 1000ml + Oxytocin 20 unit iv drip 120ml/hr. - Methergine 0.2mg IV.Stat #1 -U/S no retain Piece of Placenta -CBC PT PTT INR BUN Creatinine E'lyte LFT -ARI 1000 ml.iv loading # 1 -G/M for PRC 2 Unit - Retain foley's catheter -cytotec 4 tabs. Rectal suppo. -Vaginal Packing by Vaseline Gauze Bandage - Methergine 0.2mg IV.Stat #2 -condom Uterine balloon tamponade -transamin 1,000 mg. iv stat -ARI 1000 ml.iv loading # 2 -consult สูติแพทย์ -PRC.Group O.1 unit vein drip Free Flow -Bimanual compression -refer รพ.แม่ข่าย	-Synto10 unit IM.หลังคลอดไหล่หน้า CBC -G/M for PRC 2 Unit -retain foley's catheter -set OR for remove Placenta -NPO. -Acetar100ml. vein Loading -Levophed8 µg. (2 mL) IV.push#1 -Levophed 8 µg. (2 mL) IV.push #2 -Epinephrine 6mg. IV.push -5%DN/2 1000ml + Oxytocin 20 unit iv drip 120ml/hr. -U/S no retain Piece of Placenta -PRC.groupB.1 unit vein drip 120 ml/hr.	กรณีศึกษาที่1การรักษาก่อนคลอดช็อกตกเลือดหลังคลอดแพทย์ให้การรักษาโดยให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว (Loading)ภายหลังให้สารน้ำ2,000 มิลลิลิตรความดันโลหิตเพิ่มขึ้นสู่ภาวะปกติ ส่วนกรณีศึกษาที่2 ภายหลังให้สารน้ำความดันโลหิตยังต่ำ แพทย์จึงให้ยาช่วยในการบีบตัวของหัวใจโดยให้Levophed8 µg. (2 mL) IV.push# 2dose ,Ephinephrine 6 mg. IV.pushส่วนยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก กรณีศึกษาที่1ใช้ยาหลายชนิดมากกว่ากรณีศึกษาที่2เนื่องจากมดลูกไม่หดตัวและเลือดไหลไม่หยุด รวมทั้งการรักษาโดยใช้ Vaseline Gauze bandageม้วนเป็นก้อนเข้าไปอุดในโพรงมดลูกแต่ไม่สามารถหยุดเลือดได้ และจึงเปลี่ยนใส่บอลูนเข้าไปในโพรงมดลูกเพื่อหยุดเลือด แต่ยังมีเลือดซึมตลอด จึงได้ทำการนวดมดลูกแบบกดทับมดลูก(Bimanual compression)ระหว่างการส่งต่อ ส่วนการให้เลือดทดแทน ทั้ง 2รายได้รับ เลือดชนิด Pack red cell รายละเอียด1 Unit

ตารางที่ 5 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอด
ที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เกิดภาวะขาดออกซิเจนทั้งมารดาและทารกเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดเลือดที่ปอดมารดาขณะคลอดมีอาการชักเกร็งทั้งตัวหมดสติประมาณ30วินาทีใบหน้าเขียว2-3นาที	เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากรกไม่ลอกตัวหลังทารกคลอด30 นาทีรกไม่คลอด
1.ประเมินอาการ ปลุก เรียกชื่อ กระตุ้นผู้คลอด ด้วยการเขย่าที่ไหล่ ประเมินระดับความรู้สึกตัว	1.รายงานแพทย์เวร
2.รายงานแพทย์เวรทันที	2.งดการคลึงมดลูก
3.เรียกทีมพยาบาลช่วยเหลือ	3.retain foley s catheter
4.จัดทำผู้คลอดนอนราบ และตะแคงศีรษะเพื่อป้องกันลิ้นตก ใส่ mouth gag ป้องกันการกัดลิ้น	4.ให้งดน้ำงดอาหาร
5.ดูแลให้ออกซิเจนMask with bag 10 ลิตรต่อนาที	5.ประเมินการสูญเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือดและชั่งน้ำหนักผ้าซับที่เปื้อนเลือด
6.ประเมินสัญญาณชีพทุก5นาทีจนกระทั่งStableและวัดระดับความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินในหลอดเลือดแดง	6.เปิดเส้นด้วยเข็ม เบอร์18 ให้สารน้ำอีกข้างสารน้ำ Acetar1,000 มิลลิลิตรFree flow
7.ใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (EKG monitor)	7.เจาะเลือดตรวจCBCจอง G./M.
8.ใช้เครื่องตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์(EFM.)	8.ประเมินสัญญาณชีพ,ระดับความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินในหลอดเลือดแดง
8.ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด บันทึกอาการเปลี่ยนแปลง	9.ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10ลิตร/นาที
9.ดูแลให้5%DN/21000ml.vein drip 120ml/hr.	10.เตรียมอุปกรณ์เพื่อช่วยแพทย์ทำหัตถการล้วงรก
10.แจ้งผู้คลอดและญาติ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอธิบายแผนการรักษาของแพทย์ที่จะเตรียมผ่าตัดคลอด	11.เตรียมเอกสารให้ผู้คลอดเซ็นยินยอมทำหัตถการล้วงรก
	12.แจ้งญาติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอธิบายแผนการรักษาโดยกา ล้วงรก ซึ่งมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการให้การพยาบาลก่อนตกเลือดในกรณีศึกษาทั้ง2รายมีความแตกต่างกันเนื่องจากสาเหตุแตกต่างกัน กรณีศึกษาที่1 หลังเกิดภาวะชักและหมดสติชั่วคราว รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องสัญญาณชีพปกติ ประเมิน Glasgow Coma Score เต็ม15คะแนน รูม่านตาขนาด3มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ ยังต้องเฝ้าระวังเกิดภาวะชัก

ซ้ำ ในกรณีศึกษาที่ 2 หลังทารกคลอด รกไม่ลอกตัวเกิดภาวะรกก้าง ต้องเตรียมจองเลือด เจาะเลือดตรวจทางพยาธิวิทยา ใส่สายสวนปัสสาวะค่าไว้ ดูแลให้สารน้ำเพื่อป้องกันภาวะช็อกกรณีเกิดการตกเลือดหลังคลอดและอธิบายถึงเหตุผลที่ต้องล้วงรกในห้องผ่าตัดด้วยการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว รวมทั้งเซ็นเอกสารยินยอมการทำหัตถการล้วงรก

ตารางที่ 6 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุนและกิจกรรมการพยาบาลระยะเกิดภาวะช็อก
จากการตกเลือดหลังคลอด

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>-สูญเสียเลือด1,300มิลลิลิตรBP.88/59MMHgPR.128/minRR22/min</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เรียกทีมช่วยเหลือ 2.ให้ออกซิเจนชนิด mask with bagปริมาณ 10 ลิตรต่อนาที 3.ดูแลให้สารน้ำ ARI 1,000 ml. vein Loading 4.ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งผ้าซับเลือดทุกชิ้น 5.วัดสัญญาณชีพ ทุก 5 นาทีจนกว่าจะ stable เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสียเลือด 6.รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการ ชีพจรเบาเร็ว>100ครั้ง/นาทีหรือ <60ครั้ง/นาทีความดันโลหิตต่ำกว่า90/60มิลลิเมตรปรอท 7.ประเมินอาการและอาการแสดงได้แก่ ความรู้สึกตัว เยื่อตาซีดตัวเย็น และปลายเล็บซีดเขียว อย่างใกล้ชิด 8.ประเมินระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนของฮีโมโกลบินในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วKeep>95% 9.เจาะเลือดส่งตรวจ CBC จอง G/M PRC.2 Unit Bun. Cr.Electrolyte LFT. PT.PTT.INR.พร้อมขอผลด่วน 10.ดูแลให้ ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก 0.9NSS1,000 มิลลิลิตร+Oxytocin 20 unit rate 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงให้ Methergin 1 amp IV Transamin1 gm. IV และ Cytotec 4 tab เหน็บทางทวารหนัก ตามแผนการรักษา 11. ช่วยแพทย์ทำ Vagina packing 12.ช่วยแพทย์ทำ condom Uterine Balloon tamponade 13. ใส่สายสวนคาปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูกและบันทึกปริมาณปัสสาวะเพื่อดูการทำงานของไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงรายงานแพทย์ 14. ประเมินการหดตัวของมดลูกและประเมินประสิทธิภาพของ condom Balloon tamponade 15. เจาะเลือดที่ปลายนิ้วดูความเข้มข้นของเลือด (Hct) ตามแผนการรักษาเพื่อประเมินค่าปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น 16. ให้เลือด Pack red cell group B.1unit vein drip free flowฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น ผื่นคัน หายใจเหนื่อยแน่นหน้าอก 	<p>-สูญเสียเลือด1,100มิลลิลิตร BP.88/59MMHgPR.128/minRR22/min</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เรียกทีมช่วยเหลือ 2.ให้ออกซิเจนชนิด mask with bag ปริมาณ 10 ลิตรต่อนาที 3.ดูแลให้สารน้ำ ARI.1,000 ml. vein Loading 4.ดูแลให้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจLevophed 8 µg.(2 mL) IV.push #2 5.ดูแลให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก5%DN/2 1000ml + Oxytocin 20 unit iv drip 120ml/hr. 6. เจาะเลือด CBC.จอง G/M 7.ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยชั่งผ้าซับเลือดทุกชิ้น 8.ประเมินอาการและอาการแสดงได้แก่ ความรู้สึกตัว เยื่อตาซีด ตัวเย็น และปลายเล็บซีดเขียว อย่างใกล้ชิด 9.รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการ ชีพจรเบาเร็ว>100ครั้ง/นาทีหรือ <60ครั้ง/นาทีความดันโลหิตต่ำกว่า90/60มิลลิเมตรปรอท 10.ประเมินระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (O2saturation)Keep>95% 11. ใส่สายสวนคาปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูกและบันทึกปริมาณ เพื่อดูการทำงานของไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงรายงานแพทย์ 12. จัดทำผู้คลอดนอนราบตะแคงหน้าพร้อมหมอนหนุน และให้เครื่องอบอุ่นร่างกาย โดยเครื่องเป่าลมร้อน 13. เจาะเลือดที่ปลายนิ้วดูความเข้มข้นของเลือด (Hct) ตามแผนการรักษาเพื่อประเมินค่าปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น 14. ดูแลทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการดูแลรักษา

การอภิปรายผล

การพยาบาลในงานสูติกรรมการจัดการในสถานการณวิฤกตฉุกเฉินที่ต้องช่วยชีวิตทั้งมารดาและทารกทั้ง2 ชีวิตในเวลาเดียวกันบุคคลากรผู้ปฏิบัติงานต้องมีสมรรถนะ มีความรอบรู้ รวดเร็ว แม่นยำ ในการใช้ทักษะการทางพยาบาล ประสบการณ์ เพราะพยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดามาตลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด การศึกษากรณีศึกษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลัง

คลอดระดับรุนแรงทั้ง2 กรณีศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการซักประวัติทั่วไปจากผู้ป่วยและญาติ จากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย รายงานผลการทบทวนมารดาตาย จากโรงพยาบาลแม่ข่ายและใช้เครื่องมือ11แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน¹(Gordon's Functional Health Pattern) เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชื่อมโยงกันระหว่างพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำไปวางแผนการพยาบาลปฏิบัติการ

พยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในกรณีกรณีศึกษาที่ 2 ผู้คลอดปลอดภัยได้กลับบ้านผู้คลอดและญาติมีความพึงพอใจในการให้บริการ^{2,3} กรณีศึกษาที่ 1 ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความรุนแรงที่เกิดจากภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถหยุดเลือดได้สามีผู้คลอดได้สูญเสียภรรยาและบุตรได้ทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจรวมทั้งญาติผู้คลอด ที่ต้องใช้เวลาและยากที่จะทำใจยอมรับได้

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินการเสียเลือดควรปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัดเพื่อให้การประเมินการเสียเลือดตรงกับความ เป็นจริง ในการส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลแม่ข่ายได้เตรียมรับผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดระดับรุนแรง
2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีมอยู่เสมอ รวมทั้งความรู้ความสามารถ ทักษะการพยาบาล อยู่ตลอดเวลา รวมทั้งการประเมินความเสี่ยง การแก้ไขปัญหากรณีผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ขณะส่งต่อเพื่อให้เกิดความชำนาญในการจัดการภาวะตกเลือดทุกระยะการคลอด

3. การใช้ทักษะในการสื่อสาร (SBAR)ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในภาวะฉุกเฉินวิกฤติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานที่รวดเร็วจะสามารถช่วยเหลือผู้รับบริการได้ทันที่
4. ควรให้ความสำคัญกับการให้ความอบอุ่นร่างกายผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
5. ควรมีระบบ Emergency Response เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการตามทีมช่วยเหลือเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤติฉุกเฉินในห้องคลอด

กิตติกรรมประกาศ

รายงานกรณีศึกษานี้ได้สำเร็จลุล่วงโดยการให้ความช่วยเหลือจากทีมการพยาบาล กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลโกสุมพิสัย หัวหน้าตึกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม สูติแพทย์จากโรงพยาบาลสุทธาเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่มาช่วยราชการโรงพยาบาลโกสุมพิสัยได้เสียสละเวลาให้ข้อเสนอแนะแก้ไขและตรวจสอบ รวมทั้งพยาบาลประจำห้องคลอด ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการดูแลรักษาพยาบาลผู้คลอดตลอดการจัดทำกรณีศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ลัดดาวัลย์ ปลอดภัย สุชาติ วิภาวาท และอารี กิ่งเล็ก. (2559) การพัฒนาแนวปฏิบัติการ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ใน ห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือ ข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้. 3(3):127-141.
2. ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ(2564).การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันและแก้ไข ภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงแผนกสูติกรรมโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น .การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ app.gs.KKU.ac.th
3. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษา เอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ยามบรมราชกุมารี, 6(2), 146-157.
4. พิรุฬห์ สิทธิพล .(2563)การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด.วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565)วิเคราะห์สถานการณ์แม่ตาย. <https://hp.anamai.moph.go.th>
6. Satapomteera,P.<Arj-Ong, S. and ASwagul,O. Factors Associated with Early Postpartum Hemorrhage of Singleton Pregnancy Hospital. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology 2012; 20(1):21-8
7. word health Organization(2014).Trands in Maternal mortality 1990 to 2013 : Estimatesby WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division Geneva: World Health Organization.

การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of the service network of the DIC (Drop in Center) Community Service Center in caring for HIV infected people, Kamalasai District, Kalasin Province.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 25,2023)

จันทร์สุดา กลีบบัว¹
Chansuda Kleebua¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) และการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือนมกราคม – กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 9 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) 10 แห่ง จำนวน 142 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ Dependent t-test และ F – tests ด้วยเทคนิค One way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ของ บุคลากรในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ระหว่าง บุคลากรในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน และ จนท.อบต. หลังการดำเนินงาน ไม่มีความแตกต่างกัน การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินงาน ความพึงพอใจเกี่ยวกับการให้บริการศูนย์บริการชุมชน (DIC) หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด
คำสำคัญ : ศูนย์บริการชุมชน DIC ผู้ติดเชื้อ HIV

ABSTRACT

This study was research and development aimed to study the service situation of the DIC Community Service Center (Drop in Center) and the development of the service network of the DIC Community Service Center (Drop in Center) in caring for people infected with HIV, Kamalasai District, Kalasin Province. The study period is between January - September 2023, a total period of 9 months. Sample size were personnel providing services in the DIC Community Service Center (Drop in Center) in 10 places, totaling 142 people, collected data from questionnaires. Data were analyzed using mean, standard deviation, frequency, percentage, Dependent t-test and F – tests using One way ANOVA technique.

The results of the study found that after developing the service network of the DIC community service center (Drop in Center) to care for people infected with HIV in Kamalasai District, Kalasin Province, including: Understanding of community service center (DIC) standards for personnel providing services in community service centers. after operation Overall and each aspect is at the highest level. Comparison of understanding of community service center (DIC) standards between personnel providing services in community service centers, including village health volunteers, community leaders, and Subdistrict Administrative Organization officials, after the operation. There is no difference. Comparison of understanding of community service center (DIC) standards before and after implementation. There was a statistical significant difference at the .05 level, with the mean scores after the

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอมลาลัย

operation being higher than before the operation. Satisfaction regarding community service center (DIC) services after operation Overall and each item at the highest level

Keywords: DIC community service center, people living with HIV

บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคในปอด หรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิด หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เหล่านี้ ให้อาการจะรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว จะรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ควรทำการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV test) อาการของเอดส์ มี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อจะมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะนี้ และบางคนไม่ทราบว่า ตัวเองติดเชื้อ จึงอาจแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ระยะมีอาการ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะเริ่มแสดงอาการ ภายหลังจากได้รับเชื้อประมาณ 7-8 ปี แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเริ่มปรากฏอาการ อาการที่พบคือ มีเชื้อราในปาก ต่อมน้ำเหลืองโต งูสวัด มีไข้ ท้องเสีย น้ำหนักลด มีตุ่มคันบริเวณผิวหนัง และระยะโรคเอดส์ เป็นระยะที่มีภูมิคุ้มกันลดลงมาก ทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น²

สถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อ HIV นับตั้งแต่มีการระบาด 38 ปี ล่าสุดจำนวน 77.3 ล้านคน และ 35.4 ล้านคนเสียชีวิตนับตั้งแต่มีการระบาด และมีจำนวน 36.9 ล้านคนติดเชื้อ HIV ที่ยังมีชีวิตในปี พ.ศ. 2560 และมีผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ใหม่ในปี พ.ศ. 2560 อีกจำนวน 1.8 ล้านคน สำหรับในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 1 ล้านคนในเวลา 35 ปี และมีผู้ติดเชื้อประมาณ 6 แสนคนเสียชีวิต นับตั้งแต่มีการระบาด และผู้ติดเชื้อประมาณ 6 แสนคนติดเชื้อ HIV ที่ยังมีชีวิตในปี พ.ศ. 2560 (ประมาณ 2% ของทั้งโลก) และมีผู้ติดเชื้อ

ใหม่ประมาณ 6 พันคน เฉลี่ยวันละ 17 คน (ประมาณ 0.3% ของทั้งโลก)⁸

สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย จากข้อมูลในปี 2560 พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 5,500 คน หรือเฉลี่ยวันละ 15 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 440,000 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัย และรู้สถานะการติดเชื้อตนเองแล้วร้อยละ 98 แต่มีเพียงร้อยละ 75 ของผู้ที่รู้สถานะการติดเชื้อของตนเองได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และในจำนวนของผู้ที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีเพียงร้อยละ 84 ที่กวดไวรัสได้สำเร็จ จาก ข้อมูลของผู้ที่ได้รับการตรวจเอชไอวี และรู้ผลการตรวจ 12 เดือนที่ผ่านมา 85,276 ราย ผลเลือดบวก 2,281 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.67 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 49,559 ราย ได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง 37,627 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.92 และผู้ที่รู้สถานะการติดเชื้อและรับยาต้านไวรัสจำนวน 28,116 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.72 ผู้ติดเชื้อที่กินยาและสามารถกวดไวรัสสำเร็จ 23,759 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.50²

ประเทศไทยมีเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ในปี พ.ศ. 2573 คือ ไม่มีเด็กติดเชื้อ HIV เมื่อแรกเกิด การติดเชื้อรายใหม่น้อยกว่าปีละ 1,000 คน ผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อทุกคนเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส HIV และไม่มี การตีตรา รังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อและประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อ การที่จะบรรลุเป้าหมายได้ต้องมีการทำงานที่บูรณาการด้านการป้องกันและรักษาอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่การป้องกันการติดเชื้อ การออกเชิงรุกเข้าหาประชากรเปราะบาง การให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อ การส่งต่อเพื่อเข้าสู่บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส การติดตามการรักษาและรับประธานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในรูปแบบการมีส่วนร่วม ทั้งจาก ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ภาคประชาสังคม และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ การดำเนินงานจะมุ่งเน้นความต่อเนื่องของการเข้าถึง-การเข้าสู่บริการ-การตรวจ

HIV-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTTR) โดย “การเข้าถึง” ต้องเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพื่อสร้างความต้องการตรวจ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ “การเข้าสู่บริการ” ต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความต้องการตรวจ HIV และเข้าสู่บริการป้องกันและดูแลรักษา “การตรวจ HIV” มีการให้บริการตรวจ HIV ที่เข้าถึงได้ มีบริการตรวจ HIV ที่สามารถทราบผลได้ภายในวันเดียว โดยประชาชนไทยสามารถตรวจฟรีปีละ 2 ครั้ง ทั่วประเทศ ทุกโรงพยาบาล ที่ให้บริการภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีการกระจายบริการตรวจ HIV ลงสู่ระดับชุมชน มีการจัดบริการตรวจ HIV เชิงรุก “การรักษา” ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ HIV สามารถเริ่มยาต้านไวรัสได้ทุกระดับ CD4 และเริ่มยาต้านไวรัสได้แต่เนิ่น ๆ ตามแนวทางของประเทศ และ “การคงอยู่ในระบบ” จะต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายยังคงป้องกันหรือรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้ผลการตรวจ HIV เป็นลบ ยังคงป้องกันและตรวจ HIV โดยสม่ำเสมอ ส่วนผู้ที่ติดเชื้อ HIV เมื่อเข้าสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ หรือหากยังไม่เริ่มยาต้านไวรัส ต้องติดตามให้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุด⁸

การที่ผู้ติดเชื้อ HIV จะสามารถใช้ชีวิตตามปกติได้นั้นมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง หากผู้ป่วยได้รับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาเดิมทุกวัน ผู้ป่วยบางรายเลือกรักษาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก บางคนเป็นวิทยากรแบ่งปันประสบการณ์ ซึ่งถ้าการดูแลตนเองไม่เหมาะสมหรือการรักษาไม่ต่อเนื่อง จะส่งผลต่อสุขภาพ นอกจากนี้ครอบครัวและชุมชนก็มีความสำคัญ และส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ศูนย์บริการชุมชน (DIC-Cluster) เป็นกระบวนการจัดการระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV โดยมีการบูรณาการที่ครอบคลุมชุดบริการ RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงการดำเนินงานของศูนย์บริการชุมชน (Drop In Center : DIC) ทั้งที่ดำเนินการโดย ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ซึ่งเป็น ภาคีเครือข่ายหน่วยบริการใน

พื้นที่ และภาคีเครือข่ายหน่วยสนับสนุน รวมทั้งภาคีเครือข่ายหน่วยวิชาการ เพื่อให้เกิดการบูรณาการ ด้านการวางแผน การบริหารจัดการ การดำเนินงานการใช้ทรัพยากร และการติดตามประเมินผล อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามนโยบายยุติปัญหาเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค ของประเทศ^{17,18}

ที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้ศึกษาจึงศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบการวิจัย

การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) ใช้ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือนมกราคม – กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 9 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center)
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) 10 แห่ง จำนวน 142 คน ประกอบด้วย อสม. 100 คน ผู้นำชุมชน 24 คน จนท.อบต. 18 คน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการพิจารณารับรองการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของ ศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มี รายละเอียด และวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การ ให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัด กาฬสินธุ์

ระยะที่ 2 การกำหนดแนวทางในการ ให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัด กาฬสินธุ์

ระยะที่ 3 การเสริมสร้างความเข้าใจในการ ให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัด กาฬสินธุ์

ระยะที่ 4 ขั้นการประเมินผลและถอด บทเรียน การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของ ศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอ ภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยกิจกรรม การศึกษาแนวทางการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอ ภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ การจัดทำแนวทางการ ให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัด กาฬสินธุ์ การทดลองนำไปใช้ และการประเมินผลและ ถอดบทเรียน โดยการประเมินผลการดำเนินงานก่อน และหลังการพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in

Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการประชุมเพื่อติดตาม ความก้าวหน้าของการบริการศูนย์บริการชุมชน อย่าง น้อยเดือนละ 1 ครั้ง และมีการสรุปรายงานการประชุม 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความเข้าใจ เกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบ แบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับ มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือผู้ศึกษาได้ ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อ ที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและ ภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและ ข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและ แก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลอง คุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลอง ใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อ ทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำ ข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจผู้มารับ
บริการที่ศูนย์บริการชุมชน (DIC) ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับศูนย์บริการ
ชุมชน

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจผู้มารับบริการที่
ศูนย์บริการชุมชน (DIC) เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ
มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึง
พอใจในการรับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน มากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความพึง
พอใจในการรับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน มาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความพึง
พอใจในการรับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน ปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความพึง
พอใจในการรับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน น้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึง
พอใจในการรับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้
ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity)
โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญ
พิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อ
ที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและ
ภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและ
ข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและ
แก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลอง
คุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลอง
ใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อ
ทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำ
ข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach
method)

การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลถูกต้องมากที่สุด
ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความชัดเจนโดยใช้วิธีตรวจสอบแบบ

สามเส้า (Triangulation) จากข้อมูลทั้งหมด ด้านข้อมูล
จากแหล่งข้อมูล สถานที่ เวลา และบุคคล ด้านวิธีการ
เก็บใช้วิธีการเก็บข้อมูลเรื่องเดียวกันด้วยวิธีการต่างกัน
เช่นการศึกษาจากเอกสาร การสนทนากลุ่ม การประชุม
การสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และ
รวบรวมสรุป ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการ
ชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อ่าเภออมลาลัย
จังหวัดกาฬสินธุ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้
สถิติ Dependent t-test และ F – tests ด้วยเทคนิค
One way ANOVA

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การให้บริการของศูนย์บริการ ชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อ่าเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 สภาพปัญหา ปัญหาจากการดำเนินงาน
ได้แก่ ปัญหาด้านระบบบริการ การอำนวยความสะดวก
ของเจ้าหน้าที่ รูปแบบให้บริการในคลินิกขาดแนว
ปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มีการอบรม ผู้ป่วยขาดนัด กินยาไม่
ตรงเวลา

1.2 ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการ
ชุมชน (DIC) ของ บุคลากรในการให้บริการใน
ศูนย์บริการชุมชน ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับ
ปานกลางและความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการ
ชุมชน (DIC) ระหว่าง บุคลากรในการให้บริการใน
ศูนย์บริการชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน และ จนท.
อบต. ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2. การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของ
ศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้
ติดเชื้อ HIV อ่าเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์
ประกอบด้วย การจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพองค์กรเอกชน
สาธารณสุขประโยชน์ ชี้อองค์กร กลุ่มพลังสาวสองและ
การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน

DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอ
กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ผลการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของ
ศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้
ติดเชื้อ HIV อำเภอ กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการ
ชุมชน (DIC) ของ บุคลากรในการให้บริการใน
ศูนย์บริการชุมชน หลังการดำเนินงาน โดยรวมและราย
ด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด

3.2 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับ
มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ระหว่าง บุคลากรใน
การให้บริการในศูนย์บริการชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำ
ชุมชน และ จนท.อบต. หลังการดำเนินงาน ไม่มีความ
แตกต่างกัน

3.3 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับ
มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ก่อนและหลังการ
ดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ก่อนและหลังการ
ดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p- value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ขับเคลื่อน	3.03	0.31	4.76	0.21	141	-41.250	.000	-1.81265	-1.64685
บริหาร	3.01	0.25	4.75	0.15	141	-57.643	.000	-1.80273	-1.68318
บริการ	3.08	0.35	4.74	0.25	141	-33.602	.000	-1.75851	-1.56309
รวม	3.04	0.19	4.75	0.14	141	-65.692	.000	-1.76267	-1.65967

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.5 การเปรียบเทียบความเข้าใจ
เกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ก่อนและ
หลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการ
ดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินงาน

3.4 ความพึงพอใจเกี่ยวกับการให้บริการ
ศูนย์บริการชุมชน (DIC) หลังการดำเนินงาน โดยรวม
และรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับ
มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ของ บุคลากรใน
การให้บริการในศูนย์บริการชุมชน หลังการ
ดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก
ที่สุด การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐาน
ศูนย์บริการชุมชน (DIC) ก่อนและหลังการดำเนินงาน

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ย
มากกว่าก่อนดำเนินงานและความพึงพอใจเกี่ยวกับ
การให้บริการศูนย์บริการชุมชน (DIC) หลังการ
ดำเนินงาน โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด
ดังนั้น จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการ
ของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการ
ดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอ กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
ประกอบด้วย การจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพองค์กร
เอกชนสาธารณสุขประโยชน์ ชี้อองค์กร กลุ่มพลังสาว
สองและการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการของ
ศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแล
ผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอ กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ตาม
แนวคิดของ DIC¹ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ
สอดคล้องกันกับการศึกษาของวาทีนิ บุญญรัตน์ และ
อริสรา จันทร์ศรีสุริยวงศ์ (2566)⁹ ได้ศึกษาผลการ

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโดยเภสัชกร เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโดยเภสัชกร โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2563 เปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาระบบ ก่อนพัฒนาระบบผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของแพทย์ 6 เดือน หลังพัฒนาระบบผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีแต่ควบคุมได้จะส่งต่อให้อยู่ในความดูแลของเภสัชกร ติดตามผลทุก 3 เดือนเป็นระยะเวลา 12 เดือน โดยไม่ต้องพบแพทย์ เภสัชกรสั่งยาเติมและจ่ายยาร่วมกับนำกระบวนการจัดการบำบัดด้านยามาดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษา ผู้ป่วยทั้งหมด 26 ราย พบจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับ VL < 50 copies/ml เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.92 เป็น 84.62 และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 98.06 เป็น 99.81 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) มีระดับเซลล์ CD4 เพิ่มขึ้นจาก 403.77 เป็น 506.58 cells/mm³ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และระยะเวลาการมารับบริการลดลง 84.30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่า การพัฒนาระบบส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ไม่พบการติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่ม มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 95 จำนวนผู้ป่วยไวรัสมีระดับ VL < 50 copies/ml ไม่แตกต่างจากเดิม แต่การตอบสนองต่อระบบภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น และระยะเวลาการเข้ารับบริการลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สัจพงษ์ โชคดีวัฒน์ และดวงฤดีวรรณ (2563)¹⁴ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์ พบว่า จากการจัดกระบวนการ “แผนที่ความคิด” พบว่าปัญหาและความคาดหวังในการมารับบริการ ได้แก่ การอำนวยความสะดวก และรูปแบบให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิก ผลการสนทนากลุ่มปรากฏผล คือ 1)

พยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่ไม่ทันเวลา 2) ควรมีแนวทางปฏิบัติให้ใช้ได้สะดวกและเป็นลายลักษณ์อักษร 3) อยากให้จัดอบรมความรู้ใหม่ๆ และข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและการให้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงาน ปรากฏผลคือ 1) ผู้ป่วยขาดนัด กินยาไม่ตรงเวลา 2) สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม การวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนา ได้นำปัญหาเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะทำงานคุณภาพ มีการปรับปรุงด้านอัตราค่าถังคน พัฒนาทีมสหวิชาชีพ ปรับอาคารสถานที่ให้เป็นสัดส่วน พัฒนา CPG จำนวน 2 เรื่อง จัดทำแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานแล้วนำมาทดลองใช้ 1 เดือน พบมีข้อที่ต้องปรับปรุงได้แก่ การเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ป่วยใหม่ทั้งในรายที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย การซักประวัติ การประเมินโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และจัดการปัญหาเมื่อมีโรคร่วม ไม่ชัดเจน การนัดหมายในครั้งแรกและครั้งต่อมาไม่ชัดเจน รวมถึงกรณีการส่งต่อ จึงได้ปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่ เป็นครั้งที่ 2 ซึ่งมีการนำไปใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงปัจจุบัน และส่งผลให้ติดเชื้อเอชไอวีรายเก่าที่ไม่เปิดเผยตัวยินยอมเปิดเผยตัว 5 รายและรายที่ขาดนัดจำนวน 6 รายกลับมารับยาต่อ จำนวน 5 ราย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการดำเนินการศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV ควรมีการดำเนินการการจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพองค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ ตามมาตรฐาน แล้วจึงดำเนินการพัฒนาให้สอดคล้องกันกับบริบทและความต้องการของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในการขยายผลและการดูแลติดเชื้อ HIV ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค. (2558). มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC : Drop in Center) สำหรับการให้บริการเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค. สุมทรสาคร. บริษัท บอริ่น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด
- 2.กรมควบคุมโรค. เอดส์ (AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome) เอดส์. [ออนไลน์]. 2562[เข้าถึง 10 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=57
- 3.กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2563). แนวทางการจัดการบริการรับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ตามบริบทของหน่วยบริการสุขภาพในไทย นนทบุรี: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค; 2563 [สืบค้นเมื่อ 6 พฤษภาคม 2566]. สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/997820200403093559.pdf>
- 4.จุฬามาต มากกุลุชร.(2564). ผลการจัดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด. วารสารโรคเอดส์ 33(2) 73-90
- 5.นันทพงษ์ พงศ์สุวรรณ.(2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ โรงพยาบาลตรัง. วารสารโรคเอดส์ 32(2) 68-78
- 6.ประจักษ์ เทิกขุนทด.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลสองดาว วารสารโรคเอดส์ 33(3) 151-64
- 7.ภรท สุฝน. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การอยู่ร่วมกัน โดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารโรคเอดส์ 2563; 32(1) 1-14
- 8.วงการแพทย์. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ร่วมกับสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทยเผย “ความก้าวหน้าการรักษา HIV ในปัจจุบัน” [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.wongkarnpat.com/viewpat.php?id=2778>
- 9.วาทีณี บุญญรัตน์ อริสรา จันทร์ศรีสุริยวงศ์. (2566) ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโดยเภสัชกร. เภสัชกรรมคลินิก: 29(2) 131-42
- 10.วิภาดา มหรัตนวีโรจน์. การดำเนินงานการจัดการเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และวัณโรค สำหรับภาคีเครือข่ายศูนย์บริการชุมชน (DIC- Cluster) ในระดับ อำเภอ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ.
- 11.ศศิธร แสงเนตร.(2563). ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 4(8):1-12
- 12.ศูนย์ข้อมูลโรคติดต่อและพาหะนำโรค. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเอดส์. [ออนไลน์]. 2548 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม2564]. เข้าถึงได้จาก http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_1_001c.asp?info_id=901
- 13.สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. เอดส์ ป้องกันได้[ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม2564]. เข้าถึงได้จาก <https://new.camri.go.th/infographic/95>
- 14.สังพงษ์ โชคคิตวิวัฒน์ และดวงฤดี วรชิตน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์. วารสารโรคเอดส์ 2563; 32(1) 15-27
- 15.สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. โรคเอดส์ การระบาดที่ยังไม่มีวี่แวง. [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.wongkarnpat.com/viewpat.php?id=2778>
- 16.สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2560 [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [สืบค้นเมื่อ 6 พฤษภาคม 2566]. สืบค้นจาก <https://www.thaiaidsociety.org/wp-content/uploads/2022/02/Thailand-National-Guidelines-on-HIV-AIDS-Treatment-and-Prevention-2017.pdf>
- 17.สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (Drop in Center : DIC) สำหรับการให้บริการเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค. [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/download/1813>
- 18.Juntaramano S.,Sawangareeruk J. Lifestyles and health behaviors of persons with HIV/AIDS with food quality of life. Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(2): 57-69

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of septic shock Patients at Kalasin Hospital: 2 case Studies

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 25,2023)

รัตนา กอทอง¹
Rattana Korthong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามิวัดคู่ประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบอาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีความเสี่ยงสูงและความรุนแรงที่ต่างกันจำนวน 2 ราย โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 65 ปีอาการสำคัญ 4 ชั่วโมง ก่อนมามีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียหายใจไม่อิ่ม มีโรคประจำตัวโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชนมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน และเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้จนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ การบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตแบบต่อเนื่อง (Continuous Renal replacement therapy; CRRT) การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วย การให้ยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว ยาระงับความดันโลหิต และสารน้ำอย่างทันที่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ทำให้ผู้ป่วยสามารถพ้นจากภาวะวิกฤตได้ ระบบอวัยวะต่างๆ กลับมาทำงานได้ปกติภายใน 12 ชั่วโมง และสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจภายใน 72 ชั่วโมง จากนั้นย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคเบาหวานทำให้ขณะรับการรักษา มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงต้องให้อินซูลินร่วมด้วย และใช้เวลาปรับยาลดระดับน้ำตาล รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 7 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 เพศชายอายุ 46 ปี อาการสำคัญ 1 วันก่อนมา มีอาการไข้สูง หนาวสั่น เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม มีโรคประจำตัวต่อมลูกหมากโต ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน และเลือดเป็นกรด ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วย การให้ยาปฏิชีวนะ ยาระงับความดันโลหิตและสารน้ำอย่างทันที่ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ทำให้ผู้ป่วยสามารถพ้นจากภาวะวิกฤตได้ ระบบอวัยวะต่างๆ กลับมาทำงานได้ปกติภายใน 6 ชั่วโมง และสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ภายใน 12 ชั่วโมง จากนั้นย้ายออกจากหอผู้ป่วยสามัญรวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 3 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วย,ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ABSTRACT

This study was case study aimed to compare the symptoms, treatment, complications, and nursing processes of two patients with septic shock who presented with different levels of severity and acuity. Two patients diagnosed with septic shock and acute kidney injury were purposively selected from the intensive care unit of Kalasin Hospital.

Result: Case Study 1: A 65-year-old Thai female: Four hours before arriving at the hospital, she experienced extreme fatigue, weakness, shortness of breath, and had a history of type 2 diabetes. She was brought to the community hospital and diagnosed with septic shock, including acute kidney injury and severe acidosis. Her respiratory and circulatory systems were compromised, and her body could not self-regulate, leading to cardiac arrest. The patient received advanced life support, mechanical ventilation, continuous renal replacement therapy (CRRT), and professional nursing care. She successfully recovered in 12 hours and was weaned off mechanical ventilation within 72 hours. She was then transferred to a general ward, but due to her diabetes, insulin was administered, and it took time to adjust her blood sugar levels. The total hospitalization duration was 7 days.

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Case Study 2: A 46-year-old male: One day before arriving at the hospital, he had a high fever, chills, fatigue, and difficulty breathing. He had a history of testicular cancer. He was diagnosed with septic shock, including acute kidney injury and severe acidosis. The patient received mechanical ventilation, professional nursing care, and timely administration of medications to stabilize blood pressure and correct fluid imbalances. Within 6 hours, his organ systems began functioning normally, and he was weaned off mechanical ventilation within 12 hours. He was then transferred to a general ward and spent 3 days in the hospital.

Keywords: Patient care, septic shock

บทนำ

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย และเป็นปัญหาสุขภาพในแผนการพัฒนาระบบสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเป็นภาวะที่พบบ่อยในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2022 พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงประมาณ 11 ล้านคน คิดเป็น 19.70 เปอร์เซ็นต์ของการเสียชีวิตทั่วโลก ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 45,000 รายต่อปี คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 32.03 ซึ่งทุก 3 นาที จะมีผู้ป่วย sepsis เกิดขึ้น 1 ราย และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 5 ราย ทุก 1 ชั่วโมง จากสถิติจะพบว่าอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง สาเหตุหนึ่งมาจากการจัดการกับภาวะช็อกได้ไม่ดีพอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความซับซ้อนทั้งในแง่ของพยาธิสภาพของโรค รวมถึงการวินิจฉัยและการรักษา ตลอดจนการดำเนินโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่เริ่มมีภาวะการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome: SIRS) จนถึงการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว (Multiple organs Failure) ภายใน 48 – 72 ชั่วโมง และเสียชีวิตในที่สุด การติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ส่งผลให้ร่างกายเกิดกระบวนการอักเสบทั่วร่างกายแบบเฉียบพลัน เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและหากเชื้อโรคนั้นมีความรุนแรง จะส่งผลให้อวัยวะหลายระบบทำงานล้มเหลว จนทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อก

(septic shock) ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วตามมาตรฐานภายใน 6 ชั่วโมงแรก จะส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามมา ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตโดยเร็วที่สุด ด้วยวิธี Early Goal-Directed Therapy (EGDT) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายปี 2566 เพื่อลดอัตราการตายภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงน้อยกว่า 28%

จากสถิติฐานข้อมูลระบบ HIS โรงพยาบาลกาฬสินธุ์และ HDC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (12 ตุลาคม 2566) พบว่า การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของโรงพยาบาล และเป็นอันดับ 1 ของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โดยมีจำนวนผู้ป่วยต่อปีของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2564 -2566 คือ 848,976 , 958 ตามลำดับ และพบว่ามีอัตราการตาย ร้อยละ 55.78, 56.86 และ 47.81 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราการตายที่สูง การติดเชื้อในกระแสเลือด มีการดำเนินโรคค่อนข้างเร็ว ถ้าไม่สามารถประเมินอาการ, การรักษาได้ทันท่วงที ก็จะทำให้ระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว ซึ่งอวัยวะที่สำคัญที่ได้รับผลกระทบคือ ไต เพราะไตเป็น อวัยวะที่ใช้ในการดำรงชีวิต (Vital Organ) ที่ต้องการเลือดมากที่สุด คือ 20 % ของ Cardiac output ไปเลี้ยงไต เมื่อเกิด Blood Supply Oxygen supply ที่ลดลง ไตจะได้รับผลกระทบอันดับแรก ตามด้วยระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ เป็นต้น พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินติดตามอาการตลอดจนการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่การประเมินแรกเริ่ม จนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ดังนั้นพยาบาลหนึ่งในทีมสุขภาพที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้อง ความรู้

ทักษะการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ตลอดจน ความเข้าใจกลไกการทำงานของเครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เข้าใจพยาธิสภาพของโรค เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบ กรณีศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ที่รับรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม1 ที่ได้รับการบำบัดทดแทนด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่อง นำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยและองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ตลอดจนกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีความเสี่ยงสูงและความรุนแรงที่แตกต่างกันจำนวน 2 ราย
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการ

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	หญิงไทยอายุ 65 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพสมรส มีบุตร 3 คน ประกอบอาชีพเกษตรกร สิทธิการรักษาสิทธิบัตรทอง น้ำหนัก 75 กก. ส่วนสูง 163 ซม. มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดกาฬสินธุ์	ชายไทยอายุ 46 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป สิทธิการรักษาสิทธิบัตรทอง น้ำหนัก 60กก. ส่วนสูง 156 ซม. มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดกาฬสินธุ์
อาการสำคัญ	รับ refer จาก โรงพยาบาลชุมชน มาด้วย 4 ชั่วโมง ก่อนมา มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม	รับ refer จาก โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยมาด้วย 1 วันก่อนมา มีอาการไข้สูง ทนาวสัน เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 วันก่อน มีไข้ ถ่ายเหลวร่วมกับคลื่นไส้อาเจียนมากกว่า 5 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน ลักษณะน้ำมากกว่าเนื้อ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัยโรค Acute Gastroenteritis with septic shock with Acute renal failure with Hyperkalemia with Metabolic acidosis	4 วันก่อนมีไข้สูง ทนาวสัน ปัสสาวะแสบขัด ปวดเอว น้ำมูก เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัยโรค Urinary tract infection with septic shock with Acute renal failure with metabolic acidosis with Respiratory Failure U/D BPH ที่

ติดเชื้อในกระแสเลือด ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษาคัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม1 (ICU Med1) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กรณีศึกษาที่ 1 ในช่วงเวลา 25 พฤศจิกายน 2565 – 2 ธันวาคม 2565

กรณีศึกษาที่ 2 ในช่วงเวลา 15 พฤษภาคม 2566 – 18 พฤษภาคม 2566

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกรณีทั้ง 2 รายได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติโดยขอยินยอมโดยการโทรศัพท์ประสานด้วยวาจาได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่ละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนบุคคลและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	with Respiratory Failure U/D DM type II ที่โรงพยาบาลชุมชนมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ได้รับการรักษาด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ยาและสารน้ำ 7.5% NaHCO ₃ 2 amp IV push then 2 amp IV drip in 1 hr., load 0.9%NaCl 2,000 ml then IV drip100ml/hr. Retained Foley's catheter, On Adrenaline (10:1) IV drip 10 ml/hr., 50% Glucose + RI 10 unit IV, Kalimate 30 gm + น้ำ 50 มล. Rectal suppose1 dose, DTX 177 mg% ให้ Cef-3 2 gm IV stat จากโรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลชุมชน มีอาการหายใจหอบ ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ยาและสารน้ำ 7.5%NaHCO ₃ 2 amp IV push, load 0.9%NaCl 2,000 ml then IV drip 80 ml/hr., Retained Foley's catheter, On NE (4:250) IV drip 10 ml/hr., Hydrocortisone 100 mg iv stat then 200 mg + 5% DW 200 ml iv in 24 hr., DTX 102 mg %, ให้ Cef-3 2 gm IV stat จากโรงพยาบาลชุมชน
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรักษาด้วยMetformin (500) 1 x 3 pc ไม่เคยขาดยา ไม่เคยผ่าตัดใหญ่ เคยรับทานยาสมุนไพรพื้นบ้าน	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ต่อมลูกหมากโตติดตามอาการที่โรงพยาบาลชุมชน ไม่เคยผ่าตัดใหญ่ มีดื่มสุราตามเทศกาล ไม่สูบบุหรี่
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	- มารดาเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง - พี่สาว, ลูกสาวเป็นเบาหวาน	- บิดาเป็นเบาหวาน - มารดาเป็นความดันโลหิตสูง
โรคประจำตัว	โรคเบาหวานชนิดที่ 2	ต่อมลูกหมากโต
ประวัติแพ้ยา	ปฏิชีวนะ	ปฏิชีวนะ
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยนอนซึมปลุกตื่นล้มตา On ET tube No 7.5 depth. 21 ใส่เครื่องช่วยหายใจ PAC Mode IP 18 IT 1 sec. RR 18 PEEP 5 FIO ₂ 0.4 หายใจหอบเหนื่อย O ₂ sat 89% SOS score 7 คะแนน On monitor EKG show sinus tachycardia มี tall peak T wave Rate 110 ครั้ง/นาที BP= 80/54 mmHg. BT= 37C Lactate 5 mmol/L Retained Foley's catheter ปัสสาวะไม่ออกให้ NSS 1,000 ml. IV free Flow then 100ml/hr. Drip Adrenaline (10:1) IV 13ml/hr. ให้ 7.5% NaHCO ₃ 2amp IV push then 2amp IV drip in 1 hr. Kalimate 30 gm + น้ำ 50 ml. Rectal suppose q 2 hr. 4 dose	ผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย On ET tube No 7.5 depth. 22 ให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ PAC Mode IP 16 IT 1 sec. RR 16 PEEP 5 FIO ₂ 0.4 O ₂ sat 90% SOS score 6 คะแนน On monitor EKG show sinus tachycardia Rate 100 ครั้ง/นาที BP=85/55mmHg. BT=38.1C Lactate 8 mmol/L Retained Foley's catheter ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml/hr. ให้ NSS 1,000ml. IV free Flow then 100 ml/hr. Drip NE (4:250) IV 10 ml/hr. titrate keep MAP≥65 mmHg. 7.5% NaHCO ₃ 2 amp IV push then 2 amp IV drip in 1 hr. drip Hydrocortisone 200 mg+5% D/W 200 ml IV in 24 hr.

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
1. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อมูลสนับสนุน - จากประวัติผู้ป่วย หายใจเหนื่อยหอบ - SOS score 7คะแนน - RR 30 ครั้ง/นาที - HR 110 ครั้ง/นาที - BP 80/54 mmHg. - Serum lactate 5 mmol/L - CBC พบ Neutrophil 90%	1. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อมูลสนับสนุน - จากประวัติผู้ป่วย หายใจเหนื่อยหอบ - SOS score 6 คะแนน - RR 28 ครั้ง/นาที - HR 100 ครั้ง/นาที - BP 85/55 mmHg - Serum lactate 8 mmol/L - CBC พบ Neutrophil 88%	1. วัด BP ทุก 15-30 นาที ดูค่า MAP เพื่อดูความเพียงพอของน้ำอย่างใกล้ชิด Monitor EKG, O ₂ Saturation อย่างต่อเนื่อง ประเมิน SOS score ทุก 2-4 ชม. ประเมินระดับความรู้สึกตัว, Capillary refilling time ทุก 1-2 ชม. 2. ดูแลให้สารน้ำ เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในหลอดเลือด เพิ่ม Preload ทำให้หัวใจบีบตัวดีขึ้น 3. วัด CVP เพื่อประเมินความเพียงพอของสารน้ำ 4. ให้ยา Levophed (8:250) ml/hr. titrate keep BP ≥ 90/60 mmHg. และ MAP ≥ 65 mmHg. ติดตาม เส้นรั่วอย่างใกล้ชิด 5. จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะต่ำยกปลายเท้าสูง เพื่อให้การไหลเวียนเลือดกลับจากอวัยวะส่วนปลายดีขึ้น

<p>- WBC 17,700 cel/mm³</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกระบบไหลเวียนกลับมากปกติ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> ระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพเป็นปกติ BP 90/60-140/90 mmHg. MAP \geq 65 mmHg. PR 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-20 ครั้ง/นาที O₂sat \geq 94 % ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ Urine output $>$ 30 ml/hr. 	<p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกระบบไหลเวียนกลับมากปกติ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> ระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพเป็นปกติ BP 90/60-140/90 mmHg. MAP \geq 65 mmHg. PR 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-20 ครั้ง/นาที O₂sat \geq 94 % ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ Urine output $>$ 30 ml/hr. 	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชม. จนสามารถ keep BP \geq 90/60 mmHg. และ MAP \geq 65 mmHg. ถ้าปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml/hr. รายงานแพทย์ทราบและ Record Fluid intake/output ทุก 8 ชม. เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ให้ยา ATB พร้อมกับสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ WBC, Neutrophil และผล Culture เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง <p>การวิเคราะห์</p> <p>การดูแลผู้ป่วยภาวะช็อกต้องประเมินรอบด้านมีความรวดเร็วทันเวลาได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะ/เนื้อเยื่อต่าง ๆ อย่างเพียงพอ</p> <p>ประเมินผล (หลังให้การพยาบาล 1-3 วัน)</p> <p><i>กรณีศึกษา 1; รู้สึกตัวรู้เรื่องปกติ</i> MAP 70-100 mmHg, Urine 0.5 ml/kg/hr., serum lactate 1.7 mmol/L, SOS score 2 คะแนน อัตราการเต้นหัวใจ 72 ครั้ง/นาที EKG sinus rhythm อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส</p> <p><i>กรณีศึกษา 2; รู้สึกตัวรู้เรื่องปกติ</i> MAP 70-110 mmHg, Urine 0.5 ml/kg/hr., serum lactate 2 mmol/L, SOS score 2 คะแนน อัตราการเต้นหัวใจ 80 ครั้ง/นาที EKG sinus rhythm อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส</p>
<ol style="list-style-type: none"> มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ลดลง <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ</p> <p>O: (25/11/65 รพ.กส.) = film CXR Infiltration both lung</p> <p>O: ผู้ป่วย On ET tube No.7.5 depth. 21 with volume ventilator full support</p> <p>O: ผล Arterial blood gas (25/11/65) pH=6.8, PaO₂=180 mmHg., PaCO₂=19 mmHg., HCO₃=4.4</p> <p>O₂ Saturation 89 %</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> สัญญาณชีพปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย สับสน ชักหมดสติ ไม่พบอาการ Cyanosis 	<ol style="list-style-type: none"> มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ลดลง <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ</p> <p>O: ผู้ป่วย On ET tube No.7.5 depth. 21 with volume ventilator full support</p> <p>O: ผล Arterial blood gas (15/05/66) pH= 6.9, PaO₂=200 mmHg., PaCO₂=29 mmHg., HCO₃=14</p> <p>O₂ Saturation 90 %</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> สัญญาณชีพปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย สับสน ชักหมดสติ ไม่พบอาการ Cyanosis ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่า 95 	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน <ul style="list-style-type: none"> วัดสัญญาณชีพบันทึกการหายใจ Monitoring NIBP, Respiratory, EKG, O₂ saturation ทุก 15-30 นาที ประเมิน capillary refill ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนทั้ง Early signs และ Late signs ของภาวะ Hypoxia ร่วมกับติดตามค่าก๊าซในเลือดแดง (ABG) เพื่อประเมินออกซิเจนในร่างกายและสมดุลกรดด่าง, ติดตามผล CXR เพื่อติดตามประเมินความก้าวหน้าของภาวะปอดอักเสบ On Ventilator ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจและทำทางเดินหายใจให้โล่ง <ul style="list-style-type: none"> ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ทำ percussion และ vibration ก่อนดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอ และดูดเสมหะเมื่อจำเป็นโดยใช้หลัก Sterile Technique ใช้ pressure 80-150 mmHg. ขนาดของสาย Suction 1/3 ของท่อหลอดลมคอ Suction ด้วยความเร็วและนุ่มนวล แต่ครั้งไม่เกิน 10-15 วินาที ระยะห่างแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 20-30 วินาที ไม่ควรมากกว่า 2 ครั้งและ Hyper-ventilation ด้วย Oxygen 100% ก่อนและหลัง Suction อย่างน้อย 1 นาที หยุดดูดเสมหะเมื่อผู้ป่วยมี Sign hypoxia ต้องhyperventilate ด้วย O₂ 100% จนกว่า O₂ Sat $>$95% ดูแลให้ได้รับยา Berodual 1 NB q 4 hr. ฟันตามแผนการรักษา ฟังเสียงปอดก่อนและหลังดูดเสมหะ ดูแลฝึกหายใจเพื่อป้องกันการเกิดปอดแฟบโดยช่วยผู้ป่วยวางมือบนหน้าอก และใช้มือช่วยดันกระบังลมขึ้นตามจังหวะการหายใจ

<p>4. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือดเนื่องจากไตสูญเสียของเหลวที่เย็บแผล</p>	<p>4. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือดเนื่องจากไตสูญเสียของเหลวที่เย็บแผล</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอุณหภูมิ สีผิว และชีพจรส่วนปลายของผู้ป่วย - บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในช่วงแรก และทุก 1 ชั่วโมงเมื่อคงที่ - ประเมินอุณหภูมิและชีพจรปลายมือปลายเท้าทุก 1 ชั่วโมง ช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังจากนั้นประเมินทุก 2 ชั่วโมง เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน - สังเกตอาการเส้นเลือดอุดตันจากฟองอากาศ (air embolism) เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อยมีภาวะขาดออกซิเจน โดยบันทึกค่าแรงดัน <p><u>ดูแลหลังทำ CRRT</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เตรียม 0.9% NSS สำหรับคืนเลือด ≥ 300 ml. และทำการคืนเลือดให้ผู้ป่วยอย่างปลอดภัย - บันทึกปริมาณสารน้ำที่ดึงออก (UF) - ดูแลสาย Vascular access เพื่อให้สามารถใช้งานต่อได้ โดยลือคสายด้วย Heparin <p>5. ติดตามและรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN Cr Electrolyte ABG พร้อมรายงานแพทย์</p> <p><u>การวิเคราะห์</u></p> <p>ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะเลือดเป็นกรด มีภาวะโพแทสเซียมสูง ได้รับการดูแลรักษาเพื่อบำบัดทดแทนการทำงานที่สูญเสียไปของไต มีการจัดของเหลวและของเสียออกจากร่างกายอย่างช้าๆแต่ยังคงสามารถปรับสมดุลในร่างกายได้ แม้ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะไม่คงที่ที่สามารถปรับตัวให้ทนต่อการบำบัดได้ตามมาตรฐานมีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น Air embolism Infection Electrolyte imbalance Dehydration Hypotension Dialyzer Reaction</p> <p><u>ประเมินผล</u> (หลังให้การพยาบาล 1-3 วัน)</p> <p><i>กรณีศึกษา 1;</i> การทำ CRRT สามารถทำเฉพาะในงานผู้ป่วยหนัก เท่านั้นหลังทำครบ 24 ชั่วโมงสามารถ Off CRRT ได้ สัญญาณชีพเริ่มคงที่ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง SBP 100-130 mmHg. DBP 65-90 mmHg. HR 100-120 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที ภาวะ acidosis ดีขึ้น ผล Arterial blood gas (26/11/ 2565 at 06.00 น.) pH=7.22, PaO₂=180 mmHg., PaCO₂=28 mmHg., HCO₃=11.6</p> <p>Arterial blood gas (26/11/ 2565 at 22.00 น.) pH=7.49, PaO₂=200 mmHg., PaCO₂=24 mmHg., HCO₃=22.8 meq/L</p> <p><i>กรณีศึกษา 2;</i> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพเริ่มคงที่ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง SBP 110-130 mmHg., HR 100-120 ครั้ง/นาที, RR 24 ครั้ง/นาที ภาวะ acidosis ดีขึ้นผล Arterial blood gas (15/5/2566 at 04.00 น.) pH=7.42, PaO₂=224 mmHg., PaCO₂=26 mmHg., HCO₃=20 meq/L</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการอ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด 2. ดูแลให้ได้รับ Kalimate 30 gm. ใส่น้ำ 50 ml. rectal suppose q 2 ชั่วโมง 4 dose (เฉพาะกรณีศึกษาที่ 1)
--	--	---

<p>ข้อมูลสนับสนุน S: - O: (25/11/65) ผลElectrolyte พบว่า potassium ในเลือด 6.6</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่</p> <p>เกณฑ์การประเมิน 1. Serum potassium ในเลือด 3.5-5.1 mmol/L 2. ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 3. ปัสสาวะออก 30 ml/kg/hr, I/O balance 4. ระดับความรู้สึกตัวปกติ</p> <p>5. ระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง เนื่องจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: - O: น้ำตาลในเลือดผู้ป่วยไม่คงที่ ตั้งแต่ วันที่ 25-26/11/ 2565 ช่วง 114-High mg %</p> <p>วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง</p> <p>เกณฑ์การประเมิน 1. น้ำตาลในเลือดก่อนอาหารอยู่ในช่วง 110 - 180 mg% 2. ไม่มีอาการที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น มึนงง ปวดศีรษะ อ่อนหิวร่างกายต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น และไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนเกิดภาวะคีโตนคั่ง</p> <p>6. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน เนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ และมีทางเปิดเข้าของเชื้อโรค</p>	<p>S: - O: (15/5/66) ผล Electrolyte พบว่า Sodium ในเลือด 128.2 potassium ในเลือด 5.1</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่</p> <p>เกณฑ์การประเมิน 1. Serum Sodium ในเลือด 135-145 mmol/L 2. ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 3. ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงกว่าเดิม 4. ระดับความรู้สึกตัวปกติ 5. ปัสสาวะออก 30 ml/kg/hr, I/O balance</p> <p>5. ระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง เนื่องจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: - O: น้ำตาลในเลือดผู้ป่วยไม่คงที่ ตั้งแต่ วันที่ 15-18/5/ 2566 ช่วง 102-342 mg %</p> <p>วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง</p> <p>เกณฑ์การประเมิน 1. น้ำตาลในเลือดก่อนอาหารอยู่ในช่วง 110 - 180 mg% 2. ไม่มีอาการที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น มึนงง ปวดศีรษะ อ่อนหิวร่างกายต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น และไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนเกิดภาวะคีโตนคั่ง</p> <p>6. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน เนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ และมีทางเปิดเข้าของเชื้อโรค</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: -</p>	<p>3. ดูแลให้ได้รับ Kalimate 30 gm. ใส่น้ำ 50 ml. rectal suposse 1 dose (เฉพาะกรณีศึกษาที่ 2) 4. ดูแลก่อน ขณะและหลังทำ CRRT (เฉพาะกรณีศึกษาที่ 1) 5. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NaCl 1000 ml. IV. 40-80 ml/hr. 6. On Monitor EKG ประเมินความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 7. ติดตามผล Electrolyte หลังได้ยาครบ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 8. ประเมิน อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา คลื่นไส้ อาเจียน 9. ประเมินความสมดุลของ Fluid intake - output ทุก 2-4 ชั่วโมง พร้อมกับบันทึก</p> <p>การวิเคราะห์ ผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมสูงซึ่งเสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นพยาบาลต้องมีความสามารถในการอ่าน EKG อาการและอาการแสดงก่อนผล Lab จะรายงานผล เพื่อการรักษาทันท่วงที</p> <p>ประเมินผล (หลังให้การพยาบาล 1-3 วัน) <i>กรณีศึกษา 1;</i> หลังได้รับการรักษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี potassium ในเลือด 4.28 mmol/L ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัสสาวะออก 600-2,800 ml/day, I/O balance <i>กรณีศึกษา 2;</i> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Serum Sodium ในเลือด 138 mmol/L ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัสสาวะออก 1,500-2,100 ml/day, I/O balance</p> <p>1. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1 ชั่วโมง (ช่วงให้ RI (1:1) IV drip (เฉพาะกรณีศึกษาที่ 1)) และเจาะ 4-6 ชั่วโมงในช่วงปกติพร้อมรายงานแพทย์ และให้อินซูลินตามแผนการรักษา 2. ฝ้าติดตามอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น มึนงง ปวดศีรษะ อ่อนหิวร่างกายต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น และน้ำตาลในเลือดสูง เช่น คอแห้ง ปากแห้ง 3. ป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ กรณีได้อินซูลิน โดยระดับน้ำตาลต้องอยู่ในช่วง 110 - 180 mg% ถ้ามีภาวะน้ำตาลต่ำ รายงานแพทย์พิจารณาให้ Glucose</p> <p>การวิเคราะห์ ผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานเดิมจะมีระดับน้ำตาลยังไม่คงที่พยาบาลต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา</p> <p>ประเมินผล (หลังให้การพยาบาล 1-3 วัน) <i>กรณีศึกษา 1;</i> DTX อยู่ในช่วง 114-361 mg% แพทย์ให้ อินซูลินตาม scale และเพิ่ม Mixtard 6-0-6 SC ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง <i>กรณีศึกษา 2;</i> ระดับน้ำตาล อยู่ในช่วง 114-226 mg % ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง รับประทานอาหารได้</p> <p>1. ประเมินอาการที่บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อได้แก่ - อ่อนหิวร่างกาย < 36 °C หรือ >38°C - CBC < WBC=4,400 –13,000 cell/mm³ (ในผู้หญิง) และ < WBC=4,500 –11,000 cell/mm³ (ในผู้ชาย)</p>
--	---	---

<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: -</p> <p>O: ผล WBC 21,000 cell/mm³ (25/11/2565)</p> <p>O: ผู้ป่วย On ET tube, On NG tube, On Central line, On DLC, Retained Foley's catheter ซึ่งเป็นทางเปิดของเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของร่างกาย</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> อุณหภูมิ 36.5–37.5 °C WBC= 4,400 –13,000 cell/mm³ บริเวณที่ On ET tube, On NG tube, On Central line, On DLC, Retained Foley's catheter ไม่มีอาการบวมแดง เสมหะไม่เขียวข้น Urine ไม่มีตะกอนหรือหนองปนออกมา ผลการเพาะเชื้อต่าง ๆ ไม่พบเชื้อ <p>7. ได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจากภาวะ Hypermetabolism จากเจ็บป่วยวิกฤต</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: -</p> <p>O: BW=75 kg สูง=163 cm. BMI=28.23 Kg/m² (อ้วนระดับ 2)</p> <p>O: ความต้องการพลังงานตาม Basel Energy Expenditure; BEE ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับจริง = 1,466.5 kcal/day ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับใน</p>	<p>O: ผล WBC 21,000 cell/mm³ (25/11/2565)</p> <p>O: ผู้ป่วย On ET tube, On NG tube, On Central line, Retained Foley's catheter ซึ่งเป็นทางเปิดของเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของร่างกาย</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> อุณหภูมิ 36.5–37.5 °C WBC= 4,500 –11,000 cell/mm³ บริเวณที่ On ET tube, On NG tube, On Central line, On DLC, Retained Foley's catheter ไม่มีอาการบวมแดง เสมหะไม่เขียวข้น Urine ไม่มีตะกอนหรือหนองปนออกมา ผลการเพาะเชื้อต่าง ๆ ไม่พบเชื้อ <p>7. ได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจากภาวะ Hypermetabolism จากเจ็บป่วยวิกฤต</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: -</p> <p>O: Albumin = 2.9 gm% (15/5/66)</p> <p>O: BW=60 kg สูง= 156 cm. BMI=24 Kg/m² (ปกติ)</p> <p>O: ความต้องการพลังงานตาม Basel Energy Expenditure; BEE ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับจริง = 1,355.2 kcal/day ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับใน 1</p>	<ol style="list-style-type: none"> ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการให้การพยาบาล สังเกตอาการผิดปกติของบริเวณที่ให้ IV Fluid Central line, On NG tube, Retained Foley's Catheter เช่น อาการปวด บวม แดง ปัสสาวะขุ่น ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ติดตามและฟังปอดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจและดูดเสมหะเมื่อมีเสมหะ Complete Bed Bath วันละ 1 ครั้ง ดูแลทำความสะอาดปากและฟันทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ดูแลอุปกรณ์และเครื่องมือที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ <p>การวิเคราะห์</p> <p>ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตมีการสอดใส่สายต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกายพยาบาลผู้ดูแลเฝ้าระวังตลอด 24 ชั่วโมงจะต้องให้การพยาบาลแบบมีมาตรฐานและประเมินการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็วเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมา</p> <p>ประเมินผล (หลังให้การพยาบาล 1-3 วัน)</p> <p><i>กรณีศึกษา 1;</i> หลังให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ทำให้ภาวะการติดเชื้อ ในร่างกายผู้ป่วยลดลงและไม่มีการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้นผล WBC และผล Chest X-ray ปกติ อุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5–37.3 องศาเซลเซียส</p> <p><i>กรณีศึกษา 2;</i> หลังให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ทำให้ภาวะการติดเชื้อ ในร่างกายผู้ป่วยลดลงและไม่มีการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้นผล WBC และผล Chest X-ray ปกติ อุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5–37 องศาเซลเซียส</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินภาวะโภชนาการ ความชุ่มชื้นของผิวหนัง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ดูแลให้ได้รับอาหารเหลวทาง NG feed ตามแผนการรักษา BD (1:1) 300 ml x 4 feed (กรณีศึกษาที่ 1) คำนวณพลังงานที่ควรได้รับตามความต้องการตามสภาพของผู้ป่วย โดยใช้สูตรคำนวณพลังงาน BEE เท่ากับ 1,466.5 kcal/day (กรณีศึกษาที่ 1) และ 1,355.2 kcal/day (กรณีศึกษาที่ 2) พร้อมรายงานแพทย์ปรับปริมาณพลังงาน ดูแลรักษาความสะอาดช่องปากและฟัน อย่างน้อย ทุก 4 ชม. กระตุ้นความอยากอาหาร ประเมินการทำงานของ Bowel sound อย่างน้อยเวลาละ 1 ครั้ง ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา <p>การวิเคราะห์</p> <p>ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตสารอาหารมีส่วนสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานที่เพียงพอต่อ Early EN ภายใน 24-48 ชั่วโมง</p>
---	---	--

<p>1 วัน=1200 kcal. ผู้ป่วยขาดพลังงาน =266.5 kcal. <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานเพียงพอ</p> <p><u>เกณฑ์การประเมิน</u></p> <p>1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารทาง NG feed ได้ไม่มีสำลัก ได้พลังงาน 1,466.5 kcal/day</p> <p>2. Albumin =3.2-4.5gm%</p> <p>3. HCT=35-45%</p> <p>4. ผิวหนังชุ่มชื้นริมฝีปากไม่แห้ง</p> <p>8. มีภาวะไม่สุขสบาย อาการเจ็บปวด เนื่องจากมีการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการดูดเสมหะ</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u></p> <p>S: -</p> <p>O: ขณะดูดเสมหะผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบายตื่นไปมาใช้มือตีที่เตียงขณะดูดเสมหะ</p> <p>O: BPS 5 คะแนน</p> <p>O: On ET tube, Retained foley's Catheter, Double Lumen Catheter</p> <p>O: ได้รับการทำ CRRT</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อลดหรือขจัดความไม่สุขสบายอาการเจ็บปวดจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ การดูดเสมหะ</p> <p><u>เกณฑ์การประเมิน</u></p> <p>1. ผู้ป่วยไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวดหรือสีหน้าไม่สุขสบายขณะดูดเสมหะ</p> <p>2. ผู้ป่วยไม่ยกมือไปมาขณะดูดเสมหะ</p> <p>3. สัญญาณชีพคงที่</p> <p>4. BPS ลดลงน้อยกว่า 3</p> <p>9. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากภาวะโรคที่มีความรุนแรงและขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u></p> <p>S: ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการเกี่ยวกับโรค</p>	<p>วัน=800 kcal. ผู้ป่วยขาดพลังงาน=555.2 kcal. <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานเพียงพอ</p> <p><u>เกณฑ์การประเมิน</u></p> <p>1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารทาง NG feed ได้ไม่มีสำลัก ได้พลังงาน 1,355.2 kcal/day</p> <p>2. Albumin =3.2-4.5gm%</p> <p>3. HCT=35-45%</p> <p>4. ผิวหนังชุ่มชื้นริมฝีปากไม่แห้ง</p> <p>8. มีภาวะไม่สุขสบาย อาการเจ็บปวด เนื่องจากมีการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการดูดเสมหะ</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u></p> <p>S: -</p> <p>O: ขณะดูดเสมหะผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบายใช้มือตีที่เตียงขณะดูดเสมหะ</p> <p>O: BPS 4 คะแนน</p> <p>O: On ET tube, Retained foley's Catheter, Double Lumen Catheter</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อลดหรือขจัดความไม่สุขสบายอาการเจ็บปวดจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ การดูดเสมหะ</p> <p><u>เกณฑ์การประเมิน</u></p> <p>1. ผู้ป่วยไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวดหรือสีหน้าไม่สุขสบายขณะดูดเสมหะ</p> <p>2. ผู้ป่วยไม่ยกมือไปมาขณะดูดเสมหะ</p> <p>3. สัญญาณชีพคงที่</p> <p>4. BPS ลดลงน้อยกว่า 3</p> <p>9. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากภาวะโรคที่มีความรุนแรงและขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u></p> <p>S: ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการเกี่ยวกับโรค</p>	<p>ประเมินผล (หลังให้การพยาบาล 1-3 วัน)</p> <p><i>กรณีศึกษา 1;</i> ผู้ป่วยรับประทานอาหารทาง NG feed ได้ดี ไม่มี Content เหลือ ผู้ป่วยหลัง Off ET tube และ NG tube ในวันที่ (28/11/2565) แพทย์ให้รับประทานเป็นอาหารอ่อนได้ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี ได้รับพลังงานตามความต้องการของร่างกาย ผิวหนังและริมฝีปากไม่แห้ง Hct 45 vol%</p> <p><i>กรณีศึกษา 2;</i> ผู้ป่วยดื่มน้ำดอาหารระหว่างนอนรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 หลัง หลัง Off ET tube และ NG tube ในวันที่ (16/05/2565) แพทย์ให้รับประทานเป็นอาหารได้ ได้รับพลังงานตามความต้องการของร่างกาย ผิวหนังและริมฝีปากไม่แห้ง Hct 31.6 vol%</p> <p>1. ประเมินบันทึกระดับความเจ็บปวดด้วย BPS</p> <p>2. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม. หรือหลังมีกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>3. อธิบายเหตุผลความจำเป็นที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ</p> <p>4. แจ้งและอธิบายทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล โดยให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็ว</p> <p>5. ดูดเสมหะเมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นเท่านั้นแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนดูดเสมหะทุกครั้งดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล ใช้เวลาแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาทีแต่ละรอบไม่ควรเกิน 10-15 นาที</p> <p>6. ใช้สายดูดที่มีความเหมาะสม คือเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณครึ่งหนึ่ง หรือไม่เกินสองในสามของเส้นผ่าศูนย์กลางภายในท่อช่วยหายใจ</p> <p>7. หลังดูดเสมหะดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน</p> <p>การวิเคราะห์</p> <p>การประเมินความเจ็บปวดเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยหนักที่ไม่สามารถสื่อสารได้ พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องประเมินความเจ็บปวดโดยใช้แบบประเมิน Behavioral Pain Assessment Scale เพื่อให้การรักษายาบรรเทาความทุกข์ทรมาน</p> <p>ประเมินผล (หลังให้การพยาบาล 1-3 วัน)</p> <p><i>กรณีศึกษา 1;</i> ผู้ป่วย BPS 5 คะแนนขณะดูดเสมหะหน้าจากนั้น BPS ลดลงเหลือ 2 คะแนนให้ความร่วมมือดีต่อด้านการรักษาหน้าตาคลายความกังวลหลับพักผ่อนได้</p> <p><i>กรณีศึกษา 2;</i> ผู้ป่วย BPS 4 คะแนนขณะดูดเสมหะหน้าจากนั้น BPS ลดลงเหลือ 1 คะแนนให้ความร่วมมือดีต่อด้านการรักษาหน้าตาคลายความกังวลหลับพักผ่อนได้</p> <p>1. พุดคุยแนะนำตัวสร้างสัมพันธที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมั่นใจโดยใช้เทคนิค Touch Therapy เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นมิตร</p> <p>2. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติและประเมินสาเหตุความวิตกกังวลและประเมินระดับความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน Gaberson (แบบประเมินความวิตกกังวล)</p>
--	---	--

<p>S: ญาติซักถามอาการเมื่อเข้าเยี่ยม</p> <p>O: สีหน้าผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล</p> <p>O: ประเมินระดับความวิตกกังวลโดยใช้มาตรวัดความวิตกกังวลของ Gaberson KB ระดับ 6 คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าดูสดชื่นและแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสม 2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัว และการให้การพยาบาล 3. ประเมินระดับความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน Gaberson ได้คะแนน < 3 <p>10. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่ายอย่างปลอดภัย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยและญาติบอกไม่มั่นใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน</p> <p>O: ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวและรับประทานยาเบาหวานและต้องมาตรวจตามนัด</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลมีความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน 2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน 2. ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ 	<p>O: สีหน้าผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล</p> <p>O: ประเมินระดับความวิตกกังวลโดยใช้มาตรวัดความวิตกกังวลของ Gaberson KB 5 คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าดูสดชื่น และแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสม 2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัว และการให้การพยาบาล 3. ประเมินระดับความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน Gaberson ได้คะแนน < 3 <p>10. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่ายอย่างปลอดภัย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: -</p> <p>O: ผู้ป่วยเป็นต่อมลูกหมากโต</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลมีความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน 2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน 2. ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 3. ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4. ยอมรับและเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเกี่ยวกับอาการ,รักษาได้พบแพทย์ผู้รักษาเพื่อทราบแนวทางการรักษาเป็นระยะ ๆ 5. บอกผู้ป่วยและอธิบายถึงเหตุผลในการให้การพยาบาลทุกครั้งเพื่อความเข้าใจและให้ความร่วมมือ 6. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ 7. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของอาการและการรักษาเพื่อความเข้าใจ 8. จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนพยายามให้บรรยากาศสงบราบรื่น 9. เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึก ความคาดหวังและให้เยี่ยมอาการ 10. การยอมรับภาวะกังวลของญาติ การให้คำอธิบายโดยใช้คำพูดที่ง่ายเกี่ยวกับการรักษา <p>การวิเคราะห์</p> <p>ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในผู้ป่วยวิกฤตสามารถคลายความวิตกกังวลด้วยการให้ข้อมูลสื่อสาร การสัมผัส การได้ระบายความรู้สึก การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ</p> <p>ประเมินผล (หลังให้การพยาบาล 1-3 วัน)</p> <p>กรณีศึกษาทั้ง 1,2; ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลหลังได้รับการรักษามา 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้</p> <p>คำแนะนำก่อนย้ายเตียงสามัญโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวปฏิบัติตามหลัก D-METHOD ดังนี้</p> <p>D: Disease ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโดยใช้กระบวนการทำ Nursing Round ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (กรณีศึกษาที่1) โรคต่อมลูกหมากโต (กรณีศึกษาที่2)</p> <p>M: Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ และการสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยา</p> <p>E: Environment การดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การดูแลเครื่องใช้ประจำตัวของผู้ป่วยให้สะอาดอยู่เสมอ - ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมได้ตามปกติ ระวังการพลัดตกหกล้ม <p>T: Treatment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยการพักผ่อนนอนหลับ ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง</p> <p>H: Health care การดูแลสุขอนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำวิธีการอาบน้ำดูแลความสะอาดปากและฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหลังอาหารและก่อน เพื่อป้องกันปากเป็นแผล และส่งเสริมให้มีน้ำลาย ความชื้น ภายในช่องปากและสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
--	---	---

		<p>O: Outpatient Referral การส่งต่อและการติดตามการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดและนำอาการผิดปกติต่างๆ ที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น เหนื่อยมากขึ้น ปัสสาวะมากขึ้น มีอาการปากแห้ง คอแห้ง (กรณีศึกษาที่1) มีปัสสาวะแสบขัดและขุ่น เป็นไข้ (กรณีศึกษาที่2)</p> <p><i>กรณีศึกษาที่ 1 (ต่อ);</i></p> <p>D: Diet อาหารและโภชนาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้รับประทานอาหารที่สะอาด ปรุงสุกใหม่ - หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็มเพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เกลือไม่ควรเกิน 6 กรัม หรือ 1 ช้อนชา/วัน น้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชา/วัน - หลีกเลี่ยงเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ ไต สมอง - เลี่ยงเครื่องดื่ม น้ำอัดลม น้ำผลไม้กล่อง <p><i>กรณีศึกษาที่ 2</i></p> <p>D: Diet อาหารและโภชนาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้รับประทานอาหารที่สะอาด ปรุงสุกใหม่ - แนะนำให้รับประทาน ธัญพืช ผัก ผลไม้หลากสี ซึ่งช่วยกำจัดอนุมูลอิสระ - แนะนำรับประทานเนื้อปลาแซลมอล - หลีกเลี่ยงสัตว์เนื้อแดง ผลิตภัณฑ์นม เกลือ <p>การวิเคราะห์</p> <p>การปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้จะส่งเสริมการหายของโรคดีขึ้นต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวได้ ถูกต้องโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วย</p> <p>ประเมินผล (หลังให้การพยาบาล 1-3 วัน)</p> <p><i>กรณีศึกษา 1 และ 2;</i> ผู้ป่วยเข้าใจแนวการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง</p>
--	--	---

อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า มีความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยเฉพาะเพศ อาชีพ โรคประจำตัว ในรายที่ 1 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ทำให้มีปัญหาเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ที่ไม่มีโรคเบาหวาน ผู้ป่วยทั้งสองมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเหมือนกัน ผู้ป่วยทั้งสองรายมีภาวะแทรกซ้อนและการดำเนินของโรคคล้ายคลึงกัน คือมีภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง ไตวายเฉียบพลัน ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ระบบหายใจล้มเหลว แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรุนแรงที่มากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับยาเบาหวานชนิดเมทฟอร์มิน (Metformin) ซึ่งยาตัวนี้ ถ้าร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำจะกระตุ้นให้เกิดกรดแลคติกในร่างกายเพิ่มขึ้น

ซึ่งในกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วย มีภาวะขาดน้ำจากการถ่ายเหลวร่วมกับคลื่นไส้อาเจียน จึงส่งผลทำให้ภาวะเลือดเป็นกรดในร่างกายรุนแรงกว่า จนไม่สามารถรักษาด้วยการให้ยาเพียงอย่างเดียวได้ จึงต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT) แต่ในกรณีที่ 2 ภาวะเลือดเป็นกรดสามารถรักษาด้วยการให้ยาและใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยหนัก เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ยาปฏิชีวนะ ยารักษาความเป็นกรดในร่างกายเหมือนกัน และมีความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคและการรักษาค่อนข้างมาก เมื่อได้รับการดูแลและการพยาบาลอย่างใกล้ชิด พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น พ้นจากภาวะวิกฤตได้เร็วและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ภาวะจิตใจที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวและกลับไปอยู่กับสังคมได้ แต่ผู้ป่วยทั้งสองรายใช้ระยะเวลาในการหายไม่เท่ากัน โดยผู้ป่วยรายที่ 1 รวมวันนอน 7 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 รวมวันนอน 3 วัน นับว่าผู้ป่วยทั้งสองรายอาการดีขึ้นได้เร็ว^{3,4}

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรอง ดูแลรักษา การพยาบาลตาม CPG, CNPG Sepsis/Septic shock การใช้ New Score ตาม service Plan แก่บุคลากรใหม่และการฟื้นฟูบุคลากรทุก 6 เดือนตามแผน HRD
2. ควรมีกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกเดือนในรูปแบบคณะกรรมการ เพื่อนำปัญหาที่ได้มาพัฒนาร่วมกันเมื่อมีผู้ป่วย Septic shock เข้ารับการรักษาเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

ทั้งองค์กร โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานตามมาตรฐานวิชาชีพ

3. จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยทำ CRRT จัดทำคู่มือการทำ CRRT และการประเมินติดตามทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ทำ CRRT ซึ่งถือว่าเป็น Job Specification เป็นคุณสมบัติที่จำเป็นของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักและควรมีพยาบาล CM (Case manager) เรื่องการทำ CRRT เพื่อติดตามและดูแลให้คำปรึกษาแก่พยาบาลด้วยกันได้

4. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

5. จัดตั้งทีม RRT ในโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการเพื่อช่วยเหลือ ชี้แนะสอนสาธิตและให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2563). โรคติดเชื้อในกระแสเลือด. ค้นจาก กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข
2. แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย
3. เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารัตน์ สมรูป. (2558). คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล เล่ม 1. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์ จำกัด.
4. ทศนี รอดภัย. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร, 4(1), 56-67.
5. ณะพันธ์ พิบูลย์บรรณกิจ. (2558). ยาต้านจุลชีพที่สำคัญ. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย.
6. นนทรรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์และชยธิดา ไชยวงษ์. (2566). การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยและการสาธารณสุขภาคใต้, 7(1), 319-330.
7. นิตยา ภูริพันธุ์และคณะ. (2563). ผลลัพธ์การพัฒนาการใช้ Sepsis protocol checklist Lerdsin Hospital Outcome of development of the Lerdsin Hospital sepsis protocol checklist. Journal of Health and Nursing Research, 30(1), 12-21.
8. บุชยามาส ชิวสกุลยง และชัยยุทธ เจริญธรรม. (2558). ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. เชียงใหม่: ทริค ดิงค์.
9. แบบแผนสุขภาพ. (2562). 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน. ค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2566, จาก www.mindmeister.com.
10. ปรานี ทุไฟเราะ. (2559). คู่มือยา. กรุงเทพฯ: N P Limited Partnership.
11. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 แนวเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อ.

12. มณฑิรา มณีรัตน์พระ และคณะ. (2561). อายุรศาสตร์ทันยุค2561. กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล.
13. เรณู สอนเครือ. (2562). แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1. นนทบุรี: ยุทธินทร์การ พิมพ์.
14. วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: พี.เค.เค.พรินท์ติ้ง จำกัด
15. วิทยา ศรีตามา. (2557). หัตถการทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
16. สมจิตร หनुเจริญกุล. (2559). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง.
17. เสาวนีย์ เนาวพานิช และวันเพ็ญ ภัฏญโญภาสกุ. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรศาสตร์ (Critical Care Medical Nursing). นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
18. แสงสม เพิ่มพูน (2563). การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (Septic Shock). วารสารมหาวิทยาลัยนครปฐม , 12(1), 1071-1081.
19. อนุกุล เปล่งปลั่ง. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 4(1), 1-20.
20. เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2559). Critical Care; At Difficult Time. กรุงเทพฯ: บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลจนะ

The effect of cognitive behavioral therapy program on the quality of life among drug dependence patients at Chana hospital.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 28,2023)

ธัญลักษณ์ สารพร¹
Tunyaluck Saraporn¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลจนะ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน คือ สถิติ Chi-square สถิติ t-test และสถิติ (Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 90.0) มีอายุเฉลี่ย 41.83 ปี (S.D.= 10.127) เริ่มเสพยาเสพติดเมื่ออายุเฉลี่ย 24.88 ปี (S.D.=6.858) การวิเคราะห์หลังจบโครงการฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนเข้าร่วม หลังเข้าร่วมทันที และหลังจบโครงการฯ 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (F=14.982) และความแปรปรวนระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาโครงการ มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (F=0.017) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและผู้ป่วยกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (F=259.305)

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยยาเสพติด การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

Abstract

This research was Quasi – experimental research. The objective of this study was to examine how a cognitive-behavioral therapy program affects the quality of life of drug addicts receiving outpatient treatment at Chana Hospital in Songkhla Province. The research design employed a quasi-experimental approach, involving two distinct groups: one assessed before the therapy program and the other assessed after the intervention, known as the pretest-posttest control group design. The study included a sample of 40 participants currently undergoing treatment at Chana Hospital, with 20 individuals assigned to the experimental group and 20 to the control group. Descriptive statistics, including percentages, frequencies, means, and standard deviations, were utilized for data analysis. Inferential statistics, such as chi-square, t-tests, and repeated measures ANOVA.

The findings of the study indicate that the majority of participants were male (90.0%), with an average age of 41.83 years (SD = 10.127). The average age at which participants first initiated drug use was 24.88 years (SD = 6.858). Significant differences were observed in the mean scores of quality of life between the experimental group, which underwent the program, and the control group, which received standard treatment before their involvement in the project. These differences were evident both immediately after project enrollment and one month following its completion, reaching a statistically significant significance level of 0.05 (F = 14.982). Furthermore, the analysis of variance indicated a statistically significant interaction between the groups and the duration of the project at the 0.05 level (F = 0.017). The mean quality of life scores significantly varied between the experimental group, receiving the program, and the control group patients, who received regular therapy, at the 0.05 level (F = 259.305).

Keywords: The cognitive behavioral therapy program, Quality of life, Drug dependence patient, Rehabilitation.

¹ โรงพยาบาลจนะ

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่างๆ จากรายงานการใช้สารเสพติดทั่วโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2562 พบว่าประชากรอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป มีการใช้ยาเสพติด จำนวน 57.2 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 17.8 ในปี พ.ศ.2558 เป็นร้อยละ 20.8 ในปี พ.ศ.2562⁽¹⁾ และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นถึง 299 ล้านคน ในปี พ.ศ.2573 ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อเนื่องในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) สุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ อารมณ์และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น 2) ผลกระทบต่อความ สัมพันธภาพในครอบครัว ดังเดิมลดลง ปัญหาความแตกแยก และความรุนแรงในครอบครัว 3) ผลกระทบต่อสังคม ต้องเผชิญกับปัญหาการลักทรัพย์ในชุมชน อาชญากรรม รวมถึงปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์⁽²⁾

โรงพยาบาลจะนะ เป็นเครือข่ายสถานพยาบาลในการบำบัดรักษาสุขภาพจิตแห่งหนึ่งในภาคใต้ และเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากยาเสพติดที่เป็นภัยแทรกซ้อนของพื้นที่อีกด้วย⁽³⁾ จากรายงานพบจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุขภาพจิตตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 - 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสวนทางกับผู้ป่วยที่รักษาหายที่มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 25.6, 7.7, 7.2, 8.7, และ 3.4 ตามลำดับ⁽⁴⁾ จากสถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบันที่ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ตระหนักถึงการหาทางแก้ไข การพัฒนาแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยให้เกิดความยั่งยืน กระตุ้นความต้องการหายจากภาวะที่เป็นอยู่ และความรู้สึกรักษาสุขภาพจิตลดลง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT.)⁽⁵⁾ ที่เป็นการเพิ่มทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรม แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังไม่พบว่ามีกรนำมาใช้หรือศึกษาในพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมาย

ใกล้เคียง ซึ่งส่วนใหญ่จะพบการศึกษาในกลุ่มของวัยรุ่นที่ใช้ยาเสพติด

จากช่องว่างดังกล่าวและความจำเป็นที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าหากผู้ป่วยติดยาเสพติดได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงเกิดความสนใจพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้การบำบัดทั้งแบบเผชิญหน้าและการใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลจะนะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลจะนะระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด วิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยเสพติดสารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้เสพติดยาเสพติดตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่

เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก และยังคงรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจะนะจำนวน 40 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 2) สามารถสื่อสารได้ และมีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และติดตามผลการรักษาตลอดจนจบโครงการ เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) 1) อาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด ได้น้อยกว่าร้อยละ 80 ของกิจกรรมทั้งหมด 2) อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคในการวิจัย 3) อาสาสมัครมีอาการถอนพิษของยาเสพติด (Withdrawal Symptom)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ตามการศึกษาของ Keoleian V et al. 2013⁽⁶⁾ อำนาจทดสอบที่ร้อยละ 81.29 และโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็นร้อยละ 18.71 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 จากนั้นจึงนำไปคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม คือ 13 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ร้อยละ 50 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 ราย รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งเป็นการบำบัดแบบเผชิญหน้า ร่วมกับการใช้เทคโนโลยี โดยโปรแกรมฯ นี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การเตรียมความพร้อม การค้นหาและวิเคราะห์ความ

บิดเบือน และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีทั้งหมด 8 กิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างเอง มีลักษณะคำถาม คือ แบบเลือกตอบและเติมคำตอบ ทั้งสิ้นจำนวน 11 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติด⁽⁷⁾ ครอบคลุม 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 65 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ กิจกรรมเนื้อหา และการประเมินผลกิจกรรมว่ามีความสอดคล้องกับนิยาม หรือไม่ หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อชี้แนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจะนะ ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 30 ราย โดยมีค่าความเที่ยงที่ดีและค่าสัมประสิทธิ์คอนบาคแอลฟา สูงกว่า 0.7 ทุกมิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนระดับคุณภาพชีวิต และคะแนนความรู้สึกร้อยกายยาเสพติดด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ได้แก่ สถิติ Dependent t-test, Independent t-test และ

Repeated Measure ANOVA โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เพื่อขอรับการพิจารณารับรองว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการ

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการใช้ยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 90.0) มีอายุเฉลี่ย 41.8 ปี (SD. 10.1) สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 75.0) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 55.0) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 85.0) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 40.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,235 บาท (SD. 5014.4) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.0) เริ่มเสพยาเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 24.9 ปี (SD. 6.9) ยาเสพติดที่ใช้ก่อนมาเข้ารับการบำบัดของกลุ่มทดลอง คือ เฮโรอีน (ร้อยละ 85.0) และกลุ่มควบคุม คือ กัญชา (ร้อยละ 75.0) จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดทั้ง 2 กลุ่ม รวมครั้งนี้เฉลี่ย 1.88 ครั้ง (SD. 1.5)

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดก่อน และหลังการเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งที่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 227.10 คะแนน เป็น 242.75 คะแนน และผลการวิเคราะห์ทางสถิติ แสดงว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.049) ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตลดลงหลังจบโครงการ คือ จาก 225.35 คะแนน เป็น 197.70 คะแนน และผลการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.232) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดก่อน และหลังการเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งที่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดรักษาปกติ

คุณภาพชีวิต	\bar{x}	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=20)					
ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ	227.10	34.963	19	-1.856	0.049*
หลังเข้าร่วมโครงการฯ	242.75	7.010			
กลุ่มควบคุม (n=20)					
ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ	225.350	7.949	19	-1.234	0.232
หลังเข้าร่วมโครงการฯ	197.700	7.406			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดสารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดก่อน และหลังการเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งที่ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดรักษาปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดก่อนการทดลอง

ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังจบโครงการฯ แล้ววัดผลทันทีพบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลอง แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value}<0.001$) โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 242.75$ และ 197.70) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดก่อน และหลังการเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งที่ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดรักษาปกติ

คุณภาพชีวิต	\bar{x}	S.D.	df	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ					
กลุ่มทดลอง (n=20)	227.10	34.963	20.959	4.085	0.052
กลุ่มควบคุม (n=20)	225.35	7.949			
หลังเข้าร่วมโครงการฯ					
กลุ่มทดลอง (n=20)	242.75	7.010	38	19.340	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n=20)	197.70	7.706			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดสารเสพติดในช่วงก่อนการเข้าร่วมโครงการฯ หลังจบโครงการฯ ทั้งที่ และหลังจบโครงการฯ 1 เดือน

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะก่อนเข้าร่วมโครงการฯ หลังการเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งที่ และหลังจบโครงการฯ 1 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA พบว่า มีการละเมิดข้อตกลงเรื่องความเท่ากันของความแปรปรวนภายในของชุดข้อมูลที่วัดต่างเวลากัน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการทดสอบของกรีนเฮาส์-เกอร์เซอร์ เอฟซิลอน (Greenhouse-Geisser Epsilon) ผลการทดสอบความแปรปรวนพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F=14.982$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาโครงการ พบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F=6.245$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะก่อนเข้าร่วมโครงการฯ หลังการเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งที่ และหลังจบโครงการฯ 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F=259.305$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มทดลองในระยะก่อนเข้าร่วมโครงการฯ หลังการเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งที่ และหลังจบโครงการฯ 1 เดือน ทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni correction พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะหลังจบโครงการฯ 1 เดือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.028$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะหลังจบโครงการฯ 1 เดือน สูงกว่าหลังการเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) ดังแสดงตารางที่ 3 – 5

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะก่อนเข้าร่วมโครงการฯ หลังการเข้าร่วมโครงการฯ ทันทันที และหลังจบโครงการฯ 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดรักษาปกติ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	P
ภายในกลุ่ม					
เวลา	5832.225	1	5832.225	14.982	<0.001*
เวลา*กลุ่ม	2431.013	1	2431.013	6.245	0.017*
ความคลาดเคลื่อน	14793.175	38	389.294		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะก่อนเข้าร่วมโครงการฯ หลังการเข้าร่วมโครงการฯ ทันทันที และหลังจบโครงการฯ 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดรักษาปกติ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	P
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	58609.200	1	58609.200	259.305	<0.001*
ความคลาดเคลื่อน	8588.933	38	226.025		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มทดลองในระยะเวลาโครงการฯ หลังการเข้าร่วมโครงการฯ ทันทันที และหลังจบโครงการฯ 1 เดือน

ระยะเวลาโครงการฯ		Mean Difference	Std.Error	p-value
ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ	หลังการเข้าร่วมโครงการฯ ทันทันที	-15.650	8.432	0.237
	หลังจบโครงการฯ 1 เดือน	-24.150	8.332	0.028*
หลังการเข้าร่วมโครงการฯ ทันทันที	ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ	15.650	8.432	0.237
	หลังจบโครงการฯ 1 เดือน	-8.500	1.085	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลจะนะ พบว่า ผลการศึกษาวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

สามารถอธิบายได้ว่า ในระยะเริ่มต้นก่อนการดำเนินกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินคุณภาพชีวิต ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนใกล้เคียงกัน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในช่วงวัยทำงานอาจเกิดความคิด หรือตกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดแนวความคิดด้านลบที่ส่งผลต่อการเกิดความคิดที่บิดเบือน จนส่งผลถึงการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการเข้าสู่วงจรการใช้สารเสพติดตามมา ซึ่งหากเข้าไปอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้

ตัวผู้เสพนั้นเข้าสู่ภาวะสมองตื้อยาได้ในที่สุด⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ เลาบริพัตร ในปี พ.ศ.2545 ที่กล่าวถึงการเสพติด ว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของสมอง ซึ่งเป็นโรคที่ทางการแพทย์จำเป็นต้องดูแลบำบัดรักษาเพราะเป็นความผิดปกติทางสมองเกิดจากการเสพยาบ้าจนกระทั่งตื้อยา⁽⁹⁾ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องให้การรักษา ดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสมเพื่อที่จะสามารถจัดการกับปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหันหน้าเข้าสู่การเสพยาเสพติด และหาแนวทางการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้

เมื่อให้การพยาบาลตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดตามแนวคิด Cognitive Therapy ของ Beck ปี 1979 โดยมีกิจกรรมหลักที่มุ่งเน้นแก้ไขความสนใจที่บิดเบือน (Attention bias) ร่วมกับการประยุกต์ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรม โดยสามารถอธิบายผลของการดำเนินกิจกรรมได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างมิตรไมตรี เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นการสร้างความคุ้นเคยซึ่งกันและกัน พบว่า ผู้ป่วยสามารถคิดและตระหนักถึงขนาดของปัญหาเกี่ยวกับความเสพยาเสพติด และผลกระทบของการใช้ยาเสพติดได้มากขึ้น เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดสมองตื้อยา และสามารถระบุถึงรูปแบบของความบิดเบือนที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดได้

กิจกรรมที่ 2 มุ่งหาความบิดเบือน เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมตามกระบวนการบำบัดของ CBT⁽⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยเกิดการทักษะในการดักจับ ติความ และปรับความคิด ความเชื่อที่บิดเบือนของตนเองได้

กิจกรรมที่ 3 ปรับ และเปลี่ยนการบิดเบือนทางความคิด มุ่งเน้นให้ผู้เสพติดยาเสพติดเกิดทักษะการแก้ไขความคิดบิดเบือนด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่ส่งผลต่ออารมณ์และ

พฤติกรรมที่เหมาะสมพบว่า ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบความเป็นจริงของความคิดนั้นได้ วิเคราะห์เหตุการณ์ และอธิบายถึงแนวทางที่จะนำตัวเองไปสู่การปรับอารมณ์ ทำให้เกิดความคิดทางบวกที่จะนำไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมได้

กิจกรรมที่ 4 เปลี่ยนครั้งนี้เพื่อตัวเอง เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้เสพติดยาเสพติดรู้จักสิ่งกระตุ้นทั้งทางความคิดและพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองรู้สึกอยากเสพยาเสพติด และทักษะในการจัดการกับตัวกระตุ้นเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกอยากเสพยาเสพติด ความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับเมื่ออยากเสพยาเสพติดได้ และบอกเล่าวิธีการจัดการความอยากได้

กิจกรรมที่ 5 ปฏิเสธอย่างไร เป็นเทคนิคการปฏิเสธการใช้ยาเสพติด และสามารถบอกสิทธิของตนเองในการปฏิเสธเมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยงได้ พบว่า ผู้ป่วยสามารถสามารถบอกสิทธิของตนเองในการปฏิเสธการใช้ยาเสพติดได้ และวิธีการปฏิเสธอย่างชัดเจน เกิดความมั่นใจในการใช้ทักษะการปฏิเสธมากขึ้น

กิจกรรมที่ 6 คุณคือคนสำคัญ เน้นการสร้างบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงบทบาทหน้าที่ต่อตนเองและต่อบุคคลอื่น เข้าใจในการยอมรับและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ กติกาทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยสามารถสะท้อนความคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวได้ ผู้ป่วยมีการแสดงออกในทางที่ดีเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรมที่ 7 รางวัลและความช่วยเหลือ เน้นการเรียนรู้ในเรื่องสิทธิประโยชน์ของตนเอง และสามารถเข้าถึงบริการให้ความช่วยเหลือในชุมชนตามสิทธิ์ของตนเองได้ พบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกถึงแหล่งสนับสนุนตามความจำเป็น แหล่งสนับสนุนแหล่งฝึกวิชาชีพ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับครอบครัวได้มากขึ้น

กิจกรรมที่ 8 เรียนรู้สู่ความสำเร็จ เป็นกิจกรรมสุดท้ายโดยจะให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้ประเมินการเปลี่ยนแปลงตนเองและผลลัพธ์ต่อ

คุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยสามารถประเมินและบอกถึงการเปลี่ยนแปลงตนเอง ผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิต และประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมฯ ได้

สมมติฐานข้อที่ 2 ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดรักษาตามปกติ

จากผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสารเสพติดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด แตกต่างกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดรักษาปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p -value<0.001) โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (\bar{X} = 242.75 และ 197.70) และการติดตามผลยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดรักษาปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F=259.305$) สอดคล้องกับแนวคิดของ Uys ในปี 1991 ที่กล่าวถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตสังคมไว้ว่า การจะคืนศักยภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง การรับรู้และการมีส่วนร่วมในบทบาทของครอบครัว การเข้าสังคม การพัฒนาทักษะต่างๆ การให้การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น และโอกาสในการเข้าถึงต่างๆ ต้องเป็นการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁰⁾ ดังนั้นการได้รับโอกาสและการสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยจากองค์กรต่างๆ ทั้งการให้งาน การสร้างรายได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และเป็นการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม รวมถึงให้คำปรึกษาในการลดความต้องการเสพยาเสพติดได้ อีกทั้งผู้ที่มี

โปรแกรมฯ ไปใช้ควรมีความเข้าใจในกลุ่มเป้าหมายของตนถึงความต้องการ ลักษณะและบริบทของผู้ป่วย เพื่อปรับลักษณะระยะเวลา กิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและความรุนแรง รวมถึงปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรวางแผนเพื่อค้นหาถึงต้นตอของปัญหาในผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อที่จะสามารถนำมาแก้ไขได้ตรงจุด และป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วย รวมถึงจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การเข้าสู่กระบวนการรักษาครั้งแรกจนถึงการติดตามการรักษา นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการในพื้นที่

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรร่วมกันทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วย บริบทและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย เพื่อจะได้เห็นถึงปัญหา หรือข้อจำกัดที่ส่งผลถึงความต่อเนื่องในการรักษา เพื่อนำมาวางแผนการรักษากับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลให้สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ดีต่อไป รวมถึงควรพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้การดูแลเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

ควรมีการศึกษาติดตามต่อเนื่องในระยะยาว หรือการศึกษาในระยะอาการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย เช่น ระยะอาการกำเริบ ระยะอาการสงบ เพื่อที่จะได้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามระยะเวลาหรือระยะอาการที่เปลี่ยนไป เพื่อที่จะสามารถนำไปสู่การวางแผน

ดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม รวมถึงควรมีการศึกษา
เพิ่มเติมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้สารเสพ
ติดของผู้ป่วยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
เพื่อที่จะทราบถึงปัจจัยที่แท้จริงของการเสพยาเสพ

ติดและสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผน
จัดการตัวแปรดังกล่าวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยให้ดีขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Ignaszewski MJ. The Epidemiology of Drug Abuse. The Journal of Clinical Pharmacology. 2021;61(S2):S10-57.
2. สำนักงานชั้นสูตรสาธารณสุข. ยาเสพติด 2560 [updated 26 มีนาคม 2560. Available from: shorturl.at/emuV2.
3. ฉัตรชัย ศรีเมืองกาญจน. ยาเสพติด: ปัญหาภัยแทรกซ้อนในจังหวัดชายแดนภาคใต้. กลุ่มงานบริการวิชาการ 1 สำนักวิชาการ; 2560.
4. โรงพยาบาลจะนะ. สถิติจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะนะ ระหว่างปีพ.ศ.2560 - พ.ศ. 2564. สงขลา: โรงพยาบาลจะนะ; 2565.
5. สุพรรณษา พูลพิพัฒน์. ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารวิชาการ ศรีปทุม ชลบุรี. 2556;10(1):123-31.
6. Keoleian V, Stalcup SA, Polcin DL, Brown M, Galloway G. A cognitive behavioral therapy-based text messaging intervention for methamphetamine dependence. Journal of psychoactive drugs. 2013;45(5):434-42.
7. ไพวัล อัจหาญ, ชมชื่น สมประเสริฐ, นุชนาถ บรรทมพร. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562;33(2):61-75.
8. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. คู่มือผู้ปฏิบัติงาน การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบการรู้คิด-พฤติกรรมบำบัด. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรมพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555. Available from: [https://udo.moph.go.th/Net_Narcotic/Manual/3%20Therapist%20manual\[1\].pdf](https://udo.moph.go.th/Net_Narcotic/Manual/3%20Therapist%20manual[1].pdf).
9. สุขชาติ เลหาบริพัตร. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. ปทุมธานี: วัชรอินเตอร์ปรินติ้ง; 2545.
10. ไพวัล อัจหาญ, ชมชื่น สมประเสริฐ, นุชนาถ บรรทมพร. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562;33(2):61-75.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมร่วมกับต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ : กรณีศึกษา
The nursing care for total knee arthroplasty with adrenal insufficiency
post surgery: A case study.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 28,2023)

ทัศนีย์ คงปราโมทย์¹
Thussanee Khongpramote¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่มีภาวะต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 63 ปี เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลปากช่องนานา มาด้วยอาการสำคัญปวดเข่า 2 ข้าง เดินลำบากก่อนมาโรงพยาบาล 1 ปี วินิจฉัย โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis Of the Knee) รักษาโดยการทานยาแก้ปวดจากคลินิก ซื้อยาชุดทานเองบางครั้ง และทานอาหารเสริมต่างๆ ร่วมกับการกายภาพบำบัด อาการไม่ทุเลาแพทย์นัดมาผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้ง 2 ข้าง (bilateral total knee arthroplasty) โดยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 30 พฤษภาคม 2566 ในระยะก่อนผ่าตัด พบปัญหาปวดเข่า ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 50 ซีซี ระยะหลังผ่าตัดสายระบายเลือด 2 ข้างออก 170 ซีซี มีความดันโลหิตต่ำ จาก adrenal insufficiency (stress cortisol =1.1) รักษาในระยะแรกด้วยการ ให้ Levophed IV drip และ Hydrocortisone 100 mg IV bolus then 200 mg +5%D/W 100 ml IV drip in 24 hrs* 2 day ผู้ป่วยปลอดภัย จากนั้นได้รับการพยาบาลหลังผ่าตัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จนผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการฟื้นฟูสภาพจนสามารถเดินด้วย walker ได้และจำหน่ายกลับบ้านได้วันที่ 5 มิถุนายน 2566

คำสำคัญ การพยาบาล การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care for total knee arthroplasty with adrenal insufficiency post surgery

Result :A 63-year old Thai woman was admitted to Pakchong Nana Hospital with major symptom pain in both knees difficulty walking 1 year before coming to the hospital Doctor diagnoses Osteoarthritis Of the Knee treated by taking painkillers from the clinic.

Sometimes she buy medicine to take herself and take various dietary supplements together with physical therapy Symptoms do not subside the doctor made an appointment for surgery to bilateral total knee arthroplasty she was admitted to the hospital on May 30,2023 in the preoperative period found a problem with knee pain patients and relatives are worried about surgery during surgery, blood loss during surgery was 50 cc. During surgery, 170 cc of blood drains were removed from both sides. she had low blood pressure from adrenal insufficiency (stress cortisol =1.1). Treated in the initial period with Levophed IV drip and Hydrocortisone 100 mg IV bolus. then 200 mg +5%D/W 100 ml IV drip in 24 hrs* 2 day patient safe Then received post-operative nursing care. Monitoring for other complications The patient is safe, has been rehabilitated to the point where he can walk with a walker and can be discharged home on June 5, 2023.

Keywords: Nursing, Knee replacement surgery, adrenal glands not functioning properly

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากช่องนานา

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยมากในบรรดาข้อกระดูกเสื่อมทั้งหลาย มักเกิดควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงส่ววัยสูงอายุ ร้อยละ 70-80 พบ ในผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป บางรายมี อาการตั้งแต่อายุ 40 ปี มักพบในเพศหญิงมากกว่า เพศชาย ข้อเข่าเสื่อมนอกจากจะทำให้เกิดอาการเจ็บปวดแล้ว ถ้าเป็นมากอาจก่อให้เกิดความพิการหรือผิดรูปของกระดูกเข่าอย่างถาวร ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยของข้อเข่าชนิดเรื้อรังที่แพทย์ไม่สามารถรักษาด้วยการให้รับประทานยา หรือวิธีอื่นๆ แล้ว และปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์มากขึ้น การผ่าตัดดังกล่าวจะช่วยรักษาผู้ป่วยที่มี ปัญหากระดูกข้อเข่าได้ดี

ต่อมหมวกไตเป็นอวัยวะในระบบต่อมไร้ท่อที่มีความสำคัญในการตอบสนองต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดผ่านการทำงานของ hormone ที่สำคัญคือ glucocorticoid (hydrocortizone) และ mineralocorticoid (aldosterone) ซึ่งมีผลต่อการทำงานของร่างกายในหลายระบบ ในภาวะปกติร่างกายรักษาสมดุลของฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต โดยใช้กลไก Hypothalamo-Pituitary-Adrenal axis กล่าวคือ Hypothalamus หลั่งสาร Corticotrophin-Releasing Hormone (CRH) เพื่อไปกระตุ้นต่อม Pituitary ให้สร้าง Adrenocorticotrophic Hormone (ACTH) ซึ่งไปกระตุ้นการหลั่ง glucocorticoid จาก adrenal cortex ซึ่งไปออกฤทธิ์ต่อระบบต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งไปกดการหลั่งของ ACTH (negative feedback) ในสภาวะเครียดอย่างรุนแรงจากการผ่าตัด ต่อมหมวกไตสามารถปรับตัวให้มีการสร้าง hydrocortisone เพิ่มขึ้นได้มากถึง 10 เท่าของภาวะ

ปกติ โรคต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ เป็นภาวะที่การทำงานของต่อมหมวกไตขึ้นนอกทำงานได้น้อย ทำให้ฮอร์โมนที่สร้างจากต่อมหมวกไต ผลิตได้ไม่พอ กับความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย ความดันโลหิตต่ำ ซึมลง ชัก หรือเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

จากสถิติ โรงพยาบาลปากช่องนานา มีจำนวนผู้เข้ารับ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ปี 2563-2566 จำนวน 45, 10, 50, 66 รายตามลำดับ และมีแนวโน้มที่เพิ่ม สูงขึ้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้ง ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เช่น ภาวะตกเลือด การติดเชื้อที่แผล ผ่าตัดหรือข้อเข่า การบาดเจ็บต่อหลอดเลือดและ เส้นประสาท ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา ความเสี่ยงจากโรคประจำตัวรวมทั้ง ปัญหาทางจิตสังคม ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาท สำคัญในการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และให้การพยาบาลแบบองค์รวมตั้งแต่ระยะก่อน ผ่าตัด หลังการผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพก่อนจำหน่าย

ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ และจัดทำรายงานกรณีศึกษา เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ลดความ ทุกข์ทรมานจากอาการปวด และผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์

ในการศึกษาเพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่มีภาวะต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติหลังผ่าตัด

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล จำนวน 1 ราย

2. รวบรวมข้อมูล อาการ ประวัติการ เจ็บป่วย ผลการตรวจรักษา ผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์

3. ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดข้อเข่าเทียมและโรคต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ

4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนการพยาบาล

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ตามแผน

6. สรุปผลการศึกษา เพื่อรวบรวมข้อมูล และปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหา แนวทางในการแก้ไขปัญหา

7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เผยแพร่

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 63 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลปากช่องนานา

อาการสำคัญ ปวดเข่า 2 ข้างเดินลำบาก 1 เดือน แพทย์นัดให้ admit เพื่อผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ปี ปวดเข่า 2 ข้าง เดินลำบาก รักษาที่คลินิกวินิจฉัย โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis Of the Knee) รักษาโดยทานยาแก้ปวดจากคลินิกเมื่อมีอาการ ทานครั้งละ 5-7 วัน ซั้อยาชุดทานเองบางครั้ง และทานอาหารเสริมต่างๆ ที่โฆษณาทางโทรทัศน์ ว่ามีสรรพคุณบำรุงข้อเข่า แก้ปวด บำรุงกระดูกแบบขง ทานวันละ 1 ครั้ง เพิ่งหยุด 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ร่วมกับการกายภาพบำบัด 6 ครั้งใน 4 เดือน อาการไม่ทุเลา พบแพทย์ที่คลินิกอีกครั้งแพทย์นัดมาผ่าตัดเปลี่ยนข้อ

เข่าเทียมทั้ง 2 ข้าง (bilaterai total knee arthroplasty)

โรคประจำตัว HT DLP Gouth 6 ปี IHD MDD 2 ปี รักษา โรงพยาบาลบางใหญ่ ทานยาประจำไม่ขาดยา ไม่เคยผ่าตัด นอนโรงพยาบาลครั้งล่าสุด คลอดบุตร 30 ปีก่อน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บิดา มีโรค HT Gouth มารดา ปฏิเสธโรคประจำตัว เสียชีวิตแล้วทั้งคู่

ประวัติส่วนตัวและการดำเนินชีวิต เป็นสมาชิกในครอบครัวเดิมอาศัยอยู่กับบุตรชายที่กรุงเทพฯ 1 ปีย้ายมาอยู่ประจำกับบุตรสาวที่ปากช่อง แต่ก็ไปมาบ่อยๆ

การประเมินสภาพร่างกาย

น้ำหนัก 60 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร BMI 23.44 V/S อุดมสมบูรณ์ร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที ความดัน 115/76 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้งต่อนาที

หัวใจและหลอดเลือด การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ

ระบบประสาท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลาสถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้

ผิวหนัง ผิวสีขาวยเหลือง ผิวแห้ง เล็บมือสะอาด ตัดสั้น ดูชื้น

ศีรษะและใบหน้า ผมสีดำแซมขาว ตัดสั้น ไม่มี บาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้าง ลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสง เท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2.5 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ ไบฮูจมุข มีลักษณะ ภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ ทรวงอกรูปปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจปกติ ไม่เหนื่อยหอบ

ช่องท้องและทางเดินอาหาร หน้าท้องนุ่ม (soft) คลำไม่มีก้อน ตับม้ามไม่โต ไม่มีแผลเป็น ไม่มีประวัติ การผ่าตัด

กล้ามเนื้อและกระดูก โครงสร้างร่างกายปกติ แขนขาไม่มีรอยโรคของการหัก ขา 2 ข้างโก่งเล็กน้อย ไม่บวม Motor power grade 5 เดินโดยใช้ walker ปวดระดับ 3-4 ไม่ซาซา

การประเมินสภาพสังคม

สภาพจิตใจ เป็นคนใจเย็น สุขุม มีน้ำใจ

อติมนทัศน์ มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตของตนเอง ความทรงจำ มีความจำในอดีต และปัจจุบันได้ดี สามารถเล่าเรื่องราวต่างๆได้ ครบถ้วน

การรับรู้ สามารถระบุ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้ตามความเป็นจริง

กระบวนการคิด มีกระบวนการคิดที่ สมเหตุสมผล

การดูแลตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ความทนในกิจกรรมลดลง เช่นเดินได้ไม่ไกลเริ่มปวด นั่งงอเข่านานๆก็ปวด หรือทำนอนบางท่านนอน ไม่สามารถนอนได้ มีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด กังวลภาวะแทรกซ้อนเพราะตนเองมีโรคประจำตัว หลายโรค ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ความสำเร็จหลังการผ่าตัดกลับมาเดินได้ดีและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีกว่าเดิม

ผลตรวจทางรังสี Fibrocalcific infiltration at the right lower lobe

EKG : normal sinus rhythm rate 90 bpm

Eco : Normal LA and LV size normal LV systolic function (LVEF 69%) normal diastolic function (E/E 8) mild TR (TR Vmax 2.5 m/s)

แผนการรักษา ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (30/5/66)

- Pre OP order for TKA bilateral May 31,2023(9.00)

-NPO AMN

- 5%D/N/2 1000 ml IV 80 cc/hr

- Cefazilon 1 gm vial 2 gm to OR

- Amikacin inj 500 mg/2 ml vial 500 mg + NSS up to 100 ml IV drip in OR

- Transamine inj 250 mg/5 ml Amphule 4 vial to OR

- Bisoprolol Tab 2 mg เม็ด ½*1 @ pc เข้าวันผ่าตัด

- Clorazepat dipotassium 5 mg @ 1 tab เข้าวันผ่าตัด

- Risperidone 1 mg @ 1 tab เข้าวันผ่าตัด

- Sertraline 50 mg @ 1 tab เข้าวันผ่าตัด

- Trihexyphenidyl 2 mg @ 1/2 tab + เข้าวันผ่าตัด ยาทานทั้งหมด+ น้ำ 30 ml

การผ่าตัด :(31/5/66) bilateral TKA under spinal block Estimate Blood loss 50 ml

สรุปการรักษาหลังผ่าตัด

การตรวจร่างกาย หลังออกจากห้องผ่าตัด 3 ชั่วโมง temperature 36.8 C BP 77/41 mmHg MAP 53 mmHg Pulse 84 bpm O2 sat 96% room air Hct stat=32% แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม radivac drain ข้างขวาออก 100 ml ข้างซ้ายออก 70 ml capillary refill >2 sec ปลายมือปลายเท้าเย็น

Lab : Cortisol 1.1

EKG : low voltage sinus rhythm rate 84 cc/hr

การวินิจฉัย : post op bilateral TKA with Hypotension from adrenal insufficiency (stress cortisol 1.1)

การรักษาที่ได้รับ

- Load Lactate ringer solution 500 ml IV free flow then 120 cc/hr -

- ให้ PRC 1 unit iv in 3 hrs hold IV ขณะให้เลือด

- Start levophed (4:100) bolus 1 ml then rate 15 ml/hr keep MAP \geq 70 mmHg and DBP \geq 50 mmHg

- Hydrocortisone 100 mg IV bolus then 200 mg+5%D/W 100 ml IV drip in 24 hr *2 days

- On O2 cannular 3 lpm support

- Hold ยาประจำตัวทุกชนิด

- Control Dtx premeal hs

- ย้าย ICU surgery

- Control pain ด้วย Dynastat inj 40 mg IV q 12 hr with Morphine 2 mg IV prn q 2 hr

- ฉีด cefazolin 2 gm IV q 6 hrs* 2day , Amikacin inj 500 mg+ NSS up to 100 ml IV drip 1 dose

- ติดตาม CBC BUN Cr Elyte PT PTT Mg PO ABG

- ติดตาม CXR

หลังผ่าตัด day 1 อาการเริ่มดีขึ้น BP 116/60 mmHg pulse 80 bpm try off Levophed ได้ เริ่มกายภาพบำบัดบนเตียง โดยให้ pumping exercise วันละ 500 ครั้ง ประคบเย็น ทุก 2 ชั่วโมง เริ่มให้ลูกนึ่งบนเตียง 70-90 องศา พบ Hypomagnisium (Magnisium 1.38 mg/dl) แก้โดย Magnisium sulfate inj 50%(2 ml) 4 ml +NSS 100 ml IV drip in 4 hr* 3 days

หลังผ่าตัด day 2 ย้ายออกจาก ICU surgery มาพักที่ห้องพิเศษได้

หลังผ่าตัด day 3 Hct 30% off radivac drain ได้ ได้รับการฟื้นฟูหลังผ่าตัด งอเข่าทั้ง 2 ข้างได้ 90 องศา เขยียดเข่า 2 ข้างได้ 180 องศา เดิน walker เตรียมวางแผนกลับบ้านและการปฏิบัติตัวได้ ถูกต้องตามหลัก D-METHOD และกลับบ้านวันที่ 8/6/66 รวมจำนวนวันพักนอนในโรงพยาบาล 10 วัน และจากการติดตามผลการรักษาพบว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ตาราง 1 ปริมาณเลือดที่ออกจากสายระบายจากเข่าทั้ง 2 ข้าง

วันที่หลังผ่าตัด	ปริมาณเลือดจากเข่าขวา (ml)	ปริมาณเลือดออกจากเข่าซ้าย(ml)
Day 0	180	170
Day 1	210	190
Day 2	120	110
Day 3	20	20

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ระยะก่อนผ่าตัด</p> <p>ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคที่เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมการ ปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>-ผู้ป่วยบอกว่ากลัวการผ่าตัดพอควร กังวลการ ปฏิบัติตน ก่อนหลังผ่าตัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติ เปิด โอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติ 2.ให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลรักษาและคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและ หลังผ่าตัด สิ่งผู้ป่วยกังวล 3.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย 4. ประเมินความวิตกกังวลต่อเนื่อง และให้ความรู้ที่ไม่ 5..ให้ยา T5 (5)1 tab+Risperidone(1) 1 tab+Sertraline(50) 1 tab+Trihexyphenidyl(2) 1 tab ก่อนนอนและเช้าวันผ่าตัด <p>การประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้น สิ้นวิตกกังวลลดลงนอนหลับได้</p>
<p>การพยาบาลหลังผ่าตัด ระยะวิกฤติ</p> <p>เสี่ยงภาวะระบบไหลเวียนล้มเหลวจากภาวะ ต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ดำรงระบบไหลเวียนเลือดได้ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>-BP 77/44 mmHg MAP 53 mmHg pulse 84 bpm pulse คล้ำชัด</p> <p>-urine out put 100 cc/hr in 2 hr</p> <p>-radivac drain 2 ข้างออก 170 ml in 3 hrs</p> <p>-cortisol level 1.1 mg/dl</p> <p>-อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ไม่เอาเจียน เวียนศีรษะ เล็กน้อย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.ดูแลให้ Load LRS 500 ml IV free flow then 120 ml/hr 2.Start Levophed (4:250) IV drip start 10 cc/hr tritrate keep MAP>=70 mmHg ,DBP>= 50 mmHg 3.ให้ PRC 1 unit IV drip in 4 hr พร้อมสังเกต และแนะนำภาวะแทรกซ้อนจาก การได้รับเลือด 4.ให้ Hydrocortisone 100 mg IV bolus then 200 mg+5%D/W 100 ml iv drip in 24 hr*2 วัน 5..ให้ ออกซิเจน support 3 lpm keep O2 sat >= 95% 6.record V/S ทุก 15 นาที 7.record I/O , radivac drain ทุก 2 hr 8...ให้ดื่มน้ำดอาหาร 9.สังเกตความรู้สึกตัว การโต้ตอบรู้เรื่องหรือไม่ อาการใจสั่น ตัวเย็น 10.ติดตามผล lab CBC BUN Cr E'lyte PT PTT Ca Mg Po2 Alb DTX premeal hs <p>การประเมินผล หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาได้ดีปลอดภัยไม่เกิด ภาวะระบบไหลเวียนล้มเหลว</p>
<p>ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจาก เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>-ผู้ป่วยบอปวดแผลผ่าตัด ระดับ 4-7 คะแนน</p> <p>-สีหน้าไม่สุขสบาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินระดับความปวดของแผลผ่าตัด (level of pain score) 2.ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมสังเกตผลข้างเคียงของยาแก้ ปวด ระดับความง่วงซึม พร้อมประเมินปวดซ้ำหลังได้ยาแก้ปวด 30 นาที 3.จัดท่าเอาหมอนวางใต้ขาทั้ง 2 ข้างเหยียดตรงสั้นเท้าลอย 4.ประคบเย็นเข้าทั้ง 2 ข้างนาน 20 นาที ทุก 2 ชั่วโมง 5.จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เต็มที่ <p>การประเมินผล อาการปวดทุเลาลง เหลือปวดระดับ 0-1</p>
<p>เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด หลอดเลือดดำส่วนลึก อุดตัน เส้นประสาทและหลอดเลือดส่วนปลายเท้า ทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ</p> <p>วัตถุประสงค์ ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.สังเกตและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดดังกล่าว 2.Early ambulate 3.กระตุ้นกระดูกข้อเท้า 500 ครั้ง ต่อวัน 4.กระตุ้น deep breathing exercise หรือให้ดูด trifold 5.ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงอาการผิดปกติและแนะนำให้สังเกตความผิดปกติ จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ถ้ามีให้รีบแจ้งพยาบาล 6.record vital sign compartment syndrome ทุก 2 ชั่วโมง

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>-หลังผ่าตัด bilateral total knee arthroplasty ในผู้สูงอายุ</p> <p>-หยุดยาละลายลิ่มเลือด ก่อนผ่าตัด 7 วัน</p>	<p>7.ให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังผ่าตัด day 8</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถดูด triflow ได้ 2 ลูก lung clear O2 sat room air 95% ไม่เหนื่อยหอบ เริ่มลุกเดินได้หลังผ่าตัด day 3 เข้า 2 ซ้ำงบวมใน day 7 ตรวจ D-Dimer >5 (0.063-0.701 ug/ml FEU) ultra sound dropper both leg : No evident of deep vein thrombosis ญาติแจ้งว่าถ้าหยุดยาขับปัสสาวะจะขาบวม จึงได้ Lasix 40 mg IV stat dose และ Lasix 40 mg 1 tab oral OD จากนั้นขา จึงยุบบวมเป็นปกติ</p>
<p>การพยาบาลหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง และการฟื้นฟู</p> <p>ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัด และข้อเข่าเทียม</p> <p>วัตถุประสงค์ แผลผ่าตัดและข้อเข่าเทียมไม่ติดเชื้อ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>-หลังผ่าตัด bilateral total knee arthroplasty ใส่ radivac drain ที่เข้าทั้ง 2 ซ้าง แผลผ่าตัดไม่ซึม เปื้อนก๊อช หลังผ่าตัด day 3 Off radivac drain ออกได้ แผลเย็บดี บวมเล็กน้อย ไม่แดง ปวดแผลระดับ 2</p>	<p>1.ดูแลแผลโดยใช้หลัก aseptic technique ทำแผลวันละ 1 ครั้งโดยเริ่มทำ หลังผ่าตัด day 3 และสังเกตอาการผิดปกติของแผล เช่น แผลผ่าตัดบวมแดง ร้อน มีหนองหรือเลือดซึมออกจากแผล ถ้ามีรายงานแพทย์ทันที</p> <p>2.จัดวางขวด radivac drain ให้ต่ำกว่าแผลผ่าตัด 1-2 ฟุต ดูแลขวดระบายเลือดให้เป็นระบบปิดและไม่ให้สายระบายตึงรั้งกับแผลผ่าตัด ประเมินและบันทึกลักษณะ ปริมาณ และสีของเลือด หรือสารคัดหลั่งที่ระบายออกมาทุกเวร</p> <p>3.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>4.ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติถึงการสังเกตการติดเชื้อ และการดูแลแผลผ่าตัด โดยระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล</p> <p>5.ให้ antibiotic ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจคำแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มีไข้</p>
<p>เสี่ยงต่อข้อเข่าติดแข็งกระดูกขาหักเหนือข้อเข่าเทียม ข้อเข่าเทียมหลวม หลุด หรือสึก่อนกำหนด</p> <p>วัตถุประสงค์ สามารถดูแลข้อเข่าเทียมได้ ถูกต้อง</p>	<p>1.ประเมินความสามารถของกำลังขาทั้งสองข้างและความสามารถในการเหยียดเข่า และการลงเดินร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน</p> <p>2.แนะนำและสอนบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเข่าอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>3.แนะนำบริหารกล้ามเนื้อ กางข้อสะโพกเพื่อช่วยให้เดินตัวตรง ไม่เอียงซ้ายขวา</p> <p>4.แนะนำหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ข้อเข่ามากเกินไป เช่น การนั่งยอง การนั่งคุกเข่า ขัดสมาธิ</p> <p>5.จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับสภาพผู้ป่วยและใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเพื่อป้องกันอุบัติเหตุลื่นล้ม</p> <p>6.เน้นการลดน้ำหนักและหลีกเลี่ยงยกของหนักเพื่อลดแรงกดต่อเข่า</p> <p>7.แนะนำครอบครัวดูแลโรคประจำตัว และให้กำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถนะร่างกาย</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจคำแนะนำ ผู้ป่วยและญาติสามารถช่วยกันออกกำลังกายได้ ญาติจัดเตรียมบ้านไว้พร้อมเพื่อเตรียมรับกลับบ้าน</p>
<p>การพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่าย</p> <p>พร้อมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้และเข้าใจในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>ผู้ป่วยและญาติถามว่าจะต้องทำตัวหรือดูแลอย่างไร เมื่อกลับบ้าน</p>	<p>1.อธิบายผู้ป่วยและญาติเข้าใจตามหลัก D-METHOD ดังนี้</p> <p>D-Diagnosis อธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ควบคุมน้ำหนัก การเฝ้าระวังภาวะเครียด</p> <p>M-Medicine แนะนำการรับประทานยาที่ได้รับ สรรพคุณ ขนาดวิธีใช้ และผลข้างเคียงที่อาจเกิด และการรับประทานยาประจำตัวต่อเนื่อง ไม่ขาดยา</p> <p>E-Environment เตรียมสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุป้องกันการพลัดตกหกล้ม จัดที่นั่งที่นอน ห้องน้ำให้สะดวกสบาย</p>

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>T-treatment อธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้ แผลปวด บวมแดงร้อน มีหนอง ขาบวม ข้อติด ขาอ่อนแรง เวียนศีรษะ หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น เป็นลม</p> <p>H-Healthy แนะนำการออกกำลังกาย เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระวังข้อติด การหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การทานยา ทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์เท่านั้น ไม่ควรซื้อยาหรืออาหารเสริมทานเอง และควบคุมน้ำหนัก</p> <p>O-Out patient การมาพบแพทย์ตามนัด การมากายภาพบำบัดหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง หรือหากมีอาการผิดปกติ มาพบแพทย์ก่อนนัด หรือกรณีฉุกเฉินการติดต่อสถานบริการใกล้บ้าน</p> <p>D-Diet ทานอาหารโปรตีนสูง ไฟเบอร์สูง ครบ 5 หมู่ งดอาหารเค็ม อาหารหมักดอง 2. ทวนสอบความรู้ความเข้าใจซ้ำ เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันและถูกต้อง</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถตอบคำถามเมื่อทวนสอบกลับได้</p>

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาปวดเข่าเรื้อรังร่วมกับมีโรคประจำตัวหลายอย่าง จะมีความซับซ้อนในการดูแลเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งเพื่อความพร้อม และค้นหาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัดเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนคือภาวะต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติจนทำให้ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว ได้รับการดูแลอย่างทันที่ และได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมกับการฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว การวางแผนกลับบ้านร่วมกับญาติโดยใช้หลัก D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้ ความเข้าใจ สามารถไปฟื้นฟูตนเองต่อเนืองที่บ้านเพื่อความสำเร็จหลังการผ่าตัดก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย และสามารถดำรงชีวิตได้ดียิ่งขึ้น^{3,4}

การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในหน่วยงานในการวางแผนและการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดหลังจาก 24

ชั่วโมง และระยะฟื้นฟูสภาพ โดยผ่านการทบทวนการปฏิบัติการพยาบาล เปรียบเทียบกับกรณีศึกษาในทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

2. พัฒนาคุณภาพการพยาบาลและทักษะการประเมินความเสี่ยง การดูแลในภาวะวิกฤติ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการพยาบาลในแต่ละระยะโดยผ่านการทบทวนการปฏิบัติการพยาบาล เปรียบเทียบกับกรณีศึกษาในทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

3. ผู้ทำการศึกษาได้พัฒนาความรู้ทางด้านวิชาการเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และภาวะต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติในประเด็นพยาธิกำเนิด พยาธิสรีรวิทยา อาการ การรักษา การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และภาวะต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พยาธิของโรค เพื่อการวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. พัฒนาระบบการดูแลการให้คำปรึกษา
ให้ความรู้ การเตรียมความพร้อม ตั้งแต่ ก่อนผ่าตัด
ระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด

3. พยาบาลต้องมีความรู้ทักษะ ในการประเมิน
ภาวะวิกฤต การดูแลในระยะวิกฤติ การเฝ้าระวัง
ต่อเนื่อง เพื่อการดูแลที่ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
ที่รุนแรง

4. พยาบาลต้องมีทักษะในการประสานงาน
ความร่วมมือในหลากหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อการ
ดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ และต่อเนื่อง

5. เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูควรวางแผน
จำหน่ายและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
ผู้ป่วยพร้อมให้ความรู้ เพื่อสร้างความมั่นใจในการ
ดูแลผู้ป่วยพร้อมให้ความรู้เพื่อสร้างความมั่นใจในการ
ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization The burden of musculoskeletal conditions at the start millennium:report of a WHO scientific group. Switzerland: WHO 2011
2. บทความสุขภาพ โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชกรณีย์ โรคต่อมหมวกไตสำคัญอย่างไร <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/adrenal-insufficiency>
3. รพีพร โรจน์แสงเรือง ภาวะฉุกเฉินของต่อมไร้ท่อ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี www.rama.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/public/CNER/2556/doc/Patient/doc/EndocrineER.pdf
4. ภาวะดี อินทร การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีที่ 4 ฉบับที่ 8 : เมษายน-กันยายน 2563
5. กิตติศักดิ์ คัมภีระ ผลต่อโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล การปฏิบัติตัว และพิสัยการ เคลื่อนไหวข้อเข่า ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม :วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปี 2562
6. ชวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, สุวรรณิ สร้อยสงค์, บุศรินทร์ เอี้ยวสีหยก. การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2561 ปีที่ 29

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

(Nursing care of Ischemic Stroke patients with Complication during Rehabilitation in Kalasin Hospital : A Study)

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 28,2023)

ประดับพร เนตวงษ์¹
Pradubporn Netawong

บทคัดย่อ

การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่าง เดือน กันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียนจากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเรียมเพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี แขนและขาข้างขวามืออ่อนแรง การวินิจฉัย Ischemic Stroke เข้ารับการรักษาที่ Home Ward ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ให้ฟื้นฟูสภาพร่างกายต่อ แผนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องควบคุมความดันโลหิตสูง ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูง ติดตามดูแลต่อเนื่อง Glasgow coma scale (GCS) E4VTM6 มีอาการแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade V ด้านขวา grade III พบปัญหาแทรกซ้อน คือ ความดันโลหิตสูง เคลื่อนไหวลำบาก การดูแลตนเองบกพร่อง และปัญหาเศรษฐกิจ หลังรับการรักษาต่อเนื่องอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 77 ปี การวินิจฉัย Ischemic Stroke หลังการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA เกิดภาวะแทรกซ้อนได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว แพทย์จำหน่ายกลับบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพ ติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง GCS E4V5M6 มีแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade I ด้านขวา grade V รับการรักษาด้วยยาและฟื้นฟูสภาพ พบปัญหาการกลืน การเคลื่อนไหว การดูแลตนเองบกพร่อง ภายหลังการรักษาและการฟื้นฟูสภาพอาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน, ระยะฟื้นฟู, การพยาบาลผู้ป่วย

Abstract

Comparative study of 2 case studies, purposively selected among ischemic stroke patients who received treatment at Kalasin Hospital between September - October 2023 by collecting medical history data from doctors. Records from history taking of patients and relatives using Gordon's 11 health patterns. Orem's theory of self-care to find problems and plan nursing actions, summarize and continuously evaluate nursing results.

The results of the study found that the first case study was a Thai female patient, age 35 years, with weakness in the right arm and leg, diagnosed with Ischemic Stroke, admitted for treatment at the Home Ward of Kalasin Hospital. Continue to rehabilitate your body. Treatment plan: Continue taking medication to control high blood pressure. History of co-morbidities high blood pressure Continued follow-up care: Glasgow coma scale (GCS) E4VTM6 had symptoms of weakness in the left arm and leg. Motor power on the left was grade V, right was grade III. Complications were found to be high blood pressure. Difficulty moving Impaired self-care and economic problems After receiving continuous treatment, the patient's condition gradually improved.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Case study number 2: Thai female patient, age 77 years, diagnosed with Ischemic Stroke after treatment with rt-PA clot-dissolving drug. Complications occurred and treatment was brain surgery: Craniectomy with remove clot. Patient refused. congenital disease The doctor sent him home for rehabilitation. Continue to follow up and take care of GCS E4V5M6. There is weakness in the left arm and leg. Motor power on the left is grade I, right is grade V. Receive medication and rehabilitation. Experience swallowing problems movement impaired self-care After treatment and rehabilitation, the patient's overall condition improved accordingly.

Keywords: ischemic stroke or blockage, rehabilitation period, patient nursing

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของสมองอย่างเฉียบพลันและมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนัก¹ อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สามรองจากโรคหัวใจและมะเร็งสำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ² การดูแลรักษาในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน การรักษาคือการใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด rt-PA แต่ต้องให้ยาทันทีภายหลังจากมีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ถึงจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดและสามารถลดอัตราการพิการได้ร้อยละ 30³ เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดแพทย์จะรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง² โรงพยาบาลกาสสินธุ์มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันใน ในกลุ่มที่เข้ามารับการรักษาในระบบ FAST ให้การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด rt-PA โดยใช้ระบบช่องทางด่วนแนวทาง “FAST”(Face, Arm, Speech, Time) เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤตวางแผนการรักษาด้วยการส่งผู้ป่วยรับการรักษาต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่ชุมชนโดยการวางแผนการดูแลผู้ป่วย Inter Media Care⁴ จากข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาสสินธุ์ ปี พ.ศ.2563 – พ.ศ.2565 พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,292 1,241 และ 1,104 ราย ตามลำดับ⁵

จากข้อมูลเบื้องต้นจะพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันหลังรับการรักษา มีคะแนน ADL น้อยกว่า 15 คะแนน มีแผนการรักษาให้ดูแลต่อเนื่องในระบบ Inter Media Care เพื่อรับการรักษาต่อเนื่องและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย การพยาบาลระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึงระยะที่อาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียกเป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกาย แบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้ ฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะพัฒนาได้ดีขึ้นเช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท 1 ปีการพูด ระยะนี้อาจนาน 4-6 เดือน พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในฐานะที่เป็นผู้ดูแลให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยต้องใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจะได้ให้การพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือด้วยความละเอียดรอบคอบและมีทักษะเฉพาะ และเพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองได้ สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ดังนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาการพยาบาลและเกิดประโยชน์สูงสุด

สำหรับผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่าง เดือน กันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียนจากการซักประวัติผู้ป่วย และญาติ โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็มเพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในการศึกษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็น

ความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี การวินิจฉัย Ischemic Stroke เข้ารับการรักษาที่ Home Ward ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยอาการแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูง แผนการรักษารับยาต่อเนื่องควบคุมความดันโลหิตสูงและกายภาพบำบัด ติดตามดูแลต่อเนื่อง Glasgow coma scale (GCS) E4V5M6 มีอาการแขนและขา ด้านขวาอ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade V ด้านขวา grade III ความดันโลหิตสูง การดูแลตนเองบกพร่องและปัญหาเศรษฐกิจ หลังรับการรักษาอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 77 ปี การวินิจฉัย Ischemic Stroke หลังการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับการรักษามีภาวะเลือดออกในสมอง ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ติดตามดูแลต่อเนื่อง GCS E4V5M6 มีแขนและขา ด้านซ้ายอ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade 0 ด้านขวา grade V รับการรักษาด้วยยาและฟื้นฟูสภาพ พบปัญหาการกลืน การเคลื่อนไหว การดูแลตนเองบกพร่อง ภายหลังการรักษาและการฟื้นฟูสภาพอาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

ตารางที่. 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	35	77
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา 6	ประถมศึกษา 4
สถานภาพสมรส	สมรส	หม้าย
อาชีพ	รับจ้าง	ทำนา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง
ภูมิลำเนา	อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์	อำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์
วันที่เข้ารับการรักษา	4 กันยายน 2566	10 ตุลาคม 2566
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล	11 กันยายน 2566	17 ตุลาคม 2566
การวินิจฉัยโรค	Ischemic Stroke	Ischemic Stroke S/P rt-PA S/P Craniectomy with remove clot
การตรวจพิเศษ	CT Scan	CT Scan

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มากโรงพยาบาล	แขนขาซีกขวามืออ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน	แขนซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1 เดือน ก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีอาการแขนขาซีกขวาอ่อนแรง ญาตินำส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร แพทย์แพทย์วินิจฉัยมีภาวะสมองโรคหลอดเลือดสมองตีบ รักษาด้วยการสังเกตอาการทางสมองและให้ยาละลายลิ่มเลือดและฟื้นฟูสภาพร่างกายดพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องติดตามสามีมาที่จังหวัดกาฬสินธุ์	2 ชั่วโมงก่อนมาขณะทำกิจกรรมหยิบของใส่ตระกร้ามีอาการแขนและขาตื้อซ้ายอ่อนแรง ญาตินำส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์วินิจฉัยมีภาวะสมองขาดเลือดมีแผนการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังได้รับยาเกิดภาวะแทรกซ้อน ชักเกร็งขณะนำส่งไปหอผู้ป่วย ชีวมลง หลังแพทย์ตรวจรักษาส่งเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์พบมีเลือดออกในสมอง แพทย์รักษาด้วยการผ่าตัดสมองเพื่อเอาเลือดออก
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	โรคหลอดเลือดสมองตีบ ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ประวัติการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่เข้าตรวจตามนัด	ปฏิกิริยาโรคประจำตัว
อาการแรกจับ	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mms. react to light both eyes motor power left grade V right grade III สัญญาณชีพ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 195 /115 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99% ผล CT Scan พบ Chronic cerebral in fraction at left basal ganglia.	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mms. react to light both eyes motor power left grade 0 right grade V สัญญาณชีพ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันเลือด148 /73มิลลิเมตรปรอทOxygen saturation = 99% CT Scan พบ Focall Ill defined CSF density lesion at right basal ganglia extend to right frontal lobe, measured about3.6x4.8x4.6cms. Craniectomy at right parietal lobe.

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการประเมินร่างกายตามระบบ

ระบบที่ตรวจ	ผลการตรวจกรณีศึกษารายที่ 1	ผลการตรวจกรณีศึกษารายที่ 2
1.General appearance	Thai male, Good consciousness, looked alert BW 120 kgs. สูง 152 cms. BMI = 51.93	Thai female, good consciousness, looked weak, not pale jaundice BW 57 kgs. สูง 155 cms. BMI 23.72

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการประเมินร่างกายตามระบบ

ระบบที่ตรวจ	ผลการตรวจกรณีศึกษาที่ 1	ผลการตรวจกรณีศึกษาที่ 2
2.HEENT	Not pale conjunctive, no pale sclera, no edematous of eyelids, no neck engorged.	Not pale conjunctive, no pale sclera, no edematous of eyelids, no neck engorged
3.Heart	Normal S1, S2, no murmur	Normal S1, S2, no murmur
4.Lungs	Clear both lungs	Lungs Clear, no crepitation
5.Abdomen	Abdomen soft normal active bowel sound	Abdomen soft not tender normal active bowel sound
6. Genitourinary	CVA not tender	CVA not tender
7.Ex extremities	Motor power left grade V, right grade III	Motor power left grade 0, right grade V
8.Neurosigns	GCS E4V5M6 pupil 3mms. react to light both eyes	GCS E4V5M6 pupil 3mm react to light both eyes

ตารางที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กลัวอาการรุนแรงและมีอันตรายจนเกิดความพิการ	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แพทย์แจ้งเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาอีกทั้งต้องผ่าตัดสมอง กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนและพิการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องเป็นภาระลูกหลาน	กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาด้วยอาการมีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 1 มาับการรักษาด้วยอาการแขนขาซีกขวามืออ่อนแรง กรณีศึกษาที่ 2 มาับการรักษาด้วยอาการ แขนซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ญาติและผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	<u>การวินิจฉัย</u> Ischemic Stroke <u>อาการและอาการแสดง</u> ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mms. react to light both eyes motor power left grade V right grade III สัญญาณชีพ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 195 /115 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation= 99%	<u>การวินิจฉัย</u> Ischemic Stroke S/P rt-PA S/P Craniectomy with remove clot <u>อาการและอาการแสดง</u> ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mms. react to light both eyes motor power left grade 0 right grade V สัญญาณชีพ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 148 /73 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	<u>การวินิจฉัย</u> กรณีศึกษาที่ 1 Ischemic Stroke กรณีศึกษาที่ 2 Ischemic Stroke S/P rt-PA S/P Craniectomy with remove clot เนื่องจากตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพแตกต่างกันตรงตำแหน่ง ทำให้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ทั้งอาการและความรุนแรงของโรค
3.แผนการรักษา	<u>Medication</u> -ASA(81mg) 1 tab OD p.c. -FolicAcid (5mg) 1 tab OD p.c.	<u>Medication</u> -ASA(81mg) 1 tab OD p.c. -Keppra (5mg) 1 tabs bid p.c. -Atrovastatin(40mg) 1 tab hs.	<u>แผนการรักษา</u> กรณีศึกษา รายที่ 1 มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการรักษาด้วยการให้ยาและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในการ

ตารางที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	<p>-Omeprazole (20mg) 1 tab OD a.c.</p> <p>กายภาพบำบัด ส่งกายภาพบำบัด โรงพยาบาล จันทร-พุทธ</p> <p>CT Scan brain :Chronic cerebral in fraction at left basal ganglia.</p> <p>การผ่าตัด ไม่มี</p> <p>F/U 3 เดือน</p>	<p>-Acetylcysteinex(100mg)1 sack tid p.c.</p> <p>-Omeprazole (20mg) 1 tab OD a.c.</p> <p>กายภาพบำบัด ส่งกายภาพบำบัด โรงพยาบาล จันทร-พุทธ- ศุภร์</p> <p>CT Scan brain :Focall ill defined CSF density lesion at right basal ganglia extend to right frontal lobe, measured about3.6x4.8x4.6cms. Craniectomy at right parietal lobe.</p> <p>การผ่าตัด Craniectomy with remove clot 10 ตุลาคม 2565</p> <p>F/U 2 สัปดาห์</p>	<p>ติดตามอาการร่วมกับการทำกายภาพบำบัดในการรักษาอาการอ่อนแรงแขนและขาด้านขวา</p> <p>กรณีศึกษา 2 มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PAและเกิดภาวะแทรกซ้อนและได้รับการผ่าตัดสมอง มีแผนการรักษาด้วยการให้ยา</p> <p>-ASA(81mg) 1 tab OD p.c.</p> <p>-Keppra (5mg) 1 tabs bid p.c.</p> <p>-Atrovastatin(40mg) 1 tab hs.</p> <p>-Acetylcysteinex(100mg)1sack tid p.c.</p> <p>-Omeprazole(20mg) 1 tab OD</p> <p>เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและป้องกันการชักเกร็ง อีกทั้งผู้ป่วยมีค่า LDL สูงและติดตามการรักษาต่อเนื่องด้วยการการ CTScan และได้รับการปรึกษาIMC ทั้ง 2 ราย เพื่อติดตามการรักษาให้มีความต่อเนื่อง</p>

ตารางที่ 5 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
1.เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจากภาวะความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาที่1	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของภาวะความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีอาเจียน ชักเกร็ง เป็นต้น 2. ดูแลให้เข้ารับการรักษาตามแผนการรักษา ควบคุมความดันตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ดูแลการรับประทานยาให้มีความต่อเนื่อง 4. แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การงดอาหารเค็ม มัน อาหารหมักดอง งดอาหารประเภทแป้ง เป็นต้น 5. ดูแลให้ทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ASA(81mg) 1 tab OD p.c., FolicAcid (5mg) 1 tab OD p.c., Omeprazole (20mg) 1 tab OD a.c. 6. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น มีอาการชา แขนและขา หรือแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เป็นต้น
2.มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน กรณีศึกษาที่1	<ol style="list-style-type: none"> 1.ดูแลแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วยในการลดน้ำหนักตัว 2.ดูแลแนะนำการรับประทานอาหาร ลดปริมาณแป้ง เพิ่มโปรตีน และทานอาหารให้เป็นเวลา 3. ติดตามประเมินน้ำหนักตัวของผู้ป่วย
3.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนและขาซ้ายอ่อนแรง กรณีศึกษาที่ 2	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินกำลังของแขนและขาทั้ง 2 ซ้าง เพื่อรายงานแพทย์และวางแผนให้การพยาบาล 2) ส่งกายภาพบำบัดเพื่อทำการกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) ดูแลออกกำลังกายแบบ passive-active exercise เข้า เย็น วันละ 15-30นาที เพื่อป้องกันข้อติดแข็งเกร็ง 4) ดูแลจัดท่านั่งให้นอนยกศีรษะสูง 30 องศา และพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันข้อติดแข็งเกร็ง 5) แนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน 6) สอนแนะนำการใช้อุปกรณ์เสริมในการช่วยเหลือเคลื่อนไหวร่างกาย 7) กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน 8) จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบอุปกรณ์และของใช้

ตารางที่ 5 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
4. มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร กรณีศึกษาที่ 2	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีบ คือ ภาวะ Aspiration 2) มีการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, กายภาพบำบัด, นักโภชนาการและญาติ 3) จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรคคืออาหารปั่น Blenderized diet 400mlx4 feedตามแผนการรักษา จัดทำอาหารสีระสูง 30-45 องศา เพื่อป้องกันการไหลย้อนของอาหาร 4) ดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก ล้างเศษอาหารที่ติดข้างกระพุ้งแก้มด้านอัมพาตออกให้หมดโดยการบ้วนปากและแปรงฟันทุกวัน 5) ดูแลการให้อาหารและการฝึกกลืนโดยแพทย์กายภาพ ตามแผนการรักษา ของแพทย์ 6) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา ขณะให้อาหารและหลังให้อาหาร 15-30 นาที 7) สังเกตอาการสำลักอาหาร
5. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง กรณีศึกษาที่ 1,2	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (ADL) เพื่อช่วยวางแผนการดูแล 2) ประเมินการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยพยุงลูกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน 3) สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4) การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า โดยเน้นถึงความสะอาด ไม่มีปมหรือเงื่อน ที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ 5) สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหารตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามความสามารถ 6) ยกไม้กั้นเตียงป้องกันการพลัดตกหกล้มญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรม
6) เสี่ยงต่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการกลืน กรณีศึกษาที่ 2	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินภาวะร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอ ได้แก่ อาการผิวแห้งแตก ไม่มีความชุ่มชื้น 2) ดูแลให้อาหารBlenderized diet 300mlx4 feed+น้ำ 50 ml ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมิน Contentของอาหารเหลือค่างก่อนให้อาหารทุกครั้ง 3) ให้ความรู้ญาติเกี่ยวกับการเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน 4) ดูแลรักษาความสะอาดร่างกายและSet การให้อาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าไปในร่างกาย
6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและปัญหาเศรษฐกิจ กรณีศึกษาที่ 1,2	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ 2) อธิบายญาติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค แผนการรักษา 3) ประสานงานกับแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด ทีมดูแลต่อเนื่อง ทีมเยี่ยมบ้าน ประสานงานกับรพ.สต. อสม. ในเขตพื้นที่ เตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน 4) ดูแลช่วยเหลือร่วมกับเครือข่ายในการช่วยเหลือ โดยร่วมกับผู้นำชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ และโครงการพลังบวรในการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านค่าใช้จ่ายและเศรษฐกิจ
7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัว กรณีศึกษาที่ 1,2	<ol style="list-style-type: none"> 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอาการปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่ การสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาท ที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ อาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว แขนและขามีอาการอ่อนแรง หรือมีอาการชา หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเป็นต้น 2) แนะนำสอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล (care giver) การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด การพลิกตะแคงตัว การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม การรักษาความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ แปรงฟัน ความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ทุกครั้งที่ป็นเบื่อนอุจจาระ 4) ให้ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงรอบ ๆ ตัว เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ รูปภาพของครอบครัวไว้ในห้องหรือข้างตู้ข้างเตียง 5) แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการข้างเคียงของการรับประทานยา แนะนำการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามแผนการรักษา
	สรุปปัญหาทางการพยาบาลกรณีศึกษาขณะดูแล 1) เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจากภาวะความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 5 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
	2) มีภาชนะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน 3) เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาและขาอ่อนแรง 4) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนและขาอ่อนแรง 5) มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร 6) เสี่ยงต่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการกลืน 7) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและปัญหาเศรษฐกิจ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความต่างในกรณีศึกษา คือ กรณีศึกษารายที่ 1 1) เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจากภาวะความดันโลหิตสูง 2) มีภาชนะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน กรณีศึกษารายที่ 2 1) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนและขาอ่อนแรง 2) มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร 3) เสี่ยงต่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการกลืน

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ส่งผลทำให้มีอาการอ่อนแรงของแขนและขาตามพยาธิสภาพของโรค กรณีศึกษารายที่ 1 GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes motor power left V right grade III ประเมิน ADL 13 คะแนน มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ปัญหาอ่อนแรงแขนและขาด้านขวา มีปัญหาการเคลื่อนไหว ความดันโลหิตสูง และภาวะโรคอ้วน รับประทานไม่ต่อเนื่อง การเจ็บป่วยส่งผลต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจ กรณีศึกษารายที่ 2 ต่อเนื่อง GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes Motor left grade 0 right grade V มีปัญหาการกลืนอาหาร ใส่สายสวนจมูก มีปัญหาการเคลื่อนไหวแขนและขาด้านซ้าย motor power grade 0 ประเมิน ADL 10 คะแนน เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรคหลอดเลือดสมองจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด พบภาวะเลือดออกในสมองต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง หลังการรักษาเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤต พบปัญหาการกลืน แขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง

ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ในการดูแลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ในระยะฟื้นฟูสภาพ ยังคงมีปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งต้องดูแลต่อเนื่อง ในด้านของความรู้ในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ การฟื้นฟูสภาพร่างกายจากการมีอาการอ่อนแรงของแขนและขา ตลอดจนการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การรับประทานยา การเข้ารับการรักษตามนัดเพื่อติดตามการรักษา ซึ่งผู้ป่วยและ Care giver ผู้ดูแลต้องตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาให้เกิดความต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยซ้ำ ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคที่สามารถป้องกันได้และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติ 1,2,4

ข้อเสนอแนะ

1.การรณรงค์ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวานความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ สูบบุหรี่ อ้วนและกลุ่มไม่ออกกำลังกายโดยเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกทุกราย ควรได้รับการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยในระยะ Intermedial care เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องถึง ชุมชน

3. ควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย ให้ผู้ป่วยและญาติสร้างความมั่นใจในการดูแลและฟื้นฟู สภาพก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนได้

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายควรได้รับการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยในระยะ Intermedial care เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องถึงชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. The National Institute of Neurological Disorder and stroke rt-PA Stroke study group. (2018). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. N Engl J Med, 333(24),1581-7.
2. American Stroke Association.(2020) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved january 10, 2020, from https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols
3. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ : โอเอ็มเอ็นอาร์ตจำกัด; 2560
4. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2560). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.
5. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2565. (คัดสำเนา)

การพยาบาลมารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก; เปรียบเทียบ 2 กรณี NURSING CARE OF NORMAL LABOR WITH EARLY POSTPARTUM HEMORRHAGE; COMPARISON OF 2 CASE.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 28,2023)

เดือนเพ็ญ ภูแพง¹
Dounpen Poopang¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา การพยาบาลมารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในกลุ่มเป้าหมายมารดาที่คลอดปกติและมีภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือน มิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจาก แบบประเมินอาการผู้ป่วย (Patient admission assessment form part 2) และแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Progress's nurses note) ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วันที่ 1-31 สิงหาคม 2566 จากงานเวชระเบียน และการซักประวัติสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ โดยการศึกษาวิเคราะห์กรณีศึกษาครอบคลุมเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษามารดาตกเลือดหลังคลอด 2 รายที่เป็น postpartum Hemorrhage with anemia สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดทั้ง 2 รายเกิดจากการหดตัวไม่ดีของมดลูก และในกรณีที่ 1 มีการฉีกขาดของช่องทางคลอดร่วมด้วย ซึ่งผลลัพธ์สุดท้ายของการดูแลทั้ง 2 กรณีได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด, การพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to study nursing for normal postpartum mothers who have early postpartum hemorrhage. By comparing 2 case studies, comparing case studies. Nursing care for normal postpartum mothers who have early postpartum hemorrhage In the target group of mothers who gave birth normally and had postpartum hemorrhage in the delivery room at Huai Mek Hospital. Kalasin Province The study period is from June - August 2023. Collect information from Patient admission assessment form part 2 and nursing progress record form (Progress's nurses note). Data collection period: 1-31 August 2023 from medical records and history taking from patients and relatives. By studying and analyzing case studies covering Risk factors for disease, disease diagnosis, treatment, nursing problems and diagnoses, and nursing activities using the principles of the nursing process.

Key words: postpartum hemorrhage, Nursing Care

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดา องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณอัตราการส่วนการตายมารดาในประเทศเอเชียปี 2560 เฉลี่ยเท่ากับ

152 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และประเทศไทย เท่ากับ 37 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน¹ ปี 2564 อัตราส่วนการตายมารดาเขตสุขภาพที่ 7 คิดเป็น 34.32 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน² การศึกษาการเฝ้าระวังการตายมารดาไทยของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ปี 2563 พบว่า

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยเม็ก

สาเหตุทางตรงซึ่งเป็นการตายจากสาเหตุทางสุติกรรม ได้แก่ การตกเลือด ร้อยละ 38 รองลงมาคือความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 23³ จากข้อมูล Maternal Near-Miss เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2565 พบภาวะแทรกซ้อนทางสุติกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 มากที่สุดคือภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 76 ราย และในจังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 16 ราย⁴

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมีสาเหตุมาจากทั้งการหดตัวไม่ดีของมดลูก การฉีกขาดของช่องคลอด และการมีรกหรือเศษรกค้างภายในโพรงมดลูก⁵ ปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมารดาส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด และการตกเลือดหลังคลอดยังส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว พยาบาลผู้ดูแลในห้องคลอดจำเป็นต้องมีทักษะในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและมีทักษะทางการพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่มารดาและทารกในครรภ์ ดังนั้นข้าพเจ้าจึงสนใจศึกษาการพยาบาลมารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกดังรายละเอียดต่อไปนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา การพยาบาลมารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในกลุ่มเป้าหมายมารดาที่มาคลอดปกติและมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ในห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจาก แบบประเมินอาการผู้ป่วย (Patient admission assessment form part 2) และแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Progress's nurses note) ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วันที่ 1-31 สิงหาคม 2566 จากงานเวชระเบียน และการซักประวัติสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ โดยการศึกษาวิเคราะห์กรณีศึกษาครอบคลุมเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อายุ/ สถานภาพ	17 ปี/ โสด	32 ปี/ คู่
ระดับการศึกษา	กำลังศึกษา ม.6	ปริญญาตรี
อาชีพ	นักเรียน	พนักงานโรงงาน
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	ประกันสังคม
จำนวนวันที่รักษา	2 วัน	1 วัน
จำหน่ายโดย	Refer	Refer
ประวัติการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์	G ₁ P ₀ A ₀ L ₀ GA38 ⁺⁵ ฝากครรภ์ครั้งแรก GA11 ⁺⁴ ที่โรงพยาบาล 7 ครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	G ₂ P ₁ A ₀ L ₁ GA39 ⁺¹ ฝากครรภ์ครั้งแรก GA12 ⁺⁶ ที่คลินิกเอกชน ครบ 8 ครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประวัติการตั้งครรภ์การคลอด และการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมีต่าง ๆ แบบแผนสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	Lab 1 Hct 34 vol%VDRL NR HIV neg HbsAg Neg, DCIP neg MCV 80 Lab 2 Hct32.2 vol% ตั้งครรภ์ครั้งแรก ปฏิเสธโรคประจำตัวและการผ่าตัด ปฏิเสธโรคเรื้อรัง และโรคติดต่อร้ายแรง ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมีต่าง ๆ เป็นมารดาวัยรุ่น เป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ แต่ผู้ปกครองไม่ต้องการให้ทำแท้งจึงมาฝากครรภ์	Lab 1 Hct 34.1 vol% VDRL NR HIV neg HbsAg Neg, DCIP neg MCV 80 Lab 2 Hct 32.8 vol% G ₂ P ₁ A ₀ L ₁ ครรภ์แรกคลอดปกติ อายุบุตร 2 ปี 6 เดือน ปฏิเสธโรคเรื้อรัง มารดาเป็นโรคเบาหวาน ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมีต่าง ๆ การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด ตนเองและสามีอยากมีบุตรคนที่สองจึงหยุดฉีดยาคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ 6 เดือน
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการและอาการแสดงแรกเริ่ม วินิจฉัยแรกเริ่ม ข้อมูลการเจ็บครรภ์ และการคลอด	เจ็บครรภ์คลอด ร่วมกับมีมูกเลือดมา 2 ชั่วโมง แรกเริ่มเวลา 04.10น. Vital Signs: T 37.2 °C, P 90 /min, BP 116/89 mmHg RR 20 /min ตรวจครรภ์ FHS 140/min EFW 3,000 กรัม Cervix dilatation 1 cm. Effacement 50 % Station -2 Membranes: Intact Hct 32.1vol% G ₁ P ₀ A ₀ L ₀ with Labor pain เวลา 08.00 ใช้น้ำคร่ำแตก ลักษณะ Clear 08.30 น. Cervix Fully Dilatation มารดาปวดเบ่งมาก และคลอดศีรษะทารกเร็วมาก คลอดปกติ เวลา 08.46น. บุตรเพศ ชาย น้ำหนัก 3,000 กรัม ทำคลอดตรกโดยวิธี Controlled cord traction ลักษณะ ปกติ ตรวจพบ Cervix Tear 1 cm Active Bleed แพทย์ suture all cat gut เพื่อ stop bleed Blood loss 250 CC มดลูกหดตัวไม่ดี Vital Signs: T 36.5 °C, P 90 /min, BP 138/64 mm hg ฉีด Methergin 1 amp IV on 0.9 % NSS 1000 ml + oxytocin 20 unit สวนปัสสาวะทิ้งได้ urine 50 CC สังเกตอาการ เวลา 09.15น. มดลูกหดตัวดี คลื่นมดลูกมี Blood clot 250 CC ฉีด Methergin 1 amp IV สวนปัสสาวะคาสาย on 0.9 % NSS 1000 ml + oxytocin 20 unit drip 120 ml/hr on 0.9 % NSS 1,000 ml drip 80 ml/hr แขนอีกข้าง มดลูกหด	เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดิน เป็นก่อนมา 40 นาที แรกเริ่มเวลา 04.40 น. Vital Signs: T 36.8 °C, P 90 /min, BP103/67 mmHg RR 20 /min FHS 143/min EFW 3,000 กรัม Cervix fully dilatation Membranes: Ruptured Color Clear Hct 32.9 vol% G ₂ P ₁ A ₀ L ₁ pain with Labor เวลา 04.40 น.มารดาท้องป็น Interval = 2' Duration = 60" FHS 148 bpm Cervix fully dilatation ย้ายเข้าห้องคลอดเชียร์เบ่ง คลอดปกติ เวลา 04.54 น. บุตรเพศ ชาย น้ำหนัก 2,850 กรัม Apgar Score 9-10-10 ตรวจร่างกายทั่วไปปกติ เวลา 05.00 ทำคลอดตรกโดยวิธี Controlled cord traction ลักษณะปกติ perineum: Episiotomy 2 degree tear การเย็บ continuous ไม่มี Bleed ซีม Blood loss 200 CC มดลูกแข็งตัวไม่ดี ไม่มี active bleed Vital Signs: T 36.6 °C, P 116 /min, BP 100/64 mm hgฉีด Methergin 1 amp IV on 0.9 % NSS 1000 ml + oxytocin 20 unit drip 80 m/hr สวนปัสสาวะทิ้ง 50 CC หลังเย็บแผลมดลูกแข็งตัวไม่ดี คลื่นมดลูกมี Blood clot 300 CC Total Blood loss ในถุงตวงเลือด 500 CC Hct 28 % on 0.9 % NSS 1,000 ml + oxytocin 20 unit drip

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการและอาการแสดงหลังคลอด วินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย	ตัวตื่น Vital Signs T36. °C, P 112 /min, BP 127/76 mm hg เวลา 10.50 น. มดลูกหดตัวดี ไม่มี Hematoma Total Blood loss 650 CC ตรวจ Hct. ทุก 4 ชม. ได้ Hct 32 % 25% และ 21% มารดาหลังคลอด มีอาการวิงเวียน แพทย์ Consult สูติรีแพทย์ Refer โรงพยาบาลแม่ข่าย G ₁ P ₀ A ₀ L ₀ GA38 ⁺⁵ status post normal labor with cervix tear with postpartum with anemia	120 mL/hr ให้ Methergin 1 amp v และ on 0.9 %NSS 1,000 ml drip 80 mL/hr แขนอีกข้าง สวนปัสสาวะคาสาย มดลูกหด ตัวดีขึ้น เวลา 14.00น. Hct 25 % เวลา 21.45น. Hct 20 % แพทย์ Consult สูติรีแพทย์ Refer โรงพยาบาล แม่ข่าย G ₂ P ₁ A ₀ L ₁ GA39 ⁺¹ with normal labor with postpartum Hemorrhage with anemia

ตารางที่ 2 กระบวนการพยาบาลและการดูแล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก	ข้อมูลสนับสนุน: 1. Total Blood loss 650 CC 2. การฉีกขาดของช่องทางการคลอด 3. มดลูกหดตัวไม่ดี 4. Hct 21 % วัตถุประสงค์: ปลอดภัยจากภาวะตกเลือด เกณฑ์การประเมินผล: 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. Hct ลดลง < 2vol% 3. มดลูกหดตัวกลมแข็ง ระดับสะดือ 4. ปริมาณเลือดออกชุ่มผ้าอนามัยน้อยกว่า 1 ผืน/ ชั่วโมง กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินการแข็งตัวของมดลูกคลึงมด ลูกไล่ Blood clot และสอนการคลึงมดลูก ให้มารดา 2. ตรวจสอบการฉีกขาดของช่องทางการคลอด มี Tear cervix Active bleed รายงานแพทย์ และช่วยแพทย์ในการเย็บซ่อมแซม 3. ประเมินลักษณะเลือดที่ pad 4. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจน stable 5. ดูแลให้มารดาได้รับยากระตุ้นการหด ตัวของมดลูก Methergin 1 amp IV และ ให้ 0.9 % NSS 1000 ml + oxytocin 20 unit drip 120 mL/hr ตามแผนการรักษา	ข้อมูลสนับสนุน: 1. Total Blood loss 600 CC 2. มดลูกหดตัวไม่ดี 3. Hct 20 % 4. มีภาวะ Precipitate labor วัตถุประสงค์: ปลอดภัยจากภาวะตกเลือด เกณฑ์การประเมินผล: 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. Hct ลดลง < 2vol% 3. มดลูกหดตัวกลมแข็ง ระดับสะดือ 4. ปริมาณเลือดออกชุ่มผ้าอนามัยน้อยกว่า 1 ผืน/ ชั่วโมง กิจกรรมการพยาบาล: 1. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก คลึงมด ลูกไล่ Blood clot สอนการคลึงมดลูกให้ มารดา 2. ตรวจสอบการฉีกขาดของช่องทางการคลอด ช่วยแพทย์ในการเย็บซ่อมแซม 3. ประเมินลักษณะเลือดที่ pad 4. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจน stable 5. ดูแลให้มารดาได้รับยากระตุ้นการหด ตัวของมดลูก Methergin 1 amp IV และ ให้ 0.9 % NSS 1000 ml + oxytocin 20 unit drip 120 mL/hr ตามแผนการรักษา 6. ตรวจ Hct ทุก 4 ชั่วโมง

ตารางที่ 2 กระบวนการพยาบาลและการดูแล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>2. มีภาวะช็อก ระดับ 2 เนื่องจากสูญเสียเลือดและน้ำ</p>	<p>6. ตรวจ Hct ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>7. On O₂ mask with Bag 10 LPM</p> <p>8. Retain Foley 's catheter</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล:</p> <p>1. รู้สึกตัวดี มดลูกหดตัวกลมแข็ง ระดับสะดือ</p> <p>2. แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มี Hematoma ไม่มี Active bleeding per vagina</p> <p>3. Hct ลดลงจาก 25 % เป็น 21 %</p> <p>4. vital signs T 36. °C, P 112 /min, BP 100/64 mm hg</p> <p>5. ปริมาณเลือดซุ่มผ้าอนามัย 1 ผืนใน 2 ชั่วโมงแรกและ 1 ผืนใน 4 ชั่วโมงต่อมา</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน:</p> <p>1. Total Blood loss 650 CC</p> <p>2. Hct 21 %</p> <p>3. ชีพจรเบาเร็ว 112 ครั้ง/นาที</p> <p>4. มีอาการวิงเวียน หน้าซีด</p> <p>วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะช็อก ระดับ 3 - 4</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล:</p> <p>1. ระดับความรู้สึกตัวดี</p> <p>2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>4. urine output > 30 cc/hr</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล:</p> <p>1. Monitor NIBP จับ O₂ sat ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าจะคงที่</p> <p>2. ให้ออกซิเจน On O₂ mask with Bag 10 LPM</p> <p>3. ดูแลให้ได้รับ 0.9 % NSS 1000 ml ใช้เข็ม NO 18 ที่แขนอีกข้าง</p> <p>4. ประเมินระดับความรู้สึกตัว กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น</p> <p>5. สังเกตอาการช็อคโดยดูลักษณะของสีผิวหน้า สีเล็บ เยื่อぶตา</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล:</p> <p>1. ไม่มีภาวะช็อก ระดับ 3 - 4</p> <p>2. หน้าซีด วิงเวียนศีรษะ</p> <p>3. Hct 21 VOL %</p>	<p>7. On O₂ mask with Bag 10 LPM</p> <p>8. Retain Foley 's catheter</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล:</p> <p>1. รู้สึกตัวดี มดลูกแข็งตัวดี</p> <p>2. แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มี Bleed ซีม ไม่มี Hematoma ไม่มี Active bleeding per vagina</p> <p>3. Hct จาก 25 VOL % ลดลงเป็น 20 VOL %</p> <p>4. vital signs T 36. °C, P 116 /min, BP 114/76 mm hg</p> <p>5. ปริมาณเลือดซุ่มผ้าอนามัย 1 ผืนใน 2 ชั่วโมงแรกและ 1 ผืนใน 4 ชั่วโมงต่อมา</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน:</p> <p>1. Total Blood loss 600 CC</p> <p>2. Hct 20 %</p> <p>3. ชีพจรเบาเร็ว 116 ครั้ง/นาที</p> <p>วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะช็อก ระดับ 3 - 4</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล:</p> <p>1. ระดับความรู้สึกตัวดี</p> <p>2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>4. urine output > 30 cc/hr</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล:</p> <p>1. Monitor NIBP จับ O₂ sat ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าจะคงที่</p> <p>2. ให้ออกซิเจน On O₂ mask with Bag 10 LPM</p> <p>3. ดูแลให้ได้รับ 0.9 % NSS 1000 ml ใช้เข็ม NO 18 ที่แขนอีกข้าง</p> <p>4. ประเมินระดับความรู้สึกตัว กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น</p> <p>5. สังเกตอาการช็อคโดยดูลักษณะของสีผิวหน้า สีเล็บ เยื่อぶตา</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล:</p> <p>1. ไม่มีภาวะช็อก ระดับ 3 - 4</p> <p>2. รู้สึกตัวดี</p> <p>3. Hct 20 VOL %</p>

ตารางที่ 2 กระบวนการพยาบาลและการดูแล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3.วิตกกังวลวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา	<p>4. vital signs T 36. °C, P 100 /min, BP 100/64 mm hg</p> <p>5. O₂sat 98 %</p> <p>6. urine output 100 cc/hr</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน:</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยและญาติสีหน้ากังวล เป็นมารดาวัยรุ่นครั้งแรก <p>วัตถุประสงค์:</p> <ol style="list-style-type: none"> เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอาการของโรคและแผนการรักษา <p>เกณฑ์การประเมินผล:</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยและญาติสีหน้าสดชื่นขึ้นและคลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องกิจกรรมการพยาบาล: <ol style="list-style-type: none"> ประเมินระดับความวิตกกังวลโดยสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก สีหน้า ท่าทาง คำพูด สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา อธิบายให้ผู้และญาติทราบถึงโรคแผนการรักษาพยาบาล แนวทางการส่งต่อและเหตุผลที่ต้องส่งต่อ <p>การประเมินผล:</p> <p>ผู้ป่วยและญาติ สีหน้าคลายความวิตกกังวล เข้าใจแนวทางการรักษาและการส่งต่อ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน:</p> <ol style="list-style-type: none"> มารดาได้รับการส่งต่อ มารดามีภาวะตกเลือด มารดามีภาวะช็อกระดับ 2 Hct 21 vol% <p>วัตถุประสงค์:</p> <p>เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง</p>	<p>4. vital signs T 36. °C, P 98/min, BP 114/76 mm hg</p> <p>5. O₂sat 98 %</p> <p>6. urine output 120 cc/hr</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน:</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้ากังวล <p>วัตถุประสงค์:</p> <ol style="list-style-type: none"> เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอาการของโรคและแผนการรักษา <p>เกณฑ์การประเมินผล:</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยและญาติสีหน้าสดชื่นขึ้นและคลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องกิจกรรมการพยาบาล: <ol style="list-style-type: none"> ประเมินระดับความวิตกกังวลโดยสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก สีหน้า ท่าทาง คำพูด สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา อธิบายให้ผู้และญาติทราบถึงโรคแผนการรักษาพยาบาล แนวทางการส่งต่อและเหตุผลที่ต้องส่งต่อ <p>การประเมินผล:</p> <p>ผู้ป่วยและญาติ สีหน้าคลายความวิตกกังวล เข้าใจแนวทางการรักษาและการส่งต่อ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน:</p> <ol style="list-style-type: none"> มารดาได้รับการส่งต่อ มารดามีภาวะตกเลือด มารดามีภาวะช็อกระดับ 2 Hct 20 vol% <p>วัตถุประสงค์:</p> <p>เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล:</p>
4.เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ	<p>ข้อมูลสนับสนุน:</p> <ol style="list-style-type: none"> มารดาได้รับการส่งต่อ มารดามีภาวะตกเลือด มารดามีภาวะช็อกระดับ 2 Hct 21 vol% <p>วัตถุประสงค์:</p> <p>เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน:</p> <ol style="list-style-type: none"> มารดาได้รับการส่งต่อ มารดามีภาวะตกเลือด มารดามีภาวะช็อกระดับ 2 Hct 20 vol% <p>วัตถุประสงค์:</p> <p>เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล:</p>

ตารางที่ 2 กระบวนการพยาบาลและการดูแล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>เกณฑ์การประเมินผล:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว 3. มดลูกหดตัวกลมแข็ง <ระดับสะดือ 4. สังเกตปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด ชุ่มผ้าอนามัยไม่เกิน 1ผืนใน 1 ชั่วโมง <p>กิจกรรมการพยาบาล:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้มีพยาบาลนำส่ง 2 คน 2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 3. ให้ O₂ mask with Bag 10 LPM 4. ประเมินการแข็งตัวของมดลูก คลึงมดลูก ปริมาณเลือดที่ออก 5. ดูแลให้มารดาได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก 6. ประเมินระดับความรู้สึกตัว 7. บันทึกอาการขณะนำส่ง <p>การประเมินผล:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพปกติ PR= 96ครั้ง/นาที, RR= 20 ครั้ง/นาที , BP =106/62mmHg O₂sat 98 % 2. มดลูกหดตัวดีระดับสะดือ 3. เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 1/3 ผืน ขณะนำส่ง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว 3. มดลูกหดตัวกลมแข็ง <ระดับสะดือ 4. สังเกตปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด ชุ่มผ้าอนามัยไม่เกิน 1ผืนใน 1 ชั่วโมง <p>กิจกรรมการพยาบาล:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้มีพยาบาลนำส่ง 2 คน 2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 3. ให้ O₂ mask with Bag 10 LPM 4. ประเมินการแข็งตัวของมดลูก คลึงมดลูก ปริมาณเลือดที่ออก 5. ดูแลให้มารดาได้รับยากระตุ้นการหดตัวของ 6. ประเมินระดับความรู้สึกตัว 7. บันทึกอาการขณะนำส่ง <p>การประเมินผล:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพปกติ PR= 98ครั้ง/นาที, RR= 20 ครั้ง/นาที , BP =114/76mmHg O₂sat 98 % 2. มดลูกหดตัวดีระดับสะดือ 3. เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 1/3 ผืนขณะนำส่ง

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นที่เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก	<ol style="list-style-type: none"> 1. มารดามีภาวะโลหิตจาง 2. การฉีกขาดของช่องทางคลอด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มารดามีภาวะโลหิตจาง 2. การฉีกขาดของช่องทางคลอด 	<p>1. จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มารดามีภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ เนื่องจาก รายที่ 1 Hct32.1vol% มารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยไม่พึงประสงค์ ประกอบกับแบบแผนการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ชอบอาหารรสจัด ไม่ใส่ใจในการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ กรณีศึกษาที่ 2 Hct32.9vol% ถึงแม้จะตั้งครรภ์ตามความต้องการ แต่มารดาชอบอาหารรสจัด</p> <p>กรณีศึกษาทั้ง 2 มีการฉีกขาดของช่องทางคลอดเหมือนกันคือ 2degree Tear</p> <p>กรณีศึกษาที่ 1 มีการฉีกขาดของปากมดลูกร่วมด้วยสาเหตุจาก มารดาเบ่งคลอดแรงเกินไป ทำให้ศีรษะทารกคลอดเร็ว</p>

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นที่เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	3. การหดตัวของมดลูกไม่ดี	3. การหดตัวของมดลูกไม่ดี	ทั้งสองกรณีเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี ความเหนียวล้าของมดลูกจากการหดตัวขณะรอคลอดก็เป็นสาเหตุให้มดลูกหดตัวไม่ดี ในกรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะคลอดเร็ว Precipitate labor มดลูกที่ลดขนาดลงอย่างรวดเร็วจะทำให้การหดตัวของมดลูกหลังคลอดไม่ดี

สรุปและอภิปรายผล

ผลสำเร็จของการรักษาพยาบาลผู้ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ทั้งสองรายมีความปลอดภัยเนื่องจาก มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพจากแพทย์ และพยาบาลห้องคลอดตั้งแต่แรกเริ่ม ทั้งการประเมินสภาพทั่วไป การประเมินภาวะเสี่ยงประเมินอาการ อาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังคลอด การรายงานแพทย์เพื่อมาตรวจรักษาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การเตรียมความพร้อมในการให้การช่วยเหลือมารดาหลังคลอด เช่น การเตรียมทีมช่วยเหลือ การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการทำคลอด การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยชีวิตมารดาและทารก การเตรียมยาที่จำเป็นให้พร้อมใช้ การประสานงานในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้โรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งการเตรียมบุคลากรที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง และ

รพพยาบาลในการส่งต่อมารดาหลังคลอดกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น

การพยาบาลเชิงป้องกันเช่น ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ แนะนำให้มาฝากครรภ์ให้ครบ 8 ครั้งคุณภาพ การพยาบาลเหล่านี้พยาบาลห้องคลอดสามารถร่วมจัดทำแนวปฏิบัติโดยประสานกับแพทย์และพยาบาลแผนกฝากครรภ์ เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันในระดับปฐมภูมิต่อไปและในหน่วยงานห้องคลอดหัวหน้างานสามารถใช้ระบบนิเทศทางการพยาบาล เรื่องการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางสูติกรรมได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Statistics monitoring health of the SDG 2020.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน. สืบค้นจาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/changwat.2566,08,10>
3. วรณชนก ลิ้มจรรยา. การเฝ้าระวังการตายมารดาไทย ปีประมาณ 2563. สำนักส่งเสริมสุขภาพ, กรมอนามัย 2563.
4. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวชี้วัดอัตราส่วนการตายมารดา. สืบค้นจาก <https://hpci.anamai.moph.go.th/kpr/kpr2566/report66.2566>
5. ประสงค์ ต้นมหาสมุทร. สูตินรีเวชทันยุค. (บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช 2020.

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลาย
ลิ่มเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of the patient with acute ST-elevation myocardial infarction and received
intravenous thrombolytic drug: Two case studies.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 28,2023)

อัจฉรา ลือโสภา¹
Atchara luesopha¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษากรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ผลการศึกษา พบว่า

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยอายุ 56 ปี 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ เจ็บแน่นหน้าอกซ้าย รับเข้ามาดูแลที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-Elevation ที่ Lead II, III, AVR แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน consult อายุรแพทย์โรคหัวใจจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีคำแนะนำการรักษาด้วยการให้ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด และยา Streptokinase 1.5 mu ทางหลอดเลือดดำ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนจนได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างปลอดภัย

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยอายุ 69 ปี 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการแน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับ รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-Elevation ที่ V1-V5 แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน consult อายุรแพทย์โรคหัวใจจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีคำแนะนำการรักษาด้วยการให้ ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด และยา Streptokinase 1.5muทางหลอดเลือดดำ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนจนได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ยาละลายลิ่มเลือด

ABSTRACT

This study was compares two case studied to study patients with acute myocardial infarction who were treated with thrombolytic drugs. at the accident and emergency department Huai Mek Hospital, study results found that

Case study 1: A 56-year-old Thai man, 1 hour before coming to the hospital, had symptoms of tightness in his left chest. Admitted for care at the Emergency Department; electrocardiogram found ST-Elevation at Leads II, III, AVR. The doctor diagnosed acute myocardial infarction and consulted a cardiologist from a tertiary hospital who gave treatment recommendations. Anticoagulants and platelets Streptokinase 1.5 mu intravenously Monitor for symptom changes and complications until safely being transferred to a hospital with higher capacity for treatment.

Case study 2: Thai man, age 69 years, 7 hours before coming to the hospital. There is tightness in the chest as if something is pressing on. Received treatment at the emergency department, and an electrocardiogram found ST-Elevation at V1-V5. The doctor diagnosed acute myocardial infarction and consulted a Cardiologist from a tertiary hospital. There are treatment recommendations given. Antiplatelet medicine and streptokinase 1.5 mu intravenously. Monitor for symptom changes and complications until safely transferred to a hospital with a higher capacity for treatment.

Keyword: Patients with acute myocardial infarction, blood thinners

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลห้วยเม็ก

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการที่ภาวะการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรุนแรงระยะเวลาของการอุดตันที่นานขึ้นจะเพิ่มพื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตอย่างกะทันหัน อุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่นในยุโรปมีแนวโน้มลดลง เป็นผลมาจากการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อันเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอยู่ระหว่างร้อยละ 4-12 สำหรับประเทศไทย พบว่าแนวโน้มการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน¹ จากสถิติข้อมูล Thai ACS registry อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ขณะรับไว้ในโรงพยาบาลพบร้อยละ 17 และผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดไม่ว่าด้วยวิธีใดมีอัตราการตายประมาณร้อยละ 12 ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เปิดหลอดเลือดเลยใน STEMI มีอัตราตายที่สูงมากถึงร้อยละ 22 ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเพราะมาโรงพยาบาลล่าช้าและได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมตามมาตรฐาน² เป้าหมายการรักษารโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ (reperfusion) โดยเร็วที่สุดเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ในปัจจุบันการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีหลายวิธี วิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูง คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) เพื่อเปิดหลอดเลือดที่อุดตันช่วยจำกัดบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตายและลดความรุนแรงของโรค³ หากได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมก็จะเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จึงมีนโยบายพัฒนาระบบบริการ Service plan สาขาโรคหัวใจ ให้มีการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

ซึ่งยา Streptokinase (SK) จัดเป็นยาความเสี่ยสูง โดยผลข้างเคียงที่สำคัญคือ เกิดเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ มีผลตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงอันตรายถึงชีวิตหากเกิดเลือดออกในสมองหรือมีการตกเลือดชั้นรุนแรง นอกจากนี้ยังอาจเกิดการแพ้ยาถึงขั้น anaphylactic shock ได้⁴ ดังนั้นการใช้นี้จึงมีข้อห้ามและข้อควรระวังในการใช้หลายประการ และที่สำคัญต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้การแก้ไขภาวะวิกฤติได้ทันท่วงที

โรงพยาบาลห้วยเม็กเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงไม่มีแพทย์เฉพาะทางมีระบบ Consult อายุรแพทย์ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ได้รับการพัฒนาศักยภาพสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ในปี 2559จนถึงปัจจุบัน สถิติผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) 3ปีย้อนหลัง ปี 2564-2566มีจำนวน 9ราย, 7ราย, และ 10ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดหลังวินิจฉัยโรคภายในเวลา 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 66.66, 75, และ 100 ตามลำดับ และได้ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นทันเวลา จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลสำคัญมาก มีบทบาทในการคัดแยก ประเมินสภาพให้การพยาบาล บริหารยาละลายลิ่มเลือด และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รวดเร็ว ถูกต้อง ประสานงาน ให้บริการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความรู้ เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของโรค และใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ทันสมัยเหมาะสมกับบริบทเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลห้วยเม็ก

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษา 2 ราย โดยการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย โดยการศึกษาตำรา วารสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยอายุ 56 ปี รูปร่างสมส่วน เข้ารับการรักษา วันที่ 10 มกราคม 2566 เวลา 09.55 น. ให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมงก่อนมีอาการแน่นหน้าอกด้านซ้าย ขณะพักผ่อนไม่มึนสำปะหลัง ปฏิเสธโรคประจำตัว สูบบุหรี่วันละ 20 มวน/วัน ดื่มสุรบบางครั้งคราว ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถ้ามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซ้าย ทันทิ่มเหมือนมีอะไรมาทับ P/S 9/10 คะแนน สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 159/82 มิลลิเมตรปรอท เวลา 10.00 น. ทำ EKG พบ ST elevation at II III AVR DTX 276 mg% O₂Sat 95% แพทย์สั่งให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml iv drip 40 ml/hr. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แพทย์เวร Consult อายุรแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายวินิจฉัยโรคเป็น STEMI เวลา 10.14 น. ให้ยา ASA (grV) 1tab เคี้ยวกลืน ให้ยา Plavix (75 mg) 4 tab oral วัดความดันโลหิต 4 รยางค์ ความดันซิสโตลิกในแขนข้างซ้ายและข้างขวาแตกต่างกันน้อยกว่า 15 มม.ปรอท ประเมินข้อห้ามการให้ยาละลายลิ่มเลือด และอธิบายข้อดีช่วยเปิดหลอดเลือดหัวใจและภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือแพ้ยา ผู้ป่วยและญาติเซ็นยินยอมให้ยาละลายลิ่มเลือด เวลา 10.16 น. ให้ยา Streptokinase 1.5mu+0.9% nss 100ml v drip in 1 hr. ด้วยเครื่อง Infusion pump เฝ้ารอ

ภาวะแทรกซ้อนจากยา ดูแลให้ยาจนหมดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง สัญญาณชีพปกติ ผลตรวจ Troponin- t<40 แพทย์เวรส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เวลา 11.03 น. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ เฝ้ารออาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี P/S=4/10 คะแนน สัญญาณชีพระหว่างนำส่งอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นนำส่งข้อมูลผู้ป่วยให้แพทย์เวร ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยวินิจฉัยโรค Inferior Wall Myocardial Infarction ได้รับการรักษาโดยการทำ Primary Percutaneous Cardiac Intervention to right coronary artery ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษานัดติดตามรักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลห้วยเม็ก

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยอายุ 69 ปี รูปร่างสมส่วน เข้ารับการรักษา วันที่ 17 พฤษภาคม 2566 เวลา 06.08 น. ให้ประวัติว่า 7 ชั่วโมงก่อนมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม นอนราบได้ โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไตวายระยะ 4 ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถ้ามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับ P/S 5/10 คะแนน สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/95 มิลลิเมตรปรอท เวลา 06.10 น. ทำ EKG พบ ST elevation V1-V5 DTX 94 mg% O₂Sat 95% แพทย์มีคำสั่งสั่ง ON heparin lock ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ แพทย์เวร Consult อายุรแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายวินิจฉัยโรค STEMI เวลา 06.30 น. ให้ยา ASA (grV) 1tab เคี้ยวกลืน ให้ยา Plavix (75 mg) 4 tab.oral ให้ยา Losec 40 mg. vein วัดความดันโลหิต 4 รยางค์ ความดันซิสโตลิกในแขนข้างซ้ายและข้างขวาแตกต่างกันน้อยกว่า 15 มม.ปรอท ประเมินข้อห้ามการให้ยาละลายลิ่มเลือดและอธิบายข้อดีช่วยเปิดหลอดเลือดหัวใจและภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือ

แพทย์ ผู้ป่วยและญาติเซ็นยินยอมให้ยาละลายลิ่มเลือดเวลา 06.38น. Streptokinase 1.5 mu + 0.9% nss 100 cc v drip in 1 hr. ด้วยเครื่อง Infusion pump เฝาระวังภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง สัญญาณชีพปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Troponin t > 2000 แพทย์เวรส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เวลา 07.42น. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ เฝาระวังอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี P/S=4/10 ค่ะ แน่น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถึงโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นนำส่งข้อมูลผู้ป่วยให้

แพทย์เวร ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยวินิจฉัยโรค Anteroseptal Wall Myocardial Infarction ได้รับการรักษาโดยการ ทำ Primary Percutaneous Cardiac Intervention with Drug Eluting stent Left anterior descending artery ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา นัดติดตามรักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลห้วยเม็ก

การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษา 2 ราย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1</p> <p>เสี่ยงต่อการเกิด Cardiac arrest เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง</p> <p>เปรียบเทียบข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u> : ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น</p> <p><u>เกณฑ์การประเมินผล</u>: อาการเจ็บหน้าอกลดลง ไม่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นผิดจังหวะสัญญาณชีพปกติ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เฝาระวังอาการแสดงของการเกิด Cardiac arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ อาการเหงื่อแตก ตัวเย็น ชีตเขียว ปัสสาวะออกน้อย ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2. EKG monitoring ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ประเมินสัญญาณชีพและระดับออกซิเจนทุก 15 นาที 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 30-60 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีลดการใช้ออกซิเจน 4. ดูแลให้ยา ASA (gr V) 1tab เคี้ยวกลืน/ Plavix (75mg) 4 tab oral เพื่อลดการเกาะตัวของเกล็ดเลือด 5. เตรียมยาและอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต เครื่อง Defibrillator ให้มีความพร้อมใช้ <p><u>การประเมินผล</u></p> <p><u>กรณีศึกษา รายที่ 1</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่หอบเหนื่อย O2 sat 100% อาการเจ็บหน้าอกลดลง P/S 5/10 ค่ะ แน่น 2. สัญญาณชีพ ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/98 มิลลิเมตรปรอท <p><u>กรณีศึกษา รายที่ 2</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่หอบเหนื่อย O2 sat 99% อาการเจ็บหน้าอกลดลง P/S 4/10 ค่ะ แน่น 3. สัญญาณชีพ ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/65 มิลลิเมตรปรอท
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>เปรียบเทียบข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u> : ป้องกันภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญ เช่น หลอดเลือดสมอง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินข้อห้ามการให้ยาละลายลิ่มเลือด อธิบายข้อดีและข้อเสีย เซ็นยินยอมการให้ยาละลายลิ่มเลือด 2. วัดสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนและประเมินระบบประสาททุก 15 นาทีจนกว่าจะให้ยาหมด 3. เตรียมยาและอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต เครื่อง Defibrillator ให้มีความพร้อมใช้ 4. เตรียมยาชุด 0.9% NSS หรือ 5% D/W 5 mL ผสมกับยา 1.5 ล้านยูนิต ค่อยๆ ฉีดลงไปเบาๆ ที่ข้างขวด ไม่ให้เกิดฟองให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu + 0.9% nss 100 ml/hr ทางหลอดเลือดดำ แขนซ้าย 5. เฝาระวังอาการเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญ เช่น เลือดออกในสมอง สีปัสสาวะ จุดจ้ำเลือด เป็นต้น 6. EKG monitoring เนื่องจากการที่เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงหัวใจใหม่ (reperfusion) และ EKG หลังยาหมด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><u>เกณฑ์การประเมินผล:</u> ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ปกติ v/s อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p>7.ไม่ควรแทงน้ำเกลือหรือเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำระหว่างให้ยา หลีกเลี่ยงการเจาะเลือดเท่าที่ทำได้</p> <p><u>การประเมินผล</u> <u>กรณีศึกษาตอนที่ 1</u> 1.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบชัดเจน ไม่ปวดศีรษะไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ 2.สัญญาณชีพ ชีพจร84ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ20ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 123/75 มิลลิเมตรปรอท</p> <p><u>กรณีศึกษาตอนที่ 2</u> 1.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบชัดเจน ไม่ปวดศีรษะไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ 2.สัญญาณชีพ ชีพจร86ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ20ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 110/65 มิลลิเมตรปรอท</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่ง เปรียบเทียบข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยทางการแพทย์การพยาบาลข้อที่ 3</p> <p><u>วัตถุประสงค์:</u> ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าปลอดภัย</p> <p><u>เกณฑ์การประเมินผล:</u> ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อเดินทางถึงโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นด้วยความปลอดภัย</p>	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. เตรียมผู้ป่วยและญาติ ก่อนการส่งต่อโดยอธิบายเหตุผลและแผนการรักษาต่อเพื่อทำPCI 2. เตรียมอุปกรณ์ ยา เครื่อง Defibrillator EKG บนรถพยาบาลให้พร้อมใช้ และเตรียมเอกสาร 3. ประสานพยาบาลส่งต่อ 2 คนและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 4. ให้การพยาบาลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนประเมินระบบประสาท ระดับออกซิเจน ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที EKG Monitoring</p> <p><u>การประเมินผล</u> <u>กรณีศึกษาตอนที่ 1</u> ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพ ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/75 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวรักษาต่อและได้รับการรักษา PCI ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น</p> <p><u>กรณีศึกษาตอนที่ 2</u> ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพ ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/65 มิลลิเมตรปรอทผู้ป่วยได้รับการส่งตัวรักษาต่อและได้รับการรักษา PCI ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา เปรียบเทียบข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยทางการแพทย์การพยาบาลข้อที่ 4</p> <p><u>วัตถุประสงค์:</u> ผู้ป่วยและญาติมีความกลัวและวิตกกังวลลดลง เข้าใจการดำเนินโรคและแผนการรักษา</p> <p><u>เกณฑ์การประเมินผล:</u> ผู้ป่วยและญาติสีหน้าท่าทางกลัวและกังวลลดลง เข้าใจเรื่องโรคและให้ความร่วมมือในการรักษา</p>	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการดำเนินของโรค แผนการดูแลรักษา เหตุผลความจำเป็นการส่งต่อ 2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติอธิบาย วัตถุประสงค์ เหตุผล ก่อนให้การพยาบาล 3.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามปัญหา อาการเจ็บป่วย พร้อมอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจนเข้าใจง่าย 4. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรคหลังการรักษา การปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพ</p> <p><u>การประเมินผล</u> <u>กรณีศึกษาตอนที่ 1</u> ผู้ป่วยและญาติสีหน้าวิตกกังวลลดลงบ้าง เข้าใจเรื่องโรค ยอมรับแผนการรักษา</p> <p><u>กรณีศึกษาตอนที่ 2</u> ผู้ป่วยและญาติสีหน้าลดความกังวลบ้าง เข้าใจพยาธิ สภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับแผนการรักษา</p>

ตาราง การวิเคราะห์ กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
--------------------	----------------	----------------	--------------

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล		
1.ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค	ชายไทยอายุ56ปี สูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน นาน30 ปี ดื่มสุราทุกเป็นบางครั้งไม่ได้ ออกกำลังกาย	ชายไทยอายุ69 ปี โรคประจำตัว HTcCKD4 ไม่ได้ ออกกำลังกาย	ผู้ป่วยรายที่1เสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากสูบบุหรี่ ผู้ป่วยรายที่2เสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากสูงอายุและมีโรคประจำตัว HTcCKD4
2.พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง	1ชั่วโมงแน่นหน้าอกซ้าย Pain score 9/10 ST elevation at II III AVR Troponin<40 Acute myocardial infarction at inferior wall MI	7ชั่วโมงแน่นหน้าอก Pain score 5/10 ST elevation at V1-V5 Troponin >2,000 Acute myocardial infarction at anterior wall MI	ผู้ป่วยรายที่1เป็น Acute myocardial infarction at inferior wall MI ผู้ป่วยรายที่2เป็น Acute myocardial infarction at anterior wall MI
3.การรักษา	ASA (gr V) 1 tab เคียวกลืน Plavix (75 mg) 4 tab oral ,Losec 40 mg.vein 0.9%NSS1000cc ivdrip 80 cc./hr. Streptokinase 1.5 mu+ 0.9%nss 100 ml vein drip in 60 นาที		ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการ ดูแลรักษาเบื้องต้น เพื่อ บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก เช่น ได้รับยา antiplatelet และยา ละลายลิ่มเลือด
4. ปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล	ได้รับการดูแลโดยมี แผนการพยาบาลทั้งหมด 4 แผนการดูแล สามารถแก้ไข ให้บรรเทาได้ตามแผนการพยาบาล		ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ชักประวัติ ปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในระยะวิกฤติและขณะส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ
5. การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อใน ระบบทางด่วน (STEMI Fast Track) ไป ยังโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น		ผู้ป่วยทั้ง2รายได้รับคำปรึกษาตามระบบ มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาลและขณะนำส่งอย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน โรงพยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็วตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาถึงโรงพยาบาล จากการศึกษาของ พวงทอง ขำ เจริญ (2563) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่าพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลต้องมีความรู้เรื่องการบริหารยา การเฝ้าระวัง ภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จนกระทั่งส่งต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ทำให้ลดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

สรุปกรณีศึกษาทั้ง2ราย กรณีศึกษาที่รายที่ 1 เป็น ผู้ป่วย Acute myocardial infarction(Inferior wall MI) กรณีศึกษาที่ 2 Acute myocardial infarction (Anterior wall MI) ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ ถ้าได้รับการรักษาล่าช้า ด้วยศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง แต่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยทั้ง2รายนี้เข้าถึงบริการเร็วโดยรถส่วนตัว ได้รับการประเมินคัดกรอง ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ให้การวินิจฉัยและได้รับยาต้านเกล็ดเลือดและยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) อย่างรวดเร็วและทันเวลา โรงพยาบาลในท้องถิ่นเหตุ และฉุกเฉิน มีบทบาท

สำคัญในการคัดกรอง ดูแลรักษาพยาบาล เฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ประสานงานให้พยาบาลระหว่างส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนถึงที่หมายอย่างปลอดภัย ติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยได้รับการทำ 1 Primary Percutaneous Cardiac Intervention to right coronary artery ส่วนกรณีศึกษาครั้งที่ 2 ได้รับการทำ Primary Percutaneous Cardiac Intervention with Drug Eluting stent Left anterior descending artery ไม่ มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา มีนัดกลับมารักษา ต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านจึงวางแผนการดูแล ต่อเนื่อง แนะนำการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยและญาติ และส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่ายในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการ ที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่าง รุนแรงและเฉียบพลันระยะเวลาการอุดตันที่นานขึ้นจะ เพิ่มพื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว โดยการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพทุกระดับและได้รับการดูแลจากพยาบาลฉุกเฉินที่มีสมรรถนะสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการบริหาร ยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ขณะส่งต่อ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลฉุกเฉินและมีการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบไร้รอยต่อที่ทันสมัยให้เหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาลรวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563.พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2563.ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์.
- 2.สถิติข้อมูลThai ACS registry. 2566.
3. เกรียงไกร เสงรัมย์. มาตรฐานการรักษาก่อนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ; สถาบันโรคทรวงอกกระทรวงสาธารณสุข 2560.
- 4.ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 8. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา.2554.
- 5.ณรงค์กร ชัยวงศ์ ,ปนวัตร สันประโคน.(2562). ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ.วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2562;14(1):43-51
6. พวงทอง ขำเจริญ. กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร2563; 29 (1). (Suppl 2): 37-46.
- 7.งานเวชระเบียนและสถิติ.สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์.(2564 -2566).

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care of Community acquired Pneumonia with Septic shock
: Case study 2 Case.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 28,2023)

ทัศนีย์ ภูนาฤทธิ์¹
Tasane Poonalit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลห้วยเม็ก เดือนมกราคม 2566 และ เดือนกรกฎาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ ผู้ป่วยและญาติ การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ได้รับการประเมินก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ทันเวลา ให้การพยาบาลโดยนำความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แบบแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนสามารถจำหน่ายกลับบ้านไปดำรงชีวิตปกติสุขอยู่ที่บ้านได้

คำสำคัญ : การพยาบาล โรคปอดอักเสบ , ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ABSTRACT

This study was case study aimed to study and compare nursing processes for pneumonia patients with septic shock. Comparative of 2 pneumonia patients with septic shock. Specific selection by selecting patients admitted to Huai Mek Hospital in January 2023 and July 2023. Tools used in the study consisted of a medical record, Interviewing patients and family members, data analysis, and evaluating nursing diagnosis using Gordon's functional health patterns.

Results: The evaluation of both patients in time before entering critical condition. Provide care according to nursing standards, using knowledge about the pathology of pneumonia with shock from sepsis and functional health patterns for nursing planning. As a result, both patients had no complications and were discharged from the hospital later.

Keywords: nursing, pneumonia, septic shock

บทนำ

โรคปอดอักเสบ(Pneumonia)เป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในประเทศไทย สถิติจากกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ. 2560-2562 พบว่า อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 45.3,45.2 และ 53.3 ตามลำดับ จัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประเทศ

ไทยซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ โรคปอดอักเสบชุมชน เป็นการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง เกิดจากเชื้อจุลินทรีย์นอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการภายใน 24 ชั่วโมงหลังการติดเชื้อ หรือเกิดภายหลัง 48 ชั่วโมงที่อยู่ในโรงพยาบาล และแสดงอาการภายใน 4-5 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ไอ หอบเหนื่อย ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ในรายที่

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยเม็ก

มีอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงทีการอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง แม้จะได้รับออกซิเจนอยู่ก็ตาม เรียกว่าเกิดภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวไปด้วย นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด

การติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกนับเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกา ปีค.ศ.2018 พบ อัตราป่วย 240 ต่อแสนประชากร อัตราเสียชีวิตร้อยละ 30.8 - 62.5 อุบัติการณ์ Sepsis ในประเทศไทย พบ อัตราป่วย 75 - 150 รายต่อแสนประชากร หรือมากกว่า 5,000 - 10,000 รายต่อปี อัตราเสียชีวิตจาก Septic shock สูง ร้อยละ 59.34 56.19 ในปี 60,61 ตามลำดับ ภาวะ Septic shock ทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ (Multiple organ dysfunction syndrome MODS) อวัยวะหลายระบบทำงานล้มเหลว จากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนทั่วร่างกายเป็นเวลานาน รวมถึงการวินิจฉัยล่าช้า และการได้รับยาปฏิชีวนะที่ล่าช้า และไม่เพียงพอ บริเวณที่ติดเชื้อและทำให้เกิดภาวะช็อกได้บ่อย คือการติดเชื้อในปอด ติดเชื้อในช่องท้อง ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะ Septic shock ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพโภชนาการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย และผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 - 2565 มีจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบ 7,792 ,5,950 และ 6,1018 คน จำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 68,55 และ 35 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยปอดอักเสบ 61, 60 และ 68 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ไม่พบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต

ในปี 2563-2565 โรงพยาบาลห้วยเม็ก มีผู้ป่วยปอดอักเสบ 314,229 และ 192 คน ผู้ป่วย

ปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 22,28 และ 33 คน อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยปอดอักเสบ 35,41 และ 43 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ไม่พบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต จากสถิติดังกล่าวพบว่า อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยปอดอักเสบ มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยที่มาด้วยโรคปอดอักเสบจึงต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยเม็ก มีเป้าหมาย คือการวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว การให้สารน้ำที่เพียงพอเหมาะสม ร่วมกับการให้ยากระตุ้นแรงดันโลหิต (Vasopressor) ในทุกกระบวนการต้องเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้อง พยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องมีความรู้ความสามารถพัฒนาทักษะขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และระบบไหลเวียนกลับสู่ภาวะปกติให้เร็วที่สุด รอดพ้นจากระยะวิกฤต สามารถเข้าสู่ระยะฟื้นฟู และจำหน่ายกลับบ้านได้ ไม่กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบอีกใน 1 เดือน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลห้วยเม็ก ทำการศึกษาผู้ป่วย

กรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 18 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 มกราคม 2566 ผู้ป่วย

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 10
กรกฎาคม ถึง วันที่ 14 กรกฎาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อ ศึกษา ประกอบด้วย

- 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวช
ระเบียนผู้ป่วยใน
- 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต
การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์แบบแผนสุขภาพ
พยาธิสภาพ อาการอาการแสดง การรักษา

3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้
แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์
ดอน เพื่อให้ได้ปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาล นำมาวางแผนให้การพยาบาล มีรายละเอียด
ดังต่อไปนี้

ข้อมูลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	80 ปี	69 ปี
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ประถมศึกษาปีที่ 4
สถานภาพ	คู่	คู่
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	แม่บ้าน
สิทธิการรักษา	ผู้พิการ	ผู้สูงอายุ
ภูมิลำเนา	อ.ห้วยเม็ก จ.กาฬสินธุ์	อ.ห้วยเม็ก จ.กาฬสินธุ์
ผู้ดูแล	สามี/บุตรสาว	สามี/บุตรชาย(ผู้ป่วยไม่มีบุตรสาว)
วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	มกราคม 2566	10 กรกฎาคม 2566
วันที่จำหน่ายกลับบ้าน		14 กรกฎาคม 2566
ระยะเวลาอนรรักษาโรงพยาบาล	28 มกราคม 2566	4 วัน
การวินิจฉัยโรค	10 วัน Pneumonia Infective Diarrhea c Septic shock และ Hypertension Old Cerebral Vascular Accident	Pneumonia c Septic shock c Acute denovo heart failure c Adrenal insufficiency และ Diabetes milieus type 2 Hypertriton

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของ ผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้ ไอ ซึม อ่อนเพลีย หายใจหอบ เหนื่อย ถ่ายเหลวเป็นน้ำ	ไข้ เหนื่อยเพลีย
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ไอ เป็นๆ หายๆ ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 5 ครั้ง ซึม อ่อนเพลีย หายใจหอบ เหนื่อย บุตรจึงนำส่งโรงพยาบาล	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ เหนื่อย เพลีย 5 ชั่วโมงก่อนมา วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด อาเจียน 4 ครั้ง สามี จึงนำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต /การ ผ่าตัด	มีนาคม 2565 ป่วยด้วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ ได้ on tracheostomy On NG feeding Status bed ridden	ป่วยด้วย Diabetes milieus type 2 Hypertension รับประทานที่ โรงพยาบาลห้วยเม็กได้ 10 ปี ทานยา ต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ปฏิเสธการผ่าตัด

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา อาการแรกเริ่ม	Hypertension Old Cerebral Vascular Accident ปฏิกิริยาแพ้ยา Admitted เวลา 00.10 น. ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่องดี อ่อนเพลีย มีเสมหะในลำคอ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 % On O2 Mask c bag 10 lpm. ผล CXR พบ Perihilar Infiltration both	Diabetes milieus type 2 Hypertension ปฏิกิริยาแพ้ยา Admitted เวลา 14.30 น. ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่องดี อ่อนเพลีย อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 86/54 มิลลิเมตรปรอท MAP 64 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % Room air วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 78/53 มิลลิเมตรปรอท MAP 61 ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 113 mg% ผล CXR พบ Perihilar Infiltration both lung c cardiomegaly

ผลการศึกษา เป็นการเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ	หญิงไทย อายุ 80 ปี มีประวัติป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ on tracheostomy on NG feeding Status bed ridden ป่วยด้วย Pneumonia Infective Diarrhea ก่อนเจ็บป่วย 2-3 วัน ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ต้องใช้ยา ระบายจึงจะถ่ายอุจจาระ	หญิงไทยอายุ 69 ปีป่วยด้วย Diabetes milieus type 2 Hypertension รับประทานที่โรงพยาบาลห้วยเม็กได้ 10 ปี ทานยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยาใช้ ยาสมุนไพรลดน้ำตาล	สาเหตุปอดอักเสบของผู้ป่วยทั้งสอง รายเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียในอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็น ผู้สูงอายุติดเตียง มีโรคประจำตัว Hypertension Old Cerebral Vascular Accident on tracheostomy on NG feeding ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว Diabetes milieus type 2 Hypertension และใช้ยาสมุนไพรลดน้ำตาล จากแบบแผนสุขภาพดังกล่าว แสดงถึงผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคปอดติดเชื้อ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Septic shock
2. พยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง	ที่ ER เวลา 22.05 น. ไข้ ไอ ซึม อ่อนเพลีย หายใจหอบ เหนื่อย อุณหภูมิร่างกาย 39 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 95/41 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนใน	ที่ ER เวลา 11.20 น. ไข้ เหนื่อยเพลีย วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด อาเจียน 4 ครั้ง อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/69 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการแสดงของการติดเชื้อปอดที่เกิดจากเชื้อจุลินทรีย์นอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 มีไข้ ไอ เป็นๆ หายๆ หายใจหอบ ก่อนนอนโรงพยาบาล 3 วัน จากการตรวจร่างกายแรกเริ่ม ฟังปอด fine crepitation both ผลการตรวจ CBC พบ ค่า WBC 16,990 cell/mm ³ Neutrophil 84.8 % Hemoculture ทั้ง 2

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
	เลือด 92 % ROOM AIR ฟังเสียงปอด ทั้ง สอง ข้าง พบ Crepitation ผลตรวจ Antigen test kit Covid 19 ผล Negative	ออกซิเจนในเลือด 96 % Room air ผลตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 48 mg% ผลตรวจ Antigen test kit Covid 19 ผล Negative	ขวด no growth ผล CXR Perihilar both lung แสดงถึงการอักเสบของปอดรุนแรงซึ่งขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ผู้ป่วยรายที่ 2 มีไข้ เหนื่อยเพลีย ก่อนมาโรงพยาบาลได้ 1 วัน ผลการตรวจร่างกายแรกพบ ฟังปอด fine crepitation both CBC พบ ค่า WBC 7 , 9 1 0 cell/ mm ³ Neutrophil 95.7 % Hemoculture ทั้ง 2 ขวด no growth ผล CXR Perihilar Infiltration both lung cardiomegaly ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่า Acute fibril illness Hypoglycemia ผล Neutrophil 95.7 % แสดงถึงการอักเสบของปอดรุนแรงซึ่งขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ซึ่งเมื่อย้ายมาที่หอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น และมีภาวะภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างชัดเจน
3. การรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	- On O2 Mask c bag 10 lpm - load 0.9 NSS V 1,000 ml. - O.9 NSS V 60 ml/hr. - Levophed 4 : 250 V 5 ml/hr. titrate ทีละ 3 ml. q 15 min keep MAP ≥ 65 BP ≥ 90/60 mm Hg. - Ceftriaxone 2 gms. V OD - Clindamycin 600 mg. V q 8 hrs. - พินยา Berodual ทุก 4 hrs.	- 50% Glucose 50 ml. V push - 5%DN/2 V 60 ml/hr - load 0.9 NSS V 2,300 ml. - O.9 NSS V 60 ml/hr. - Levophed 4 : 250 V 5 ml/hr. titrate ทีละ 3 ml. q 15 min keep MAP ≥ 65 BP ≥ 90/60 mm Hg. - On O2 Canular 3 lpm - Ceftriaxone 2 gms. V OD	การรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการแสดงให้เห็นภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างชัดเจน ตั้งแต่วันที่ ER ได้รับ load 0.9 NSS V 1,000 ml. Levophed 4 : 250 V 5 ml/hr. titrate ทีละ 3 ml. q 15 min Ceftriaxone 2 gms. V OD Clindamycin 600 mg.V q 8 hrs ผู้ป่วยรายที่ 2 ที่ ER มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส DTX 48 mg% 50% Glucose 50 ml.
	- DTX Prefeed keep 80-200 mg% - On Nasogastric feed blenderized diet 1:1 350 ml+น้ำตาม 50 ml x 3 feed - Paracetamol 500 mg. 1 tab NG - Hyoscine 1 tab tid pc NG - Warfarin 3 mg 1 tab hs. - Carvedilol 12.5 mgs. ½ tab bid NG	- Ceftazidime 2 gms. q 8 hrs. - พินยา Berodual ทุก 4 hrs. - Lasix 40 mg. ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง - Dexa 8mg.V stat then 4 mg. V q 6 hrs. - Hydrocortisone 100 mgs. V stat - Hydrocortisone 200 mgs. + 0.9 % NSS 100 ml.V in 24 hrs.	V push 5% DN/2 V 60 ml/hr - 5% DN/2 V 60 ml/hr มีอาการทรุดลง แสดงให้เห็นภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างชัดเจน หลังรับย้ายมาที่หอผู้ป่วยใน ได้รับ load 0.9 NSS V 2,300 ml. then O.9 NSS V 60 ml./hr. Levophed 4 : 250 V 5 ml./hr. Titrate ทีละ 3 ml. q 15 min keep MAP ≥ 65 BP ≥ 90/60 mm Hg. On O2 Canular 3 lpm Ceftriaxone 2 gms. V OD . titrate

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
	<ul style="list-style-type: none"> - Omeprazole 20 mgs. 1 tab OD ac - Propranolol 10 mgs.1 tab tid NG - Flucil 1 ซองละลายน้ำ tid.pc NG 	<ul style="list-style-type: none"> - งดน้ำ งดอาหารระยะหายใจ หอบ - Paracetamol 500mg. 1 tab PRN - Omeprazole 20mgs. 1 tab OD - Simvastatin 1 tab hs. - Flucil 1 ซองละลายน้ำ tid.pc. 	<p>Levophed 4 : 250 V ถึง 20 ml/hr ผู้ป่วยยังมีหายใจหอบ เหนื่อย BP 88/55 mmHg MAP 66 แสดงถึง Critical ill related corticosteroid insufficiency จากประวัติทานยาสมุนไพร แพทย์ได้ให้ ย 1 Hydrocortisone 400 mg. V Hydrocortisone 200 mg + NSS 100 ml.V in 24 hrs. เปลี่ยนยา ปฏิชีวนะเป็น Ceftazidime 2 gms. q 8 hrs.อาการผู้ป่วยมี Volume over load ส่ง CXR พบ cephalism both lung ได้ Lasix 40mg q12 hrs ได้รับ 3 dose Dexa 8mg.V stat then 4 mg. V q 6 hrs.ได้รับ 2 dose ผู้ป่วยทุเลา อาการหอบเหนื่อย</p> <p>การให้ยาที่จำเป็นในการรักษาปอดอักเสบทั้ง 2 ราย ที่คล้ายกันยาลดไข้ ยาแก้ไอขับเสมหะ ยาลดกรดใน กระเพาะอาหารยารักษาโรค ประจำตัวของผู้ป่วยได้รับเมื่ออาการ ดีขึ้น</p>
4.ปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. การแลกเปลี่ยน ก๊าซในปอดลดลง 2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ 3.ปริมาณเลือดออกออกจาก หัวใจในหนึ่งนาทีลดลง 4. มีภาวะติดเชื้ในระบบ ทางเดินอาหาร 5. เสี่ยงต่อได้รับ สารอาหาร และน้ำไม่เพียงพอ 6. รู้สึกสูญเสียพลัง อำนาจ เนื่องจาก on Tracheotomy สื่อสารลำบาก 7. ผู้ป่วยและครอบครัว วิตกกังวล 8.เตรียมความพร้อมจำหน่าย ตามหลักDMETHOD 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การแลกเปลี่ยน ก๊าซในปอดลดลง 2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ 3.ปริมาณเลือดออกออกจาก หัวใจในหนึ่งนาทีลดลง 4.มีภาวะน้ำเกิน 5.มีภาวะต่อมหมวกไตทำงาน ได้ลดลง 6. ผู้ป่วยและ ครอบครัววิตกกังวล 7.เตรียมความพร้อม จำหน่าย ตามหลัก DMETHOD 	<p>จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยรายที่1 และรายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกันจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-3, ข้อ7 กับข้อ 6, ข้อ8 กับข้อ7 สำหรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ปริมาณเลือดออกออกจากหัวใจในหนึ่ง นาทีลดลง เนื่องจากมีภาวะช็อคจากการ ติดเชื้ร่างกาย ในผู้ป่วยทั้งสองราย สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 มีหัวใจโต การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ จึงมีอาการ แสดงถึงภาวะหัวใจวาย ภาวะน้ำเกิน ทำให้มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรงกว่าผู้ป่วย รายที่ 1 ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะต่อมหมวกไต ทำงานได้ลดลงจากการใช้ยาสมุนไพรช่วย ลดน้ำตาล</p>
5. การปฏิบัติการพยาบาล 5.1 ระยะวิกฤต	<ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินการหายใจและ สัญญาณชีพทุก 15 นาที จน อาการคงที่ 2. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินการหายใจและ สัญญาณชีพทุก 15 นาที จน อาการคงที่ 2. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา 	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลใน ระยะวิกฤต เป้าหมายคือแก้ไข ภาวะช็อคอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลว Multiple organ failure พยาบาล ประเมิน ภาวะ sepsis และ septic</p>

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
	<p>3.ดูแล On O2 mask c bag 10 lpm. พ่นยาBerodual ทุก 4 hrs.</p> <p>4. suction ในปาก และTracheotomy</p> <p>5. เช็ดตัวและให้ยาลดไข้</p> <p>6.ดูแลให้ 0.9 % NSS ตามแผนการรักษา ให้ผ่าน Infusion pump</p> <p>7.บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง.</p> <p>8.ให้ยาตามแผนการรักษา ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ไอขับเสมหะ ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ยาละลายลิ่มเลือด</p>	<p>3.ดูแล On O2 mask c bag 10 lpm. พ่นยาBerodual ทุก 4 hrs.</p> <p>4. กระตุ้นให้ไอขับเสมหะออกเองแนะนำการป้องกันการสำลัก</p> <p>5. เช็ดตัวและให้ยาลดไข้</p> <p>6.ดูแลให้ 0.9 % NSS ตามแผนการรักษา ให้ผ่าน Infusion pump</p> <p>7.บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง</p>	<p>shock ได้รวดเร็ว เข้าใจพยาธิสภาพและการดำเนินของโรค สามารถใช้เครื่องมือในการประเมิน คัดกรองเพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยได้ทันต่ออาการเปลี่ยนแปลง ดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย โดย ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับ 0.9 NSS V โหลด 1,000 ml.และ ปรับเป็น 0.9 NSS V 60 ml/hr. เริ่ม Levophed 4 : 250 V 5 ml/hr.ไม่ได้ titrate เพิ่มอีก เริ่ม titrate ลงวันต่อมา 20 มกราคม เวลา 12.00 น. off Levophed ได้เวลา 18.00 น. หายใจหอบลดลงตามลำดับ เปลี่ยนเป็น O2 canular</p>
5.2 ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพ	<p>1.ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>2. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา</p> <p>3. สอนญาติเคาะปอด suction ในปาก และ Tracheotomy</p>	<p>8.ให้ยาตามแผนการรักษา ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ไอขับเสมหะ ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร</p> <p>9.ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>1.ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>2. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา</p> <p>3.สอนญาติเคาะปอด กระตุ้นให้จิบน้ำบ่อยๆ สอนการไอขับเสมหะออกเอง</p>	<p>ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับ 0.9 NSS V โหลด 1,300 ml.และ ปรับเป็น 0.9 NSS V 40 ml/hr. เริ่ม Levophed 4 : 250 V 5 ml/hr.ได้ titrate เพิ่มจนถึงถึง 20 ml/hr ผู้ป่วยยังมีหายใจหอบ เหนื่อย BP 88/55 mmHg MAP 66 ได้รายงานแพทย์ทราบถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และประวัติการใช้ยาสมุนไพรลดน้ำตาลของผู้ป่วยและผล CXR แรกรับมี Cardiomegaly แพทย์ให้ CXR อีกครั้ง และปรับแผนการรักษา แบบ Adrenal insufficiency Ac. Heart failure ได้เริ่ม titrate Levophed ลง ครั้งละ 3 ml.ทุก 15 นาที สามารถ off Levophed ได้ วันที่ 12 กรกฎาคม เวลา 9.30 น.หายใจหอบลดลงตามลำดับ หายใจปกติ room air ได้ในวันที่ 13 กรกฎาคม เวลา 16.00 น.</p> <p>เมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤตพยาบาลเริ่มฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัญหาเสมหะเหนียวข้นไม่สามารถไอ ออกเองได้ การจัดทำศีรษะสูง Postural drainage กระตุ้นให้ญาติช่วย เคาะปอด เปลี่ยนท่านอน ทุก 2-4 ชั่วโมง</p>
	\	<p>4. ดูแลให้ญาติช่วยในการรับประทานอาหาร ระวังไม่ให้สำลัก</p>	<p>การให้น้ำอย่างเพียงพอช่วยให้ขับเสมหะออกได้ง่าย ผู้ป่วยรายที่ 1 ใส่ Tracheotomy ได้ทบทวนและสอนญาติเรื่องการดูแลรักษาความสะอาด</p>

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
5.3 ระยะเวลาแผนจำหน่าย		<p>5.ดูแลให้ 0.9 % NSS ตามแผนการรักษา ให้ผ่าน Infusion pump</p> <p>6.ให้ยาตามแผนการรักษา ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ไอขับเสมหะ ยาลดกรดในกระเพาะ</p> <p>7.บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>8.ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>1.ส่งปรึกษาเภสัชกรเรื่องการใส่ยาสมุนไพรร</p>	<p>บริเวณที่ใส่ Tracheotomy ดูแลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ การให้อาหารทางสายยางต้องนอนศีรษะสูง และทดสอบตำแหน่งของสายยางให้อยู่ในกระเพาะอาหารทุกครั้งให้อาหาร ยา น้ำ การสื่อสารกับผู้ป่วย ใช้ผ้าสะอาดปิดบริเวณ tracheostomy พุดออกเสียงได้ให้ผู้ป่วยฝึกพูดบ่อยๆ ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้งสองรายต้องระวังไม่ให้สำลักน้ำ และอาหาร เพราะจะทำให้ปอดอักเสบ ซ้ำได้ง่ายกว่า เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และใน ผู้ป่วยรายที่ 1 ใส่ Tracheotomy ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้และมีปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องแตกต่างกัน</p>
	<p>2.สอนญาติในการกระตุ้นผู้ป่วยพลิกตัวเปลี่ยนท่าบ่อยทุก 2-4 ชั่วโมง</p> <p>3. สอนและให้คำแนะนำตามหลัก DMETHOD</p>	<p>2. สอนและให้คำแนะนำตามหลัก DMETHOD</p>	<p>ผู้ป่วยรายที่ 1 กลับบ้านด้วยสัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ใส่ tracheostomy ให้อาหารทางสายยาง นอนติดเตียงมาได้ 1 ปี 1 เดือน ยังไม่มีผลกดทับ ใช้แขนข้างขวาได้ พลิกตัวได้ ลูกนั่งเองไม่ได้ ช่วงป่วยไม่ได้ทำกายภาพบำบัด ได้เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติโดยส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดในการป้องกันข้อติด ผู้ป่วยและญาติสามารถทำได้ เนื่องจากเคยฝึกทำมาในช่วง 6 เดือนแรกหลังป่วย</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 กลับบ้านด้วยสัญญาณชีพปกติ พบปัญหาผู้ป่วยใส่ยาสมุนไพรรช่วยลดระดับน้ำตาลได้ส่งปรึกษาเภสัชกรเรื่องการใส่ยาสมุนไพรร ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อดี ข้อเสียของการใส่ยาสมุนไพรร แจ้งว่าจะใส่ยาตามแพทย์สั่ง</p>

ผลลัพธ์

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลครอบคลุมตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติรับฟังคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อใน

กระแสเลือด หลังจากให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด และให้สารน้ำที่เพียงพอเหมาะสม ยากระตุ้นแรงดันโลหิต (Vasopressor) ยาปฏิชีวนะ ที่ครอบคลุม มีการประสานทีมสหวิชาชีพในการเตรียมก่อนกลับบ้าน เพื่อให้กลับไป ดูแลตนเองได้ดี โดย ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถจับไม้กั้นเตียงพลิกตัวได้ ปิด tracheostomy

เพื่อพบกับผู้ดูแลได้ ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล 10 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ปลอดภัยสามารถจำหน่ายกลับไปดำรงชีวิตปกติสุขอยู่ที่บ้านได้ เลิกใช้ยาสมุนไพรลดน้ำตาลใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการแสดงให้เห็นภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างชัดเจนจากผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจเลือด ผลการ CXR ทางการแพทย์ได้เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) และ Search out severity score (SOS) ผู้ป่วยรายที่ 2 ผล CXR Perihilar Infiltration both lung Cardiomegaly การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน ภาวะต่อมหมวกไตทำงานได้ลดลง จากผู้ป่วยใช้ยาสมุนไพรลดน้ำตาล ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและทรุดลงเร็วมาก แพทย์และพยาบาลต้องใช้ทักษะขั้นสูงในการประเมิน การเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิดให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจนผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตของโรคได้ บทบาทที่สำคัญของพยาบาลต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งหากมีสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยไม่ต้องรอผลเลือดจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะช่วย

เพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัย ให้การพยาบาลได้รวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตสอดคล้องกับการศึกษา ของซิโนรส วงศ์ธิดา การใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต หรือ National Early Warning Scores มีประโยชน์ในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ของโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น กรณีศึกษา 2 ราย นี้ใช้เป็นแนวทางในการจัดการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งด้านระบบการดูแลที่ดี บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ควรเข้ารับการอบรมฟื้นฟูความรู้การพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ
2. ควรนำการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยไม่ต้องรอผลเลือดจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. ควรมีการจัดหาเครื่องมือที่จำเป็นให้เพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. กองนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข.ข้อมูลการเสียชีวิตพ.ศ.2563-2565
2. จันจิรา กุญแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2565; 7:22-29
3. ซิโนรส วงศ์ธิดา. การศึกษาประสิทธิภาพจากการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2563; 3 : 39 -50
4. นงนภัทร รุ่งเนย. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก. 2560;2
5. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์คลังนานาธรรม.2551;4
6. เพชรรุ่ง อธิรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.2562;13 : 72-80

7. ศุภโชค เข็มลา. อัตราการตายภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock ภายหลังจากให้สารน้ำปริมาณไม่เกิน 1,500 ml. เปรียบเทียบกับการให้สารน้ำปริมาณมากกว่า 1,500 ml. วารสารโรงพยาบาลนครพนม.2561;4: 4- 16
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลห้วยเม็ก. ฐานข้อมูลHDC ผู้รับบริการโรคติดเชื้อ พ.ศ.2565. กาฬสินธุ์.
9. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2551;2
10. สุภาคินี สุนธนากุล. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.2563;5:201-208
11. อชฌาณัฐ วังโสม. ฐิตินันท์ วัฒนชัย.การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับ การรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.2561;18 :123- 132 256

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง:กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for dependent elderly with Stroke a long-term care system: 2 Case Study

Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 28,2023)

พนัชชญา ผลวิจิตร¹
PanitchayaPhonwichit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบอาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือผู้สูงอายุและผู้ดูแลขาดความตระหนักในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค ผู้สูงอายุ รายที่ 1 มีความพร้อมด้านที่อยู่อาศัย แต่มีปัญหาด้านการสื่อสารมีผู้ดูแลหลักคือภรรยา 1 คน ส่วนผู้สูงอายุรายที่ 2 การสื่อสารและการรับรู้ปกติ แต่มีปัญหา Empowerment เนื่องจากผู้ดูแลหลักคือบุตรสาว 2 คน ต้องไปทำงานนอกบ้าน ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพัง ที่อยู่เป็นบ้านชั้นเดียวแต่ยังสร้างไม่เสร็จ ทั้งนี้การให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านเป็นการดูแลผู้ป่วยที่อาการทางคลินิกคงที่แต่มีสภาพแปราะบาง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเจ็บป่วยสูงมากถ้าขาดการดูแลเอาใจใส่ที่ดีและสม่ำเสมอจากผู้ดูแล ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงความพร้อมของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุพึ่งพิง, ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ระบบการดูแลระยะยาว

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for the elderly with Stroke diseases and dependency. By comparative study of 2 Stroke dependent elderly to receiving care in the long-term care system in Huai Mek Sub-district. Huai Mek District Kalasin Province. The study was conducted between 30 September 2022 and 30 September 2023. The instruments used in the study consisted of a data record form. Collecting data from elderly medical records interviews with the elderly and their relatives; observations; data analysis. A comparative analysis of health Signs and symptoms, treatment, problems and diagnoses in nursing and nursing

Results: It was found that both elderly people with Stroke illnesses were dependent and had the same nursing problems. Decreased awareness to perform daily activities. The first elderly person will be ready for housing but there are problems in communication and perception. these a wife who takes care of them. The second elderly Communication and perception are normal. Empowerment problems because the caretaker has to work outside the home Elderly people must stay at home alone. Residential houses have not yet been built. Nursing care of bedridden patients at home involves caring for patients whose clinical condition is stable. But it is in fragile condition. The risk of complications and illness is very high. If there is a lack of good and consistent care from the Care manager, caregiver and Health network partners Including the readiness of primary caregivers to care for the elderly.

Keywords: dependent elderly, Care manager, caregivers, long-term care system

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยเม็ก

บทนำ

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - ปัจจุบัน โดยรับผิดชอบผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลตำบลห้วยเม็ก ปัจจุบัน (9 กันยายน พ.ศ. 2566) มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบ 47 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียง (Bed Ridden) จำนวน 8 ราย ติดบ้านจำนวน 39 ราย Case CAPD จำนวน 1 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) จำนวน 2 ราย การดูแลในรูปแบบหอครอบครัว มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) ลงเยี่ยมประเมินพร้อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและส่งต่อหอครอบครัวแต่ละหมู่บ้านเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่แล้ว ให้ลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) โดยพยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งหรือมากกว่าตามสภาพและปัญหาของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลและญาติ ทั้งทางโทรศัพท์ ไลน์ แอปพลิเคชัน รวมถึงการดูแลส่งต่อเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน วิกฤติ โดยทำงานร่วมกับทีมสหสาขาและภาคีเครือข่ายสุขภาพ และมีการดูแลครอบครัวหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับทีมพยาบาลจิตเวชเพื่อให้การดูแลด้านจิตใจของญาติ

ในการดำเนินงานมีผู้รับบริการที่หลากหลายแตกต่างกันทั้งในด้านสถานะทางครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ความพร้อมของผู้ดูแลและอื่นๆ¹ เพื่อนำมาใช้สำหรับการวางแผนการดูแลตามสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ Long term Care ที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จาก ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ราย

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อาการทางคลินิกคงที่ แต่มีสภาพเปราะบางเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเจ็บป่วยสูงมาก หากขาดการดูแลเอาใจใส่ที่ดีและสม่ำเสมอจากผู้ดูแลหลัก

และ Care Giver² พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้าน ต้องมีความรู้และทักษะขั้นสูง ทั้งด้านคลินิก กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถประสานและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ภายใต้บริบทที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการดูแลคือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนลดภาระการนำผู้ป่วยกลับมารักษาที่โรงพยาบาล และลดภาระของผู้ดูแลให้น้อยที่สุด¹

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

- 1.แฟ้มประวัติผู้ป่วย Home Health Care
- 2.เวชระเบียนผู้ป่วยในระบบปฏิบัติการของโรงพยาบาล
3. Family Folder ของผู้ป่วยกรณีศึกษา
- 4.แบบสัมภาษณ์ ผู้ดูแลหลักของกรณีศึกษา

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ADL โดยใช้แบบประเมิน ADL อาการและอาการแสดงในการรักษาปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญและจริยธรรมในการศึกษารายกรณี

1. ไม่เปิดเผยตัวตนของกรณีศึกษา
2. ขออนุญาตทายาทและผู้ดูแลหลักในการศึกษารายกรณี โดยแจ้งให้ทราบว่า จะปกปิดและเปิดเผยข้อมูลส่วนใด เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะประชากร

ตารางที่ 1 ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>รับเคสไว้ในความดูแลวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 รับรายงานจากตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ผู้ป่วยติดเตียงมานาน รพ. ด้วย การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีโรคประจำตัวคือโรคหัวใจขาดเลือด โรคต่อมลูกหมากโต และโรคหลอดเลือดสมอง แพทย์ส่งต่องานเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยและรับไว้ในกรดูแลเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว เมื่อ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 หลังจำหน่ายออกจาก รพ. มีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก 1 คน</p>	<p>รับเคสไว้ในความดูแลวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 เป็นผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติเสียหลักหกล้ม ซึ่กขากระดูกหัก ไม่สลับ แพทย์วินิจฉัยกระดูกต้นขาขวาแตกหัก มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดอุดตัน และโรคหลอดเลือดสมอง แพทย์ส่งต่องานเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับแพทย์พยาบาลเจ้าของไข้ ครอบครัวผู้ป่วยและรับไว้ในกรดูแลเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว เมื่อ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 หลังจำหน่ายออกจาก มีบุตรสาว 2 คน เป็นผู้ดูแลหลัก</p>
<p>คุณลักษณะประชากร ผู้ป่วยติดเตียงชายไทยอายุ 70 ปี ผิวดำแดง รูปร่างสูง สถานภาพ คู่ มีบุตรชาย 3 คน แต่บุตรชายออกรือนไปอยู่กับครอบครัว ผู้ป่วยจึงอยู่กับภรรยา 2 คน นับถือศาสนาพุทธ อาชีพ ก่อนป่วยมีอาชีพทำนาทำไร่ แต่ปัจจุบันได้ประกอบอาชีพ น้าหนัก 79 กก. (ก่อนป่วย) ส่วนสูง 170 เซนติเมตร สิทธิการรักษา บุคคลผู้พิการ (รพ.ห้วยเม็ก) รับไว้ดูแลเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว (Long term care)ของเขตเทศบาลตำบลห้วยเม็ก โดยกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม รพ.ห้วยเม็ก เมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564</p>	<p>คุณลักษณะประชากร ผู้ป่วยติดเตียงชายไทยอายุ 76 ปี ผิวดำแดง รูปร่างสูง สถานภาพ หม้าย มีบุตร 3 คน คนแรกและคนที่ 2 เป็นเพศหญิง อายุ 50 และ 48 ปีตามลำดับ ส่วนบุตรคนที่ 3 เป็นเพศชาย แต่งงานและมีบุตรเพศหญิง 1 คน ไปอยู่ต่างจังหวัดกับภรรยา นับถือศาสนาพุทธ อาชีพ ก่อนป่วยมีอาชีพทำนาทำไร่ แต่ปัจจุบันได้ประกอบอาชีพ น้าหนัก 62 กก.(ก่อนป่วย) ส่วนสูง 167 เซนติเมตร สิทธิการรักษา ผู้สูงอายุ(รพ.ห้วยเม็ก) รับไว้ดูแลเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว เขตเทศบาลตำบลห้วยเม็ก โดยกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวมรพ.ห้วยเม็ก เมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564</p>
<p>ประวัติการเจ็บป่วย</p>	
<p>อาการสำคัญ มีอาการแขนขาอ่อนแรง ลึ้นแข็ง ออกเสียงไม่ชัด เป็นก่อนมารพ. 30 นาที</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยติดเตียงตั้งแต่ 9 กรกฎาคม 2561 ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดลำบาก ลึ้นแข็ง ออกเสียงไม่ชัด มีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก 30 นาทีก่อนมารพ.ผู้ป่วยมีไข้สูง ลึ้นแข็ง ออกเสียงไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ญาติจึงนำส่งรพ.ห้วยเม็ก และได้ส่งตัวไปรักษาที่ รพ.กาฬสินธุ์ นอนรักษาตัวที่ รพ.กาฬสินธุ์ 10 วัน</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคหัวใจขาดเลือดโรคต่อมลูกหมากโต และโรคหลอดเลือดสมอง (Old CVA; Sequelae of cerebral infraction.) ปฏิเสธโรคติดต่อร้ายแรง ปฏิเสธการแพ้ยาอาการแรกเริ่ม รู้สึกตัวช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน เวลาลุกเดินใช้ walker แต่ต้องมีดูแลระวังโดยพยาบาลได้และทำให้ผู้ดูแลไข่ม้าขาผูกเอาผู้ป่วยและจับผ้าผัดด้านหลัง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง เมื่อเตรียมสำรับให้ ต้องมีคนช่วยพาเข้าห้องน้ำในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำซ้อน กลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นบางครั้ง</p>	<p>อาการสำคัญ เสียหลักล้ม ไม่สลับ ปวดสะโพกและขาข้างขวา เป็นก่อนมารพ. 35 นาที</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยเคยติดบ้านตั้งแต่ กันยายน 2562 ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผู้ดูแลหลักคือบุตรสาว 35 นาทีก่อนมารพ. ผู้ป่วยเสียหลักล้ม มีอาการปวดสะโพกด้านขวา แพทย์ดูแลเอกซเรย์ วินิจฉัย กระดูกต้นขาขวาหัก แพทย์เวรได้โทรปรึกษาเรื่องการผ่าตัดกับศัลยแพทย์ที่รพ.กาฬสินธุ์ ญาติปฏิเสธการผ่าตัด จึงให้ผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่ รพ.ห้วยเม็ก 10 วัน</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคความดันโลหิตสูง ,โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง (old CVA.) ปฏิเสธโรคร้ายแรง ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมีอื่นๆ</p> <p>อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยนอนบนเตียง รู้สึกตัวช่วยเหลือตัวเองได้บ้างถามตอบรู้เรื่อง แขน-ขาข้างขวาอ่อนแรงยกลำบาก ลุกนั่งได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง แต่นั่งไม่ได้นาน ไม่สามารถยืนได้ ต้องมีผู้ช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองยัง</p>

ตารางที่ 1 ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ไม่ได้ ผิวหนังแห้ง แต่ไม่มีอาการคันตามร่างกาย กลืนปัสสาวะไม่ได้เป็นบางครั้ง กลืนอาหารได้
การตรวจร่างกายแรกรับ	
<p>Vital sign: BT = 36.7 °C by axillary, P = 82 times/min full and regular, R = 20 times/min BP = 138/74 mmHg by Lt arm. BW = 74 kgs. Height=170 CMS. BMI. 25.61 kg/m²</p> <p>post prandial BS = 98 mg/dL SPO₂ = 98%</p> <p>GA: Thai male, Bed Ridden good consciousness</p> <p>Positive finding</p> <p>- Weakness or numbness of the face, arm, or leg, - Having trouble speaking, -Problems with vision, loss of vision in both eyes, Problems with balance or coordination, -</p>	<p>Vital sign: BT = 37.1 °C by axillary, P = 82 times/min full and regular, R = 20 times/min</p> <p>BP = 129/67 mmHg by Lt arm post prandial BS = 90 mg/dL SPO₂ = 96%</p> <p>GA: Thai female, The elderly homebody good consciousness, E4V2M3, normal growth and body build</p> <p>Positive finding</p> <p>Skin: Dry and poor skin turgor and irritant contact dermatitis both arms and left axillary</p> <p>Mouth: mild dry lip</p> <p>Extremity: Limit range of motion right leg due to pain</p>
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ	
<p>Hematology: RBC 4.87 × 10⁶ /mm³</p> <p>Hemoglobin 14.7 g/dl, Hct. 43.3 %, WBC 14,660 cell/mm³, Platelet 248,000 cell/mm³</p> <p>Chemistry: BUN 7 mg/dl, Creatinine 0.89 mg/dl</p> <p>GFR(CKD-EPI) 89.1 ml/min/1.73m²</p> <p>Electrolyte Sodium (Na) 136.9 mmol/L Potassium(K) 2.95 mmol/L, Chloride (Cl) 99.8 mmol/L</p> <p>Urine Analysis:</p> <p>Color: Red, Transparency: Turbid PH: 6.0</p> <p>Protein: Trace Glucose Negative, Blood 4+ แผลผล: (U/D BPH) และ Ketones Negative</p>	<p>Chemistry: DTX (Non fasting) 124 mg% BUN 32.2 mg%, Creatinine 1.78 mg% GFR (CKD-EPI) 36.25 (Stage 3B), Na 135.0 mmo/L K 4.08 mmo/L, Cl 102.8 mmo/L, CO₂ 26.1 mmo/L</p> <p>Hematology: RBC 3.95 × 10⁶ /mm³</p> <p>Hemoglobin 11.0 g/dl, Hct. 33.3 %</p> <p>WBC 8,910 cell/mm³, Platelet 205,000 cell/mm³, Polymorphonuclear (PMN) 78.7 % Lymph 10.4 %</p> <p>ผลการเอกซเรย์(X-ray):</p> <p>กระดูกต้นขาขวาแตกหัก ,ผล Chest X-ray : :Infiltrate right lung upper lobe</p> <p>Urine Analysis within normal limit</p>
การวินิจฉัย	
การกลับเป็นซ้ำจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด(Recurrent stroke) โรคหัวใจขาดเลือด(Ischemic heart disease) และโรคต่อมลูกหมากโต (BPH - Benign Prostatic Hyperplasia) with Elderly Bed Ridden	กระดูกต้นขาขวาหัก (Closed fracture Right Intertrochanteric) โรคความดันโลหิตสูง (High blood pressure) ,โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) และโรคหลอดเลือดสมอง with Elderly Bed Ridden
พยาธิสภาพ	
การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Recurrent Stroke) คือความผิดปกติของสมองที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตามท้องคการอนามัยโลกกำหนด และเกิดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะความพิการรุนแรงมากขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและพบว่าผู้ป่วยที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเป็น 2 เท่า และเพิ่มความพิการมากขึ้นตามจำนวนครั้งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกซึ่ง	กระดูกต้นขาขวาหัก (Closed fracture Right Intertrochanteric)เป็นกระดูกหักที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ การรักษามีทั้งการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด การผ่าตัดนั้นประกอบไปด้วยวิธียึดตรึงด้วยโลหะ (Internal fixation) และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ (Hemiarthroplasty, Total arthroplasty) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อในผู้ป่วย Intertrochanteric fracture of femur ไม่เป็นที่นิยม ผู้ป่วยรายนี้แพทย์เวรได้ปรึกษาศัลยแพทย์เรื่องการผ่าตัดแต่ญาติปฏิเสธ จึงรักษาตามอาการของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 56.2 ส่วนการเกิดซ้ำในครั้งที่ 3 อัตราเสียชีวิตจะสูงถึงร้อยละ 80.0 ซึ่งความชุกการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับร้อยละ 16.08 และความเสี่ยงกลับมาเป็นซ้ำจะสูงขึ้นตามระยะเวลาที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยระยะเวลาในการกลับเป็นซ้ำมีตั้งแต่ 1-5 ปี ทั้งนี้ อายุ เพศ การมีโรคร่วม และควบคุมภาวะโรคร่วมไม่ได้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	
ที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะของโรค รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรค เป็นปัจจัยส่งผลต่อการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งการตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ³	โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไปเพียงพอ ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่ 1. โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้ 2. โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตันเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ ⁷
การรักษาที่ได้รับที่บ้าน	
การรักษาที่ได้รับเมื่อเข้าสู่ Long Term Care - Aspirin (1 mg) 1 เม็ด PC เช้า - losartan (50 mg) 1 เม็ด PC เช้า - Acetylcysteine 1 ซอง ละลายน้ำครึ่งแก้ว PC เช้า-กลางวัน-เย็น - Simvastatin (20 mg) 1 เม็ด ก่อนนอน - Doxazosin (2 mg) 1 เม็ด PC เช้า-เย็น	การรักษาที่ได้รับเมื่อเข้าสู่ Long Term Care - Aspirin (1 mg) 1 เม็ด PC เช้า -Budesonide INH (200 mg) พ่น 1 puff เช้า-เย็น. - finasteride (5 mg), Simvastatin (20 mg) , -lorazepam (1 mg) อย่างละ 1 เม็ด ก่อนนอน - Acetylcysteine 1 ซอง เช้า-กลางวัน-เย็น, - losartan (50 mg) 1 เม็ด PC เช้า, - Soda mint (300 mg) 1 เม็ด PC เช้า - Ventolin MDI พ่นยา 1-2 กด เวลาหอบ ทุก 15 นาที- Amlodipine (5 mg) ครั้งละ 1 เม็ด PC เช้า - Calcium Gluconate (500mg) 1 เม็ด เช้า-เย็น
รายงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน	
ตั้งแต่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 - ปัจจุบัน 1.เยี่ยมบ้านโดย CM และทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เดือนละ 1 ครั้ง ส่วน CG เยี่ยมบ้านอาทิตย์ละ 2 ครั้ง 2. Admit เนื่องจากอาการกลับเป็นซ้ำจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Recurrent stroke) 3. Bed ridden เมื่อ ตั้งแต่ 9 กรกฎาคม 2561 4. รับไว้ดูแลในระบบ Long Term Care เมื่อ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 - ปัจจุบัน 5. ผู้ป่วยยังมีชีวิตและเป็นผู้ป่วยติดเตียง อยู่ในระบบ LTC เทศบาลท่าลาดดงยาง ต.ห้วยเม็ก อ.ห้วยเม็ก จ. กาฬสินธุ์ โดยมี CM, CG และภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลห้วยเม็ก	ตั้งแต่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 - ปัจจุบัน 1.เยี่ยมบ้านโดย CM และทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เดือนละ 1 ครั้ง ส่วน CG เยี่ยมบ้านอาทิตย์ละ 2 ครั้ง 2. Admit เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต ชักวาระแตกตื่น เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2565 แพทย์วินิจฉัยกระดูกต้นขาขวา (Closed fracture Right Intertrochanteric) และเป็นผู้ป่วย Bed ridden 3. รับไว้ดูแลในระบบ Long Term Care เมื่อ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 - ปัจจุบัน 4. ผู้ป่วยยังมีชีวิตและเป็นผู้ป่วยติดเตียง อยู่ในระบบ LTC เทศบาลท่าลาดดงยางตำบลห้วยเม็ก อ.ห้วยเม็ก จ. กาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน</p>	
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.1 ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องจากการมีกำลังของกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกซ้าย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่า “แขนขาข้างซ้ายไม่มีแรง” O: ผู้ป่วยพูดไม่ค่อยชัด, ลูกนั่งหรือเดินเองไม่ได้, แขนขาซ้ายอ่อนแรง grade 2</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ได้มากขึ้น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล - ADL ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.1 ปวดสะโพกขวา ร้าวมาขาขวา เนื่องจากกระดูกต้นขาขวาหัก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดสะโพกขวาและขาขวามาก” O: ผู้ป่วยนอนบนเตียง ยกขาขวาไม่ได้ ลูกนั่งลำบาก</p> <p>วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยบรรเทาจากความปวด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล: pain scale <3 คะแนน</p>
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดย 2. ดูแลในด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย 3. ดูแลเรื่องโภชนาการของผู้ป่วย 4. ดูแลเรื่องขับถ่ายของผู้ป่วย 5. ดูแลการพักผ่อนและการนอนหลับของผู้ป่วย 6. ชวนผู้ป่วยพูดคุยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้คิดและตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน⁴ <p>การประเมินผล - ดูแลตนเองมากขึ้น ADL จาก 5 เป็น 7 คะแนน</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการปวดต้นขาโดยการสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และซักถามอาการปวด 2. วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการปวด 3. พร้อมพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล 4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 5. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาการปวดทุเลาลง 2. pain scale < 3 คะแนน สีหน้าสดชื่นขึ้น 3. สัญญาณชีพปกติ
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อ แขน-ขา ขวาอ่อนแรง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: แขนขาข้างซ้ายไม่มีแรง</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบ ไม่มีข้อติด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยประเมิน motor power และพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ 2. สอนผู้ป่วยทำ Active exercise และทำ passive exercise ให้ผู้ป่วย เข้า-เย็นทุกวัน 3. ประสานนักกายภาพบำบัดวางแผนการออกกำลังกายร่วมกันโดยติดตามเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง <p>การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบ ไม่เกิดข้อติด</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.2 เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์</p> <p>วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดภาวะการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล: ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ดี 2. หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ผ่อนคลายความเครียด รับประทานยาและไปตรวจตามนัด 3. แนะนำญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง⁸ <p>การประเมินผล ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของโรค</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.3 เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: แขนขาข้างซ้ายไม่มีแรง ญาติไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาและผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุตกเตียง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.3 เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: แขนขาข้างขวาไม่มีแรง ญาติไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุตกเตียง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ</p>

ตารางที่ 1 ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.แนะนำผู้ป่วยและญาติ วางของใช้ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ หยิบใช้ได้สะดวก ปลอดภัย แนะนำปรับระดับเตียงให้ต่ำ และล็อกเตียงไว้ไม่ให้เลื่อนได้ ยกไม้กั้นเตียงขึ้น 2.กระตุ้นผู้ป่วยออกกกำลังกาย ขาข้างที่อ่อนแรง ทั้งแบบ active และ passive exercise โดยมีญาติคอยช่วยเหลือ ทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 3.ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง⁵ <p>การประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.แนะนำผู้ป่วยและญาติ วางของใช้ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ หยิบใช้ได้สะดวก ทำไม้กั้นเตียงให้ผู้ป่วยจับและเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง 2.กระตุ้นผู้ป่วยออกกกำลังกาย ขาข้างที่อ่อนแรง ทั้งแบบ active และ passive exercise โดยมีญาติคอยช่วยเหลือ ทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 3.ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง⁵ <p>การประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.4 ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคผลกระทบที่เกิดขึ้น</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.4 ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคผลกระทบที่เกิดขึ้น</p>
<p>ข้อมูลสนับสนุน O: จากการซักถามของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการหาย การรักษาของโรค</p> <p>วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล : การดูแลด้านจิตใจ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.รับฟังอย่างตั้งใจ เห็นอกเห็นใจ ที่ผู้ป่วยเล่า 2.ให้กำลังใจ/ชมเชย ความสามารถ ที่ผ่านมา 3.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค 4.ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา 5 ประสานพยาบาลจิตเวชในการดูแลด้านจิตใจ⁶ ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และให้การดูแลผู้ป่วยให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้ 	<p>ข้อมูลสนับสนุน O: จากการซักถามของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการหาย การรักษาของโรค</p> <p>วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล : การดูแลด้านจิตใจ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.รับฟังอย่างตั้งใจ เห็นอกเห็นใจ ที่ผู้ป่วยเล่า 2.ให้กำลังใจ/ชมเชย ความสามารถ ที่ผ่านมา 3.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค 4.ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา 5 ประสานพยาบาลจิตเวชในการดูแลด้านจิตใจ⁶ ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และให้การดูแลผู้ป่วยให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองรายดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีที่ 2
<ol style="list-style-type: none"> 1.ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องจากพยาธิสภาพของโรค 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ 3.เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย 4. ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคผลกระทบที่เกิดขึ้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ปวดสะโพกขาขวาขาซ้าย เนื่องจากกระดูกต้นขาขวาหัก 2.เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง 3.เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย 4. ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคผลกระทบที่เกิดขึ้น

อภิปรายผล

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Recurrent Stroke) มีโรคร่วมคือ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคต่อมลูกหมากโต มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ภายใน 30 นาที ซึ่งจากการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย การไม่ออกกำลังกายตามคำแนะนำ⁵ จึงทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ทั้งนี้ก่อนส่ง

ต่อผู้ป่วยมีระบบประสานงานระหว่างแพทย์ในชุมชนและแพทย์เฉพาะทางที่ดี ได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด แพทย์และทีมสหวิชาชีพได้ให้การรักษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยจนมีอาการดีขึ้น แต่ยังมีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ ได้รับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่าย สอนแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายแบบ Active resistive exercise กับแขนขาข้างที่ดี สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย-ขาข้างอ่อนแรงอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง⁵

ผู้ป่วยรายที่ 2 กระดูกต้นขาขวาหักเนื่องจากเสียหลักล้มและเป็นโรคหลอดเลือดสมองเดิมทำให้เกิดความพิการซ้ำซ้อน มีโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดก้นเรื้อรังรักษาที่โรงพยาบาลห้วยเม็กเป็นเวลา 7 ปี ผู้ป่วยไม่ค่อยบริหารร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง จึงเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น ครั้นเมื่อเกิดอุบัติเหตุเสียหลักล้มจึงทำให้เกิดกระดูกหัก เกิดความพิการซ้ำซ้อนและเดินไม่ได้หลังให้การรักษาความพิการจึงยังหลงเหลืออยู่มากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง จะเห็นว่าระดับความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งความสนใจของผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะของผู้ดูแลหลักต่อการดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เฉพาะราย

	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ทัศนคติ	1.ดูแลเพราะรักและผูกพัน 2. ผู้ป่วยเป็นเคยเป็นเสาหลักของครอบครัว 3. เป็นหน้าที่ภรรยาที่ต้องดูแลยามเจ็บป่วย	1.สายสัมพันธ์พ่อ ลูก เป็นแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแลหลัก 2.เป็นการแสดงความกตัญญูทดแทน
ปัญหา อุปสรรค	ผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวทำให้เหนื่อยหอบและไม่ได้ช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยได้ดีเท่าที่ควร	ไม่มี
ข้อเสนอแนะของ CG	ควรมีผู้ดูแลผลัดเปลี่ยนกัน (อยากให้ญาติพี่น้องคนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วย สลับให้ผู้ดูแลหลักได้พักบ้าง)	ญาติพี่น้องในครอบครัวควรเอื้อเฟื้อช่วยเหลือกันและเวลามีปัญหาจะปรึกษาพูดคุยกัน

เอกสารอ้างอิง

- 1.การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. สำนักการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
2. ปารัชชญา วงษ์ไตรรงค์. (2561). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว . ศึกษานิพนธ์ ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาศาสตร์และการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพลส จำกัด; 2558.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับทีมหมอครอบครัว (Guideline of Palliative care for family care team). นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
5. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. คู่มือหลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2558.
6. จรรยา สันตยากร. การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แนวคิดและประสบการณ์การพยาบาล ในชุมชน. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย; 2554.

7. จริญญาลักษณ์ ป็องเจริญ, จันทน์ฉาย มณีวงษ์. ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของ ญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2551; 21(1): 58-70.
8. นงนุช เพ็ชรร่วง, ปนัดดา ปรียทฤต, วิโรจน์ ทองเกลี้ยง. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2556; 14(1): 25-34.
9. วรนุช ทิพย์ธีระพงศ์, การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบละเอียดไม่มีแผลเปิด และมีความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4 2558; 17(3): 237-244.

กรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะคลอด (ศึกษา 2 ราย)
NURSING CARE FOR PREGNANCY WITH PRE-ECLAMPSIA IN LABOUR: COMPARISON
OF 2 CASE

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อุดมพร เหมอัยโรสง¹
Udompon Mueaitaisong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบมารดาคลอดครบกำหนด 2 ราย ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยศึกษาเปรียบเทียบในผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ในกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2565 - พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียน และการซักประวัติสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 18 ปี อายุครรภ์ 37⁺² สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ไม่ได้มารับบริการตรวจฝากครรภ์ตามนัดโดยมารับบริการครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์และมาเพียง 2 ครั้งจนกระทั่งคลอด กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 23 ปี อายุครรภ์ 39⁺¹ สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามนัด 9 ครั้ง มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง การวินิจฉัย pregnancy induced hypertension รักษาโดยให้ยา MgSO₄ เพื่อป้องกันการชักและให้คลอดโดยเร็ว มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลอย่างเป็นระบบครอบคลุมปัญหา

คำสำคัญ: ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, การพยาบาล

Abstract

This study was a case study aimed to study and compare two full-term mothers who had high blood pressure during pregnancy. The comparative study was conducted in women who gave birth with high blood pressure due to pregnancy. In the target group of pregnant women with high blood pressure due to pregnancy receiving treatment in the delivery room. Nong Kung Si Hospital Kalasin Province, 2022 - 2023, 2 cases. Collection and analysis of data from medical records and In-depth interview from patients and relatives.

Results: Case study 1, age 18 years, gestational age 37+2 weeks, hospitalized with symptoms of labor pains and severe high blood pressure, received prenatal care as per appointment only 2 times until labor. The first visit was gestational at 20 weeks. Case study 2, age 23 years, gestational age 39 + 1 week, received prenatal care as per appointment 9 times. Both cases presented labor pains and severe high blood pressure. The diagnosis was Gestational pregnancy-induced hypertension and treated with MgSO₄ to prevent seizures. Furthermore, a treatment method is to give birth as soon as possible. The nursing process provides systematic care covering problems.

Keywords: Pregnancy Induce Hypertension, Nursing

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์และการทารก พบได้ในหญิงที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์อาจพัฒนาไปเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษได้^{1,2} เป็นสาเหตุให้มารดาตายได้ร้อยละ 18³ สำหรับประเทศไทยมีรายงานมารดาตายจากโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ร้อยละ 21 ของการตายทั้งหมด¹ และภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายของมารดาเป็นอันดับ 2 รองจากการตกเลือดหลังคลอด นอกจากนี้ยังเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ชัก เกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เลือดออกในสมอง ตับวาย ไตวาย¹ สำหรับผลกระทบต่อการรกในครรภ์ที่พบมากที่สุดคือ การคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ การเพิ่มความเสี่ยงของภาวะการขาดออกซิเจน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพระยะยาว ได้แก่ โรคปอดอักเสบเรื้อรัง ความผิดปกติของจอประสาทตา และสติปัญญาต่ำ การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ผู้คลอดจะได้รับยาแมกนีเซียม ป้องกันการชัก และที่สำคัญการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อดูแลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ให้สามารถตั้งครรภ์ครบกำหนด หรือคลอดอย่างปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป จากสถิติของโรงพยาบาลหนองกุงศรี ปี2563-2565 พบผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 1.3, 3.0, 1.2 ตามลำดับและ 3 ปีซ้อนหลังยังไม่พบมารดาที่มีภาวะชัก และยังไม่พบว่ามารดาเสียชีวิต แต่ด้วยข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีสูติแพทย์ แพทย์และพยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมี

ความรู้ความสามารถในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ในบทบาทของพยาบาลห้องคลอดมีหน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้คลอดทุกระยะตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษาและทำคลอดในรายที่ผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อน ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้คลอดและทารกแรกเกิดที่มีปัญหาวิกฤต ทำให้มีความสนใจศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 2 รายที่มาคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลหนองกุงศรี เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในห้องคลอด ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้คลอดในระยะวิกฤตจากภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับพยาบาลห้องคลอด

วิธีการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ในกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2565 - พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจาก 1) แบบประเมินอาการผู้ป่วย (Patient admission assessment form part 2) 2) แบบบันทึก

ความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Progress's nurses note) ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วันที่ 1 - 30 กันยายน 2566 จากงานเวชระเบียน และการซักประวัติสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ โดยการศึกษาวิเคราะห์กรณีศึกษาครอบคลุมเกี่ยวกับ 1) ปัจจัย

เสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การวินิจฉัยโรค 3) การรักษาที่มารดาและทารกได้รับ 4) ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ 5) แนวทางในการดูแลต่อเนื่องโดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล^{1,6} ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>ข้อมูลทั่วไป: หญิงไทยอายุ 18 ปี 11 เดือน สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ นักเรียน สหศึกษารักษา บัตรทอง อาศัยอยู่กับบิดามารดา</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว: ปฏิเสธโรคประจำตัว และโรคติดต่อร้ายแรง ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมีต่าง ๆ</p> <p>แบบแผนการดำเนินชีวิต: หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่สนใจการดูแลสุขภาพ ไม่เคยคุมกำเนิด ขอบรับประทานอาหารรสเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด รับประทานขนมหวานและขนมกรุบกรอบทุกวัน ต้มเปี้ยวเป็นบางวัน ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ถ่ายอุจจาระปกติทุกเช้า ชอบเล่นเกมสโตร์คอมพิวเตอร์บางคืนนอนดึก ๆ</p> <p>ประวัติการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์: หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น G₁P₀A0L0 GA 37⁺² wks. ฝากครรภ์ครั้งแรก GA20⁺⁴ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด ฝากครรภ์เพียง 2 ครั้ง ได้รับ Tetanus toxoid ครบชุดไม่เกิน 10 ปี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 37, VDRL NR, HIV neg, HbsAg Neg, DCIP neg, MCV 80</p> <p>อาการสำคัญ: เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 40 นาที</p> <p>อาการแรกเริ่ม: เวลา 04.40 น. เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดิน ตรวจร่างกาย น้ำหนัก 61 Kg. ส่วนสูง 156 cm. Vital Signs: T 36.6 °C, P 100 pm, BP 174/106 mmHg วัดซ้ำได้ 191/142 mmHg, RR 20 /min หลังเท้าบวมกดบวม2+ ตรวจครรภ์ พบ HF ¾ > ๑ ท่า ROA Head Engagement FHS 140/min Urine albumin 2+ Urine sugar Negative urine Amphetamine Negative ตรวจภายใน พบ Cervix dilatation 10 cm. Effacement 100 % Station+1 Membranes: Spontaneous ruptured Amniotic fluid : Clear Amniotic fluid odor: Normal smell DTR 2+ pain score 8 คะแนน การหดตัวของมดลูก I = 3' D = 45" Severity 1+ แพทย์พิจารณาปรับไว้รักษา Consult สูติแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่าย ระหว่างรอคลอดไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ความดันโลหิต</p>	<p>ข้อมูลทั่วไป: หญิงไทยอายุ 23 ปี สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว รายได้ 20,000 บาท/ เดือน สหศึกษารักษา บัตรทอง อาศัยอยู่กับสามี และบิดามารดา</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว: หญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธโรคติดต่อร้ายแรง ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี บิดาเป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง</p> <p>แบบแผนการดำเนินชีวิต: หญิงตั้งครรภ์เอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ และบำรุงครรภ์ ก่อนตั้งครรภ์เคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ขอบรับประทานอาหารรสจัด เปรี้ยวจัด และขนมหวาน ขณะตั้งครรภ์มีอาการท้องผูกบ้าง</p> <p>ประวัติการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์: หญิงไทยอายุ 23 ปี G₁P₀ GA 39⁺¹ wks. ฝากครรภ์ครั้งแรก GA11⁺⁵ ที่โรงพยาบาล ฝากครรภ์ตามนัดครบ 9 ครั้งครบคุณภาพ ได้รับ Tetanus toxoid ครบชุด 3 ครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 38, VDRL NR, HIV neg, HbsAg Neg, DCIP neg, MCV 80</p> <p>อาการสำคัญ: เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง</p> <p>อาการแรกเริ่ม: เวลา 23.30น. มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดิน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง แรกเริ่มตรวจภายในพบ Cervix dilatation 2 cm. Effacement 75 % Station-1 ส่วนหน้า vertex Membranes: Spontaneous ruptured Amniotic fluid color: Clear BP 174/116 mmHg วัดซ้ำได้ 141/109 mmHg, RR 20 /min ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นลิ้นปี่ DTR 2+ pain score 2+ คะแนน ตรวจทางหน้าท้องเด็กท่า LOA FHS 148 bpm HF ¾ > ๑ ท่า LOA Interval = 2' Duration = 25" ตรวจร่างกาย น้ำหนัก 63 Kg. ส่วนสูง 165 cm. vital sign: T 36.5 °C, P 78 ครั้ง/นาที BP 174/116 mmHg Urine albumin 2+ Urine sugar Negative</p> <p>วินิจฉัยแรกเริ่ม: pregnancy induced hypertension :PIH: แพทย์พิจารณา Consult สูติแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายให้ Refer เนื่องจากเกินศักยภาพในการดูแล จึงประสานงานเพื่อการส่งต่อ</p>

ตารางที่ 1 ข้อมูลกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>systolic อยู่ในช่วง 161-187 และ diastolic อยู่ในช่วง 109-102 mmHg FHS อยู่ในช่วง 130-140/min</p> <p>วินิจฉัยแรกเริ่ม: pregnancy induced hypertension :PIH</p> <p>การรักษาที่ได้รับ: ระหว่างรอคลอดได้รับ 50% MgSO₄ 4 gm + 5 % DW 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 gm + 5 % DW 1,000 ml IV drip 75 ml/hr เพื่อป้องกันการชัก</p> <p>การเจ็บครรภ์และการคลอด: เวลา 04.40 น.ปากมดลูกเปิดหมด ย้ายเข้าห้องคลอด มารดาคลอดปกติ เวลา 05.16น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,000 กรัม Apgar score 9-10-10 ค่ะแนน รกคลอด complete ฝีเย็บ perineum: 1 degree tear เย็บซ่อมแซมฝีเย็บ 3 Stitch Total blood loss 170 ml. หลังคลอด BP 170/110 mmHg. ให้ยา oxytocin 10 u.im วัดความดันซ้ำได้ 150/100 mmHg. มารดามีค่า potassium ต่ำกว่าปกติ แพทย์ได้ให้ potassium Elixir 30 ml เมื่อครบ 2 ชั่วโมง หลังคลอดมดลูกหดตัวดี คลึงมดลูกไล่ blood clot ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว อ่อนเพลียเล็กน้อยความดันโลหิตของผู้คลอดอยู่ในช่วง 153/103 -142/91 mmHg วัด vital sign ก่อนย้ายตึกหลังคลอด T=37 °C P=84/min R=24/min BP=144/97 mmHg ย้ายผู้คลอดไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด</p>	<p>ระหว่างรอ ความดันโลหิต diastolic 150-200 และ systolic 89-104 mmHg หญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่จุกแน่นลิ้นปี่ EFW 3,100 gam FHS อยู่ในช่วง 130-148/min</p> <p>การรักษาที่ได้รับ: 50% MgSO₄ 4 gm + 5 % DW 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 gm + 5 % DW 1,000 ml IV drip 50 ml/hr ให้การพยาบาลมารดาในภาวะวิกฤติ เพื่อป้องกันการชัก เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา% MgSO₄ ให้ออกซิเจน10L/M สวมปัสสาวะเตรียมพร้อมผู้คลอดเพื่อส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลแม่ข่าย เวลา 01.20 น. ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ขึ้นตรวจภายในพบ Cervix full dilatation ย้ายเข้าห้องคลอด เวลา 01.45น. คลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,720 กรัม Apgar score 9-10-10 ตรวจร่างกายทั่วไปปกติ รกคลอด Complete Total blood loss 300 ml มดลูกหดตัวดี BP 151/83 mmHg. ให้ on 0.9% NSS 1000+ oxytocin 20 drip 50. ml/hr มารดาหลังคลอดไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว อ่อนเพลียเล็กน้อยความดันโลหิตอยู่ในช่วง 153/100-144/78 mmHg วัด vital sign T=36.6 °C P=88/min R=20/min BP=150/99 mmHg urine output 500 ml. ย้ายไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาลได้ติดตามดูอาการหลังคลอดพบว่ามารดาหลังคลอดอาการปกติดีครบ 3 วันแพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ นัดเข้าคลินิกโรคความดันโลหิตสูง 1 เดือน</p>

กระบวนการพยาบาล

ตารางที่ 2 กระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการชักและได้รับอันตรายจากการชักเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์</p> <p>กรณีศึกษาที่ 1</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน: 1) ความดันโลหิตสูง 191/102 mmHg 2) Urine Albumin 2+ Sugar negative 3). หลังเท้าบวม กดบวม 2+</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน: 1) ความดันโลหิตสูง 174/116 mmHg 2) Urine Albumin 2+</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้อยู่ใกล้ nurse station 2. ดูแลให้ได้รับยาแก้ชัก และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 50% MgSO₄ 4 gm + 5 % DW 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 gm + 5 % DW 1,000 ml IV drip 75 ml/hr ตามแนวทางการรักษา 3. วัดความดันโลหิตทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรก และหลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินความรุนแรงของโรค 4. ประเมินอาการและอาการแสดงอาการนำของภาวะชัก เช่น Headache, visual disturbance, epigastric pain เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชัก 5. ให้น้ำและอาหารและให้ 0.9%NSS ตามแผนการรักษา 6. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม 7. ดูแลให้มารดาได้พักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ <p>ประเมินผลการพยาบาล:</p>

ตารางที่ 2 กระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกัน/ ฝ้าระวัง การชัก</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะชัก และอาการแสดงที่นำไปสู่ภาวะชัก BP=150/99-137/78 mmHg กรณีศึกษาที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะชัก และอาการแสดงที่นำไปสู่ภาวะชัก. BP=151/83 mmHg ได้รับยา MgSO₄ ครบตามแผนการรักษาครบ24ชั่วโมง</p>
<p>ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและ อาการไม่พึงประสงค์ จากการได้รับยา MgSO₄ (MgSO₄ toxicity) ข้อมูลสนับสนุน: กรณีศึกษาที่ 1, 2 ได้รับยากันชัก MgSO₄ วัตถุประสงค์ :ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยา MgSO₄</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล: 1. ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา 50% MgSO₄ 5 กรัม + 5 % DW 100 ml ฉีดเข้าหลอดเลือดช้า ๆ ภายใน 30 นาที หลังจากนั้นให้ 50% MgSO₄ 10 กรัม ผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิเมตร ให้หยุดเข้าหลอดเลือด ควบคุมการหยุดโดยใช้ Infusion pump (อัตรา 75 มิลลิเมตร/ ชั่วโมง: กรณีศึกษาที่ 1; ใน อัตรา 50 มิลลิเมตร/ ชั่วโมง: กรณีศึกษาที่ 2) เพื่อให้ได้ปริมาณยาตามแผนการรักษาและเนื่องจากเป็นยาในกลุ่ม High Alert Drug 2. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจถึงเหตุผล และขั้นตอนการให้ยา รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจ เกิดได้จากยา เช่นอาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว รวมทั้งอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนขณะได้รับยา 3. ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา (MgSO₄ toxicity) ดังนี้ 1) ประเมินอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ต้องหยุด ให้ยา และรายงานแพทย์ 2) ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ตวงและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิเมตร/ชั่วโมง หรือภายใน 4 ชั่วโมงออกน้อยกว่า 100 มิลลิเมตร รายงานแพทย์ 3) ประเมินdeep tender reflex ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ ต้อง รายงานแพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที 4) เตรียม 10 % Calcium Gluconate 10 มิลลิเมตร เพื่อแก้ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของ MgSO₄ โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ประมาณ 3-5 นาที ประเมินผลการพยาบาล: กรณีศึกษาที่1 ผู้คลอดไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄ จนครบ24ชั่วโมงที่ได้รับยา ประเมินได้จาก ตรวจ DTR 2+ อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกเฉลี่ย>50 มิลลิเมตร/ชั่วโมง กรณีศึกษาที่ 2 ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา อัตราการ หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกเฉลี่ย 100 มิลลิเมตร/ ชั่วโมงและ DTR2+</p>
<p>ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 3 มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลสนับสนุน: กรณีศึกษาที่ 1 1) มารดาหลังคลอด ความดันในโพรงมดลูกมีการเปลี่ยนแปลง 2) perineum: 1 degree tear 3) ได้รับยา MgSO₄ มีผลข้างเคียงทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี กรณีศึกษาที่ 2</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล 1. ทำคลอดทารก และทำคลอดรกอย่างถูกต้องตามเทคนิค เพื่อป้องกันการฉีกขาดของช่องคลอด และการตกค้างของเศษรก ซึ่งอาจทำให้ตกเลือดหลังคลอดได้ 2. สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด หลังจากคลอดแล้วตรวจดูการหดตัวของมดลูก ถ้าไม่ตีรับหาสาเหตุเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องต่อไป 3. ตรวจดูการฉีกขาดบริเวณแผลฝีเย็บ และทำการซ่อมแซมอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ตรวจดูว่ามีเลือดซึมออกจากบริเวณใด ถ้าบริเวณแผลฝีเย็บบวม มีสีม่วงคล้ำ ผู้คลอดจะรู้สึกตึงและปวดถ่วงบริเวณฝีเย็บมาก 4.ใส่คาสายสวนกระเพาะปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก ทำให้มดลูกหดตัวดีขึ้น 5. ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ตามแผนการรักษาของแพทย์</p>

ตารางที่ 2 กระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1) มารดาหลังคลอด มีความดันในโพรงมดลูกเปลี่ยนแปลง 2) perineum: LML Episiotomy เย็บซ่อมแซมฝีเย็บ 3) ได้รับยา MgSO ₄ มีผลข้างเคียงทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี วัตถุประสงค์: ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	6. คลึงมดลูกบ่อยๆจนแข็งตัวเป็นก้อนกลมและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะ stable เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด จะได้ให้ความช่วยเหลือที่ถูกต้องและรวดเร็ว 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อทดแทนปริมาณเลือดและสารน้ำที่สูญเสียไป 8. สังเกตอาการแสดงของการเสียเลือดเช่น ซีด อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ประเมินผลการพยาบาล: กรณีศึกษาที่ 1 มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงหรือสัญญาณของการตกเลือดหลังคลอด vital sign ปกติ T=37 °C P=84/ min R=20/min BP=150/99-137/78 mmHg มดลูกหดตัวดี ประเมินเลือดออกทางช่องคลอดทั้งหมดใน 2 ชั่วโมงแรกได้ 270 มิลลิลิตร แผลฝีเย็บไม่มี hematoma กรณีศึกษาที่ 2 มดลูกหดตัวดี ฝีเย็บไม่มี hematoma ไม่มีอาการแสดงหรือสัญญาณของการตกเลือดหลังคลอด vital sign ปกติ T=36.6 °C P=88/ min R=20/min BP=150/99mmHg blood loss 300ml

วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ตารางที่ 3 สรุปวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
สรุปกรณีศึกษา	หญิงไทยอายุ 18 ปี G ₁ P ₀ GA 37 ⁺² wks. เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 40 นาที แรกรับ BP 174/106 mmHg วัดซ้ำได้ 191/142 mmHg ตรวจครรภ์พบ Cervix full dilatation การวินิจฉัยโรค Gestational pregnancy induced hypertension: PIH ได้รับ MgSO ₄ เพื่อป้องกันการชัก คลอดปกติเวลา 05.16 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,000 กรัม หลังคลอดอาการทั่วไปปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังคลอด 3 วันแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน นัดเข้าคลินิกความดันโลหิตสูงต่อไป	หญิงไทย อายุ 23 ปี G ₁ P ₀ GA 39 ⁺¹ wks. เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง แรกรับ BP 174/116 mmHg วัดซ้ำได้ 141/109 mmHg Cervix dilatation 2 cm. วินิจฉัยโรค Gestational pregnancy induced hypertension ให้ MgSO ₄ ป้องกันการชัก เตรียมส่งต่อ ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ Cervix full dilatation จึงย้ายเข้าห้องคลอด เวลา 01.45น. คลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2720 กรัม หลังคลอดอาการทั่วไปปกติ ย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด ครบ 3 วันแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน	ภาวะ Preeclampsia พบ BP มากกว่า 140/90 mmHg ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ร่วมกับการตรวจพบ Urine albumin +1 ขึ้นไป พยาธิสรีระของการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด ถือว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับรุนแรง ⁷ จากการตรวจร่างกายกรณีศึกษาทั้ง 2 พบ BP >140/90 mmHg แนวทางการรักษาคือการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ซึ่งกรณีศึกษาที่ 1 มาด้วย full dilatation จึงทำคลอดปกติ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 Cervix dilatation 2 cm วางแผน Refer แต่มารดาเจ็บครรภ์ถี่ และ Cervix full dilatation จึงย้ายเข้าห้องคลอด และช่วยทำคลอดปกติ ถือเป็น การสิ้นสุดการตั้งครรภ์อย่างรวดเร็วทั้ง 2 รายเพื่อป้องกันภาวะชักจากความดันโลหิตสูง
ปัจจัยเสี่ยง	หญิงไทยอายุ 18 ปี G ₁ P ₀ GA 37 ⁺² wks	หญิงไทย อายุ 23 ปี G ₁ P ₀ GA 39 ⁺¹ wks	ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ ตั้งครรภ์แรก มารดาอายุมากกว่า 35 ปี ภาวะอ้วน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมาก มีภาวะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
การรักษา	รักษาด้วยการทำคลอด และ ได้รับยาป้องกันการชัก 50% MgSO ₄ 4 gm + 5 % DW 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO ₄ 20 gm + 5 % DW 1,000 ml IV drip 75	รักษาด้วยการทำคลอด และ ได้รับยาป้องกันการชัก 50% MgSO ₄ 4 gm + 5 % DW 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO ₄ 20 gm + 5 % DW 1,000 ml IV drip 50 mL/hr	โลหิตจาง ประวัติเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคไต ตั้งครรภ์แฝด ครรภ์ไข่ปลาอุก เคยมีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์มาก่อน ⁸ ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่เข้าเกณฑ์ปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมา นอกจากรายที่ 2 บิดาเป็นความดันโลหิตสูง การรักษาโดยการให้สิ้นสุดตั้งครรภ์โดยเร็ว ร่วมกับการให้ยาป้องกันการชักและอันตรายจากการชัก การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา.ผลกระทบจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีผลต่อร่างกายหลายระบบ ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และหลังคลอด ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิด มีน้ำหนักน้อย ⁹ กรณีศึกษาทั้ง 2 ได้รับการทำคลอดได้ทันทีเนื่องจากครรภ์ครบกำหนดและเข้าสู่ระยะคลอด และได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันการชัก หลังคลอดมารดาทั้งสองอาการทั่วไปปกติ

สรุปและเสนอแนะ

1) การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ จำนวน 2 รายพบว่ามารดาที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ น้ำหนักทารกแรกคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติส่วนรายที่ฝากครรภ์ไม่ครบถึงแม้ตั้งครรภ์ครบกำหนดแต่ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์แนวทางการพัฒนาต่อไปควรมีระบบค้นหาและติดตามมารดาตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบร่วมกับหน่วยงานฝากครรภ์และท้องถิ่นต่อไป

2) บทบาทของพยาบาลห้องคลอดต้องมีความสมรรถนะในการให้การพยาบาลผู้คลอดกลุ่มเสี่ยง

สูงทุกระยะตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยการใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลในการดูแลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้คลอดและทารกแรกเกิดที่มีปัญหาวิกฤต

3) การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์สามารถป้องกันได้โดยการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ และการเยี่ยมดูแลในระดับปฐมภูมิเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวให้มีความรู้ในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ จึงควรมีการสร้างเครือข่ายการดูแลหญิงตั้งครรภ์ถึงชุมชนเพื่อให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- 1.Piliitteri,A. Maternal and child health nursing: care of the childbearing and childbearing family. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
- 2.ศรพิณ อามาตย์ทัศน.ภาวะครรภ์เป็นพิษ. เผยแพร่ 18 ตุลาคม 2022, สืบค้นจาก <http://www.medparkhospital>.
- 3.World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia 2011. [Internet]. Switzerland: [Cited 2018 Sep 21]. Available <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/97892415>
- 4.กรมอนามัย. การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยในรอบ ๖ เดือนหลัง ประจำปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 2564-มีนาคม 2565). สืบค้นจาก <https://hp.anamai.moph.go.th/> วันที่ 15 กันยายน 2566
- 5.ประสงค์ ตันมหาสมุทร. สูตินรีเวชทันยุค. (บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช 2020.
- 6.เพียงใจ เจริญวิวัฒน์กุล. มาตรฐานการบริการพยาบาลสูติกรรม. (ปรับปรุงครั้งที่ 2). ธีรฤดี จิรสินธิปก, (บรรณาธิการ). สำนักการพยาบาล, กรมการแพทย์: กระทรวงสาธารณสุข 2551.
- 7.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. คณะอนุกรรมการ มาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564, 2563.
- 8.สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, ธีระ ทองสง. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). ธีระ ทองสง, (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: ลักษมีรุ่ง 2555.
- 9.ปรียา แก้วพิมล. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. เยาวเรศ สมทรัพย์ (บรรณาธิการ), การผดุงครรภ์เล่ม 1. สงขลา: หาดใหญ่เบสท์เซลล์ส์แอนด์เซอร์วิส 2558.

การพัฒนาแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

Development of high flow nasal cannula ventilators guidelines in intensive care unit Kosumphisai Hospital.

(Received: December 19,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

รุ่งตะวัน ฮีท¹, นราภรณ์ ท่อนโพธิ์², อาคม รัฐวงษา¹,คำปอง ปะวะเสนัง¹และยศศักดิ์ หาญชาญเลิศ³
Rungtawan Heath¹, Naraporn Tonpho², Arkom Rattawongsa¹, Kampong Pawasenang¹
and Yossak Hanchanlert³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตทางเดินหายใจ ลดการติดเชื้อจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ลดระยะเวลานอนและลดค่าใช้จ่ายขณะนอนโรงพยาบาล ดำเนินการตั้งแต่ สิงหาคม 2565 – มีนาคม 2566 มี 3 ระยะ คือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะดำเนินการ ระยะประเมินผล ผู้ร่วมวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานวิกฤต 11 คน อายุรแพทย์ และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ HFNC ทั้งหมดจำนวน 48 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบผลลัพธ์โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U testและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสกลโกสุมพิสัย ประกอบด้วย 1) การพยาบาลก่อนใช้HFNC 2) การพยาบาลระหว่างการใช้ HFNC และ3) การพยาบาลหลังการใช้ HFNC พบว่าอัตราความสำเร็จในการใช้ HFNC ร้อยละ 83.3 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักพบว่าเฉลี่ยลดลงจาก 6.78 วัน เหลือ 3.71 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.73, SD = 0.47) อัตราการเสียชีวิตลดลง และค่าใช้จ่ายลดลง

คำสำคัญ : High flow nasal cannula , ภาวะหายใจล้มเหลว , ภาวะพร่องออกซิเจน

Abstract

This action research developed to help patients escape from respiratory crisis, reduce infections from endotracheal intubation ,reduce the length of stay in ICU and reduce cots. Research was conducting during August 2022 –March 2023. There are 3 phases: situation analysis phase ,processing phase and evaluation phase . Participant were 11 professional nurses in critical care units, internists, and a group of 48 patients using HFNC ventilators. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics and inferential by Mann-Whitney U test. Qualitative data using content analysis.

The results revealed that HFNC guidelines in intensive care unit Kosumphisai Hospital consisted of: 1) nursing before HFNC, 2) nursing during HFNC, and 3) nursing after HFNC. It was found that the success of HFNC was 83.3%. the mean length of stay in the intensive care unit decreased from 6.78 days to 3.71 days with statistical significance (P-value <0.001). The overall of nurse's satisfaction of guideline was in high level (Mean = 4.73, SD = 0.47) ,death rate and costs were reduced.

Keywords: High flow nasal cannula, respiratory failure, hypoxia

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

² นายแพทย์ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

³ นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

บทนำ

ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) เป็นภาวะที่ระบบการหายใจไม่สามารถระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย โดยมีสาเหตุจากการเป็นโรคต่าง ๆ ทั้งชนิดที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อาการและอาการแสดงที่พบคือภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) ซึ่งแสดงถึงเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและทันที่ การรักษาด้วยออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนถูกนำมาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1938 โดยใช้ nasal cannula ชนิด Low Flow Oxygen มีอัตราการไหลตั้งแต่ 0.5-6 LPM ในผู้ป่วยผู้ใหญ่มีอัตราการไหลต่ำกว่าความต้องการอัตราการไหลของอากาศเข้าสู่ปอด (demand inspire flow) ทำให้ต้องดึงอากาศจากภายนอกที่มีความเข้มข้นของออกซิเจน 0.21 เข้ามาผสมส่งผลให้ความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO_2) ที่ได้รับไม่คงที่¹³ อีกทั้งยังขึ้นกับลักษณะการหายใจของผู้ป่วย ทำให้ไม่เหมาะสมใช้ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจนปานกลางถึงสูง ต่างจากการรักษาด้วย High-Flow Nasal Cannula (HFNC) ที่ให้อัตราการไหลสูงกว่าความต้องการของผู้ป่วยให้ระดับความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO_2) ที่คงที่⁸ สามารถตั้งอุณหภูมิเครื่องทำความชื้นให้เหมาะสม (อุณหภูมิ 31, 34, 37°C) ช่วยเพิ่มแรงดันบวกในทางเดินหายใจและใช้งานง่าย ทำให้ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น ทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยทั่วไป รวมถึงในห้องฉุกเฉิน สามารถปรับความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศที่หายใจเข้าได้ตั้งแต่ร้อยละ 21 - 100 และปรับอัตราการไหลของอากาศได้สูงถึง 60 ลิตร/นาที¹⁰ ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศที่หายใจเข้าสูงและคงที่ เนื่องจากมีการกำหนดให้อัตราการไหลของอากาศสอดคล้องกับความต้องการในการหายใจเข้าของผู้ป่วย ช่วยลดความรุนแรงของอาการหายใจลำบากได้ดี เนื่องจากช่วยลดการดูดอากาศจากภายนอกเข้าสู่

ทางเดินหายใจของผู้ป่วย อีกทั้งช่วยลดงานการหายใจ (work of breathing: WOB) เนื่องจาก HFNC ช่วยถ่ายเททางเดินหายใจและให้อัตราการไหลของอากาศที่สอดคล้องกับความต้องการหายใจเข้าของผู้ป่วย รวมทั้งลดแรงต้านทานในการหายใจเข้าบริเวณโพรงหลังจมูก อากาศที่มีความอุ่นและความชื้นจะช่วยลดงานของการหายใจและทำให้การทำงานของเยื่อเมือกและขนเล็ก ๆ ดีขึ้น จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยกำจัดสิ่งคัดหลั่ง ลดความเสี่ยงในการเกิดถุงลมโปดแพบ ช่วยให้ปริมาณอากาศและปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงปอดมีความสอดคล้องกันมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดให้มากขึ้น นอกจากนี้อากาศที่มีความอุ่นชื้น ยังสัมพันธ์กับการนำอากาศได้ดีกว่าและความสามารถในการขยายตัวของปอด ส่งผลให้ร่างกายสามารถสงวนพลังงานได้มากขึ้นผู้ป่วยจึงรู้สึกสบาย ปัจจุบันจึงมีความนิยมใช้ HFNC มากขึ้น เพราะทำให้ประสิทธิภาพการหายใจได้เร็วขึ้นและลดโอกาสการใส่ท่อช่วยหายใจ ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการทำงานของ High Flow Nasal Cannula และอุปกรณ์ที่ใช้วิธีการปรับตั้งเครื่อง และการประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า HFNC ช่วยลดอาการเหนื่อย ลดอัตราการหายใจ ลดงานของการหายใจ ลดอัตราตาย และลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจภายหลังผู้ป่วยถอดเครื่องช่วยหายใจสำหรับประเทศไทยพบการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและภาวะพร่องออกซิเจนที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 40 ราย โดยเป็นการศึกษาแบบสุ่มเชิงเปรียบเทียบระหว่างการให้ HFNC กับ conventional oxygen therapy ผลการวิจัยพบว่า การเกิด hypoxemia และ dyspnea จะพบในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย (congestive heart failure : CHF) ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคหอบหืด (asthma

exacerbation) อาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease : COPD) และโรคปอดอักเสบ (pneumonia) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC จะอาการหายใจลำบาก (dyspnea) ดีขึ้นและมีความสุขสบายสูงกว่าการรักษาด้วยวิธี conventional oxygen therapy อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵

โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เริ่มมีการนำ HFNC มาใช้กับผู้ป่วยผู้ใหญ่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ซึ่งมีประสิทธิผลค่อนข้างดี จากการทบทวนข้อมูลทางการรักษาของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมาเป็นระยะเวลานาน ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรค COPD, CHF, ESRD c Volume over load รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วย Pneumonia เมื่อเกิดภาวะวิกฤตทางเดินหายใจส่วนมากผู้ป่วยและญาติมักจะปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ยังคงต้องการดูแลภาวะวิกฤตอื่นอย่างเต็มที่ จึงมีความจำเป็นต้องดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล ซึ่งระยะเวลาวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มนี้เฉลี่ย 6.78 วัน และจากการวิเคราะห์อัตราการเสียชีวิตของหน่วยงานจากปี 2563 – 2565 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี ดังนี้ 5.19% (34 ราย), 6.92% (40 ราย) และ 15.25% (59 ราย) ตามลำดับ ดังนั้นในปี 2566 หลังจากมีนโยบายการประกาศโรคโควิดเป็นเชื้อประจำถิ่นทางหน่วยงานวิกฤตต้องได้รับดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบจากโควิดในหน่วยงาน และได้รับการสนับสนุนเครื่องมือ HFNC ในหน่วยงาน แต่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานยังขาดสมรรถนะในการใช้เครื่องมือ และยังไม่มีความชัดเจนในการใช้ HFNC ทางคณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง HFNC และนำเครื่องมือดังกล่าวนี้มาขยายผลใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและกลุ่มที่ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย โดยได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง

การพัฒนาแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการใช้ HFNC ในกลุ่มผู้ป่วยที่ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ และการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ HFNC ในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. พัฒนาแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย
3. ประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางในการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ในปี 1988⁹ ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) วางแผน (Plan) 2) ปฏิบัติ (Act) 3) สังเกต (Observe) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflect) เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ดำเนินการวิจัยในช่วง สิงหาคม 2565 – มีนาคม 2566 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากและมีภาวะพร่องออกซิเจนที่ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ขณะนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตวิเคราะห์สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ HFNC สำรวจความเพียงพอของเครื่อง HFNC (2) ระยะดำเนินการ ร่วมกันพัฒนาแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ตามกรอบแนวคิดการวิจัย และ (3) ระยะประเมินผล ติดตามประเมินและสะท้อนผลของการใช้แนวทางดังกล่าว ประกอบด้วย อัตราความสำเร็จในการใช้ HFNC จำนวนวันนอนใน ICU อัตราการเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายขณะนอนโรงพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติ อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแนวทาง

ดังกล่าวให้ดีขึ้นจนได้ข้อสรุปที่ดีที่สุด เพื่อเป็นแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

ขอบเขตการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ในกลุ่มญาติและผู้ป่วยที่ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 48 ราย ที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 11 คน อายุรแพทย์ 1 คน ในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ช่วงระยะเวลาศึกษา ตุลาคม 2565 - พฤษภาคม 2566

กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มคัดเข้า ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนที่ใส่ HFNC ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย เพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในช่วง ตุลาคม 2565 - มีนาคม 2566 จำนวน 48 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 11 คน และอายุรแพทย์จำนวน 1 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

กลุ่มคัดออกคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนที่ใส่ HFNC แล้วเปลี่ยนใจใส่ท่อช่วยหายใจ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และพยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยอื่นๆ ที่มาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือเก็บข้อมูลสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้ HFNC โดยอ้างอิงจากคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศ อัตราการไหลสูงทางจมูก¹¹ และนำมาปรับปรุงเป็นแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ในหอ

ผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย โดยตรวจสอบความน่าเชื่อถือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ อายุรแพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลวิชาชีพที่จบเฉพาะทางวิกฤตทางเดินหายใจ ประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือในการศึกษาสถานการณ์ ใช้แบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม ใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 3 ด้าน⁸ ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้างนโยบาย ลักษณะผู้ป่วย อุปกรณ์ เครื่องมือ 2) ด้านระบบการดูแลผู้ป่วย การมอบหมายงาน การจัดอัตรากำลัง ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย และ 3) ด้านบุคลากร

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกผลลัพธ์ผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล การวินิจฉัยการหายใจลำบาก หน่วยงานที่ย้ายเข้ามารักษา วันที่เข้ารับการรักษา วันที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนัก ความสำเร็จของการได้รับ HFNC (สถานะการจำหน่าย) จำนวนวันที่ใช้ HFNC จำนวนวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนัก และค่าใช้จ่ายในการรักษา

3. แบบประเมินทักษะของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการใช้ HFNC ไปใช้ เป็นแบบประเมินการปฏิบัติการแบบ 2-TICKS ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คือ การพยาบาลผู้ป่วยก่อนใช้เครื่อง HFNC จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 คือ การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่เครื่อง HFNC จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 3 คือ การพยาบาลผู้ป่วยหลังถอดเครื่อง HFNC จำนวน 9 ข้อ โดยถ้าสามารถปฏิบัติได้ให้ลงเครื่องหมายในช่อง “ปฏิบัติได้” ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติได้บางส่วนให้ลงในช่อง “ปฏิบัติไม่ได้” พร้อมทั้งให้เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.82 จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุง แก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำไปทดสอบหาความ

เชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาค = 0.85

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการให้การพยาบาลอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดด้วย HFNC ส่วนที่ 2 คือ การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ พึงพอใจมากที่สุด = 5 คะแนน พึงพอใจมาก = 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง = 3 คะแนน พึงพอใจน้อย = 2 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด = 1 คะแนน ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.83 จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุง แก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาค = 0.85

ขั้นตอนและระยะดำเนินการพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการในช่วง 1-31 สิงหาคม 2565

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนา ดำเนินการในช่วง 1 - 30 กันยายน 2565 โดยมีขั้นตอน คือ 1)การวางแผน การวิเคราะห์สถานการณ์ 2)ดำเนินการตามแผน 3)การสังเกต 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ติดตามประเมินและสะท้อนผลที่เกิดขึ้น ดำเนินการในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566

โดยทั้ง 3 ระยะ มีขั้นตอนในการดำเนินการคือ 1)การวางแผน การวิเคราะห์

สถานการณ์ 2)ดำเนินการตามแผน 3)การสังเกต 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เลขที่หนังสือรับรองที่ 4/2565 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงและลงนามให้ความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลถือเป็นความลับและนำมาเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ทางการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบผลลัพธ์โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ผลการวิจัย :

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.1 ด้านโครงสร้าง พบว่าเครื่องมือและอุปกรณ์ HFNC เป็นเครื่องมือใหม่ที่ไม่เคยมีในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

1.2 ด้านระบบ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในระยะเวลานานที่เข้ารับการรักษาด้วยโรค COPD, CHF, ESRD c Volume over load รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วย Pneumonia เมื่อเกิดภาวะวิกฤตทางเดินหายใจส่วนมากผู้ป่วยและญาติมักจะปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ยังคงต้องการการดูแลภาวะวิกฤตอื่นอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีระยะเวลาวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มนี้เฉลี่ย 6.78 วัน และอัตราการเสียชีวิตของหน่วยงานจากปี 2563 - 2565 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ดังนี้ 5.19% (34 ราย), 6.92% (40 ราย) และ 15.25% (59 ราย) อีกทั้งยังไม่มี

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใช้ HFNC ที่ชัดเจน

1.3 ด้านบุคลากร พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ใส่ HFNC ร้อยละ 72.72 (8 คน) ซึ่งมีประสบการณ์มากกว่า 10 ครั้งและเคยได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติในการใช้เครื่องจากผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลโกสุมพิสัยเพียงคนละ 1 ครั้ง และศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก¹¹ มีพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์และไม่เคยได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติในการใช้เครื่องจากผู้เชี่ยวชาญเลย ร้อยละ 27.28 (3 คน) แต่ทัศนคติของพยาบาลทุกคนที่มีต่อการใช้ HFNC ค่อนข้างดี ซึ่งเห็นว่า HFNC ดูแลง่ายกว่าการใส่ท่อช่วยหายใจ และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลจากผู้ร่วมวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 11 คน นำแนวทางในการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula ไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 35.27 ± 10.59 ปี โดยมีอายุมากที่สุด 59 ปี และน้อยที่สุด 23 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติการมากที่สุด 10 - 15 ปี (ร้อยละ 45.5) และส่วนใหญ่

มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ HFNC ร้อยละ 72.7 รวมดำเนินการพัฒนาแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ซึ่งแนวทางประกอบด้วยรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.1 แนวทางประเมินและคัดเลือกผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC

2.1.1 อาการและอาการแสดงผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC

2.1.2 ข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC

2.1.3 ข้อจำกัดในการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC

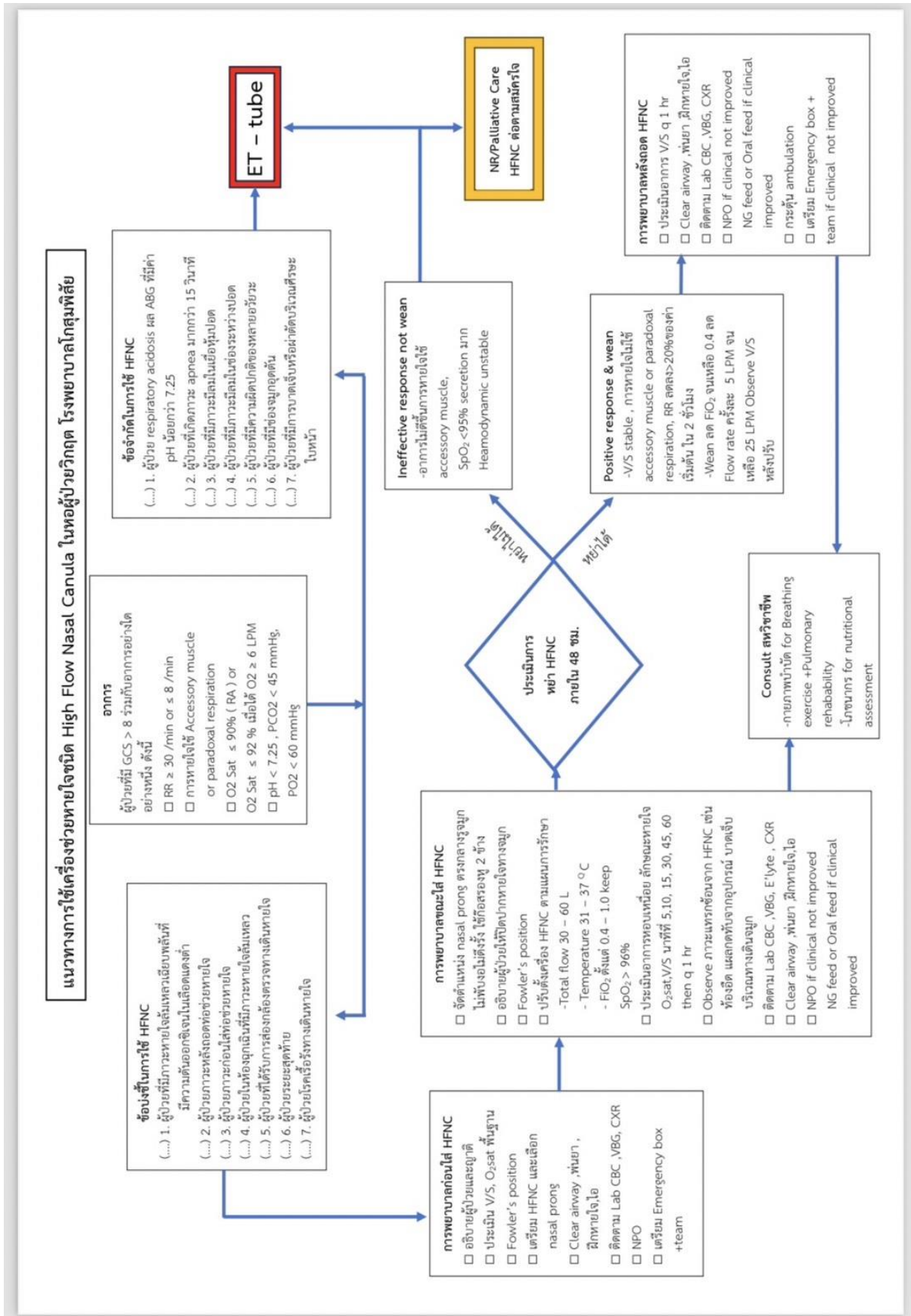
2.2 แนวทางการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC

2.2.1 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนใช้เครื่อง HFNC

2.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่เครื่อง HFNC

2.2.3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังถอดเครื่อง HFNC

ดังแสดงให้เห็นตามแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

3. ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางในการใช้เครื่องช่วยหายใจ HFNC ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

3.1 สถานะการจำหน่ายของผู้ป่วยที่ใช้แนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC จำแนกตามการวินิจฉัย พบว่าผู้ป่วยที่ใช้แนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC มีอาการดีขึ้น สถานะจำหน่ายกลับบ้านได้ มากที่สุด ร้อยละ 83.3 โดยกลุ่มโรคที่จำหน่ายกลับบ้านได้มากที่สุด

คือ COPD และ Covid-19 ร้อยละ 100 รองลงมาคือ CHF ร้อยละ 85.7

3.2 จำนวนวันนอนในกลุ่มผู้ป่วยที่ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ใช้แนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC กับผู้ป่วยที่ไม่ใช้ HFNC ผลการเปรียบเทียบพบว่า จำนวนวันนอนกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ HFNC น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ HFNC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ใช้ HFNC และผู้ป่วยที่ไม่ใช้ HFNC

Variables	N	Mean(SD)[median]	Mean Rank	Sum of Ranks	P-value
ผู้ป่วยที่ใช้ HFNC	48	3.71(1.84)[3.00]	35.23	1691	<0.001
ผู้ป่วยที่ไม่ใช้ HFNC	60	6.78(3.05)[6.00]	69.92	4195	

P value จากการทดสอบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

3.3 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ที่ 4.72 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

3.4 การประเมินทักษะการใช้ HFNC ของพยาบาล จากผลการประเมินตามแนวทางปฏิบัติ 2 Tick ทุกรายการกิจกรรม พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ครบทุกคน ยกเว้นมี 2 รายการกิจกรรม ที่พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติได้ โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ กิจกรรมในระยะการถอด HFNC โดยเป็นการติดตาม Lab CBC VBG CXR ระดับปฏิบัติได้อยู่ที่ร้อยละ 18.18 รองลงมาคือกิจกรรมระยะการหย่าเครื่อง HFNC ในการ Wean ลด FiO2 จนเหลือ 0.4 ลด Flow rate ครั้งละ 5 LPM จนเหลือ 25 LPM Observe V/S หลังปรับทุก 1 ชั่วโมง ระดับปฏิบัติได้อยู่ที่ร้อยละ 54.54

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์โดยการสนทนากลุ่มการตรวจเยี่ยมหน่วยงาน การศึกษา

ข้อมูลสถิติ รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงาน ในปี 2563-2565 พบประเด็นสำคัญ คือ เครื่องมือและอุปกรณ์ HFNC เป็นเครื่องมือใหม่ในหน่วยงาน และยังไม่มีความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้ HFNC บุคลากรส่วนใหญ่ที่มีประสบการณ์ในการดูแลเฉพาะผู้ป่วยโควิด-19 ที่ Cohort ward แต่ไม่เคยดูแลในหน่วยงาน และในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจพบเรียงจากมากไปน้อยสุดในหน่วยงานคือกลุ่ม Pneumonia, COPD, CHF และ ESRD with volume overload แต่ยังคงต้องการการรักษาภาวะวิกฤตอื่นเพิ่มเติมที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันชนิดออกซิเจนในเลือดต่ำ (acute hypoxemic respiratory failure) ในประเทศสเปน¹⁵ จำนวน 20 ราย โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบสู่มระหว่าง HFNC และ oxygen face mask ซึ่งมีความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation: SpO₂) น้อยกว่าร้อยละ 96 ขณะที่ได้รับ FiO₂ ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ผลการวิจัยพบว่า การใช้ HFNC ช่วยลดอาการเหนื่อย ลดอัตราการ

หายใจ ลดงานของการหายใจ (work of breathing: WOB) ซีฟรและระดับ SpO₂ ต่ำขึ้น ยังส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดด้วยออกซิเจนด้วยวิธีปกติ (standard oxygen therapy) นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ สถานการณ์ยังพบว่าระยะวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย กลุ่มนี้เฉลี่ย 6.78 วัน และและอัตราการเสียชีวิต ของหน่วยงานจากในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มี แนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี คิดเป็น 5.19% (34 ราย), 6.92% (40 ราย) และ 15.25% (59 ราย) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Frat และ คณะ (2015) ที่ทำการรักษาในผู้ป่วย acute hypoxemic respiratory failure จำนวน 310 ราย โดยเป็นการศึกษาทางคลินิกแบบสุ่มแบบขนาดใหญ่ (FLORALI study) เปรียบเทียบการใช้ HFNC, standard oxygen therapy และ การใช้ เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (noninvasive ventilation: NIV) ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ HFNC มีอัตราการตายในหอผู้ป่วย วิกฤติรวมที่ 90 วัน น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ standard oxygen therapy และ NIV อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ซึ่งการรักษาด้วยออกซิเจนตามการรักษาปกติ (conventional oxygen therapy) อาจไม่เพียงพอ ต่อความต้องการ ทำให้มีอาการเหนื่อยหรือมีระดับ ออกซิเจนในเลือดต่ำลง การใช้ HFNC จึงอาจมี ประโยชน์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ระยะที่ 2 แนวทางปฏิบัติที่ศึกษาพัฒนาใน ครั้งนี้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีความตรง เชนงเนื้อหา เท่ากับ 0.82 โดยการมีส่วนร่วมของทีม พัฒนาสหสาขาวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการ พัฒนาแนวปฏิบัติ มีการประเมินความพึงพอใจของ พยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจภาพรวมอยู่ใน ระดับสูง (Mean = 4.73, SD = 0.47) เมื่อพิจารณา ความพึงพอใจรายข้อ พบว่าพยาบาลผู้ใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลฯ มีความพึงพอใจมากที่สุดใ หัวข้อ แนวทางปฏิบัติฯ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้า ระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอในระหว่าง

การใช้ HFNC และทำให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยได้คะแนนเท่ากัน (Mean = 4.73, SD = 0.47) ความพึงพอใจลำดับรองลงมาได้แก่แนวปฏิบัติ รายละเอียดเนื้อหาของแนวทางปฏิบัติฯ มีความ ครอบคลุม (Mean = 4.64, SD = 0.50) การมีส่วนร่วม ของพยาบาลวิชาชีพ โดยร่วมกันคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ทำให้เกิดการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างมี ประสิทธิภาพ เนื่องจากมีความเหมาะสมและง่าย ต่อการปฏิบัติ โดยการแบ่งเป็น 2 แนวทางหลัก ๆ คือ 1) แนวทางประเมินและคัดเลือกผู้ป่วยที่ จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ประกอบด้วย 1.1) อาการและอาการแสดงผู้ป่วยที่ จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC 1.2) ข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC 1.3) ข้อจำกัดในการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพากรณ์ เตชธนากร, (2563)¹¹ ที่ศึกษาการทำคู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวที่ได้รับการ รักษาด้วยการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศ อัตราการไหลสูงทางจมูกในการกำหนดข้อบ่งชี้และ ข้อจำกัดในผู้ป่วยที่ใช้ HFNC 2) แนวทางการปฏิบัติ พยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC แบ่งเป็น 3 ระยะ 2.1) การพยาบาลผู้ป่วยก่อนใช้ เครื่อง HFNC 2.2) การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่ เครื่อง HFNC 2.3) การพยาบาลผู้ป่วยหลังถอด เครื่อง HFNC ผลการประเมินแนวทางปฏิบัติ 2 Tick ทุกรายการกิจกรรม พยาบาลสามารถปฏิบัติ ได้ครบทุกคน ยกเว้น 2 รายการกิจกรรม ที่ พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติได้ โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติ ได้น้อยที่สุดคือ กิจกรรมในระยะการถอด HFNC คือการ ติดตาม Lab CBC VBG CXR ระดับปฏิบัติ ได้อยู่ที่ร้อยละ 18.18 เนื่องจากในกิจกรรมดังกล่าว นี้ต้องได้รับคำสั่งจากแพทย์พยาบาลจึงสามารถ ปฏิบัติได้ในการส่งตรวจ Lab และ CXR รองลงมา คือกิจกรรมระยะการหย่าเครื่อง HFNC ในกิจกรรม การ Wean ลด FiO₂ จนเหลือ 0.4 ลด Flow rate ครั้งละ 5 LPM จนเหลือ 25 LPM Observe V/S หลังปรับทุก 1 ชั่วโมง ระดับปฏิบัติได้อยู่ที่ร้อยละ

54.54 ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันด้วยโรคและแผนการรักษา แนวทางการหยาเครื่องจึงอาจไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางทั้งหมด ในการปรับตั้งการหยาต้องอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา³

ระยะที่ 3 ประเมินผลและสะท้อนกลับ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนที่ใส่ HFNC ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย Pneumonia ร้อยละ 31.2 รองลงมาคือผู้ป่วย COPD ร้อยละ 29.2 ผู้ป่วย CHF ร้อยละ 14.6 ผู้ป่วย ESRD with volume overload ร้อยละ 12.5 ผู้ป่วย Covid-19 ร้อยละ 8.3 และน้อยที่สุดคือผู้ป่วย Sepsis with metabolic acidosis ร้อยละ 4.2 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ใช้แนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC มีอาการดีขึ้น สถานะจำหน่ายกลับบ้านได้มากที่สุด ร้อยละ 83.3 โดยกลุ่มโรคที่จำหน่ายกลับบ้านได้มากที่สุดคือ COPD และ Covid-19 ร้อยละ 100 รองลงมาคือ CHF ร้อยละ 85.7 ส่วนกลุ่มโรค Pneumonia และ Sepsis with metabolic acidosis พบว่าอัตราความสำเร็จในการใส่ค่อนข้างต่ำ และพบเสียชีวิต 1 รายในกลุ่มผู้ป่วย ESRD with Volume overload ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้ HFNC อาจไม่เหมาะสมกับกลุ่มที่มีภาวะพร่องออกซิเจนที่รุนแรงและกลุ่มที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของธนรัตน์ พรศรีรัตน์ และ สุรัตน์ ทองอยู่ (2563)³ โดยทำการศึกษากายภาพบำบัดผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและได้รับการรักษาด้วย HFNC พบว่ามีข้อจำกัดการใช้งานในผู้ป่วยที่ภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงหรือมีภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ดังนั้นการใช้เครื่อง HFNC ต้องคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความเหมาะสม จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้ HFNC ตามแนวทางนี้ลดลงจาก 6.78 วัน เหลือ 3.71 วัน ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภากร ชูพินิจรอบคอบ (2566)¹² พบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่

ได้รับ HFNC ลดลง จาก 7.04 วัน เหลือ 4.68 วัน นอกจากนี้ ยังพบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยผู้ป่วยกลุ่มนี้ 20,270.87 บาท ซึ่งเมื่อเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 39,320.38 บาท ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายลดลงถึง 48.45% และจากการทบทวนจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตขณะนอนหอผู้ป่วยวิกฤต 4.82% (12 ราย) ลดลงจากปี 2565 ถึง 69.39%¹

สรุปผลลัพธ์ที่ดีของการพยาบาลผู้ป่วยที่ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจที่ให้การรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ในครั้งนี้ มาจากการปฏิบัติตามแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลโกสุมพิสัยซึ่งเป็นที่ยอมรับและง่ายต่อการปฏิบัติตาม โดยเป็นการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงและสามารถปรับให้มีความชื้นที่เหมาะสมสำหรับการหายใจ ช่วยให้การหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซของผู้ป่วยดีขึ้น ลดอัตราการใส่เครื่องช่วยหายใจลดระยะเวลาในการรักษาตัว นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้รักษาผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในภาวะวิกฤตโดยเกิดภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างต่ำ แต่ยังมีข้อจำกัดการใช้งานในผู้ป่วยที่ภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงหรือมีภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ดังนั้นการใช้งาน HFNC ต้องคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความเหมาะสม มีการเฝ้าระวังการเกิดความล้มเหลวจากการใช้งานอย่างใกล้ชิด หยาเครื่องตามแผนการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดในการใช้งานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติ มีการกำหนดแนวทางประเมินและคัดเลือกผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HFNC มีแนวปฏิบัติการพยาบาลพร้อมคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลใช้ในหน่วยงาน สามารถแนวทางการปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ในเด็กผู้ป่วยสามัญทุกตึกที่ต้องได้รับการรักษาด้วย HFNC รวมทั้งในตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

2. ด้านบริหาร ทีมบริหารทางการแพทย์สามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนในการนิเทศทางการแพทย์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน

3. ด้านการวิจัย ควรมีการแยกการศึกษาเฉพาะรายโรคเพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้

เฉพาะเจาะจงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม COPD ที่เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการใช้ HFNC ควรมีการศึกษาและพัฒนาแนวทางเพื่อลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย COPD ในโรงพยาบาลโกสุมพิสัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กฤษณา ชุมวณิชย์, วีรโรจน์ นิธธาริโยโสภณ, สรภพ ภัคติวังค์, กนกเลขา สุวรรณพงษ์. การศึกษาค่า Rox index ในการพยากรณ์ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวชนิดพร่องออกซิเจนที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนอัตราสูงทางจมูก. วารสารแพทยนาวิ (2656); 49(2): 291-303.
2. ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, อภิสสิทธิ์ ตามสัจย์. การบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูงสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการพยาบาลคลินิก.วารสารพยาบาลตำรวจ (2564); 13(1): 253-64.
3. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, สุรัตน์ ทองอยู่. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและได้รับการรักษาด้วย High Flow Nasal Cannula.เวชบ้นทีกศิริราช (2563); 13(1): 60-8.
4. นรวินัย กิจไพศาลรัตนนา, อรรถสิทธิ์ โคมินทร์, ครองวงศ์ มุสิกอาวรณ์. การวิจัยนาร่องการช่วยหายใจด้วยการใช้ High-flow nasal cannula ระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจด้วยยานาสลอบอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน. วารสารเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (2563); 3(2): 14-27.
5. นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย. การรักษาทางคลินิกด้วยออกซิเจนอัตราสูง Clinical use of high-flow oxygen therapy. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
6. พราวเดือน เนตรวิชัย. ผลการปฏิบัติของพยาบาลหลังการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่มีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันและได้รับการรักษาด้วย High flow nasal cannula ในหอผู้ป่วยติดเชื้อ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ [ออนไลน์] 2566. ที่มา : https://www.chiangmaihealth.go.th/detail_academic.php?academic_id=25
7. เพชร วัชรสินธุ์. High flow O₂ nasal cannula therapy. วารสารเวชบำบัดวิกฤต (2560);25(2): 32-6.
8. ยาวภา จันทร์มา, สุพรรณ วงศ์ตัน, วรณา สุธรรมมา. อัมพร กอริ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง โรงพยาบาลนครพิงค์. พยาบาลสาร (2564); 48(3): 291-304.
9. วีระยุทธ ชาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action research. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี (2558); 2(1): 29-49.
10. Nishimaru M. High-flow nasal cannula oxygen therapy in adults: physiological benefits, indication, clinical benefits and adverse effects. Respir Care (2016); 61(4): 529-41.
11. อัมพากรณ์ เตชธนากร. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราสูงทางจมูก. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2563.
12. ภากร ชูพินิจรอบคอบ. ประสิทธิภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนผสมอากาศอัตราสูง. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (2566); 8(1): 28-45.
13. Frat JP, Thille AW, Mercat A, Girault C, Ragot S, Perbet S, et al. High-flow oxygen through nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure. N Engl J Med (2015); 372(23): 2185-96.
14. Hernandez G, Vaquero C, Gonzalez P, Subira C, Frutos-Vivar F, Rialp G, et al. Effect of postextubation high-flow nasal cannula vs conventional oxygen therapy on reintubation in low-risk patients: a randomized clinical trial. JAMA (2016); 315(13):1354-61.
15. Roca O, Riera J, Torres F, Masclans JR. High-flow oxygen therapy in acute respiratory failure. Respir Care (2010); 55: 408-13..

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง ร่วมกับมีภาวะน้ำท่วมปอด : กรณีศึกษา

Nursing care for mothers after cesarean section who has severe high blood pressure with pulmonary edema: a case study

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

เกศรินทร์ พรหมมา¹
Ketsarin Phomma¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงร่วมกับมีภาวะน้ำท่วมปอด โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงชาวพม่า อายุ 37 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปากช่องนานา วันที่ 9 กรกฎาคม 2566 ด้วยอาการหายใจเร็ว เจ็บครรภ์คลอด มีน้ำเดิน ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง วินิจฉัยแรกรับ G3P2 AL2GA 37+3 wks with Labor pain with hyperthyroid with breech presentation with severe pre-eclampsia with pulmonary edema

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย ได้รับการผ่าตัด Caesarean section with TR due to breech presentation with severe pre-eclampsia หลังผ่าตัดเข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนัก และย้ายมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ขณะดูแลที่หอผู้ป่วยหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะชัก เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄ พยาบาลให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ด้วยการตรวจวัดสัญญาณชีพ เฝ้าระวังควบคุมระดับความดันโลหิต สังเกตอาการผิดปกติจากการได้รับยา MgSO₄ บรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟู เฝ้าระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ส่งเสริมให้บุตรได้ดูดนมแม่

คำสำคัญ: การพยาบาล, การผ่าตัดคลอด, ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, ภาวะน้ำท่วมปอด

ABSTRACT

This study was case study aimed study nursing care for mothers after cesarean section who have severe high blood pressure and pulmonary edema. Study from 37-year-old myanmar female patient was admitted to Pak Chong Nana Hospital on July 9, 2023 with symptoms of rapid breathing, labor pains and premature rupture of membranes before coming to the hospital for 3 hours. The patient was diagnosed as G3P2 AL2GA 37+3 wks with Labor pain with hyperthyroid with breech presentation with severe pre-eclampsia with pulmonary edema.

Results: The patient received a Caesarean section with TR due to breech presentation with severe pre-eclampsia. After surgery, the patient was admitted to the intensive care unit for care and moved to continue care at the postpartum ward while being cared for in the postpartum ward. It was found that a mother after giving birth is more likely to have seizures. Due to severe high blood pressure, risk of postpartum hemorrhage, and risk of adverse reactions from receiving MgSO₄. Nurses provide close care by measuring vital signs watching and controlling blood pressure levels, and observing unusual symptoms from receiving MgSO₄ to relieve surgical wound pain. When entering the recovery period, the nurse watches for infection in the surgical wound and encourages child to suckle breast milk.

Keywords: nursing, cesarean section, gestational hypertension, pulmonary edema

บทนำ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา

การตั้งครรภ์ เป็นภาวะการที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ตั้งครรภ์ และยิ่งมีความเครียด ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น จะทำให้เกิดมีภาวะแทรกซ้อน อันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ได้มากขึ้นตามมา เช่น อาการแพ้ท้องอย่างรุนแรง ภาวะมีเลือดออกก่อนคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จึงอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตแก่สตรีตั้งครรภ์และทารกได้ นอกจากนี้ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ยังมีผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญและการทำงานของร่างกายทุกระบบ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ ถ้าภาวะแทรกซ้อนมีอาการรุนแรงมากขึ้น ความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาโดยเร่งด่วนตามอาการของโรค โดยการยุติการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการแท้งบุตร หรือทารกคลอดก่อนกำหนดได้ การดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ได้ทันที่ช่วงที่ก่อนทารกคลอดจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและเร่งด่วน ที่จะต้องรีบดำเนินการเพื่อความปลอดภัยทั้งชีวิตของมารดาและทารก

ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension: PIH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอุบัติการณ์ร้อยละ 5-10 และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ จากรายงานของ The American College of Obstetricians and Gynecologists ในปี 2020 พบว่า สติติการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละปีจะมีประมาณ 50,000 – 60,000 คน ที่เสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ สำหรับประเทศไทย พบว่า มีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด 22 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งการเสียชีวิตเกิดจากความดันโลหิตสูง บวม และมีโปรตีนในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด 15 คน คิดเป็นร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรง นอกจากการเสียชีวิตแล้วหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับ และไตวาย ทั้งยังเป็นสาเหตุที่

ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บ และเสียชีวิตแรกคลอด อันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์

จากสถิติการให้บริการมารดาหลังคลอด ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง ของแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลปากช่องนานา 3 ปีย้อนหลัง ปี 2564-2566 มีจำนวนมารดาหลังคลอด จำนวน 2,047คน, 1,863และ 1,940 คน มีภาวะความดันโลหิตสูงจำนวน 92 ราย, 79 ราย และ 93 รายตามลำดับ ซึ่งจากสถิติบริการดังกล่าวพบว่ามารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ เป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่งโดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นพยาบาลหลังคลอดจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลควบคุมและป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ยาลดความดันโลหิต เฝาระวังผลข้างเคียงของยาแมกนีเซียมซัลเฟต ภายหลังคลอด รวมทั้งป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้หญิงหลังคลอดปลอดภัยและกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงร่วมกับมีภาวะน้ำท่วมปอด

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงชาวพม่า อายุ 37 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติพม่า ศาสนาพุทธ อาชีพ รับจ้าง 150 หมู่ที่ 7 ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 9 กรกฎาคม 2566 เวลา 23.40 น.

การวินิจฉัยแยกรับ G3 P2 A0L2 GA 37+3 wks with Labor pain with hyperthyroid with breech presentation with severe pre-eclampsia with pulmonary edema

การผ่าตัด 10 กรกฎาคม 2566 Caesarean section with TR due to breech presentation with severe pre-eclampsia

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย G₃ P₃ A₀L₃ with hyperthyroid with Severe pre-eclampsia with pulmonary edema with breech presentation S/P Caesarean section

วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 13 กรกฎาคม 2566

อาการสำคัญ

หายใจเร็ว เจ็บครรภ์ตลอด มีน้ำเดิน ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มารดามีอาการเหนื่อยง่าย นอนราบไม่ค่อยได้ บวมที่เท้า 2 ข้าง

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเร็ว เจ็บครรภ์ตลอด มีน้ำเดิน สามี่จึงพามาส่งโรงพยาบาล

ประวัติการตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ปัจจุบัน G₃ P₂ A₀L₂ ANC ที่โรงพยาบาล อ่างทอง 6 ครั้ง อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ by date

LMP 20 ตุลาคม 2565 EDC 27 กรกฎาคม 2566 ได้รับ Tetanus toxoid 1 เข็ม กระตุ้น ผลเลือด VDRL= Non-reactive, HbsAg=Negative, HbeAg = Negative, HIV=Negative, Hct = 36.1 % Alb 1+ **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**

ปี 2558 ขณะฝากครรภ์ตรวจพบมีภาวะ Hyperthyroid รักษาด้วยยา propylthiouracil (PTU)

ประวัติทางสูติ-นรีเวช

เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 11 ปี ประจำเดือนมาสม่ำเสมอดีครั้งละ 4-5 วัน เปลี่ยนผ้าอนามัยวันละ 2-3 ผืน มีอาการปวดประจำเดือน บางครั้ง ต้องรับประทานยาแก้ปวด ผู้ป่วยแต่งงานเมื่ออายุ 20 ปี ผ่านการตั้งครรภ์มาแล้ว 2 ครั้ง ไม่ได้คุมกำเนิด บุตรทั้ง 2 คน สุขภาพแข็งแรง

การประเมินสภาพทั่วไปที่หอผู้ป่วยหลังคลอด

รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ผมนสั้นเหยียดตรงสีดำ เรียกรู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ ทำทางอ่อนเพลีย มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง On canular 3 LPM หายใจเหนื่อย สัญญาณชีพแรกจับ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียสชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/100 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>1. มีโอกาสเกิดภาวะช็อก เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> มีอาการปวดศีรษะ จุกใต้ลิ้นปี่ ไม่มีตาพร่ามัว ความดันโลหิต 164/105 มิลลิเมตรปรอท ขาทั้ง 2 ข้าง บวมกดบวม +3 Deep tendon reflex +2 UPCR 1.83 <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อก</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> ไม่เกิดภาวะช็อก ไม่มีอาการนำสู่ภาวะช็อก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และกล้ามเนื้อขากระตุก 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายให้มารดาหลังคลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อากาหรนำสู่ภาวะช็อก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการช็อกที่จะส่งผลต่อมารดา ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยา MgSO₄ และอาการข้างเคียงของการได้รับยา MgSO₄ ซึ่งอาจพบได้ เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนจุกวบบท้าว ประเมินอาการนำสู่ภาวะช็อก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หรือมีอาการเจ็บชายโครงขวา Deep tendon reflex มากกว่า 3+ ขึ้นไป หากพบอาการรายงานแพทย์ทันที ดูแลให้ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ต่อเนื่องตามแผนการรักษา คือ 50% MgSO₄ 20 gm+ NSS 460 ml iv drip 62 ml/hr ด้วยเครื่องควบคุมการไหลของสารละลายทางหลอดเลือด (Infusion pump) พร้อมประเมิน สังเกตและบันทึกอาการไม่พึงประสงค์ของยา ขณะได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ทุก 4 ชั่วโมง ได้แก่ ปัสสาวะน้อยกว่า 100 ml/4hr อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที และ Deep tendon reflex เท่ากับ 0 ถ้าพบข้อใดข้อหนึ่งรายงานแพทย์ทราบเพื่อหยุดยา ติดตาม Mg level ทุก 4 ชั่วโมง keep 4.8-8.4mg/dL

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>3. ความดันโลหิตไม่สูงเกิน 160/100 มิลลิเมตรปรอท</p>	<p>6. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ถ้ามากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอทให้รายงานแพทย์ทันที</p> <p>7. ดูแลให้ Amlodipine (5) 2 tab NG feed stat เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต</p> <p>8. ตรวจสอบบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ซึ่งมีสายสวนปัสสาวะค้างไว้ เพื่อประเมินการทำงานของไต ถ้าพบปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิตร/ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์</p> <p>9. เตรียมยา 10 % Calcium gluconate ไว้ให้พร้อม ถ้าพบการหายใจและการทำงานของหัวใจถูกกดจาก MgSO4</p> <p>10. จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดการกระตุ้นจากแสง เสียง หรือสิ่งต่างๆ เพื่อให้ได้พักผ่อนมากที่สุด จัดสิ่งแวดล้อมและให้อยู่ในบริเวณที่สามารถดูแลใกล้ชิดได้ ดูแลให้ผู้ลดนอนพักในท่าตะแคงซ้าย ศีรษะสูง 30 องศา ทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียงโดยยกไม้กั้นเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาล</p> <p>11. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชก ได้แก่ ออกซิเจน ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องช่วยหายใจ ยาระงับชก และเตรียมความพร้อมของทีมช่วยฟื้นคืนชีพ</p> <p>12. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP syndrome ได้แก่เม็ดเลือดแดงแตกง่ายทำให้เกิดภาวะช็อค เลือดออกง่ายจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ</p> <p>การประเมินผล ไม่เกิดภาวะชก ไม่มีอาการ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และกล้ามเนื้อขากระตุก ความดันโลหิต 140/84-150/89 มิลลิเมตรปรอท Deep tendon reflex (DTR) 2+ ปัสสาวะออกดีเกิน 30 ซีซี/ชั่วโมง</p>
<p>2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ฟังปอดมีเสียง wheezing และ rhonchi ทั้ง 2 ข้าง 2. หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที 3. O₂ saturation 94% <p>วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว สีผิวปกติไม่ซีดเขียว 2. ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก 3. O₂ saturation 96-100% 4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที การหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแล On ventilator setting PCMV mode FT 2 IP 30 RR 12 PEEP 8 FiO₂ 0.4 keep O₂saturation >94%ตามแผนการรักษา ประเมินรูปแบบการหายใจ เมื่อต่อกับเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวลเมื่อพบว่า มีเสียงเสมหะในท่อหลอดลมคอช่วยหายใจ ก่อนทำการดูดเสมหะเพิ่มออกซิเจน 100% นาน 1 นาที ขณะดูดเสมหะครั้งหนึ่งๆ ไม่เกิน 10-15 วินาที ใช้ self inflating bag ต่อออกซิเจน 10 ลิตร/นาที บีบเข้าปอดอย่างนุ่มนวลสลับกับการดูดเสมหะ และขณะดูดเสมหะสังเกตอาการของผู้ป่วยว่า มีอาการขาดออกซิเจน ได้แก่ ซีด ริมฝีปากเขียวคล้ำ ซึ่งไม่พบอาการดังกล่าว 3. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และจัดท่าเพื่อให้เสมหะระบายออกดี ป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ และภาวะปอดแฟบ 4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม 5. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ในภาวะวิกฤติเพื่อสังเกตและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงได้ทันที และทุก 1 ชั่วโมงเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ในระดับปกติ 6. Monitor O₂ saturation เพื่อประเมินระดับออกซิเจนในร่างกาย 7. Monitor EKG เพื่อติดตามการทำงานของหัวใจ 8. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ อาการ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็บและริมฝีปากซีด ระดับความรู้สึกตัวลดลง 9. บันทึกจำนวนน้ำที่เข้า และปัสสาวะที่ออกจากร่างกาย <p>การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ ขณะใส่ท่อหลอดลมคอ ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว สีผิวปกติ ไม่ซีดเขียวไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย O₂ saturation 98-99%</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	สามารถลด O2 support ใส่ O2 canular จนสามารถหายใจ room air ได้ ไม่มีเหนื่อยหอบ จำนวนน้ำเข้าออกสมดุล
<p>3. มีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄ (MgSO₄ toxicity)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> มารดาหลังคลอดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น severe preeclampsia มารดาหลังคลอดได้รับยา Magnesium sulfate 40 ml (20 mg)+5%D/N/2 460 ml iv drip 62 ml/hr <p>วัตถุประสงค์</p> <p>มารดาปลอดภัยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 ml/hr Deep tendon reflex absent (การตอบสนอง) = 2+ (มี reflex ปกติ) ระดับ Mg ในเลือดไม่เกิน 7 mEq (8.4 mg/dl) 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจถึงเหตุผลและขั้นตอนการให้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดได้จากยา เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว รวมทั้งอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะได้รับยา ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา 50% MgSO₄ 20 mg ผสมใน 5%D/N/2 460 ml ให้หยุดเข้าหลอดเลือดดำ ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา 62 ml/hr เพื่อให้ได้ปริมาณตามแผนการรักษาและเนื่องจากเป็นยาในกลุ่ม High Alert Drug ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา (MgSO₄ toxicity) ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง หากอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์ - ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ตวงและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร หรือภายใน 4 ชั่วโมง ออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์ - ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นทีที (DTR) ทุก 1 ชั่วโมง หากน้อยกว่า 2+ รายงานแพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง และกดกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลาย และกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจกดศูนย์การหายใจ และเนื่องจาก MgSO₄ เกือบทั้งหมดขับออกทางไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยลง ระดับยาจะยังคงสูงอยู่ในเลือดโอกาสเกิด MgSO₄ toxicity จะเพิ่มมากขึ้น สังเกตอาการของการได้รับยามากเกินไป หรือติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก ความดันโลหิตสูง การหายใจช้า ซึม ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก DTR ลดลง ต้องรีบรายงานแพทย์และเตรียมยาแก้ไข ได้แก่ 10% Calcium gluconate 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ ประมาณ 3-5 นาที เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม ติดตามผลการตรวจระดับ Mg ตามแผนการรักษา <p>การประเมินผล</p> <p>อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ตรวจปฏิกิริยาการตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นทีที (DTR) 3+ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และเมื่อสังเกตอาการครบ 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา ตรวจปฏิกิริยาการตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นทีที (DTR) 2+ ปัสสาวะออก 50 ml/hr ระดับ Mg ในเลือด 4.48-6.82 mg/dl</p>
<p>4. มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากความดันโลหิตสูงและมีเกล็ดเลือดต่ำ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> ความดันโลหิตสูง 180/110 มิลลิเมตรปรอท เกล็ดเลือดต่ำ 132,000 cell/mm³ <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการง่วงซึมหรือปลุกไม่ตื่น ไม่มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 140,000-400,000 cell/mm³ 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง โดยประเมินความรู้สึกตัว อาการปวดศีรษะ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และชีพจร ทุก 1 ชั่วโมง หากมีอาการที่เลวลงกว่าเดิมรายงานแพทย์ทันที เพื่อวางแผนในการรักษาและให้ได้รับการแก้ไขทันเวลา ให้ยา Amlodipine (5) 2 tab NG feed stat เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา เช่น ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการพักผ่อน เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือได้ทันที ได้แก่ ไม้กดลิ้น เครื่องช่วยฟื้นคืนชีพ รวมทั้งป้องกันการตกเตียงเมื่อเกิดอาการชัก ติดตามผลการตรวจ Platelet, PT, PTT เพื่อประเมินการแข็งตัวของเลือด <p>การประเมินผล</p> <p>ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการง่วงซึมหรือปลุกไม่ตื่น ไม่มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง ความดันโลหิต 140/98-150/94 มิลลิเมตรปรอท ระดับเกล็ดเลือด 153,000 cell/mm³ (12 กรกฎาคม 2566)</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>5. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หลังทำผ่าตัดนำทารกออกทางหน้าท้อง เสียเลือดจากการผ่าตัด 600 ml 2. มารดาหลังคลอดได้รับยา MgSO₄ 3. มดลูกใหญ่และนิ่มไม่กลมแข็ง อยู่เหนือระดับสะดือ 5. ชีพจร 108 ครั้ง/นาที 6. Hct 32 % เมื่อมาถึงหอผู้ป่วยหลังคลอด จากเดิมก่อนคลอด 36% <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รู้สึกตัวดี ได้ตอบรู้อะไร 2. ไม่มีอาการหน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ 3. มีเลือดออกทางช่องคลอดไม่เกิน 30 ซีซีต่อชั่วโมง 4. มดลูกหดตัวดี กลมแข็ง อยู่ระดับต่ำกว่าสะดือ 5. ผลการตรวจค่าฮีมาโตคริต ไม่ต่ำกว่า 30% 6. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง 7. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตความรู้สึกตัว เพื่อประเมินภาวะช็อคสามารถโต้ตอบรู้อะไร 2. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และระดับยอดมดลูก ประเมินแผลผ่าตัด abdominal sign 3. สังเกตอาการช็อค โดยสังเกตจากปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดไม่เกิน 30 ซีซีต่อชั่วโมง เปลือกตาด้านล่าง อาการหน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ ที่แสดงถึงภาวะช็อค เพื่อประเมินภาวะช็อค 4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดภาวะช็อค พบความดันโลหิต $\leq 90/60$ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร > 120 ครั้ง/นาที การหายใจ > 24 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ ซึ่งไม่พบภาวะดังกล่าว 5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา ได้แก่ 5%D/N/2 1000 ml + Syntocinon 20 unit iv drip 50 ml/hr เพื่อขัดขวางการดูดน้ำในร่างกายนอกจากนี้ให้มดลูกหดตัวดีขึ้น 6. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูกพร้อมบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง หากออกน้อยกว่า 30 ml/hr รายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้การรักษา 7. ติดตามความเข้มข้นของเลือด 8. แนะนำรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ตับ เครื่องใน ไช้แดง ผักใบเขียว เพื่อบำรุงเลือด <p>การประเมินผล</p> <p>มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ได้ตอบรู้อะไร ไม่มีอาการหน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ml/hr Hct 29.4% ชีพจร 106-108 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/84-150/89 มิลลิเมตรปรอท</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ใบหน้าไม่สุขสบาย หน้ามืดวิงเวียน บ่นปวดแผลผ่าตัด 2. ผู้ป่วยขอยาแก้ปวด 3. Pain score 8 คะแนน <p>วัตถุประสงค์</p> <p>มารดาหลังคลอดได้รับความสุขสบาย อาการปวดแผลลดลง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลน้อยลง Pain score น้อยกว่า 3 คะแนน 2. สีหน้าผ่อนคลาย แจ่มใส และนอนพักผ่อนได้ 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมิน pain score และ v/s ทุก 4 ชั่วโมง ร่วมกับสังเกตพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย จากคำบอกกล่าวและสีหน้า 2. จัดท่านอน Fowler's position หรือ Semi fowler's position จะช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ลดอาการเจ็บตึงแผล 3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับระยะเวลาในการเจ็บปวด ว่าในช่วงผ่าตัดวันแรกจะปวดมากหลังจากนั้นจะทุเลาลงเรื่อยๆ 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายขึ้น สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ 5. จัดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ให้ครบถ้วนการพักผ่อนของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด 6. ดูแลให้ยาแก้ปวด MO 3 mg iv prn ทุก 2 ชั่วโมง Record v/s หลังให้ยา ทุก 15 นาที 4 ครั้ง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาได้แก่ภาวะกดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน 7. แนะนำวิธีการเปลี่ยนอริยาบถ โดยใช้มือ 2 ข้างประคองบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดภาวะการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง จะทำให้อาการปวดแผลลดลง ขณะเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่านอน ควรทำด้วยความระมัดระวัง ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 8. สอนการไออย่างถูกวิธี โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัดและหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ ผ่านทางจมูก และหายใจออกช้าๆ ผ่านทางปาก จำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้ผู้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการช่วยขับเสมหะออกมาและลดการสำลักของบาดแผล ใช้มือประคองแผลทุกครั้ง 9. ประเมินพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยซ้ำ หลังให้การพยาบาล <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยบ่นปวดแผลน้อยลง สีหน้าผ่อนคลายลง ไม่มีหน้ามืดวิงเวียน Pain score 3 คะแนน</p>
<p>7. เสี่ยงต่อการติดเชื้อภายหลังคลอด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หลังคลอด ร่างกายอ่อนเพลีย ความต้านทานของร่างกายลดลง 2. มีน้ำคาวปลาไหลทางช่องคลอด เหมาะต่อการสะสมของเชื้อโรค ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย 3. มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง และแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรก 4. มีไข้ อุณหภูมิ 37.7-37.8 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ไม่มีการติดเชื้อหลังคลอด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส 2. ลักษณะบาดแผลแห้ง ไม่บวมแดง ไม่มี discharge เป็นหนอง ไม่มีกลิ่นเหม็น 3. น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็น สีปกติ 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ให้การพยาบาลอย่าง aseptic technique 2. ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผม ปาก เล็บ ฟัน และผิวหนัง เพื่อลดการติดเชื้อในผู้ป่วย 3. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์โดยล้างและซับให้แห้งทุกครั้งหลังขับถ่ายและควรเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งที่ยกขุม เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และสังเกตลักษณะผิดปกติของน้ำคาวปลา ได้แก่ สีเปลี่ยนไป มีกลิ่นเหม็นเน่า 4. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล 5. บันทึกสัญญาณชีพทั้งอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต ทุก 4 ชั่วโมง 6. ดูแลการได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อการฟื้นตัวหลังทำผ่าตัด และการหายของแผล เช่น การได้รับอาหารพวก ไข่ นม เนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีมากๆ เช่น ส้ม เพื่อช่วยในการหายของแผล รวมทั้งน้ำดื่มสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อขับของเสียต่าง ๆ ออกจากร่างกายทางปัสสาวะ 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะให้ถูกต้องตามเวลา ขนาดของยาและวิถีทางที่ให้ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและระงับการติดเชื้อที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ Cefazolin 1 gm iv q 6 hr. พร้อมติดตามผลข้างเคียงจากการได้รับยา ได้แก่ ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งไม่พบภาวะดังกล่าว

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>การประเมินผล</p> <p>อุณหภูมิร่างกาย 36.9- 37.5 องศาเซลเซียส ลักษณะบาดแผลแห้ง ไม่บวมแดง ไม่มี discharge เป็นหนอง ไม่มีกลิ่นเหม็น น้ำควาปลาไม่มีกลิ่นเหม็น สีแดงปกติ</p>
<p>8. ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. ทำผ่าตัด Caesarean section หลังผ่าตัด เคลื่อนไหวร่างกายน้อย จากจำกัดการเคลื่อนไหว ต้องพักอยู่บนเตียง ในช่วงที่ใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>2. ท้องอืดตึงเล็กน้อย ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของ ลำไส้ได้ 2-3 ครั้ง/นาที เสียงไม่ค่อยชัดเจน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ได้รับความสุขสบาย ทูเลาท้องอืด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยไม่บ่นแน่นท้อง</p> <p>2. ผายลมถ่ายอุจจาระได้หลังผ่าตัด</p> <p>3. ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ 3-5 ครั้ง/นาที</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินสภาพผู้ป่วยจากการสังเกตและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะท้องอืดฟังการ เคลื่อนไหวของลำไส้</p> <p>2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าผลของยาระงับความรู้สึกที่ร่างกายจะทำให้อวัยวะภายใน ระบบย่อยอาหารหยุดการทำงานชั่วคราว ส่งผลทำให้หลังผ่าตัดอาจเกิดอาการท้องอืดได้ ประกอบกับที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยจึงทำให้เกิดอาการมากขึ้น</p> <p>3. ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า Fowler 's position เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหอย่อนตัวและลด อาการแน่นท้อง</p> <p>4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง ในขณะที่นอนพักบนเตียงและให้มีการ ลูกออกจากเตียงเพื่อเดินให้เร็วที่สุด จะช่วยให้ระบบย่อยอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดมากขึ้น ลดการเกิดภาวะท้องอืด</p> <p>5. ประเมินความเจ็บปวดและให้ยาตามแผนการรักษา</p> <p>6. เมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารได้แนะนำการเริ่มรับประทานอาหาร เริ่มจากจิบน้ำ รับประทานอาหารเหลว รับประทานอาหารอ่อน และจึงรับประทานอาหารที่มีกากใยเพื่อช่วย ให้ถ่ายอุจจาระง่ายขึ้น เช่น ผักชนิดต่างๆ ผลไม้ และดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ลูกเดินเข้าห้องน้ำได้ หลังให้คำแนะนำอาการท้องอืดทูเลา มีผายลม ยังไม่ถ่ายอุจจาระ ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ 3-4 ครั้ง/นาที</p>
<p>8. มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของ บุตร เนื่องจากบุตรต้องแยกไปสังเกตอาการ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. มารดาซักถามเกี่ยวกับอาการของบุตรบ่อยครั้ง</p> <p>2. มารดามีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อลูกต้องไปสังเกต อาการต่อ ที่หอผู้ป่วยทารกป่วย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ ของบุตร</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. มารดามีสีหน้าคลายความวิตกกังวล</p> <p>2. มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของ บุตร</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดา แสดงท่าทางเป็นมิตร และเปิดโอกาสให้มารดาซักถามหรือ ระบายความในใจตามต้องการ</p> <p>2. อธิบายมารดาให้รับทราบอาการของบุตร และสาเหตุที่ต้องนำบุตรไปสังเกตอาการที่หอ ผู้ป่วยทารกป่วย</p> <p>3. ส่งเสริมให้มารดาได้ปีนบนส่งบุตร และให้ญาติได้นำน้ำนมไปส่งที่หอผู้ป่วยทารกป่วย</p> <p>4. ให้ข้อมูลของทารกแก่ญาติของมารดา เกี่ยวกับการเข้าเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยทารกป่วย</p> <p>การประเมินผล</p> <p>มารดาและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล และรับทราบอาการของบุตร ที่ส่งไปตึกทารกแรก เกิดป่วย เนื่องจากมารดาครรภ์เป็นพิษ และแผนการดูแลรักษาของแพทย์</p>

อภิปรายผล

ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งก่อนคลอด และหลังคลอด² ทำให้เสี่ยงต่อการชัก ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการชักภายหลัง คลอด โดยมีการเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูงหลัง คลอด ด้วยการวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ให้ยากัน ชักตามแผนการรักษารวมทั้งให้ได้รับออกซิเจนอย่าง

เพียงพอ ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา 50% MgSO₄ ผู้ดูแลจะต้องสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เกินขนาด ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมง อัตราการหายใจต่ำกว่า 12 ครั้ง/นาที ไม่ พบ deep tendon reflex นอกจากนี้แล้วการ ควบคุมสิ่งแวดล้อมให้สงบยังกระทำได้อย่าง ได้ปรับ แผนการดูแลให้ผู้ป่วยแยกมุม ห่างจากผู้ป่วยอื่น และ

อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงแผนการรักษา⁴ ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ในเรื่องให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดจนสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะชักแล้ว ผู้ดูแลยังต้องเตรียมวางแผนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตหลังคลอดต่อไปอีก โดยให้คำแนะนำและประสานงานกับชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง วางแผนการประเมินผลโดยติดต่อทางโทรศัพท์

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ทำให้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ สาเหตุที่สำคัญอาจเนื่องมาจากยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรค และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องไม่ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมารดาครั้งนี้ มาฝากครรภ์ช้า และผ่านการคลอดหลายครั้ง ไม่ตระหนักอันตรายจากความรุนแรงของโรคที่จะมีผลต่อตนเองและทารกในครรภ์ ขณะเดียวกันบุคลากรผู้ให้การดูแลต้องค้นหาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยให้เร็วที่สุด มีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพรวมถึงวัสดุ

อุปกรณ์ในการช่วยเหลือต้องเตรียมพร้อมอยู่เสมอ ผู้ให้การดูแลต้องมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นในกรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องการปฏิบัติตัว ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์⁴

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ให้การดูแลต้องมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงานวางแผนการให้การพยาบาลมารดาเพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง การประเมินผลการพยาบาล ตลอดจนประสานงานกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
2. จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการดูแลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือมารดาภาวะวิกฤต และมีบริการให้คำปรึกษาในลักษณะเฉพาะราย
3. ประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ โดยมาฝากครรภ์ตั้งแต่เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ และมาฝากครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบอาการผิดปกติต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เพื่อได้เฝ้าระวังความผิดปกติและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2561). สถิติสาธารณสุขอัตราการตายมารดา. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
2. กนกวรรณ ฉันทะมงคล. (2560). การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.
3. เพิ่มศักดิ์ สุเมขศรี และคณะ. (2560). ก้าวไปด้วยกันเพื่อการบริบาลปรักำเนิด 4.0. สมาคมเวชศาสตร์ปรักำเนิดแห่งประเทศไทย. บริษัท ยูเนียน ครีเอชั่น จำกัด.
4. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2563). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์อัสสัมชัญ.
5. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2558). การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ RTCOG ClinicalPractice Guideline Management of Preeclampsia and Eclampsia.
6. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). การดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Report of the American college of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*; 122 (5): 1122-31.

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดลดขนาด
กระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดีโอ

Case study: Nursing obese patients receiving systemic anesthesia for gastric reduction surgery
with a video camera.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

จันทนา สาทกลาง¹
Jantana Satklang¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนในการให้ยาระงับความรู้สึกชนิด
ทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดีโอ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกาย(BMI)
มากกว่า 40 Kg/M² ซึ่งเป็นเคสแรกของโรงพยาบาลปากช่องนานา ระหว่างวันที่ 24 -30 กันยายน 2566 จำนวน 1 ราย

ผลการศึกษา พบว่า หญิงไทยอายุ 30 ปี แพทย์นัดมาผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดีโอ แพทย์วินิจฉัย Morbid
Obesity with OSA with Hypertension ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร (Laparoscopic sleeve gastrectomy)
ใช้วิธีให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ก่อนเริ่มดมยาสลบพบความดันโลหิตสูงได้รับยา Labetalol 15 mg ทางหลอดเลือดดำ มีความเสี่ยง
ในเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ขณะนำสลบช่วยหายใจได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วยและสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้โดยวิธี Video
Laryngoscope ขณะผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ หลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นมีอาการปวดแผลผ่าตัดมาก
หลังจากแก้ไขปัญหาลดลงส่งกลับดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1วัน มีปัญหา ปวดแผล แก้ไขปัญหาลดลง และย้ายไปยังหอ
ผู้ป่วยศัลยกรรม 5 วันรวมระยะเวลาการรักษา 6 วัน จากการให้การพยาบาลโดยการวางแผนการพยาบาลทางวิสัญญีทั้งในระยะก่อนผ่าตัด
ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้งการติดต่อประสานงานกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้

คำสำคัญ การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย , โรคอ้วน , การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดีโอ

Abstract

This study was case study aimed to guide the nursing care of obese patients in the administration of systemic
anesthesia for gastric reduction surgery with a video camera. The study model was a case study of obesity patients with
a greater BMI. 40 Kg/M² the first case of Pakchong Nana Hospital during 24-30 September 2023

The results of the study found that 30-year-old Thai woman, doctor appointment for gastric reduction surgery
with video camera Doctor Diagnosis Morbid Obesity with OSA with Hypertension was treated by laparoscopic sleeve
gastrectomy. There is a risk of difficulty intubating. During anaesthesia, ventilation can be done using an assistive device
and intubation can be done by video laryngoscope. After surgery at the recovery room, there was a lot of pain in the
surgical wound. After solving the problem until it is safe, send it to the surgical intensive care unit for 1 day. Troubled,
wound pain. The problem was resolved and transferred to the surgical ward for 5 days for a total of 6 days of treatment.
This includes liaising with wards to plan ongoing care. As a result, the patient's condition improves. Without serious
complications, can return to daily life.

Keywords: systemic anesthesia, obesity, gastric reduction surgery with a video camera

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลปากช่องนานา

บทนำ

อุบัติการณ์โรคอ้วน (Obesity) มีภาวะน้ำหนักมากกว่ามาตรฐานค่าดัชนีมวลกาย Body mass index (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 Kg/m² ในประเทศไทย ภาพรวมทั้งประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้น มีผู้ป่วยด้วยโรคอ้วนกว่า 20 ล้านคนจากประชากรทั้งหมด ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562- 2563 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีภาวะอ้วน ร้อยละ 42.2 และอ้วนลงพุง ร้อยละ 39.4 นำมาซึ่งความเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases : NCDs) ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มะเร็ง รวมถึงโรกระบบทางเดินหายใจ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โรคข้อเสื่อม ความพร่องทางภาวะจิตใจและสังคม เมื่อภาวะอ้วนมาคู่กับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการรักษาโรคอ้วนโดยวิธีอื่นไม่ได้ผล การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกหนึ่งในการแก้ไขภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคอ้วนที่ต้องมาผ่าตัดและให้บริการทางวิสัญญี ทั้งหมด 631 ราย ในผู้ป่วยทั้งหมด 4622 ราย และเดือนกันยายน เริ่มมีการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์เป็นเคสแรกของโรงพยาบาลปากช่องนานา จนถึงปัจจุบันมีทั้งหมด 3 ราย

การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์โดยการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วยจึงมีความยุ่งยากซับซ้อนมากทั้งจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก พยาบาลวิสัญญีจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทุกกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลจัดทำเพื่อระงับความรู้สึกและการ

ป้องกันอุบัติเหตุการได้รับบาดเจ็บต่ออวัยวะของผู้ป่วย ขณะหลับ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด การดูแลต่อที่ห้องพักฟื้น การส่งต่ออาการผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดรวมถึงการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา การพยาบาล ผู้ป่วยโรคอ้วนในการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์
2. นำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนในการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 30 ปี เข้ารับการรักษาวันที่ 24 กันยายน พ.ศ.2566

อาการสำคัญ มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน Case Morbid obesity น้ำหนัก 120 kg. สูง 164 cm.(BMI =44.62kg/m²) 5 เดือนก่อน มาตรวจเพื่อปรึกษาเรื่องการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร มีประวัตินอนกรน แต่ยังไม่ประวัติหยุดหายใจขณะนอนหลับ เหนื่อยง่าย มีปัญหาทอนซิลอักเสบบ่อยเกือบทุกเดือน ทำการลดน้ำหนักมาแล้วหลายวิธีแต่ไม่ได้ผล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว Hypertension on ยา Nifedipine (20mg.) 1x1, Enalapril (20mg.) 1x1 per oral OD

ปฏิเสธแพ้ยา ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน ประวัติครอบครัวไม่มีใครผ่าตัดมสลบ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่

การประเมินสภาพร่างกาย

-ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ
สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 °c ชีพจร 76 ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/69
mmHg. SpO2 98 %

Physical Examination

General Appearance : Thai female ,looking well,
cooperative

Skin: Not pale ,no abnormal pigmentation

Head& Neck : Normal shape , symmetry , no
mass and lesion

Eye: Normal eye movement , no ptosis,
conjunctiva not pale

Ears: Normal hearing , no abnormal looking

Nose: symmetrical , no septal deviation

Mouth & Thorat : No oral ulcer ,tonsil not
enlargement ,Malampati class II

Respiratory system : Normal chest contour ,
normal breath sound

Cardiovascular system : Regular pulsation ,
normal S1S2 ,no murmur

Abdomen: Fatty contour , Active bowel sound

Extremity: No pitting edema ,Motor power
extremity grade 5

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 9,860 u/L ,
HCT 42.9% , Hb 13.9 g/dl , PLT 371,000 u/L
BUN 15.2 mg/L , Cr 1.0 mg/dl , K 4.1 mmol/L, NA
138 mmol/L , Cl 103 mmol/L , Co2 23 mmol/L
Total protein 8.2 g/dl , Albumin 4.2 g/dl ,Direct
Bilirubin 0.10 Total Bilirubin 0.65 mg/dl ,SGOT 19
U/L, SGPT 22 U/L ,Alkaline phosphatase 69 U/L

- Chest X ray : No infiltration , NO
cardiomegaly , EKG : Normal sinus rhythm

- Echocardiogram : Normal LA and LV
size,normal IV systolic function(LEVF 87) no
significant VHD

-Sleep test : AHI 32.1 Lowest Oxygen
saturation : 83% (sever obstructive sleep apnea
with moderate desaturation) กำลัง On CPAP

การวินิจฉัย : Morbid obesity with Hypertension
with obstructive sleep apnea

ASA classification III : Morbid obesity ,
Hypertension , obstructive sleep apnea

**แพทย์พิจารณาผ่าตัด Laparoscopic sleeve
Gastrectomy**

การรักษาที่ได้รับก่อนมาผ่าตัด 0.9% NSS 1000 ml
rate 80 ml / hr , Enoxaparin 60 mg. SC 20.00 น.
prophylaxis DVT และPE ,Enalapril 20 mg. 1 tab
และ Nifedipine 20mg. 1 tab oral เข้าก่อนมาผ่าตัด

ขณะผ่าตัดและระงับความรู้สึก

แรกรับที่ห้องผ่าตัดผู้ป่วย สัญญาณชีพ ชีพจร 76
ครั้ง/นาที SpO₂ 96% room air ความดันโลหิตสูง
205/164 mmHg ได้รับยา Labetalol 15 mg. IV หลัง
ให้ยา วัดความดันโลหิตซ้ำ 155/90 mmHg. ได้รับการ
ให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (general
anesthesia with balance anesthesia) จัดท่านอน
Ramp position ในการ

ใส่ท่อช่วยหายใจได้ โดยใช้ Video Laryngoscope จัด
ท่าผ่าตัดในท่ากึ่งยืน เอียงเตียงประมาณ 45 องศา ดูแล
จัดท่ายึดตรึงตัวผู้ป่วย ใช้อุปกรณ์ support ร่างกาย
และป้องกันอุบัติเหตุ นำเครื่อง Sequential
compressive device (SCD)มาใช้เพื่อป้องกัน Deep
vein thrombosis บริเวณขา และ Pulmonary
embolism ให้ยา Augmentin 1.2 gm. IV ก่อนการ
ผ่าตัด ไม่มีปัญหาระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก
สัญญาณชีพ stable ใช้เวลาในการผ่าตัดและให้ยา
ระงับความรู้สึก 2 ชั่วโมง 45 นาที ได้ Crystalloid
isotonic solution total 800 มิลลิลิตร perioperative
blood loss 10 มิลลิลิตร urine output total 180
มิลลิลิตร หลังเสร็จผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้
ย้ายผู้ป่วยมายังห้องพักรักษา โดยมีการใช้เครื่องวัด

ออกซิเจนปลายนิ้ว Observe ภาวะพร่องออกซิเจน
ระหว่างนำส่งมายังห้องพักรักษา

การดูแลระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องพักรักษา

ผู้ป่วยตื่นเมื่อเรียกในช่วงแรก หายใจได้เองให้ออกซิเจน canular 3 L/M ค่า SpO₂ 96-99% จัดทำนอนหงายศีรษะสูง 30° มีอาการปวดแผลมาก Pain score 10 คะแนน ให้ยา Fentanyl 25 mcg. IV คลื่นไส้ ให้ยา Ondansetron 8 mg. IV หลังให้ยาประเมินอาการซ้ำยังไม่ทุเลา รายงานแพทย์ให้ Pethidine 50 mg. IV หลังให้อีก 5 นาที ยังไม่ทุเลาให้ Paracetamol 1 gm. IV drip หลังให้ยาผู้ป่วยปวดทุเลาจนพักได้ อีก 15 นาทีต่อมา ประเมินอีกครั้ง Pain score 8 คะแนน รายงานแพทย์วิสัญญีให้ Dynastat 40 mg .IV ประเมินอาการซ้ำ 15 นาที pain score 7 คะแนน ให้ Morphine 8 mg. IV และอีก 15 นาที Pain score 5 คะแนน ให้ Morphine 8 mg ตามแผนการรักษา และ

Metoclopramid 10 mg. IV ป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังจากได้รับยาแก้ปวดประเมินอาการซ้ำ Pain score 3 คะแนน ปวดทุเลาลง ดูแลต่อเนื่องที่ห้องพักรักษา 2 ชั่วโมง 15 นาที ประเมินตามเกณฑ์ห้องพักรักษา Modified Aldrete's Recovery score เท่ากับ 10 ความดันโลหิต 144/95 mm/Hg. ชีพจร 79 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO₂ 98 % ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอไม่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ จึงไม่ได้ On CPAP ท้องอืดเล็กน้อย แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ได้รับสารน้ำ Acetar 550 ml. urine output total 420 ml. ไม่มีอาการหนาวสั่น ไม่คลื่นไส้อาเจียน ประสานส่งกลับดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ให้ On O₂ canular 3 L/M ระหว่างนำส่ง

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก

ตารางที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่ากลัวและกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เพราะยังไม่เคยผ่าตัดและดมยาสลบมาก่อน</p> <p>O : จากการสังเกตผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ขณะพูดคุยด้วย</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล พร้อมการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลและซักถามในสิ่งที่สงสัยพร้อมทั้งรับฟังปัญหาความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้คำพูดและท่าทางการแสดงออกที่นุ่มนวลเป็นมิตร 2.อธิบายถึงการผ่าตัดโดยการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยจะหลับขณะผ่าตัด มีพยาบาลวิสัญญีดูแลอย่างใกล้ชิด 3.อธิบายถึงความพร้อมของทีมผ่าตัดและทีมวิสัญญี ที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อมารับการผ่าตัด แจ้งขั้นตอนเมื่อมาถึงห้องผ่าตัด การเตรียมให้ยาระงับความรู้สึก ผลดีของการผ่าตัดและตำแหน่งของแผลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก 4.อธิบายถึงการประเมินความปวดหลังผ่าตัดและการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด 5.หลังผ่าตัดจะย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องยังหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดและประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เมื่ออาการปลอดภัยแล้วจะย้ายกลับหอผู้ป่วยดังเดิม <p>การประเมินผลการพยาบาล (ประเมินวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2566)</p> <p>ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น เข้าใจและยอมรับการผ่าตัด มีญาติคอยดูแลทำให้มีกำลังใจที่จะมาผ่าตัด ในคืนก่อนมาผ่าตัดผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้</p>
<p>การพยาบาลผู้ป่วยระยะขณะผ่าตัดและระงับความรู้สึก</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตที่สูง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.พูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อให้ผู้ป่วยลดอาการตื่นเต้น 2.พิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตก่อนการนำสลบ Labetalol 15 mg. IV 3. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่กระตุ้น Sympathetic เช่น Ketamine นำสลบโดยการให้ยา Propofol, Etomidat

ตารางที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่าตื่นเต้นเมื่อเข้ามาในห้องผ่าตัด</p> <p>O : ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตก่อนการนำสลบ 205/164 mmHg</p> <p>วัตถุประสงค์ ป้องกันไม่ให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อยู่ในช่วง 20 % ของค่า Mean arterial pressure</p> <p>2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงขณะผ่าตัด</p>	<p>4. ใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Succinylcholine ทำให้กล้ามเนื้อหยาบตัวเต็มที่ ลดการตอบสนองของอัตราการเต้นของหัวใจและความดันเลือด ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความนุ่มนวล ลดการกระตุ้น reflex ทางเดินหายใจ</p> <p>5.ปรับความเข้มข้นของยาดมสลบให้เพียงพอ โดยไม่ให้ขนาดสูงหรือต่ำเกินไป</p> <p>6.วัดสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที หรือมีการเปลี่ยนแปลง วัด SpO2 ตลอดเวลา ใช้ cuff BP ที่เหมาะสม</p> <p>7.สังเกตภาวะผิดปกติที่ทำให้ความดันโลหิตสูง Hypercarbia ,Hypoxemia , Pain</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ก่อนระงับนำสลบ ความดันโลหิต 205/164 mmHg. ให้ยา Labetalol 15 mg. IV เพื่อลดความดัน หลังให้ยา ความดันโลหิต 155/90 mmHg.สามารถเริ่มให้ยานำสลบได้ โดยใช้ยา Propofol 200 mg. Intubation ด้วยSuccinylcholine 125 mg.หลัง Intubation ความดันโลหิต 130/85 mmHg ชีพจร 92 ครั้ง/นาที เพิ่มความเข้มข้นของยาดมสลบ Desflurane ให้ยา Fentanyl ตลอดการผ่าตัด 125 mcg. ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง110/60-140/90 mmHg. SpO2 95-98%</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะ Difficult airway</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการขณะหลับมีอาการนอนกรนบ่อย</p> <p>O : ผู้ป่วย มีภาวะ Morbid obesity , OSA ม BMI 44.62 kg/ m² Malampati class II</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.สัญญาณชีพความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ SpO₂ 95-100% , SaO₂ ≥ 95 %</p> <p>2.มีอาการแสดงของภาวะไม่พร่องออกซิเจนได้แก่ สีผิว ปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ตรวจสอบเครื่องมือยาสลบและอุปกรณ์ช่วยหายใจให้พร้อมใช้ เช่น Stylet , Blade ชนิดต่างๆ ,Video Laryngoscope , LMA , Fiberoptic,ท่อช่วยหายใจขนาดต่างๆ, สายSuction, oral airway , nasal airway, หน้ากากช่วยหายใจขนาดที่เหมาะสม Monitoring ต่างๆ</p> <p>2. เตรียมทีมสำหรับการช่วยเหลือหากเกิดการใส่ท่อช่วยหายใจยากเกิดขึ้น</p> <p>3. อธิบายทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงโอกาสที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจขณะนี้</p> <p>4. จัดท่านอน Ramp position</p> <p>5.Preoxygenation ด้วยการสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก 6 ลิตรต่อนาที นาน 3 - 5 นาที เพื่อป้องกันภาวะ desaturation ขณะให้การระงับความรู้สึก ใส่ท่อช่วยหายใจแบบ Rapid sequenced induction ด้วย Succinylcholine ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจให้อยู่ในที่หลอดลมประเมินการทำงานของ ETCO₂ เพื่อให้แน่ใจว่าท่อช่วยหายใจอยู่ในหลอดลมตลอดเวลา</p> <p>6.เฝ้าระวังการทำงานของเครื่องดมยาสลบ, ดูแลช่วยหายใจขณะให้การระงับความรู้สึก โดยยึดหลัก lung protective ventilation ได้แก่ Tidal volume 6 ml/kg , Respiratory rate 12 /min , PEEP 5 cmH₂O , I:E = 1:2 , FIO₂ = 0.5 ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหายใจ ไม่ให้อุดตัน เลื่อนหลุด พับงอ หากพบว่ามีสารคัดหลังหรืออุดกั้น ควรจัดการ suction clear airway เพื่อให้ช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย</p> <p>7. ประเมินสัญญาณชีพและลงบันทึก ทุก 5 นาที ทำการถอดท่อช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยตื่นดี</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ด้วย Video Laryngoscope สัญญาณชีพ ชีพจร 92ครั้ง/นาที SpO₂ 95-98% ความดันโลหิต 130/85 mmHg.ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน อาการแสดงของภาวะ cyanosis , สีผิว ปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสร่องออกซิเจนและสูดสำลักน้ำย่อยเข้าปอด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน o : ผู้ป่วย มีภาวะ Morbid obesity , OSA BMI 44.62 kg/ m² SpO₂ 96 %</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ตรวจสอบระยะเวลางดน้ำงดอาหารครบ 8 ชั่วโมง ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>2. เตรียมอุปกรณ์ดูตมเหมาะให้พร้อม Monitoring ต่างๆ NIBP SpO₂ ETCO₂</p> <p>3.ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 % นาน 5 นาทีทางหน้ากากช่วยหายใจและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจที่เหมาะสมใส่ท่อช่วยหายใจแบบ Rapid sequenced induction with cricoid pressure ด้วย Succinylcholine</p> <p>4. จัดท่านอน Ramp position ในการใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>5. ให้ยา Opioid Fentanyl เพราะทำให้คลื่นไส้อาเจียนน้อย ให้ยา Ondansetron Metoclopramide</p>

ตารางที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันการสำลักน้ำและอาหารเข้าปอด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. สัญญาณชีพความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ SpO₂ 95-100%, SaO₂ ≥ 95 %</p> <p>2. มีอาการแสดงของภาวะไม่พร้อมออกซิเจนได้แก่ สีผิว ปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว</p>	<p>6. ประเมินสัญญาณชีพและลงบันทึก ทุก 5 นาที เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ทำการถอดท่อช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยตื่นดี มี airway reflex ที่ดี</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยไม่มีการสำลักน้ำย่อยเข้าปอด Lung clear สัญญาณชีพ ชีพจร 92ครั้ง/นาที SpO₂ 95-98% ความดันโลหิต 130/85 mmHg.ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน อาการแสดงของภาวะ cyanosis , สีผิว ปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจและภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งจากการผ่าตัดด้วยกล้องวีดีทัศน์</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน s : ผู้ป่วยบอกว่าผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวีดีทัศน์</p> <p>o : แพทย์ set ผ่าตัด Laparoscopic sleeve Gastrectomy under GA ,มีภาวะ Morbid obesity</p> <p>วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจของผู้ป่วย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.สัญญาณชีพความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ SpO₂ 95-100% , ETCO₂ <40mmHg</p> <p>2..ไม่มีภาวะ Gas embolism Pneumothorax , Pneumomediastinum , Pneumopericardium , subcutaneous emphysema</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที</p> <p>2.เฝ้าระวังการเพิ่มสูงขึ้นของCO2 ปรับเพิ่ม อัตราการหายใจมากกว่าเพิ่ม Tidal volume , airway pressure < 30 cmH₂O, ETCO₂ <40mmHg</p> <p>3.ติดตาม pressure ในท้องให้อยู่ในช่วง 15-20 mmHg หากมีค่าเกินแจ้งทีมผ่าตัดและช่วยหายใจขณะให้การระงับความรู้สึก โดยยึดหลัก lung protective ventilation ได้แก่ Tidal volume 6 ml/kg , Respiratory rate 12 /min , PEEP 5 cmH₂O , I:E = 1:2 , FiO₂ = 0.5 ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหายใจไม่ให้หลุดตัน เลื่อนหลอด พับจอ</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ระหว่างผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/55-150/70mmHg. SpO₂ 95-98%, Airway pressure 24-26 cmH₂O, ETCO₂ 31-36 mmHg</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่5 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและระบบประสาทจากการจัดท่านอนศีรษะสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน s : แพทย์แจ้งว่าต้องนอน ผ่าตัดศีรษะสูง 45 °</p> <p>O: ผู้ป่วย มีภาวะ Morbid obesity , OSA BMI 44.62 kg/ m²</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ช่วยดูแลจัดทำท่าการผ่าตัดหาอุปกรณ์ช่วยรัดตรึงผู้ป่วยกับเตียงผ่าตัดอย่างดีเพื่อป้องกันการเลื่อนตัวของผู้ป่วย จัดทีมที่มีส่วนร่วมในการผ่าตัดมาช่วยจัดทำเนื่องจากผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมาก</p> <p>2.ใช้ผ้าหรือวัสดุที่มีความยืดหยุ่นอ่อนนุ่มในการ support ตามข้อต่อและปุ่มกระดูกต่างๆ</p> <p>3.หลังผ่าตัดเสร็จประเมินรูปร่างกายผู้ป่วย ผิวหนังมีร่องรอยบาดแผล</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ระหว่างผ่าตัดไม่พบว่ามีอวัยวะส่วนใดตกจากเตียงผ่าตัด หลังตื่นจากยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยไม่มีอาการชา แขนและขา ตามลำตัวไม่มีแผลรอยแดง</p>

ตารางที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>วัตถุประสงค์ เพื่อไม่เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและระบบประสาท ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกจากเตียงผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอวัยวะส่วนใดตกหล่นจากเตียง หลังผ่าตัดเสร็จไม่มีอาการชาแขนขา ไม่เกิดแผลกดทับตามร่างกาย</p>	
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันทุกระยะของการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S :ผู้ป่วยบอกรู้สึกประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง</p> <p>o : ผู้ป่วย มีภาวะ Morbid obesity , OSA BMI 44.62 kg/ m² ตัด Laparoscopic sleeve Gastrectomy ใช้เวลาในการผ่าตัดเกิน 45 นาที</p> <p>วัตถุประสงค์ ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพระบบไหลเวียนเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.มีการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดลิ่มเลือดอุดตันตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจากคัลยแพทย์ ให้ Enoxaparin 60 mg. SC 20.00 น. prophylaxis DVT และPE ก่อนมาผ่าตัด 12 ชั่วโมง 2.นำเครื่อง Sequential compressive device (SCD)มาใช้เพื่อป้องกัน Deep vein thrombosis บริเวณขา และ Pulmonary embolism ต่อเนื่องทั้งขณะผ่าตัด ห้องพักฟื้น และในหอผู้ป่วย 3. ติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ได้แก่ NIBP SpO₂ EKG ETCO₂ Airway pressure 4. ประเมินภาวะ Pulmonary embolism ภาวะพร่องออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว ETCO₂ ลดลง 5. แจ้งวิสัญญีแพทย์ คัลยแพทย์และทีมผ่าตัดหากพบความเสี่ยงที่เกิดขึ้น 6. หยุดการผ่าตัด ให้ออกซิเจน 100 % กรณีเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นให้การช่วยฟื้นคืนชีพ 7. ช่วงพักฟื้นที่หอผู้ป่วย กระตุ้นแนะนำผู้ป่วยให้มี Early ambulation เพื่อให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว ระบบการทำงานของลำไส้กลับมาทำงานได้เร็วขึ้น <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยไม่พบภาวะ Deep Vein Thrombosisและ Pulmonary embolism ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/55-150/70mmHg. SpO₂ 95-98%, Airway pressure 24-26 cmH₂O, ETCO₂ 31-36 mmHg</p>
<p>การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึก</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน o : ผู้ป่วย มีภาวะ Morbid obesity , OSA BMI 44.62 kg/ m² , Sleep test : AHI 32.1 On CPAP ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย SpO₂ 96 % หายใจตื่นทรงอกขยายตัวได้น้อย</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ไอและขับเสมหะออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ SpO₂ 95-100% ไม่มีภาวะ cyanosis</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปลุกเรียกผู้ป่วยให้รู้สึกตัว แจ้งให้ทราบว่าผ่าตัดเสร็จแล้วและอยู่ที่ห้องพักฟื้น 2. จัดท่านอนให้นอนศีรษะสูง 45 ° ตะแคงหน้าเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง 3. ให้ออกซิเจน Canular 3L/M สังเกตการหายใจ หากมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ให้ on CPAP ต่อ 4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ดูแลอย่างใกล้ชิด 5. สังเกตสีผิว ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ 6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการไอ เพื่อขับเสมหะ <p>การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพอสม่ำเสมอ ทรงอกขยายขึ้นลงได้ดี หายใจ 20 ครั้ง/ นาที SpO₂ 96-99 % ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/50-167/91 mmHg ไม่มี cyanosis</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลมาก</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรุนแรงของอาการปวดแผล โดยใช้มาตรวัด Numerical rating scale ตั้งแต่ 0–10 คะแนน 2. ให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่เหมาะสม จัดให้นอนในท่าศีรษะสูง (fowler's position) เพราะทำให้บริเวณคอหอยอ่อนตัว เป็นการลดการดึงของแผล ช่วยบรรเทาอาการปวดแผล

ตารางที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>O: Laparoscopic sleeve Gastrectomy สัญญาณชีพ ชีพจร 70-80 ครั้ง / นาที , อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที , SpO₂ 96-99% , ความดันโลหิต 109/57-167/91 mmHg</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสุขสบาย ปวดแผลผ่าตัดน้อยลง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางสดชื่น นอนหลับพักผ่อนได้ , Pain score < 3 คะแนน</p> <p>2.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ, ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg, SpO₂ 95 - 100%</p>	<p>3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดตามดูแลแผนการรักษา และสังเกตอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ง่วงซึม รายงานแพทย์หากอาการไม่ดีขึ้น</p> <p>4. มีการเฝ้าระวังการง่วงซึมของผู้ป่วย โดยใช้ sedation score</p> <p>5. มีการสังเกตบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ทุก 15 นาที</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วย sedation score 0-1 , Pain score = 10 คะแนนดูแลให้ยา Fentanyl 25 mcg. IV คลื่นไส้ให้ยา Ondansetron 8 mg. IV หลังให้ยาประเมินอาการซ้ำยังไม่ทุเลา รายงานแพทย์ให้ Pethidine 50 mg. IV หลังให้อีก 5 นาที ยังไม่ทุเลาให้ Paracetamol 1 gm. IV drip หลังให้ยาผู้ป่วยปวดทุเลาจนนอนพักได้ อีก 15 นาทีต่อมา ประเมินอีกครั้ง Pain score 8 คะแนน รายงานแพทย์วิธีสัญญาณให้ Dynastat 40 mg. IV ประเมินอาการซ้ำ 15 นาที pain score 7 คะแนน ให้ Morphine 8 mg. IV และอีก 15 นาที Pain score 5 คะแนน ให้ Morphine 8 mg ตามแผนการรักษา และ Metoclopramid 10 mg. IV ป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียน หลังจากได้รับยาแก้ปวดประเมินอาการซ้ำ Pain score 3 คะแนน ปวดทุเลาลง ดูแลต่อเนื่องที่ห้องพักฟื้น 2 ชั่วโมง 15 นาที ประเมินตามเกณฑ์ห้องพักฟื้น Modified Aldrete's Recovery score เท่ากับ 10 ความดันโลหิต 144/95 mmHg, ชีพจร 79 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO₂ 98 %</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะคลื่นไส้อาเจียน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่าคลื่นไส้</p> <p>O: ผู้ป่วยผ่าตัด Laparoscopic sleeve Gastrectomy โดยใช้กล้องวีดีทัศน์ส่องผ่านทางหน้าท้อง มีการใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าทางช่องท้อง</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการคลื่นไส้อาเจียน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน สีหน้าสดชื่น</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 ° เพื่อลดความดันในช่องท้อง</p> <p>2. จัดให้นอนตะแคงหน้าด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อลดการสำลักน้ำย่อยเข้าปอด ขณะอาเจียน</p> <p>3. ให้อาการคลื่นไส้อาเจียน Ondansetron 8 mg. และ Metoclopramid 10 mg IV ตามแผนการรักษา</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ แต่ไม่อาเจียน หลังจากจัดท่านอนและให้ยาแล้ว อาการทุเลาลง นอนพักได้</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด Laparoscopic sleeve Gastrectomy</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยสอบถามเรื่องการรับประทานอาหาร</p> <p>O: ผู้ป่วยผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจหลังผ่าตัด มีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน</p>	<p>1. อธิบายถึงการปรับอาหารในชีวิตประจำวัน เนื่องจากกระเพาะอาหารมีขนาดลดลง การดูดซึมลดลง ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าเดิม จะรู้สึกไม่ค่อยหิว จากการผ่าตัดทำให้ฮอร์โมนที่ทำให้รู้สึกหิวลดลง มีฮอร์โมนที่ทำให้รู้สึกอิ่มมากขึ้น</p> <p>2. อธิบายถึงความจำเป็นในการดูแลตนเองเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ต้องมีความตั้งใจทำสม่ำเสมอ ให้น้ำหนักกลับคืนมา</p> <p>3. แนะนำการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด วันแรกหลังผ่าตัดทานได้เฉพาะน้ำซุพ หรือน้ำผลไม้ ครั้งละประมาณ 30 ml. ดื่มน้ำให้ได้ 1,500 -2,000 ml./วัน ป้องกันไม่ให้เกิดนิ่วในไตและขาดสารน้ำ ในการเคี้ยวอาหาร ให้เคี้ยว 15 ครั้ง/คำ 2 สัปดาห์ รับประทานอาหารที่ต้องบดละเอียด ควรมิโปรตีนสูง เพื่อสร้างกล้ามเนื้อ ทานครั้งละ 30 ml. มีผักในทุกมื้อผักให้พลังงานต่ำมีไฟเบอร์ เกลือแร่และวิตามิน</p> <p>4. แนะนำไม่ให้อยกของหนัก ไม่ออกแรงหักโหม อย่างน้อย 6 สัปดาห์ หลังผ่าตัด</p> <p>5. มีการประสานสหสาขาวิชาชีพมาช่วยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจในการปฏิบัติตัว มีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน</p>

อภิปรายผล

จากการให้การพยาบาลทางวิสัญญีทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก^{1,2} ผู้ป่วยพักฟื้นตัวอยู่ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1 วัน หอผู้ป่วยผู้ป่วยศัลยกรรม 5 วันรวมระยะเวลาการรักษา 6 วัน มีปัญหาในระยะก่อนนำสลบผู้ป่วยตื่นเต้นขณะเข้าห้องผ่าตัด มีความดันโลหิตสูง ได้รับยาช่วยลดความดันจนสามารถให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัดได้ ภาวะ Difficult airway สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ระหว่างผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและการผ่าตัด มีปัญหาปวดแผลมากหลังผ่าตัดที่ห้องพักรักษาได้รับการแก้ไข control pain จนอาการดีขึ้นได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 30 กันยายน 2566 นัดติดตามผลการรักษา 5 วัน จากการศึกษาการพยาบาลโรคอ้วนเพื่อผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์ วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอน เผื่อระวัง

ปัญหาภาวะแทรกซ้อน ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประสานการทำงานเป็นทีม มีส่วนสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. มีแนวปฏิบัติในการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยรายโรคที่ชัดเจนและเหมาะสมและปฏิบัติตามแนวเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับบริการที่มาตรฐานตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการ

2. ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร เพื่อให้ได้มาตรฐานการพยาบาลโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานอย่างเป็นระบบ

3. ควรมีการถ่ายทอดความรู้เตรียมอุปกรณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ผ่าตัดลดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์ ถ่ายรูปการจดทำที่ถูกต้อง ให้เป็นแนวทางสำหรับวิสัญญีพยาบาลที่ยังไม่เคยให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดชนิดนี้และเป็นแนวทางปฐมนิเทศวิสัญญีพยาบาลใหม่

เอกสารอ้างอิง

- เบญจรัตน์ หยกอุบล, นรุตม์ เรือนอนุกุล, อรัญญา รอดอนันต์, และงามจิตร์ ภักดิ์วิทย์.(2564). วิสัญญีมีภูมิ. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย,2564
- จิตติมา ชินะโชติ, แสงโสม ปรียะวรารักษ์, และธารทิพย์ ประณูพรพา.(2541)., วิสัญญีวิทยาระดับพื้นฐาน.(พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพฯ:พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
- เยาวลักษณ์ หอมวิเศษวงศา, จิราภรณ์ ชวนรัมย์, และศิริวรรณ อาจบุราย.(2563).การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก(รายงานการวิจัย).วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์,543-554.สืบค้นจาก<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/248111>
- สุริยะ พันธุ์ชัย.(2556) การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด(Bariatric Surgery)(รายงานการวิจัย).ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, การประชุมวิชาการ ครั้งที่29 ,2556 สืบค้นจาก http://202.28.95.4/library/main/eproceeding/Sym_116_126.pdf
- กัธร ยลสุริย์นวงศ์, ชนิดของการผ่าตัดโรคอ้วน(Bariatric Surgery).โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สืบค้นจาก <https://secoms.medicine.psu.ac.th/Information1.php?S=37>
- โครงการสุขภาพคนไทย.2557.ตัวชี้วัด“โรคอ้วน”สุขภาพคนไทยไทย 2557 (หน้า6-32).นครปฐม: สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มาใช้บริการที่ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

Process of enhancing understanding for parents in caring for thalassemia patients who
are children who come to receive services at the out-patient department (OPD),
children, Nakhon Pathom Center Hospital.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ธิดา ชื่นชม¹

Thida Chuen Chom¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นธาลัสซีเมียก่อนและหลังได้รับกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566รวม 4 เดือนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จำนวน 27 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G Power เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ได้แก่ แบบวัดความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วย และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) และสถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า ความเข้าใจของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กหลังดำเนินการกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก โดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนดำเนินการ และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <.05)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจ

ABSTRACT

This research was action research aimed to study the compare parents understanding of caring for children with thalassemia before and after receiving the process of enhancing their understanding of caring for children with thalassemia. The study period is between July 2023 and October 2023, a total of 4 months. The sample consisted of 27 caregivers of child thalassemia patients who received services at the Outpatient Department (OPD), Nakhon Pathom Regional Hospital. The sample size was calculated using the G Power program. Data were collected using a measure of parents' understanding of the process of enhancing understanding in caring for child thalassemia patients, namely the knowledge test. Assessment of parents' practices in caring for patients and health records for child thalassemia patients. Data analysis using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation (Standard deviation, SD) and inferential statistics in data analysis such as Dependent t – test.

The results of the study found that Parents' understanding of caring for child thalassemia patients after conducting a process to enhance understanding in caring for child thalassemia patients. Overall and each aspect was higher than before the process. And when comparing parents' understanding of the process of enhancing understanding in caring for child thalassemia patients. Before and after the process, it was found that there was a statistical significant difference at the .05 level (p-value < .05).

Keywords: Pediatric thalassemia patients, understanding process

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐม

บทนำ

โรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยมากที่สุดในโลก ในประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และประเทศไทย¹ เป็นปัญหาที่สำคัญทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม และเป็นปัญหาที่ยากต่อการบริหารจัดการเนื่องจากมีลักษณะของโรคที่ซับซ้อนยากต่อการเข้าใจทั้งในบุคลากรทางการแพทย์และในประชาชนทั่วไป เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการสังเคราะห์ฮีโมโกลบินซึ่งเป็นโปรตีนสำคัญในเม็ดเลือดแดง โดยเป็นตัวนำออกซิเจนจากปอดไปยังอวัยวะต่างๆทั่วร่างกายและนำคาร์บอนไดออกไซด์มาส่งที่ปอด ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีฮีโมโกลบินที่ผิดปกติทำให้สร้างโปรตีนโกลบินไม่ได้หรือสร้างได้น้อยลงเม็ดเลือดแดงจึงเกิดพยาธิสภาพ ขาดความยืดหยุ่นและถูกม้ามจับทำลาย ผู้ป่วยที่เป็นโรคธาลัสซีเมียมีอาการโลหิตจางมาแต่กำเนิดและตาเหลือง ถ้าเป็นมากจะเติบโตไม่สมอายุ ยีนธาลัสซีเมียมีลักษณะเป็นยีนด้อย (recessive gene) ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียจะตองมียีนธาลัสซีเมียที่ตำแหน่งเดียวกัน (locus) 2 ยีน ในขณะที่ผู้ที่มียีนธาลัสซีเมียและยีนปกติอย่างละ 1 ยีน จะเรียกว่า ผู้ที่เป็นพาหะ (trait, carrier, heterozygote) โดยผู้ที่เป็นพาหะจะไม่แสดงอาการใดๆของโรค ในปัจจุบันมีประชากรไทยจำนวนมากที่เป็น พาหะซึ่งมียีนผิดปกติดังกล่าวแฝงอยู่ จึงทำให้พบผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ (interaction) ของยีนเหล่านี้ได้หลายชนิด โดยหากจำแนกชนิดของโรคธาลัสซีเมียตามความผิดปกติของยีน (genetic classification)²

อาการทางคลินิกที่พบในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ได้แก่ ภาวะซีด ผอม การเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ภาวะดีซ่าน (jaundice) และนิ่วในถุงน้ำดี (gall stone) จากการที่เม็ดเลือดแดงแตกมาก ทำให้มีการสะสมและตกตะกอนของ indirect และ direct bilirubin ในร่างกาย ม้ามโต (splenomegaly) จากการที่ม้ามต้องทำหน้าที่ในการทำลายเม็ดเลือดแดงจำนวนมาก รูปร่างของกระดูกเปลี่ยนแปลงไป

(bone change) ซึ่งเป็นผลจากการที่ร่างกายไม่สามารถสร้างเม็ดเลือดแดงตามกระบวนการปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงหันไปสร้างเม็ดเลือดแดงจากอวัยวะอื่น ๆ เช่น ตับ ไชกระดูกเหลือง เรียกว่า การเกิด extramedullary hematopoiesis ทำให้ผู้ป่วยมีตับโต มีรูปร่างกระดูกที่เปลี่ยนแปลงไป มีโครงสร้างของใบหน้าที่มีลักษณะจำเพาะ คือ มีกระดูกแกมสูงนูนออกมามาก คิ้วห่างออกจากกัน (thalassemia face)^{2,3,4}

สถานการณ์โรคธาลัสซีเมียในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดต่างๆ รวมกันมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 1 ของประชากรชาวไทย ด้วยจำนวนประชากรขณะนี้ประมาณ 63 ล้านคน จะมีจำนวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียไม่น้อยกว่า 500,000 คนทั่วประเทศ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น โรคฮีโมโกลบินเอช รองลงมาคือ โรคเบต้าธาลัสซีเมีย ชนิดมีฮีโมโกลบินอี และ โรคเบต้าธาลัสซีเมีย เมเจอร์⁵ เนื่องจากโรคเป็นโรคเรื้อรังที่มีมิติความเชื่อมโยงที่หลากหลาย เช่น การตรวจเลือดในคู่สมรส เพื่อลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคธาลัสซีเมียในทารกเกิดใหม่ เมื่อเด็กเกิดมาและมีอาการผิดปกติ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐานจากผู้เชี่ยวชาญในสถานบริการ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้เด็กที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียสูญเสียโอกาสพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการศึกษาซึ่งนับว่าเป็นพื้นฐานสำคัญของชีวิตในการสร้างอนาคตส่งผลกระทบต่อเนื่องและสภาพจิตใจของผู้ป่วย ในขณะที่ประเทศไทยที่เป็นประเทศกำลังพัฒนา แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้น้อยมีข้อจำกัดด้านการศึกษาและบริบทของสังคมที่อยู่อาศัย ทำให้ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษา การติดตามการรักษา และการดูแลรักษาตนเอง และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยการคัดกรองเพื่อควบคุมจำนวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียรายใหม่จึงมีความสำคัญ ในขณะเดียวกันการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียก็ต้อง

เพิ่มระดับหรือปรับเปลี่ยนตามบริบทของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การตรวจคัดกรองพาหะ การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐาน การใช้วิธีการดูแลรักษาแบบต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยธาลัสซีเมีย เช่น การให้เลือดการให้ยาขับเหล็ก การตัดม้าม การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด เป็นต้น¹ นอกจากนี้โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรัง โดยในการดูแลผู้ป่วย ต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงผู้ป่วยมากกว่าในฐานะของผู้ป่วย ซึ่งต้องมีกระบวนการในการดูแลเยียวยาสภาพจิตใจ ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวให้อยู่ในสังคมได้ โดยในการจัดการเกี่ยวกับปัญหา ธาลัสซีเมีย ประกอบด้วยหลักการสำคัญ คือการควบคุม ป้องกันโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ให้มีผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอาการรุนแรงเกิดขึ้น การรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียให้ได้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยคำนึงถึงสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลรักษาอย่างเท่าเทียมกัน โดยให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพดี ทั้งสุขภาพกายและใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีพึ่งตนเองได้ไม่แปลกแยกมีชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างเป็นสุข สามารถเรียนและประกอบอาชีพได้มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่าคนหนึ่ง^{1,5-8}

ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียและการดูแลเด็กที่ไม่เหมาะสมในหลายๆด้าน ซึ่งปัญหาการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียนั้น เกิดจากปัจจัยด้านการขาดความรู้และทักษะในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรักษาความสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตามแผนการรักษาไม่ว่าจะเป็น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง การสังเกตอาการผิดปกติการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้นปัจจัยด้านการขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการ

ดูแลตนเอง เนื่องจากโรคธาลัสซีเมียเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะเวลาความเจ็บป่วยที่ยาวนาน ส่งผลให้เด็กรู้สึกท้อถอย หมดกำลังใจและไม่ดูแลตนเองในที่สุดและการขาดการสนับสนุนของครอบครัวในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด ครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลเด็ก ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการดูแลตรวจตราการดูแลตนเองของเด็ก สำหรับผู้ดูแลพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การขาดความรู้ทั้งในเรื่องสาเหตุของโรค การถ่ายทอดทางพันธุกรรม การป้องกันโรค การดูแลบุตรที่เป็นโรคธาลัสซีเมียรวมทั้งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ปัจจัยด้านการขาดแรงจูงใจเนื่องจากโรคธาลัสซีเมียเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าและท้อใจ ขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพบุตรที่เหมาะสมในด้านต่างๆ จนบางครั้งละเลยการเอาใจใส่ดูแลบุตร เกิดความพร่องในการดูแลบุตรตามมา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล⁹⁻¹¹

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เกิดมาแล้วให้มีสุขภาพดีทั้งสุขภาพกายและใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีพึ่งตนเองได้ไม่แปลกแยกมีชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างเป็นสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นธาลัสซีเมียก่อนและหลังได้รับกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแล

ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาผลของกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม โดยมี 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา 2) กำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา 3) การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวทางที่กำหนด มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กไทย โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ที่มารับบริการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 27 คน ได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G Power ใช้ Test Family on t-test, Statistical test thon Mean: Difference Between Two Dependent Means (Match Paired) เลือ ก One Tail กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่า ความคลาดเคลื่อน (Alpha) – 05 และค่า Power = 8 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กสัญชาติไทย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ในโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จำแนกตามอายุแยกตามอายุ ได้แก่ น้อยกว่า 7 ปี 7-12 ปี และ 13-16 ปี 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ประกอบด้วย

1.1 วิดีโอให้ความรู้แก่ผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก โดยมีเนื้อหา 1) ความรู้เกี่ยวกับโรค (ความผิดปกติของยีนที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมประเภทของธาลัสซีเมียสาเหตุของธาลัสซีเมียและอาการของธาลัสซีเมีย) 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

1.2 แนวทางในการถามเพื่อสะท้อนปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียและวิเคราะห์แนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกันกับผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และข้อมูลทั่วไปของเด็ก ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ชนิดของกรุ๊ปเลือด ชนิดของธาลัสซีเมีย

2.2 แบบวัดความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ได้แก่ แบบวัดความรู้ของผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กโดยการเลือกตอบถูกหรือผิด แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กและแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กโดยการเลือกตอบเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

2.3 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของเด็ก ได้แก่ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง(ฮีมาโทคริต: Hematocrit; HCT)และประวัติการเจ็บป่วย

การตรวจคุณภาพเครื่องมือผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำวิดีโอให้ความรู้ คำถามสะท้อนปัญหาจากการดูแลและแบบวัดความเข้าใจของผู้ปกครองที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นให้โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Index of Item – Objective Congruence หรือ IOC). โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นดำเนินการปรับแก้เนื้อหาที่ใช้ คำผิดและไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เสร็จแล้วนำวิดีโอให้ความรู้ คำถามสะท้อนปัญหาจากการดูแล และแบบวัดความเข้าใจนั้นไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มซึ่งแบบวัดความเข้าใจ(แบบวัดความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติ) ได้ทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .813 และ .769 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา โดยศึกษาจากข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่ผ่านมา ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับบุคลากรในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลนครปฐม

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกับบุคลากรในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม โดยดำเนินกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มาใช้บริการที่แผนก

ผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ประกอบด้วย

2.1 จัดทำวิดีโอให้ความรู้แก่ผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก แบบสื่อออนไลน์ในเรื่อง 1) ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคได้แก่ ความผิดปกติของยีนที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมประเภทของโรคธาลัสซีเมียสาเหตุของโรคธาลัสซีเมียอาการของโรคธาลัสซีเมียชนิดที่มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลางอาการของโรคธาลัสซีเมียชนิดที่มีความรุนแรงสูงและการตรวจหาพาหะของโรคธาลัสซีเมีย 2) ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการดูแลรักษาทั่วไปได้แก่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ดื่มนมหรือรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูงการรับยาโฟลิก (folic acid) ในผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียทุกรายแนะนำให้ฉีดวัคซีนให้ครบตามอายุเหมือนเด็กปกติการรักษาโรคธาลัสซีเมียโดยการให้เลือด (Blood Transfusions) การรักษาโรคธาลัสซีเมียโดยการให้ยาขับธาตุเหล็ก (Chelation Therapy) การรักษาโรคธาลัสซีเมียโดยการผ่าตัดม้ามและการรักษาโรคธาลัสซีเมียโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก หรือปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Stem cells) 3) ความรู้เกี่ยวกับข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียได้แก่ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีธาตุเหล็กมาก เช่น เลือดสัตว์ ตับ ผักโขมงดียง งควิตามินที่เสริมธาตุเหล็ก และวิตามินซีงดดื่มแอลกอฮอล์ และเลิกสูบบุหรี่ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วยโฟลิก (Folic) เพื่อช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง โดยเฉพาะผักใบเขียว รับประทานผลไม้รสเปรี้ยว เช่น ฝรั่ง มะนาว เป็นต้นออกกำลังกายแบบเบาเป็นประจำ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้แรงหนักรักษาความสะอาด และอยู่ในที่อากาศโปร่ง ไม่แออัด เพื่อป้องกันการติดเชื้ออาการผิดปกติ ที่ต้องพบแพทย์ทันที

2.2 แนวทางในการถามเพื่อสะท้อนปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียและการวิเคราะห์

แนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกันกับผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวทางที่กำหนดโดย

3.1 ประเมินความรู้ของผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก และประเมินสุขภาพของผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ก่อนเริ่มดำเนินการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก

3.2 ให้ผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กควิตีโอให้ความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.3 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยสะท้อนปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียและการวิเคราะห์แนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกันกับผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

5. ติดตามประเมินความรู้ของผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก และประเมินสุขภาพของผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก หลังดำเนินการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กผ่านไป 1 เดือนหรือเมื่อมาตรวจตามนัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลลัพธ์หลัก (Primary outcome) ของการศึกษานี้คือ ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กโดยประเมินจากความรู้ของผู้ปกครองและการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก รวมทั้งผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Statistic or Process for Data Analysis) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (Standard deviation, SD) และสถิติอนุमानในการเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กก่อนและหลังดำเนินการ ได้แก่ Dependent t – test

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม โดยเลขที่รับรอง 036/2023

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จำนวน 27 คน เป็นเพศชาย 20 คน (ร้อยละ 74.07) เพศหญิง 7 คน (ร้อยละ 25.93) อายุระหว่าง 27 -50 ปี (เฉลี่ย 38.30 ปี, SD = 6.61) อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 59.26 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 15 คน (ร้อยละ 55.56) รองลงมาระดับประถมศึกษา 9 คน (ร้อยละ 33.33) และไม่ได้เรียน 3 คน (ร้อยละ 11.11) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง 19 คน (ร้อยละ 70.37) รองลงมามีอาชีพค้าขาย 7 คน (ร้อยละ 25.93) มีรายได้ระหว่าง 9,500 - 20,000 บาท (เฉลี่ย 12631.48 บาท, SD = 2429.28) มีความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นพ่อ-แม่ 24 คน (ร้อยละ 88.89) ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียคิดเป็นร้อยละ 85.19 และ 96.30 ตามลำดับส่วนข้อมูลทั่วไปของเด็ก พบว่า เพศชาย 15 คน (ร้อยละ 55.56) เพศหญิง 12 คน (ร้อยละ 44.44) อายุ ระหว่าง 4 - 16 ปี (เฉลี่ย 10.93 ปี S.D. 2.34) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา 17 คน (ร้อยละ 63.0) รองลงมาระดับมัธยมศึกษา 8 คน (ร้อยละ 29.6) กรุ๊ปเลือด (group blood) กรุ๊ป A 11 คน (ร้อยละ

40.74) กรุ๊ป O 7 คน (ร้อยละ 25.93) กรุ๊ป B 6 คน (ร้อยละ 22.22) และกรุ๊ป AB 3 คน (ร้อยละ 11.11) ทั้งหมดเป็นโรคธาลัสซีเมีย ชนิด β -thalassemia/Hb E

ด้านความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กก่อนดำเนินการกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีคะแนนอยู่ระหว่าง 4-12 คะแนนจากคะแนนเต็ม 15 คะแนน (เฉลี่ย 8.59 คะแนน, SD = 2.31) ซึ่งพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง (27 คน) มีทั้งหมด 5 ข้อโดยข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ คำถามข้อที่ 14 (คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียควรหลีกเลี่ยงกินเลือด ตับหรือธาตุเหล็กมากๆ) ตอบถูก 2 คน (ร้อยละ 7.41) รองลงมา คือ ข้อที่ 6 (โรคธาลัสซีเมียสามารถรักษาให้หายได้) ตอบถูก 6 คน (ร้อยละ 22.22) ข้อที่ 15 (คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียไม่สามารถออกกำลังกายได้ทุกชนิด มีข้อห้ามบางประเภท) ตอบถูก 6 คน (ร้อยละ 22.22) ข้อที่ 2 (โรคธาลัสซีเมียไม่ถ่ายทอดจากพ่อ-แม่ ปู่-ย่า ตา-ยาย) ตอบถูก 9 คน (ร้อยละ 33.33) และข้อที่ 8 (ภูมิต้านทานของคนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียมีเท่ากับคนปกติ ทำให้ไม่ติดเชื้อได้ง่าย) ตอบถูก 12 คน (ร้อยละ 44.44) ส่วนคะแนนการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กมีคะแนนอยู่ระหว่าง 21-33 คะแนนจากคะแนนเต็ม 45 คะแนน (เฉลี่ย 26.22 คะแนน, SD = 3.25) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางซึ่งเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติต่ำกว่าร้อยละ 50 มีทั้งหมด 5 ข้อโดยข้อคำถามที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ คำถามข้อที่ 9 (พาเด็กไปตรวจฟันกับหมอฟัน ทุก 6 เดือน) โดยมีการปฏิบัติเฉลี่ย 1.22 คะแนนจากคะแนนเต็ม 3 คะแนน รองลงมา คือ ข้อที่ 7 (ให้เด็กออกกำลังกายเบาๆ ไม่หักโหมหรือไม่รุนแรง) มีการปฏิบัติเฉลี่ย 1.33 คะแนนจากคะแนนเต็ม 3 คะแนน, คำถามข้อที่ 12 (ไม่พาเด็กไปห้าง ร้านค้าหรือชุมชนที่มีคนมากบ่อยๆ) มีการ

ปฏิบัติเฉลี่ย 1.37 คะแนนจากคะแนนเต็ม 3 คะแนน, คำถามข้อที่ 2 (ให้เด็กรับประทานเครื่องในหมู เครื่องในไก่และเลือดหมู) และคำถามข้อที่ 10 (เมื่อเด็กมีอาการเจ็บป่วย ผู้ปกครองจะไม่หาซื้อยาให้เด็กกินจากร้านค้าใกล้บ้าน) มีการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากัน คือ 1.41 คะแนนจากคะแนนเต็ม 3 คะแนน

ด้านความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กหลังดำเนินการกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-15 คะแนนจากคะแนนเต็ม 15 คะแนน (เฉลี่ย 13.00 คะแนน, SD = 2.50) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพิ่มขึ้นในทุกข้อโดยตอบถูกมากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ข้อที่ 14 (คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียกินเลือด ตับหรือธาตุเหล็กมากๆ จะช่วยเรื่องโลหิตจางและป้องกันการเกิดหัวใจทำงานผิดปกติได้) และข้อที่ 15 (คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียสามารถออกกำลังกายได้ทุกชนิดไม่มีข้อห้ามเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง) โดยตอบถูก 15 คน (ร้อยละ 55.56) ส่วนคะแนนการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กอยู่ระหว่าง 26-40 คะแนนจากคะแนนเต็ม 81 คะแนน (เฉลี่ย 32.26 คะแนน, SD = 3.37) โดยรวมอยู่ในระดับสูงเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นทุกข้อ แต่มีข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติต่ำกว่าร้อยละ 50 จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 7 (ให้เด็กออกกำลังกายเบาๆ ไม่หักโหมหรือไม่รุนแรง) มีการปฏิบัติเฉลี่ย 1.41 คะแนนจากคะแนนเต็ม 3 คะแนน

ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นธาลัสซีเมียก่อนและหลังได้รับกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ค่าเฉลี่ย

ของคะแนนภายหลังการดำเนินกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กสูงขึ้นกว่าก่อน

ดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p = .000$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
คะแนนความรู้	8.59	2.31	13.0	2.50	26	-8.644	.000*	-5.456	-3.359
คะแนนการปฏิบัติ	26.22	3.25	32.26	3.37	26	-7.778	.000*	-7.633	-4.442

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05($p\text{-value} < .05$)

ด้านสุขภาพของเด็กก่อนดำเนินการกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก พบว่าเด็กมีค่า Hct อยู่ระหว่าง 14.9 – 37% (เฉลี่ย 21.52, SD = 5.11) และมีการเจ็บป่วย 9 คน (ร้อยละ 33.3) ส่วนภายหลังดำเนินการพบว่าเด็กมีค่า Hct อยู่ระหว่าง 18 – 39% (เฉลี่ย 25.37, SD = 5.11) และมีการเจ็บป่วย 1 คน (ร้อยละ 3.7) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่า Hct และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กก่อนและหลังดำเนินการ

พบว่า ค่าเฉลี่ยของค่า Hct ภายหลังการดำเนินกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กสูงขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p = .000$) และ ค่าเฉลี่ยของการเจ็บป่วย ภายหลังการดำเนินกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กลดลงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p = .003$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ค่า HCT	21.515	5.1068	25.370	5.1077	26	-5.781	.000*	-5.2265	-2.4847
ประวัติการเจ็บป่วย	.33	.480	.04	.192	26	3.309	.003*	.112	.480

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05($p\text{-value} < .05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ผลของกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม โดยการเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กจากการประเมินด้านความรู้และการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก รวมทั้งสุขภาพของ

เด็กก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$) โดยที่หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก รวมทั้งผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิกร กุตรแสง (2559)¹² ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวต่อการจัดการของมารดาและภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียมี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวต่อการจัดการของมารดาและภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวมารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการของมารดาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมเด็กในกลุ่มทดลองมีระดับฮีมาโตคริต (Hct) ไม่แตกต่างจากระยะก่อนได้รับโปรแกรมและของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ดังการศึกษาของประกริต รัชวัตร์ และนัยนา ภูลม (2565)¹³ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียในช่วงอายุ 6-15 ปี จำนวน 113 คน และผู้ดูแลจำนวน 113 คน ผลการศึกษา พบว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 78.34 และการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 84.18 ของคะแนนเต็ม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลสามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียได้ร้อยละ 39.1 ($R^2 = .391, p < 0.001$)

ส่วนด้านความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กของผู้ปกครองที่การดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า ก่อนดำเนินการมีความรู้ในเรื่อง อาหารที่ต้องหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่เหมาะสม ความเสี่ยงในการติดเชื้อง่าย เป็นโรคทางกรรมพันธุ์ และเป็นโรคที่รักษาหายได้ ส่วนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่ไม่ถูกต้องหรือปฏิบัติ

น้อย ได้แก่ การตรวจฟันทุก 6 เดือน การออกกำลังกายที่เหมาะสม อาหารที่ต้องหลีกเลี่ยงการซื้อยาเกินเองและการเข้าไปในแหล่งชุมชนซึ่งอาจสรุปได้ว่าความรู้ส่งผลต่อการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องโดยปัญหาดังกล่าวมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นได้ ดังนั้นกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก โดยการใช้ความรู้ด้วยสื่อวิดีโอออนไลน์และการที่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีส่วนร่วมในเสริมสร้างความเข้าใจประกอบด้วย การสะท้อนปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กและการวิเคราะห์แนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกันจะทำให้ผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กสามารถปฏิบัติในการดูแลเด็กได้ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกันกับการศึกษาของภูษณิศมา พิณปรีย์กมล รัชนกกุล วาริยา หมื่นสา (2559)¹⁴ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็ก ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และการศึกษาของศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์และคณะ (2563)¹⁵ ได้ศึกษารูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ผลการวิจัยในระยะที่ 1 จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประเด็นหลักในการจัดการตนเองของเด็กคือ การจัดการตนเองด้านชีวิตประจำวัน การจัดการตนเองด้านจิตใจและสิ่งสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ความร่วมมือ ในการรักษา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถร่วมกัน

ทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของเด็กโรคธาลัสซีเมียได้ร้อยละ 17.4 ส่วนในระยะที่ 2 ได้รูปแบบการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้ด้านเด็ก ประกอบด้วยมุมมองของเด็กต่อการจัดการตนเอง ความร่วมมือในการรักษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านบริบทครอบครัวและทีมสุขภาพ 2) กระบวนการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อม การพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนการจัดการตนเอง และ 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็ก ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการจัดการตนเองของเด็กโรคธาลัสซีเมีย ปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้รูปแบบเป็นไปได้อย่างจริงและยั่งยืนคือความร่วมมือระหว่างครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพรวมทั้งการศึกษาของกนกวรรณ ภัทรมัย.(2562)¹⁶. ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและภาวะในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาภาวะในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย และหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย ผลการศึกษาพบว่า ภาวะในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 75.29 ($\bar{x}= 34.52$) และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.25, p<.05$) ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจถึงภาวะในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย และเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมนอกจากนี้จากข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอาชีวะรับจ้าง และมีรายได้เฉลี่ย 12631.48 บาทซึ่งพื้นฐานความรู้ อาชีพและรายได้ของผู้ปกครองอาจทำให้มีความรู้ไม่เพียงพอและอาจมีปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้มีปัญหาด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและการ

ดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กได้สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ยุภดี สงวนพงษ์ และกมลรัตน์ ทองสว่าง(2564)¹⁷ประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย จังหวัดชัยภูมิเป็นการวิจัยเชิงผสมผสานวิธี เพื่อศึกษาสถานการณ์ประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย จังหวัดชัยภูมิ และปัจจัยกับประสพการณ์การเจ็บป่วยของเด็กโดยแบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะคือ 1) สถานการณ์ประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย โดยวิจัยเชิงคุณภาพ และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับประสพการณ์การเจ็บป่วยของเด็ก โดยการวิจัยเชิงปริมาณกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย อายุ 6-12 ปี จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า ระยะ 1 สถานการณ์ประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก แบ่งได้เป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ด้านทั่วไปเป็นการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน 2) ด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม เป็นความเข้าใจและสามารถปรับตัวอยู่กับภาวะเจ็บป่วย 3) ด้านการดูแลภาวะสุขภาพ เป็นผลกระทบจากการรักษา ระยะ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก ด้านผู้ปกครอง พบว่า เพศและอาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.284$, และ -0.340 ตามลำดับ) และค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r= 0.367$) ดังนั้น ปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กเป็นไปได้อย่างจริงและยั่งยืนคือความร่วมมือระหว่างครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ด้านการบริการ สามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปใช้เป็นรูปแบบกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็กและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่นๆ นอกโรงพยาบาล

2. ด้านวิจัย ควรศึกษารูปแบบกระบวนการ และปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กเพื่อการพัฒนาและทันสมัยมากขึ้น

3. ด้านชุมชนและสังคม สามารถนำสื่อวีดิโอ การให้ความรู้ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ นำเผยแพร่เป็นสื่อออนไลน์เพื่อประโยชน์แก่ผู้สนใจต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบอื่น ๆ ในการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองและครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กมีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากขึ้น
2. ใช้เป็นฐานข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Weatherall DJ, Clegg JB, editors.(2001). The Thalassemia Syndromes. 4th ed. Oxford: Blackwell Science.
2. มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย.(2557). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียพ.ศ. 2557 (Clinical practice guidelines for diagnosis and management of thalassemia syndromes 2014). พิมพ์ครั้งที่ 1. พฤศจิกายน.
3. Adamson JW.(2015). Section 2 hematopoietic disorders Part 7 Oncology and Hematology. In: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 19th ed. Mc Graw Hill Medical.
4. Cook K. (2017). Section 15 hematologic disorders Chapter 100 Anemias. In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM, eds. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach, 10th ed. New York: McGraw-Hill.
5. Tanphaichitr VS. Current situation of thalassemia in Thailand. The 7th International Conference on Thalassemia and Hemoglobinopathies; 1999; Bangkok: Ministry of Public Health, Thailand; 1999:78-9.
6. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2560). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไป. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
7. Vichinsky E and Levine L.(2012). Standards of care guidelines for thalassemia. Children's Hospital & Research Center Oakland. Version 3 , date 27 /ก.ค./2566 16
8. คณะกรรมการทบทวนคู่มือปฏิบัติงานการตรวจวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ. (2558).คู่มือทางห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ.พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี: สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์,ฉบับปรับปรุง.
9. Choladda N.(2010). The effect of learning program through a group process and cartoon storybook to self-care behavior in school age children with Thalassemia. (Master of Nursing Thesis]. Khonkhaen: KhonkhaenUniversity. (in Thai).
10. Pronsri B.(2003). Effects of teaching program using group process, on self-care behaviors in school age children with Thalassemia.[Master of Nursing Thesis]. Khonkhaen: Khonkhaen University. (in Thai).
11. Maneerat S. (2004). Maneerat S. Factors influencing self-esteem of school-age children with Thalassemia. [Master of Nursing Thesis]. Songkla: Prince of Songkla University. (in Thai).
12. รัชนิกร กุตุระแสง (2559) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวต่อการจัดการของมารดาและภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
13. ประกริต รัชวตร์ และนัยนา ภูลม. (2565) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย.วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ . 15(1) 334-349.

14. ภูษณิศมา พิณุน, ปรีภัยกมล รัชชกุล และวาริยา หมื่นสา. (2559) ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็ก. วารสารสภาการพยาบาล. 31(2)
15. ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล อีระรังสิกุล, พจนารถ สารพัดและมณีพร ภิญโญ. (2563). รูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 28(2) 27 – 39.
16. กนกวรรณ ภัทรมัย. (2562). การสนับสนุนทางสังคมและภาวะในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียวิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
17. ยุภดี สงวนพงษ์ และกมลรัตน์ ทองสว่าง. (2564) ประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย จังหวัดชัยภูมิ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 15(37) 262-281.

ผลการใช้วาสลีนก๊อสปิดแผลต่อการหายของแผลแบบเปิด Effects of using Vaseline gauze for the healing of wounds opened.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

นุชลี หล้ามะโฮงและคณะ¹
Nuchalee Lamahong and other¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทของกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลแบบเปิดและปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผล ผลการใช้วาสลีนก๊อสปิดแผลต่อการหายของแผลแบบเปิด ในผู้ป่วยที่เป็นแผลแบบเปิดนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่ผู้ป่วยที่เป็น Pressure sore ไม่ใช่แผลที่เกิดจาก Malignancy และมาทำแผลที่แผนกอุบัติเหตุ อุบัติเหตุและนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ทุกวันเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 80 คนระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564-เดือนกรกฎาคม 2565ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2.แบบประเมินการหายของบาดแผลของ PUSH (The Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH TOOL) 3.แบบประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการทำแผล และ4.การประเมินความถี่รวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 41-50 ปี สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกร ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า2000 บาท มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ไตวายเรื้อรังระยะ3 ขึ้นไป ไม่ดื่มเหล้า มีสูบบุหรี่ ไม่ได้ออกกำลังกายเลย สาเหตุของการเกิดแผลเกิดจากการอักเสบ เริ่มเป็นแผล 14 -28 วัน ตำแหน่งที่เป็นบาดแผลมากที่สุดคือบริเวณเท้าและมือ ก่อนการทดลองมีอาการปวดแผลในระดับปานกลางถึงมาก หลังทดลองปวดแผลเล็กน้อยถึงไม่ปวด มีความพึงพอใจในการทำแผลของเจ้าหน้าที่ คะแนนประเมินลักษณะของบาดแผลก่อนทดลองมีคะแนน 6-15 คะแนน หลังทดลองเมื่อสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนน 2-13 คะแนน การทดสอบสมมติฐาน ผลการใช้วาสลีนก๊อสปิดแผลต่อการหายของแผลแบบเปิด ก่อนและหลัง ด้วยสถิติ t - test (17.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.00

คำสำคัญ : แผลแบบเปิด, การทำแผลแบบเปียก , วาสลีนก๊อส, การหายของแผล

Abstract

This research is a single group quasi experimental design. Measurement before and after the experiment with the objective to study the context of a group of patients with open wounds and factors affecting wound healing. Effects of using Vaseline gauze for the healing of open wounds. In patients with open wounds for 2 weeks or more is not a wound caused by pressure sore , malignancy and dressing wound everyday at the Emergency department. Kosumphisai Hospital MahaSarakham Province. A specific selection of 80 people during the month of November. 2021 to July 2022. Data was collected using an interview forms about 1) A general information. 2. PUSH wound healing assessment (PUSH TOOL) 3. Satisfaction with wound dressing services of nurse and 4. Evaluation of data collection and analysis.

The results of the study were the sample group the most were female, Age ranges between 41-50 years, Married, occupation were agriculture, Educational level were primary school, income is less than 2000 baht per monthly, had diabetes, Chronic kidney failure stage 3 to 5,no drink alcohol, smokes, without exercise at all, cause of wound were inflammation, wounded form 14 to 28 days. The most position of wounds were on the feet and hands. Before the experiment , there were moderate to severe wound pained. After the experiment, there were few to no wound pained. Satisfied for the wound dressing of nurse. The Ulcer Scale for Healing before the experiment were 6-15 points, after 2-13 points. Hypothesis testing about Effects of using Vaseline gauze for the healing of wound opened. T test statistic of 17.88, the statistical significance was 0.00.

Keywords: open wound, wet wound dressing, Vaseline gauze, wound healing

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ และนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

บาดแผลเป็นพยาธิสภาพที่เกิดจากมีการทำลายเนื้อเยื่อ ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และขาดความคล่องตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลบาดแผลที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุให้แผลหายล่าช้า มีการติดเชื้อ และกลายเป็นแผลเรื้อรังในที่สุด (Craven & Hirnle, 2009) ส่งผลให้ต้องใช้เวลารักษาพยาบาลเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ จิตใจปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัจจุบันเป้าหมายหลักในการทำแผล คือ การทำให้บาดแผลหายดี และเร็วที่สุด ซึ่งถ้ากระบวนการ (Wound Healing Process) ถูกรบกวนก็จะทำให้เกิด Chronic Wound ได้ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการมีแผล ญาติหรือผู้ดูแลต้องทำแผลหรือต้องพาผู้ป่วยไปทำแผลที่โรงพยาบาล หรือบางรายต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เนื่องจากต้องมาดูแลรักษาแผลและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ที่สำคัญในผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องโดยเฉพาะภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งเป็นสาเหตุการตาย

แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย มีผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บที่มารับบริการในการทำแผลวันละ 50-60 ราย ทั้งที่เป็นรายใหม่และรายเก่า โดยเป็นแผลที่เป็นแผลสดและแผลเก่า โดยที่เป็นแผลสดปี 2562 จำนวน 10983 ครั้งปี 2563 จำนวน 11498 ครั้งปี 2564 จำนวน 11645 ครั้งซึ่งพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีทำให้ภาระงานที่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะ ER Clouding (ความแออัดในห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน) ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีแผลแล้วแผลหายตามกลไกหรือระยะเวลาจะช่วยให้ลดทั้งภาระงาน ลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและของโรงพยาบาลซึ่งในปัจจุบันได้มีการผลิตวัสดุในการดูแลบาดแผลออกมามากมายหลายชนิด มีคุณสมบัติแตกต่างกันทำให้สามารถดูแลบาดแผลให้กับผู้ป่วยได้หลากหลายแต่ก็มักมีราคาแพงสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมนั้นสามารถ

นำวัสดุการดูแลบาดแผลชั้นสูงมาใช้ได้ตามกรอบบัญชีวัสดุนั้นมีเฉพาะ Sofra tulle จากการสังเกตในการทำแผลเมื่อมีการใช้ Sofra tulle ปิดแผลจะเป็นลักษณะ Wet to Dry และต้องระวังการต้อยาและการแพ้ยาที่มีใน Sofra tulle และที่สำคัญการเกิด healing granulate ออกมาจะเป็นลักษณะตะปุ่มตะป่ำผิวไม่เรียบจึงได้มีการศึกษาวิจัยโดยใช้วาสลินกือสปิดแผลในแผลแบบเปิดขึ้นเพื่อดูผลต่อการหายของแผลซึ่งจะส่งผลให้การรักษาบาดแผลประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลแบบเปิดและปัจจัยที่มีผลต่อหายของแผล
2. เพื่อศึกษาผลการใช้วาสลินกือสปิดแผลต่อการหายของแผลแบบเปิด
3. เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการทำแผลแบบเปียกที่ใช้วาสลินกือสปิดแผล
4. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติในการทำแผลแบบเปียกที่ใช้วาสลินกือสปิดแผล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้วาสลินกือสปิดแผลต่อการหายของแผลแบบเปิด โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่เป็นแผลแบบเปิดนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่ผู้ป่วยที่เป็น Pressure sore ไม่ใช่แผลที่เกิดจาก Malignancy และมาทำแผลที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ทุกวัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นแผลแบบเปิดและมาทำแผลที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่เป็นแผลแบบเปิดนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่ผู้ป่วยที่เป็น Pressure sore ไม่ใช่แผลที่เกิดจาก Malignancy และมาทำแผลที่แผนกอุบัติเหตุ อุจฉิน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ทุกวันในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2564-กรกฎาคม 2565 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 80 คน (คิดจากร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยตามเงื่อนไข 3 ปี ย้อนหลัง)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ชื่อ-สกุล เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พฤติกรรมด้านสุขภาพโรคประจำตัวระยะเวลาที่เป็นแผล สาเหตุการเกิดบาดแผล ตำแหน่งของบาดแผล

2. แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงสภาพของผู้รับบริการล้างแผล ได้แก่แบบประเมินลักษณะการหายของบาดแผลของ PUSH (The Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH TOOL) โดยได้ทำการประเมินลักษณะการหายของแผลกับการใช้วาสลินก๊อชในการปิดแผลโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการทำแผล แผนกอุบัติเหตุ อุจฉิน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

4. เครื่องมือในการประเมินความปวดสำหรับผู้รับบริการล้างแผลที่แผนกอุบัติเหตุ อุจฉิน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม ได้แก่เครื่องมือในการประเมินความปวดแบบ Numerical Pain Rating Scale (NRS) และเครื่องมือในการประเมินความปวดแบบ Wong Baker FACES Pain Rating Scale

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม สอดคล้องตรงกันกับจุดมุ่งหมายของการวัดหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective

Congruence หรือ IOC) โดยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน การหาค่าความเชื่อมั่น การตรวจสอบความเที่ยงตรง inter-rater reliability ของแบบประเมินการหายของบาดแผลของ PUSH (The Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH TOOL) สร้าง โดย National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.95

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและคณะได้ทำการขออนุมัติจากผู้บังคับบัญชาในการทำวิจัย หลังจากนั้น ศึกษาค้นคว้ารวบรวมแนวคิดและทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 3/64 ลงวันที่ 28 ตุลาคม 2564

หลังจากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้เตรียมผู้ร่วมวิจัยและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การเตรียมทีมผู้ให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจ อุจฉินที่แผนกอุบัติเหตุ อุจฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคามที่ปฏิบัติการในการทำแผล จำนวน 20 คน

2. อธิบายให้ทีมผู้ให้ความร่วมมือในการวิจัย เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา รวมทั้งชี้แจงให้เข้าใจเนื้อหาและวัตถุประสงค์

3. การขอความยินยอมกับอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยและดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสำหรับผู้รับบริการล้างแผลที่แผนกอุบัติเหตุ อุจฉิน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

จ.มหาสารคาม ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2564-กรกฎาคม 2565

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด

5.ดำเนินการวิจัยและติดตามผลการวิจัย (ตามแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงสภาพของผู้รับบริการล้างแผลในสัปดาห์ ที่ 2 4 6 8 การประเมินความปวดของผู้รับบริการล้างแผล ในสัปดาห์ ที่ 2 4 6 8 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการทำแผล ในสัปดาห์ ที่ 8)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับ ผลการใช้วาสลินก๊อสปิดแผลต่อการหายของแผลแบบเปิด ก่อนและหลัง ด้วยวิธีการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างตัวแปร 2 ตัว ที่สัมพันธ์กัน (dependent Samples T-Test) คือ ก่อนใช้วาสลินก๊อสปิดแผลและหลังใช้วาสลินก๊อสปิดแผลในสัปดาห์ที่ 8

สรุปและอภิปรายผล

สาเหตุของการเกิดแผลเกิดจากการอักเสบที่เกิดขึ้นเองร้อยละ 83.75 ในระหว่างการทำการทดลองกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มเป็นแผล 14 วัน-28 วัน มีจำนวนร้อยละ 41.25 และ 45-60 วันร้อยละ 23.75 ตำแหน่งที่เป็นบาดแผลมากที่สุดคือบริเวณเท้าร้อยละ 27.50 รองลงมาคือมือร้อยละ 22.50 ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีอาการปวดแผลในระดับปานกลางถึงปวดแผลมากร้อยละ 65 หลังการทดลองส่วนใหญ่มีอาการปวดแผลเล็กน้อยถึงไม่ปวด 81.25 มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดคือการให้บริการทำแผลของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 89.75 รองลงมาคือการทำคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ร้อยละ 86.75 และสถานที่ให้บริการเป็นสัดส่วนเหมาะสม 85.75 ที่มีความพึงพอใจต่อการหายของแผลร้อยละ 67.00 ก่อนทำการวิจัยมีคะแนนประเมินลักษณะของบาดแผลมีคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปถึง 15 คะแนน เมื่อทำการทดลองทำแผลโดยใช้วาสลินก๊อสปิดแผลทุกวันในสัปดาห์ที่ 2 พบว่ามีคะแนนของการประเมินบาดแผลตั้งแต่ 5 -

14 คะแนน (ในสัปดาห์ที่ 4 พบว่ามีคะแนนของการประเมินบาดแผลตั้งแต่ 4 - 13 คะแนน ในสัปดาห์ที่ 6 พบว่ามีคะแนนของการประเมินบาดแผลตั้งแต่ 3 - 13 คะแนน ในสัปดาห์ที่ 8 พบว่ามีคะแนนของการประเมินบาดแผลตั้งแต่ 2 - 13 คะแนน การทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับ ผลการใช้วาสลินก๊อสปิดแผลต่อการหายของแผลแบบเปิด ก่อนและหลังการใช้วาสลินก๊อสปิดแผล ด้วยสถิติ T test พบว่ามีคะแนนประเมินลักษณะของบาดแผลก่อนการวิจัยพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยที่ 10.15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.188 เมื่อมีการใช้วาสลินก๊อสปิดแผลแล้วประเมินลักษณะของบาดแผลเมื่อสัปดาห์ที่ 8 พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยที่ 7.09 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.682 ค่า T test 17.88 ค่าความสำคัญทางสถิติ 0.000 ซึ่งพบว่ามีข้อมูลทั่วไปด้านอายุที่เป็นปัจจัยที่อาจส่งผลให้แผลหายช้าเพราะส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อีกทั้งมีพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ ไม่ได้ออกกำลังกายเลย ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดไม่ดี ระยะจากการเริ่มเป็นแผลนานตั้งแต่ 14 วันขึ้นไปถึง 93 วันตำแหน่งที่เป็นบาดแผลส่วนใหญ่เป็นทำสัมพันธ์กับธรรมชาติของ wound healing ในขั้น Remodeling Phase หรือ Maturation Phase เป็นระยะสุดท้ายของกระบวนการ Wound Healing ซึ่งจะเริ่มประมาณ 20 วัน หลังการเกิดบาดแผลและดำเนินต่อไปได้ตั้งแต่หลายเดือนไปจนถึงหลายปี ขึ้นอยู่กับบาดแผลนั้น ๆ เช่น ตำแหน่ง ระยะเวลาการหายของแผล ความรุนแรงของบาดแผล เพื่อให้แผลมีความชุ่มชื้นที่พอเหมาะ ไม่แห้งเกินไปหรือไม่แฉะเกินไป ซึ่งการทำแผลตามแบบมาตรฐานหรือแบบเดิมนั้น จะมีการล้างแผลทุกวันด้วยถ้าเป็นการทำแผลแบบเปียกจะใช้ น้ำเกลือปราศจากเชื้อโดยใช้ชุดล้างแผลที่ปราศจากเชื้อ แล้วปิดด้วย ก๊อสชุบน้ำเกลือ หรือผ้าตาข่าย tulle และก๊อสทับอีกชั้นเพื่อป้องกันฝุ่น หรือแมลงมารบกวน ซึ่งการล้างแผลเปลี่ยนผ้าพันแผลทุกวันเช่นนี้ เป็นการรบกวนการซ่อมแซมแผล ที่กำลังเกิด epithelialization ของแผล และเมื่อมีการแกะแผ่น ผ้าตาข่าย tulle ก็ทำ

ให้มีการหลุดลอกของผิวหนังที่กำลังซ่อมแซมอีกร่างกายก็ต้องสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาทดแทน จนเกิดเป็น granulation tissue สีแดง และบางจุดก็จะมีเลือดออก เนื่องจากการมีเส้นเลือดฝอย มาเลี้ยง และ เมื่อลอกผ้าก๊อซ ก็ทำให้เกิดฉีกขาดเลือดออก ทำให้ผู้ป่วยเสียเลือด นำไปสู่ภาวะช็อค ก็ยังทำให้การหายของบาดแผลช้าลงไปอีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เลหาสุวรรณพานิช (2543) พบว่าขณะนำผ้าปิดแผลที่แห้งติดบนผิวแผลออก โดยไม่ได้ทำให้ชุ่มชื้นก่อน ทำให้เกิดความเจ็บปวดมาก ทั้งยังมีการทำลายเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นใหม่ ทำให้หลอดเลือดเล็ก ๆ ฉีกขาดเกิดเลือดออก ทำให้การงอกขยายของเนื้อเยื่อช้าลงและยังมีผลทำให้แผลอยู่ในระยะอักเสบนานขึ้น (Hollinworth, 2000) สอดคล้องกับ สก็อตต์และวิทเนีย (Scotts & Whitney, 1996) อ่างในวิจิตรากุสมม (2546) ที่กล่าวว่าในกรณีที่แผลเป็นโพรงจะมีการใส่ก๊อซชุบน้ำเกลือจนถึงก้นแผลเพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่แผลและไม่ให้แผลปิดเร็วเกินไป แต่จะทำให้ก๊อซแห้งติดอยู่ในแผลดังนั้นการทำความสะอาดแผลครั้งต่อไป ต้องระมัดระวังการดึงผ้าก๊อซที่แห้งออกเพราะจะทำให้เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดและเนื้อเยื่อที่สร้างขึ้นใหม่ได้ส่งผลให้การหายช้าลง ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Worster และคณะ แนะนำแนวทางปฏิบัติในการดูแลแผลเพื่อให้แผลหาย โดยให้คงความชุ่มชื้นที่พอเหมาะและสมดุลที่พื้นผิวของบาดแผลโดยล้างแผลทุกวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิรณา สีนิล และคณะ ที่มีการวิจัยโดยใช้ยาทาประเภทน้ำมันเปรียบเทียบกับการทำแผลเปียกแบบเดิมนั้นมีความแตกต่างออกไป เพราะน้ำมันจะไม่ระคายเคืองแผล และน้ำมันพืชที่นำมาใช้ก็จะมีกรดไขมันที่จำเป็นต่อการหายของแผล ร่วมกับการไม่ปิดแผล เป็นการใช้น้ำมันที่มีตัวยารักษาแผล ป้องกันการติดเชื้อจากการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย ซึ่งไม่สามารถเจริญเติบโตในน้ำมันได้ อีกทั้งยังสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Lin, T.K. และคณะ(4) หรือ Navin และ Rajanohan(5) ที่การใช้น้ำมันพีชมารักษาแผลจะช่วยลดการอักเสบ ทำให้แผลหายได้เร็วขึ้น จากคุณสมบัติของน้ำมันพีชในธรรมชาติจะมีคุณสมบัติต้านจุลชีพ ต้านอนุมูลอิสระ ต้านการอักเสบและต้านอาการคัน โดยที่ยา MEBO (Moist Exposed Burn Ointment) ที่นำมาใช้ก็มีส่วนประกอบของน้ำมันงา จึงทำให้แผลหายได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การใช้วาสลีนก๊อซปิดแผล ซึ่งเป็นการดูแลบาดแผลขั้นสูง (advanced wound care) ที่มีคุณสมบัติที่สร้างความชุ่มชื้นให้กับบาดแผลแบบ wet to wet นั้นลักษณะการหายของแผลจะเริ่มจากขอบเข้าสู่กลางแผล granulation ที่เกิดขึ้นจะมีไม่เป็ตะปุ่มตะป่ำผิวจะมีสีออกชมพู เวลาเปิดล้างแผลก๊อซจะไม่ติดแผล ไม่มีเลือดซึม แผลที่มีขอบแผลแห้งวาสลีนก๊อซจะช่วยให้ขอบแผลอ่อนนุ่มและหลุดลอกได้ง่าย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากแพทย์ ทีมเจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุภฉินและนิติเวช ทีมบริหารการพยาบาล คณะกรรมการทำงานวิจัยและพัฒนาในด้านการขับเคลื่อนงานวิจัย ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำให้กำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีโดยตลอด ผู้ทำการวิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกทีมเป็นอย่างดี จึงขอกราบขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ขอพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลและเข้าร่วมงานวิจัยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำผลที่ได้จากการวิจัยมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อโรงพยาบาลโกสุมพิสัยตลอดจนเพื่อประโยชน์ต่องานด้านวิชาการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข .Strategy and planning division, Ministry of public health. Thailand 4.0 MOPH.2016.
2. กมลวรรณ เจริญวิธิสุข.(2556)Basic Wound Healing and Wound Bed Preparationกระบวนการหายของแผลและการรักษา.ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.Srinagarind Med J 2013; 28 (suppl)
3. กัลยา ประไพเทพ และ จินตนา อาจสันเทียะ. (2560). การดูแลบาดแผลผู้ป่วยในยุคไทยแลนด์ 4.0 ด้วยนาโนเทคโนโลยี.วารสารการพยาบาลทหารบก,ปีที่ 18 (ฉบับที่3 กันยายน-ธันวาคม 2560). หน้า 9 – 15
4. กิรณา สีนิล และคณะ .การดูแลบาดแผลขั้นสูง Advanced wound care, บทความวิชาการ 104 Volume 22 No.1 January – June 2020
5. เก่งกาจ วินัยโกศล. (2556) Advanced Wound Dressing.ภาควิชาศัลยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Srinagarind Med J 2013; 28 (suppl)
6. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(วช.). (2553) คู่มือการเขียนรายงานการวิจัย.กรุงเทพมหานคร คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 46 หน้า.
7. Chartputhananun B. Effectiveness of Implementingthe Clinical Practice Guidelines for Traumatic Wound Pain Management at EmergencyDepartment in Middle-level Hospital Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(9): 101-109.

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา
Nursing care of Elderly patients with Hip Fractures complications
at Kalasin Hospital : A study.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

จันทร์เพ็ญ ภูตะวัน¹
Chanpen Pootawan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประวัติ อาการเจ็บป่วย แผนการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษา 2 ราย เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก จำนวน 2 ราย และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนตุลาคม 2566 และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากผู้ป่วย และญาติกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผน ปฏิบัติการ พยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสรุปและประเมิน ผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษา รายที่1 เพศหญิง อายุ 65 ปี อาการสำคัญ ลื่นล้มปวดสะโพกด้านซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Closed reduction with internal fixation with Proximal Femoral Nail Antirotation (PFNA) หลังการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านพื้นภาวะวิกฤตและได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนฟื้นฟูสภาพก่อนการจำหน่ายอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน กรณีศึกษา รายที่ 2 เพศหญิง อายุ 85 ปี อาการสำคัญ ลื่นล้มขณะเดินเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 12 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Opened reduction with internal fixation with Cephalomedullary nail right femur หลังการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านพื้นภาวะวิกฤตและได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพก่อนการจำหน่ายอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายโดยส่งต่อ โรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ,กระดูกข้อสะโพกหัก, การพยาบาลผู้ป่วยข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

Abstract

This study was case study aimed to study and compare history, symptoms of illness, treatment plans, complications and nursing care of elderly patients with hip fractures and complications, A 2 case studies and to propose guidelines for nursing care of elderly patients with hip fractures and complications Kalasin Hospital. This is a case study of an elderly patient with a hip fracture, who were admitted to Kalasin Hospital. This cases study of an elderly patients with a hip fracture by purposive sampling. Among patients diagnosed by doctors as elderly patients, there were 2 hip fractures. And there were admitted to the female orthopedic surgery ward, Kalasin Hospital between April – October 2023. The data were collected from medical record ,interviewed patients and their relative. The functional health pattern of Gordon's 11 Concepts of Health Model was used to

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

assess health problems to planning a holistic nursing care , nursing diagnosis, nursing care planning program ,and to evaluate the outcome of nursing care of rehabilitation of an Elderly patient with a hip fracture.

RESULTS: Case study 1:A 65-year-old Thai femal patient with Important symptoms: slip and fall, left hip pain It was before coming to the hospital 4 hours. Patient had History of co-morbidities, diabetes, high blood pressure Heart disease and chronic kidney failure. The patient was treated with Closed reduction with internal fixation with Proximal Femoral Nail Antirotation (PFNA). After the patient had surgical treatment passed the critical condition and received treatment for complications, rehabilitation before discharge, symptoms gradually improved and can be sold back home. Case study 2: A 85-year-old Thai female patient with the main symptoms were slipping and falling while walking which occurred 12 hours before coming to the hospital.The patient had history of co-morbidities , diabetes, high blood pressure, and chronic kidney disease. The patient was treated with surgery: Opened reduction with internal fixation with Cephalomedullary nail right femur. After patient undergoing surgical treatment, she passed his critical condition and received treatment for complications and was rehabilitated before being discharged, condition gradually improved and sell by referral community hospital.

KEYWORDS: Elderly, Hip fracture, Nursing care of patients with hip fractures and complications.

บทนำ

กระดูกสะโพกหัก (hip fracture) เป็นอุบัติการณ์หนึ่งที่มีระดับความรุนแรงในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในผู้สูงอายุทั่วโลก พบว่ามีอุบัติการณ์ของการหักมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50 ของการเกิดภาวะกระดูกหักในผู้สูงอายุ¹ โดยมีสาเหตุจากการพลัดตกหกล้มเป็นส่วนใหญ่ จากรายงานผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยส่วนใหญ่จะมีการหักตรงบริเวณกระดูกสะโพกมากที่สุด^{2,3} การหักของกระดูกที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างกะทันหัน เนื่องจากส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักสูญเสียการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) จากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และสูญเสียความมั่นใจในการดำรงชีวิต ถือเป็นภัยคุกคามด้านจิตใจในระยะยาว เกิดทุพพลภาพต้องพึ่งพา ทำให้เป็นภาระของผู้อื่นและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนเสียชีวิตได้ และที่สำคัญผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด

โดยเร็วที่สุด ในประเทศอังกฤษซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ก่อนประเทศไทย ได้ตั้งกลุ่มศึกษาเรื่องนี้โดยตรง และพบว่า หากไม่รีบดำเนินการรักษาคนไข้กระดูกสะโพกหัก จะส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณและความทุกข์ทรมานแก่คนไข้และญาติ ที่สำคัญ คือ คนไข้มีโอกาสเกิดความพิการและอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง⁴ ผลการวิจัยของประเทศอังกฤษ ยังพบว่า วิธีที่รักษากระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุที่ดีที่สุด คือ การผ่าตัดเร็ว คือ จะต้องผ่าตัดให้เร็วที่สุด คือ ภายใน 24-48 ชั่วโมงเท่านั้น เพราะหากผ่าตัดหลังจากช่วงเวลานี้ จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนกับคนไข้ เช่น ปอดบวม แผลกดทับ ภาวะเบาปัสสาวะติดเชื้อ ข้อติด ข้อยึด เดินไม่ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วยแล้ว มีโอกาสกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง และนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด จากการศึกษาในระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมากในประเทศไทย พบว่า การรักษาในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและการฟื้นฟูสภาพ เป็นไปได้ช้า จึงใช้เวลาในการรักษาพยาบาลนาน ทำให้ต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาค่อนข้างสูงมาก สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศสูงถึงปีละ 300,000 ล้านบาท⁵

จากสถิติผู้สูงอายุในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวนประชากรทั้งหมด 806,144 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ ในปี 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวนตามลำดับดังนี้ 145,837 คน 152,324 คน และ 166,770 คน⁶ พบว่ามีผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวนตามลำดับดังนี้ 121 ราย, 168 ราย และ 153 งบประมาณในการรักษาผู้สูงอายุในโรคกระดูกข้อสะโพกหักเฉลี่ย ต่อรายในปี 2565 เป็นเงิน 74,000 บาทต่อราย⁷ ซึ่งทำให้มีการใช้จ่ายงบประมาณจำนวนมาก พยาบาลมีบทบาทในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล 5 ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล และนำทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการดูแล และพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ จึงเห็นความสำคัญในการที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน เพื่อที่จะได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย และช่วยทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการ ได้ง่าย รวดเร็ว และปลอดภัยมากยิ่งขึ้น และได้รับการเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง ภายหลัง

ได้รับการรักษาสามารถกลับไปดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับสภาพเดิม หรือมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม ไม่เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประวัติ อาการเจ็บป่วย แผนการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อนกรณีศึกษา 2 ราย

2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา: คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก จำนวน 2 ราย และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ศึกษาในระหว่างเดือน เมษายน- ตุลาคม 2566 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดย ขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ตาราง 1 เปรียบเทียบ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	65	85
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา 6	ประถมศึกษา 4
สถานภาพสมรส	สมรส	หม้าย
อาชีพ	ชาวนา	ชาวนา
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง
ภูมิลำเนา	อำเภอตอนจวน	อำเภอเขาวง
วันที่เข้ารับการรักษา	21 เมษายน 2566	27 กันยายน 2566
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล	1 เมษายน 2566	12 ตุลาคม 2566
การวินิจฉัยโรค	Closed fracture left intertrochanteric	Closed intertrochanteric fracture left femur
การผ่าตัด	Closed reduction with internal fixation with Proximal Femoral Nail Antirotation (PFNA) วันที่ 28 เมษายน 2566	Opened reduction with internal fixation with Cephalomedullary nail right femur วันที่ 9 ตุลาคม 2566
การตรวจพิเศษ	EKG Film CXR, Film hip AP, Film hip lateral cross table	EKG Film CXR, Film right femur
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ลื่นล้มปวดสะโพกด้านซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง	ลื่นล้มขณะเดินเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 12 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 4 ชั่วโมง ก่อนมา ขณะลุกจะไปเข้าห้องน้ำ ลื่นล้มสะโพกซ้าย กระแทกพื้น ปวดสะโพกด้านซ้ายลุกเดินไม่ได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชนหลังเอ็กซเรย์แพทย์แจ้งว่ามีกระดูกสะโพกหัก แพทย์ส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรถ Ambulance นำส่ง	ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 12 ชั่วโมง ก่อนมา ลื่นล้มบนพื้นราบ สะโพกด้านขวากระแทกพื้น ปวดสะโพกเดินไม่ได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชนหลังเอ็กซเรย์แพทย์แจ้งว่ามีกระดูกสะโพกหัก แพทย์ส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรถ Ambulance นำส่ง
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคไตวายเรื้อรัง รับการรักษาด้วยการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง รับการรักษาด้วยการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบชัดเจน มีอาการปวดสะโพกด้านซ้าย ลุกเดินไม่ได้ นอนพักบนเตียง Pain score 8 คะแนน ADL=10คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/68 มิลลิเมตรปรอท	ผู้ป่วยรู้สึกตัวถามตอบชัดเจน มีอาการปวดสะโพกด้านขวา ลุกเดินไม่ได้ นอนพักบนเตียง Pain score 10 คะแนน ADL=10คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 149/69 มิลลิเมตรปรอท

ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ระยะก่อนผ่าตัด</p> <p>1.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด</p> <p>กรณีศึกษา1,2</p>	<p>การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด</p> <p>1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ผู้ดูแล โดยเข้าไปพูดคุยให้เวลา และความเป็นกันเองกับผู้ป่วยตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ</p> <p>2) ประเมินระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล โดยการพูดคุยซักถามและสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วยพร้อมทั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย</p> <p>3)แนะนำสภาพแวดล้อมที่เตียงและเครื่องใช้ต่างๆ ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลว่ามีพยาบาลดูแลใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง</p> <p>4) ประเมินวิธีการเผชิญความเครียดและแนะนำการจัดการ ความเครียด เช่น การฝึกลมหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การทำ สมาธิและการสวดมนต์ตามวิถีพุทธศาสนา</p> <p>5) ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การเตรียมตัวทางด้านร่างกาย การเตรียมตัวด้านจิตใจ</p>
<p>2) เสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการผ่าตัด</p> <p>กรณีศึกษา1,2</p>	<p>1) ประเมินสภาพของผู้ป่วย ดังนี้</p> <p>-ประเมินสภาพด้านร่างกาย -ตรวจสอบชื่อ-สกุลให้ตรงกับเวชระเบียนและแผนการ รักษา โรคประจำตัว การช้ำยา การแพ้ยา การผ่าตัดในอดีตและ การช้ำยาละลายลิ่มเลือด เพื่อป้องกันภาวะเลือดหยุดยาก</p> <p>2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ชนิดการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดได้และการป้องกัน อธิบายสภาพภายหลังการผ่าตัด เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ อาการปวดแผล การได้รับสายยาง เพื่อให้ออกซิเจน ลักษณะแผลผ่าตัด อุปกรณ์ต่างๆ</p> <p>3) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Elyte, LFT, PT,PTT, INR พบความผิดปกติ รายงานแพทย์ทันทีดูแล G/M PRC และ FFP ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>4) ติดตามผลการตรวจ CXR, EKG, Film hip รายงานผลให้แพทย์รับทราบ</p>
<p>3) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพก</p> <p>กรณีศึกษา1,2</p>	<p>1) ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมิน ทุก 4 ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมีความปวด</p> <p>2) แนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทาปวดให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม</p> <p>3) สอนและช่วยผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรมเพื่อลดอาการปวดแผล</p> <p>4) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 4 mg IV ทุก 4-6 ชั่วโมง หรือ best to pain หากมีอาการปวดแผล พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียนและการหายใจช้ากว่าปกติ</p> <p>5) ดูแลให้ยา paracetamol 1 tab oral prn. q 4-6 hrs.ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>6) ดูแลให้ยา Plasil 1 amp IV prn for nausea vomiting ประเมินอาการข้างเคียงของการได้รับยา</p> <p>7) ดูแลให้นอนพักทำกิจกรรมบนเตียง แนะนำการจัดการความปวด เช่น ทำสมาธิ ดนตรีบำบัด</p>
<p>4) มีภาวะไตวายเรื้อรัง</p> <p>กรณีศึกษา1,2</p>	<p>1) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN,Cr,E'lyte และรายงานผลให้แพทย์ทราบ</p> <p>2) ดูแลให้ยารักษาภาวะโรคร่วมตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>3) ส่งConsult แพทย์Nepho ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>4) ส่งฟอกไตตามแผนการรักษาและให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>5) บันทึกสารน้ำเข้าออกในร่างกาย ประเมิน ปริมาณปัสสาวะพบความผิดปกติรายงานแพทย์</p> <p>6) ประเมินอาการบวม กดปุ่ม ประเมินการหายใจ ประเมินภาวะน้ำเกิน</p> <p>7) ดูแลให้รับประทานอาหาร Low sodium ตามแผนการรักษา</p>
<p>4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>ระยะหลังผ่าตัด^๑</p>	<p>1) ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนประเมินอัตราการหายใจ สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้าเยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการขีด เขียว เนื่องจากอาการหายใจหอบ สีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการขีด เขียว แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน</p>

ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง	2) ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ On volume control mode PAC IP 18 RR 16 Ti 2 PEEP5 Fio2 0.4 Keep Keep Oxygen saturation > 95 3) วัดสัญญาณชีพทุก 15 -30 นาที เพราะการประเมินสัญญาณชีพจะทำให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่อง ออกซิเจน 4) ดูแลส่งผู้ป่วย Film CXR และติดตามผล รายงานแพทย์เพื่อดูตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและการขยายตัวของปอด 5) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เฝ้าระวังภาวะ respiratory alkalosis และ metabolic acidosis และการคั่งของกรดแลคติกตามมา ส่งผลให้ เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 6) ดูแลให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษา 7) ดูแลให้ยา แก้ปวดตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยลดการใช้ออกซิเจน 8) ประเมินความพร้อมของการหยาเครื่องช่วยหายใจ
2) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดกรณีศึกษา 1,2	1) ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้แบบประเมินลักษณะและชนิดความปวด และประเมินจากสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย เช่น คิ้วขมวด นอนกระสับกระส่าย พักผ่อนไม่ได้หรือนอนไม่หลับ เวลาเปลี่ยนท่าทำมือแน่น เหงื่อออก หน้าซีด ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว 2) แนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทาปวด โดยการหายใจเข้าออก ยาวๆ ลึกๆ ทางปากเพื่อผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวด 3) สอนและช่วยผู้ป่วยเกี่ยวกับการพลิกตะแคงตัวเพื่อลดอาการปวดแผล 4) ดูแลสายระบายไม่ให้ตึงรั้งแผลของผู้ป่วยและไม่ให้สายหักพังงอก่อความระคายเคืองต่อแผลผ่าตัด 5) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 4 mg ทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ ทุก 4-6 ชั่วโมง ประเมินอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียนและการหายใจช้ากว่าปกติ 6) ดูแลให้ยา Plasil 1 amp IV prn for nausea vomiting ประเมินอาการข้างเคียงของการได้รับยา
3) เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากการสูญเสียเลือดในการผ่าตัดและมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำกรณีศึกษา 2	1) หลังการผ่าตัดดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ Keep Oxygen saturation > 95 2) วัดสัญญาณชีพ ตาม Routine Post op care ทุก 15 นาที /จนอาการคงที่ Keep map > 65 mmHg พบความผิดปกติของ Pulse >140 ครั้ง/นาที, Blood pressure 90/60 mmHg, MAP < 65mmHg, Respiratory rate >30 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันที 3) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 100 ml rateตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) ดูแลการให้เลือดชนิด Pack red cell และ จอง platelet count 10 unitตามแผนการรักษา ให้ PRC 1 unit drip in 3 hrs. Hct หลังเลือดหมด Keep > 21 vol%. if drop > 3vol% FFP 10 unit IV load รายงานให้แพทย์ทราบทันที เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด ได้แก่ อาการผื่นคัน แน่นหน้าอก เป็นต้น 5) Monitor EKG ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลาเฝ้าระวังสังเกตภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 6) ประเมินบาดแผล และสายระบายต่างๆ พบมีเลือดออกมากกว่า 200 ml/hr แผล มีเลือดซึม Active bleed รายงานให้แพทย์ทราบ 7) บันทึกจำนวนปัสสาวะ keep urine > 30 ml/hr/0.5 cc/min หรือน้อยกว่า 200 ml ใน 1 ชั่วโมง . ให้รายงานแพทย์ให้ทราบ
4) ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะเวลาหลังผ่าตัด(ต่อ) 4) มีภาวะความดันโลหิตสูงกรณีศึกษา 1	1) ประเมินสัญญาณชีพ Keep BP > 140/90 mmHg ประเมินอาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีคลื่นไส้ อาเจียน หรือชักเกร็ง หากพบอาการผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบทันที 2) ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต ตามแผนการรักษาของแพทย์ Amlodipine(5mg) 2 tabs OD

ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 4 mg ทางหลอดเลือดดำซ้ำๆทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อลดความปวดซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความดันโลหิตสูง 4) ดูแลให้พักผ่อนนอนหลับป้องกันการรบกวนผู้ป่วย จัดทำกิจกรรมที่ไม่จำเป็น
5) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากผิวหนังมีทางเข้าของเชื้อโรค กรณีศึกษา1,2	1) ประเมินการติดเชื้อบริเวณการวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงถ้าอุณหภูมิ > 37.5 องศา ดูแลให้พักผ่อน เช็ดตัวลดไข้ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาต่อไป 2) สังเกตลักษณะของแผลว่า บวม แดง ร้อนซึ่ม มีกลิ่นเหม็นถ้ามีรายงานให้แพทย์ทราบ 3) ดูแลทำความสะอาดแผลให้ตามแผนการรักษาโดยยึดหลัก Aseptic Technique 4) แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยเปิดแผลและเอามือเกาะเกาะแผลหรือระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ 5) ดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วย 6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm. IV OD, Metronidazole 500mg. IV q 8 hrs.ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7) ดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 8) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการรักษา
6) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว กรณีศึกษา1,2	1) ประเมินสภาพความไม่สบายของผู้ป่วย 2) จัดให้นอนที่เตียงหน้า Nurse station เพื่ออำนวยความสะดวกอาการเปลี่ยนแปลง และการให้การช่วยเหลือที่รวดเร็ว 3) จัดท่านอน Fowler's จัดสิ่งแวดลอมข้างเตียงให้เหมาะสม ผ้าปูเตียง ปลอกหมอนให้สะอาด เปิดพัดลมให้อากาศถ่ายเท 4) ดูแลให้ยา Plasil 1 amp IV prn for nausea vomiting/Onsia 4 mg ตามแผนการรักษา ประเมินอาการข้างเคียงของการได้รับยา 5) จดน้ำและอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ 6.กระตุ้นผู้ป่วย Early Ambulation เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ การผายลม การถ่ายอุจจาระ
7) เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia กรณีศึกษา1,2	1) ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด DTX q 6 hrs.ตามแผนการรักษา Keep DTX 80-200 mg% 2) ดูแลให้ยา RI ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังนี้ จะมีอาการสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ซีด หัวใจกระวนกระวาย ความรู้สึกตัวลดลง สับสน อาจหมดสติได้ 4) แนะนำสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดังนี้ มีอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลงและหมดสติได้
8) เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ^o เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงกรณีศึกษาที่ 1,2	1) ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (ADL) เพื่อช่วยวางแผนการดูแล 2) ประเมินการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยพยุงลูกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน 3) ส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด เรื่องการฝึกเดิน และเบิกรูปกรณ์ช่วยการเดินตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู 5) การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า โดยเน้นถึงความสะอาด ไม่มีปมหรือเงื่อนที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ 6) สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหารตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามความสามารถ 7) ยกไม้กั้นเตียงป้องกันการพลัดตกหกล้มญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรม

ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>9) มีโอกาสเกิด¹⁰ ภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากพยาธิสภาพ ของโรค กรณีศึกษาที่ 1,2</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินกำลังของแขนและขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อรายงานแพทย์และวางแผนให้การพยาบาล 2) ส่งกายภาพบำบัดเพื่อทำการกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) ดูแลออกกำลังกายแบบ passive-active exercise เช้า เย็น วันละ 15-30 นาที เพื่อป้องกันข้อติดแข็งเกร็ง 4) ดูแลจัดท่านั่งให้นอนตามแผนการรักษา และพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันข้อติดแข็งเกร็ง 5) แนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน 6) สอนแนะนำการใช้อุปกรณ์เสริมในการช่วยเหลือเคลื่อนไหวร่างกาย 7) กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน 8) จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบอุปกรณ์และของใช้
<p>10) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ เป็นอยู่และการปฏิบัติตัว กรณีศึกษา1,2</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) ให้การดูแลให้ทำกิจกรรมการพยาบาลด้วยท่าที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถาม เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการ รักษาพร้อมลงชื่อในเอกสาร 2) ให้ข้อมูลแก่ญาติและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างให้ผู้ป่วยเข้าใจในความสำคัญของอุปกรณ์ 3) แจ้งอาการผู้ป่วยให้ญาติและครอบครัวทราบเป็นระยะ ๆ ทุกครั้งที่เข้าเยี่ยม 4) ประเมินความวิตกกังวลและท่าที่ต่าง ๆ ที่แสดงออกของญาติและครอบครัวต่อความเจ็บป่วยรวมทั้งยอมรับท่าที่และปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น 5) ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 6) ให้สูขศึกษาญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อส่งเสริมการหายของโรคและคอย ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา 7) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ รับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และให้กำลังใจ โดยการใช้คำสุภาพและการสัมผัสที่นุ่มนวล 8) อธิบาย การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ การดูแลบาดแผล ขั้นตอนการออกกำลังกาย การลงน้ำหนักในการเดิน ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเพื่อคลายความวิตกกังวล 9) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซัก ข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 10) ประสานข้อมูลกับชุมชน เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกัน
<p>การพยาบาลวางแผนจำหน่าย¹¹</p>	<p><u>การพยาบาลวางแผนจำหน่าย</u> แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D- METHOD ดังนี้ D: Disease ให้ความรู้กระดูกสะโพกหัก อาการแสดง สาเหตุการเกิด แนวทางการรักษาของแพทย์ M: Medication แนะนำการรับประทานยา ตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หากมีอาการข้างเคียงของการได้รับยาให้ผู้ป่วยหยุดยาและเข้ามาพบแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา E: Environment แนะนำการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การทำกิจกรรม การทำความสะอาดร่างกาย การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ สะอาดเพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรค M: Medication แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ T-Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษา แพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา อธิบายการ สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อน นัด เช่น อาการปวดบริเวณสะโพก แผลอักเสบบวมแดง ติดเชื้อ กล้ามเนื้อติดแข็งเกร็ง กล้ามเนื้อลีบ อาการCompartment syndrome เป็นต้น H-Health แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันการเกิดเหตุพลัดตกหกล้ม ป้องกันการเกิดข้อสะโพกหักซ้ำ O-Out patient การมาพบแพทย์ตามนัดหรือ ก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน ติดต่อสถานบริการใกล้บ้าน</p>

ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>D-Diet แนะนำ การดื่มน้ำ 6-8 แก้ว/วัน การรับประทานอาหาร low sodium, และอาหารบำบัดโรคเบาหวาน</p> <p><u>สรุปปัญหาทางการพยาบาลกรณีศึกษาขณะดูแล</u></p> <p>ระยะก่อนการผ่าตัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 2) เสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการผ่าตัด 3) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพก 4) มีภาวะไตวายเรื้อรัง <p><u>สรุปปัญหาทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่พบขณะดูแล</u></p> <p>ระยะหลังผ่าตัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง 2) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3) เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากการสูญเสียเลือดในการผ่าตัดและมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ 4) มีภาวะความดันโลหิตสูง 5) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากผิวหนังมีทางเข้าของเชื้อโรค 6) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว 7) เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia 8) เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง 9) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากพยาธิสภาพของโรค 10) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัว <p><u>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความต่างในกรณีศึกษา คือ</u></p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง 2) มีภาวะความดันโลหิตสูง <p>กรณีศึกษารายที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากการสูญเสียเลือดในการผ่าตัดและมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิงได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกระดูกสะโพกหัก⁸ และมีภาวะโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน¹¹ ปัญหาที่พบขณะดูแลให้การรักษาและพยาบาล พบว่า

กรณีศึกษาใน รายที่ 1 เข้ารับการรักษาด้วยอาการ 4 ชั่วโมง ก่อนมาขณะลูกจะไปเข้าห้องน้ำ ลื่นล้มสะโพกซ้ายกระแทกพื้น ปวดสะโพกด้านซ้ายลุกเดินไม่ได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชนหลังเอ็กซเรย์

แพทย์แจ้งว่ามีกระดูกสะโพกหัก แพทย์ส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรถ Ambulance นำส่ง ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคไตวายเรื้อรัง พบปัญหาผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ ปวดบริเวณสะโพกด้านซ้าย ปัญหาไตวายเรื้อรังและภาวะความดันโลหิตสูงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia แผนการรักษาได้มีการจัดการความปวดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยปรึกษาแพทย์โรคไตเพื่อให้การรักษาด้วยการ

พอกไตให้มีความต่อเนื่อง และรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Closed reduction with internal fixation with Proximal Femoral Nail Antirotation (PFNA) พบปัญหาปวดแผลหลังการผ่าตัดได้ ระดับความปวด Severe pain ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมความปวดกลุ่ม Strong opioid และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพร่างกายก่อนจำหน่ายก่อนอาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับสู่ชุมชน

กรณีศึกษารายที่ 2 เข้ารับการรักษาด้วยอาการ 12 ชั่วโมง ก่อนมา ลื่นล้มบนพื้นราบ สะโพกด้านขวากระดูกหัก ปวดสะโพกเดินไม่ได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชนหลังเอ็กซเรย์แพทย์แจ้งว่ามีกระดูกสะโพกหัก แพทย์ส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรถ Ambulance นำส่งประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคไตวายเรื้อรัง พบปัญหาผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ปวดบริเวณสะโพกด้านซ้าย และพบปัญหาไตวายเรื้อรัง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia ปัญหาซิดและเกล็ดเลือดต่ำ ทำให้ต้องเลื่อนการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยซิด มีแผนการรักษาด้วยการให้เลือดและเกล็ดเลือด ได้มีการจัดการภาวะแทรกซ้อนโดยปรึกษาแพทย์โรคไตเพื่อให้การรักษาด้วยการพอกไตให้มีความต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Opened reduction with internal fixation with Cephalomedullary nail right femur ระดับความปวด Severe pain ได้รับการรักษาด้วยยา Morphine 3 mg vein prn ทุก 4-6 ชั่วโมง ได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพร่างกายและส่งต่อ รพ.ชุมชน

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลให้การรักษาพยาบาลโดยมีการเตรียมความพร้อมให้ความรู้ การปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค

แผนการรักษาของแพทย์ การเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายในการฟื้นฟูสภาพในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเจ็บป่วยซ้ำ^{8,11} โดยสหสาขาวิชาชีพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาการดีขึ้นตามลำดับสามารถจำหน่ายได้

ข้อเสนอแนะ

1. การให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ต้องเพิ่มความระมัดระวังในการดูแล ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดและเมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยโดยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักซ้ำ

2. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ลงสู่ชุมชน โดยการให้ความรู้ในการป้องกันการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ตลอดจนการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่เหมาะสมและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กรเพื่อให้ได้มาตรฐานในการพยาบาล โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานอย่างเป็นระบบตาม มาตรฐาน

3. ควรพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยและผนวกเข้าโปรแกรมการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากร ระหว่างประจำการ (On the Job Training;

OJT) เรื่องการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

4. ควรส่งเสริมจัดกิจกรรมทบทวนการดูแล
ผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก
เข้ารับการรักษาในหน่วยงานเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ เพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ
ให้มีความตระหนักในการเฝ้าระวังการดูแลผู้ป่วย

5. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตาม
แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก โรงพยาบาล
กาฬสินธุ์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้นำทางการ
พยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ
ปราศจากความเสี่ยง ภายใต้การช่วยเหลือ ชี้แนะ
สอนสาธิต และให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาใน
สถานการณ์ที่ย่างยากซับซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1. Williams MA, Oberst MT, Bjorklund BC, Hughes SH. Family caregiving in cases of hip fracture. *Rehabilitation Nursing* 1997;21(3):124-38.
2. Matteson M, McConnell ES, Linton AD. *Gerontological nursing: concepts and practice*. Philadelphia: Saunders;1997.(in Thai).
3. Matteson M, McConnell ES, Linton AD. *Gerontological nursing: concepts and practice*. Philadelphia: Saunders;1997.(in Thai).
4. Tasuwanin T. Falling and falling in the elderly. *Journal of Public Health Research* 2014;5(2):119-31.(in Thai).
5. Hfocus. Hfocus news agency delves into health systems. An interview with Dr. Lak Chutithamanan: Hip fracture requires surgery as soon as possible. Reduce the risk of complications [internet]. 2017. [cited 14 November 2012]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2017/02/13398>.(in Thai).
6. สถิติข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์,ฐานข้อมูล HDC,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2566.
7. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2565. (คัดสำเนา)
8. กนกพร จิวประสาท,การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก : ประเด็นท้าทายทางการพยาบาล, วชิรสารการพยาบาล,บทความวิชาการ,ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม -มิถุนายน 2562.
9. จิตติมา เอกวิโรจนสกุล. (2562). การป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 สุพรรณบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38(1), 39-49.
10. อธิวรรณ เชื้อตาลิ่ง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหัก ข้อเคลื่อนที่ใส่ external device. ใน ธรรมนูญ ทองธีรธรรม, อธิวรรณ เชื้อตาลิ่ง, พรสินี เต็งพานิชกุล, และอรพรรณ โตสิงห์ (บ.ก.), *การพยาบาล ผู้ป่วยทาง ออร์โธปิดิกส์* (น. 116-118). กรุงเทพฯ: โครงการตารา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. พัชราพร ตาใจ, บุญญภักดี เห่งนาเลน, เยาวลักษณ์ สงวนพานิช. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาท พยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 2563, 26(4): 116-128

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
(The Development of Quality Model Risk Management based on Hospital Standard and
Health Service Kalasin Hospital, Kalasin Province.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อภิชญา อารีเอื้อ¹
Abhichaya Areeauey¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จำนวน 32 คน และผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลรวม 120 คน ศึกษา ระหว่างเดือนมีนาคม 2566-เดือนกันยายน 2566 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสังเกต และการสนทนากลุ่ม ออกแบบการวิจัยโดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart มี 4 ขั้นตอนคือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความเสี่ยงทางที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการจากการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อวางแผนการพัฒนา 2) ลงมือปฏิบัติตามแผน โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยง ,กิจกรรมรณรงค์3P Safety ,มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย, การลง Risk round และ โปรแกรม Dash board 3) สังเกต การปฏิบัติตามแผน ได้แก่ การค้นหา การวิเคราะห์ การจัดการ และการประเมินผลความเสี่ยง 4) สะท้อนผลการปฏิบัติโดย ติดตามประเมินผล นำข้อมูลมาพิจารณาร่วมกัน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired Samples t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คือ KLS Model ประกอบด้วย K=Knowledge มีความรู้เรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยง, L=Learning เรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ไม่โทษที่ตัวบุคคลมองเชิงระบบ, S=Sensitive การไวต่อความเสี่ยงมีการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ผลของการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ส่งผลให้ผู้ร่วมวิจัยมีระดับความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ และวัฒนธรรมความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้นก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพ, การบริหารความเสี่ยง , มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to study the development of quality model risk management based on Hospital standard and Hospital service in Kalasin Hospital, Kalasin Province. The study participants included: 32 quality committee and 521 were health personnel in hospital. Data were Collected by questionnaire, observations and focus group discussion during Mach to September 2023. Research design used PAOR process from Kemmis & McTaggart included 4 steps; 1) Analysis of clinical risk situations that affect quality service from collection of data for the plan 2) Follow the plan by workshops and store relevant risk reports, 3P Safety campaign activities, important standards necessary for safety, Risk round and Dash board programs 3) Observe plan compliance include finding, analyzing, managing, and evaluating risk and 4) Reflect the results by follow up the evaluation, bring information together. The quantitative data analysis applied the descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation and the inferential statistics as paired samples t-test. The qualitative data was analyzed by content analysis.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The results showed that the quality model development of clinical risk management is KLS model which comprised as K-knowledge, L-Learning and E-Error and S-Sensitive. The results of development quality risk management based on hospital standard and hospital service effected to the level of knowledge, practice, participation, and satisfaction of participants were increased from the beginning with the statistically significant (p -value<0.05).

Keyword: Quality development, Risk Management, Hospital standard and hospital service

บทนำ

ระบบการบริหารความเสี่ยงเป็นการทำงานที่สำคัญระบบหนึ่งขององค์กร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย ทั้งจากการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติงาน ให้ระดับและขนาดของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ในระดับที่องค์กรประเมินและควบคุมได้¹ ในปี 2565 ได้มีการรายงานสถิติของอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ โดย The Joint Commission on Accreditation of Health care Organization (JCAHO) พบว่าตลอดปี 2564 มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ถึง 1,197 เหตุการณ์ ส่วนใหญ่จะเป็นอุบัติการณ์ ในเรื่องการพลัดตกหกล้ม การลื่นล้มปลอกปลอมในร่างกาย โดยตั้งใจ การผ่าตัดผิด การฆ่าตัวตาย และการให้การรักษาที่ล่าช้า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนี้ บางเหตุการณ์ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ การสูญเสียทรัพย์สิน และรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดข้อร้องเรียนมากมาย โดยที่การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดโอกาสในการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ช่วยลดความรุนแรงจากการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง และทำให้เกิดความปลอดภัยได้² และถึงแม้ว่าในการให้บริการสุขภาพจะดำเนินให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการสุขภาพแล้วก็ตาม ก็ยังอาจจะสามารถเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้อาจจะส่งผลกระทบต่อชื่อเสียง และความเชื่อมั่นของโรงพยาบาล โดยที่อุบัติการณ์เหล่านั้นสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากภาวะแวดล้อม การให้บริการ การปฏิบัติการทางโรงพยาบาลการบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการตรวจสอบค้นหา และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จึงเป็นเครื่องมือที่จะช่วยป้องกัน และลดความ

รุนแรงของผลกระทบได้³ ดังนั้นการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง จึงถือเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 540 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวทางของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) มีการนำกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล⁴ มีการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน มีระบบบริหารความเสี่ยงขับเคลื่อนผ่านในรูปแบบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ที่ผ่านมา โรงพยาบาลมีระบบการรายงานความเสี่ยงหลายช่องทาง ได้แก่ เขียนบันทึกรายงาน ผู้รับฟังความคิดเห็น มีศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โปรแกรมบริหารความเสี่ยงผ่าน Intranet จากการขยายบริการในด้านต่าง ๆ จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้พบอุบัติการณ์ที่มากขึ้นไปด้วย ซึ่งเมื่อทบทวนข้อมูลระบบรายงานความเสี่ยง พบจำนวนอุบัติการณ์ปี 2563-2565 ดังนี้ 9,857 อุบัติการณ์, 12,456 อุบัติการณ์ และ 16,876 อุบัติการณ์ ตามลำดับ แยกเป็นอุบัติการณ์ ระดับ E-I ปี 2563-2565 มีจำนวน 95 อุบัติการณ์ 126 อุบัติการณ์ และ 215 อุบัติการณ์ ตามลำดับ พบอุบัติการณ์ระดับ E-I ที่ได้รับการจัดการเชิงระบบ ปี 2563-2565 พบ ร้อยละ 52,48 และ 58 ตามลำดับ ซึ่งยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ นอกจากนี้สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยังได้กำหนดมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ประเด็น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารความเสี่ยง โดยโรงพยาบาลที่จะผ่านการรับรองและประเมินคุณภาพต้องผ่านมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ⁵ เพื่อ

เป็นการรับรองว่าผู้รับบริการ บุคลากร จะประชาชน จะเกิดความปลอดภัย และได้รับบริการที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน⁴

ดังนั้นผู้วิจัย ได้เห็นความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน มีระบบการบริหารจัดการด้านความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ และโรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพและระบบบริการที่ได้มาตรฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart⁵ เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัย เป็นผู้สนับสนุน ให้ เกิดการเรียนรู้ (Facilitator) ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนการพัฒนารูปแบบ (Planning) 2) การลงมือปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) 4) การสะท้อนผล การปฏิบัติ (Reflection) โดยศึกษาในบริบทโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพยาบาล จำนวน 32 คน คณะกรรมการ

บริหารความเสี่ยงรวมทั้งสิ้น 120 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารเสี่ยง มี 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่อง การบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 15 ข้อ โดยให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ส่วนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 0-20 ข้อ และส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ ในส่วน ที่ 3 เป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ⁶ 2) แนวทางการประชุมกลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Congruence) เท่ากับ 0.96 นำเครื่องมือมาทดสอบความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในด้านความรู้ เท่ากับ 0.72 ด้านการปฏิบัติเท่ากับ 0.97 ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย เท่ากับ 0.96 และด้านความพึงพอใจเท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ ดังนี้ 1) ลักษณะทางประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบความรู้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ 3) เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติ วัฒนธรรมความปลอดภัย และความพึงพอใจ ในระบบบริหารความเสี่ยง ใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-test และ 4) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยพิจารณาต่าง ๆ ดังนี้ 1) หลักเคารพในตัว

บุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างต้องยินยอมในการให้ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรม โดยความสมัครใจ 2) มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และทำความเข้าใจในรายละเอียดรูปแบบการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ 3) ยึดหลักผลประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย รมั้ตระวังไม่ให้เกิดความผิดพลาดหรือความเดือดร้อนแก่กลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

1. บริบทของการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการศึกษาพบว่า เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 540 เตียง มีจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย 1,240 คนต่อวัน^๑ ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้จากการทำ Focus group เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ในปี 2565 บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงน้อย มีสาเหตุจากการเข้าถึงระบบรายงานน้อย ระบบมีความยุ่งยาก หลายหน่วยงานเจ้าหน้าที่ยังไม่รู้วิธีการเข้าใช้งานในระบบ เนื่องจากยังไม่มีการจัดอบรมในตัวโปรแกรมใหม่ นอกจากนี้ในการค้นหาความเสี่ยง และเมื่อมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น ระบบบริหารจัดการ ยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน และระบบการตอบสนองต่อความเสี่ยงช้า ทำให้ไม่ได้รับการจัดการอย่างทันเวลา ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาในเรื่องโปรแกรมการรายงานให้เข้าถึงง่าย การจัดอบรมให้ความรู้และสร้างความเข้าใจกับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง มีและมีระบบการควบคุมกำกับติดตาม

ลักษณะทางประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.72 เพศชาย ร้อยละ 35.28 ส่วนใหญ่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.62 อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 57 ปี (\bar{x} =36.75 S.D.=9.46) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.45 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 51.23 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่ 10-20 ปี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.55 (\bar{x} =34.75 S.D.=7.46) เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารความเสี่ยงและ 2P safety ในโรงพยาบาล ร้อยละ

71.54 ร้อยละ 79.23 รับทราบนโยบายบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

2. กระบวนการของการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นการวางแผน (Planning) จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้มีการสะท้อนข้อมูลผลการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริหารความเสี่ยง และได้ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) ประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร สาธารณสุข และประชาชน 3P Safety 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการระบบบริหารความเสี่ยงและ 3P Safety 3) พัฒนาโปรแกรมบริหารความเสี่ยง 4) จัดทำคู่มือระบบบริหารความเสี่ยงออนไลน์ 5) ระบบการกำกับติดตาม Dash board 6) การสร้างแรงจูงใจ การให้รางวัล Quality point ระบบบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Action) ดังนี้ 1) ประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร สาธารณสุข และประชาชน 3P Safety ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ในเวทีกิจกรรมการพัฒนาองค์กร และสื่อสารใน เว็บไซต์โรงพยาบาล ซึ่งพบว่าบุคลากรมีความเข้าใจ ยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัย และกิจกรรมนี้ทำให้บุคลากรรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัยขององค์กร 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ ระบบบริหารความเสี่ยงและ 3P Safety โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสร้างความเข้าใจ และเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สรุปผลการดำเนินงานพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ทั้ง 4 ขั้นตอนมากขึ้น มีความรู้เรื่องการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง มากขึ้น และสามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดในหน่วยงานได้ ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้มีการประชุมอย่างต่อเนื่องทุกปี 3) พัฒนาโปรแกรมบริหารความเสี่ยง สรุปผลการดำเนินงานพบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมให้ง่ายต่อ

การรายงานและเข้าถึง คือสามารถรายงานผ่านมือถือได้ และมีระบบไลน์แจ้งเตือนให้บุคลากรและหน่วยงานได้รับทราบเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นในหน่วยงานเพื่อการแก้ไข และการจัดการความเสี่ยงที่รวดเร็ว 4) จัดทำคู่มือระบบบริหารความเสี่ยงออนไลน์ สรุปผลการดำเนินงานพบว่า มีการจัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงออนไลน์ในตัวโปรแกรมความเสี่ยง Prolang risk เพื่อให้บุคลากรง่ายต่อการใช้งาน ผลพบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจ ในการใช้งานโปรแกรมเพิ่มขึ้น 89.79% 5) ระบบการกำกับติดตาม Dash board ผลการดำเนินงานพบว่า ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และผู้บริหารสามารถควบคุมกำกับติดตาม อุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยเฉพาะความเสี่ยงที่มีระดับที่รุนแรง เพื่อการจัดการได้รวดเร็ว ซึ่งพบอัตราการตอบสนองต่อความ

เสี่ยงและข้อร้องเรียน เพิ่มขึ้นจาก 79.45% ในปี 2565 เป็น 89.24% ในปี 2566 6) การสร้างแรงจูงใจ การให้รางวัล Quality point ระบบการบริหารความเสี่ยง ผลการดำเนินงานพบว่า มีการรายงาน อุบัติการณ์ ความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น จากมีการสร้างแรงจูงใจในการรายงาน การตอบสนองต่ออุบัติการณ์ และข้อร้องเรียน จากปี 2565 =6,456 อุบัติการณ์ ปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 14,546 อุบัติการณ์

ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) มีการควบคุมกำกับติดตามในระบบบริหารความเสี่ยง ในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ทุกเดือน เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน และมีการสรุปผลการติดตาม ในรายไตรมาส รายปี และสรุปผลหลังการพัฒนา

ตารางที่ 1 ร้อยละของคะแนนความรู้ตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา (n=120)

ความรู้ตามกระบวนการบริหาร ความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	ระดับ	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	ระดับ
การค้นหาความเสี่ยง	228	63.34	น้อย	290	80.83	มาก
การประเมินความเสี่ยง	272	75.63	ปานกลาง	335	93.12	มาก
การจัดการความเสี่ยง	280	77.78	ปานกลาง	345	96.05	มาก
การประเมินผลความเสี่ยง	261	72.75	ปานกลาง	333	92.65	มาก
รวม	1,041	72.37	ปานกลาง	1,303	90.66	มาก

เปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ร่วมวิจัยก่อน และหลังการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ในเรื่อง การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยง

พบว่า ระดับความรู้ของผู้ร่วมวิจัยก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.37 หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.66 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนา

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา (n=120)

การปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ		
การปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง								
การค้นหาความเสี่ยง	3.05	0.58	ปานกลาง	3.81	0.54	มาก	10.74*	<0.001
การประเมินความเสี่ยง	3.14	0.55	ปานกลาง	3.85	0.58	มาก	10.10*	<0.001

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา (n=120)

การปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ		
การจัดการความเสี่ยง	3.43	0.37	ปานกลาง	4.25	0.45	มาก	13.76*	<0.001
การประเมินผลความเสี่ยง	3.09	0.44	ปานกลาง	3.92	0.43	มาก	11.44*	<0.001
รวม	3.19	0.35	ปานกลาง	3.97	0.44	มาก	17.87*	<0.001
การมีส่วนร่วม								
การค้นหาความเสี่ยง	2.95	0.59	ปานกลาง	3.54	0.60	มาก	6.89*	<0.001
การประเมินความเสี่ยง	3.02	0.80	ปานกลาง	3.76	0.55	มาก	7.08*	<0.001
การจัดการความเสี่ยง	3.20	0.81	ปานกลาง	3.66	0.73	มาก	7.53*	<0.001
การประเมินผลความเสี่ยง	3.15	0.71	ปานกลาง	3.77	0.56	มาก	8.63*	<0.001
รวม	3.08	0.59	ปานกลาง	3.68	0.56	มาก	14.68*	<0.001

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ในเรื่องการปฏิบัติตามกระบวนการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยง ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =3.19 S.D.=0.35)

หลังการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก (\bar{x} =3.97 S.D.=0.44) ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.005 และระดับการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =3.08 S.D.=0.59)หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (\bar{x} =3.68 S.D.=0.56) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา (n=120)

ความพึงพอใจตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ		
ด้านกระบวนการ	3.23	0.09	ปานกลาง	4.08	0.07	มาก	9.11*	<0.001
ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	3.04	0.48	ปานกลาง	3.97	0.56	มาก	10.28*	<0.001
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	3.31	0.55	ปานกลาง	3.92	0.47	มาก	7.20*	<0.001
ด้านผลการดำเนินงาน	3.35	0.69	ปานกลาง	4.10	0.61	มาก	7.46*	<0.001
รวม	3.23	0.43	ปานกลาง	4.02	0.45	มาก	11.62*	<0.001

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาความพึงพอใจตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง กลาง (\bar{x} =3.23 S.D.=0.43) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (\bar{x} =4.02 S.D.=0.45) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005

ผลการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ร่วมวิจัย มีความรู้ การปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) จำนวนการรายงานงานความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จากปี 2565 =6,456 อุบัติการณ์ ปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 14,546 อุบัติการณ์ พบร้อยละของ

อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบเพิ่มขึ้นจาก ปี 2565 ร้อยละ 68.45 ปี 2566 เป็นร้อยละ 89.25 พบอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ ของความเสี่ยงในปี 2566 = 3 อุตการณ์ จากการวิเคราะห์พบว่า เป็นเรื่อง Medication Error ได้มีการทบทวนและหาแนวทางร่วมกันโดยการทำ Root cause analysis และนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการในการป้องกันการเกิดซ้ำ

ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ จากการสะท้อนข้อมูลผลการศึกษา ให้ทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ร่วมสนทนากลุ่มและถอดบทเรียน จึงได้รูปแบบของการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ที่มีชื่อว่า KLS Model ได้แก่ K=Knowledge การพัฒนาองค์ความรู้ด้านคุณภาพและบริหารความเสี่ยงของบุคลากรในองค์กร L= Learning Organization คือการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ รวมถึงการพัฒนาการเรียนรู้ ภาวะการณ์เป็นผู้นำในหน่วยงาน (Leadership) เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยน เกิดการพูดคุย ทบทวนอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ร่วมกัน S= Simple การบริหารจัดการระบบบริหารความเสี่ยงให้ง่าย และเกิดความปลอดภัยกับผู้รับบริการ บุคลากร และประชาชน

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาบริบทของการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ พบว่า รูปแบบที่การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น จากการนำ ของผู้นำองค์กรที่เห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งทำให้เกิดการกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง และนำลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน ส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง การตอบกลับ ตอบสนองต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง เพิ่มสูงขึ้น อย่างเห็นได้ชัด และกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน หลัง

การพัฒนา ทั้งระดับความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า หลังการพัฒนาคุณภาพ ทั้งระดับความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจต่อกระบวนการบริหารความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนา⁹

2. จากการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ คือทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ และโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้เกิดรูปแบบในการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล คือ “KLS Model” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ยอดยศ ที่ศึกษา การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้รูปแบบใหม่คือ ROIET Model¹⁰

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ คือ 1) Leadership คือการนำองค์กรโดยทีมผู้นำของโรงพยาบาล ในการกำหนดนโยบาย และสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง จะเห็นได้จากการลง Leadership walk round และลง Risk round เพื่อกระตุ้นการพัฒนาของทีมนำ 2) Team การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงของทุกหน่วยงาน ทุกสาขาวิชาชีพ ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสภรณ์ เชิงสะอาด¹¹ ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำคัญในการพัฒนารูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด คือ การมีส่วนร่วมของทีม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำแผนการพัฒนาด้านบริหาร ความเสี่ยงสำหรับบุคลากร ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะองค์ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง เนื่องจากมีการหมุนเวียน และการรับเข้าทำงานใหม่ของบุคลากร

2. การนำระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยในการ ปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดระบบ

บริการที่รวดเร็ว ตอบสนองต่อผู้รับบริการและ จัดการความเสี่ยงได้รวดเร็ว

3. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้น หรือประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อ พัฒนาคุณภาพให้เกิดความต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Supachutikul A. Hospital Risk Management System. 5th edition. Bangkok: Dec Co., Ltd;2001.
2. ผ่องพรรณ จันธนมบัติ .การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในโรงพยาบาล.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. กรุงเทพฯ; 2561.
3. Kemmis & Mc Taggart R. (Eds). The Action Research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University press; 1990.
4. Institute for Hospital Quality Assurance and Development. Patient and Personal safety: Concept and Practice. Bangkok: Dee Co., Ltd;2003.
5. พัชฌิตา สุภิสุทธิ. การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร.ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา; 2552.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture): กรุงเทพฯ;2560.
7. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.ข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน; 2565.
8. ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. คู่มือบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์;2565.
9. ภัทรธิตา โภคาพันธ์.การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.วารสารพยาบาลทหารบก;2555.
10. กนกพร ยอดยศ. การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด: วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน;2562.
11. นภัสภรณ์ เชิงสะอาด. การพัฒนารูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอานาจสมารถ จังหวัดร้อยเอ็ด: วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ;2561.

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียม : กรณีศึกษา
Nursing Care Elderly of infection after cataract surgery with Intraocular lens
Implantation: Case study.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

รวินท์นิภา ภักดี¹
Rawinnipha Phakdee¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียม กรณีศึกษาจำนวน 1 ราย ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 61 ปี มาด้วยอาการสำคัญ ตาข้างซ้ายมัว มองไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล 15 วัน แพทย์จักษุניתผ่าตัดตาข้างซ้ายด้วยเครื่องสลายต่อกระจก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 3 สิงหาคม 2566

ผลการศึกษาพบว่า ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด และเสี่ยงติดเชื้อหลังผ่าตัดจากผู้ป่วยและญาติขาดทักษะการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ระยะผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากฉีดยาชาเฉพาะที่ เสี่ยงต่อผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดเลนส์ เสี่ยงเกิดอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด เสี่ยงปนเปื้อนเชื้อโรคขณะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด เสี่ยงเกิดอุบัติเหตุจากพร่องการมองเห็น มีอาการปวดตา ข้างซ้ายที่ผ่าตัด เสี่ยงติดเชื้อหลังผ่าตัด พร่องทักษะการดูแลตนเองที่บ้านเรื่องการหยอดยา การเช็ดตา การเก็บรักษา ยา วันที่ 15 ส.ค. 2566 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลก่อนนัด ด้วยอาการ น้ำตาไหล ปวดตา ตาข้างซ้ายมัวลง จักษุแพทย์วินิจฉัยติดเชื้อในลูกตา พยาบาลประสานส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดวุ้นตา(Pars plana vitrectomy) ฉีดยาปฏิชีวนะเข้าช่องน้ำวุ้นตา (Intravitreal Injection)และล้างหนองออกจากช่องตา พยาบาลได้เตรียมความพร้อมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและจำหน่ายกลับบ้าน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล การประเมินแบบแผนสุขภาพ และวางแผนจำหน่ายแบบDMETHOD ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง หลังผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ และจำหน่ายกลับบ้าน

คำสำคัญ: ผ่าตัดต่อกระจก , การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อหลังผ่าตัด

ABSTRACT

This study was case study aimed at studying nursing care for elderly patients with of infection after cataract surgery with Intraocular lens Implantation is 1 case study. a Thai female 61 years old, presented with significant symptoms, The left eye was blurry, and could not see 15 days before coming to the hospital, the ophthalmologist scheduled surgery on the left eye with a cataract removal machine. Admitted to the hospital on 3 August 2023,

The results of the study found that patients and relatives were worried and afraid of surgery, and the risk of infection after surgery from patients and relatives who lack pre-postoperative skills. In the surgery period, there is a risk of complications from local anesthesia injections, Risk of operating on the wrong person, wrong side, wrong lens, risk of accidents from using surgical tools, and Risk of contamination with germs during surgery. In the post-operative period, there is a risk of accidents due to loss of vision, pain in the left eye that had surgery, risk of infection after surgery Deteriorated self-care skills at home regarding dropping medicine, wiping the eyes, and storing medicine. On 15 August 2023, the patient came to the hospital before the appointment with symptoms of watery eyes, eye pain, and the left eye was blurred. An ophthalmologist diagnosed an Endophthalmitis. The Nurses coordinate transfers to hospitals with higher capacity. The patient was treated with Pars plana vitrectomy surgery. Antibiotics Intravitreal Injection and surgery to clear pus from the eyes. The nurse prepared for the preoperative period, the surgical period, the postoperative period, and for discharge home by applying the nursing process, health plan evaluation and

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

D-METHOD discharge planning patients continuously follow up on treatment results. After cataract surgery the patient is safe. Has been rehabilitated and Discharged.

Keywords: Cataract surgical, nursing care of infection after cataract surgery.

บทนำ

โรคต้อกระจก (cataract) เป็นโรคสำคัญทางจักษุ คือ ภาวะเลนส์แก้วตาขุ่นทำให้ปิดกั้นแสงไม่ให้ผ่านทะลุเข้าไปในลูกตาได้ ทำให้การมองเห็นลดลง ต้อกระจกมักเกิดกับ ผู้สูงอายุสาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากการเสื่อมตามวัย และมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดต้อกระจก เช่น ไขมันคอเลสเตอรอลสูง โรคเบาหวาน การขาดสารอาหาร การสูบบุหรี่ ยาสเตียรอยด์ รังสียูวี การกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บที่ตา เป็นต้น ต้อกระจก เป็นสาเหตุสำคัญของตาบอดอันดับ 1 ของโลก โดยองค์การอนามัยโลกประเมินว่าทั่วโลกมีคนตาบอดร้อยละ 45 ประมาณ 35-40 ล้านคน และมีสาเหตุตาบอดจากต้อกระจกร้อยละ 53 โรคต้อกระจกเป็นสาเหตุของภาวะตาบอดที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการตรวจคัดกรอง และรักษา พยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม การรักษาที่สำคัญทำได้โดยการผ่าตัดนำเลนส์ที่ขุ่นออกแล้วใส่เลนส์เทียมเข้าไปแทนที่ที่เรียกว่า Intraocular Lens(IOL)สามารถใช้ได้ถาวรและปรับเปลี่ยนตามความต้องการของสายตาได้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียม คือการติดเชื้อหลังผ่าตัด อัตราการติดเชื้อประมาณ ร้อยละ 0.07 - 0.12 พบมาก

ผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป อัตราการผ่าตัดต้อกระจกในประเทศไทยปี2563 จำนวน 109,573 ครั้งและในเขต 9 นครชัยบุรินทร์จำนวน 9,266 ครั้ง ผู้ป่วยรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เลนส์เทียมภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ระยะผ่าตัด ได้แก่ กระจกหลุมเลนส์ส่วนหลังแตก (ร้อยละ0.5-2) เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อในลูกตา (Endophthalmitis) มากถึง 6 เท่า เทียบกับผู้ป่วยที่กระจกหลุมเลนส์สมบูรณ์ ระยะ หลัง ผ่า ตัด การ ติด เชื้อ ใน ลูก ตา (Endophthalmitis) พบได้ประมาณร้อยละ0.04 ภาวะนี้อาจส่งผลให้สูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร

ได้ การติดเชื้อเกิดจากเชื้อโรคภายนอกร่างกายเข้าสู่ร่างกายโดยตรง (exogenous endophthalmitis) ผ่านทางแผลผ่าตัดและการติดเชื้อภายในร่างกายอยู่ก่อนแพร่กระจายตามกระแสเลือด เข้าสู่ ภายใน ลูก ตา (endogenous endophthalmitis) แผลผ่าตัดต้อกระจกเป็นแผลผ่าตัดสะอาด (clean wound) เกณฑ์การควบคุมคุณภาพ อัตราการติดเชื้อเป็น 0 จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียมโรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา ในปี2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียมจำนวน 0, 1, 2 รายคิดเป็นร้อยละ0, 0.07, 0.12 จากจำนวนผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจกทั้งหมด 1,140 , 1,416 , 1,727 ราย ตามลำดับ(ที่มา:ฐานข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม HosXp.) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์การควบคุมคุณภาพ ในบทบาทของพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงสนใจในการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียม เพื่อให้การพยาบาลถูกต้องตามมาตรฐานมีการป้องกันการติดเชื้อที่เคร่งครัดให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียม
2. เพื่อให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียมได้ถูกต้อง

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจก คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยที่จักษุแพทย์วินิจฉัยติดเชื้อในลูกตา

(Endophthalmitis) หลังผ่าตัด เข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลเทพรัตน์ ศึกษาระหว่างเดือน
สิงหาคม – ธันวาคม 2566

ระเบียบวิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีการศึกษา เลือกกรณีศึกษาแบบ
เฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อ
กระจก ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ การพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
กำหนดวัตถุประสงค์ ประเมินผู้เกี่ยวข้องด้านการ
รักษาพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการประเมินสภาพ
ซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ เวชระเบียน ตรวจ
ร่างกาย ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ทราบ
ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้
มารวบรวม วิเคราะห์ โดยนำเอาความรู้ทาง
วิทยาศาสตร์ กรอบแนวคิดการประเมินแบบแผน
สุขภาพของกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาล
นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย มีการประเมิน
สภาพ วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล
ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล
อย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD
สรุปผลกรณีศึกษาและทำการวิเคราะห์
เปรียบเทียบกับทฤษฎี จัดพิมพ์รายงาน เผยแพร่
ผลงานวิชาการ และ นำไปใช้ประโยชน์ใน
หน่วยงาน

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 1 ราย
ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย และญาติ เพื่อนำมา
เป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้
อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ไม่มีการละเมิด
สิทธิของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยถือเป็น
ความลับ และเขียนบันทึกขอยืมเวชระเบียนจากผู้มี
อำนาจของโรงพยาบาล

ผลการศึกษา:

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 61 ปีเข้า
รับการรักษาโรงพยาบาล 3 สิงหาคม 2566 เวลา
10.56 น. วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่
5 สิงหาคม 2566 เวลา 14.30 น อาการสำคัญที่มา
โรงพยาบาล (Chief complaint) มีอาการตาซ้าย
มัว มองไม่ชัด เป็นมา 2 วัน ประวัติความเจ็บป่วย
ในปัจจุบัน (Present Illness) 15 วันก่อนมา
โรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีตาซ้ายมัว มองไม่
ชัด ไม่ปวดตา ตามัวลงเรื่อยๆ แพทย์จักษุตรวจพบ
ต่อกระจกตาข้างซ้าย นัดให้มาอนโรงพยาบาล
เพื่อเตรียมผ่าตัดต่อกระจกตาข้างซ้าย ให้การรักษา
โดยผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์เทียมตาข้างซ้ายด้วย
เครื่องสลายต่อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง
(Phacoemulsification with Intraocular lens)
วันที่ 4 ส.ค. 2566 ระยะผ่าตัดผู้ป่วยไม่ได้รับการ
ฉีดยา cefuroxime เข้าไปในตา เนื่องจากแพ้ยา
Penicillin โดย ระหว่าง การ ผ่า ตัด ไม่มี
ภาวะแทรกซ้อน ได้รับการเย็บด้วย 10-0 nylon 1
Stitches ใส่ Power lens LE + 19.0 DA 118.8
ได้ตามที่วัดไว้ และหลังผ่าตัดมีอาการปวดตา ตา
แดงเล็กน้อย ตาไม่บวม ไม่มีตาแฉะ ระดับการ
มองเห็น ดีขึ้นจากเดิม Hand Movement เป็น
5/200 Pinhole แพทย์จักษุอนุญาตให้กลับบ้านได้
วันที่ 5 ส.ค. 2566 เวลา 14.30 น. ได้รับยา
Antibiotic เป็น Erythromycin 250 mg 1 tab o
qid #20 tab และยาหยอดตา Dex-opd ed.to
left eye qid และนัดมาติดตามอาการหลังผ่าตัด
ในวันที่ 7 ส.ค. 2566 ผู้ป่วยมีอาการเคืองตาซ้าย
ไม่มีขี้ตา ไม่ปวดตา ระดับการมองเห็น ลดลงเป็น
นับนิ้วได้ และความดันลูกตาข้างซ้าย 13 mmHg
แพทย์จักษุตรวจร่างกาย พบเลนส์เทียมอยู่ใน
ตำแหน่งปกติ แต่มีกระจกตาบวม ให้ยากลับบ้าน
เป็นยาหยอด Dex-opd ed.to left eye qid และ
ยา MTV 1 tab o tid pc นัดมาตรวจติดตาม
อาการหลังผ่าตัด 1 เดือน วันที่ 15 ส.ค. 2566
ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด ด้วยอาการน้ำตา
ไหล ปวดตา ตามัวลง เป็นมา 2 วัน ระดับการ
มองเห็นลดลงเป็นนับนิ้วได้ และ ความดันลูกตา 26

mmHg แพทย์จักษุตรวจร่างกาย พบว่ามีการติดเชื้อในลูกตา (Endophthalmitis) จึงส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมีศัลยกรรมสูงกว่าพื้นที่พยาบาลประสานส่งต่อ อธิบายเหตุผลและความจำเป็นการไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศัลยกรรมสูงกว่า ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดวุ้นตา(Pars plana vitrectomy) ฉีดยาปฏิชีวนะเข้าช่องน้ำวุ้นตา(Intravitreal Injection) และล้างหนองออกจากช่องตา ช่วงที่รักษาพบว่ามีปัญหาทางการพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด และเสี่ยงติดเชื้อหลังผ่าตัดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ระยะผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากฉีดยาเฉพาะที่ เสี่ยงต่อผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดเลนส์ เสี่ยงเกิดอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด เสี่ยงปนเปื้อนเชื้อโรคขณะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด เสี่ยงเกิดอุบัติเหตุจากพร่องการมองเห็น มีอาการปวดตาข้างซ้ายที่ผ่าตัด เสี่ยงติดเชื้อหลังผ่าตัด พร่องในการดูแลตนเองที่บ้านเรื่องการหยอดยา การเช็ดตา การเก็บรักษาพยาบาลได้เตรียมความพร้อมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด หลังผ่าตัดผลการประเมินหลังให้การพยาบาล หลังผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการฟื้นฟูสภาพ และจำหน่ายกลับบ้านสามารถดำเนินชีวิตกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ และญาติยอมรับในผลการรักษา

ผู้ศึกษานำเอาความรู้ทางวิทยาศาสตร์กรอบแนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ระยะก่อนผ่าตัด</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่1:ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน :</p> <p>ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล และแจ่มจ้ากลัวเจ็บ</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล:</p> <p>เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการผ่าตัด</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ โดยเข้าไปพูดคุยให้ความเป็นกันเอง ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ</p> <p>2.แนะนำให้รู้จักผู้ป่วยข้างเตียงที่ได้รับการผ่าตัดไปแล้วได้ผลดี</p> <p>3. ประเมินการรับรู้และความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>4. ให้ผู้ป่วยและญาติดูสื่อการสอนวิดีโอที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด และสาธิตการเช็ดตา หลังการผ่าตัด</p>

กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินสภาพวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยผ่าตัดปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลได้ไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด ดังนี้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 17 กรกฎาคม 2566

WBC 9,240 uL Neutrophil 53.4 %

HCT 32.6 % Plt 396,000 ul

วันที่ 3 สิงหาคม 2566 DTX 103 mg%

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (Final diagnosis)

Mature cataract LE

การผ่าตัด

Phacoemulsification with Intraocular Lens under Local anesthesia

การรักษาด้วยยา

- Dex-opd ed.to left eye qid

- Erythromycin 250 mg 1 tab po qid ac

- Paracetamol 500 mg 1 tab po prn for pain q 6 hrs.

- Diamox 250 mg 1 tab po tid pc

- Diazepam 2 mg 1 tab bid pc

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าสดชื่นขึ้น พักผ่อนได้ นอนคลุมผ้าได้อย่างน้อย 30 นาที</p>	<p>5. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ความจำเป็นในการรักษาด้วยการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด</p> <p>6. แนะนำการปฏิบัติตัวระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ สระผมให้สะอาด ล้างหน้าด้วยน้ำสบู่ในช่วงเย็น และช่วงเช้าก่อนการผ่าตัด ไม่ทาแป้งหรือครีม และรับประทานอาหารอ่อนในช่วงเช้าของวันผ่าตัด รับประทานยาประจำตัวตามปกติยกเว้นยาที่แพทย์สั่งงด</p> <p>7. แนะนำการปฏิบัติตัวระยะผ่าตัด ได้แก่ ระหว่างผ่าตัดนอนหงายราบ คลุมผ้าสะอาดตลอดทั้งตัวและศีรษะ มีสายให้ออกซิเจนติดที่จมูก ใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 30 - 45 นาที ขณะผ่าตัด ไม่ส่ายศีรษะไปมา ไม่ยกแขนหรือขยับร่างกายหรือไอ จามอย่างเด็ดขาด ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ ให้บอกแพทย์ก่อน</p> <p>8. ประเมินการนอนคลุมโปงด้วยผ้าที่มีความหนาใกล้เคียงกับผ้าคลุมผ่าตัดโดยไม่ขยับตัวให้ได้อย่างน้อย 30 นาที</p> <p>9. แนะนำสภาพแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ</p> <p>การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความกังวล เข้าใจสาเหตุการเกิดโรค และวิธีปฏิบัติตัวที่ต้องระมัดระวังก่อน ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด สามารถนอนคลุมผ้าได้โดยไม่มีอึดอัด</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: เสี่ยงติดเชื้อหลังผ่าตัดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องระยะก่อนและหลังผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีบาดแผลผ่าตัดจากเลนส์เทียม แพ้ยา Penicillin ไม่ได้ฉีดยาปฏิชีวนะ cefuroxime ก่อนผ่าตัด</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล:ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติ ปฏิบัติตัวระยะก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.รับผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดไม่เกิน 24 ชั่วโมง 2.ดูแลควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 200มก./ดล.ก่อนการผ่าตัด 3.ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว ให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนถึงวันผ่าตัด ยกเว้นยาละลายลิ่มเลือด ต้องงดก่อนผ่าตัด 7 วัน 4.ดูแลผู้ป่วยอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย สระผม และล้างหน้าด้วย Antiseptic scrub ในช่วงเช้า ก่อนไปห้องผ่าตัดโดยไม่ให้น้ำเข้าตาข้างที่ผ่าตัด 5. ดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำด้วยสบู่ผสมน้ำยาทำลายเชื้อ 4% chlorhexidine (Hibiscrub) ก่อนการผ่าตัด 6. ผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อไม่ว่าส่วนใดของร่างกาย เช่น ตา กุ้งยิง เชื้อราที่นิ้วมือ แผลอักเสบ ที่เท้า หรือติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ รายงานแพทย์เลื่อนการผ่าตัดออกไปก่อนรอให้การติดเชื้อในทุกระบบของร่างกายปกติ 7. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 8. ให้การพยาบาลทุกขั้นตอนด้วยวิธีปลอดเชื้อ 9. อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายจากการติดเชื้อในลูกตา 10. แนะนำญาติเรื่องการเช็ดตาให้ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด และควรเป็นคนเดียวกันตลอด 1 เดือน 11. แนะนำให้ใช้ผ้าชุบน้ำหมาดเช็ดหน้า ห้ามผู้ป่วยล้างหน้าหรือสระผมเอง 8. อธิบายอาการผิดปกติของการติดเชื้อที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที <p>การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติตอบรับเข้าใจวิธีปฏิบัติตัวระยะก่อนและหลังผ่าตัด</p>
<p>ระยะผ่าตัด</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3: เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาชาเฉพาะที่</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน:</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชักประวัติผู้ป่วยเรื่องการแพ้ยาชาเฉพาะที่ Bupivacaine 0.5% และ Lidocaine 2%

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาเฉพาะที่</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยมีอาการแพ้หรือมีอาการข้างเคียงของยา</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาเฉพาะที่</p>	<p>2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาทีและสังเกตอาการข้างเคียงของการได้รับยา เช่น ตื่นเต้น กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ง่วงซึม หวานนอน ซักเกร็ง หมดสติ ความดันโลหิตอาจต่ำหรือสูงกว่าปกติ</p> <p>3. เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ยา และทีมช่วยเหลือ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน</p> <p>การประเมินผลทางการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยา ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/82 มิลลิเมตรปรอท</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: เสี่ยงผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดเลนส์</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดจำนวน 12 ราย</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดเลนส์</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยผ่าตัดตาข้างซ้าย ใส่เลนส์ขนาด Power lens LE+19.0 DA118.8ถูกต้อง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบชื่อ สกุลผู้ป่วย ตาข้างที่จะผ่าตัด และขนาดของเลนส์ตั้งแต่ขั้นตอนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด 2. Mark site โดยพยาบาลตักผู้ป่วยในก่อนส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด 3. ตรวจสอบซ้ำ ขั้นตอนการรับผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด และในขั้นตอนการผ่าตัดในห้องผ่าตัดให้ถูกต้อง ตรงกับผู้ป่วยและเวชระเบียน <p>การประเมินผลทางการพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตาข้างซ้าย ใส่เลนส์ขนาด Power lens LE+19.0 DA118.8 ถูกต้อง</p> <p>ปัญหานี้หมดไปวันที่ 4 สิงหาคม 66</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: เสี่ยงเกิดอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อกระจกตาข้างซ้าย</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: กระจกตาและเนื้อเยื่อข้างเคียงไม่ได้รับการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ กระจกตาและเนื้อเยื่อข้างเคียงไม่ได้รับการบาดเจ็บ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำผู้ป่วยนอนนิ่ง ห้ามลุกขึ้นนั่งขณะผ่าตัด ห้ามไอจาม ขยับร่างกาย หรือส่ายหน้าไปมา ถ้ามีอาการ ผิดปกติ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่สะดวก หรืออาการรบกวนอื่น พุดแจ้งให้แพทย์รับรู้ 2. ตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัดให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ 3. ส่งเครื่องมือผ่าตัดให้ถูกต้องตามเทคนิคและตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัดด้วยความนุ่มนวล 4. จัดสภาพแวดล้อมให้มีแสงสว่างเพียงพอ <p>การประเมินผลทางการพยาบาล: กระจกตาและเนื้อเยื่อข้างเคียงไม่ได้รับการบาดเจ็บเพิ่มผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6: เสี่ยงปนเปื้อนเชื้อโรคขณะผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อกระจก</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคขณะผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล: เครื่องมือผ่าตัดปราศจากเชื้อ สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดตามมาตรฐาน 2. ล้างทำความสะอาดมือก่อนการผ่าตัด ขัดถูด้วยสบู่ฆ่าเชื้อกับน้ำหรือใช้แอลกอฮอล์สำหรับมือก่อนใส่เสื้อคลุมและถุงมือปราศจากเชื้อ 3. เตรียมเครื่องมือให้พร้อมและเพียงพอเป็นชนิด Single use และผ่านการปราศจากเชื้อ 4. ดูแลให้การพยาบาลโดยใช้หลัก Sterile Technique 5. เตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัดและบริเวณโดยรอบให้พอกผิวหนังด้วยทาลายเชื้อ 4% Chlorhexidine และ paint ด้วย 2% Chlorhexidine in 70% 6. ทีมผ่าตัดสวมเครื่องป้องกันร่างกายอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน 7. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (keep body temp > 36 °c) 8. ดูแลการหมุนเวียนอากาศให้อยู่ในช่วง 15 – 25 air change 9. ควบคุมความชื้นอยู่ระหว่าง 30 – 60 % และต้องเป็น positive pressure มีอุณหภูมิห้อง 18 – 24 °c 10. แพทย์จะใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 30-45 นาที ขึ้นอยู่กับความแข็งของต่อกระจก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>11. เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด จะมีการปิดตาข้างที่ทำการผ่าตัดด้วย Eye pad และ eye shield เอาไว้</p> <p>12. ทำความสะอาดเตียงผ่าตัดหลังการผ่าตัดแต่ละราย หลังการผ่าตัดรายสุดท้ายของวัน ทำความสะอาดพื้นและเตียงผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ 0.1 % Sodium hypochloride</p> <p>13. ทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ด้วยแผ่น wipe ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ ammonium chloride</p> <p>การประเมินผลทางการพยาบาล: ยังมีเครื่องมือผ่าตัดต้องทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีหนึ่งแบบ high speed สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด</p>
<p>ระยะหลังผ่าตัด</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7: เสี่ยงเกิดอุบัติเหตุจากการพร่องการมองเห็นหลังการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยปิดตา 1 ข้าง</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากหกล้มตกเตียง พลัดตกเตียง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน และให้เคลื่อนไหวช้า ๆ 2. ไม่ละทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพัง และยกที่กั้นเตียงทุกครั้ง 3. แนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 4. ประเมินการมองเห็น (Visual Acuity) 5. ประเมินการพลัดตกหกล้ม (Fall risk score) <p>การประเมินผลทางการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ หกล้ม พลัดตกจากเตียง</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8: ไม่สุขสบายปวดตาข้างซ้ายที่ผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบ่นปวดตา</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อบรรเทาอาการปวดตาของผู้ป่วย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยหายปวดตาข้างซ้าย</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินระดับอาการปวด (Pain score) ของผู้ป่วย 2. ให้อาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนโดยห้ามตะแคงทับข้างที่ผ่าตัด เพื่อป้องกันการกระแทก 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่ให้มีสิ่งรบกวนเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ <p>การประเมินผลทางการพยาบาล: ผู้ป่วยมีอาการปวดตา ประเมิน Pain score ได้ 5 คะแนนได้รับยารับประทาน Paracetamol 500 mg 1 เม็ด หลังได้รับยาอาการปวดตาทุเลาลง ประเมิน Pain score ได้ 1 คะแนน</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9: เสี่ยงติดเชื้อจากการปฏิบัติไม่ถูกต้องหลังการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยสูงอายุ หลงลืมง่าย มีภาวะซีด อ้วน</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องหลังการผ่าตัด</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ นอนหลับพักผ่อน ในวันแรกให้นอนหงายห้ามนอนตะแคง 2. แนะนำผู้ป่วยไม่ควรไอหรือจามแรงๆ 3. ดูแลผู้ป่วยห้ามแกะฝาครอบโดยเด็ดขาด ไม่ให้ขี้ตา 4. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาและหยอดยาตามแผนการรักษา 5. แนะนำผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนเหล่านี้จะหายไปหลังการผ่าตัดประมาณ 2-3 ชั่วโมง 6. แจ้งผู้ป่วยแพทย์ตรวจในวันรุ่งขึ้น ก่อนกลับบ้าน 7. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 8. ไม่เปิดแผลผ่าตัดก่อน 48 ชั่วโมง ยกเว้นในกรณีแผลมีเลือดหรือ discharge ซึมมาก 9. ล้างมือแบบ Hygienic hand washing ก่อนและหลังเช็ดตา 10. เช็ดตาผู้ป่วยโดยใช้หลัก Aseptic technique

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>11. แนะนำผู้ป่วยให้รักษาความสะอาดของใบหน้าโดยการเช็ดหน้าแทนการล้างหน้า</p> <p>12. อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายจากการติดเชื้อ</p> <p>13. เช็ดตาแบบปลอดเชื้อ แนะนำญาติเรื่องการเช็ดตาหลังการผ่าตัดและควรเป็นคนเดียวตลอด 1 เดือน</p> <p>14. แนะนำการรักษาความสะอาดของเส้นผม โดยนอนให้ผู้อื่นสระ และระวังไม่ให้น้ำเข้าตา</p> <p>15. ไม่ใช้มือหรือผ้าเช็ดหรือขยี้ตาให้เช็ดตาด้วยสำลีสะอาดปราศจากเชื้อ และน้ำเกลือที่ได้รับจากโรงพยาบาล</p> <p>16. ครอบตาด้วย Eye shield ในช่วงกลางคืน และสวมแว่นตาในช่วงกลางวันเป็นเวลา 1 เดือน</p> <p>17. แนะนำตรวจระดับการมองเห็นของตาข้างที่ผ่าตัดทุกวัน หากระดับการมองเห็นลดลงต้องรีบพบแพทย์</p> <p>18. แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการจัดที่อยู่อาศัยให้สะอาดเรียบร้อย อากาศถ่ายเท สะดวก</p> <p>19. ให้พบแพทย์โดยเร็วเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น การมองเห็นลดลง ปวดตามาก รับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่หาย ตาแดง มีขี้ตามาก เป็นต้น</p> <p>การประเมินผลทางการพยาบาล: ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด โดยการโทรติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและญาติ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10:พร่องความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยแจ้งว่าบางครั้งใช้ผ้าเช็ดหน้าในการเช็ดตายาหยอดตาไม่ได้เก็บในตู้เย็น</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวถูกต้องล้างมือทุกครั้งก่อนหยอดยา เก็บยาหยอดตาไว้ในตู้เย็น</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัวและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติสภาพแวดล้อมที่บ้าน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ การขอความช่วยเหลือ</p> <p>2. แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก DEMETHOD ดังนี้</p> <p>Disease: ให้ความรู้เรื่องโรคต่อกระจก ถึงสาเหตุ อากาศ การรักษาด้วยการผ่าตัดชนิดของการผ่าตัด ที่ผู้ป่วยได้รับแก่ผู้ป่วยและญาติโดยเฉพาะพยากรณ์โรค การคาดการณ์ การมองเห็นหลังผ่าตัด</p> <p>Medication :แนะนำการใช้ยา การหยอดตา การล้างมือก่อนหยอดตาทุกครั้ง การเก็บรักษา การเช็ดตาการสังเกต อาการผิดปกติหลังจากการหยอดตา เช่น ตาบวม ตาแดง มีขี้ตามากขึ้น ให้รับหยอดยาและมาแพทย์ทันทีรวมถึงการครอบตาหรือการใส่แว่นตาห้ามให้ผู้อื่นใช้ร่วมด้วย ให้หยอดตาตามแพทย์สั่งการเก็บยาหยอดตา ควรเก็บไว้ในที่แห้งและเย็น วางให้พ้นมือเด็ก ไม่ควรซื้อยามาใช้เอง</p> <p>Envirovement: จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพการมองเห็น ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ และ ทำความสะอาดให้ปราศจากฝุ่นหรือควัน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล และการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ</p> <p>Treatment: อธิบายชนิดการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับและผลลัพธ์การมองเห็นที่จะเกิดและภาวะแทรกซ้อนที่จะต้องระวังเช่น การติดเชื้อ ความดันลูกตาสูง เลนส์ตาเคลื่อน</p> <p>Health:</p> <p>1. แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า ให้ใช้ผ้าชุบน้ำบิดหมาดๆ เช็ดอย่างเบามือ และคอยระวังไม่ให้น้ำเข้าตา</p> <p>2. สอนสาธิตการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตาการครอบตา</p> <p>3. แนะนำเวลาแปร่งฟัน เบาๆ ไม่สิ้นศึระะไปมา</p> <p>4. ห้ามขยี้ตา อ่านหนังสือ ดูทีวี และภาพยนตร์เป็นเวลานานในระยะหลังผ่าตัด</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>5. แนะนำให้ครอบ Eye shield ก่อนนอนทุกคืนเพื่อป้องกันการกระทบกระแทก เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน</p> <p>6. ไม่ควรให้ท้องผูก ดึงนมพยายามรับประทาน ผัก ผลไม้ เป็นประจำ</p> <p>7. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงยกของหนัก หรือก้มหน้านาน ห้ามเล่นกีฬาที่ต้องกระโดด</p> <p>8. สระผมได้ถ้าคันศีรษะ โดยให้ผู้อื่นสระให้ ไม่เกาแรงและระมัดระวังไม่ให้น้ำกระเด็นเข้าตาข้างที่ผ่าตัด</p> <p>Outpatient Referral: แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง โดย ดู วัน เวลา และ สถานที่ให้ชัดเจน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองอย่างถูกต้องป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนเช่น การติดเชื้อหลังการผ่าตัด อาการที่ต้องปรึกษาแพทย์โดยด่วน ปวดตามากขึ้น กินยาแก้ปวด แล้วไม่หายตามีวลง มีไข้</p> <p>Diet :แนะนำเรื่องโภชนาการสามารถรับประทานอาหารได้ทุกอย่าง หลีกเลี่ยงของแข็ง ของเหนียวที่ต้องออกแรงเคี้ยวมากๆ ไม่ควรให้ท้องผูก ควรรับประทาน ผัก ผลไม้ เป็นประจำ</p> <p>การประเมินผลทางการพยาบาล: ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องบางครั้งหยุดยาเอง ไม่ได้ล้างมือ ไม่ได้เก็บยาหยุดตาไว้ในตู้เย็นและขาดการตรวจระดับการมองเห็นของตาข้างที่ผ่าตัด</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11: มีการติดเชื้อหลังการผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน: พบหนองที่ช่องหน้าม่านตา เยื่อぶตาแดง ระดับการมองเห็นHand Movement</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อป้องกันการติดเชื้อในน้ำวุ้นตาเพิ่ม</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล: หลังผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัย และจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยดำรงชีวิตในกิจวัตรประจำวันได้ตามคุณภาพผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและญาติยอมรับในผลการรักษา</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการยอมรับภาวะติดเชื้อของผู้ป่วย 2. ประเมินสัญญาณชีพ 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะติดเชื้อ 4. ประเมินความปวดและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. จัดบริการให้ผู้ป่วยได้พบจักษุแพทย์ทันที 6. ประสานการส่งต่ออย่างรวดเร็วไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 7. อธิบายเหตุผลและความจำเป็น ของการไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 8. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ทบทวนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 9. แนะนำเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ 10. ไม่ใช้มือล้างหรือขยี้ตาให้ใช้ที่ครอบตาตลอดเวลา 11. ติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย ได้รับการรักษาโดยการฉีดยาปฏิชีวนะ และ ผ่าตัดล้างหนองออกจากตา 12. ทบทวนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพวิเคราะห์หาสาเหตุของการติดเชื้อ <p>การประเมินผลทางการพยาบาล: หลังผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการฟื้นฟูสภาพ และจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยดำรงชีวิตในกิจวัตรประจำวันได้ตามคุณภาพผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและญาติยอมรับในผลการรักษา</p>

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาพบว่ามีการติดเชื้อหลังผ่าตัด สาเหตุจากการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียม

และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อสามารถเกิดได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด⁶ ด้านผู้ป่วย

เป็นผู้สูงอายุ มีภาวะอ้วน และแพ้ยาPenicillin ไม่ได้รับการฉีดยาcefuroximeเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการ น้ำตาไหล ปวดตา ตามัวลง ระดับการมองเห็นลดลงเป็นนับนิ้วได้ และความดันในลูกตาข้างซ้าย 26 mmHg จักษุแพทย์ตรวจร่างกายพบหนองในช่องหน้าม่านตา (Hypopyon) วินิจฉัย Endophthalmitis left eye แพทย์จักษุพิจาณาส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทันที พยาบาลดำเนินการประสานการส่งต่อและอธิบายเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องรับทำการรักษาให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษา โดยการผ่าตัดวุ้นตา (Pars plana vitrectomy) ฉีดยาปฏิชีวนะเข้าช่องน้ำวุ้นตา(Intravitreal Injection) และล้างหนองออกจากช่องตา¹⁰ ผลการรักษาผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและปฏิบัติการพยาบาลพ้นจากภาวะวิกฤตหายจากการติดเชื้อ สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ การติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียมถือเป็นภาวะวิกฤต⁴ เพราะผู้ป่วยอาจสูญเสียการมองเห็นถาวรได้ กระบวนการดูแลรักษาจะซับซ้อนมากขึ้น สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายมากขึ้น จากกรณีศึกษาพบว่าทำให้คำแนะนำ ฝึกทักษะการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านมีความสำคัญอย่างมาก ควรมีการประเมินการรับรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ และเพิ่มช่องทางให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อจะช่วยทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

บทสรุป

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อหลังผ่าตัด ต่อกระจกใสเลนส์เทียม ถือเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ต้องดำเนินการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่เพราะผู้ป่วยอาจสูญเสียการมองเห็นแบบถาวรได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ โดยใช้กรอบแนวคิด การประเมินแบบ

แผนสุขภาพของกอร์ดอน และใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล เป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพ การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะที่นอนโรงพยาบาล ภายหลังจากพ้นระยะวิกฤต เข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ การวางแผนจำหน่ายดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเป็นระบบ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนให้คำแนะนำ ฝึกทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติหลังจำหน่ายเมื่อกลับบ้าน การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย
2. ประสานส่งต่อผู้ป่วยกับทีมสุขภาพในพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดโดยใช้รูปแบบการแนะนำเดียวกันกับที่
3. ควรให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดด้วยสื่อการสอน สานิต และสื่อวีดิทัศน์ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมที่สามารถทบทวนความรู้และดูการปฏิบัติตัวต่อเนื่องที่บ้านได้ด้วยตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
4. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อพร้อมให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2563). ชุดข้อมูลอัตราการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป. สืบค้นวันที่ 8 สิงหาคม 2566.จากhttps://data.go.th/dataset/dataset-ip_21_02
2. กำธร มาลาธรรม และยงค์ รงค์รุ่งเรือง.(2560). คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
3. ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์ (2566). คู่มือการพยาบาลพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : หจก.เอ็นพีเพรส จำกัด.
4. ภาควิชาจุฬารัตนาวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. (2563). จักษุจุฬา. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร จำกัด.
5. ธารินี เสี่ยงมพรพาณิชย์. (ม.ป.ป.). การผ่าตัดรักษาต้อกระจกและเลนส์แก้วตาเทียมชนิดต่างๆ. ม.ป.ท. ม.ป.พ. สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2566 จาก <https://www.bangkokhospital.com/content/Cataract-surgery-and-intraocular-lens>.
6. พรศิริ พันธสี .(2566).กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ การประยุกต์ใช้ทางคลินิก.พิมพ์ครั้งที่ 30.กรุงเทพฯ :พิมพ์อักษร จำกัด.
7. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. (2563). ต้อกระจกโรคเสี่ยงผู้สูงอายุ. สืบค้นวันที่ 7 สิงหาคม2566. จาก <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/cataract>
8. ละมิตร์ ปีกขาว, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และกาญจนา หัตถรังสี. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทร ตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29(5): 865.
9. วงเดือน สุวรรณศิริ และยุพเรศ พญาพรหม.(2560). การป้องกันและการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29 (2),15-26.
10. แสงโสม ทรัพย์มนตรี, และนงเยาว์ เกษตรภิบาล. (2563). การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ. พยาบาลสาร, 47 (3),204-212
11. สมสงวน อัยคุณและคณะ. (2560). โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่3. เชียงใหม่: บริษัทวินอินดีไซด์ จำกัด.
12. สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย และอภิชาติ วชิรพันธ์. (2563). แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
13. Association of preoperative registered nurse:AORN.(2006).Competency sttements in Perioperative nursing.In AORN Standards,recommended practices,and guidelines.Denver:Association of perioperative registered nurses.



ECH

Journal

of environmental and community health

VOL.8 NO.3 September - December 2023

**วารสาร
อนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน**

ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566

ISSN : 2672-9717

PART II

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันจากฝีในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง ณัฐชญา กษิณศรี	228
การปนเปื้อนของฟอร์มาลินและบอแรกซ์ในอาหาร เขตตำบลอุโมง อำเภอบางบาล จังหวัดสุพรรณบุรี รุ่งกาญจน์ สังข์รักษ์ , สยมภู สงวนสิทธิ์อินทร์	238
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนิคมน้ำอุ่น จังหวัดสกลนคร พัฒนา ไชยชมภู	244
การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตที่มีความเสี่ยงสูงและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย สุวิมล บุญโสตา	251
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในท่อน้ำนมที่มีโรคร่วม : กรณีศึกษา 2 ราย ชฎาภรณ์ ภูักันทา	257
กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ฉัตรชนก บุญเอก	264
กรณีศึกษา: บทบาทพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนความถี่สูง อุทัยวรรณ จิระชีวะนันท์	274
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด: กรณีศึกษา อาทิตยา ภูวชินพงค์	284
การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา จิตาภา ชัยบรรสกุล	295
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดนครพนม รุ่งทิภา จันทร์งาม , รุ่งนภา พรหมสาขา ณ สกลนคร	302
ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจคัดกรองทารกในครรภ์และการเจาะน้ำคร่ำในการวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์แต่กำเนิดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย สันหัตถ์ บุญเรือง	313
ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อผู้ปกครองและเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พรพรรณ ตรีโกศา , ชลสินธุ์ ศรีลาศักดิ์	321
การดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุสมผล ตาม RDU Hospital PLEASE ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอลำดวน จังหวัดกาฬสินธุ์ จิตตวดี กมลพุทธ	331
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่าร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย พาฝัน หงษ์เตาปูน	340
การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับแบบส่องกล้อง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย วิไลจิต จันทร์สุตชา	348
มุมมองของทันตแพทย์จัดฟันที่เข้าร่วมโครงการ ยิ้มสวย เสียงใส ต่อการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ สุทธิ มาลัยวิจิตรนนท์	357

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การศึกษาความแม่นยำของผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก เพื่อวินิจฉัยมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลมหาราชธานีสยาม	368
กนกอร เรืองศิลปนันต์ ,ศศิลักษณ์ ไชยเดียน ,จิรวรรณ ธเนศธาดา	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด: กรณีศึกษา	377
กรณัฐสิริ วัตตะศิริชัย	
การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	386
ปิยาวดี เจียเจริญ	
การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับมีภาวะไตวายเฉียบพลัน กรณีศึกษา 2 ราย	393
อุไร มิตรปราสาท	
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดDiabetic Ketoacidosis:กรณีศึกษา 2 ราย	403
อุมาพร จันทะหะ	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) : กรณีศึกษา 2 ราย	411
ณิรชา บุญมาตย์	
ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	419
นภัทร พรทิณผล ,ละอองดาว สุขโต	
การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นพิษที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับภาวะใส่ท่อหายใจยาก : กรณีศึกษา	429
อัญชลี พิพัฒน์วัชรโสภณ	
การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ : กรณีศึกษา 2 ราย	436
อารีย์ ภูยาดาว	

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 23 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ธันวาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์เทียม ผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นจากการติดเชื้อ การปนเปื้อนของฟอร์มาลินและบอแรกซ์ในอาหาร พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่น ผู้ป่วยโรคไตที่มีความเสี่ยงสูงและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในท่อนกระดูกที่มีโรคร่วม ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนความถี่สูง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย การตรวจคัดกรองทารกในครรภ์และการเจาะน้ำคร่ำในการวินิจฉัยความผิดปกติของทารก ส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก การใช้ยาสมเหตุสมผล ตาม RDU Hospital PLEASE หญิงตั้งครรภ์อายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับแบบส่องกล้อง การเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ การศึกษาความแม่นยำของผลเซลล์วิทยา ผู้ป่วยโรคเบาหวานและที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกกร่วมกับมีภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันจากฝีในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง The Nursing care for Upper airway obstruction due to Submandibular space abscess

(Received: November 10,2023 ; Revised: November 25,2023 ; Accepted: November 26,2023)

ณัฐชญา กษิณศรี¹
Natchaya Kasinsri¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันจากการติดเชื้อฝีในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง และเพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านการพยาบาลในการประเมิน เฝ้าระวังการ และการพยาบาลอย่างเหมาะสม และถูกต้อง ศึกษาโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะ Upper airway obstruction จากการติดเชื้อฝีในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง ในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 32 ปี รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน มาด้วยอาการสำคัญ ใช้ คางบวมมา 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับ มีไข้ ไอแห้งๆ กลืนน้ำลายแล้วเจ็บคอ มีฟันผุ ได้คางซ้ายบวมแดงร้อน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 5 พฤษภาคม 2566 Dx. Lt.Submandibular abscess ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแลได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ถอนฟัน และการผ่าตัดระบายหนอง หลังผ่าตัดพบปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ ภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากภาวะ upper airway obstruction, มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยากเนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณทางเดินหายใจส่วนต้นบวมและอ้าปากได้น้อย, มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ,เสี่ยงหยาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ และมีภาวะเครียดและวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย และได้รับการ Re-intubation ย้ายไปหอผู้ป่วย ICU ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 6 วัน ผู้ป่วยปลอดภัยผ่านพ้นระยะวิกฤต อาการดีขึ้นตามลำดับ และย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน นัดติดตามอาการที่แผนกทันตกรรม และแผนกอายุรกรรม วันที่ 29 พฤษภาคม 2566

คำสำคัญ : ภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน, ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก, ติดเชื้อฝีในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง

Abstract

This study is a case study aimed at studied nursing care of patients with upper airway obstruction due to Submandibular space abscess and to serve as a guideline for nursing personnel in evaluating, monitoring, and providing appropriate and accurate nursing care. Studying by selecting specific methods. Patient's diagnosis with upper airway obstruction due to Submandibular space abscess in the otolaryngology and ophthalmology ward, Debaratana Nakhonratchasima Hospital.

The results of the study found that a Thai female 32 years old, was referring from a community hospital. Presented with significant symptoms, fever and swollen chin 1 week before coming to the hospital, along with fever, dry cough, swallowing saliva and sore throat, tooth decay, swelling under the left chin, red and hot. Admitted to hospital on 5 May 2023, Dx. Lt.Submandibular abscess. The patient denies underlying disease. While the patient was in care received intravenous antibiotics, had a tooth extracted, and had incision and drainage. After surgery, an important nursing problem was found, namely oxygen depletion due to upper airway obstruction, difficult intubation due to swollen tissues in the upper airway and limited ability to open the mouth, hyperglycemia, risk of unsuccessful weaning from the ventilator, stress and anxiety from illness and received re-intubation moved to the ICU ward and used a ventilator for 6 days. The patient is safely past the critical stage. Symptoms gradually improved and moved back to the female surgery ward.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา

The doctor allowed him to go home. Including 11 days of hospital stay. Follow-up appointment at the dental department and the Internal Medicine Department on 29 May 2023.

Keywords: Upper airway obstruction, difficult intubation, submandibular space abscess

บทนำ

ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่รุนแรง มีอันตรายถึงชีวิตมีรายงานอุบัติการณ์การเกิดทางเดินหายใจอุดกั้นในผู้ป่วยหุ คอ จมูก ร้อยละ 3.5-15.7 ภาวะนี้พบในผู้ป่วยทุวัยตั้งแต่เด็กเล็กจนถึงผู้สูงอายุ โดยมีสาเหตุอันดับ 1 จากการอุดกั้นของโรคมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งโคนลิ้น มะเร็งกล่องเสียง และมะเร็งเนื้องอกกล่องเสียง รองลงมาคือการอักเสบติดเชื้อบริเวณคางหรือคอ การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากฟันผุ ตำแหน่งที่มักพบการติดเชื้อหลักคือ Submandibular space เชื้อก่อโรคหลัก คือ streptococcus raridans ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมักสัมพันธ์กับ Klebsiella pneumonia ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่าในแง่ของระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การใส่ท่อช่วยหายใจ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือการประเมินและดูแลทางเดินหายใจเบื้องต้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ก่อนที่จะได้รับการรักษาที่จำเพาะสำหรับโรคที่เป็นสาเหตุต่อไป ปัญหาหลักการติดเชื้อส่วนลึกของคอที่มักก่อให้เกิดทางเดินหายใจส่วนต้นอุดกั้น คือเนื้อเยื่อบริเวณทางเดินหายใจส่วนต้นบวมร่วม กับผู้ป่วยอ้าปากได้น้อยซึ่งทำให้ใส่ท่อช่วยหายใจยาก

จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ ของโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาปี 2563 - 2566 มีจำนวน 72,41,61 และ 64 ราย ตามลำดับ พบสถิติข้อมูลผู้ป่วยเจาะคอ (Tracheostomy) ของ รพ.เทพรัตนนครราชสีมา ปี 2563-2566 มีจำนวนดังนี้ 12,7, 15,22 ราย ตามลำดับ มีอุบัติการณ์ Upper airway obstruction ที่จะต้องให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 2.1) ปัจจุบันมี

แนวโน้มจำนวนมากขึ้น เนื่องจากรพ.เทพรัตนนครราชสีมา เป็น Node ในการรับส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนจะถูกส่งต่อมารับการรักษาที่เหมาะสมจากแพทย์เฉพาะสาขาดังนั้นบุคลากรพยาบาล ผู้ให้การดูแลเบื้องต้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินภาวะฉุกเฉินได้รวดเร็ว หากมีการประเมินที่ล่าช้า จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือไม่ทันท่วงทีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ สมองขาดออกซิเจน อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว จนถึงเสียชีวิตส่งผลกระทบต่อไม่พึงประสงค์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นจากการติดเชื้อในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง

2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านการพยาบาลในการประเมิน เฝ้าระวังการ และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นจากการติดเชื้อในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง

วิธีการศึกษา

ศึกษาโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะ Upper airway obstruction จากการติดเชื้อในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง จำนวน 1 ราย ในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาล เทพรัตนนครราชสีมา ศึกษาในเดือน พฤษภาคม 2566 และดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และจากสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 1 รายได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย และญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา และไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวของ

ผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับ และได้ขอ
อนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการ
ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กรณีศึกษาเป็น เพศ หญิง อายุ 32 ปี ระดับ
การศึกษาปริญญาตรี สถานภาพ สมรสอาชีพ
ค้าขายสิทธิการรักษา บัตรทอง ภูมิลาเนา จ.
นครราชสีมา วันที่เข้ารับการรักษา 5 พฤษภาคม
2566 เวลา 16.01 น. วันที่จำหน่ายจาก
โรงพยาบาล 16 พฤษภาคม 2566 เวลา 18.00 น.
การวินิจฉัยโรค Lt.Submandibular Space
Abscess with upper airway obstruction การ
ผ่าตัด Incision and drainage under General
anesthesia

การตรวจพิเศษ: CT neck , EKG, CXR

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไข้ คางบวม 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้
ประวัติว่า มีไข้ ไอแห้งๆ กลืนน้ำลายแล้วเจ็บคอ มี
ฟันผุ ใต้คางซ้ายมีอาการบวมแดงร้อน ไปซื้อยามา
กินเอง วันนีใต้คางยังบวม อาการไม่ดีขึ้น จึงไป
โรงพยาบาล . ขาม ทะ เล ส อ Dx.Lt.
Submandibular abscess จึงส่งตัวมารักษาต่อ
รพ.เทพรัตนนครราชสีมา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการผ่าตัด

ปฏิเสธการแพ้ยา การแพ้อาหาร

การตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ

การตรวจสัญญาณชีพ At ER 14.22 น.
E4V5M6 ,O2 satiation 97 % room air
อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
128/58 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 75กิโลกรัม
ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 27.55
kg/m² แรกรับที่ ward EENT ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ภาษ
ตอบรู้เรื่อง ใต้คางซ้าย บวม ปวด pain scores 4

คะแนน ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีหายใจแน่น
อุณหภูมิต่ำ 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
128/58 มิลลิเมตรปรอท O2 satiation 96 %

การประเมินสภาพร่างกาย

รูปร่างทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 32 ปี
รูปร่างอวบ ผิวขาวเหลือง ผมยาวประจำสีด้า
ท่าทางอ่อนเพลียใต้คางซ้ายมีก้อนบวม

ศีรษะ : เส้นผมสีด้า หนังศีรษะไม่มีบาดแผล
ศีรษะมีขนาดและรูปร่างปกติ

ใบหน้า : ไม่บวม ไม่มีกุดเจ็บ

ลำคอ : ใต้คางซ้ายบวม สีผิวบริเวณคางแดง
กุดเจ็บ ไม่มีบาดแผลเปิด

ช่องปาก : อ้าปากได้น้อยมาก พูดได้น้อย

ผิวหนัง : ผิวสีขาวเหลือง เหงื่อออก ตัว
ค่อนข้างร้อน ไม่มีบาดแผล ปลายมือปลายเท้าเย็น
Capillary refill 3 วินาที

ทรวงอกและการหายใจ : รูปร่างทรวงอก
ปกติ การขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจเท่ากัน
ไม่มีหายใจเสียงลมเข้าปอด 2 ข้างเท่ากัน ไม่พบ
Crepitation ไม่มี Wheezing

หัวใจและหลอดเลือด : ชีพจร 86 ครั้ง/นาที
สม่ำเสมอ ความดันโลหิต 128/58 มิลลิเมตรปรอท
ไม่พบ S1, S2 หรือ murmur เส้นเลือดที่คอไม่โป่ง
ตึง

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ :
อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ไม่พบสิ่งคัดหลั่ง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 5/5/2566 Na 128 mmol/L, DTX
stat 15.00 น. 259 mg% วันที่ 8/5/2566 K 3.41
mmol/L, WBC 11,190 uL, Neutrophil 73.9%,
HbA1C 10.7% วันที่ 9/5/2566 K 3.49
mmol/L , Pus C/S

Salmonella group D วันที่ 11/5/2566
WBC 10,960 uL, Neutrophil 75.4 %

การตรวจวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์
ความเร็วสูง (CT):

พบ A 2.7x2.4x2.8 cm lobulated hypodense lesion with irregular thick rim enhancement within left submandibular space และ Large dental caries

การตรวจพิเศษอื่น

EKG: Normal sinus rhythm

Chest X- Ray: Normal

การวินิจฉัยโรค

Lt.Submandibular Space Abscess with 1st Dx. DM

Last diagnosis: Lt.Submandibular Space Abscess with upper airway obstruction

การผ่าตัด

Incision and Drainage under GA บริเวณใต้คาง
การรักษาด้วยยา

- Augmentin 1.2 g iv q 8 hr

- Clindamycin 600 mg iv q 8 hr.

- Cef-3 2 gm iv OD

- Regular insulin

- Mixtard 4-0-4 sc ac

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ระยะแรกเริ่มถึงวิกฤต</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะ Upper airway obstruction เนื่องจากการติดเชื้อมวลเนื้อในลำคอส่วนลึก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน: ไข้ คางบวม 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล : Temp 38.3 องศาเซลเซียส : ตรวจร่างกาย ลำคอ ใต้คางซ้ายบวม สีผิวบริเวณคางแดง กตเจ็บ ไม่มีบาดแผลเปิด ช่องปาก อ้าปากได้น้อยมาก พูดได้น้อย : CT พบ 2.7x2.4x2.8 cm lobulated hypodense lesion with irregular thick rim enhancement within left submandibular space และ Large dental caries</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ รวมถึง ระดับออกซิเจนในเลือด On saturation ทุก 1 ชั่วโมง เมื่อคงที่จึงประเมินทุก 2 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงตามลำดับ ตรวจดูลักษณะความพยายามในการหายใจของผู้ป่วย เช่น subcostal retraction, intercostal retraction, suprasternal retraction, การใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจอย่างมาก ปีกจมูกบานออกขณะหายใจ, ผงกศีรษะขณะหายใจ, นั่งโน้มตัวไปด้านหน้า หน้าเวลาหายใจ, เสียง stidor จัดท่า High fowler's position ให้ปอด 2 ข้าง ขยายตัวได้เต็มที่ ดูแลให้ยาสเตียรอยด์ Dexa 8 mg iv q 12 hr. ดูแลให้ยา Antibiotic ตามแผนการรักษา <p>การประเมินผล วันที่ 9 พ.ค.66 หลังผ่าตัดระบายหนองมีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ต้อง re-intubation ย้าย ICU on Ventilator</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : Sodium(Na)128 mEq/L, Potassium (K) 3.3 mEq/L : รับประทานอาหารได้เล็กน้อย เนื่องจากอ้าปากได้จำกัด และมีอาการปวด</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เช่น มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ดูแลให้ได้รับยา E.Kcl 30 ml oral stat และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% Nss1000 ml+ Kcl 20 mEq iv drip 80 cc/hr ตามแผนการรักษา บันทึกและประเมินน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจทางห้อง Lab และ รายงานแพทย์ทราบกรณีเกลือแร่ผิดปกติ <p>การประเมินผล วันที่ 9 พ.ค.66 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Sodium(Na) 136.1 mEq/L , Potassium (K) 3.49 mEq/L</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน : สีหน้าวิตกกังวล สอบถามเรื่องอาการว่าจะดีขึ้นไหม</p>	<ol style="list-style-type: none"> สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึกออกมาและซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคแผนการรักษาของแพทย์ ขั้นตอนการผ่าตัด ตลอดจนการให้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>4. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่างๆให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด</p> <p>5. อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด</p> <p>5.1 เตรียมความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดผิวหนังทั่วร่างกาย</p> <p>5.2 แนะนำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพราะการพักผ่อนอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยสดชื่นไม่อ่อนเพลีย ซึ่งเป็นผลดีต่อการให้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วย</p> <p>5.3 แนะนำให้ถอดสิ่งของมีค่า เช่น สร้อยคอ แหวน ที่ติดตัวผู้ป่วยออกก่อนที่จะไปห้องผ่าตัด</p> <p>5.4 การเซ็นใบยินยอมผ่าตัด</p> <p>5.5 การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน เพื่อป้องกันการอาเจียนสำลักเศษอาหารเข้าหลอดลม ขณะผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิตได้</p> <p>5.6 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ</p> <p>5.7 แนะนำให้ถอดฟันปลอม ชุดชั้นใน และของมีค่าต่าง ๆ ผากไว้กับญาติก่อนไปห้องผ่าตัด</p> <p>6. อธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ดังนี้</p> <p>6.1 หายใจเข้าออกลึก ๆ โดยหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี ป้องกันโรคแทรกซ้อนทางปอด</p> <p>7. เปิดโอกาส ให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้สอบถามข้อสงสัยต่างๆพร้อมทั้งสังเกตการแสดงออกท่าที คำพูด อารมณ์ของผู้ป่วย</p> <p>8. ให้ผู้ป่วยและญาติได้กำหนดและควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเองโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>9. แนะนำญาติให้ดูแลเอาใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และพูดคุยให้กำลังใจบ่อยๆ</p> <p>การประเมินผล : ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำดี</p>
<p>ระยะวิกฤตฉุกเฉิน</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4</p> <p>มีโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจยากเนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณทางเดินหายใจส่วนต้นบวมและอ้าปากได้น้อย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : หลังผ่าตัดตรวจพบ ลิ้นบวมโต คับปาก อ้าปากได้น้อย ขากรรไกรและคอบวม ผู้ป่วยบ่นว่ากลืนน้ำลายไม่ได้ เหมือนมีอะไรติดคอ มีน้ำลายไหล</p>	<p>1. เตรียมความพร้อมของทีมแพทย์ผู้ดูแล ทีมวิสัญญี และอุปกรณ์</p> <p>2. เตรียมท่อช่วยหายใจไว้หลายขนาด เนื่องจากทางเดินหายใจส่วนต้นอุดกั้น อาจเกิดจากทางเดินหายใจที่บวม และแคบกว่าปกติซึ่งเหมาะกับท่อช่วยหายใจที่มีขนาดเล็กกว่ามาตรฐานตามอายุ</p> <p>3. เตรียมการใส่ท่อช่วยหายใจโดยการใช้ กล้อง glidescope video หรือ laryngoscope ชนิดที่ออกแบบมาเฉพาะร่วมกับมีจอถ่ายทอดสัญญาณภาพ (video laryngoscope) หรือการใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้กล้องส่องนำทางไปยังหลอดลม (endoscopic guidance)</p> <p>4. เตรียมการเจาะคอ (tracheostomy) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ หรือทางเดินหายใจส่วนต้นอุดกั้นทั้งหมด จนไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางกล่องเสียงได้</p> <p>การประเมินผล : ระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจใช้เวลา 1 ชั่วโมง ใส่ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จ 3 ครั้ง ต้องใช้ทีมวิสัญญีในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5</p> <p>พ่นออกซิเจน เนื่องจากภาวะ upper airway obstruction</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>: หลังผ่าตัดตรวจพบ ลิ้นบวมโต คับปาก อ้าปากได้น้อย ขากรรไกรและคอบวม</p>	<p>1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย การหายใจเร็ว และเสียงหายใจ</p> <p>2. ประเมินภาวะ Peripheral และ Central cyanosis โดยประเมินจากปลายมือปลายเท้าเขียวริมฝีปากเขียว</p> <p>3. ประเมิน Capillary filling time</p> <p>4. ประเมินสัญญาณชีพ และ O2 Saturation</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>: ผู้ป่วยบ่นว่ากลืนน้ำลายไม่ได้ เหมือนมีอะไรติดคอ มีเสมหะในคอ จำนวนมาก มีน้ำลายไหล หายใจไม่สะดวก</p> <p>: นอนราบไม่ได้ ต้องลุกนั่งหายใจ</p> <p>: หายใจ 22- 24 ครั้ง/ นาที ปีกจมูกบาน</p> <p>: ระดับออกซิเจนในเลือด 97 %</p>	<p>5. จัดท่า High fowler's position ให้ปอด 2 ข้าง ขยายตัวได้เต็มที่</p> <p>6. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ในผู้ป่วยที่มีค่าความเข้มข้นออกซิเจนน้อยกว่า 90 % ร่วมกับมีภาวะ Hypoxia</p> <p>7.ดูแลเปิดทางเดินหายใจ เพื่อช่วยคงสภาพทางเดินหายใจไว้ โดยเปิดทางเดินหายใจส่วนช่องปาก และคอหอยส่วนปาก หรืออาจพิจารณาใช้วิธีการใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>8. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะให้อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงหรือทุกครั้งที่มีเสมหะ</p> <p>การประเมินผล : ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือโดยใส่ท่อช่วยหายใจ No.6.5 และใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 6 วัน ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต หลังจากคอและทางเดินหายใจยุบวม เอาท่อช่วยหายใจออก ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงใน จำหน่ายในวันที่ 16 พ.ค. 66</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6</p> <p>มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : First diagnosis DM</p> <p>: DTX stat 259 mg% HbA1C 10.7 %</p>	<p>1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว กระสับกระส่าย สับสน ซึม ที่จะบ่งบอกว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>2. ในระยะก่อนผ่าตัด ประเมิน DTX (ก่อนเข้าห้องผ่าตัด)</p> <p>3. ในระยะหลังผ่าตัด เจาะ DTX ก่อนมื้ออาหาร 3 เวลา และก่อนนอน ดูแลให้ ปรับ insulin ตามแผนการรักษา ,metformin 500mg 1 tab per oral bid pc, Glipizide 5 mg 1 tab per oral OD ac</p> <p>4. ประเมินอาการหลังให้ยา เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ทุกครั้ง</p> <p>5. แนะนำผู้ป่วยเตรียมน้ำหวาน 1 ขวดไว้บนตู้ข้างเตียง เพื่อใช้ดื่ม ในกรณีที่มีอาการหน้ามืดใจสั่น ซึ่งเป็นอาการแสดงของน้ำตาลในเลือดต่ำ</p> <p>6. เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ เบิกอาหารอ่อนเบาหวานให้รับประทาน ย้ำผู้ป่วยและญาติถึงอาหารที่สามารถรับประทานได้</p> <p>7. สังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซึมลง ปัสสาวะออกมาก และน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม ปากแห้ง อ่อนเพลีย อ่อนแรง คลื่นไส้ ปวดท้อง หายใจถี่ ถ้าพบอาการผิดปกติแจ้งพยาบาล</p> <p>การประเมินผล : ระดับน้ำตาล 104-208 mg% ไม่มีภาวะ hypoglycemia</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7</p> <p>มีโอกาสรักษาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วย on ETT with Ventilator มากกว่า 5 วัน</p>	<p>1. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยการประเมินเกี่ยวกับอาการของโรคเดิมดีขึ้น โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลวกลับสู่ปกติ มีเสียงการหายใจที่ปกติและมีข้อบ่งชี้อื่น ๆ ว่าผู้ป่วยอาการของโรคดีขึ้น</p> <p>2. ประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนของปอด โดยดูจากความสามารถของปอดในการรับออกซิเจน เช่น มีค่าของ PaO₂/FiO₂ มากกว่า 150-200 โดยใช้ FiO₂น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.4-0.5 ร่วมด้วยกับการใช้ PEEP น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5-8 เซนติเมตรน้ำ</p> <p>3. การประเมินไข้ โดยผู้ป่วยต้องไม่มีไข้หรือมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 38 องศาเซลเซียส</p> <p>4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเอาเครื่องช่วยหายใจออก การปฏิบัติตนในขณะที่ถอดเครื่องช่วยหายใจ</p> <p>5. ให้ผู้ป่วยทดลองหายใจ โดยการปลดเครื่องช่วยหายใจแล้วให้ผู้ป่วยหายใจได้เอง โดยให้ออกซิเจนทางข้อต่อตัวที่ (O₂Tpiece) ต่อกับท่อลูกฟูก (Corrugated tube) ถ้าผู้ป่วยหายใจเองได้เป็นเวลานาน 2 ชั่วโมงร่วมกับไม่มีข้อบ่งชี้ในการหยุดการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และไม่มีความต้องการคาท่อช่วยหายใจไว้เพื่อทำให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง ควรพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจให้ผู้ป่วย</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>6. การดูแลหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ ติดตามและบันทึก Tidal Volume, Minute Volume ทันที และดูแลการให้ออกซิเจนและความชื้นเสริมตลอดเวลา ตามแผนการรักษา และ Monitor ค่า O₂ sat</p> <p>การประเมินผล : 15 พ.ค.66 ผู้ป่วย สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ และสามารถ เอาท่อช่วยหายใจออกได้ สัญญาณชีพปกติ หายใจไม่หอบเหนื่อย ออกซิเจนในกระแสเลือด 95-100 %</p>
<p>ระยะฟื้นฟูสภาพ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน : สีหน้าไม่สุขสบาย บอกรวดแผล pain scores 5-6 คะแนน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของความปวด ว่าเกิดจากกระบวนการอักเสบและจากภาวะเนื้อเยื่อบาดเจ็บภายหลังผ่าตัด รวมทั้งอธิบายวิธีการบำบัดความปวดให้ผู้ป่วยเข้าใจ 2. ทำแผลตามมาตรฐานเพื่อลดการติดเชื้อ ความปวดจะลดลง 3. ให้อาแก้ปวด Tramal 50 mg iv prn q 6 hr ตามแผนการรักษา หลังให้ยา รวมทั้งประเมินผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เวียนศีรษะ ง่วงนอน 4. ประเมิน Pain score ทุก 4 - 8 ชั่วโมง <p>การประเมินผล : หลังผ่าตัดวันแรก pain scores 5- 6 คะแนน ได้รับยา Tramal 2 dose หลังจากนั้นปวดลดลง เหลือ 0-2 คะแนน</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 มีการติดเชื้อในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง ข้อมูลสนับสนุน: ใช้ คางบวม 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล : ได้รับการผ่าตัด Incision and drainage ได้ Pus discharge 50 ml , yellowish Pus C/S = Salmonella group D, WBC= 11,190 uL, Neutrophil = 75.5 %</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่อง Hand hygiene 2. ทำแผลด้วยวิธี Aseptic technique ทำแผลวันละ 2 ครั้ง และเมื่อมี Discharge ซึม 3. ประเมินลักษณะของบาดแผล สี กลิ่น ของ Discharge ที่ออกมา 4. ในระยะที่ผู้ป่วยใส่ Endotracheal tube with ventilator ดูแล Mouth care ให้ผู้ป่วย ทุก 8 ชั่วโมงและเมื่อมีหนองซึม ภายหลังจาก off Endotracheal tube แนะนำบ้วนปากบ่อย ๆ 5. ประเมินสัญญาณชีพ และ SOS ทุก 2- 4 ชั่วโมง 6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามเวลา โดยให้ Cindamycin 600 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง และ Cef -3 2 gm iv OD และประเมินผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คันตามร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียน ไม่พบภาวะดังก้าว 7. ติดตามผลการตรวจ CBC ประเมินค่า WBC และ Neutrophil <p>การประเมินผล : บริเวณคอและแผลยุบบวม แผลแดงดี ไม่มีหนอง ไม่มีใช้ SOS scores = 1-2 คะแนน</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 พร่องสุขวิทยาส่วนบุคคล ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วย on Endotracheal tube with ventilator ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ braden scales 15 คะแนน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความต้องการและการปฏิบัติกิจวัตรประจำตัวของผู้ป่วย 2. ดูแลการให้อาหารเหลวทางสายยางอย่างถูกต้องและครบตามจำนวน 3. ติดตามและประเมินผลปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับให้เพียงพอ 4. ในผู้ป่วยที่คาสายยางสวนปัสสาวะไว้ ต้องให้การพยาบาลโดยวิธีปราศจากเชื้อ ต่อสายยางแบบระบบปิด สังเกตบันทึกจำนวนสีของปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง 5. เปลี่ยนหรือทำความสะอาด Oropharyngeal airway อย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง 6. ทำความสะอาดร่างกาย(complete bed bath)อย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง 7. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งที่ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ 8. ดูแลเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผ้าขาวเตียง เสื้อผ้า ของผู้ป่วยทุกวัน และทุกครั้งที่เปื้อน 9. หากผู้ป่วยรู้สึกตัว แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวแขน ขา พลิกตะแคงตัว และเปลี่ยนท่าทุก 1-2 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>10. หลีกเลี่ยงการทำเสียงดัง จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้รบกวนผู้ป่วย</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสม ร่างกายสะอาด ให้อาหารทางสายยางรับได้ ไม่มีแผลกดทับ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11</p> <p>ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติ ตัวก่อนกลับบ้าน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>: First diagnosis DM</p> <p>: จากการสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานผู้ป่วยยังไม่ค่อยทราบเรื่องโรค และการปฏิบัติตัว และยังมี ความกังวลเรื่องชีวิต</p>	<p>1.สอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงวิธีการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้านในเรื่องต่างๆตามหลัก D-METHOD</p> <p>D= Disease แนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ตรวจพบครั้งแรกและ การติดเชื้อในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง อาการ อาการแสดง การรักษา การผ่าตัดที่ได้รับ การจัดการความปวด ภาวะฉุกเฉินของโรคเบาหวาน แนะนำการมาตรวจตามนัด กรณีที่มีความผิดปกติ ให้มาพบแพทย์ทันที</p> <p>M = Medication รับประทานยาให้ถูกต้องยาฆ่าเชื้อที่จะต้องรับประทานต่อเนื่อง แนะนำการฉีด insulin ด้วยตนเอง และตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ วิธีใช้ยา วิธีเก็บรักษา การเผื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา การแก้ไขเบื้องต้น ถ้ามีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ต้องหยุดใช้ยา ดื่มน้ำหวาน อาการไม่ดีขึ้นให้รีบมาโรงพยาบาล</p> <p>E= Environment การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรักษาความสะอาด การถ่ายเทของอากาศของห้องพัก และที่อยู่อาศัย</p> <p>T = Treatment ให้คำแนะนำการรักษาพยาบาลที่ต้องทำเมื่อกลับบ้าน อย่างต่อเนื่อง รมั้ดระวังไม่ให้แผลผ่าตัดถูกน้ำ และไปทำแผลทุกวัน เป้าหมายการดูแลรักษาโรคเบาหวานคือ ระดับน้ำตาลในเลือดควรอยู่ระหว่าง 80 - 140 mg% และ ถ้ามีอาการน้ำตาลในเลือดสูง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะบ่อย หรืออาการน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ควรมาพบแพทย์</p> <p>H = Health แนะนำการดูแลสุขภาพในช่องปาก แปรงฟันหลังอาหารทุกครั้ง ตรวจสอบสุขภาพในช่องปากทุก 6 เดือน ดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ สามารถทำงาน และประกอบอาชีพได้ตามปกติ ควรใส่รองเท้าที่นุ่มสบาย ไม่ควรเดินเท้าเปล่า ถ้ามีแผลควรรีบพบแพทย์</p> <p>O = Out patient referral แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือกลับบ้าน การมาตรวจตามนัดให้ดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมงก่อนเจาะเลือดตอนเช้า การสังเกตอาการผิดปกติซึ่งจำเป็นต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้สูง แผลผ่าตัดบวมแดงมีหนอง อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น</p> <p>D = Diet แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและส่งเสริมการหายของแผล ควรรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์(เนื้อปลา) ไข่ ถั่วต่างๆ อาหารที่มีวิตามินสูง คือ วิตามินซี วิตามินเอ จะช่วย ทำให้แผลหายเร็วขึ้น และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านเชื้อโรคให้กับร่างกาย ควรงดดื่มสุรา ควรรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อไม่ควรงด อาหารเพราะจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ขนมหวานทุกชนิด น้ำอัดลม ผลไม้กวน/เชื่อม/แช่อิ่ม อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องจำกัดปริมาณเป็นกลุ่มผลไม้ ข้าว และอาหารแป้ง อาหารที่ควร รับประทานคือ ผักทุกชนิดและดื่มน้ำเปล่า</p> <p>การประเมินผล: ผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำดี เมื่อถามย้อนกลับสามารถตอบคำถามเรื่องโรค การปฏิบัติตัว อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง</p>

ระยะเวลาศึกษาในโรงพยาบาล

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 11 วัน

การนัดติดตามอาการ

ผู้ป่วยมีนัด F/U ทันตกรรม และ F/U คลินิก

อายุรกรรม วันที่ 29 พ.ค. 2566

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย มีสาเหตุทำให้เกิดโรค submandibular space abscess คือฟันผุ และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคที่รุนแรง คือโรคเบาหวาน ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาทำให้ภูมิต้านทานโรคต่ำและเมื่อเกิดโรคทำให้โรครุนแรงมากขึ้น กรณีศึกษาี้ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวันแรก CBC ผล 11,190 /uL , DTX stat 259 mg% ผล CT Neck: พบ A 2.7x2.4x2.8 cm lobulated hypodense lesion with irregular thick Maxillo ผู้ป่วยได้รับการถอนฟัน ซี่ที่ 36 แผนการรักษาโดยการผ่าตัด Incision and Drainage under GA บริเวณใต้คาง หลังกลับจากห้องผ่าตัดพบมีปัญหาพองออกซิเจน จาก upper airway obstruction และมีปัญหาการใส่ท่อช่วยหายใจยาก การพยาบาลที่สำคัญ การประเมินภาวะฉุกฉิน² ดูแลทางเดินหายใจเบื้องต้น ตามทีมวิสัญญี และทีมแพทย์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องใช้อุปกรณ์ กล้อง glidescope video ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายไปหอผู้ป่วย ICU ได้รับการรักษา Steroid และ IV ยา Antibiotic ด้านการติดเชื้อแบบที่เรียกรวมบวก และ กลุ่ม Anaerobic Bacteria เป็นระยะเวลา 8 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหูใน D/C ในวันที่ 16 พ.ค. 66 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นจากการติดเชื้อฝีในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง ถือว่ามีความสำคัญมากเป็นภาวะฉุกฉินทางการแพทย์ที่รุนแรง มีอันตรายถึงชีวิต พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการ

ดูแลผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้⁹ โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ยนอนโรงพยาบาล ภายหลังจากพ้นระยะวิกฤตเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ การวางแผนการดูแลต่อเนืองที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ สามารถลดอัตราการกลับมารักษซ้ำด้วยโรคเดิม⁶

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลทุกระดับควรมีสมรรถนะในการประเมินภาวะ upper airway obstruction และควรมีความรู้เรื่องการช่วยเหลือเบื้องต้น
2. ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้และฝึกทักษะการช่วยเหลือกรณีใส่ท่อช่วยหายใจ รวมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ในการดูแล รวมทั้งฝึกทักษะการช่วยแพทย์ทำหัตถการเจาะคอกรณีใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือระยะวิกฤตที่รวดเร็วและปลอดภัย
3. ควรมีการฝึกซ้อมทีมในการช่วยเหลือกรณีใส่ท่อช่วยหายใจยาก นอกเวลาราชการซึ่งเป็นช่วงเวลาที่บุคลากรจำกัด

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติ จันทรพัฒนา. (2561). ก้อนที่ลำคอ Neck mass. สงขลา. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
2. ขวัญฤทัย พันธ. (2564). การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. จิราพร ตระการจันทร์ศิริ. (2566). การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร. บุรพาเวชสาร, 10(1), 38-53.
4. จีระสุข จงกลวัฒนา และ โชคชัย เมธีไตรรัตน์. (2564). โรค หู คอ จมูก : สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เล่ม 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

5. ชลธิชา ศรีวานิชภูมิ. (2564). ทางเดินหายใจส่วนต้นอุดตันเฉียบพลัน Acute upper airway obstruction. พะเยา. พิมพ์ดี เซ็นเตอร์ พลัส.
6. ปานดวงใจ ไทยดำรงค์เดช. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติระบบหายใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. พิมพ์ญา ซื่อทรงธรรม, สุพจน์ เจริญสมบัติอมร, จิรพงษ์ อังอะระ. การอักเสบติดเชื้อในช่องคอชั้นลึกในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์ เขตเมือง. 2561; 62: 365-74.
8. รัชดาพร รุ่งแก้ว. การศึกษาย้อนหลังการอักเสบติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วย ใน กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น. 2563; 2: 213-28.
9. สุมล มันทะกะ,จิตสุภา นิธิอุทัย.การจัดการทางหายใจในผู้ป่วย หู คอ จมูก ที่มีภาวะทางหายใจอุดกั้นเฉียบพลัน.กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มภารกิจค้ำการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี ราชบุรี ประเทศไทย. วสัญญสาร.2564;47(3)271-9.
10. สุมิตรา ประเทพ. (2565). การจัดการทางเดินหายใจแบบฉุกเฉิน Emergency airway management. สงขลา. คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
11. อรัญ คำภาอินทร์. ลักษณะการติดเชื้อในช่องคอชั้นลึกระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและไม่เป็นเบาหวาน ในโรงพยาบาล เพชรบูรณ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิจัยทางการแพทย์. 2021; 36: 41-51.
12. Arne J, Descoins P, Fuscuardi J, et al. Preoperative assessment for difficult intubation in general and ENT surgery : predictive value of a clinical multivariate risk index. Br J Anaesth 1998;80:140-6.

การปนเปื้อนของฟอร์มาลินและบอแรกซ์ในอาหาร เขตตำบลอุทอง อำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี Contamination of Formalin and Borax in Foods in Uthong Sub-district, Uthong District, Suphanburi Province.

(Received: November 15,2023 ; Revised: December 2,2023 ; Accepted: December 5,2023)

รุ่งกาญจน์ สังขรักษ์¹, สยมภู สงวนสิทธิ์อนันต์¹
Rungkarn Sangkaruk¹, Sayompoo Sanguansittianat¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการปนเปื้อนของฟอร์มาลินและบอแรกซ์ในอาหารและวัตถุดิบประกอบอาหารซึ่งจำหน่ายในตำบลอุทอง อำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เก็บตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากจากแผงค้าในตลาดสด ตลาดนัดและร้านรถเข็นเร่ จำนวน 10 ร้าน ร้านละ 1 ตัวอย่าง การปนเปื้อนสารฟอร์มาลินทดสอบในตัวอย่าง 6 ชนิดประกอบด้วยกุ้งสด ปลาหมึกสด ปลาหมึกกรอบ เห็ดออริโนจิ เห็ดหอมแห้ง และเห็ดหูหนูขาวแห้ง อย่างละ 10 ตัวอย่าง ส่วนการปนเปื้อนสารบอแรกซ์ทดสอบในตัวอย่าง 7 ชนิด ประกอบด้วยเนื้อหมูสด เนื้อหมูบด ลูกชิ้นหมู ลูกชิ้นปลา มะม่วงดอง องุ่นดอง และมะดันดอง อย่างละ 10 ตัวอย่าง จากนั้นคำนวณร้อยละของการปนเปื้อนของตัวอย่างแต่ละชนิด การตรวจหาฟอร์มาลินเชิงคุณภาพจาก 60 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อนฟอร์มาลินหรือฟอร์มาลดีไฮด์ 15 ตัวอย่าง (ร้อยละ 25) โดยพบมากที่สุดที่เห็ดหอมแห้ง 8 ตัวอย่าง (ร้อยละ 80) ปลาหมึกสด 4 ตัวอย่าง (ร้อยละ 40) ปลาหมึกกรอบ 2 ตัวอย่าง (ร้อยละ 20) และเห็ดหูหนูขาวแห้ง 1 ตัวอย่าง (ร้อยละ 10) ส่วนตัวอย่างที่ตรวจหาบอแรกซ์เชิงคุณภาพ รวม 70 ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อนบอแรกซ์

คำสำคัญ: การปนเปื้อน, ฟอร์มาลิน, บอแรกซ์, ความปลอดภัยด้านอาหาร

ABSTRACT

This study is survey study aimed at investigating formalin and borax contamination in food and raw food ingredients sold in Uthong sub-district, Uthong district, Suphanburi province. Sampling was done using a simple random method by drawing. 10 selected stalls from fresh market, flea market and hawker stall were randomly selected then collecting 1 sample from each. Formalin contamination was tested in 6 types of sample: fresh shrimp, fresh squid, re-hydrated dried squid, king oyster mushroom, dried shiitake mushroom, and dried white jelly mushroom, 10 samples each. While borax contamination was tested in 7 types of sample: fresh pork, ground pork, pork balls, fish balls, pickled mango, pickled grape, and pickled madan, 10 samples each. Then the percentage of contamination of each sample was calculated. A total of 60 samples were qualitatively detected for formalin. 15 samples (25%) were contaminated with formalin or formaldehyde, with 8 samples of dried shiitake mushroom (80%), 4 samples of fresh squid (40%), 2 samples of re-hydrated dried squid (20%) and 1 sample of dried white jelly mushroom (10%). Whereas a total of 70 samples were qualitatively detected for borax, there was no borax contamination found in any sample.

Keywords: contamination, formalin, borax, food safety

บทนำ

ลักษณะทางกายภาพและเนื้อสัมผัสของอาหารและวัตถุดิบประกอบอาหารเป็นสิ่งที่ผู้บริโภคมักให้ความสำคัญ ดังนั้นผู้ผลิต ผู้จำหน่ายอาหารจึงต้องใช้ความพยายามในหลายวิธีเพื่อให้อาหารและ

วัตถุดิบประกอบอาหารมีลักษณะสดใหม่ มีเนื้อสัมผัสที่ดี เช่น กรอบ แน่น เคี้ยวฟู โดยใช้เทคโนโลยีทางด้านอาหารหรือกระบวนการต่างๆ ซึ่งช่วยให้สามารถเก็บรักษาอาหารหรือวัตถุดิบไว้ได้เวลานาน ยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ที่ทำให้อาหารเน่าเสีย หรือ

¹ อาจารย์ ประจำคณะแพทยศาสตร์ สาขาเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดกาญจนบุรี

ช่วยในการปรับปรุงคุณสมบัติของอาหารไม่ว่าจะเป็น สีสันและเนื้อสัมผัส อย่างไรก็ตามวิธีการต่างๆซึ่งเป็น ความก้าวหน้าทางการผลิตอาหารต้องสัมพันธ์กับความความปลอดภัยด้านอาหารต้องผ่านการทดสอบ วิเคราะห์ วิจัยทำให้มีต้นทุนที่ต้องแบกรับจึงทำให้มี ผู้ผลิต ผู้จำหน่ายที่ไว้จิตสำนึกบางรายเลือกใช้วัตถุ เจือปนอาหารที่เป็นสารเคมีราคาถูกแต่อันตรายต่อ ผู้บริโภค ถึงแม้จะมีข้อกำหนดและบทลงโทษทาง กฎหมายอย่างชัดเจน แต่ในปัจจุบันก็ยังพบการใช้ สารเคมีเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง¹ โดยสารอันตรายที่มีการ ลักลอบใส่ในอาหารหรือวัตถุดิบประกอบอาหาร คือ พอร์มาลินและบอแรกซ์ซึ่งสารทั้งสองชนิดนี้ห้าม ใช้ผสมในอาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 151 (พ.ศ. 2536) เรื่อง กำหนดวัตถุที่ห้ามใช้ ในอาหาร²

พอร์มาลินหรือสารละลายพอร์มาลดีไฮด์โดย ปกติมีการใช้ในอุตสาหกรรมที่มีส่วนประกอบของเร ซิน เช่น ถ้วยชาม ชิ้นส่วนยานยนต์ ชิ้นส่วนเครื่อง ไฟฟ้า ใช้เป็นสารเคลือบในงานไม้ เฟอร์นิเจอร์ หรือ การผลิตสิ่งทอ นอกจากนี้ยังมีการใช้อย่างแพร่หลาย ในการฆ่าเชื้อและการเก็บรักษาศพ³ จากคุณสมบัติ ดังกล่าวที่เป็นที่รู้จักกันดี พอร์มาลินจึงถูกลักลอบใส่ ในอาหารและวัตถุดิบประกอบอาหารเพื่อคงสภาพ และยืดอายุของอาหารที่เน่าเสียง่ายโดยเฉพาะในกลุ่ม อาหารทะเลและเนื้อสัตว์ รวมถึงผักผลไม้สดที่ซั้และ เน่าเสียง่าย⁴ พอร์มาลดีไฮด์ก่อให้เกิดความเป็นพิษ ต่อร่างกายได้โดยมากพบในผู้ที่ประกอบอาชีพที่ต้อง ทำงานกับสารนี้ซึ่งรับผ่านทางหายใจ นอกจากนี้ ยังสามารถรับผ่านทางกรกินอาหารและน้ำที่ปนเปื้อน โดยปริมาณพอร์มาลดีไฮด์ที่ทำให้ สัตว์ทดลองตายไปครั้งหนึ่งหรือค่า LD50 ผ่าน ทางกรกินในหนูแรท อยู่ที่ 600-800 มิลลิกรัมต่อ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม⁵ เมื่อสารนี้เข้าสู่ร่างกายจะ ผ่านกระบวนการเมแทบอลิซึมถูกขับออกทางการ หายใจออกในรูปก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ทาง ปัสสาวะในรูปเกลือฟอสเฟตได้ หากขับออกไม่หมด จะสะสมในร่างกายในรูปของกรดฟอสฟอริกทำให้เกิด พิษได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังขึ้นกับปริมาณที่

ได้รับและความไวของแต่ละบุคคล อาการที่พบได้แก่ การระคายเคืองทางเดินอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เลือดออกในทางเดินอาหารและมีผลต่อการ ทำงานของตับ ไต ระบบเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ หาก ได้รับในปริมาณที่สูง 30-60 มิลลิกรัมจะทำให้เกิด ความเสียหายต่อทางเดินอาหารอย่างรุนแรงและ เสียชีวิตได้⁶

บอแรกซ์หรือโซเดียมโบรไรต์เป็นเกลือของ สารประกอบโบรอน รู้จักในชื่อน้ำประสานทอง ผง เนื่อกรอบ มีการใช้ด้านเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม เช่น ฆ่าศัตรูพืช การทำทองรูปพรรณ สารเคลือบหรือ เพิ่มความเงามัน เป็นส่วนผสมของยาทาโรคผิวหนัง ยาฆ่าเชื้อ แต่ในอดีตมีการใช้ผสมอาหารประเภทผัก และผลไม้ดองเพื่อให้คงความกรอบ ผสมในขนมและ ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปเช่น ลูกชิ้น ทอดมัน เพื่อให้ มีเนื้อสัมผัสดีใหญ่ แต่เมื่อพบว่า เป็นสารที่ไม่ ปลอดภัยจึงมีการห้ามใช้ผสมในอาหารตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536² บอแรกซ์เป็นพิษ ต่อเซลล์ในร่างกาย ความรุนแรงขึ้นอยู่กับขนาดที่ ได้รับผู้ป่วยที่ได้รับสารบอแรกซ์ในปริมาณมากจะ ก่อให้เกิดพิษเฉียบพลันเกิดการอักเสบของทางเดิน อาหาร ตับและไตทำงานผิดปกติ ตัวเหลืองตาเหลือง สมองบวมมีเลือดคั่ง เกิดแผลตุ่มพองบริเวณผิวหนัง ปัสสาวะน้อยลง และเสียชีวิตในที่สุด หากได้รับสาร นี้ในปริมาณน้อยแต่ต่อเนื่องจะเกิดการสะสมใน ร่างกายและก่อให้เกิดพิษแบบเรื้อรัง เกิดพยาธิสภาพ ที่ทางเดินอาหาร ตับ ไต สมองและอวัยวะในร่างกาย อย่างช้าๆ ในผู้ใหญ่ปริมาณที่ทำให้เกิดพิษคือ 5 - 10 กรัมและปริมาณที่ทำให้เสียชีวิตคือ 15 - 30 กรัม ใน เด็กปริมาณที่ทำให้เกิดพิษและเสียชีวิตคือ 4.5-14 กรัม⁷

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาการปนเปื้อนของสารพอร์มาลินและ บอแรกซ์ในอาหารและวัตถุดิบอาหารที่มีการ จำหน่ายในตำบลอุ้มถ้อง อำเภอกู่ทอง จังหวัด สุพรรณบุรี ในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2565

วิธีการศึกษา

1. ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา การหาการปนเปื้อนสารฟอร์มาลินทดสอบในตัวอย่างอาหารและวัตถุดิบอาหาร 6 ชนิด คือ กุ้งสด ปลาหมึกสด ปลาหมึกกรอบ เห็ดออริจิ เห็ดหอมแห้ง และเห็ดหูหนูขาวแห้ง ส่วนการปนเปื้อนสารบอแรกซ์ทดสอบในตัวอย่างอาหารและวัตถุดิบอาหาร 7 ชนิด คือ เนื้อหมูสด เนื้อหมูบด ลูกชิ้นหมู ลูกชิ้นปลา มะม่วงดอง ฝรั่งดอง และมะดันดอง เมื่อสำรวจร้านค้าทั้งหมดประกอบด้วยแผงค้าในตลาดสด ตลาดนัดและร้านรถเข็นเรในพื้นที่ตำบลอุโมง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุพรรณบุรีที่มีตัวอย่างที่จะใช้ทดสอบจำหน่ายครบถ้วน จึงเก็บตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก⁹ เลือกร้านที่จำหน่ายตัวอย่างแต่ละชนิดมา 10 ร้าน เก็บ 1 ตัวอย่าง จากร้านค้าที่ถูกเลือก 1 ครั้ง การทดสอบหาการปนเปื้อนสารฟอร์มาลินใช้ตัวอย่าง 6 ชนิด จึงเก็บได้ 60 ตัวอย่าง ส่วนการทดสอบหาการปนเปื้อนสารบอแรกซ์ใช้ตัวอย่าง 7 ชนิด จึงเก็บได้ 70 ตัวอย่าง

2. การทดสอบหาฟอร์มาลินในอาหาร การตรวจเชิงคุณภาพโดยชุดทดสอบฟอร์มาลินในอาหารของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁹ ใช้หลักการเกิดปฏิกิริยาของฟอร์มาลดีไฮด์กับสารเคมีอีกสามชนิดประกอบด้วย (1) ฟีนิลไฮดราซีนไฮโดรคลอไรด์ (phenylhydrazine hydrochloride) (2) โพแทสเซียมเฮกซะไซยาโนเฟอเรต (potassiumhexacyanoferrate) และ (3) กรดเกลือเข้มข้น (concentrated hydrochloric acid) เกิดปฏิกิริยาให้สารละลายสีชมพูถึงแดงขึ้นกับปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์¹⁰ ทำการทดสอบโดยนำน้ำจากอาหารหรือวัตถุดิบอาหารที่ต้องการทดสอบ 5 มิลลิลิตร ใส่ลงในขวดซึ่งบรรจุสารเคมี 1 ผสมเข้ากันดีจากนั้นถ่ายลงในขวดที่มีสารเคมี 2 และสารเคมี 3 ตามลำดับ หากตัวอย่างตรวจมีฟอร์มาลดีไฮด์อยู่พบสารละลายผสมสีชมพูหรือชมพูซึ่งเกิดปฏิกิริยาให้ผลเป็นบวก ชุดทดสอบนี้มีความไวที่ 0.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (ppm.) ข้อควรระวังในการทดสอบคือ

หลีกเลี่ยงการบดตัวอย่างซึ่งทำให้ฟอร์มาลดีไฮด์ตามธรรมชาติออกมาทำให้ใช้เพียงน้ำล้างหรือแช่ตัวอย่างเพื่อป้องกันผลบวกสูง

3. การทดสอบหาบอแรกซ์ในอาหาร ตรวจเชิงคุณภาพโดยชุดทดสอบบอแรกซ์ในอาหารของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁹ ใช้หลักการเกิดปฏิกิริยาระหว่างกรดบอริกที่เปลี่ยนจากบอแรกซ์ในตัวอย่างตรวจทำปฏิกิริยากับสารเคอร์คูมิน (Curcumin) ในแถบกระดาษทดสอบทำให้เกิดสารโรโซไซยานิน (rosocyanine)¹¹ ซึ่งเป็นสารประกอบสีแดง ทำการทดสอบโดยใช้อาหารหรือวัตถุดิบที่หั่นแล้วแช่ในขวดน้ำยาทดสอบซึ่งทำหน้าที่ปรับความเป็นกรดเปลี่ยนบอแรกซ์เป็นกรดบอริก จากนั้นนำแถบกระดาษทดสอบที่มีเคอร์คูมินจุ่มลงในขวดน้ำยาทดสอบที่แช่ตัวอย่างไว้ หากมีบอแรกซ์อยู่ในตัวอย่างทดสอบจะเปลี่ยนสีแถบกระดาษทดสอบให้เป็นสีแดงอ่านผลเป็นบวก โดยความไวของชุดทดสอบนี้คือ 100 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (ppm.) ข้อควรระวังคือหากตัวอย่างที่นำมาทดสอบมีความเป็นด่างสูงจะต้องใส่น้ำยาทดสอบเพิ่มขึ้นจนหมดความเป็นด่างเพื่อป้องกันผลบวกสูง อาหารที่มีไขมันมากอาจเคลือบแถบกระดาษทดสอบทำให้อ่านผลได้ไม่ชัดเจน

ผลการศึกษา

การตรวจหาการปนเปื้อนสารฟอร์มาลินจากอาหาร 3 กลุ่มที่เก็บมาจากตลาดสดในตำบลอุโมง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุพรรณบุรี ประกอบด้วยกลุ่มอาหารทะเลสด ได้แก่ กุ้งสด ปลาหมึกสด กลุ่มอาหารทะเลแปรรูปปลาหมึกกรอบและกลุ่มเห็ด ได้แก่ เห็ดออริจิ เห็ดหอมแห้ง เห็ดหูหนูขาวแห้ง รวม 6 ชนิด จำนวน 60 ตัวอย่าง พบตัวอย่างที่ให้ผลการทดสอบเป็นบวกต่อชุดทดสอบสารฟอร์มาลินเชิงคุณภาพซึ่งบ่งชี้การปนเปื้อนสารฟอร์มาลิน 15 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 25 โดยพบมากที่สุดที่ผลิตภัณฑ์เห็ดหอมแห้ง 8 ตัวอย่าง (ร้อยละ 13.33) ปลาหมึกสด 4 ตัวอย่าง (ร้อยละ 6.67) ปลาหมึกกรอบ 2 ตัวอย่าง (ร้อยละ 3.33) และเห็ดหูหนูขาวแห้ง 1 ตัวอย่าง

(ร้อยละ 1.67) ตามลำดับ โดยตัวอย่างที่ไม่พบการปนเปื้อนสารฟอร์มาลิน คือ กุ้งสด และ เห็ดออริจินิ

ส่วนการตรวจหาการปนเปื้อนสารบอแรกซ์เชิงคุณภาพจากอาหาร 3 กลุ่มที่เก็บมาจากตลาดสดและร้านรถเข็น ประกอบด้วยกลุ่มเนื้อสัตว์ได้แก่ เนื้อหมูสด เนื้อหมูบด กลุ่มเนื้อสัตว์แปรรูป ได้แก่ ลูกชิ้นหมู ลูกชิ้นปลา และกลุ่มผลไม้ดอง ได้แก่ มะม่วงดอง องุ่นดอง มะดันดอง รวม 7 ชนิด จำนวน 70 ตัวอย่าง ให้ผลการทดสอบต่อชุดทดสอบสารบอแรกซ์เป็นลบทั้งหมด ซึ่งไม่บ่งชี้การปนเปื้อนสารบอแรกซ์ในอาหารที่เลือกมาศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและชนิดอาหารที่ทำการทดสอบการปนเปื้อนฟอร์มาลินและบอแรกซ์ในอาหาร

การทดสอบ	ตัวอย่างอาหาร (n)	จำนวน	ร้อยละ
การปนเปื้อนฟอร์มาลิน ⁹	กุ้งสด (10)	0	0
	ปลาหมึกสด (10)	4	6.67
	ปลาหมึกกรอบ (10)	2	3.33
	เห็ดออริจินิ (10)	0	0
	เห็ดหอมแห้ง (10)	8	13.33
	เห็ดหูหนูขาวแห้ง (10)	1	1.67
	รวม (60)	15	25
การปนเปื้อนบอแรกซ์ ⁹	เนื้อหมูสด (10)	0	0
	เนื้อหมูบด (10)	0	0
	ลูกชิ้นหมู (10)	0	0
	ลูกชิ้นปลา (10)	0	0
	มะม่วงดอง (10)	0	0
	องุ่นดอง (10)	0	0
	มะดันดอง (10)	0	0
	รวม (70)	0	0

สรุปและอภิปรายผล

สารฟอร์มาลินและบอแรกซ์เป็นสารต้องห้ามใส่ในอาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขแต่ยังพบการลักลอบใช้ฟอร์มาลินเพื่อยืดอายุอาหารให้เน่าเสียช้าลง คงความสดใหม่ระหว่างจำหน่ายหรือขนส่ง โดยเฉพาะในอาหารทะเลที่จำหน่ายไปยังพื้นที่ไกลจากแหล่งวัตถุดิบ การตรวจพบฟอร์มาลินปนเปื้อนในปลาหมึกสดในการศึกษานี้สูงถึงร้อยละ 40 ซึ่งพบ

ใกล้เคียงกับการศึกษาในพื้นที่อื่นๆที่ห่างไกลทะเล ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี (ร้อยละ 56.25)¹² และ อุบลราชธานี (ร้อยละ 50)⁴ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการศึกษาในกรุงเทพฯของกองสุขภาพิบาลอาหาร สำนักอนามัย ตลอดระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565)¹ พบการปนเปื้อนฟอร์มาลินในปลาหมึกสดเพียงช่วงร้อยละ 0 - 0.34 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษานี้มาก โดยน่าจะเกิดจากความสะดวกรวดเร็วในการขนส่งเข้าสู่เมืองหลวงจึงไม่จำเป็นต้องใช้สารเพื่อรักษาสภาพ นอกจากนี้การสำรวจยังพบฟอร์มาลินจากปลาหมึกกรอบร้อยละ 20 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้าในพื้นที่เดียวกัน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี (ร้อยละ 33.33)¹³ แสดงให้เห็นว่าการลักลอบใช้ฟอร์มาลินยังมีอยู่อย่างต่อเนื่อง และเพิ่มเติมในการศึกษานี้ได้ตรวจพบฟอร์มาลินจากอาหารแห้งกลุ่มเห็ดรวมด้วยทั้งในเห็ดหูหนูขาวแห้ง ร้อยละ 10 และเห็ดหอมแห้งสูงถึงร้อยละ 80 โดยสาเหตุของการพบฟอร์มาลินในอาหารนอกจากจะเป็นความตั้งใจของผู้จำหน่ายแล้ว อีกเหตุผลหนึ่งคือวัตถุดิบอาหารมีฟอร์มาลินเองตามธรรมชาติโดยในสัตว์ทะเลมีสารไตรเมทิลเอมีนออกไซด์ (Trimethylamine oxide) สารนี้ป้องกันการสูญเสียน้ำจากกระบวนการออสโมซิส เมื่อสัตว์ทะเลตาย สารนี้จะถูกเปลี่ยนเป็นฟอร์มาลดีไฮด์โดยเอนไซม์ไตรเมทิลเอมีนออกซิเดส (Trimethylamine oxidase) ในตัวสัตว์หรือจากแบคทีเรีย ส่วนในพืชบางชนิดนั้นสามารถเกิดฟอร์มาลดีไฮด์ขึ้นระหว่างกระบวนการสังเคราะห์แสงตามธรรมชาติ จากรายงานของ WHO¹⁴ ให้ข้อมูลอาหารทะเลสดประเภทปลาหมึกว่าสามารถพบสารฟอร์มาลินในธรรมชาติได้ 1.8 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (ppm.) และเห็ดหอมสดพบได้ 6 - 54.4 ppm. ในขณะที่เห็ดหอมแห้งพบได้สูงถึง 100 - 406 ppm. ซึ่งความไวของชุดทดสอบการปนเปื้อนฟอร์มาลินในอาหารที่ใช้ในการศึกษานี้อยู่ที่ 0.5 ppm ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่าผลที่เกิดขึ้นอาจมาจากฟอร์มาลินในธรรมชาติของอาหารนั้นๆ ในประเทศจีนโดย China quality inspection administration¹⁵ กำหนดค่าฟอร์มาลดีไฮด์ที่ให้พบในเห็ดสดและแห้งไว้

ไม่เกิน 63 และ 300 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (ppm.) และ Chinese Ministry of agriculture¹⁶ กำหนดค่าฟอร์มาลดีไฮด์ที่ให้อาหารทะเลไว้ไม่เกิน 10 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (ppm.) และ United States Environmental Protection Agency (U.S. EPA)⁶ กำหนดขนาดของฟอร์มาลดีไฮด์ที่ยอมรับให้บริโภคต่อวันแล้วไม่ก่อให้เกิดความเป็นพิษไว้ไม่เกิน 0.2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน หมายถึงผู้บริโภคที่หนัก 100 กิโลกรัมไม่ควรได้รับฟอร์มาลดีไฮด์เกินวันละ 20 มิลลิกรัมซึ่งหากจะได้รับฟอร์มาลดีไฮด์ในธรรมชาติจากอาหารใดๆจะต้องทานอาหารนั้นในปริมาณมาก ดังนั้นอันตรายอาจเกิดจากการได้รับฟอร์มาลีนจึงมาจากการลักลอบเติมสารลงไปของผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายเป็นหลักมากกว่าการได้รับจากธรรมชาติ อย่างไรก็ตามการแยกแยะฟอร์มาลีนที่ตรวจพบว่ามีมาเกิดเองจากธรรมชาติหรือมาจากความตั้งใจของผู้ผลิตที่ใส่เพื่อรักษาความสดจำเป็นต้องตรวจในเชิงปริมาณเพิ่มเติม โดยวิธี High Performance Liquid Chromatography (HPLC) เพื่อบอกได้ว่ามีปริมาณเกินกว่าที่พบได้เองตามธรรมชาติหรือไม่

การตรวจสารบอแรกซ์ในอาหารจากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบการปนเปื้อนจาก 70 ตัวอย่างจากตลาดสดและร้านรถเข็นในกลุ่มเนื้อหมู ลูกชิ้น และผลไม้ดองซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นก่อนหน้านี้เช่นในจังหวัดจันทบุรี¹⁷ พบการปนเปื้อนบอแรกซ์ในผักดอง (ร้อยละ 20) หมูบด (ร้อยละ 10) ลูกชิ้นหมู (ร้อยละ 5) จากพื้นที่ตลาดสด (ร้อยละ 20) แต่ไม่พบสารบอแรกซ์ในตัวอย่างที่เก็บจากห้างสรรพสินค้า อย่างไรก็ตามหากพิจารณารายงานสถานการณ์ความปลอดภัยอาหารของกองสุขาภิบาลอาหารในช่วง พ.ศ. 2561-2565 พบว่าอาหารและวัตถุดิบอาหารมีการปนเปื้อนสารบอแรกซ์น้อยมากต่ำกว่าร้อยละ 0.1 และในปี พ.ศ. 2565 ไม่พบการปนเปื้อนของสารบอแรกซ์เลย

จากการตรวจ 28,820 ตัวอย่างทั่วกรุงเทพฯ¹ ดังนั้นการปนเปื้อนของสารบอแรกซ์ในแต่ละพื้นที่จึงสามารถพบจำนวนแตกต่างกันไปได้ขึ้นกับปัจจัยจากผู้ผลิต ผู้จำหน่าย ความนิยมและการคำนึงถึงความปลอดภัยด้านอาหารของผู้บริโภค นอกจากนี้การพิจารณาถึงความไวของชุดทดสอบบอแรกซ์ที่ใช้ในการศึกษานี้ซึ่งตรวจพบได้ต่ำสุดที่ประมาณ 100 ppm อาจเป็นสาเหตุที่ตรวจไม่พบการปนเปื้อนได้ หากตัวอย่างอาหารที่นำมาตรวจมีการปนเปื้อนน้อยกว่าปริมาณดังกล่าวก็จะทำให้เกิดผลลบปลอมขึ้นได้ตามการศึกษาในจังหวัดยะลา¹⁸ ซึ่งตรวจหาบอแรกซ์ในผลไม้ดองและของหวานด้วยสารละลายเคอร์คูมิน และวิเคราะห์ปริมาณด้วย UV-visible spectrophotometer พบการปนเปื้อนสารบอแรกซ์สูงสุดที่ 13.4846 ppm ซึ่งหากใช้ชุดทดสอบจากกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้ในการศึกษานี้จะตรวจไม่พบ

การคำนึงถึงความปลอดภัยของอาหารถือว่ามี ความสำคัญมากเนื่องจากในปัจจุบันยังพบว่ามี การปนเปื้อนของสารอันตรายในอาหารได้อย่าง ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้บริโภคควรเลือกซื้ออาหารหรือ วัตถุดิบจากแหล่งที่น่าเชื่อถือด้วยความใส่ใจ ระวังระมัดระวัง เช่น การปนเปื้อนฟอร์มาลีนให้หลีกเลี่ยง อาหารที่มีกลิ่นฉุนของสารเคมี ไม่ซื้อวัตถุดิบที่ดูสด ใหม่แต่ไม่ได้เก็บรักษาอย่างเหมาะสม ไม่อยู่ในช่องแช่ เย็นหรือไม่ใช้น้ำแข็งที่เพียงพอ เมื่อนำมาประกอบ อาหารควรล้างน้ำแช่น้ำและเปลี่ยนน้ำที่แช่หลายครั้ง วัตถุดิบประเภทเห็ดแห้งควรเปลี่ยนน้ำที่แช่ให้เห็ดคืน สภาพหลายๆครั้งและไม่นำน้ำดังกล่าวมาประกอบ อาหาร สำหรับอาหารที่สงสัยว่ามีการปนเปื้อนบอแรกซ์ให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีความแต่ง กรอบที่อยู่ได้นานจนผิดปกติ หากเป็นวัตถุดิบหรืออาหารแปรรูป เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง ให้ล้างน้ำสะอาดหลายครั้ง ก่อนนำไปประกอบอาหารหรือรับประทาน

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุขาภิบาลอาหาร. สถานการณ์ความปลอดภัยอาหาร [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://foodsantiation.bangkok.go.th/content/index/year_report_food
2. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 151) พ.ศ. 2536 เรื่องกำหนดวัตถุห้ามใช้ในอาหาร.

- ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 111, ตอนพิเศษ 9 ง (ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2537).
3. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Formaldehyde [internet]. 2019; [cited 2023 Nov 13]. Available from URL: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/formaldehyde/default.html#:~:text=it%20is%20used%20in%20the,throat%2C%20lungs%2C%20and%20eyes>.
 4. อดุลย์ บุญเฉลิมชัย, กวิสรา กันปี, ธนัชชา ดายัง, นาฎนภา ตันกายา, วารี ทวีปัญญาศาสตร์, สวรรยา พงศ์ปริตร, และคณะ. กรณีศึกษาการตรวจหาปริมาณสารฟอร์มาลินที่ปนเปื้อนในอาหารทะเลสดจากตลาดสดในจังหวัดที่ห่างไกลจากพื้นที่ชายฝั่งทะเล. วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา 2562;24(3):1111-9.
 5. OECD SIDS. Formaldehyde. UNEP Publications, 2002. [cited 2023 Nov 13]; [395 screens]. Available from: URL: [https://hvpchemicals.oecd.org/ui/handler.axd?id=5525377e-1442-43d0-8c76-f8cacfadf8bb#:~:text=Formaldehyde%20had%20acute%20effects%20in,%2Fm3%20\(480%20ppm\)](https://hvpchemicals.oecd.org/ui/handler.axd?id=5525377e-1442-43d0-8c76-f8cacfadf8bb#:~:text=Formaldehyde%20had%20acute%20effects%20in,%2Fm3%20(480%20ppm))
 6. United States Environmental Protection Agency. Formaldehyde. Technology transfer network – Air toxic web site [internet]. 2000; [cited 2023 Nov 13]; [3 screens]. Available from URL: <https://www.epa.gov/sites/default/files/2016-09/documents/formaldehyde.pdf>
 7. มาลินี ฉินนานนท์. การวิเคราะห์ปริมาณบอแรกซ์ในเนื้อสัตว์และลูกชิ้นที่จำหน่ายในจังหวัดตรัง. วารสารวิจัยราชชมงคลกรุงเทพ 2560;11(1):55-61.
 8. ภูมิภัตต์ พุทธิพงศ์วิพล, สุนิสา ชุ่มชื่น, วิฑิตมา โทน้อย, วิริยา พุประเสริฐผล, พรนภัส ปันทะนะ, ณัฐชยากร เนตรวงศ์, และคณะ. การตรวจการปนเปื้อนสารฟอร์มาลินในปลาหมึกสดและกุ้งสดในพื้นที่ชุมชนเมืองเอก จังหวัดปทุมธานี. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2559 ครั้งที่ 6; 29 เมษายน 2559; ปทุมธานี. ปทุมธานี: สถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยรังสิต; 2559. หน้า 41-8.
 9. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. คู่มือการใช้ชุดทดสอบอาหาร [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://bqsf.dmsc.moph.go.th/bqsfWeb/index.php/food-testkit-book/>
 10. รัฐพงษ์ กันสุทธิ. การวิเคราะห์หาปริมาณสารฟอร์มาลดีไฮด์ในอาหารทะเลที่จำหน่ายในตลาดเมืองใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
 11. มาลี เจริญวิทย์วรกุล. การวิเคราะห์ปริมาณกรดบอริกในอาหาร. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2543;42(1):72-81.
 12. อัมพร สัจจวิวรรธน์ และกล้าณรงค์ อินต๊ะวงศ์. พฤติกรรมการบริโภคของนิสิตมุสลิมและการปนเปื้อนฟอร์มาลินในอาหารทะเลจากตลาดนัดในพื้นที่รอบ ๆ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2564;29(1):56-66.
 13. ชินกร ไผ่เพชร. การตรวจสารฟอร์มาลินในอาหารทะเลบริเวณพื้นที่ตลาด อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563;2(2):26-36.
 14. Centre for Food Safety. Foods Known to Contain Naturally Occurring Formaldehyde. [cited 2023 Nov 13]; [2 screens]. Available from: https://www.cfs.gov.hk/english/whatsnew/whatsnew_fa/files/formaldehyde.pdf
 15. Yeh TS, Lin TC, Chen CC, and Wen HM. Analysis of free and bound formaldehyde in squid and squid products by gas chromatography-mass spectrometry. J Food Drug Anal 2013;21:190-7.
 16. Zhang X, Shen X, Wang Y, Cai Y, and Huang D. The research progress of detection method of formaldehyde in food. Proceeding of the 2017 2nd International conference on civil transportation and environmental engineering (ICCTE 2017) [cited 2023 Nov 13]; 135: [5 screens]. Available from URL: <https://www.atlantispress.com/article/25878899.pdf>
 17. ชวัลรัตน์ สมนึก. การปนเปื้อนสารบอแรกซ์ในตัวอย่างอาหารบริเวณเขตชุมชนเมืองจันทบุรี. วารสารวิจัยรำไพพรรณี 2554;5(3):106-110.
 18. สุตา ตีเยาะ, การิสมะห์ มะแซ, ประยูร ดำรงรักษ์, และอิหมรอน มีชัย. การตรวจหาบอแรกซ์ในผลไม้สดและของหวานในเขตเทศบาลนครยะลาด้วย ยูวี-วิซิเบิล สเปกโทรโฟโตมิเตอร์. ใน: ประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี ครั้งที่ 6 ประจำปี 2560 เรื่อง “สร้างสรรค์งานวิจัยเพื่อขับเคลื่อนประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนในยุค Thailand 4.0”; 18 ตุลาคม 2560; ยะลา. ยะลา: มหาวิทยาลัยฟาฏอนี; 2560. หน้า 1200-1214.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนิคมน้ำอุ่น จังหวัดสกลนคร

Factors related to behavior in preventing COVID-19 disease during the endemic phase of
village health volunteers Nikhom Nam Un District Sakon Nakhon Province.

(Received: November 18,2023 ; Revised: December 4,2023 ; Accepted: December 5,2023)

พัฒนา ไชยชมพู¹
Patana Chaichompo¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนิคมน้ำอุ่น จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่ อำเภอนิคมน้ำอุ่น จังหวัดสกลนคร จำนวน 230 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation), ค่าต่ำสุด (Minimum), ค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติเชิงอนุมานใช้ Stepwise multiple regression analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และเป็นสมการทำนายที่ดีที่สุด ประกอบด้วย รับรู้โอกาสเสี่ยง ($\beta = 0.583$, p-value <0.001) ปัจจัยเสริม ($\beta = 0.250$, p-value <0.001) ระดับการศึกษา ($\beta = -0.137$, p-value <0.001) คนในครอบครัวป่วยโควิด 19 ($\beta = 0.119$, p-value <0.001) และ อายุ ($\beta = -0.090$, p-value <0.001) โดยสามารถร่วมกันทำนายการป้องกันโรคโควิด-19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 64.4 ($R^2_{Adj}=0.644$, p-value=0.024)

คำสำคัญ: โรคโควิด-19, พฤติกรรมป้องกันโรค, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This study was survey research aimed to study factors related to behavior in preventing COVID-19 disease during the endemic phase of village health volunteers Nikhom Nam Un District Sakon Nakhon Province. The Sample size were 230 village Health Volunteer in Nikom Nam Un District Sakon Nakhon Province. Data were collected using a questionnaire. By analyzing statistical data, including descriptive statistics. To find frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, and inferential statistics, use Stepwise multiple regression analysis set the statistical significance level at 0.05.

Result: The results found that there are factors that can predict behavior to prevent COVID-19 disease among village health volunteers as they progress through the stages of endemic disease. The identified prediction equation, with statistical significance at 0.05, emerges as the most robust model. It comprises perceived risk opportunities ($\beta = 0.583$, p-value < 0.001), additional factors ($\beta = 0.250$, p-value < 0.001), educational level ($\beta = -0.137$, p-value < 0.001), family members with COVID-19 ($\beta = 0.119$, p-value < 0.001), and age ($\beta = -0.090$, p-value < 0.001). Together, these factors provide a comprehensive prediction for the prevention of COVID-19 disease among village health volunteers. The model demonstrates a 64.4% explanatory power in relation to the stages of endemic disease ($R^2_{Adj}=0.644$, p-value=0.024).

Key Word: COVID-19, Prevention behavior, Village Health Volunteer

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเจริญศิลป์

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ตัดสินใจประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern, PHEIC) เพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส ณ ขณะนั้นทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 7,834 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศจีน (98 รายเป็นผู้ป่วยจากประเทศอื่น ๆ 18 ประเทศ) และมีผู้เสียชีวิต 170 ราย (ในประเทศจีนทั้งหมด)นอกจากนั้น ยังพบหลักฐานยืนยันการติดเชื้อจากคนสู่คนใน 4 ประเทศ(6) วันที่ 14 และ 25 กุมภาพันธ์ 2563 ประเทศอียิปต์ ทวีปแอฟริกาและประเทศบราซิล ทวีปอเมริกาใต้รายงานพบผู้ป่วยรายแรกในทวีป ตามลำดับ^{1,2}

จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศเริ่มเพิ่มมากขึ้นในเดือนมีนาคม-เมษายน 2563 คลัสเตอร์สำคัญในช่วงนี้ได้แก่ คลัสเตอร์สถานบันเทิงและสนามมวยซึ่งส่งผลให้พบผู้ติดเชื้อกระจายไปใน 68 จังหวัดทั่วประเทศ คลัสเตอร์สถานบันเทิงย่านทองหล่อ สุขุมวิท และสวนหลวง โดยเริ่มจากกลุ่มก้อนผู้ติดเชื้อกลุ่มแรก 11 รายที่มีประวัติพบปะกลุ่มเพื่อนนักท่องเที่ยวยาวฮองกงและสิงคโปร์ที่มาจากเมืองไทย (จากการติดตามไม่พบว่าใครมีอาการป่วย)หลังจากนั้นมีเพื่อนในกลุ่มเริ่มมีอาการป่วยและมาร่วมสังสรรค์ที่สถานบันเทิงกับกลุ่มเพื่อน มีการดื่มเหล้าแก้วเดียวกันและสูบบุหรี่รวมเดียวกัน หลังจากนั้นได้มีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนในครอบครัว และเริ่มพบผู้ติดเชื้อที่มีความเชื่อมโยงกับสถานบันเทิงย่านอื่น ๆ ตามมา^{3,4}

สำหรับประเทศไทย เริ่มมีการให้วัคซีนตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 โดยในช่วงแรกเป็นการระดมฉีดวัคซีนให้กับบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มเสี่ยงเป็นหลัก ต่อมาวันที่ 7 มิถุนายน 2564 มีการรณรงค์ใหญ่ฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชนทั่วประเทศในวันที่ 31 ตุลาคม 2564 มีการให้วัคซีนโควิด-19 สะสม 75,710,277 โดสเป็นการให้วัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 42,388,465 ราย (คิดเป็นร้อยละ 58.8 ของประชากร) เข็มที่ 2 จำนวน 30,911,219 ราย (คิดเป็นร้อยละ 42.9) เข็มที่ 3 จำนวน 2,410,593 ราย (คิดเป็นร้อยละ 3.3)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มเป้าหมายพบว่า กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีผู้ที่ได้รับวัคซีนครบอย่างน้อย 2 เข็ม เกินจำนวนเป้าหมายแล้ว (ร้อยละ 120.5) รองลงมาเป็นอสม.ประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 70.1) เจ้าหน้าที่ด่านหน้า (ร้อยละ 59.2) ผู้มีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค (ร้อยละ 56.4) ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 54.6) ประชาชนทั่วไป (ร้อยละ 39.5) และหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ 11.9)⁵

เมื่อพิจารณาข้อมูลผู้เสียชีวิตและประวัติการได้รับวัคซีนจากฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต กรมควบคุมโรคจะเห็นได้ว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีนเลย รองลงมาเป็นผู้ได้รับวัคซีน 1 เข็ม (ร้อยละ 10-15 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด) ส่วนผู้ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 เข็ม มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 1-5 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด สอดคล้องกับข้อมูลจากทางศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) ที่พบว่าในช่วงเดือนกันยายน 2564 ผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 5.8 เท่าของผู้ที่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม และมีโอกาสเสียชีวิตมากถึง 14 เท่า⁶

สำหรับพื้นที่จังหวัดสกลนคร พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด 19 รายแรก ในวันที่ 3 เมษายน 2563 เป็นเพศหญิงทำงานที่จังหวัดภูเก็ต และได้เดินทางจากจังหวัดภูเก็ตเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2563 มายังสนามบินอุดรธานี และกลับบ้านที่อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ด้วยรถยนต์ส่วนบุคคล เริ่มมีอาการไข้ 37.6 ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ คอแห้ง เมื่อวันที่ 22 มีนาคม จนกระทั่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเจริญศิลป์ โดยรับไว้เป็นผู้ป่วยใน เมื่อวันที่ 3 เมษายน ได้นำไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ซึ่งได้ดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคไม่ให้แพร่สู่ประชาชน พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 (COVID-19) ระลอกที่ 3 ในจังหวัดสกลนคร จากรายงานเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ประจำวันที่ 23 สิงหาคม 2564 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 5,752 ราย รักษาอยู่ 1,340 ราย หายป่วย 4,393 ราย และมีผู้เสียชีวิต 19 ราย ทั้งนี้จังหวัดสกลนครมีเตียงรักษาผู้ป่วยโควิด - 19

จำนวน 4,946 เตียง ใช้งานอยู่ 1,638 เตียง และสามารถรองรับผู้ป่วยได้อีก 3,308 เตียง⁷

ความท้าทายอย่างยิ่งเกี่ยวกับการสร้างระบบสุขภาพในรูปแบบใหม่ นับว่าเป็นในการพลิกโฉมและยกระดับระบบสุขภาพของไทยให้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น และยิ่งครอบคลุม ทัวถึงมีความยั่งยืน เพื่อก้าวข้ามภาวะวิกฤติและความท้าทายสู่ระบบสุขภาพของไทยในอนาคต ทุกอย่างจะต้องเริ่มต้นที่ด้านหน้าที่สำคัญมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพ โดยการขับเคลื่อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้มีความสำคัญในการดำเนินงานด้านจัดการสุขภาพชุมชนในช่วงการระบาดของโรค Covid - 19 โดยการคัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน

จากความสำคัญข้างต้นจึงทำให้ผู้วิจัยทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนิคมน้ำออน จังหวัดสกลนคร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติอย่างมีแบบแผน และนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายที่เหมาะสมในการดำเนินงานภายใต้บริบทของชุมชนได้อย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนิคมน้ำออน จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนิคมน้ำออน จังหวัดสกลนคร

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตพื้นที่ในการวิจัยวิจัยครอบคลุมการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนิคมน้ำออน จังหวัดสกลนคร

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 2.1 ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอนิคมน้ำออน จังหวัดสกลนคร จำนวน 280 คน
- 2.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่ อำเภอนิคมน้ำออน จังหวัดสกลนคร จำนวน 230 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปหาค่า IOC โดยการนำแบบสอบถาม เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์โดยกำหนดให้ค่า IOC มากกว่า 0.6 ขึ้นไปจากนั้นนำไป Try out โดยการนำแบบสอบถามไปทดสอบกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้ไปปรับปรุงก่อนนำมาใช้จริงแยกออกเป็น ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับประโยชน์ การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด 19 มีค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 7.80

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ มีค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 7.90

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม มีค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 8.10

ส่วนที่ 4 พฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 มีค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 7.62

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์และมาวิเคราะห์ด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การ แจกแจง ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าต่ำสุด

3.5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อ

พฤติกรรมกำบังกันโรควิด-19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ทุกตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ (normality) การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) โดยพิจารณาจาก ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.29 -4.32 และค่า Tolerances อยู่ระหว่าง 0.23-0.77 และไม่พบ autocorrelation โดยพิจารณาจากค่า Durbin-watson เท่ากับ 1.90 (Senaviratna & Cooray, 2019) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรควิด-19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่)Constant(0.865	0.186		4.664	<0.001
- การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.512	0.051	0.583	10.011	<0.001
- ปัจจัยเสริม	0.315	0.074	0.250	4.283	<0.001
- ระดับการศึกษา	-0.052	0.015	-0.137	-3.471	0.001
- คนในครอบครัวป่วยโควิด-19	0.090	0.030	0.119	2.995	0.003
- อายุ	-0.002	0.001	-0.090	-2.271	0.024

$R^2 = 0.652$, $R^2_{Adj} = 0.644$, R^2 change 0.008, p-value =0.024

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัย พบ 5 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกำบังกันโรควิด-19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และเป็นสมการทำนายที่ดีที่สุด ประกอบด้วย รับรู้โอกาสเสี่ยง ($\beta = 0.583$, p-value <0.001) ปัจจัยเสริม ($\beta = 0.250$, p-value <0.001) ระดับการศึกษา ($\beta = -0.137$, p-value <0.001) คนในครอบครัวป่วยโควิด-19 ($\beta = 0.119$, p-value <0.001) และ อายุ ($\beta = -0.090$, p-value <0.001) โดยสามารถร่วมกันทำนายการป้องกันโรควิด-

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบด้วยครั้งนี้ เป็นเพศชาย จำนวน 173 คน คิดเป็นร้อยละ 75.20 มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 67.40 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 37.0 มีอาชีพส่วนเกษตรกรรม จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 37.00 ประวัติท่านเคยป่วยเป็นโควิด-19 ไม่เคยป่วย จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 88.30 ประวัติคนในครอบครัวเคยป่วยเป็นโควิด-19 ไม่เคยป่วย จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 74.40 และประวัติการเคยฉีดวัคซีนโควิด-19 เคยฉีด จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 63.00

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับต่อพฤติกรรมกำบังกันโรควิด-19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

วิด-19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 64.4 ($R^2_{Adj}=0.644$, p-value=0.024)

โดยสามารถเขียนสมการการทำนายได้ดังนี้
สมการในรูปคะแนนดิบ

พฤติกรรมกำบังกันโรควิด-19 = 0.865 + 0.512 (การรับรู้โอกาสเสี่ยง) + 0.315 (ปัจจัยเสริม) - 0.052 (ระดับการศึกษา) + 0.090 (คนในครอบครัวป่วยโควิด-19) - 0.002 (อายุ)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19}} = 0.583 (Z_{\text{การรับรู้โอกาสเสี่ยง}}) + 0.250 (Z_{\text{ปัจจัยเสริม}}) - 0.137 (Z_{\text{ระดับการศึกษา}}) + 0.119 (Z_{\text{คนในครอบครัวป่วยโควิด-19}}) - 0.090 (Z_{\text{อายุ}})$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลมาอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยสามารถร่วมกันทำนายการป้องกันโรคโควิด-19 ระยะเข้าสู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 64.4 ($R^2_{\text{Adj}}=0.644$, $p\text{-value}=0.024$) และเป็นสมการทำนายที่ดีที่สุดประกอบด้วย

การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\beta = 0.583$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับ ปิยอร วจนะทินภัทร^๑ พบว่าบุคลากรมี 3 ปัจจัยทางความเชื่อทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาได้ร้อยละ 29.80 ($R^2 = 0.298$, $p < .001$) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค และสอดคล้องกับ Fathian-Dastgerdier al.^๑ และการศึกษาในประชาชนประเทศเกาหลีอายุ 18-60ปีพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ข้อมูลความรุนแรงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคภาวะสุขภาพ และการรับรู้ข่าวสาร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 17.7 และสอดคล้องกับ Poonaklom¹⁰ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้ใหญ่ได้ ($\beta = .200$, $p < .001$) ได้เช่นเดียวกันสำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้อธิบายว่า

ความรู้เป็นปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคลได้ และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

ปัจจัยเสริม ($\beta = 0.250$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับ Karimy M et al.¹¹ พบว่าการสนับสนุนจากภายนอกโดยเฉพาะในด้านข่าวสารผ่านโซเชียลมีเดีย เป็นสิ่งสำคัญที่เพิ่มให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศอิหร่านมากยิ่งขึ้นด้วย ดังนั้นแรงสนับสนุนจากภายนอกอันได้แก่บุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สังคม โซเชียลมีเดีย สามารถเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีประสิทธิภาพได้

ระดับการศึกษา ($\beta = -0.137$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับ อภิวัตติ อินทเจริญ และคณะ¹² ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($M=2.89$, $SD=0.32$) ร้อยละ 88.45 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของ พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ได้ ร้อยละ 31.1 ($R = .311$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คนในครอบครัวป่วยโควิด 19 ($\beta = 0.119$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับแนวคิดของ Elling, R.,

Whittemore, R., & Green, M.¹³ กล่าวว่าความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากันบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

อายุ ($\beta = -0.090$, p-value < 0.001) สอดคล้องกับ อภิวดี อินทเจริญ และคณะ¹² ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โควโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($M=2.89$, $SD=0.32$) ร้อยละ 88.45 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ได้ ร้อยละ 31.1 ($R^2 = .311$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับ จารุวรรณ แผลมไธสง¹⁴

พบว่า อายุ และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กได้ ($\beta = -0.227$ และ 0.202 ตามลำดับ) และและยังคงสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker¹⁵ ที่อธิบายว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคคือความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลจึงมีวิธีหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาพฤติกรรมและการกวดขันปัจจัยเสี่ยงอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตอื่นๆ เพื่อให้ได้รับความรู้ที่กว้างขวางและหลากหลายยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2) ควรมีการศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระหว่างพื้นที่มีการระบาดของโรคกับพื้นที่ที่ไม่มีการระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อหาแนวทางในการควบคุมโรคเมื่อมีการระบาดของโรค และปรับปรุงวิธีการดำเนินงานให้รัดกุม และขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคคลที่เกี่ยวข้องสูงสุดคือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนิคม น้ำอูน จังหวัดสกลนคร ผู้นำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Egypt announces first Coronavirus infection [Internet]. Egypt Today. 2020. Available from: <https://www.egypttoday.com/Article/1/81641/Egypt-announces-first-Coronavirus-infection>
2. Rodriguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, FrancoParedes C, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. Vol. 35, Travel medicine and infectious disease. 2020. p. 101613.
3. Kripattanapong S, Jitpeera C, Wongsanuphat S, Issarasongkham M, Mungaomklang A, Suphanchaimat R. Clusters of Coronavirus Disease (COVID-19) in Pubs, Bars and Nightclubs in Bangkok, 2020. OSIR J. 2020;13(4).
4. Thai PBS. แกะรอย ใครคือผู้แพร่เชื้อสนามมวย-สถานบันเทิง [Internet]. Thai PBS NEWS. 2020. Available from: <https://news.thaipbs.or.th/content/289996>
5. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.). สถานการณ์ Covid-19 ประจำวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 [Internet]. 2564. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/011164.pdf
6. Tracker CD. Rates of COVID-19 Cases and Deaths by Vaccination Status [Internet]. 2021. Available from: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#rates-by-vaccine-status>
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, สถานการณ์ Covid-19 จังหวัดสกลนคร, 2564. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2565 สืบค้นจาก https://skko.moph.go.th/dward/web/index.php?module=covid19_7
8. ปิยอร วจนะทินภัทร. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2565. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2565 สืบค้นจาก <http://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/9517/2/Fulltext.pdf>
9. Fathian-Dastgerdi,Z., Khoshgoftar,M., Tavakoli,B., & Jaleh,M. Factors associated with preventive behaviors of COVID-19 among adolescents: Applying the health belief model. Research in Social and Administrative Pharmacy 2021; 17(10): 1786-1790. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.01.014>
10. Poonaklom, P. et al. Factors Associated with Preventive Behaviors towards Coronavirus Disease (COVID-19) among Adults in Kalasin Province, Thailand, 2020. Outbreak, Surveillance, Investigation & Response (OSIR) Journal 2020 13(3), 78-89.
11. Karimy M, Bastami F, Sharifat R, Heydarabadi AB, Hatamzadeh N, Pakpour AH, Cheraghian B, Zamani-Alavijeh F, Jasemzadeh M, Araban M. Factors related to preventive COVID-19 behaviors using health belief model among general population: a cross-sectional study in Iran. BMC Public Health. 2021 Oct 24;21(1):1934. doi: 10.1186/s12889-021-11983-3
12. อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล และ สุวรรณมา ปัตตะพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 3(2): 19-30 สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2565 สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/247672/169806>
13. Elling, R., Whittemore, R., & Green, M. Patient participation in a pediatric program. Journal of Health and Human Behavior 1960; 1(3): 183-191.
14. จารุวรรณ แผลมไธสง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). 2559; มหาวิทยาลัยบูรพา.
15. Becker, M.H.. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. Health Education Monographs, 1974; 2: 409-419.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตที่มีความเสี่ยงสูงและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of high risk kidney disease patients on hemodialysis : case study 2 case.

(Received: December 15,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

สุวิมล บุญโสดา¹
Suwimon Boonsoda¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นกรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันและผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร่วมกับได้รับยาเคมีบำบัด ที่มารับการรักษาในหน่วยไตเทียม กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติร่วมกับการสังเกต มีการประเมินสภาพ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นกรอบในการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดแล้วเกิดภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายทำให้ไตเสียหายที่เฉียบพลัน ได้รับการแก้ไขปัญหาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อขับเกลือแร่ส่วนที่เกินออกจากร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไตกลับมาทำงานได้ดีขึ้นโดยไม่ต้องฟอกเลือดต่ออีก กรณีศึกษาที่ 2 เป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ฟอกเลือดประจำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีปัญหาเรื่องซีด มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ผลตรวจชิ้นเนื้อพบว่าเป็น CA sigmoid ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ หลังผ่าตัดแพทย์ให้การรักษาต่อโดยใช้ยาเคมีบำบัดสูตร 5-FU/Leucovorin (Day 1-5) ทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 6 Cycle

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคไต ความเสี่ยงสูง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ABSTRACT

This study is a case study. have a purpose To study the progression of the disease Compare nursing diagnoses nursing practice and nursing results This is a case study of 2 cases, specifically selected in patients with acute kidney failure and patients with end-stage kidney failure who received kidney replacement therapy by hemodialysis combined with chemotherapy. who received treatment in the hemodialysis unit Special Nursing Examination Group Kalasin Hospital. Data were collected from medical records. Interviews with patients and relatives combined with observation. There is a condition assessment, history taking, and physical examination to find out the problems and needs of the patient. Set nursing diagnosis, plan nursing action and evaluate nursing results Use the Gordon Health Model concept. It is a framework for studying. Content analysis.

The results of the study revealed that case study number 1 was a diabetic patient. Taking medicine to reduce blood sugar levels causes an imbalance of mineral salts in the body, causing the kidneys to lose their function acutely. The problem was solved by hemodialysis using a hemodialysis machine to remove excess mineral salts from the body. Make the patient's symptoms improve The kidneys returned to work better without further dialysis. Case study 2 was in the end stage of chronic kidney failure. Hemodialysis 3 times a week, have problems with anemia. There is blood in the stool. The biopsy results revealed that it

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

was CA sigmoid. She had undergone surgery for colon cancer. After surgery, the doctor continued treatment using chemotherapy. 5-FU/Leucovorin (Day 1-5) every 4 weeks, 6 Cycle

Keywords: kidney disease patients, high risk, Hemodialysis with hemodialysis machine

บทนำ

โรคไตเป็นภาวะการณีสัญญเสียความสามารถในการทำหน้าที่กรองของเสียของหน่วยไต หากมีอาการเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดที่นำไปสู่ความรุนแรงหรือทำให้เกิดไตวายเรียกว่าโรคไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney disease) เช่น การติดเชื้อรุนแรงเฉียบพลัน ภาวะร่างกายขาดน้ำรุนแรง ภาวะไตได้รับการบาดเจ็บเฉียบพลันหรือ AKI (Acute kidney injury) เป็นต้น แต่หากมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปพบอัตราการกรองของไตค่อยๆลดลงจนแสดงอาการไตวาย อาการผิดปกติจะไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกันแต่จะค่อยๆเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน การทำหน้าที่ของไตจะสูญเสียอย่างถาวรเรียกว่าโรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease) แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ในระยะเริ่มต้นของโรคไต จะยังไม่มีอาการแสดง ทำให้ไม่ทราบว่ามีอาการป่วย อัตราการกรองของไตจะเริ่มลดลงและลดมากขึ้นจนถึงระยะหนึ่งร่างกายจะเริ่มแสดงอาการผิดปกติ เช่น มีปัสสาวะน้อยลงหรือไม่มีปัสสาวะเลย มีอาการบวมที่ขาและเท้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียจนเกิดภาวะไตวายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้มากในการบำบัดทดแทนไตที่สามารถทำได้ทันทีและต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำได้โดยการนำเลือดออกจากผู้ป่วยมาฟอกโดยใช้ตัวกรอง (Dialyzer) และน้ำยา Dialysis ภายใต้อุณหภูมิที่ซึมผ่าน (Diffusion) การพา (Convection) และการกรอง (Ultrafiltration) วิธีนี้ต้องใช้เครื่องไตเทียมและทำในศูนย์ฟอกเลือดโดยการดูแลของอายุรแพทย์โรคไตและพยาบาลไตเทียม

สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงกลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 420,210 ราย ระยะ 4 จำนวน 420,000 ราย และระยะ 5 ที่ต้องล้างไตถึง 62,386 ราย

ในจังหวัดกาฬสินธุ์มีจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในปี 2564 = 29,953 ราย ปี 2565 = 29,907 ราย ปี 2566 = 32,031 ราย จากสถิติของหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวนผู้ป่วยโรคไตทั้งไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี 2564 = 739 ราย ปี 2565 = 1,079 ราย ปี 2566 = 1,536 ราย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งด้านการป้องกันการเกิดโรค ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ และการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดโรค โดยพยาบาลต้องมีส่วนช่วยตั้งแต่การคัดกรองโรคไตในผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรค มีความรู้ ทักษะในการดูแลรักษาบำบัดทดแทนไต เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเร็วขึ้นทั้งนี้เป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตรที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาไต จังหวัดกาฬสินธุ์ พยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรค และการส่งรักษาต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมีความสำคัญในการดูแลรักษาที่ต้องใช้ความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติปรับ

ระบบคิดเรียนรู้ใหม่ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง พยาบาลไตเทียมเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามมาตรฐานอย่างใกล้ชิดทุกขั้นตอน รวมถึงการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ การที่พยาบาลไตเทียมมีความรู้และทักษะในการดูแลการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ มีการศึกษาหาความรู้ ฝึกฝน พัฒนาการปฏิบัติงานของตนเองอยู่เสมอสามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาและปรับปรุงแนวปฏิบัติการให้คำแนะนำตามหลัก DMETHOD ใน

ผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลรักษาและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความเสี่ยงสูงและรุนแรงที่แตกต่างกันจำนวน 2 ราย
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ประเมินภาวะสุขภาพ ประวัติ ตรวจร่างกายและการรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>ชายไทยอายุ 57 ปี ประวัติป่วยเป็น DM type2 มาประมาณ 8 ปี on Metformin 2x2 pc. ป่วยเป็น AF (Atrial fibrillation) มา 3 ปี on warfarin 1 ชั่วโมงก่อนไป รพช.ตื่นขึ้นมาแล้วบอกญาติว่ามีอาการวิงเวียน ไม่มีอาเจียน ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก 10 นาทีก่อนถึง รพช.หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ถึง ER มี Cardiac arrest start CPR ประมาณ 10 นาที ROSC BP หลัง CPR 227/109mmHg E1VTM1 pupil 3 mm fixed Refer มาถึงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึม เรียกปลุกตื่นลืมตา On ET tube with volume respirator หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ขาบวม Pitting edema +3 ความดันโลหิต 208/93 mmHg On NTG (1:1) (v) rate 5 mL/hr. titrate ครั้งละ 5 mL/hr.ทุก 30 นาที Keep BP 160/100 mmHg Lasix 40 mg (v) stat then ทุก 6 ชั่วโมง DTX 194 mg% เจาะLABแรกได้รับ Trop T = 108.8 เจาะครั้งที่ 2 ห่างกัน 3 ชั่วโมง = 305.1 BUN = 52, Cr.= 2.19, eGFR = 32, Potassium = 4.4, CO₂ = 19.3, Phosphorus = 8.5, Magnesium = 2.7 เจาะ Lab วันที่2 BUN = 64, Cr.= 2.85, eGFR = 23, Potassium = 7.1, CO₂ = 13.9 วินิจฉัยแรกได้รับ คือ Metabolic acidosis hyperkalemia แพทย์ทำ Ultrasound bed side พบว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง เจาะLab CPK ก่อนฟอกเลือด = 605.1 แพทย์พิจารณาใส่สายสวนหลอดเลือดชั่วคราวที่ขาขวา (Right internal femoral double lumen catheter) เพื่อทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม Duration 2 ชั่วโมง Blood flow rate 200 m/min, Dialysis flow rate 500 m/min, Non heparin, net UF 2 ลิตร DTX ก่อนฟอกเลือด 116 mg% .ให้ 50%glucose 100 ml. ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้งอาการดีขึ้น หายใจ</p>	<p>หญิงไทย อายุ 47 ปี ประวัติเป็นเบาหวาน มา 5 ปี ป่วยเป็น ESRD มาประมาณ 3 ปี ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่คลินิกเอกชน 3 ครั้ง/สัปดาห์ โดยใช้เส้นเลือดถาวรที่แขนซ้าย (Left arteriovenous Graft : AVG) มีปัญหาเรื่องซีด Hct = 24.2% ได้รับเลือดบ่อยประมาณเดือนละครั้ง ต่อมามีอาการถ่ายเป็นเลือดสีแดงสด ผลตรวจชิ้นเนื้อวินิจฉัยว่าเป็น CA sigmoid แพทย์แนะนำให้ผ่าตัดแต่ผู้ป่วยยังรับไม่ได้กับอาการเจ็บป่วยจึงไม่ขอผ่าตัด แต่รักษาโดยการฟอกเลือด ซึ่งผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่มีหลายโรค 2เดือนต่อมาผู้ป่วยยินยอมทำการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ หลังผ่าตัดแพทย์ให้การรักษาต่อโดยใช้ยาเคมีบำบัด 5-FU/Leucovorin (Day 1-5) Protocol คือ Leucovorin 34 mg. (20mg/m²) IV push slowly then Fluorouracil (5-FU) 721 mg. (425mg/m²) in NSS 100 ml drip in 15 min รับยาทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 6 Cycle และมียา Ondansetron 8 mg IV (Day 1-5) เป็น Premedication 30 min before chemotherapy โดยในวันที่ตรงกับทำการฟอกเลือดให้ทำการฟอกเลือดก่อนรับยาเคมีบำบัดทุกครั้ง พยาบาลให้การดูแลเป็นอย่างดี พุดคุยให้ความรู้ ให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวทั้งในขณะที่ฟอกเลือดและขณะรับยาเคมีบำบัดพร้อมทั้งรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและยอมรับการเจ็บป่วย สามารถปฏิบัติตัวเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุขตามอรรถภาพของตนเองโดยได้รับกำลังใจและการดูแลอย่างใกล้ชิดจากคนในครอบครัว</p>

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ได้เอง ไตทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ปัสสาวะออกดีจึงหยุดทำการฟอกเลือด T = 36.6 องศาเซลเซียส P = 90 ครั้ง/นาที R = 20 ครั้ง/นาที BP = 119/61 mmHg BUN = 38, Cr. = 3.84, eGFR = 16, CPK = 81.4 พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายตามหลัก DMETHOD รวมระยะเวลาอนโรครักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน	

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	ข้อเปรียบเทียบ	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนหลังได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพอาการยังไม่คงที่ 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด 3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณ Vascular access 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล 5. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการบำบัดรักษา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากมีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย 2. เสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่ายเนื่องจากภาวะซีด 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณ Vascular access 5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล 6. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการบำบัดรักษา
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการเสียสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย : Hyperkalemia 2. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการบำบัดรักษา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่ายเนื่องจากภาวะซีด 2. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการบำบัดรักษา
แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายของเสีย	ปัสสาวะลดลงเนื่องจากไตเสียหายที่เฉียบพลัน	ปัสสาวะออกน้อยเนื่องจากไตเสียหายที่เรื้อรัง
แบบแผนที่ 4 การออกกำลังกาย	การปฏิบัติกิจกรรมเปลี่ยนแปลงเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหนื่อยเพลียง่าย
แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน	แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากอยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรง	แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย
แบบแผนที่ 6 การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือ	อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรง	อยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคร้ายแรงและได้รับการรักษาหลายวิธีพร้อมกันคือการฟอกเลือด การผ่าตัด การได้รับยาเคมีบำบัด
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา 2. สูญเสียภาพลักษณ์ คุณค่าของตนเองเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงเรื้อรังต้องรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและรับยาเคมีบำบัด
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	ผู้ป่วยไม่ได้เป็นหลักในการดูแลครอบครัวอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรสาว	ผู้ป่วยไม่ได้เป็นหลักในการดูแลครอบครัวอาศัยอยู่กับบุตรสาว
แบบแผนที่ 9 เพศและการ	ไม่มีปัญหาเรื่องเพศและการ	ไม่มีปัญหาเรื่องเพศและการ

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	ข้อเปรียบเทียบ	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เจริญพันธ์	เจริญพันธ์	เจริญพันธ์
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	ในช่วงแรกมีความเครียดและปรับตัวไม่ได้จากการเจ็บป่วยในครั้งนี้เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยหนักอันตรายถึงชีวิตเมื่อได้รับการดูแลรักษาอาการดีขึ้นแล้วจึงเริ่มปรับตัวได้ ลดความตึงเครียดลง อีกทั้งยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง	มีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องรับการฟอกเลือดตลอดชีวิตและยังตรวจพบโรคร้ายที่คุกคามชีวิตและต้องได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นอีกคือการผ่าตัดมะเร็งลำไส้และได้รับยาเคมีบำบัดทำให้มีความเครียดมากขึ้น อีกทั้งยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ต่อมาเริ่มยอมรับการเจ็บป่วยได้เริ่มปรับตัวได้ ทำให้ลดความวิตกกังวลลงมากและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อด้านสุขภาพคือการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน นับถือบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์เช่น ห้อยพระใส่เครื่องราง	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อด้านสุขภาพคือการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน นับถือบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์เช่น ห้อยพระใส่เครื่องราง

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไตที่มีความเสี่ยงสูงต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที⁶ ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านระยะวิกฤตได้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวมอย่างเหมาะสม พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการประเมิน การแก้ไขและเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามหลัก MEDTHOD⁵

เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวลและมีความพึงพอใจในการดูแลรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเอง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันการเกิดโรคไตและให้ข้อมูลเรื่องการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
2. ควรส่งเสริมให้พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยให้ครอบคลุม และพัฒนาแนวทางการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยให้ครอบคลุมตามหลัก DMETHOD

เอกสารอ้างอิง

1. คมกฤษ มหาพรหม . ยาเคมีบำบัดรักษามะเร็ง. [ระบบออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nakornthon.com/article/detail/ยาเคมีบำบัดจัดการมะเร็ง>
2. ปณิดา ปิยะจตุรวัฒน์. รู้ทันสัญญาณเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่. [ระบบออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/colon-cancer>
3. พรเพ็ญ แสงถวัลย์. High anion gap metabolic acidosis. ใน: พงศธร คชเสนี, โภภาส ไตรदानนท์, บัญชา สติระพจน์, รัตนดา ตระการวนิช, บรรณาธิการ. Comprehensive review of nephrology. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2562. หน้า 104-105.

4. รณิษฐา รัตน์ะรัต. การควบคุมเมตาบอลิกในผู้ป่วยวิกฤติโดยการรักษาทดแทนไต. ใน: มณฑิรา มณีรัตน์พร, ระวีวรรณ เลิศ
วัฒนารักษ์, สุรัตน์ ทองอยู่, นัฐพล ฤทธิทยมัย, บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ทันยุค 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:
พรินท์เอเบิล; 2561. หน้า 145-152.
5. วณิชชา พึ่งชมภู . การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. [ระบบออนไลน์]. 2558 [เข้าถึง
เมื่อ 27 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.cmupress.cmu.ac.th/uplodes/book>
6. อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์. Acute kidney injury. ใน: บัญชา สติระพจน์, พงศ์ธร ณรงค์ฤกษ์นาวัน,
อำนาจ ชัยประเสริฐ, จันทราภา ศรีสวัสดิ์, วิชัย ประยูรวิวัฒน์, บรรณาธิการ. Clinical practice in medicine. กรุงเทพฯ: นำ
อักษรการพิมพ์; 2560. หน้า 1-13.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีที่มีโรคร่วม : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for cholecystectomy with underlying disease : 2 case study.

(Received: December 15,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ชฎาภรณ์ ภูกันหา¹
Chadaporn Phukanha¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีที่มีโรคร่วม ให้ความสำคัญปลอดภัย และป้องกันการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีแบบเปิดช่องท้องที่มีโรคร่วม โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน จากพยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง การรักษาโดยการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด รวมถึงการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องดำเนินการศึกษาในช่วง เดือน ตุลาคม 2563 ถึงเดือน ธันวาคม 2563

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยอายุ 50 ปี มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และควบคุมความดันโลหิตได้ดี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดแน่นท้อง อาเจียน หลังรับประทานอาหาร เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง 2 เดือนก่อน มีอาการไข้ ปวดท้องด้านขวา รับการรักษาภาวะ cholangitis ด้วยการทำ Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) แพทย์วินิจฉัย Common bile duct stone with Acute Cholecystitis ได้รับการผ่าตัด Open Cholecystectomy รวมระยะเวลาผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 13 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 75 ปี มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และควบคุมความดันโลหิตได้ดี มาโรงพยาบาลด้วยอาการหลังรับประทานอาหารแข็งแล้วมีอาการปวดท้องด้านขวา คลื่นไส้ อาเจียน เป็นมา 1 วัน แพทย์วินิจฉัย Common bile duct stone with Acute Cholecystitis ได้รับการผ่าตัด Open Cholecystectomy หลังจากได้รับการรักษาพยาบาลแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น รวมระยะเวลาผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6 วัน

คำสำคัญ : นิ่วในท่อน้ำดี, นิ่วในถุงน้ำดี, การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบเปิด

Abstract

This study was comparative study of 2 case studies. Aimed to study nursing care for gallstone surgery patients with co-morbidities. To be safe and prevent death from complications The patient had open abdominal surgery for gallstones and had comorbidities. By studying patient history from inpatient medical records. History taking of patients and relatives, observation, comparative data analysis according to Gordon's 11 health patterns, from pathology, signs, symptoms, treatment by surgery for gallstones in the gallbladder, problems, and nursing diagnosis. Both before surgery and after surgery, including discharge planning and continuing care. The study was conducted from October 2020 to December 2020.

Results: Case Study 1: A 50-year-old Thai man with a history of high blood pressure. Received treatment at Kalasin Hospital and control blood pressure well Came to the hospital with symptoms of abdominal pain and vomiting after eating. Had it 3 hours before coming to the hospital, 2 months ago, had fever and abdominal pain on the right side. Received treatment for cholangitis by doing Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP). The doctor diagnosed Common bile duct stone with Acute Cholecystitis. Had Open Cholecystectomy Surgery The total duration of the patient's stay in the hospital was 13 days. Case study

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2: A 75-year-old Thai male patient with co-morbidity is high blood pressure. Received treatment at Kalasin Hospital and control blood pressure well. Came to the hospital with symptoms after eating Cassia curry. Then there was abdominal pain on the right side, nausea and vomiting for 1 day. The doctor diagnosed Common bile duct stone with Acute Cholecystitis. Had Open Cholecystectomy Surgery After receiving medical treatment, the patient's symptoms improved. The total duration of the patient's stay in the hospital was 6 days.

Keywords: common bile duct stone , Cholecystitis, Open Cholecystectomy

บทนำ

นิ่วในระบบทางเดินน้ำดี ปัจจุบันพบได้มากขึ้น และเป็นปัญหาทางสุขภาพและเศรษฐกิจของประชากร ปัญหาที่เกิดจากนิ่ว เช่น ภาวะน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ท่อน้ำดีอักเสบจากนิ่วในท่อน้ำดี ตับอ่อนอักเสบจากนิ่วอุดตัน

การรักษาโรคนิ่วในถุงน้ำดีมีทั้งแบบที่ไม่ตัดถุงน้ำดี และแบบที่ผ่าตัดถุงน้ำดี การรักษาแบบที่ไม่ตัดถุงน้ำดี เช่น การรับประทานยาละลายนิ่ว ซึ่งการรักษาแบบนี้อาจไม่เหมาะสม เนื่องจากนิ่วจะมีโอกาสเกิดขึ้นใหม่ในถุงน้ำดีได้อีกประมาณร้อยละ 10 ต่อปี หรือประมาณร้อยละ 50 ใน 5 ปี ฉะนั้นการรักษาที่เหมาะสม คือ การตัดถุงน้ำดีออกไป การผ่าตัดแบบวิธีการเปิด (open cholecystectomy) ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและความเจ็บปวดจากการผ่าตัดได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคประจำตัว จะทำให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นจากการผ่าตัด ดังนั้นการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด การผ่าตัด และหลังผ่าตัด อย่างใกล้ชิดยังคงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องการให้คำแนะนำในการสังเกตอาการและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเกิดซ้ำ

ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดนิ่วในถุงน้ำดีร้อยละ 6 โดยพบในหญิงมากกว่าชายในอัตราส่วน 1.5:1 ส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 40 ปี ในคนอายุ 70 ปีพบได้ประมาณร้อยละ 15-30 ผู้ป่วยกลุ่มที่พบนิ่วใน ถุงน้ำดีและไม่มีอาการเลย มีโอกาส

เกิดปัญหาขึ้นได้น้อยกว่าร้อยละ 25 ในระยะเวลา 10 ปี จากข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปีพ.ศ. 2563 - พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยนิ่วในระบบทางเดินน้ำดี จำนวน 63 ราย, 66 ราย และ 30 รายตามลำดับ ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ด้วย การ ผ่า ตัด เป็ด (Open cholecystectomy) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2563 - พ.ศ.2565 คิดเป็น ร้อยละ 6.35, 10.61 และ 10.00 ตามลำดับ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

วิธีการศึกษา

เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง จากผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีที่มีโรคร่วมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิด 2 ราย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1)เลือกกรณีศึกษา โดยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่เป็นผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีที่มีโรคร่วมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิด อยู่โรงพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน ที่นอนรักษาตัวในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563

2)เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกตและการปฏิบัติการพยาบาล ได้กรณีศึกษาที่น่าสนใจ มีความซับซ้อนของพยาธิสภาพของโรค การรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล

3)ดำเนินการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและศัลยแพทย์

4) ดำเนินการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา
วางแผนการพยาบาล นำสู่การพยาบาลและผลลัพธ์
ทางการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การ
สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต การ
วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยง

และการป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง
ในมารดาหลังคลอด พยาธิสภาพ อาการและอาการ
แสดง การรักษา ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน
ผลการศึกษา

ผลการศึกษาผู้ป่วยนิวในท่อน้ำดีที่มีโรคร่วมที่
ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิด กรณีศึกษา 2
ราย ผลการศึกษาพบว่า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	50 ปี	75 ปี
สถานภาพ	สมรส	สมรส
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	ประถมศึกษาปีที่ 4
อาชีพ	รับราชการ	งานบ้าน
สิทธิการรักษา	เบิกกรมบัญชีกลาง	สิทธิการรักษา ผู้สูงอายุ
ภูมิลำเนา	อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม	อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์
ระยะเวลาในโรงพยาบาล	13 วัน	6 วัน
การวินิจฉัย	Common bile duct stone with cholecystitis	Common bile duct stone with Acute Cholecystitis
อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล	ปวดท้องหลังทำ ERCP และ Remove stent ปวดแน่นท้อง อาเจียน หลังรับประทานอาหาร เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	หลังรับประทานแก๊งซีโกลิก แล้วมีอาการปวด ท้องด้านขวา คลื่นไส้ อาเจียน เป็นมา 1 วัน
การเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 เดือนก่อน มีอาการไข้ ปวดท้องด้านขวา รับ การรักษาภาวะ cholangitis ด้วยการทำ Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) เมื่อ 16 กันยายน 2563	1 เดือนก่อนมา มีอาการปวดแน่นท้องด้านขวา รับการรักษาที่สถานอนามัย อาการดีขึ้น
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ประวัติความดันโลหิตสูง รับการรักษาต่อเนื่อง ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	ประวัติความดันโลหิตสูง รับการรักษาต่อเนื่อง ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
ประวัติการแพ้ยาและสารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา ไม่สูบบุหรี่ /ไม่ดื่มสุรา/ไม่ใช้สารเสพติด ปฏิเสธการใช้สมุนไพร	ปฏิเสธการแพ้ยา ไม่สูบบุหรี่ /ไม่ดื่มสุรา/ไม่ใช้สารเสพติด ปฏิเสธการใช้สมุนไพร
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธการผ่าตัด	ปฏิเสธการผ่าตัด
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดแน่นท้อง Pain score 5 มีคลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง สัญญาณ ชีพ อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ความ ดันโลหิต 138/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดแน่นท้อง Pain score 3 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศา เซลเซียส ความดันโลหิต 130/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที
CT scan	CT of Whole Abdomen :	

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	-Suspicious of faint distal CBD stone (size 0.8x1.0 cm.) causing diffuse IHD and CBD dilatation (up to 1.7 cm. in diameter ; increased degree) with diffuse serobillia -Minimal fluid at second part of duodenum Thin atelectasis at both basal lungs.	
การผ่าตัด	Open cholecystectomy	Open cholecystectomy
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	13 วัน	6 วัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป		กรณีศึกษารายที่ 1					กรณีศึกษารายที่ 2
Electrolyte	ค่าปกติ	2พ.ย.63	4พ.ย.63	5พ.ย.63	6พ.ย.63	7พ.ย.63	8 ธ.ค.63
BUN	8-20	13	19	20	26		22
Cr	0.72-1.18	0.84	1.13	1.25	0.87		0.97
eGFR		102	75	67	101		76
Sodium	136-146	143.9	137.2		142.8	144.9	136.5
Potassium	3.5-5.1	3.63	2.52		3.51	3.12	3.84
Chloride	101-109	103.7	108.4		109.8	104.3	96.5
Co ₂	21-31	23.8	16.0		18.5	25.4	24.7
Liver Function Test	ค่าปกติ	2พ.ย.63	4พ.ย.63	5พ.ย.63	6พ.ย.63	7พ.ย.63	8 ธ.ค.63
Total Protein	6.4-8.4		5				6.9
Albumin	3.5-5.2		2.8				3.7
Total Bilirubin	0.3-1.2		6.25				4.16
Direct Bilirubin	0.0-0.2		4.10				2.70
Alkaline phosphatase	30-120		132				188
SGOT (AST)	10-50		149				284
SGPT (ALT)	10-50		184				110
Urine Amylase	42-321		80.3				
Serum Amylase	22-88	35	19				
CBC	ค่าปกติ	2พ.ย.63	4พ.ย.63	5พ.ย.63	6พ.ย.63	7พ.ย.63	8 ธ.ค.63
WBC count	4,500-11,300	9,800	11,000	184,000	184,000	14,600	27,100
RBC count	4.2-6.1	5.6	4.30	3.97	4.17	5.04	4.40
Hb.	12-18	11.7	9.2	9.1	9.4	11.6	11.9
Hct.	37-50	36.7	28.1	26.9	27.6	34.3	36.1
Plt.	160,000-356,000	196,000	39,000	57,000	33,000	75,000	274,000
Netrophils	40-70.3	89.2	81	61.0	62.9	47	94.8
Lymphocyte	18.7-48.3	9.0	12.0	5.0	24.1	46.1	2.1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป		กรณีศึกษาครั้งที่ 1					กรณีศึกษาครั้งที่ 2
Monocyte	3.9-12.3	0.8	7.0	7.0	10.9	6.4	3.1
Electrolyte	ค่าปกติ	2พ.ย.63	4พ.ย.63	5พ.ย.63	6พ.ย.63	7พ.ย.63	8 ธ.ค.63
Eosinophils	0.8-9.2	0.8	0.0	1.0	0.2	0.2	0.0
PT	10.8-14.3		22.0	17.9	15.5		
PTT	23.8-34.2		41.1	45.9	36.3		
INR	0.80-1.03		1.63	1.31	1.13		

จากการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยการรวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบันและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีโรคประจำตัวทั้ง 2 ราย คือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปฏิบัติตัวได้ดี มีการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องและควบคุมโรคได้ดี กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดี คือภาวะภาวะถุงน้ำดีอักเสบ ทำให้เกิดอาการปวดท้อง และอาการตัวเหลือง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แสดงให้เห็นถึงภาวะถุงน้ำดีอักเสบ แต่ในกรณีศึกษาที่ 1 จะมีอาการสำคัญที่มีความรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดีที่มากกว่า ด้วยมีไข้ ชีพจรเร็ว ปวดท้อง โดยผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาด้วยการทำ Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) เมื่อ 2 เดือนก่อน ได้รับการผ่าตัดแบบ Open Cholecystectomy ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะ Sepsis, ภาวะ Disseminated intravascular Coagulation (DIC) ได้รับการรักษา Acetar 500 ml. Free flow X 2 dose , Levophed 4 : 250 iv drip 10 ml./hr. Keep MAP \geq 65 mmHg. , Platelet concentrate free flow, Fresh Frozen Plasma 2 unit Free flow, PRC 1 Unit iv drip in 3 hr. Meropenem 1 gm. iv ทุก 8 ชม. และใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 2 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ ปวดท้อง มีคลื่นไส้

อาเจียนมา 1 วัน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ได้รับการผ่าตัดแบบ Open Cholecystectomy ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลและควบคุมโรคประจำตัว จนผู้ป่วยปลอดภัยและจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีการนัดติดตามอาการหลังจำหน่าย

อภิปรายผล

จากการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยการรวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบันและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีโรคประจำตัวทั้ง 2 ราย คือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และโรคประจำตัว โดยการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและควบคุมโรคได้ดี อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล และอาการแรกเริ่ม กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดี คือภาวะภาวะถุงน้ำดีอักเสบ³ ทำให้เกิดอาการปวดท้อง และอาการตัวเหลือง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แสดงให้เห็นถึงภาวะถุงน้ำดีอักเสบ ในกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการสำคัญที่มีความรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดีมากกว่า ได้รับการตรวจรักษาด้วยการทำ ทำ Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography แล้ว และ เริ่มมีไข้ ชีพจรเร็ว เข้ารับการรักษา เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2563 ที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม วันที่ 4 พฤศจิกายน 2563 มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการ

หายใจ 24-28 ครั้ง/นาที่ ซีพจร 118 ครั้ง/นาที่ O2 saturation 93 % ขณะ On O2 cannula 5 ลิตร/นาที่ Urine 100 ml./8 ชม. แพทย์ให้ย้ายเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ได้รับการรักษา Acetar 500 ml. Free flow X 2 dose , Levophed 4 : 250 iv drip 10 ml./hr. Keep MAP \geq 65 mmHg. , Platelet concentrate free flow, Fresh Frozen Plasma 2 unit Free flow, PRC 1 Unit iv drip in 3 hr. Meropenem 1 gm. iv ทุก 8 ชม., และได้รับการผ่าตัดแบบ Open Cholecystectomy ในวันที่ 4 พฤศจิกายน 2563 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะ Sepsis¹, ภาวะ Disseminated intravascular Coagulation (DIC) on ET tube with Ventilator และย้ายกลับหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจ ได้ในวันที่ 6 พฤศจิกายน 2563 และย้ายไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ในวันที่ 7 พฤศจิกายน 2563 และย้ายหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ในวันที่ 8 พฤศจิกายน 2563 แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 15 พฤศจิกายน 2563 และนัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 13 วัน กรณีศึกษาที่ 2 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือปวดท้อง มีคลื่นไส้อาเจียนมา 1 วัน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ เข้ารับการผ่าตัดแบบ Open Cholecystectomy ในวันที่ 8 ธันวาคม 2563 ย้ายหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมในวันที่ 10 ธันวาคม 2563 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ในวันที่ 14 ธันวาคม 2563 และนัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 6 วัน

จากการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า ความแตกต่างกันของอาการนำและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะ sepsis เป็นผลให้

มีการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลที่มากขึ้น มีความซับซ้อนในการให้การรักษา และการพยาบาลเพิ่มขึ้น เพิ่มระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้นและผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น แต่จะพบความเหมือนกันในส่วนของเพศ ประวัติการมีโรคร่วม และชนิดของการผ่าตัดแบบ Open Cholecystectomy รวมถึงการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด⁵ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงและการลดความรุนแรงของความเสี่ยง โดยพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูล ประเมินอาการ อาการแสดง คาดการณ์ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น การวางแผนทางการพยาบาลที่เป็นระบบ ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญ มีการประเมินซ้ำและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทันที่ที่ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและลดความเสี่ยงที่รุนแรง มีการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ และส่งต่อข้อมูลที่เพียงพอต่อการดูแลต่อเนื่องลงสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ไว้ในถุงน้ำดีด้วยวิธี Open Cholecystectomy
- 2.ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography : ERCP)
- 3.พัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

- 1.กนกรวรรณ ฤทธิ์ฤดี. การพยาบาลผู้ป่วยนิวโมเนียในถุงน้ำดีที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา. Singburi Hospital Journal, 30(3); 76-85.
- 2.ข้อมูลงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
- 3.ชญาดา เกตุรัตน์กุล. (2561) คู่มือปฏิบัติงานช่วยการพยาบาลผู้ป่วยโรคนิวโมเนียในถุงน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง. กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล (สืบค้นเมื่อ กันยายน 2566) เข้าถึงได้จาก <https://www.si.mahaidol.ac.th>.
- 4.ดรินทร์ โลหีสวัสดิ์. นิวโมเนียในถุงน้ำดี(อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล (สืบค้นเมื่อ กันยายน 2566) เข้าถึงได้จาก <https://www.si.mahaidol.ac.th>.
- 5.พรศิริ พันธสี. (2562). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ทางคลินิก (พิมพ์ครั้งที่ 22). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- 6.รัชนี เบญจรัตน์ และคณะ. (2558) การพยาบาลศัลยศาสตร์วิฤต (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- 7.วิจิตรา กุสุมภ์. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ:แบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: พี.เค.เค.ปรี้นติ้ง
- 8.อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. (2559) คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคนิวโมเนียในท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาที่ท่อน้ำดีและตับอ่อน. กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล (สืบค้นเมื่อ กันยายน 2566) เข้าถึงได้จาก <https://www.si.mahaidol.ac.th>.
- 9.Black, J. M. & Hawks, J. H. (2010). Medical-Surgical nursing (8th edition). Saunders Elsevier.

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ Case study: Nursing Care in Colorectal Cancer Patients in Kalasin Hospital.

(Received: December 19,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ฉัตรชนก บุญเอก¹
Chatchanok Booneak¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง กรณีศึกษา 2 ราย เลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหน่าย ใช้แนวคิดการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและทฤษฎีความรู้ความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยเพื่อวางแผนการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ให้การพยาบาลทั้ง ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคมะเร็งลำไส้ตรง ระยะลุกลามไปที่ตับ ผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง อาการทุเลาจ่าหน่วยกลับบ้าน กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ระยะลุกลามไปที่ปอดและตับ ผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง อาการไม่ทุเลา เลือกการรักษาแบบประคับประคองและกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง, การพยาบาล, ทวารเทียม

Abstract

This study aims to Comparing nursing care for patients with colorectal cancer. Two case studies, selecting specific patients. In case diagnosed with colorectal cancer who received prosthetic fistula surgery in Kalasin Hospital. The instruments used in the study were data from patient medical records. From patients and relatives from the initial stage of receipt until distribution, Use Gordon's 11 health assessment concepts and Orem's self-care deficiency theory were used. To find patient problems set diagnosis criteria to plan nursing care, analyze data, compare factors affecting the incidence of colon and rectal cancer. Provide nursing care Preoperative period, postoperative period and discharge planning.

The results of study found that Case Study 1, Thai male patient aged 73 years, He was diagnosed. It's rectal cancer. It has spread to the liver. Surgery to open the artificial rectum though the abdomen symptoms relieved and discharged home. Case study 2: Patient, Thai male, age 65 years, He was diagnosed. It is colon and rectal cancer that has spread to the lungs and liver. Surgery to open the artificial rectum though the abdomen symptoms do not subside choose palliative treatment and returned to recuperate at home.

Keyword: Colorectal cancer, nursing, rectal prosthesis

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคมะเร็งที่พบได้มาก เป็นลำดับต้นๆ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2

ของประชากรโลก จากสถิติของประชาชนทั่วโลกในปี พ.ศ.2563 องค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทั้งหมด จำนวน 1,931,590 ราย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 935,173 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.4 ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด⁵ สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ 21,103 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 11.1 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด ผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ สูงถึง 11,321 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 9 ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด⁴ สถิติโรคมะเร็ง จากข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็งประเทศไทย ปี 2565 โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติเผยแต่ละปีไทยจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่กว่า 140,000 ราย หรือประมาณ 400 รายต่อวัน โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และมะเร็งปากมดลูก มะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งช่องปาก มะเร็งโพรงจมูก ในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มะเร็งไทรอยด์ มะเร็งมดลูก³ จากสถานการณ์ข้างต้น แสดงให้เห็นว่าอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สาเหตุของการมีอุบัติการณ์และอัตราการตายเพิ่มขึ้นดังกล่าว มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งจากพันธุกรรม โดยจะมีความเสี่ยงสูงเมื่อพบประวัติในครอบครัวที่มีญาติสายตรงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเนื้อแดง และเนื้อแปรรูป อาหารที่ปนเปื้อน หรือเจือปนสารก่อมะเร็ง การรับประทานอาหารไขมันสูง หรืออาหารที่มีกากใยน้อย การดื่มแอลกอฮอล์ การเป็นโรคเบาหวาน การมีดัชนีมวลกายสูง การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง เป็นต้น ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ได้มีความก้าวหน้าและหลากหลายวิธี เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะการเป็นโรค การกระจายของโรคและ

สภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสรอดชีวิตนานกว่า 5 ปี มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในปัจจุบันการผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อรักษาเนื้อเยื่อหรืออวัยวะของร่างกายที่มีพยาธิสภาพให้กลับสู่ภาวะปกติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค แก้ไขและซ่อมแซมหรือบรรเทาอาการความผิดปกติของโรค และมีโอกาสรอดชีวิตนานกว่า 5 ปี หลังการผ่าตัดถึงร้อยละ 60 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 80 ถ้าสามารถวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงได้เร็วขึ้น⁶ สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง (Cancer Service Plan) ดังนี้ 1) การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในประชาชน ที่มีอายุ 50-70 ปี มากกว่าร้อยละ 50 2) ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้องลำไส้ (Colonoscopy) มากกว่าร้อยละ 50 3) ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดหลังตรวจชิ้นเนื้อ ภายใน 4 สัปดาห์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา

สถิติเข้ารับบริการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2563-2565 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เข้ารับการรักษา จำนวน 1,104, 1,471, 1,506 ราย ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรายใหม่ จำนวน 419, 524, 535 ราย ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่เสียชีวิต จำนวน 8, 9, 12 ราย ตามลำดับ² จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และอัตราการเสียชีวิตที่สูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลตลอดจนมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้นการค้นหากลุ่มเสี่ยงเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง การคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วจะส่งผลให้อัตราการรอดและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สะท้อนถึงคุณภาพของระบบบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรายกรณีผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

2. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด
มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศและอายุ	เพศชาย อายุ 73 ปี	เพศชาย อายุ 65 ปี
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ประถมศึกษาปีที่ 4
สถานภาพสมรส	หม้าย	สมรส
อาชีพ	ทำนา	ทำนา
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง
ภูมิลำเนา	อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์	อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
วันที่เข้ารับการรักษา	6 พฤษภาคม 2566	27 กุมภาพันธ์ 2566
วันที่จำหน่าย	11 พฤษภาคม 2566	12 มีนาคม 2566
การวินิจฉัยแรกเริ่ม	Fit test positive	Gut obstruction with small bowel obstruction
การตรวจพิเศษ	Colonoscopy แบบ One Day Surgery: (ODS), CT chest, CT Whole abdomen	Colonoscopy with Biopsy, CT chest, CT Whole abdomen
ผลตรวจชิ้นเนื้อ	Well differentiated adenocarcinoma	Metastatic adenocarcinoma
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	Cancer lower Rectum with Liver metastasis	Obstruction Cancer rectosigmoid with Lung metastasis with Liver metastasis
การผ่าตัด	Loop sigmoid colostomy (2 พ.ค. 2566)	Loop sigmoid colostomy (29 ก.พ. 2566)
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เหนื่อย อ่อนเพลีย ซีด เป็นมา 2 สัปดาห์	ปวดแน่นท้องมาก ไม่ถ่ายอุจจาระ เป็นมา 3 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ถ่ายอุจจาระลำบากมีเลือดปนบางครั้งมา 2 ปี รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนด้วยโรคกรดไหลย้อน ทวารหนัก 1 ปี ก่อนมีอาการท้องผูก สลับท้องเสีย ถ่ายมีเลือดปนบางครั้ง น้ำหนักตัวปกติ 1 เดือน ก่อนตรวจตามนัดที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลชุมชน พบมีภาวะซีด แพทย์จึงตรวจ FIT TEST ผล Positive แนะนำให้ตรวจ Colonoscopy ต่อ	6 เดือนก่อนมีอาการเบื่ออาหาร ถ่ายอุจจาระปนเลือดสีแดงสด มีอาการปวดแน่นท้อง ปวดทวารหนัก น้ำหนักลดประมาณ 4 กิโลกรัม ภายใน 2 สัปดาห์
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตวาย ระยะที่ 4 รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้ยารับประทานคือ Glipizide (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ทางปากหลังอาหารเช้า-เย็น Enalapril (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ดทางปากหลังอาหารเช้า Amlodipine (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ทางปาก หลังอาหารเช้า-เย็น	เป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนได้ยามารับประทานคือ Amlodipine (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ทางปากหลังอาหารเช้า-เย็น และ ยา Simvastatin (20 มิลลิกรัม) 1 เม็ดทางปาก เวลาก่อนนอน
พยาธิสภาพอาการ และอาการแสดง	เหนื่อย อ่อนเพลีย ถ่ายอุจจาระลำบาก มีอาการท้องผูก สลับท้องเสียถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เป็นมา 1 ปี แพทย์นัดมารับการรักษาเพิ่ม	ปวดแน่นท้องมาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลดประมาณ 4 กิโลกรัม ใน 2 สัปดาห์ ปวดทวารหนัก อุจจาระเป็นเลือดเป็นมา 6 เดือน ไม่ถ่ายอุจจาระมา 3 วัน

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ปัจจัยเสี่ยง	ไม่มีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว	พี่สาวของผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบเป็นระยะลุกลามกระจาย ได้รับการรักษาแบบประคับประคองและเสียชีวิตเมื่อ 3 ปีที่ผ่านมา

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ระยะก่อนผ่าตัด</p> <p>1. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อให้ผู้ป่วยคลายกังวลเข้าใจถึงแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและบอกถึงปัญหาความต้องการช่วยเหลือต่างๆ ให้ความรู้ อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง แผนการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม แนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับสภาวะโรค สอนให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด เช่น การทำความสะอาดร่างกาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การดมยาสลบ การงดน้ำงดอาหาร การสวนอุจจาระเป็นต้น สอนให้ความรู้ อธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด เช่น การหายลิ้น การไอเอาเสมหะออก การใช้เครื่องบริหารปอด การป้องกันภาวะท้องอืด ท้องผูกด้วยการลุกเร็ว การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การออกกำลังกายแขนขาเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ เปิดโอกาสให้พูดคุยกับผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ <p>การประเมินผล</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1 รับรู้เข้าใจถึงแผนการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด มีความพร้อมในการผ่าตัด แต่เนื่องจากเป็นการผ่าตัดครั้งแรกจึงพบวิตกกังวล ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มาด้วยอาการปวดท้องรุนแรงและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทันที ทำให้การรับข้อมูลการรักษาและความพร้อมในการผ่าตัด</p> <p>มีน้อยจึงเกิดความวิตกกังวลและกลัวการสูญเสียภาพลักษณ์</p>
<p>2. ทุกข์ทรมานจากการปวดท้อง (กรณีศึกษารายที่ 2)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อบรรเทาความปวด</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินความปวด จากสีหน้าท่าทาง และใช้มาตรวัดความปวด Numeric rating scale จัดท่านอน Fowler's position ช่วยให้อึดกล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว พูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อบรรเทาปวด จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้มากที่สุด วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติอาจมาจากการปวด ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ <p>การประเมินผล</p> <p>หลังได้รับยาแก้ปวด Tramal 50 mg V ผู้ป่วยทุเลาปวด คะแนนความปวด 6/10 คะแนน</p>
<p>3. มีภาวะซีดเนื่องจากเม็ดเลือดแดงต่ำ (กรณีศึกษารายที่ 1)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากภาวะความเข้มข้นเลือดต่ำ</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินภาวะซีด จากเยื่อぶตา สีผิวหนัง ค่าฮีมาโตคริต และผลตรวจ CBC เป็นระยะตามแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลให้เลือด PRC 1 unit ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการผิดปกติขณะได้รับเลือด เช่น มีไข้สูง แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ผื่นขึ้น ควรหยุดเลือด และรีบรายงานแพทย์ทันที วัดสัญญาณชีพ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่ทันทั่วถึง <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีอาการผิดปกติหลังได้รับเลือด ความเข้มข้นของเลือด 30 vol%</p>
<p>4. เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้ปกติ

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>(กรณีศึกษา รายที่ 1) วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypo-Hyperglycemia</p>	<p>2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia เช่น กระสับกระส่าย ตัวสั่น เหงื่อออก เวียนศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว ซึมลง Hyperglycemia เช่น อ่อนเพลีย สับสน มือสั่นใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น แขนขาไม่มีแรง ชัก หมดสติ 3. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น หัวใจเต้นเร็ว อ่อนเพลีย สับสน ควรรีบแจ้งพยาบาลทันที 4. ดูแลให้ NSS 1,000 ml V 60 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบอาการของภาวะ Hypo-Hyperglycemia ค่าระดับน้ำตาล 100-120 mg%</p>
<p>4. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง (กรณีศึกษา รายที่ 1 และ 2)</p> <p>วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก</p>	<p>1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง 2. ดูแลให้อ่อนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ 3. ประเมินผู้ป่วยจากผลตรวจที่สำคัญ เช่น Lab, EKG, CT scan, CXR หากพบมีความผิดปกติรีบรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทันที เพื่อรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด 3. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>การประเมินผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่พบอาการแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ความดันโลหิต อยู่ในช่วง 120/80-140/90 mmHg</p>
<p>ระยะหลังผ่าตัด 1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด (กรณีศึกษา รายที่ 1 และ 2)</p> <p>วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ - เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการปวด</p>	<p>1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของการปวดบริเวณตำแหน่งผ่าตัด ระยะเวลาของการปวดจะค่อยๆ ทุเลาลง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม 2. ประเมินความปวดที่ตำแหน่งผ่าตัดเป็นระยะ ใช้แบบประเมินความปวดแบบ Numeric rating scale รวมทั้งสังเกตความปวดจากสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย 3. ดูแลเปลี่ยนท่านอนในท่า semi fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อท้องและทรวงอกคลายตัว ลดการดึงตัวของแผลผ่าตัด 4. สอนและสาธิตในการประคบแผลผ่าตัดหน้าท้องด้วยมือ หรือหมอนนิ่มๆ เวลาไอหรือจาม และขณะพลิกตะแคงตัวเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบต่อแผล 5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้มากที่สุด รวมทั้งระงับสายหรือท่อระบายต่างๆ ไม่ให้ตั้งรัง 6. สอน แนะนำ สาธิตเทคนิคหรือวิธีการที่ช่วยให้มีการผ่อนคลาย เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล เช่น การหายใจเข้า-ออกลึกๆ 7. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินอาการหลังได้รับยาแก้ปวดอย่างใกล้ชิด</p> <p>การประเมินผล กรณีศึกษา รายที่ 1 มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด Pain score = 9 คะแนน ได้รับยาแก้ปวดคือ MO 3 mg v ทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวด Pain score = 4 คะแนน สามารถจัดการอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่กรณีศึกษา รายที่ 2 หลังผ่าตัดมีอาการปวดแผล Pain score = 10 คะแนน ได้รับยาแก้ปวดคือ MO 3 mg V ทุก 4 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวด Pain score = 6 คะแนน ยังไม่สามารถจัดการอาการปวดได้ เนื่องจากรู้สึกท้อถอยจากภาวะอาการของโรคที่เผชิญอยู่</p>
<p>2. เสี่ยงต่ออันตรายจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด (กรณีศึกษา รายที่ 1 และ 2)</p> <p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ กระสับกระส่าย ชีพจรเบา หายใจหอบลึก ความดันโลหิตต่ำลง ปลายมือปลายเท้าเย็น เป็นต้น 2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต</p>

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
- ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากการผ่าตัด	3. ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงขณะได้รับเลือด 4. สังเกตสีและปริมาณของสารคัดหลั่งจากสายสวนจมูก ถ้ายังมีสีน้ำตาลอ่อนหรือลิ่มเลือด เป็นข้อบ่งชี้ว่ายังมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร 5. บันทึกสารน้ำเข้าออกของร่างกายทุกเวร ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปรึกษาพยาบาล 6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผล CBC, Hct, PT PTT เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดและวางแผนการรักษาต่อไป การประเมินผล กรณีศึกษา รายที่ 1 total blood loss 5 มิลลิลิตร กรณีที่ 2 total blood loss 20 มิลลิลิตร ทั้ง 2 รายปลอดภัยหลังผ่าตัด ไม่มีพบอาการผิดปกติ
3. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีแผลผ่าตัด ทวารเทียม และท่อระบายต่างๆ (กรณีศึกษา รายที่ 1 และ 2) วัตถุประสงค์ - ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ติดเชื้อในร่างกาย	1. ประเมินลักษณะแผลและการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด เช่น มีไข้ ปวด บวม แดง ร้อน รวมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง อากาศของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด หากมีอาการให้รีบแจ้งแพทย์และพยาบาลทราบทันที 2. ดูแลทำแผลโดยยึดหลัก Aseptic technique ถ้าผิวหนังรอบท่อระบายบวมแดง มีหนองซึม ปรึกษาพยาบาลให้แพทย์ทราบทันที 3. แนะนำไม่ให้สัมผัสบริเวณแผลผ่าตัดและท่อระบาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 4. บันทึก สี กลิ่น ปริมาณ และลักษณะของสารคัดหลั่งที่ออกมา 5. ดูแลระบบสายสวนปัสสาวะ ให้อยู่ในระบบปิด พร้อมสังเกตและบันทึกสี ลักษณะ จำนวนปัสสาวะที่ออก 6. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ในทันที 7. ดูแลความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า และสิ่งแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอ 8. ติดตามผลการเพาะเชื้อและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายงานผลให้แพทย์ทราบ 9. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินอาการข้างเคียงจากการได้รับยา การประเมินผล กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย แผลปกติ ไม่มีบวมแดง สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ปัสสาวะออกปกติ ไม่มีตะกอนขุ่น
4. มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการงดน้ำงดอาหารทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (กรณีศึกษา รายที่ 1 และ 2) วัตถุประสงค์ - มีสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์	1. ประเมิน สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง กระหายน้ำ อ่อนเพลีย ชีพจรเต้นเร็ว กล้ามเนื้อกระตุก อ่อนแรง ซึม สับสน 2. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ในทันที 3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4. บันทึกสารน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง จำนวนปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที 5. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินผล กรณีศึกษา รายที่ 1 มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ ขณะได้รับการรักษา สัญญาณชีพปกติ กรณีศึกษา รายที่ 2 เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 1 ครั้งขณะเข้ารับรักษา NSS 1,000 ml + KCL 20 mEq IV drip 60 ml/hr. ได้รับการแก้ไขจนสมดุลของสารน้ำปกติ
5. มีโอกาสเกิดการท้องอืดเนื่องจากได้รับการผ่าตัดบริเวณ	1. ประเมินท้องอืดโดยการ ฟังเสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation 3. ดูแลท่อระบายจากทางเดินอาหารไม่ให้เกิดการอุดตัน

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ช่องท้อง (กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2) <u>วัตถุประสงค์</u> - ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะท้องอืด</p>	<p>4. ดูแลให้เริ่มรับประทานอาหารเป็นลำดับ (step diet) เริ่มอาหารเหลว อ่อน ธรรมดาหลีกเลี่ยงอาหารย่อยยากและทำให้มีก๊าซ เช่น มัน น้ำอัดลม เป็นต้น</p> <p>6. สังเกตสอบถามผู้ป่วยว่าสามารถเรอหรือผายลมมีลมออกมาจากถุง colostomy หรือไม่ ซึ่งเป็นอาการแสดงถึงการเคลื่อนไหวของลำไส้</p> <p>7. ดูแลให้ยอมรับประทานแก๊ทท้องอืดตามแผนการรักษา</p> <p><u>การประเมินผล</u> กรณีศึกษารายที่ 1 มีการ early ambulation ลุกเดินข้างเตียงตั้งแต่วันที่ 2 หลังผ่าตัดจึงไม่พบอาการท้องอืด</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2 พบภาวะท้องอืดรุนแรงเนื่องจากมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ผู้ป่วยมีการปรับตัวกับสภาวะการเจ็บป่วยน้อย ขาดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ประกอบกับมีภาวะท้องอืด</p>
<p>6. มีโอกาสเกิดภาวะท้องผูกเนื่องจากรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย (กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2) <u>วัตถุประสงค์</u> - แบบแผนการขับถ่ายปกติ</p>	<p>1. ประเมินอาการท้องผูก เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด อึดอัดแน่นท้อง</p> <p>2. กระตุ้นให้ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2,000-2,500 มิลลิลิตร</p> <p>3. ดูแลให้ทานอาหารอ่อนที่มีกากใยมากขึ้น เช่น คენห่วย ผักกาดขาว แตงโม สับปะรด มะละกอสุก ส้ม กล้วย มะม่วงสุก ถั่ว งาและรำข้าว เป็นต้น</p> <p>4. แนะนำลูกนึ่งบนเตียงหรือกิจกรรมต่างๆ ให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น</p> <p>5. สังเกตอาการและการเคลื่อนไหวของลำไส้ เช่น การผายลม หรือมีลมออกในถุง colostomy เป็นต้น</p> <p>6. แนะนำให้ทำจิตใจให้สบาย การมีจิตใจที่ผ่อนคลายส่งเสริมให้มีการขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ</p> <p><u>การประเมินผล</u> กรณีศึกษารายที่ 1 สามารถเริ่ม step diet ได้ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด มีลมในถุง Colostomy ในวันแรกของการผ่าตัด ขับถ่ายทางทวารเทียมได้วันที่ 2 หลังผ่าตัด</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2 พบมีการเคลื่อนไหวน้อย ลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหว เกิดอาการแน่นอึดอัดท้องและมีอาการท้องผูก</p>
<p>7. มีโอกาสเกิดภาวะการเห็นคุณค่าตนเองลดลง เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงภายหลังการทำผ่าตัดทวารเทียม (กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2) <u>วัตถุประสงค์</u> - ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถปรับตัวให้เข้ากับทวารใหม่ได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้พูดคุย และซักถาม อธิบายให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการดูแล</p> <p>3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่นที่มี Colostomy เพื่อเป็นแบบอย่างในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย</p> <p>4. สาธิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวิธีการดูแล Colostomy การทำความสะอาด การเปลี่ยนถุงอุจจาระ พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำทำความสะอาด ที่ละขั้นตอน พยาบาลคอยให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด จนผู้ป่วยทำได้ดีและเกิดความมั่นใจสามารถกลับไปอยู่บ้านได้</p> <p><u>การประเมินผล</u> กรณีศึกษารายที่ 1 ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถปรับตัวให้เข้ากับทวารเทียมได้ สามารถทำแผล Colostomy ได้ด้วยตัวเอง</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะท้องอืดไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้</p>
<p><u>การวางแผนจำหน่าย</u> 1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในแผนการรักษาหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน (กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2) <u>วัตถุประสงค์</u></p>	<p>D: Disease ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงระยะลุกลามกระจาย หลังรับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม สอน สาธิต แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแผลผ่าตัดและทวารเทียม หลังผ่าตัด 5-7 วัน ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ สังเกตอาการผิดปกติของแผล เช่น บวม แดง มีเลือดออกที่ทวารเทียมไม่หยุด หรือบวมมากกว่าปกติ ควรมาพบแพทย์ หลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด</p> <p>E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดเพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรค</p> <p>M: Medication แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p>

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
- ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและสามารถดูแลตัวเองได้	T: Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาแพทย์ เกี่ยวกับแนวทางการรักษา การรับยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสง H: Health ให้ความรู้และอธิบายว่าหลังผ่าตัดเนื้อเยื่อแผลอาจมีการพัฒนาเป็นพังผืด ซึ่งเป็นเหตุให้ลำไส้อุดตัน จนต้องผ่าตัดแก้ไข O: Out patient การมาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติหรือกรณีฉุกเฉินเข้ารับบริการที่สถานบริการใกล้บ้าน D: Diet ทานอาหารอ่อนย่อยง่าย หลีกเลี่ยงผักบางชนิดที่ทำให้ท้องอืด เช่นต้นหอม หอมหัวใหญ่ ควรเพิ่มการดื่มน้ำให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการอุดตันของลำไส้ <u>การประเมินผล</u> กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถบอกถึงอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและภาวะท้องอืดจึงขอรับการรักษาแบบประคับประคอง
2.ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (กรณีศึกษาที่ 1) <u>วัตถุประสงค์</u> -ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	1. รับประทานอาหารที่มีโปรตีน จากเนื้อปลา ไข่ขาว น้ำมันงา น้ำมันถั่วเหลือง หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงได้แก่ นม ไข่แดง เครื่องในสัตว์ งดชา กาแฟ จำกัดอาหารประเภทเกลือและโซเดียมไม่ให้เกิน 1-2 กรัมต่อวัน เท่ากับเกลือแกง 1-2 ช้อนชาต่อวัน งดอาหารหมักดอง อาหารแปรรูป 2. พักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง ออกกำลังกายเหมาะสม 3. รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถบอกถึงการปฏิบัติตัว และอาหารที่ชะลอไตเสื่อมได้

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าเป็นเพศชายสูงอายุซึ่งมีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าเพศหญิง และเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี อุบัติการณ์จะยิ่งสูงขึ้นโอกาสจะเป็นมะเร็งแบบเดียวกันได้ราว ร้อยละ 10-15 ผลตรวจทางพยาธิวิทยา พบเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายส่วน Sigmoid และมีการกระจายตัว ไปยังอวัยวะอื่นจึงได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเพื่อระบายอุจจาระออกแทนตำแหน่งที่มีการอุดตัน³ ปัญหาระยะก่อนการผ่าตัด มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่รุนแรง และเป็นการผ่าตัดเป็นครั้งแรก ระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนถึงการผ่าตัดมีเวลาสั้นเพียง 1 วัน ทำให้ได้รับการ

สอน คำแนะนำในเวลาจำกัด ซึ่งไม่สอดคล้องการเรียนรู้ของผู้ป่วยและญาติที่เป็นผู้สูงอายุ ต้องใช้เวลาและภาษาในการสื่อสารสั้น กระชับและเข้าใจง่าย ทำให้ยังมีความวิตกกังวล

ในส่วนที่แตกต่างคือ กรณีศึกษาที่ 1 มาด้วยอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ซีด ตรวจคัดกรองด้วยวิธี Fit test มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการตรวจพิเศษ มีภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำ ได้รับการแก้ไขโดยการให้เลือดก่อนผ่าตัด และปรึกษาอายุรแพทย์สาขาไตเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการปวดแน่นท้องอย่างรุนแรง มีปัญหาทุกข์ทรมานจากการปวดท้อง ได้รับการรักษาโดยการให้ยาบรรเทาความปวดคือ Tramal 50 mg v ทุก 6 ชั่วโมง พยาบาลมีบทบาทในการบริหารยา เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาและมีการ

ประเมินความปวดช้า และพบปัญหาประสิทธิภาพการเตรียมลำไส้เพื่อการผ่าตัดไม่ได้มาตรฐาน เนื่องจากการเตรียมผ่าตัดแบบฉุกเฉิน แนวทางการดูแลคือเน้นย้ำเรื่องการงดน้ำงดอาหาร และการใส่ท่อระบายจากทางเดินอาหาร พยาบาลมีบทบาทดูแลสายให้อาหารในตำแหน่ง ตรวจสอบสายไม่ให้หักพับงอ หรืออุดตัน ซึ่งข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยรายนี้คือห้ามสวนอุจจาระทางทวารหนัก ปัญหาการเจ็บป่วยระยะหลังผ่าตัด เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ซ้ำ 1 ครั้งได้รับการรักษาแก้ไขจนปกติ มีภาวะอึดแน่นท้องรุนแรงเนื่องจากมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ผู้ป่วยมีการปรับตัวกับสภาวะการเจ็บป่วยน้อยขาดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีภาวะท้อถอยและการพยากรณ์โรคไม่ดี

การวางแผนจำหน่ายกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าขาดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน กรณีศึกษารายที่ 1 ขาดความเข้าใจเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรคยังมีทัศนคติเรื่องอาหาร คือ ต้องงดอาหารที่เป็นเนื้อสัตว์ทั้งหมด ส่วนทักษะการดูแลทวารเทียม ผู้ป่วยสามารถทำแผลและเปลี่ยนได้ด้วยตนเอง กรณีศึกษารายที่ 2 ขาดความรู้ความเข้าใจในแผนการการ

ปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน และมีความวิตกกังวลจากบทบาทการเป็นผู้นำของครอบครัวที่มีความรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจ และการสูญเสียภาพลักษณ์จากทวารเทียม เกิดความท้อถอยต่อสภาวะการเจ็บป่วย จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเลือกการรักษาแบบประคับ ประคอง ขอกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน บทบาทของพยาบาลต้องมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสู่ชุมชน¹ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ประสานงานกับศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ADL ก่อนกลับบ้าน 11 คะแนนแปรผลเป็นผู้ป่วยติดบ้านที่ต้องมีผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วน⁷

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
2. มีการรณรงค์ให้ความรู้การป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งแก่ประชาชน เพื่อลดการป่วยเป็นโรคมะเร็ง
3. มีนโยบายการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เพื่อค้นหาการเป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาร พรประสังสิต. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 18 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์; 2561.
2. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. สถิติข้อมูลผู้บริการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประจำปี 2563 - 2565. 2566.
3. วิภาวดี ว่องวรนนท์. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]; กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html
5. สายพิณ สุทธิสุวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบ Low Anterior Resection: กรณีศึกษา 2 ราย. เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.amno.moph.go.th/amno_new/index.php?option=com_content&task=view&id=4204&Itemid=402

6. องค์การอนามัยโลก. (2565). รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยฉบับที่ 214. เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://cdn.who.int/>
7. อรอนงค์ ทัพสุวรรณ. คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการ ผ่าตัด. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. [อินเทอร์เน็ต]. มปท; c2557 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/193/CAcolon.pdf>
8. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2021. Atlanta: American Cancer Society; 2021. PP.71-13. [internet]. [Cited 2023 Sep 5]. Available from: <https://bcan.org/wp-content/uploads/2021/01/cancer-facts-and-figures-2021.pdf>
9. Oncology Nursing society. Toolkit for safe Handling of Hazardous Drugs for Nurses in Oncology. [Internet]. 2018. [cited 2023 JUN 8] from: http://ons.org/clinical_practice_resources/toolkit_safe_handling_hazard_drugs_nurse_oncology.

กรณีศึกษา: บทบาทพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนความถี่สูง
Case study: The nurse's role in caring for patients receiving cardiac examinations with a high-frequency echocardiography service.

(Received: December 19,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อุทัยวรรณ จิระชีวะนันท์¹
Utaiwan Jiracheevanun¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนความถี่สูง ที่งานตรวจรักษาพิเศษโรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนความถี่สูง ที่งานตรวจรักษาพิเศษโรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย ในช่วงปีงบประมาณ 2566

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 53 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ให้ประวัติดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ มาโรงพยาบาลด้วยอาการ เจ็บแน่นตรงกลางหน้าอก ร้าวไปหลัง ตัวเย็น ใจสั่น เป็นมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล สัญญาณชีพ BP 121/71 mmHg, PR 66 ครั้ง/นาที, RR 16 ครั้ง/นาที Pain score 10 คะแนน การวินิจฉัย แร่รับสงสัย NSTEMI กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 57 ปี รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย 1 วันก่อนมา ขณะนอนรักษา Cellulitis left foot ในโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ ไอมาก แน่นหน้าอก ขาบวม ร่วมกับมีปัญหาคอหิเจเนนเลือดต่ำ จึงได้รับการใส่ท่อหายใจ และส่งต่อมารักษาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การวินิจฉัย: Pneumonia, CHF R/O NSTEMI และ Cellulitis left foot ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของอาการหัวใจขาดเลือดที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยรายแรกถูกส่งไปรักษาโดยการสวนหัวใจต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ทันทีในวันต่อมา ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการดูแลต่อด้วยการให้อาหารตามอาการดีขึ้น สามารถถอดท่อหายใจได้ จึงได้รับการส่งต่อไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จากการติดตามเยี่ยมพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายภายหลังได้รับการสวนหัวใจสามารถกลับไปใช้ชีวิตและดูแลตัวเองได้ที่บ้าน

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, การตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนความถี่สูง, การวางแผนการพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to study nursing patients who come to receive heart examination services using a high-frequency echo machine. At the special heart disease examination and treatment event Special Nursing Examination Group Kalasin Hospital Is a patient who comes to receive a heart examination using a high-frequency echo machine. At the special heart disease examination and treatment event Special Nursing Examination Group Kalasin Hospital, 2 cases during fiscal year 2023.

The results of the study found that Case Study 1 was a 53-year-old Thai male patient who denied any congenital disease. Give a history of drinking and smoking. Came to the hospital with symptoms Tight pain in the middle of the chest radiating to the back, cold body, palpitations, worsening, so came to the hospital. Vital signs BP 121/71 mmHg, PR 66 beats/minute, RR 16 beats/minute Pain score 10 points Diagnosis: Initially suspected of NSTEMI. Case Study 2: A 57-year-old Thai male patient who was referred from a community hospital 1 day before coming. While in the hospital for cellulitis left foot treatment, he had chest pain, couldn't lie down, had a lot of coughing, had chest tightness, swollen legs, along with oxygen problems. low in blood So he was put in a breathing tube. and referred for treatment at Kalasin Hospital. Diagnosis: Pneumonia, CHF R/O NSTEMI and Cellulitis left foot. The patient received timely treatment. There were no increased complications of severe ischemic heart disease. The first patient was sent for further cardiac catheterization treatment to Srinakarin Hospital immediately the following day. The second patient continued to receive medication until

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

his symptoms improved. The breathing tube can be removed. Therefore was referred for further treatment to Srinakarin Hospital. From follow-up visits, it was found that both patients after undergoing cardiac catheterization were able to return to their lives and take care of themselves at home.

Keywords: nursing role, echocardiography, nursing planning

บทนำ

การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจผ่านผนังทรวงอก (Echocardiography) เป็นการตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้หลักการเสียงสะท้อน (Ultrasound) ส่งผ่านทรวงอกเข้าไปที่หัวใจ โดยใช้หัวตรวจชนิดพิเศษ มีตัวรับคลื่นความถี่สูงเปลี่ยนเป็นกระแสไฟฟ้ามีคอมพิวเตอร์เป็นตัวรับสัญญาณบันทึกเป็นภาพทำให้ทราบความผิดปกติส่วนต่างๆ ของหัวใจ ช่วยวิเคราะห์โรคของหัวใจและหลอดเลือด ทั้งที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิด และเกิดขึ้นภายหลัง¹ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจ Echocardiography เนื่องจากการตรวจ Echocardiography เป็นการตรวจที่มีความปลอดภัย และมีความเสี่ยงน้อย ยังไม่เคยมีรายงานเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการใช้คลื่นเสียงที่ระดับความถี่ที่ใช้ในการตรวจด้วย Echocardiogram อย่างไรก็ตามก่อนก่อนตรวจจะต้องเริ่มจากการประเมินสภาพ และอาการของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการตรวจ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือสงสัยว่าจะเป็นโรคหัวใจ โดยเฉพาะการประเมิน Functional status ของผู้ป่วยร่วมด้วย²

งานตรวจรักษาพิเศษโรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีการให้บริการตรวจ Echocardiography ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ และกลุ่มที่สงสัยว่าจะเป็นโรคหัวใจ จากสถิติการให้บริการย้อนหลัง 3 ปี สถิติการให้บริการในปี 2564 จำนวน 2992 ราย, ปี 2565 จำนวน 3046 ราย และในปี 2566 จำนวน 4011 ราย (สถิติจากกลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2566) ซึ่งเป็นทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่มีมารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยจะมีทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน และไม่ฉุกเฉิน บทบาทในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจ Echocardiography จะแบ่งการดูแล

ออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพยาบาลการดูแลระยะก่อนตรวจเป็นการประเมินผู้ป่วย และอาการก่อนตรวจ เพื่อวางแผนการพยาบาล ระยะที่ 2 การพยาบาลระยะตรวจ Echocardiogram ระยะนี้จะต้องมีการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยอาจมีความหวาดกลัว หรือมีความวิตกกังวลกลัวการตรวจ และระยะที่ 3 การพยาบาลระยะหลังการตรวจ การประเมินก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือผู้ป่วย ตลอดจนผลของการตรวจจากแพทย์ผู้ตรวจ การประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการตรวจ การแนะนำหลังการตรวจ การนัดตรวจครั้งต่อไป การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีอาการเหนื่อยมากขึ้น หรือมีอาการเจ็บหน้าอก เป็นต้น

บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ที่งานตรวจรักษาพิเศษโรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จะให้บริการดูแลผู้ที่เข้ารับบริการ เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนตรวจ ระยะตรวจ และระยะหลังตรวจ เพื่อให้ผู้เข้ารับบริการตรวจ Echocardiogram มีประสิทธิภาพ เป็นไปตามมาตรฐานและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอเคสกรณีศึกษาจำนวน 2 เคส ที่มารับบริการตรวจที่งานตรวจรักษาพิเศษโรคหัวใจ โดย

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 53 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นตรงกลางหน้าอก ร้าวไปหลัง ตัวเย็น ใจสั่น เป็นมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล สัญญาณชีพ BP 121/71 mmHg, PR 66 ครั้ง/นาที, RR 16 ครั้ง/นาที Pain score 10 คะแนน การวินิจฉัยแรกได้รับสงสัย NSTEMI จึงส่งผู้ป่วยปรึกษาเพื่อทำ Echocardiogram สำหรับการวางแผนดูแลผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้เรื่อง ประเมิน Glasgow Coma Score ได้ E₄V₅M₆ ผลตรวจ EKG 12 lead อ่านเป็น inverted T wave V4-6 ผลตรวจ Trop-T 248.7 (T>20%) การวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยรายนี้ ใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน³ มาใช้ใน

การประเมินภาวะสุขภาพ และใช้ทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม⁴ มาปรับให้ให้กับบริบทผู้ป่วย ผลการตรวจ Echocardiogram พบว่าผู้ป่วยเป็น Non-ST elevation myocardial in fraction จึงได้ส่งผู้ป่วยรักษาต่อด้วยวิธีการสวนหัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น และผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยดี

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 57 ปี รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย 1 วันก่อนมาขณะที่นอนรักษา Cellulitis left foot ในโรงพยาบาลมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ ไอมาก แน่นหน้าอก ชาวมวม ร่วมกับมีปัญหาลอกซิเจนในเลือดต่ำ จึงได้รับการใส่ท่อหายใจ และส่งต่อมารักษาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ภายหลังรับไว้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากประวัติเดิมผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีประวัติเส้นเลือดหัวใจตีบ LVEF 30% ยังไม่ได้รับการรักษา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia, CHF R/O NSTEMI และ Cellulitis left foot จึงส่งปรึกษาและสั่งทำ Echocardiogram สำหรับการประเมินการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติ ใส่ท่อหายใจมา จึงใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามกรอบแนวคิด Functional health pattern

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.1 ข้อมูลทั่วไป	- เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 53 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ให้ประวัติตีตื้นเท้าและสับสนหิว ภาควิทยาบาลด้วยอาการ เจ็บแน่นตรงกลางหน้าอก ร้าวไปหลัง ตัวยืนใจสั่น เป็นมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล สัญญาณชีพ BP 121/71 mmHg, PR 66 ครั้ง/นาที, RR 16 ครั้ง/นาที Pain score 10 คะแนน - การวินิจฉัย: แกรับส่งสัย NSTEMI	- ผู้ป่วยชายไทย อายุ 57 ปี รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย 1 วันก่อนมา ขณะที่นอนรักษา Cellulitis left foot ในโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ ไอมาก แน่นหน้าอก ชาวมวม ร่วมกับมีปัญหาลอกซิเจนในเลือดต่ำ จึงได้รับการใส่ท่อหายใจ และส่งต่อมารักษาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ - การวินิจฉัย: Pneumonia, CHF R/O NSTEMI และ Cellulitis left foot
1.2 การวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ	- ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด Non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) เป็นภาวะของหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะเสื่อมสภาพหรือแข็งตัว (atherosclerosis) แล้วเกิดการฉีกขาดหรือปริแตกที่ด้านในของผนังหลอดเลือดส่วนที่เสื่อมสภาพอย่างเฉียบพลัน (plaque rupture, disruption) เกิดแผลขึ้นที่ผนังด้านในของหลอดเลือด (raw surface) เกล็ดเลือดจะเกาะกลุ่ม (platelet aggregation) อย่างรวดเร็วตรงบริเวณที่มีการปริแตกหรือฉีกขาดหลังจากนั้นจะมีการกระตุ้นให้เกิด ลิ่มเลือด (thrombus formation) อย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าว หากลิ่มเลือดอุดตันบางส่วน (partial occlusion) ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนเกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) โดยยังไม่มีการอุดตันหัวใจตาย ถ้าลิ่มเลือดเกิด	

(FANCAS)⁵ ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความสมดุลของน้ำ (Fluid balance) 2) ด้านการหายใจ (aeration) 3) ด้านโภชนาการ (nutrition) 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร (community) 5) ด้านการทำกิจกรรม (activity) 6) ด้านการกระตุ้น (stimulation) และใช้ทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม⁴ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบชดเชยทั้งหมด

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนความถี่สูง ที่งานตรวจรักษาพิเศษโรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนความถี่สูงได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ขอบเขตการศึกษา

เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนความถี่สูง ที่งานตรวจรักษาพิเศษโรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย ในช่วงปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการแพทย์ เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>อุดตันโดยสมบูรณ์ (complete occlusion) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI) ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการ อาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปกราม หรือมีอาการจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ ตรวจ EKG จะพบลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใหม่ของ ST-segment-T wave (ST-T) หรือ left bundle branch block (LBBB) พบ Q-wave ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) จะพบลักษณะกล้ามเนื้อหัวใจมีการบีบตัวที่ผิดปกติหรือมีการขาดเลือดหรือตาย ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือเกิดขึ้นใหม่</p> <p>- วิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีศึกษา มาด้วยอาการที่เหมือนกัน คือ เจ็บแน่นหน้าอก ปวดร้าวไปหลัง ปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดโรค คือ กรณีแรกถึงแม้จะเป็นชายอายุน้อยไม่มีโรคประจำตัว แต่ผู้ป่วยดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ส่วนกรณีศึกษาที่สอง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว คือ DM, CHF, pneumonia, hypertension และผู้ป่วยเป็นเส้นเลือดหัวใจตีบซึ่งยังไม่ได้รับการรักษาอยู่เดิม ทำให้ผู้ป่วยรายนี้อาการหนักกว่ากรณีศึกษาแรก จากผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีศึกษาที่ 1 พบว่ามีความผิดปกติของ EKG 12 lead เป็น inverted T-wave V4-V6 ค่า Trop-T = 248.7 (T>20%) และกรณีศึกษาที่ 2 EKG 12 lead เป็น inverted T-wave V3-V4 ค่า Trop-T = 160.6 (T>20%) ทั้งสองกรณีศึกษาถูกส่งมาเพื่อทำ Echocardiography เพื่อดูว่าหัวใจมีความผิดปกติตรงตำแหน่งไหน ทำให้การวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น NSTEMI ได้รับการรักษาได้ทันที่ผู้ป่วยปลอดภัย</p>	

2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

2.1 การประเมินแบบแผนด้านสุขภาพ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินแบบแผนด้านสุขภาพของ GORDON	การประเมินแบบแผนด้านสุขภาพของ FANCAS
<p>1) แผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ</p> <p>- จากการประเมินสรุปได้ว่าผู้ป่วยก่อนการเจ็บไม่มีโรคประจำตัวใช้ชีวิตตามปกติ หลังจากทราบอาการเจ็บป่วยผู้ป่วยสามารถรับรู้จากคำอธิบายของแพทย์และทีมดูแล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี การดูแลผู้ป่วยแบบแผนนี้คือการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีปัญหาทางสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา⁷</p> <p>Problem: ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย</p> <p>2) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร</p> <p>- จากการประเมินก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร แต่ในขณะที่เจ็บป่วยผู้ป่วยจะต้องมีการจำกัดอาหาร และรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้เท่านั้นตามภาวะของโรค และมีการงดน้ำงดอาหารบางช่วงตามแผนการรักษา</p> <p>Problem: มีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>3) แบบแผนการขับถ่าย</p> <p>แบบแผนการขับถ่ายปกติทั้งก่อนเจ็บป่วยและขณะเจ็บป่วย</p> <p>Problem: ไม่มีปัญหา</p> <p>4) แบบแผนการออกกำลังกาย และการออกกำลังกาย</p>	<p>1) ด้านความสมดุลของน้ำ (Fluid balance)</p> <p>จากการประเมินผู้ป่วยมีปัญหาที่ระบบของหัวใจ และหลอดเลือด ตรวจพบความผิดปกติของ EKG 12 lead เป็น inverted T-wave V3-V4 ค่า Trop-T = 160.6 (T>20%) ค่า LVEF 30% และมีอาการบวมที่ขา ค่า eGFR=66-73ml/min</p> <p>Problem: R/O NSTEMI, ผู้ป่วย on et-tube</p> <p>2) ด้านการหายใจ (Aeration)</p> <p>ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ on et-tube with volume ventilator ร่วมกับก่อนหน้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไอมาก นอนราบไม่ได้ ออกซิเจนในเลือดต่ำ</p> <p>Problem: on et-tube with volume ventilator, นอนราบไม่ได้, ออกซิเจนในเลือดต่ำ และเจ็บแน่นหน้าอก</p> <p>3) ด้านโภชนาการ (Nutrition)</p> <p>ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อหายใจ ดังนั้นจึงต้องมีการงดน้ำงดอาหารเพื่อสังเกตอาการ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำชดเชย จากการคำนวณค่า BMI 24.2 คือภาวะระดับภาวะโภชนาการ ภาวะน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>การคำนวณความต้องการพลังงานสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติรายนี้ใช้สูตรของ Ireton-Jones equations ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ: $EEE = 1784 - 11 (\text{อายุ}) + 5 (\text{น้ำหนักเป็นกิโลกรัม}) + 244 (\text{เพศ}) + 239 (\text{อุบัติเหตุ}) + 804 (\text{ไฟไหม้})$</p>

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>การประเมินแบบแผนด้านสุขภาพของ GORDON</p> <p>ก่อนเจ็บป่วยทำกิจกรรม และทำงานได้ปกติ แต่ขณะเจ็บป่วยเนื่องจากป่วยเป็นโรคหัวใจ จะต้องมีการจำกัดกิจกรรมเพื่อให้หัวใจทำงานน้อยที่สุด ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม โดยใช้ Barthel ADL Index ได้รวม 20 คะแนน (เต็ม 20 คะแนน)</p> <p>Problem: ต้องจำกัดกิจกรรมเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย</p> <p>5) แบบแผนการนอนหลับ</p> <p>ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยนอนพักผ่อนเพียงพอไม่ต่ำกว่าวันละ 8 ชม. ขณะเจ็บป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลไม่สามารถนอนหลับได้เต็มที่ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการนอน มีเสียงดังตลอดเวลา</p> <p>Problem: เหนื่อยอ่อนเพลียจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ</p> <p>6) แบบแผนสติปัญญาการรับรู้</p> <p>ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว รับรู้ได้ปกติ การสื่อสารปกติ สามารถจดจำ และประมวลผลผลสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ยังไม่พบความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้และสติปัญญา ผู้ป่วยสามารถรับรู้ต่อการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย</p> <p>Problem: ไม่มีปัญหา</p> <p>7) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์</p> <p>ผู้ป่วยรายนี้สรุปได้ว่าองค์ประกอบที่ทำให้อัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลง คือ การเจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจแบบกะทันหันซึ่งที่สุขภาพดีมาตลอด ผู้ป่วยรายนี้ยอมรับและเข้าใจเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงของตนเองได้โดยการได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากลูกและภรรยาคอยดูแลและให้กำลังใจ</p> <p>Problem: ไม่มีปัญหา</p> <p>8) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ</p> <p>ผู้ป่วยมีอาชีพหลักเป็นอาชีพเกษตรกร เป็นหัวหน้าครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวดีไม่มีปัญหา เมื่อเจ็บป่วยยอมรับและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดี</p> <p>Problem: ไม่มีปัญหา</p> <p>9) แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสมไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>Problem: ไม่มีปัญหา</p> <p>10) แบบแผนการปรับตัวและเผชิญความเครียด</p> <p>ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตัวเอง สันถรรค์กับเพื่อนตามโอกาส ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการประเมินความเครียดของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>Problem: วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่</p> <p>11) แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ</p>	<p>การประเมินแบบแผนด้านสุขภาพของ FANCAS</p> <p>โดยที่ความอ้วน: น้ำหนักมากกว่า ร้อยละ 30 ของ ideal body weight: อ้วน = 1 ไม่อ้วน = 0</p> <p>เพศ: ชาย = 1 หญิง = 0 , อุบัติเหตุ: มี = 1 ไม่มี = 0 , ไฟไหม้: มี = 1 ไม่มี = 0</p> <p>แทนค่า EEE = 1784 - 11 (57) + 5 (70) + 244 (1) + 239 (0) + 804 (0)</p> <p>EEE=563 กิโลแคลอรีต่อวัน</p> <p>Problem: on et-tube with volume ventilator, NPO</p> <p>4) ด้านการติดต่อสื่อสาร (Communication)</p> <p>จากการประเมินสรุปปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วย มีปัญหาเนื่องจาก on et-tube ไม่สามารถสื่อสารได้ แต่ผู้ป่วยยังสามารถรับรู้ได้จึงต้องใช้ภาษากายและการเขียน ซึ่งมีโอกาสผิดพลาดด้านการสื่อสารได้</p> <p>Problem: on et-tube ไม่สามารถสื่อสารได้</p> <p>5) ด้านการทำกิจกรรม (Activity)</p> <p>ผู้ป่วยในระยะวิกฤติ on et-tube ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ ต้องอยู่ในการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลจะต้องมีการชดเชยกิจกรรมให้ทั้งหมด รวมทั้งการทากิจวัตรประจำวันด้วย</p> <p>Problem: ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม</p> <p>6) ด้านการกระตุ้น (Stimulation)</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีสีหน้าวิตกกังวล ไม่สามารถพูดจาสื่อสารได้ เนื่องจาก on et-tube สามารถรับความรู้สึกการรับสัมผัสได้ปกติ รับความรู้สึกเจ็บได้ปกติ รับความรู้สึกตำแหน่งได้ปกติ</p> <p>Problem: ไม่พบปัญหา</p> <p>สรุปผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ด้านความสมดุลของน้ำ - ด้านการหายใจ - ด้านโภชนาการ - ด้านการติดต่อสื่อสาร - ด้านการทำกิจกรรม

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินแบบแผนด้านสุขภาพของ GORDON	การประเมินแบบแผนด้านสุขภาพของ FANCAS
<p>ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ใช้หลักธรรมะในการดำรงชีวิต ทำบุญทุกครั้งที่มีโอกาส เชื่อในหลักพุทธศาสนา ปฏิบัติตามขนบธรรมเนียม ประเพณีความเชื่อด้านสุขภาพ เชื่อมเกี่ยวกับการเกิดโรคว่าเกิดจกหลายปัจจัย เชื่อในการรักษาแผนปัจจุบัน เชื่อว่าตัวเองหลังได้รับการรักษาอาการจะดีขึ้นและสามารถกลับบ้านได้ในเร็ววัน</p> <p>Problem: ไม่มีปัญหา</p> <p>สรุปแบบแผนที่พบปัญหา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) แผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ 2) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร 4) แบบแผนการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย 5) แบบแผนการนอนหลับ 10) แบบแผนการปรับตัวและเผชิญความเครียด 	

2.2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1</p> <p>ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบ่นเจ็บแน่นบริเวณกลางหน้าอก ร้าวไปกราม และปวดมากขึ้นเรื่อย ๆ 2. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวด กระสับกระส่าย <p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>- หายหรือทุเลาจากอาการเจ็บแน่นหน้าอก</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือบอกว่าระดับความเจ็บปวดลดลง 2. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าสดชื่น นอนหลับ พักผ่อนได้ <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สอนและแนะนำผู้ป่วยเรื่องการประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ pain scale (0-10) 2. ติดตามและเฝ้าระวังอาการเจ็บแน่นหน้าอก พร้อมทั้งบันทึก ลักษณะ ระยะเวลา และระดับความรุนแรง (โดยใช้ pain scale) ของอาการเจ็บแน่นหน้าอกรวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งให้ทราบทันทีที่เริ่มมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก 3. ดูแลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก 4. ติดตามและเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง ทุก 30 นาทีจำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ 	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบ่นเจ็บแน่นหน้าอก โอบมาก นอนราบไม่ได้ ขาบวม 2. ผู้ป่วยแสดงความเจ็บปวด กระสับกระส่าย <p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>- หายหรือทุเลาจากอาการเจ็บแน่นหน้าอก</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือบอกว่าระดับความเจ็บปวดลดลง 2. ผู้ป่วยนอนหลับ พักผ่อนได้ <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ pain scale (0-10) 2. ติดตามและเฝ้าระวังอาการเจ็บแน่นหน้าอก พร้อมทั้งบันทึก ลักษณะ ระยะเวลา และระดับความรุนแรง (โดยใช้ pain scale) 3. ดูแลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก 4. ติดตามและเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง ทุก 30 นาทีจำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ 5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาโดยรักษาระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงที่วัดจากปลายนิ้วมากกว่า 95% 6. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือด หรือบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาโดยรักษาระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงที่วัดจากปลายนิ้วมากกว่า 95%</p> <p>6. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือด หรือบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา</p> <p>7. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเช่น การจัดท่านอน เพื่อให้สบาย</p> <p>8. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เช่น ปิดไฟหัวเตียง ปิดประตูเป็นต้น เพื่อส่งเสริมการพักผ่อน</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยบอกว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง ระดับความเจ็บปวด 3-4 คะแนน</p> <p>2. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าสดชื่น นอนหลับพักผ่อนได้</p>	<p>7. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยแบบชดเชยทั้งหมดเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤติ ใ้ท่อหายใจ และจัดท่านอน เพื่อให้สบาย</p> <p>8. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เช่น ปิดไฟหัวเตียง ปิดประตูเป็นต้น เพื่อส่งเสริมการพักผ่อน</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวล</p> <p>2. ผลประเมินระดับความเจ็บปวด 3-4 คะแนน</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากไม่เข้าใจและขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลถามถึงอาการที่เป็นของโรคตลอดเวลา</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลงหรือหมดไป</p> <p>2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับสภาวะของโรคเพิ่มมากขึ้น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. สามารถอธิบายสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง</p> <p>2. บอกวิธีแก้ไขในภาวะฉุกเฉิน และแนวทางการรักษาเบื้องต้นได้</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินระดับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของโรค การดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>2. กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยในภาวะของโรคของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ</p> <p>3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในเรื่องต่างๆ ได้แก่</p> <p>3.1 โรคและการดำเนินของโรค สาเหตุการเกิดโรค</p> <p>3.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น</p> <p>3.3 อาการและอาการแสดง คือ หาก ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอกลักษณะเหมือนมีอะไรมาทับหรือมีร้าวขึ้นไปคอ กราม ไหล่ เป็นต้น ควรรีบมาพบแพทย์</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลถามถึงอาการที่เป็นของโรคตลอดเวลา</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลงหรือหมดไป</p> <p>2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับสภาวะของโรคเพิ่มมากขึ้น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. สามารถอธิบายสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง</p> <p>2. บอกวิธีแก้ไขในภาวะฉุกเฉิน และแนวทางการรักษาเบื้องต้นได้</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินระดับความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของโรค การดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>2. กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ซักถามข้อสงสัยในภาวะของโรคของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ</p> <p>3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในเรื่องต่างๆ ได้แก่</p> <p>- โรคและการดำเนินของโรค สาเหตุการเกิดโรค</p> <p>- ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค</p> <p>- อาการและอาการแสดงของโรค</p> <p>- วิธีแก้ไขในภาวะฉุกเฉิน และแนวทางการรักษาเบื้องต้น</p> <p>- ยาที่ใช้ในการรักษาและอาการข้างเคียงของยา</p> <p>4. จัดทำข้อมูลเอกสารแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสภาวะของโรค</p>

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>3.4 วิธีแก้ไขในภาวะฉุกเฉิน และ แนวทางการรักษาเบื้องต้น และแนะนำการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ญาติ</p> <p>3.5 การออกกำลังกายและการทำ กิจกรรมที่เหมาะสม</p> <p>3.6 ยาที่ใช้ในการรักษาและอาการข้างเคียงของยา</p> <p>3.7 แหล่งช่วยเหลือด้านสุขภาพในชุมชน เช่น หากผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉินให้ไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือโทร 1669</p> <p>3.8 จัดทำข้อมูลเอกสารแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรคและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสภาวะของโรค</p> <p>3.9 ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อเตรียมพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเอง</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยบอกว่าเข้าใจสภาวะของโรคมมากขึ้น และจะปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค</p> <p>2. ญาติผู้ป่วยบอกว่าเข้าใจสภาวะของโรคการรักษาที่ได้รับและมั่นใจว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้</p>	<p>5. ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อเตรียมพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเอง</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1. ญาติรับรู้และบอกว่าเข้าใจสภาวะของโรคมมากขึ้น และจะปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค</p> <p>2. ญาติผู้ป่วยบอกว่ามั่นใจว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ภายหลังจากได้รับคำแนะนำแล้ว</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3</p> <p>วิตกกังวลขาดความรู้ในการทำ Echocardiogram</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>- ผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปกราม เหนือออก ตัวเย็น</p> <p>- แพทย์ส่งทำ Echocardiogram เนื่องจากสงสัยเป็นโรคหัวใจ</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>- เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำ Echocardiogram ในผู้ป่วยและญาติ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลาย</p> <p>2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการทำ Echocardiogram</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการทำ echocardiogram ว่าเป็นการตรวจหัวใจและหลอดเลือดแดงใหญ่ โดยใช้อัลตราซาวด์ ที่มีความถี่ 1-12 MHz ส่งคลื่นเสียงไปยังตำแหน่งของหัวใจและสะท้อนสัญญาณกลับมาประมวลผลเป็นภาพ 2-3 มิติ ทำให้ประเมินลักษณะกายภาพของหัวใจและบอกการทำงานของหัวใจขณะนั้น</p> <p>2. บอกขั้นตอนของการทำ echocardiogram จะใช้เวลาในการทำไม่เกิน 20 นาที ผู้ป่วยไม่ต้องงดน้ำงดอาหารก่อนมาตรวจ</p> <p>3. ขณะทำผู้ป่วยต้องนอนหงายหรือตะแคงซ้ายจะติดแผ่นขั้วสัญญาณ(Electrode) บริเวณเหนือเอว</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>- ผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกไอ หอบ ใส่ออก หายใจก่อนมา</p> <p>- แพทย์ส่งทำ Echocardiogram เนื่องจากสงสัยเป็นโรคหัวใจ</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>- เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำ Echocardiogram ในผู้ป่วยและญาติ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลาย</p> <p>2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการทำ Echocardiogram</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการทำ echocardiogram ว่าเป็นการตรวจหัวใจและหลอดเลือดแดงใหญ่ โดยใช้อัลตราซาวด์ ที่มีความถี่ 1-12 MHz ส่งคลื่นเสียงไปยังตำแหน่งของหัวใจและสะท้อนสัญญาณกลับมาประมวลผลเป็นภาพ 2-3 มิติ ทำให้ประเมินลักษณะกายภาพของหัวใจและบอกการทำงานของหัวใจขณะนั้น</p> <p>2. บอกขั้นตอนของการทำ echocardiogram จะใช้เวลาในการทำไม่เกิน 20 นาที ผู้ป่วยไม่ต้องงดน้ำงดอาหารก่อนมาตรวจ</p> <p>3. ขณะทำผู้ป่วยต้องนอนหงายหรือตะแคงซ้ายจะติดแผ่นขั้วสัญญาณ(Electrode) บริเวณเหนือเอว</p>

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>ซ้ายและหน้าอก 2 ข้างของผู้ป่วยเพื่อคู่อัตราการเต้นของหัวใจ</p> <p>4. ภายหลังตรวจเสร็จแพทย์จะเป็นผู้สรุป อธิบาย เพื่อประกอบการวินิจฉัยและแนะนำแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยได้เข้าใจทันทีหลังเสร็จสิ้นการตรวจ</p> <p>5. ภายหลังการตรวจเสร็จผู้ป่วยสามารถกลับหอผู้ป่วยได้ทันที</p> <p>6. ดูแลให้คำแนะนำหลังการตรวจ และอาจมีการนัดเพื่อมีการทำครั้งต่อไป</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติสับสนคลายกังวล ให้ความร่วมมือในการตรวจเป็นอย่างดี</p>	<p>ซ้ายและหน้าอก 2 ข้างของผู้ป่วยเพื่อคู่อัตราการเต้นของหัวใจ</p> <p>4. ภายหลังตรวจเสร็จแพทย์จะเป็นผู้สรุป อธิบาย เพื่อประกอบการวินิจฉัยและแนะนำแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยได้เข้าใจทันทีหลังเสร็จสิ้นการตรวจ</p> <p>5. ภายหลังการตรวจเสร็จผู้ป่วยสามารถกลับหอผู้ป่วยได้ทันที</p> <p>6. ดูแลให้คำแนะนำหลังการตรวจ และอาจมีการนัดเพื่อมีการทำครั้งต่อไป</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติสับสนคลายกังวล ให้ความร่วมมือในการตรวจเป็นอย่างดี</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4</p> <p>เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก - มีความผิดปกติของ EKG 12 lead เป็น inverted T-wave V4-V6 - ค่า Trop-T = 248.7 (T>20%) <p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ตัวซีด ริมฝีปากเขียว เล็บมือเล็บเท้าเขียว 2. ระดับออกซิเจนในเลือดบริเวณปลายนิ้วไม่ควรน้อยกว่า 95% <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการหายใจ และภาวะขาดออกซิเจนจากสีผิว ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า ไม่มีอาการเขียว ตรวจวัดระดับออกซิเจนในเลือดบริเวณปลายนิ้วไม่ควรน้อยกว่า 95% 2. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง 30-45 องศา (semi fowler's position) เพื่อให้ปอดขยายเต็มที่ 3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา 4. จำกัดกิจกรรมเพื่อลดการใช้ออกซิเจน <p>ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ตัวซีด ริมฝีปากเขียว เล็บมือเล็บเท้าเขียว 2. ระดับออกซิเจนในเลือดบริเวณปลายนิ้ววัดได้ 98-100% 	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ ได้รับการใส่ท่อหายใจ - EKG 12 lead เป็น inverted T-wave V3-V4 - ค่า Trop-T = 160.6 (T>20%) <p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ตัวซีด ริมฝีปากเขียว เล็บมือเล็บเท้าเขียว 2. ระดับออกซิเจนในเลือดบริเวณปลายนิ้วไม่ควรน้อยกว่า 95% <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการหายใจ และภาวะขาดออกซิเจนจากสีผิว ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า ไม่มีอาการเขียว ตรวจวัดระดับออกซิเจนในเลือดบริเวณปลายนิ้วไม่ควรน้อยกว่า 95% 2. ดูแลท่อหายใจให้อยู่ในตำแหน่ง โดยการฟังปอดทั้งสองข้างจะต้องมีลมผ่านเท่ากัน 3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา 4. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง 30-45 องศา (semi fowler's position) เพื่อให้ปอดขยายเต็มที่ 5. จำกัดกิจกรรมเพื่อลดการใช้ออกซิเจน <p>ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการประเมินไม่มีภาวะขาดออกซิเจน สีผิว ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า ไม่มีอาการเขียว 2. ระดับออกซิเจนในเลือดบริเวณปลายนิ้ววัดได้ 100%

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาสรุปได้ว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีมาด้วยอาการ และอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ผู้ป่วยรายแรกยังอาการไม่วิกฤติเมื่อเทียบกับกรณีศึกษาที่ 2 แต่เนื่องจากมีโรคประจำตัว และมีอาการของโรคหัวใจขาดเลือดอยู่เดิมทำให้ผู้ป่วยอาการอยู่ในระยะวิกฤติจนต้องใส่ท่อหายใจ และภายหลังการตรวจพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ Echocardiography มีประสิทธิภาพ เป็นไปตามมาตรฐานและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอเคสกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด Non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) จำนวน 2 เคสเปรียบเทียบ โดยกรณีศึกษาที่ 1 ประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน³ และกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติ ผู้ป่วยใส่ท่อหายใจ เลือกใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามกรอบแนวคิด Functional health pattern (FANCAS)⁵ และใช้ทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม⁴ ในการวางแผนให้การพยาบาล จากผลการตรวจวินิจฉัยทำให้การวางแผนการรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว

ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของอาการหัวใจขาดเลือดที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยรายแรกถูกส่งไปรักษาโดยการสวนหัวใจต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ทันทีในวันต่อมา ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการดูแลต่อด้วยการให้ยาจนอาการดีขึ้นสามารถถอดท่อหายใจได้ จึงได้รับการส่งต่อไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จากกรณีศึกษาเปรียบเทียบพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายภายหลังได้รับการสวนหัวใจสามารถกลับไปใช้ชีวิตและดูแลตัวเองต่อได้ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ Echocardiogram ควรเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญผ่านการอบรมเฉพาะด้านสำหรับการตรวจรักษาพิเศษ ไม่เฉพาะผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานยังรวมถึงการดูแลจัดการด้านอุปกรณ์ของการตรวจ ซึ่งอยู่ในกลุ่มอุปกรณ์ที่มีราคาสูง ต้องได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น

2. มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านทักษะ และความรู้อย่างน้อยและ 2 ครั้ง เพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะของทีมผู้ดูแล และจัดทำคู่มือให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องของการทำ Echocardiogram

เอกสารอ้างอิง

1. Shojaeifard M, Guardian T, Yaghoobi N, Malek H, Firouzabadi H, Bitarafan-Rajabi A, et al. Comparison of Gated SPECT Myocardial Perfusion Imaging with Echocardiography for The measurement of Left Ventricular Volumes and Ejection Fraction in Patients with Severe Heart Failure. Res Cardiovasc Med 2016; 5: e29005.
2. Saltzman, S. (1999). Functional status assessment [online]. Available <http://www.galter.northwestern.edu> [2011, December 20].
3. Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill.
4. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. Saint Louis: Mosby; 2001.
5. Holloway, N. M. (1979). Nursing the Critically ILL Adult. California: Addison-Wesley Publishing.
6. เขียวลักษณ์ โปธิดารา และธัญญาสิริ ฉันทสวัสดิ์. (2563). ผลของการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามแนวคิดแพนคัส ในระบบวนวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล. พยาบาลสาร. ปีที่ 47 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2563.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด: กรณีศึกษา

Nursing Care of Breast Cancer Patients who have undergone surgery: Case Study

(Received: December 19,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อาทิตยา ภูวชินพงษ์¹

Arthittaya Phuwachinnapong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาโดยการผ่าตัดและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาโดยการผ่าตัดปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ใน ปี พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ใช้แนวคิดการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้

ผลการศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบ Modified radical mastectomy กรณีศึกษารายที่ 2 รับการผ่าตัด Modified radical mastectomy with latissimus dorsi flap with Split-thickness skin graft ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พบปัญหาทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่ายคล้ายคลึงกัน และแตกต่างกันในบางประเด็น ดังนั้น การนำแนวคิดการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลได้ถูกต้องครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านม, การพยาบาล, การผ่าตัด, Modified radical mastectomy

Abstract

This study was case study aimed to study were to study nursing care for breast cancer patients treated by surgery and breast cancer patients treated with surgery is safe. There were no complications. Comparison of 2 cases. Specific jokes in breast cancer patients treated with surgery in Kalasin Hospital in 2023. The tools used in the study consisted of collecting data patient medical records, interview patients and relatives Gorgon's 11 health assessment concepts and Orem's self-care deficiency theory were used.

Results: Case study 1 was a breast cancer patient who received treatment by Modified radical mastectomy. Case study 2: Modified radical mastectomy with latissimus dorsi flap with Split-thickness skin graft.

The study results found that the patient is safe and has no symptoms complications from surgery It was found that the pre-operative, post-operative nursing care and discharge planning were similar and different in some respects. Therefore, the use of Gordon's 11 health assessment Concepts and Orem's self-care deficiency theory were used. In the care of breast cancer patients receiving treatment Surgery is key that allows nurses to assess the patient's condition, plan nursing operations, and evaluate results accurately and comprehensively. As a result, patients are comforted and receive quality care.

Keywords: breast cancer, nursing, surgery, Modified radical mastectomy

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี

องค์การอนามัยโลกพบว่า ใน ปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน โรคมะเร็งที่

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

พบ 5 อันดับแรกของโลก^{4,5} ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ในบรรดาผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 18.1 ล้านราย พบว่า มะเร็งปอด 2.1 ล้านราย มะเร็งเต้านม 2.1 ล้านราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านราย มะเร็งต่อมลูกหมาก 1.3 ล้านราย มะเร็งกระเพาะอาหาร 1.0 ล้านราย ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต 9.6 ล้านราย เป็นผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปอด 1.8 ล้านราย มะเร็งลำไส้ 881,000 ราย มะเร็งกระเพาะอาหาร 783,000 ราย มะเร็งตับ 782,000 ราย และมะเร็งเต้านม 627,200 ราย^{6,7} ข้อมูลสถิติโรคมะเร็งประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยใหม่ 122,757 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 59,662 ราย และเพศหญิง 63,095 ราย โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับในชายไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกในหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปอด^{2,3,4}

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในผู้หญิงทั่วโลก โดยเป็นมะเร็งอันดับหนึ่งในเพศหญิง มีอุบัติการณ์จากสถิติทั่วโลกพบว่า หนึ่งในสิบคนของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เป็นมะเร็งเต้านม⁴สำหรับในประเทศไทยพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 41.96 และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบมากในช่วงอายุ 45-55 ปี⁴ สาเหตุการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่นอน แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด ได้แก่ เพศหญิง อายุที่เพิ่มขึ้น ประวัติครอบครัวเคยเป็นมะเร็งเต้านม ฮอร์โมนเอสโตรเจน อายุที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อย หรือหมดประจำเดือนช้าหลังอายุ 55 ปี คนที่ไม่เคยมีบุตรหรือตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี อาหารไขมันสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วนหลังมีประจำเดือน น้ำหนักเกิน ประวัติการรับรังสี ผู้ที่เคยสัมผัสรังสี โดยเฉพาะ

ได้รับรังสีบริเวณหน้าอกเมื่ออายุน้อยมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น อาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านม ในระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ อาการที่พบส่วนใหญ่จะคล้ายกับก้อนที่เต้านม ลักษณะก้อนมักจะแข็งขอบเขตไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงของขนาดเต้านม มีการดึงรั้งของผิวหนังหรือผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผิวขรุขระ คล้ายผิวส้ม มีสารคัดหลั่งจากหัวนม เช่น เลือด น้ำเหลือง อาจตรวจพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ โตเนื่องจากมะเร็งแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลือง หากไม่ได้รับการรักษา ก้อนจะโตขึ้นและแตกเป็นแผล มีเลือดออกจากแผลและมีการเน่าของก้อน มีกลิ่นเหม็นและติดเชื้อ ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง อย่างไรก็ตามความก้าวหน้าในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรักษาในปัจจุบัน ช่วยให้สามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรกและส่งผลดีต่อการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น ปัจจุบันวิธีการรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสงหรือรังสีรักษา การรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน การรักษาโดยยาที่มีการออกฤทธิ์จำเพาะ ปัจจุบันการผ่าตัดมะเร็งเต้านมถือเป็นการรักษาหลักของโรคนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2563 – 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ จำนวน 187, 223 และ 235 ราย เข้ารับการผ่าตัดเต้านม จำนวน 122, 157, 151 ราย¹ ตามลำดับโดยเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงทั้งหมด ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถ และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงและลดอัตราการตายของมะเร็งเต้านม คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่

รับการรักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ใน ปี พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ใช้แนวคิดการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม และเปรียบเทียบข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพ ของกอร์ดอน เปรียบเทียบการระบุปัญหา หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

ประเมิน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป		
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	63 ปี	47 ปี
สถานภาพ	สมรส	สมรส
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	มัธยมศึกษาปีที่ 6
อาชีพ	ทำนา	รับจ้าง
ภูมิลำเนา	กาฬสินธุ์	กาฬสินธุ์
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	คลำได้ก้อนที่เต้านมด้านขวา กดไม่เจ็บ ก่อนมา 2 สัปดาห์	ก้อนที่เต้านมด้านขวา โตขึ้นเรื่อยๆ แดงเป็นแผล มีเลือดซึมจากหัวนม มา 1 เดือน
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	แพทย์นัดผ่าตัดก้อนที่เต้านม 1 เดือนก่อน 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล คลำได้ก้อนขนาดเล็กที่เต้านมด้านขวา ไม่ปวด ไม่เคลื่อนที่ ไม่มีเลือดหนองหรือสารคัดหลั่งไหลออกจากหัวนม จึงมาพบแพทย์ แพทย์ทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจโดยใช้เข็มเจาะ นัดฟัง 2 สัปดาห์ผลพบก้อนไขมัน แพทย์จึงทำการตัดชิ้นเนื้อตรวจอีกครั้ง นัดฟังผล 2 สัปดาห์ พบว่าเป็นมะเร็งเต้านม แพทย์จึงนัดผ่าตัด	2 ปีก่อนผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมด้านซ้าย ได้รับการผ่าตัดและรับยาเคมีบำบัดครบ 1 ปีก่อนมีก้อนที่เต้านมขวาโตขึ้นเรื่อยๆ มีแผลและแตก มีเลือดซึมออกจากหัวนม จึงมาพบแพทย์ แพทย์ จึงให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่ จึงให้การรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัด และรับการฉายแสงก่อนการผ่าตัด หลังให้ยาครบพบว่าก้อนที่เต้านมด้านขวาไม่เล็กลง ผู้ป่วยเหนื่อย อ่อนเพลีย จึงตัดสินใจพักรักษาที่บ้านก่อน 2 เดือนก่อนมาอาการเหนื่อยลดลง จึงมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาโดยการผ่าตัด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีโรคประจำตัว คือ เบาหวานและไทรอยด์เป็นพิษ รับการรักษาต่อเนื่องไม่ขาดยา	ปฏิสโรโรคประจำตัวอื่นๆ
ปัจจัยเสี่ยง	ไม่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมในครอบครัว	ผู้ป่วยมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมข้างซ้าย 2 ก่อนปีก่อน จึงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำหรือเป็นมะเร็งเต้านม

ประเมิน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		อีกข้าง ร่วมกับประวัติบุคคลในครอบครัวที่พบว่า พี่สาวของผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ได้รับการผ่าตัดเมื่อ 7 ปีที่แล้ว ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว
อาการและอาการแสดง	มีก้อนที่เต้านมด้านขวาประมาณ 4 X 3 เซนติเมตร ผิวเรียบ ก้อนแข็ง กดไม่เจ็บ ไม่สามารถ เคลื่อนที่ได้ ไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่ง ไหลออกจากหัวนม เต้านมสองข้างไม่เท่ากัน ไม่มีการติ่งรังที่เต้านม เต้านมซ้ายคลำไม่พบก้อน	มีก้อนที่เต้านมด้านขวา ก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ และก้อนแตกเป็นแผลรอบๆหัวนม มีเลือดออกจากหัวนม เต้านมติ่งรัง
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ	25 พฤษภาคม 2566: Core needle biopsy right breast ผล Presence of fibrofatty tissue. 26 มิถุนายน 2566 : Excision breast mass ผล Breast mass at 9 o'clock, right, biopsy: Ductal carcinoma in situ, high grade. 7 สิงหาคม 2566 - เอกซเรย์ทรวงอก ผลปกติ - การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(EKG)ผลปกติ - ผลตรวจ BUN, Cr, Blood Sugar, Liver function test, ปกติ, CBC พว Plt. count 89,000 cell/mm ³ , Electrolyte พว Potassium ต่ำ 3.2 mmol/L	10 กรกฎาคม 2566: - เอกซเรย์ทรวงอก ผลปกติ - การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ปกติ - ผลตรวจ CBC, BUN, Cr, Liver function test, Blood Sugar ปกติ Electrolyte พว Potassium ต่ำ 3.1 mmol/L 17 กรกฎาคม 2566: - ผลตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte ปกติ 17 กรกฎาคม 2566: - ผลตรวจ PT, PTT, INR ปกติ
การวินิจฉัยโรค	Right breast cancer	Right breast cancer
การผ่าตัด	การผ่าตัด Right modified radical mastectomy (MRM) วันที่ 8 สิงหาคม 2566	การผ่าตัด right modified radical mastectomy (MRM) with latissimus dorsi flap (LDF) with Split-thickness skin graft (STSG) วันที่ 11 กรกฎาคม 2566
ระยะเวลารักษาดังในโรงพยาบาล	11 วัน	9 วัน
การพยากรณ์โรค	ผลการส่งตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัดพบผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมชนิด Invasive ductal carcinoma, no special type stage IIA ขนาด 2.1 x 0.5 cm บริเวณ lower outer quadrant ตำแหน่ง 9 นาฬิกา และไม่พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นๆ	ผลการส่งตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัดพบผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมชนิด Invasive ductal carcinoma, grade 2, size 11 cm in greatest dimension. stage IIIA และพบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง axillary lymph node

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนผ่าตัด 1. มีภาวะไม่สมดุลของอิเลกโทรไลต์ในร่างกาย วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมดุลของอิเลกโทรไลต์	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินภาวะ hypokalemia แนะนำเครื่องดื่มผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง ดูแลให้รับประทานยา Elixir KCl 30 ml stat เก็บยาในอุณหภูมิที่	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินภาวะ hypokalemia แนะนำเครื่องดื่มผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง ดูแลให้รับประทานยา Elixir KCl 30 ml stat เก็บยาในอุณหภูมิที่เหมาะสม ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรักษาด้วยการผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล	
	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
- เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะแทสเซียมในเลือดต่ำ	เหมาะสม ติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทันที <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้ Potassium 3.71 mmol/L	ติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทันที <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีหัวใจเต้นช้าอัตรา การเต้นของชีพจรก่อนไปผ่าตัด 98 ครั้ง/นาที Potassium 4.32 mmol/L
2. มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยมีเกร็ดเลือดอยู่ในระดับ > 100,000 cell/mm ³ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเกร็ดเลือดต่ำ	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> ให้เกล็ดเลือดตามแผนการรักษาคือ Platelet concentrate 6 ยูนิต และเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่างๆ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีจ้ำเลือดตามตัว จุดเลือดใต้ผิวหนัง ปวดท้อง มีปัสสาวะเป็นเลือด เป็นต้น หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เลือดออกง่าย งดให้ผู้ป่วยรับประทานยาแอสไพริน งดเคี้ยวหมาก งดสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจนับเกร็ดเลือด <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีจ้ำเลือด หรือจุดเลือดใต้ผิวหนัง ปัสสาวะสีเหลืองใส Plt. count 112,000 cell/mm ³	ผู้ป่วยไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้
3. วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและแผนการรักษา - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดและให้แลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านมด้วยกัน พูดคุยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกรับฟังและยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติให้ <u>ประเมินผล</u> ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นท่าทางผ่อนคลาย กังวลเล็กน้อยที่จะเข้ารับการผ่าตัดยอมรับการรักษาของแพทย์ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี มีพฤติกรรมกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม นอนหลับพักผ่อนได้	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา การคาดการณ์ถึงสภาพตนหลังการผ่าตัด ประสพการณ์ด้านการผ่าตัดเต้านมครั้งที่ผ่านมา เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจและให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมและการผ่าตัดเสริมเต้านมโดยแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมตกแต่ง และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดและให้แลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านมด้วยกันพูดคุยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกรับฟังและยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติบอก <u>ประเมินผล</u> ผู้ป่วยวิตกกังวลเล็กน้อย ยอมรับการรักษาของแพทย์ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี มีพฤติกรรมกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม นอนหลับพักผ่อนได้
4. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคร่วม <u>วัตถุประสงค์</u>	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ประเมินผู้ป่วยจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เอกซเรย์ทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ประเมินผู้ป่วยจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เอกซเรย์ทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรักษาด้วยการผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล	
	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก	หากพบมีความผิดปกติรีบรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทันที เพื่อรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด ดูแลให้ยาเบาหวานตามแผนการรักษาของแพทย์ ประสานงานวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาลในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด <u>การประเมินผล</u> ไม่พบอาการแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก	หากพบมีความผิดปกติรีบรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทันที เพื่อรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด ประสานงานวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาลในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด <u>การประเมินผล</u> ไม่พบอาการแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก
ระยะหลังผ่าตัด 1. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> ประเมินภาวะ hypokalemia วัดสัญญาณชีพจรและอัตราการเต้นของหัวใจ แนะนำอาหาร เครื่องดื่ม ผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง Monitor EKG ดูแลให้ยา NSS 1,000 ml + KCl 40 mEq IV drip 80 ml/hr. และยา Plasil ติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้เริ่มรับ ประทานอาหารให้เร็วที่สุด <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อัตราการเต้นของหัวใจ 76-82 ครั้ง/นาที ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้ Potassium 3.71 mmol/L	ผู้ป่วยไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้
2. เสี่ยงต่อเสียเลือดจากการผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสียเลือด	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของ สัญญาณชีพ ระยะเวลาตามแนวทางการการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ ประเมินภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด โดยประเมินแผลผ่าตัดมีเลือดซึมออกมาหรือไม่สังเกตบันทึกปริมาณของเลือดที่ออกมาตามท่อระบายต่างๆ เฝ้าระวังดูแลและรายงานแพทย์ เมื่อ ใน 1 ชั่วโมง สารคัดหลัง (content) เพิ่มขึ้นมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นเวลา 2 ชั่วโมง และสารคัดหลังเพิ่มขึ้นมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็น เวลา 4 ชั่วโมง ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้ว รายงานแพทย์เมื่อค่าที่ได้น้อยกว่า 30 vol% หรือลดลงจากเดิมมากกว่า 3 vol% <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดไม่ซึม ไม่บวม สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สารคัดหลัง จากท่อระบายจากแผลผ่าตัดออกใน 24 ชั่วโมงแรก 150 มิลลิลิตร	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> สังเกตความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระยะเวลาตามแนวทางการการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ จัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงโนโซน ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยใช้เวลาในการผ่าตัด 4 ชั่วโมง 30 นาทีและเสียเลือดขณะผ่าตัด 320 มิลลิลิตร ประเมินภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดโดยประเมินแผลผ่าตัดมีเลือดซึมออกมาหรือไม่ สังเกตบันทึกปริมาณของเลือดที่ออกมาตามท่อระบายต่างๆ เฝ้าระวังดูแลและรายงานแพทย์ เมื่อ ใน 1 ชั่วโมง สารคัดหลังเพิ่มขึ้นมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นเวลา 2 ชั่วโมง และสารคัดหลังเพิ่มขึ้นมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็น เวลา 4 ชั่วโมง ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้ว รายงานแพทย์เมื่อค่าที่ได้น้อยกว่า 30 vol% หรือลดลงจากเดิมมากกว่า 3 vol% <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี O2 Saturation 98% แผลผ่าตัดด้านขวาซึมเป็อนกือสเล็กน้อย แผล Donor ที่ต้นขาขวาไม่ซึม สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สาร

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		คัดหลังจากท่อระบายจากแผลผ่าตัดออกใน 24 ชั่วโมงแรก 190 มิลลิเมตร
<p>3. ไม่สุขสบายปวดแผล เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>-เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>-เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายลดอาการปวด</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>ประเมินความเจ็บปวด ใช้เทคนิคการผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจจากการเจ็บปวดดูแล จัดท่านอนราบและใช้หมอนรองแขนและหัวไหล่ ด้านขวาดูแลสายท่อระบายไม่ให้ดึงรั้งแผลดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้มากที่สุด</p> <p>การประเมินผล</p> <p>หลังให้การพยาบาลพบว่าหลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยปวด pain scale 5 คะแนน หลังผ่าตัดวันที่ 2-4 ปวด pain scale 2-3 คะแนน หลังผ่าตัดวันที่ 5-13 ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล pain scale 2 คะแนน</p> <p>สีหน้าสดชื่นสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและนอนพักผ่อนได้</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>ประเมินความเจ็บปวด ใช้เทคนิคการผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจจากการเจ็บปวดดูแล จัดท่านอนราบ และใช้หมอนรองแขนและหัวไหล่ ด้านขวา เน้นย้ำผู้ป่วยและญาติห้ามนอนกดทับรักแร้และหน้าอกขวาเพราะจะทำให้เกิดอันตรายต่อเต้านมเสริมได้ ดูแลสายท่อระบายไม่ให้ดึงรั้งแผลดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้มากที่สุด</p> <p>การประเมินผล</p> <p>หลังให้การพยาบาลพบว่า หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยปวด pain scale 7-8 คะแนน หลังผ่าตัดวันที่ 2-8 ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล pain scale 4 คะแนน สีหน้าสดชื่นสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ด้วยตนเอง และนอนพักผ่อนได้</p>
<p>4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดเต้านม : แขนบวม ข้อไหล่ติดและมีเลือดหรือซีรัมคั่งอยู่ใต้แผล เนื่องจากมีความรู้และทักษะปฏิบัติในการดูแลตนเองไม่เพียงพอรวมทั้งขาดความมั่นใจ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>-เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการในการดูแลตนเอง</p> <p>-เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</p>	<p>การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>ประเมินอาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีแขนบวมข้อไหล่ติดและการมีเลือดหรือซีรัมคั่งอยู่ใต้แผล โดยขณะที่ใส่สายท่อระบายให้ใช้มือข้างซ้ายที่ไม่ผ่าตัดวางใต้รักแร้ข้างที่ผ่าตัดใช้แขนข้างผ่าตัดหนีบรักแร้ข้างลงเพื่อบีบไล่ระบายน้ำเหลือง ทำได้ตามความสามารถของผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการบริหารข้อไหล่ สอนสาธิตให้ผู้ป่วยเริ่มบริหารข้อไหล่ 10 ท่า งดท่าหัตถการแขนข้างขวาให้ผู้ป่วยนอนยกแขนขวาสูงกว่าระดับหัวใจ หลีกเลี่ยงการสวมเครื่องประดับที่คับเกินไป ดูแลตรวจสอบการทำงานของท่อระบายให้อยู่ในระบบสุญญากาศไม่ให้เลื่อนหลุดและดึงรั้งให้ขวระบายสารคัดหลั่งอยู่ระดับต่ำกว่าเอว พร้อมบันทึกสีและปริมาณ สอนการประเมินอาการเบื้องต้นภาวะข้อไหล่ติดด้วยตนเอง</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถบริหารแขนและข้อไหล่ได้</p> <p>วันที่ 1 ทำได้ท่าท่าที่ 1</p> <p>วันที่ 2 ทำได้ท่าท่าที่ 1-5</p> <p>วันที่ 3 ทำได้ถูกต้องครบทั้ง 10 ท่า ไม่มีอาการข้อไหล่ติดสามารถยกแขนขวา</p> <p>ได้เต็มที่ไม่มีอาการปวดบวมแขนขวา</p>	<p>การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>ประเมินอาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีแขนบวม ข้อไหล่ติดและการมีเลือดหรือซีรัมคั่งอยู่ใต้แผลอธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการบริหารข้อไหล่ สอนสาธิตให้ผู้ป่วย เริ่มบริหารข้อไหล่ 10 ท่า งดท่าหัตถการแขนข้างขวา ให้ผู้ป่วยนอนยกแขนขวาสูงกว่าระดับหัวใจ หลีกเลี่ยงการสวมเครื่องประดับที่คับเกินไป ดูแลตรวจสอบการทำงานของท่อระบายให้อยู่ในระบบสุญญากาศไม่ให้เลื่อนหลุด และดึงรั้งให้ขวระบายสารคัดหลั่งอยู่ระดับต่ำกว่าเอว พร้อมบันทึกสีและปริมาณ สอนการประเมินอาการเบื้องต้นภาวะข้อไหล่ติดด้วยตนเอง</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดเต้านมและผ่าตัดเสริมเต้านมข้างขวา ทำทางอ่อนเพลีย ให้นอนพักในโซนผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัด แพทย์มีแผนการรักษาให้เริ่มบริหารไหล่ ในวันที่ 4 หลังผ่าตัด เริ่มมีบริหารแขน ได้ 1-2 ท่า และหลังผ่าตัด วันที่ 7-8 บริหารแขนและไหล่ได้ ถูกต้องทั้ง 10 ท่า แต่ต้องมีญาติคอยดูแลเนื่องจากยังมีอาการปวดแผลร่วมด้วย ไม่มี</p>

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการ
พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรักษาด้วยการผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ข้างที่ผ่าตัด หลังถอดท่อระบายแผลไม่ซึม	อาการข้อไหล่ติด ไม่มีอาการบวมแขนขาข้างที่ผ่าตัด หลังถอดท่อระบายแผลผ่าตัดซึมเล็กน้อย
5. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ ในร่างกายเนื่องจากมีแผล ผ่าตัด และท่อระบาย ต่างๆ <u>วัตถุประสงค์</u> - ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ติดเชื้อ ในร่างกาย	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> วัดและบันทึกสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการ เปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติ เพื่อรายงานแพทย์ ดูแล ให้ได้รับยาปฏิชีวนะและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตสีและปริมาณ ของสารคัดหลั่งจากท่อระบาย ติดตามผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผล CBC สอนผู้ป่วยและ ญาติเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และ แนะนำให้ผู้ป่วย ใส่ Mask <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดไม่ซึม สีสารคัดหลั่งจากท่อ ระบายไม่คล้ำหนอง	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> วัดและบันทึกสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการ เปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติเพื่อรายงานแพทย์ ดูแลให้ ได้รับยาปฏิชีวนะและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตสีและปริมาณ ของสารคัดหลั่งจากท่อระบาย ติดตามผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผล CBC สอนผู้ป่วยและ ญาติเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การ ดูแลแผลผ่าตัดและแผลที่ต้นขาขวา ให้กำลังใจเรื่อง แผลผ่าตัดเต้านมที่มีเลือดซึมแตกต่างจากผู้ป่วยราย อื่นว่าจะได้รับการประเมินแผล การดูแลทำแผลจาก แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมตกแต่งร่วมกับแพทย์ เจ้าของไข้และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องแผล <u>การประเมินผล</u> วันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีไข้ 38.2 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดเต้านมซึมมาก กลิ่นไม่เหม็น วันที่ 4 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดเต้านมยัง ซึมลดลง วันที่ 5 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผล ผ่าตัดเต้านมไม่ซึม หลังถอดท่อระบายแผลไม่ซึม
6. การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันบกพร่อง เนื่องจากมีข้อจำกัดจาก ภาวะการเจ็บป่วย <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำ กิจการกิจวัตร ประจำวันได้	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเช็ดทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การ รับประทานอาหาร การขับถ่าย และ สิ่งแวดล้อมให้ สะอาด กระตุ้นผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มาก ที่สุดเมื่ออาการดีขึ้นตามลำดับ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นตามลำดับ จนเป็นปกติ ในวันที่ 6 หลังการผ่าตัด	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเช็ดทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การ รับประทานอาหาร การขับถ่าย และ สิ่งแวดล้อมให้ สะอาด กระตุ้นผู้ป่วยทำกิจกรรม ด้วยตนเองให้มาก ที่สุดเมื่ออาการดีขึ้นตามลำดับ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นตามลำดับ จนเป็นปกติ ในวันที่ 5 หลังการผ่าตัด
7. สูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากการสูญเสียเต้านม ด้านขวาจากการผ่าตัด มะเร็งเต้านม <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยลดความ วิตกกังวล และมี ภาพลักษณ์ที่ดีหลังผ่าตัด มะเร็งเต้านม	ผู้ป่วยไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ เข้าใจและยอมรับการรักษา	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสามีได้พูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้สึกต่อกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสามีได้ ระบายความรู้สึกและซักถามรวมทั้งอธิบายให้สามี ผู้ป่วยเข้าใจว่าการผ่าตัดเต้านมไม่กระทบกับการมี เพศสัมพันธ์ สามีควรให้กำลังใจและดูแลอย่าง ใกล้ชิดและแสดงให้ภรรยาเห็นว่ายังรักและห่วงใย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการ เผชิญปัญหาและปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น ให้ข้อมูล เกี่ยวกับว่าการผ่าตัดครั้งนี้มีการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		<p>นม เป็นการผ่าตัดเพื่อสร้างรูปทรงเต้านมขึ้นมาใหม่ ให้ใกล้เคียงเต้านมเดิมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ผ่าตัดเต้านมออกไป ช่วยลดความรู้สึกสูญเสีย อวัยวะที่บ่งบอกความเป็นเพศหญิง ช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจ เพิ่มความมั่นใจ และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ รวมทั้งการหายของแผลผ่าตัด และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติเป็นต้น</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>สามีเอาใจใส่ดูแลรยาอย่างใกล้ชิดแสดงความห่วงใย ทำให้ภรรยารู้สึกดีขึ้น มีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวลสามียอมรับความจำเป็นในการผ่าตัดเต้านมและให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้สามารถปรับตัวและสนใจในการดูแลตนเองมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและผู้ป่วยข้างเตียง มีการซักถามข้อมูลในการดูแลฟื้นฟูให้ร่างกายแข็งแรง</p>
<p>8. ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเนื่องจากคิดว่าตนเองมีความรู้ไม่เพียงพอ</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>-เพื่อผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</p>	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องต่างๆ ตามหลัก D-METHOD เน้นย้ำการบริหารไหล่เพื่อป้องกันข้อติด การดูแลแผลผ่าตัด และการตามนัด</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>ผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจรับฟัง ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง สาธิตวิธีการบริหารข้อไหล่ได้ถูกต้องครบทั้ง 10 ท่า มีความมั่นใจในการปฏิบัติ ผู้ป่วยและญาติบอกอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที</p>	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องต่างๆ ตามหลัก D-METHOD เน้นย้ำการดูแลผ่าตัดเต้านมและแผลที่ต้นขาขวา</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>ผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจรับฟัง ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง สาธิตวิธีการบริหารข้อไหล่ได้ถูกต้องครบทั้ง 10 ท่า โดยมีญาติคอยช่วยเหลือในเรื่องการบริหารแขนและข้อไหล่ มีความมั่นใจในการปฏิบัติตามมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติบอกอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที</p>

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ผลการศึกษาพบผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดคล้ายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างในบางประเด็น ดังนี้ กรณีศึกษาราย

ที่ 1 เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 63 ปี มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน และไทรอยด์เป็นพิษ สถานภาพ สมรส หลังผ่าตัดสามารถบริหารแขนและข้อไหล่ได้เร็วภายใน 24 ชั่วโมง และพบข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างจากกรณีที่ 2 คือ เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ซึ่งเป็นปัญหาด้านร่างกายที่สำคัญที่ต้องได้รับการ

แก้ไขก่อนการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน อาการทุเลาให้ตัดไหม ถอดท่อระบาย นัดฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อและกลับบ้านได้ ซึ่งผลการส่งตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัดพบเป็นมะเร็งเต้านมชนิด ชนิด Invasive ductal carcinoma, no special type stage IIA บริเวณ lower outer quadrant ตำแหน่ง 9 นาฬิกาแต่ไม่พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นสำหรับกรณีที่ 2 เป็นผู้ป่วยหญิง อายุ 47 ปี สถานภาพคู่ ผู้ป่วยมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมด้านซ้ายมาก่อนที่ต้องเฝ้าระวัง มีประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมในครอบครัว ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Right modified radical mastectomy with latissimus dorsi flap with Split-thickness skin graft ซึ่งใช้เวลาในการผ่าตัดครั้งนี้ 4 ชั่วโมง 30 นาที แพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเริ่มฟื้นฟูสภาพบริหารแขนและข้อไหล่ได้ในวันที่ 5 วันหลังผ่าตัด พยาบาลได้แนะนำให้ญาติคอยกระตุ้นและดูแลในระหว่างการบริหารแขนและข้อไหล่ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ และพบผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากการสูญเสียเต้านมด้านขวาจากการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยและแพทย์เลือกวิธีการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมเพื่อสร้างรูปทรงเต้านมขึ้นมาใหม่ให้ใกล้เคียงเต้านมเดิม ช่วยลดความรู้สึกสูญเสียอวัยวะที่บ่งบอกความเป็นเพศหญิง ช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจ เพิ่มความมั่นใจ และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ผู้ป่วยอาการทุเลา ถอดท่อระบาย นัดฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อและกลับบ้านได้ ใช้เวลานอนโรงพยาบาล 9 วัน แนะนำให้ไปตัดไหมที่สถาน พยาบาลใกล้บ้าน จากผลการส่งตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัดพบเป็นมะเร็งเต้านมชนิด Invasive ductal carcinoma, grade 2, size 11 cm in greatest dimension. stage IIIA และพบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

axillary lymph node โดยภาพรวมผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีเนื่องจากตรวจพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมด้านซ้ายมาก่อน แพทย์วางแผนการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดใกล้เคียง⁵

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด 2 ราย ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษาและการแก้ปัญหาซึ่งมีความแตกต่างกันดั่งนั้น การนำกระบวนการพยาบาลกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดจึงมีความสำคัญช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพ วางแผนการดูแลปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยได้ ถูกต้อง ครอบคลุมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานทางการพยาบาล⁷ มีความปลอดภัยสามารถดูแลตนเองต่อเรื่องที่บ้านใช้ชีวิตประจำวันอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ตามอัตรภาพอย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด พบผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ต้องมีการสอน ให้คำแนะนำบ่อยครั้ง ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการซักถาม ดังนั้นในผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลควรใช้สื่อวีดิทัศน์ในการเล่าเรื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเรียนรู้ได้เอง และไม่จำกัดจำนวนครั้งในการหาข้อมูล

2. ควรมีกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ การปรับตัวกับการเป็นโรคในผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมด้วยกัน เพื่อถ่ายทอดความรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มีความเข้าใจชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. สถิติข้อมูลผู้บริการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประจำปี 2563 - 2565. 2566.
- 2.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]; กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/e_book/hosbased2564/index.html.
- 3.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม. [อินเทอร์เน็ต]; กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2560. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/cpg/CPG_มะเร็งเต้านม_62.pdf
- 4.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติNational Cancer Control Programme (พ.ศ. 2561-2565). [อินเทอร์เน็ต]; กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/แผนการควบคุมป้องกันมะเร็ง.pdf
- 5.อัจฉราภรณ์ ม่วงมุลตรี, กุมาสีพร ตรีสอน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;(16): 103-89. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-haijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/262000/180415>
- 6.องค์การอนามัยโลก. รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยฉบับที่ 214. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://cdn.who.int/>
- 7.American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2021. Atlanta: American Cancer Society; 2021. PP.71-10. [Internet]. [cited 2023 Sep 5]. Available from: <https://bcac.org/wp-content/uploads/2021/01/cancer-facts-and-figures-2021.pdf>
- 8.Oncology Nursing society. Toolkit for safe Handling of Hazardous Drugs for Nurses in Oncology. [Internet]. 2018. [cited 2023 JUN 8] Available from: http://ons.org/clinical_practice_resources/toolkit_safe_handling_Hazard_drugs_nurse_oncology.

การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา

Nursing care of a patient with hemothorax and acute respiratory failure : Case study

(Received: December 19,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

จิตาภา ชัยบวรสกุล¹
Jidapha Chaiborwonsakul¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทยอายุ 52 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 25 มกราคม 2565 ด้วยอาการ จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีบาดแผลถลอกที่หน้าอกด้านขวา

ผลการศึกษา: จากผลเอกซเรย์ปอด วินิจฉัย Fx rib Rt 4-7th Lt 5-10th, Rt hemothorax ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองปกติ ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1000 ml iv 120 ml/hr. ใส่ ICD ข้างขวา เลือดออก 800 ซีซี ระยะก่อนตรวจ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ไม่สุขสบายเจ็บหน้าอก ขณะตรวจ มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือด มีความกลัวและวิตกกังวล ระยะหลังตรวจ ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ และ ICD มีแผนการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ส่งข้อมูลและดำเนินการเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลนาน 25 วัน จำหน่ายวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2565

คำสำคัญ: การพยาบาล, ภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด, ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for patients with with hemothorax and acute respiratory failure respiratory failure. A 52-year-old Thai male patient was admitted to the hospital on 25 January 2022 with symptoms of being unable to remember events.

Results: There was an abrasion on the right side of the chest. From the chest x-ray results, the diagnosis was Fx rib Rt 4-7th Lt 5-10th, Rt hemothorax. The patient was sent for a brain CT scan. The results were normal. The patient received 0.9%NSS fluid 1000 ml IV 120 ml/hr. An ICD was inserted on the right side. Blood bleeding of 800 cc was observed. Before the examination, the patient had risk an accident, uncomfortable and chest pain. During examination, the patient had tissue depletion of oxygen, a risk of shock from blood loss, and fear and anxiety. After the examination, the patient had more labored breathing, received intubation, had inefficient breathing pattern and had a risk of slippage of the tracheal tube and ICD. There is a treatment plan at the male surgery ward. The nurse sent the information and proceeded with transfer to the ward. The patient received medical care for 25 days and was discharged on 19 February 2022.

Keywords: nursing, hemothorax, acute respiratory failure

บทนำ

ในยุคปัจจุบันเทคโนโลยีเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยซึ่งจัดอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการใช้รถใช้ถนนสามารถขับขี่ได้

อย่างรวดเร็วทำให้อุบัติเหตุทางถนนไม่ลดลงในปี 2563 องค์การอนามัยโลก (อิซาม อาแวและอามานิ แดมะยู, 2564) ได้จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นที่ 9 ของโลก เสียชีวิตปีละกว่า 22,491 ราย คิดเป็น 32.7 คนต่อ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอ่างทอง

ประชากร 1 แสนคน นอกจากนี้ยังมีผู้บาดเจ็บสูงถึง 94,000 คนต่อปี เฉลี่ย 250 คนต่อวัน โดยเฉพาะช่วงเทศกาล อย่างเช่น ปีใหม่ สงกรานต์ วันหยุดติดต่อกันหลายวัน ถึงแม้ว่าในปี 2563 ที่ผ่านมาสถานการณ์การบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อยในภาพรวม จากอุบัติเหตุการจราจรบาดเจ็บโคโรนา-19 ที่ส่งผลให้ผู้ใช้งานใช้ถนนลดลง แต่พบว่าประเทศไทยยังคงเป็นประเทศที่มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงสุดอันดับที่ 1 ในเอเชียและในภูมิภาคอาเซียน สำนักงานนโยบายและวางแผนการขนส่งและจราจร กระทรวงคมนาคมพบ 3 สาเหตุหลัก คือ 1) การชนทั่วไป 2) ขับรถเร็วซัดตัดหน้า 3) จากอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น ห้ามล้อ ชัดข้อง เป็นต้น การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรจึงเป็นที่สนใจระดับประเทศ รัฐบาลประกาศนโยบายในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเพื่อลดจำนวนประชากรผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิตและผู้พิการ โดยใช้มาตรการหลายๆ อย่าง จากการศึกษาผู้ป่วยพบว่า ไม่ปฏิบัติตามมาตรการที่วางไว้ ทั้งขับรถเร็ว เมาสุรา ไม่สวมหมวกนิรภัย จากการศึกษาอุบัติเหตุจราจรส่งผลให้ผู้บาดเจ็บมีการสูญเสียชีวิต ทรัพย์สินและพิการตามมาได้ จากการศึกษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจราจร ได้แก่ การบาดเจ็บที่ศีรษะ ลำคอ ช่องอก และช่องท้อง ซึ่งการบาดเจ็บที่ช่องอกจะมีผลต่อระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ช่องอกแล้วมีภาวะเลือดหรือลมออกมาในช่องเยื่อหุ้มปอดจะทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่รวดเร็วและถูกต้อง (Corinna L & Koryllos A.,2017)

โรงพยาบาลอ่างทองเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ 5 ให้บริการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดทั้ง 6 แห่ง และโรงพยาบาลในเครือข่ายใกล้เคียง จากข้อมูลอุบัติเหตุจราจรที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในปี 2563-2565 จำนวน 1,404 ราย, 1,452 ราย และ 1,424 ราย ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ช่องอกและมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดใน

ปีงบประมาณดังกล่าว จำนวน 25 ราย, 18 ราย และ 21 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญมาก หากช่วยเหลือไม่ทันจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจะต้องได้รับการวินิจฉัย ที่รวดเร็วถูกต้อง แก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตตามลำดับการช่วยเหลือพยาบาลห้องฉุกเฉินจะต้องมีทักษะใน triage จัดระดับความรุนแรง การประเมินสภาพผู้ป่วยรวมทั้งกระบวนการพยาบาลในภาวะเร่งด่วนที่คุกคามต่อชีวิต ตั้งแต่การช่วยเหลือที่ถูกต้อง ณ จุดเกิดเหตุ (EMS) และทักษะในการช่วยแพทย์ทำหัตถการพิเศษต่าง ๆ เช่น การใส่ท่อระบายทรวงอก (ICD) การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น รวมทั้งการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจให้คำแนะนำญาติ และผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการรักษาและการทำหัตถการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด ปลอดภัย ไร้ความพิการหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 52 ปี สถานภาพคู่สมรส สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ รับจ้าง ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่อยู่ ตำบลอบทม อำเภอสสามโก้ จังหวัดอ่างทอง วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 25 มกราคม 2565 เวลา 11.15 น. วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 19 กุมภาพันธ์ 2565 รวมระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 25 วัน

อาการสำคัญ

จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีบาดแผลถลอกที่หน้าอก ด้านขวา 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยซีรด
จักรยานยนต์ชนกับรถกระบะ จำเหตุการณ์ไม่ได้ มี
บาดแผลถลอกที่หน้าอกด้านขวา

ประวัติการเจ็บป่วย

ปฏิเสธการเจ็บป่วยร้ายแรง และโรค
ประจำตัวใด ๆ ไม่เคยประสบอุบัติเหตุร้ายแรงใดๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ไม่มีประวัติโรคติดต่อในครอบครัว หรือโรค
ถ่ายทอดทางพันธุกรรมใดๆ

ประวัติการแพ้ยาหรือสารอาหาร

ไม่มีประวัติแพ้ยา สารอาหาร หรือสารเคมี
ใดๆ

สิ่งเสพติด

ดื่มสุรา สูบบุหรี่เป็นประจำ

การประเมินสภาพร่างกายเมื่อแรกรับ

สภาพร่างกายเมื่อแรกพบ ผู้ป่วยชายไทย
รูปร่างสมส่วน ผิวสีน้ำตาล ผมสั้น สีดำ มาโดยร
นอน รู้สึกตัว พูดคุยสับสน หายใจเร็ว ออณหภูมิ
37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตรา
การหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/68
มิลลิเมตรปรอท

Chest X Ray: Fx rib Rt 4-7th Lt 5-10th, Rt hemothorax

CT brain: normal

EKG: Sinus tachycardia

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์**การตรวจร่างกาย**

สีรณะ ขนาดรูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล
ตา ปกติ การมองเห็นปกติ เยื่อบุตาซีดเล็กน้อย
จมูก รูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล
ปาก รูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่ใส่ฟันปลอม
คอ ต่อมไทรอยด์ไม่โต คลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง
เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง
ผิวหนัง มีบาดแผลถลอก
ทรวงอกและปอดลักษณะการหายใจลำบาก หายใจ
ตื้น อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ทรวงอกรูปร่าง
ปกติ การขยายของทรวงอกทั้งสองข้างเท่ากัน
Breath Sound ข้างขวาลดลง ข้างซ้ายปกติ
หัวใจและหลอดเลือด การเต้นของหัวใจปกติ ชีพจร
120 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียงผิดปกติใดๆ
ท้อง ท้องไม่อืดตึง กดเจ็บเล็กน้อย
แขนขา กล้ามเนื้อแขน ขา ปกติไม่มีอ่อนแรง ปลาย
มือปลายเท้าไม่เขียว
อวัยวะสืบพันธุ์ ไม่พบความผิดปกติใดๆ ขับถ่ายปกติ
ไม่มีปัสสาวะแสบขัด
ระบบประสาท พูดคุยสับสน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลก่อนแพทย์ตรวจ 1. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากมีภาวะสับสน ข้อมูลสนับสนุน ประวัติดื่มสุราทุกวัน พูดคุย สับสน วัตถุประสงค์ ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ระดับความรุนแรงของอาการสับสน 2. ดูแลให้นอนเตียงสูงเกิดอาการและยกไม้กั้นเตียงป้องกันอุบัติเหตุ 3. อธิบายญาติเฝ้าดูแลข้างเตียงใกล้ชิด 4. พิจารณาผูกยึดตามสภาพความสับสน และจัดลำดับคิวตรวจเป็นคิวแรก การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ เข้ารับการตรวจเป็นอันดับแรก
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บ หน้าอกขวา ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความเจ็บปวด จากอาการและอาการแสดง Pain score 2. ก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง แจ้งให้ผู้ป่วยทราบและให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความรวดเร็ว นุ่มนวล

<p>มีแผลลอกหน้าอกขวา ซ้ำ บ่นปวด pain score 7 คะแนน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ทุเลาอาการเจ็บหน้าอก</p>	<p>3. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว แนะนำไม่ให้เคลื่อนไหวร่างกาย สอนการหายใจแบบลึกๆ ซ้ำ ๆ เพื่อจะช่วยบรรเทาอาการปวด 4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพและการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษา การประเมินผล ยังมีสีหน้าแสดงถึงอาการเจ็บปวด Pain score=6</p>
<p>3. ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในแผนการรักษา ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการ กระสับกระส่าย สับสน 2. ญาติถามถึงอาการผู้ป่วย และถามถึงเวลาที่ได้รับการตรวจ วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงภาวะการบาดเจ็บและแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ญาติเข้าใจคลายวิตกกังวล และให้ความร่วมมือ 2. ให้การพยาบาลนุ่มนวล ก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ 3. ดูแลและประเมินอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อไม่ให้ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง 4. ยอมรับพฤติกรรมเกี่ยวกับความเจ็บปวด และแสดงความกระตือรือร้นให้การช่วยเหลือ 5. ตอบคำถามผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และอธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างง่าย ๆ 6. ให้ข้อมูลกับญาติ และจัดให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยใกล้ชิด การประเมินผล ญาติคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล</p>
<p>การพยาบาลในระยะแพทย์ตรวจ 1. เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากภาวะเลือดคั่งในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวา ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยไม่หอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที กระสับกระส่าย 2. Cheat x-ray Fx rib Rt 4-7th Lt 5-10th, Rt hemothorax 3. วัด O₂ sat = 93 % วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล 1. สังเกตและบันทึกระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจและลักษณะสีของผิวหนังส่วนปลาย เพื่อประเมินสภาพการขาดออกซิเจนของร่างกาย 2. จัดทำผู้ป่วยนอนศีรษะสูง เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัวได้มากขึ้นซึ่งจะทำให้แลกเปลี่ยนออกซิเจนได้ดีขึ้น 3. เตรียมอุปกรณ์ และช่วยแพทย์ทำ ICD Right chest 4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยสำรวจดูในช่องปาก จมูกและคอ ดูดมะหะในปาก จมูก ออกด้วยความนุ่มนวล 5. ช่วยหายใจด้วย Self inflating lung bag (Ambu bag) ต่อกับออกซิเจน 10 LPM เพื่อป้องกันผู้ป่วยขาดออกซิเจนนาน และระหว่างรอแพทย์ใส่ท่อหลอดลมคอ 6. จัดเตรียมผู้ป่วย อุปกรณ์ และช่วยแพทย์ในการใส่ท่อหลอดลมคอ โดย อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในความจำเป็นในการใส่ E.T. tube และเพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล หลังจากแพทย์ใส่ E.T Tube No. 7.5 ที่ระดับ 22 เรียบร้อยแล้วประเมินท่อหลอดลมคอบนตำแหน่งที่พอดี เหนือ Carina ประมาณ 1 นิ้ว โดยใช้ stethoscope ฟังเสียงลมผ่านปอดทั้ง 2 ข้างเท่ากัน ยึดตรึงท่อหลอดลมคอให้แน่น เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด 7. ดูดมะหะในท่อหลอดลมคอ ด้วยเครื่องมือ Sterile และ Sterile technique ทุกครั้งเพื่อป้องกันการอุดตันและการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 8. วัด O₂ sat เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน การประเมินผล รู้สึกตัว เรียกสิ่งมา ปฏิบัติตามคำสั่งได้ เปลือกตาด้านล่างซีดริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าเป็นสีชมพูอ่อน ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที สัมพันธ์กับการบีบ Ambu bag ช่วยหายใจ วัด O₂ sat = 98-99 %</p>
<p>2. มีภาวะช็อกเนื่องจากปริมาณเลือดไหลเวียนลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการ กระสับกระส่ายเป็นบางครั้ง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml iv free flow เร็วๆ 2 เส้นทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อทดแทนปริมาณน้ำเลือดที่เสียไป 2. Retained foley's catheter เพื่อตวงและบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชม. น้อยกว่า 30 ซีซี รายงานแพทย์ 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การทำงานเครื่องช่วยหายใจ เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในร่างกาย 4. ส่งตรวจเลือดและเตรียมเลือด PRC 2 units ให้พร้อมที่จะให้แก่ผู้ป่วย</p>

<p>2. ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท ซีฟเจอร์เบาเร็ว 110 ครั้ง/นาที</p> <p>3. ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) = 28 %</p> <p>4. เยื่อปอดอักเสบเล็กน้อย</p> <p>5. มีเลือดออกจากปอดข้างขวา (ICD) 450 ซีซี</p> <p>วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะช็อค</p>	<p>5. Monitor สัญญาณชีพ และประเมินทุก 15 นาที</p> <p>6. คลำชีพจรข้อมือและปลายขาทุก 5-10 นาที สังเกตความรุนแรงและการเต้น</p> <p>7. ประเมินสีผิว อุณหภูมิ ความยืดหยุ่นทุก 5-10 นาที อาการเย็น ซีดเขียว และเย็นขึ้น</p> <p>8. ดูแลห่มผ้าให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วย เพื่อลดการหดตัวของหลอดเลือด</p> <p>9. ประเมินระดับความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น โดยการถามชื่อ-นามสกุล อาการของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยตอบเอง</p> <p>10. ประเมิน บันทึกละเอียดที่ออกจาก ICD</p> <p>การประเมินผล ยังมีอาการสับสน กระสับกระส่ายน้อยลง ความดันโลหิต 90/60-100/60 มิลลิเมตรปรอท ซีฟเจอร์ 100-110 ครั้ง/นาที Hct 28 % เยื่อปอดอักเสบเล็กน้อย ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชม. มีเลือดออกทาง ICD เพิ่ม 50 ซีซี</p>
<p>การพยาบาลในระยะหลัง แพทย์ตรวจ</p> <p>1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ท่อระบายทรวงอก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกแบบ 3 ขวด ได้เลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดหลังใส่ 450 ซีซี</p> <p>วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ท่อระบายทรวงอก</p>	<p>กิจกรรมการประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินและบันทึกจำนวนและลักษณะของเลือดที่ออกในขวด ICD 2. ดูแลสายยางไม่ให้มีการหัก พับ งอ หย่อน หรือย้อยต่ำกว่าระดับปากขวด โดยจัดท่อให้ตรงยึดท่อให้อยู่กับที่โดยใช้เข็มกลัดซ่อนปลาย 3. วางขวดระบายให้อยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกอยู่เสมอ หาสิ่งรองขวดยึดให้แน่นและปลอดภัยเพื่อป้องกันการตกแตก 4. ขวดรองรับสิ่งระบายใช้ระบบปิดกั้นด้วยน้ำ (Under wathe seal) หลอดแก้วต้องจุ่มอยู่ในน้ำ 2-3 เซนติเมตร 5. บีบรัดท่ออย่าง (Milking) ทุก 15-30 นาที ป้องกันการอุดตันของสาย ICD 6. ตรวจสอบการทำงานของระบบ โดยการสังเกตและประเมินการเคลื่อนขึ้น-ลงของระดับน้ำ ในหลอดเลือดแก้วของขวด 7. สังเกตรูปแบบการหายใจของผู้ป่วย ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย <p>การประเมินผล ท่อระบายทรวงอกไม่อุดตัน หายใจปกติ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที</p>
<p>2. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายไปหผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอและช่วยหายใจ โดยการบีบ Ambu bag ต่อกับออกซิเจน 10 LPM 2. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2 เส้น ON ICD ที่ทรวงอกด้านขวา 3. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 90/40 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ตามการบีบ Ambu bag ช่วยหายใจ <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยขณะเคลื่อนย้าย</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล ประสานงานและการส่งต่อ โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เตรียมอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้าย ตลอดทั้งอุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องติดอยู่กับผู้ป่วยให้พร้อมและอยู่ในสภาพมั่งคั่งปลอดภัย 2. โทรศัพท์ติดต่อกับเจ้าหน้าที่หผู้ป่วย แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคสภาพทั่วไปของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับแล้วจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3. ตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วย ลงบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยพร้อมทั้ง ลงเวลากำกับไว้ 4. เตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการช่วยชีวิตให้พร้อมในการนำส่งผู้ป่วยได้แก่ Self inflating bag ถึงออกซิเจนเล็กพร้อมสายต่อกับ Ambu bag 5. ตรวจสอบที่กันเตียงผู้ป่วย ดึงขึ้นทั้ง 2 ข้าง เตรียมสารน้ำให้แวนบนที่แวนบนรถเข็นให้เรียบร้อย 6. ประเมินอาการและอาการแสดงออกของระบบหายใจ และระบบการไหลเวียนเลือด สัญญาณชีพก่อนและขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 7. ดูแลให้พนักงานเวรเปลเชิญผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็ว 8. เมื่อถึงหผู้ป่วยดูแลเคลื่อนย้ายลงเตียง รายงานสภาพผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้แล้วและกิจกรรมที่ต้องให้การดำเนินการต่อ <p>การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพก่อนการเคลื่อนย้าย สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ซีฟเจอร์ 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและในการเคลื่อนย้าย</p> <p>ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างนอนพักรักษาตัวพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการปวดบริเวณแผลใส่ท่อระบายทรวงอก เจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้า ผู้ป่วยรายนี้เสี่ยงต่อภาวะปอดแฟบเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจ การขับเสมหะลดลงและเจ็บตึงแผลบริเวณที่ใส่ท่อระบายทรวงอก เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการใส่ท่อ</p>

	<p>ระบายนทรวงอก และเกิดความไม่สุขสบายได้ ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้หายใจได้โล่ง และผู้ป่วยสุขสบาย สังเกตอาการแน่นอึดอัด หายใจลำบาก ฝึกให้ไออย่างมีประสิทธิภาพทำ Deep breathing ดูแลทำแผลโดยเทคนิคปราศจากเชื้อและให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด MO 4 mg vein prn then ทุก 4 hr. Dynastat 40 mg vein stat ทุก 12 hr. Plasil 10 mg vein ทุก 8 hr. และในวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาลเปลี่ยนเป็นยา Naproxen 1 tab oral tid pc. Mydocalm 1 tab oral tid pc, Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn ตามแผนการรักษาของแพทย์ วันที่ 31 มกราคม 2565 clamp สาย ICD ส่ง film chest พบว่าปอดขยายตัวดีไม่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด สามารถ off ICD ได้หลังจากสาวยาระบายนทรวงอกออกผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีอาการแน่นหน้าอกหรือมีลมร่วออกมาตามผิวหนัง ฝึกกระตุ้นให้ดูด Tri-flow บ่อยๆ เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ จึงให้กลับบ้านได้ในวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2565 รวมนอนโรงพยาบาลจำนวน 25 วัน ปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้รับการแก้ไข โดยผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤต ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว มีการวางแผนเป็นขั้นเป็นตอน ให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน รวมถึงความไม่สุขสบายต่าง ๆ มีความเข้าใจและร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทั้งในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหอผู้ป่วยในตลอดจนได้รับคำแนะนำเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของร่างกายและจิตใจ ทำให้หายจากภาวะความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น สามารถมีชีวิตรอดปลอดภัยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ปกติ</p>
--	--

อภิปรายผล

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ช่องอกจะมีปัญหา มากกว่าการได้รับบาดเจ็บที่อวัยวะอื่น ๆ เนื่องจาก ส่วนใหญ่จะมีผลกระทบกระเทือนทั้งระบบหัวใจ การหมุนเวียนของเลือดและต่อระบบหายใจ ทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ รวดเร็วและถูกวิธี นอกจากการตรวจร่างกายแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกอย่าง รวดเร็วเพื่อการวินิจฉัยเบื้องต้นและวางแผนการ รักษา⁴ กรณีผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีภาวะกระดูกซี่ หน้าอกอย่างรุนแรง ทำให้มีกระดูกซี่โครงหักหลายซี่ และทีมเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดทำให้มีเลือดออกมาก หากไม่ได้รับการช่วยเหลือไม่ได้ระบายนทรวงอกจะ ทำให้เกิดภาวะซีด ปอดแฟบ ผู้ป่วยจะเขียวแล้ว เสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว จะเห็นได้ว่าการมี เลือดออกจากปอดเป็นภาวะที่การดำเนินโรคค่อนข้าง เร็วทำให้ต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบาย นทรวงอก พยาบาลจึงต้องมีทักษะในการช่วยแพทย์ทำ หัตถการใส่ท่อระบายนทรวงอก โดยเทคนิคปราศจาก เชื้อ ต่อขวด ICD ได้ถูกต้อง หากต่อผิดพลาดจะทำให้ เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ รวมทั้งต้องมีทักษะในการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีท่อระบายนทรวงอกอย่างถูกวิธี การที่ผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักหลายซี่ทำให้เกิดความ

เจ็บปวดมาก การหายใจเข้าออกได้น้อยลง ผู้ป่วยจึง ต้องได้รับยาแก้ปวดและออกซิเจนเพื่อให้ร่างกาย ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติ ตีมีสุราเป็นประจำซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่ รุนแรงได้อีก และประวัติสูบบุหรี่วันละ 20 มวน ซึ่ง อาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะ spontaneous pneumothorax ได้ เนื่องจากพยาธิสภาพร่องรอย การเกิดโรค หรืออาจเกิดภาวะถุงลมโป่งพองใน อนาคต จึงต้องย้ำเน้นให้ทราบถึงโทษของการตีมีสุรา และการสูบบุหรี่ร่วมกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้าน การมาตรวจตามแพทย์นัด²

ข้อเสนอแนะ

การบาดเจ็บทรวงอกส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ ของอวัยวะในช่องทรวงอก ทำให้เกิดปัญหาต่อระบบ ทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนตามมา ถือเป็น ภาวะคุกคามต่อชีวิต การดูแลที่สำคัญคือ ดูแลให้ คงไว้ซึ่งการแลกเปลี่ยนก๊าซที่เหมาะสมและการ ไหลเวียนโลหิตที่เพียงพอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการ ใส่ท่อระบายนทรวงอก ดังนั้นพยาบาลจึงควร สามารถให้การดูแลเพื่อให้มีการระบายอากาศที่ เพียงพอ รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจาก การใส่ท่อระบายได้

เอกสารอ้างอิง

1. นวลทิพย์ ชีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย และ นางลักษณ์ พลแสน. (2561). ประสิทธิภาพการพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management Guideline. ว. การแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์; 33: 165-77
2. ปัทมดา เสนะคุณ. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน; 6(1):23-28.
3. วิมล อิมอุไร. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล; 4(1): 54-68
4. วันวิสาข์ กลางประพันธ์ และ ชัจฉณค์ แพรขาว. (2566). ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้บาดเจ็บช่องอก ช่องท้อง ระดับความรุนแรง 1 และ 2 ที่มีภาวะช็อก บนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชันต่อผลลัพธ์ที่คัดสรร. <file:///C:/Users/Asus/Downloads/1-256525-Wanwisa-upload.pdf>
5. อิชาม อาแวและอามานี แดมะยู. (2564). การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉกฉุน ณ จุดเกิดเหตุและระหว่างการเดินทางนำส่งโดยพนักงานฉกฉุนทางการแพทย์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. ;13(3):459-472.
6. ATLS Subcommittee, American College of Surgeons' Committee on Trauma, & International ATLS working group. (2013). Advanced trauma life support (ATLS®): The ninth edition. J Trauma Acute Care Surg; 74(5): 1363-6
7. American College of Surgeons: Committee on trauma. (2020). Advanced trauma life support program for doctors. 17thed. Chicago: American College of Surgeons.
8. Ahmad W, Polk HC, Jr. (1976). Blunt abdominal trauma : A prospective study with selective peritoneal lavage. Arch Surg; 111-489.
9. Corinna L & Koryllos A. (2017). Management of chest trauma. Journal of Thoracic Disease;9(3):172-177.
10. Nasim Ahmed, Jerome JV. (2011). Management of liver trauma in adults: J Emergency Trauma Shock. Jan-Mar; 4(1): 114-119.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้และทักษะของ
ผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์
เด็กปฐมวัย อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดนครพนม

Effects of preschool parenting program on knowledge and caring skills of parent for promoting
development and emotional quotient of early childhood
in Banphaeng District, Nakhonphanom Province.

(Received: December 19, 2023 ; Revised: December 25, 2023 ; Accepted: December 29, 2023)

รุ่งทิวา จันทรังาม¹ รุ่งนภา พรหมสาขา ณ สกลนคร¹

Rungtiwa Janngarm¹ Rungnapa Promsakha Na Sakonnakhon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โปรแกรมฯประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 1:30-2 ชั่วโมง แต่ละครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ ตามรูปแบบกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสายใย กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างวินัย กิจกรรมครั้งที่ 3 สร้างเด็กเก่ง 1 กิจกรรมครั้งที่ 4 สร้างเด็กเก่ง 2 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อการพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย 3-5 ปี ฉบับ พ่อแม่ผู้ปกครอง ดำเนินการทั้งหมด 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วยรูปแบบที่มีอยู่เดิม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ โดยใช้สถิติ independent t test และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนทักษะความรู้ ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และระดับคะแนนทักษะความรู้ ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม, เด็กปฐมวัย, พัฒนาการความฉลาดทางอารมณ์

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of positive family participation promotion and development promotion programs on the knowledge and skills of parents in promoting development and intelligence early childhood emotional. The sample group consisted of 60 parents and parents of early childhood children, 30 were the experimental group, 30 were the control group by cluster random sampling. The research tools used to conduct the experiment were a developmental promotion and positive discipline program with family involvement It is a program developed by the Ratchanakarin Institute of Child Development. The program consists of 4 activities, each time 1:30-2 hours apart, each time 2 weeks apart, according to the activity pattern as follows Activity 1) Build bond, Activity 2) Build Discipline, Activity 3) Creating Talented Children 1, Activity 4) Creating Talented Children 2. The research tools used for data collection were the Early Childhood Skills Assessment for Promotion of Development

¹ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดนครพนม

and Emotional Intelligence and the Emotional Intelligence Assessment for Early Childhood Ages 3-5 Years Parents Edition. A total of 8 weeks were performed, while the control group was treated with the existing model. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t test statistics and Paired t-test statistics.

The results of the research revealed that the skills and knowledge scores of parents after receiving the program higher than before receiving the program It was statistically significant ($p < .05$) and the level of skill and knowledge scores of parents, parents, experimental groups was higher than the control group. with statistical significance ($p < .05$)

Keywords : Preschool parenting program on knowledge and caring skills of parent, Early childhood, Development Emotional intelligence.

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงโอกาสทองของชีวิต ที่สมองและการเรียนรู้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว หรือที่เรียกว่า “หน้าต่างแห่งโอกาส” ซึ่งหากพิจารณาธรรมชาติของการพัฒนาทางสมอง พบว่า การสร้างเซลล์ประสาทในสมองเริ่มตั้งแต่ในครรภ์¹ โดยจะมีช่วง “หน้าต่างแห่งโอกาส (Windows of opportunity)” ในช่วงอายุ 0 - 3 ปี ซึ่งถือเป็นจุดสูงสุด ที่จะสามารถพัฒนาทั้งด้านประสาทสัมผัส การรับรู้ภาษา และการพัฒนาระดับสติปัญญา² การลงทุนในเด็กปฐมวัยจะให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าถึง 7 เท่าในวันที่เขาเติบโตเป็นผู้ใหญ่³ และหากเด็กมีปัญหาพัฒนาการล่าช้า โดยเฉพาะด้านภาษา ด้านการช่วยเหลือตัวเองและทักษะทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยเรียน หากเด็กไม่พร้อมที่จะพึ่งตัวเองและมีทักษะทางสังคมน้อยก็จะมีปัญหาทางจิตใจและพฤติกรรมที่ต้องแก้ไข การปลูกฝังลักษณะนิสัยที่ดีเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา คนทุกคนควรได้รับการพัฒนาอิคิวหรือความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient EQ) ตั้งแต่ปฐมวัย ซึ่งจะทำให้เด็กมีคุณสมบัติของการมีอิคิวที่ดีติดตัวไป และสามารถนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตทุกช่วงวัยได้อย่างอัตโนมัติ⁴

การพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศไทย เป็นสิ่งที่รัฐบาลให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่องเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ทำให้ผลของการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด ต่อการสร้างรากฐานของชีวิต โดยเริ่มตั้งแต่การพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพกายและใจที่ดี มีทักษะทางสมอง ทักษะการเรียนรู้ และทักษะชีวิตเพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ

และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพการศึกษา และสวัสดิการสังคมได้อย่างเท่าเทียมกัน⁵ ด้วางแผนยุทธศาสตร์ด้านเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2560 -2564 ด้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย แผนยุทธศาสตร์การศึกษาของชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560 - 2579) เป็นการสร้างความพร้อมในการเรียนรู้และเชื่อมโยงการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals เป้าหมายที่ 4)⁶ ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนได้คำนึงถึงความสมบูรณ์และครอบคลุมการดำเนินงานด้านพัฒนาเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย การจัดและให้บริการเด็กปฐมวัย เน้นให้เด็กทุกคนได้รับบริการอย่างทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำระหว่างเด็กในเมืองและพื้นที่ห่างไกล การพัฒนาบทบาทความเป็นพ่อแม่เป็นแม่ (Parenting) การอบรมเลี้ยงดู และบทบาทของครอบครัว เน้นปรับบทบาทของการเป็นพ่อแม่ที่ไม่ใช่แค่การเลี้ยงดูให้เติบโตเท่านั้นต้องรวมถึงการส่งเสริมพัฒนาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ โดยกำหนดเป้าประสงค์ให้พ่อแม่ ผู้ปกครองได้รับการพัฒนาความรู้และมีศักยภาพมีทักษะการจัดการกิจกรรม ส่งเสริมการเรียนรู้ การเลี้ยงดูและการดูแลเด็กปฐมวัย^{7,8}

กระทรวงสาธารณสุข ด้วยความร่วมมือ 4 กระทรวง ด้เห็นความสำคัญของการพัฒนาเด็ก ปฐมวัยไทยในทุกระดับ โดยการเติมเต็มศักยภาพของเด็กปฐมวัยในเขตพื้นที่เมืองและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในเขตพื้นที่ทุรกันดารให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสามารถ เป็นคน

ไทยคุณภาพในการพัฒนา ประเทศในอนาคต โดยกรมอนามัยได้จับมือกับ กรมสุขภาพจิตพัฒนาเด็กปฐมวัยไทยแบบองค์รวม พัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 พัฒนา IQ EQ EF ของเด็กให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เพิ่มความสามารถให้เด็กไทยเติบโตในโลกที่ก้าวล้ำด้วยเทคโนโลยีได้อย่างชาญฉลาด ภายใต้กรอบการบูรณาการความร่วมมือกลุ่มเด็กปฐมวัย 4 กระทรวงตามมาตรการ 3 มาตรการ โดย 1 ใน 3 มาตรการ คือ เด็กมีพัฒนาการสมวัย กรมอนามัยได้ดำเนินงานเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยไทยให้มีพัฒนาการสมวัยด้วยโครงการ กิน กอด เล่น เล่า โรงเรียนพ่อแม่ โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (DSPM) การติดตามเด็กที่ได้รับเงินอุดหนุนในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 1 แสนต่อปี โดยใช้สมุดสุขภาพสีชมพูเป็นตัวคัดกรองต่อเนื่องด้วยการดำเนินงานติดตามและการส่งเสริมพัฒนาเด็กกลุ่มเสี่ยงโดยกรมสุขภาพจิต โครงการ TEDA 4I parenting การดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอด Positive parenting และโครงการ Triple P มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในเรื่องพัฒนาเด็ก

สถานการณ์ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2565 ซึ่งเน้นการเข้าถึงบริการให้เด็กได้รับโอกาสในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ พบว่าความครอบคลุมเท่ากับร้อยละ 89.3 และยังพบว่าเด็กไม่ได้เข้าสู่ระบบบริการ (ประเด็น LOSS) ร้อยละ 10.7 เด็กที่ติดตามได้ภายใน 30 วัน เท่ากับ 92.4 สำหรับเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 24.5 (ณ วันที่ 30 มิ.ย.65) การส่งต่อเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการคัดกรองด้วย TIDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ส่วนใหญ่เด็กมีพัฒนาการทางภาษาล่าช้า ทั้งการใช้ภาษาและการเข้าใจภาษา และส่งต่อกรมสุขภาพจิต จำนวน 3,255 ราย เพื่อได้รับการดูแลต่อไป จากการทำเนิงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 8 พ.ศ.2565 พบว่า เด็กปฐมวัยได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่อง DSPM/

DAIM ร้อยละ 97.24 พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าถึงร้อยละ 28.30 และพบว่ามีพัฒนาไม่สมวัยหลังกระตุ้น ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อถึงร้อยละ 1.02⁹ ในจังหวัดนครพนมจากการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ใน พ.ศ. 2565 พบว่าเด็กปฐมวัยได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ด้วยเครื่อง DSPM/ DAIM ร้อยละ 96.35 พบ พัฒนาการสงสัยล่าช้าถึงร้อยละ 23.15 และพบว่ามีพัฒนาไม่สมวัยหลังกระตุ้นซึ่งต้องได้รับการส่งต่อถึงร้อยละ 0.39 จังหวัดนครพนมได้มีการดำเนินการและแก้ไขปัญหาทางพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งอำเภอบ้านแพง ในปี 2565 พบว่าเด็กปฐมวัยได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่อง DSPM/ DAIM ร้อยละ 99.15 พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ถึงร้อยละ 24.79¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก มี 3 ด้านคือ ด้านชีวภาพ ด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม^{11,12} ปัจจัยด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรม ซึ่งเป็นตัวกำหนดให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์อย่างไรกับสิ่งแวดล้อมและมีผลตอบสนองต่อการเรียนรู้หรือสติปัญญาของเด็ก สิ่งแวดล้อมแรกที่มีความสำคัญในการเสริมสร้างการเรียนรู้และเป็นแบบอย่างให้กับเด็กคือสถาบันครอบครัว¹³ หากครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ¹⁴ ซึ่งการเลี้ยงดูเด็กโดยครอบครัวในปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง¹⁵ ในขณะที่การปล่อยให้เด็กใช้เวลาไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกมเล่นอินเทอร์เน็ตส่งผลต่อพัฒนาการการเรียนรู้ การนอนและการกินของเด็ก ซึ่งสถาบัน American Academy of Pediatrics มีคำแนะนำไม่让孩子อายุต่ำกว่า 2 ปี ดูโทรทัศน์หรือใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ¹⁶ และสอดคล้องกับเด็กที่มีปัญหาการพูดล่าช้าที่พบมากขึ้นในประเทศไทย โดยพบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการโดยปัจจัยหนึ่งคือการปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์ตามลำพัง¹⁷

สอดคล้องกับการการศึกษาของวีระศักดิ์ ชลไชยะ พบว่าปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้พัฒนาการเด็กล่าช้า ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปทำงานนอกบ้าน อาจปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์หรือใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอๆตามลำพัง ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นการใช้สื่อเหล่านี้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง หรือผู้เลี้ยงดูเด็กแทนพ่อแม่ ทำให้เด็กขาดการดูแลเอาใจใส่ที่เหมาะสม จึงอาจเกิดภาวะเสี่ยงต่อการได้รับผล กระทบต่างๆทั้งด้านพัฒนาการพฤติกรรมและสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย¹⁸ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการเจริญเติบโตของเด็กในช่วงวัยอายุต่ำกว่า 5 ปี ปัจจัยแวดล้อมในครอบครัวชนบทที่มีฐานะยากจน พบเด็กมีภาวะทุพโภชนาการขาดสารอาหารที่จำเป็นส่งผลให้เด็กที่มีภาวะเตี้ย แคระแกรนและขาดสารอาหาร ส่งผลต่อพัฒนาการของร่างกายและสติปัญญาที่เหมาะสมกับวัย¹⁹

บุคคลที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมพัฒนา การเด็กปฐมวัย คือ พ่อแม่ผู้ปกครอง ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ในด้านที่สงสัยล่าช้า^{20,21} โดยที่ผ่านมาศูนย์การเรียนรู้ตำรวจตระเวนชายแดนบ้านปากห้วยม่วง ตำบลนาเข อำเภอบ้านแพ่ง จังหวัดนครพนม ในสังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 23 เป็น 1 ในพื้นที่เป้าหมายในโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ทุรกันดาร ตามพระราชดำริของสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี แม้การดำเนินงานเพื่อพัฒนาภาวะโภชนาการและสุขภาพของเด็กจะมีความก้าวหน้ามาโดยลำดับ แต่สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้ากรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ยังทรงพบว่ามีเด็กเล็กจำนวนหนึ่งที่อยู่ในชุมชนห่างไกลมีพัฒนาการล่าช้า ทั้งนี้เพราะผู้ปกครองยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการเลี้ยงดูแลเด็ก ซึ่งจะส่งผลต่อการ

เรียนรู้และการพัฒนาด้านอื่น ๆ ต่อไป จึงมีพระราชกระแส ให้จัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยให้ครอบคลุมพื้นที่ที่มีโรงเรียนในโครงการตามพระราชดำริตั้งอยู่ นอกจากจะช่วยแก้ปัญหาของเด็กในชุมชนห่างไกลแล้ว ยังเป็นตัวอย่างแก่โรงเรียนต่าง ๆ ทั่วประเทศ ซึ่งศูนย์การเรียนรู้ตำรวจตระเวนชายแดนบ้านปากห้วยม่วง เป็นพื้นที่แรกในจังหวัดนครพนมในการดำเนินงานโดยนำโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนา การและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program: Triple-P) ขึ้น ซึ่งในการดำเนินงานที่ผ่านนั้น ได้มีการศึกษาผลของพัฒนาการของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในสังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 23 เท่านั้น ซึ่งยังไม่มีการศึกษาผลที่เกิดขึ้นกับพ่อแม่ผู้ปกครอง จากการใช้โปรแกรมฯนี้ผู้วิจัยเห็นว่าโปรแกรมฯนี้ ไม่เพียงแต่จะเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการของเด็กเท่านั้น แต่ยังสามารถส่งผลถึงพ่อแม่ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯด้วยโดยตรง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อำเภอบ้านแพ่ง ขึ้น และถือว่าพื้นที่อำเภอบ้านแพ่งเป็นพื้นที่นำร่องในจังหวัดนครพนม ที่นำโปรแกรมฯนี้ ดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ภายใต้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียนที่อยู่ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนทักษะ ความรู้ของพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะความรู้ ของพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการส่งเสริม

พัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว อำเภอบ้านแพ้ว จำนวน 1,100 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ตำบลโพธิ์ทองและตำบลหนองแขวงรวม 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกำหนดคุณลักษณะดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

ประกอบด้วย

1. พ่อแม่ผู้ปกครอง ที่เป็นผู้ดูแลหลักและดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องต่อเด็ก 1 คน
2. สามารถอ่านเขียนหนังสือและสื่อสารได้ชัดเจน
3. สนใจเข้าร่วมโครงการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม

4. อาศัยอยู่จริงในพื้นที่วิจัย

ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) แล้วจึงนำ 2 ตำบลดังกล่าวมาจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุมเป็นศูนย์เด็กเล็กในตำบลและมีบริบทที่คล้ายกัน

กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยกำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว (One-tailed test) กำหนดค่าอิทธิพล .80 ค่าความคลาดเคลื่อน.05 และอำนาจการทดสอบ .80 ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 21 คน (กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง) รวมเป็น 42 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (20% drop out rate) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 25 คน (กลุ่มควบคุมและกลุ่ม

ทดลอง) และเพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเข้าไค้ปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ (Polit & Beck,2004) รวมทั้งมีผู้ปกครองเด็กปฐมวัยสามารถเข้าร่วมตามโปรแกรมฯได้ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็น 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งเป็นแบบประเมิน ตามคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม²² ที่พัฒนาโดยสถาบันพัฒนาการเด็กกราชนครินทร์ ประกอบด้วย 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ปกครอง ตอนที่ 2 แบบประเมินจำนวน 24 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม²² เป็นโปรแกรมฯที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันพัฒนาการเด็กกราชนครินทร์ เพื่อให้พ่อแม่ผู้ปกครองใช้เป็นแนวทางในดูแลส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลาน โดยโปรแกรมฯประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 1:30-2 ชั่วโมง แต่ละครึ่งห่างกัน 2 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสายใย กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างวินัย กิจกรรมครั้งที่ 3 สร้างเด็กเก่ง 1 และกิจกรรมครั้งที่ 4 สร้างเด็กเก่ง 2

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะก่อนการดำเนินการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตลงพื้นที่เพื่อดำเนินการวิจัย ไปยังองค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งเป็นต้นสังกัดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บข้อมูลเมื่อได้รับอนุญาต

1.2 ผู้วิจัยลงพื้นที่ พบคณะครูเป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อพ่อแม่ผู้ปกครอง เด็กปฐมวัยอายุ 2 ปี 6 เดือน - 6 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่อำเภอบ้านแพ้ว

1.4 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) แล้วจึงนำ 2 ตำบลดังกล่าวมาจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

โดยเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มพบกลุ่มทดลอง แนะนำตัวเอง แนะนำผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม สร้าง สัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ ใช้เวลา 10 นาที

2. ผู้ปกครองและเด็กแนะนำชื่อตัวเอง

3. สอบถามความต้องการ คาดหวังของผู้ปกครองในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

4. ดำเนินการเก็บข้อมูล (Pre test) ตามแบบประเมินทักษะในการฝึกวินัยเชิงบวกและการส่งเสริมพัฒนาการของพ่อแม่ผู้ปกครองและผู้ดูแลใช้เวลา 20 นาที

5. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม กฎกติกา ระยะเวลาในการทำกิจกรรม โดยให้ผู้ปกครองร่วมเสนอ กฎกติกาเพิ่มเติม (ระยะเวลาทำกิจกรรมโดยประมาณ 1:30-2 ชั่วโมง ปิดโทรศัพท์ระหว่างทำกิจกรรม ร่วมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขออนุญาตก่อนออกจากกลุ่ม)

6. จัดกลุ่มผู้ปกครองและเด็กประมาณ 10-15 คู่ ให้นั่งล้อมเป็นวงกลม เด็กนั่งด้านใน ผู้ปกครองนั่งด้านนอก

7. ผู้ปกครองและเด็กแนะนำชื่อตัวเอง

8. ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสายใย

9. ร่วมสรุปบทเรียนที่ได้จากกิจกรรม ทั้งหมด เพื่อสรุปความคิดรวบยอดและสร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการเลี้ยงดู และการสร้างความผูกพันระหว่างเด็กและผู้ปกครอง ผ่านกิจกรรม กอด เล่า เล่น เต็ม วาด สร้างสมาธิ

10. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ปกครอง ชัก ถาม นัดหมายครั้งต่อไป ในอีก 2 สัปดาห์ กล่าวขอบคุณ และปิดกลุ่ม

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3

เปิดกลุ่ม/สร้างสัมพันธภาพ (10 นาที)

1. จัดกลุ่ม ผู้ปกครองและเด็กประมาณ 15 คู่ ให้นั่งล้อมเป็นวงกลม ให้เด็กนั่งด้านใน

2. ผู้ปกครองนั่งด้านนอก จากนั้นแนะนำตัวเอง และผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ปกครอง

3. สอบถามความคาดหวังของผู้ปกครองในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ชี้แจง/ ทบทวน เป้าหมายในการทำกลุ่ม กฎกติกา ระยะเวลาในการทำกิจกรรม โดยให้ผู้ปกครองร่วมเสนอกฎกติกา เพิ่มเติม

4. ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาในครั้งที่แล้ว

5. ดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 2 สร้างวินัย กอดสร้างสุข นิทานสร้างวินัย ศิลปะสร้างจินตนาการ เล่นเต๋น / สร้างความสนุก สมาธิสร้างความสบาย

6. สรุปบทเรียน

- ผู้นำกลุ่มและผู้ปกครองพูดคุย เพื่อสรุปความคิดรวบยอด และสร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการเลี้ยงดู และการสร้างความผูกพันระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู ผ่านกิจกรรม กอด เล่า เล่น เต๋นวาด สร้างสมาธิ และการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม

- ผู้นำกลุ่มสรุปบทเรียนที่ได้จากกิจกรรม ทั้งหมดเกี่ยวกับการสร้างวินัยเชิงบวก

- ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองชักถามและนัดหมายครั้งต่อไป ในอีก 2 สัปดาห์ กล่าวขอบคุณ และปิดกลุ่ม

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5

เปิดกลุ่ม/สร้างสัมพันธภาพ (10 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มจัดกลุ่มผู้ปกครองและเด็กประมาณ 10-15 คู่ ให้นำนั่งล้อมเป็นวงกลม เด็กนั่งด้านในผู้ปกครองนั่งด้านนอก จากนั้นนำตัวเองและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างวิทยากรและผู้ปกครอง

2. สอบถามความคาดหวังของผู้ปกครองในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

3. ชี้แจง/ ทบทวน เป้าหมายในการทำกลุ่ม กฎ กติกา ระยะเวลาในการทำกิจกรรม โดยให้ผู้ปกครองร่วมเสนอกฎ กติกา เพิ่มเติม

4. ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาในครั้งที่แล้ว

5. กิจกรรมครั้งที่ 3 สร้างเด็กเก่ง 1 กอดสร้างสุข ชมสร้างความภูมิใจ สร้างเด็กเก่ง เล่น / เต้นสร้างความสุข สมาธิสร้างความสบาย

6. สรุปบทเรียน

- ผู้นำกลุ่มตั้งคำถามผู้ปกครองเพื่อนำสู่การสรุปบทเรียน

- ผู้นำกลุ่มสรุปบทเรียนที่ได้จากกิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับการชมเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ

- ผู้นำกลุ่มสรุปถึงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านกิจกรรมที่ทำร่วมกัน

- ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถามและนัดหมายครั้งต่อไป ในอีก 2 สัปดาห์ กล่าวขอบคุณและปิดกลุ่ม

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 7

เปิดกลุ่ม/สร้างสัมพันธ์ภาพ

1. ผู้นำกลุ่มจัดกลุ่มผู้ปกครองและเด็กประมาณ 10-15 คู่ ให้นำนั่งล้อมเป็นวงกลม เด็กนั่งด้านในผู้ปกครองนั่งด้านนอก จากนั้นแนะนำตัวเองและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเพื่อ สร้างความคุ้นเคย

2. สอบถามความคาดหวังของผู้ปกครองในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

3. ชี้แจง/ทบทวน เป้าหมายในการทำกลุ่ม กฎ กติกา ระยะเวลาในการทำกิจกรรม โดยให้ผู้ปกครองร่วมเสนอกฎ กติกา เพิ่มเติม

4. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา

5. ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4 สร้างเด็กเก่ง 2 กอดสร้างสุข ชมสร้างความภูมิใจ ทิว เหนื่อย ร้อน หนาว ป่วย หนึ่งภาพ สิบชิ้น สัตว์ เสื้อผ้า อาหาร ผลไม้ ของใช้ เล่น/เต้นสร้างความสุข สมาธิสร้างความสบาย

6. สรุปบทเรียน

- ผู้นำกลุ่มชวนผู้ปกครองพูดคุย เกี่ยวกับพฤติกรรมของลูก

- ผู้นำกลุ่มสรุปบทเรียนที่ได้จากกิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับการสร้างให้ลูกเป็นคนเก่ง ฉลาดและกล้าแสดงออกมีทักษะการสื่อสารที่ดี

7. ดำเนินการเก็บข้อมูล (Post test) ตามแบบประเมินทักษะในการฝึกวินัยเชิงบวกและ การส่งเสริมพัฒนาการของพ่อแม่ ผู้ปกครองและผู้ดูแล ใช้เวลา 20 นาที

- ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถาม กล่าวขอบคุณ และปิดกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนทักษะความรู้ของพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ โดยใช้สถิติ independent t test

3. วิเคราะห์คะแนนทักษะความรู้ของพ่อแม่ ผู้ปกครองก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง ซึ่งข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice) ผ่านการรับรองจากกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครพนม ตามหมายเลขอนุญาตเลขที่ REC
025/66 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ พ่อแม่ผู้ปกครอง
เด็กปฐมวัยที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ตำบลโพ
ทอง และตำบลหนองแวง รวม 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม
ทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง
จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ
16.70 เพศหญิง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ
83.33 และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน เป็นเพศ
ชาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 เพศหญิง จำนวน
27 คน คิดเป็นร้อยละ 90

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนน คะแนนทักษะความรู้ ของพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t test

คะแนนทักษะความรู้	กลุ่มทดลอง n=30		กลุ่มควบคุม n=30		p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.	
ก่อนทดลอง	2.59	0.56	2.60	0.53	0.91
หลังทดลอง	4.15	0.16	2.59	0.56	< .001

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าภายหลังการดำเนิน การ
ทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้าง
วินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้และ
ทักษะของผู้ปกครอง ในการส่งเสริมพัฒนาการและ
ความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อำเภอบ้านแพง
จังหวัดนครพนม จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า
โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก
โดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลที่ทำให้ความรู้
และทักษะของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย อำเภอบ้านแพง
จังหวัดนครพนม เพิ่มสูงขึ้น สามารถอภิปรายผล ได้
ดังนี้

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนทักษะความรู้
ของพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่า

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนทักษะ
ความรู้ ของพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะ
ความรู้ ของพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย หลังได้รับ
โปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 4.15, S.D. = 0.16$) สูง
กว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 2.59, S.D. = 0.56$) อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่า กลุ่มทดลอง
หลังได้รับ โปรแกรม ($\bar{X} = 4.15, S.D. = 1.66$) สูงกว่า
ก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 2.59, S.D. = 0.56$) อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ
คะแนนทักษะความรู้ของพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย
หลังการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดย
ครอบครัวมีส่วนร่วม ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้และ
ทักษะของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ได้แก่ กิจกรรมครั้งที่ 1
สร้างสายใย ประกอบด้วย กอดสร้างสุข นิทาน
สร้างสรรค์ วาดภาพสร้างจินตนาการ เล่น / เต้นสร้าง
ความสนุก สมาธิสร้างความสบาย กิจกรรมครั้งที่ 2
สร้างวินัย ประกอบด้วย กอดสร้างสุข นิทานสร้างวินัย
ศิลปะสร้างจินตนาการ เล่นเต้น / สร้างความสนุก สมาธิ
สร้างความสบาย กิจกรรมครั้งที่ 3 สร้างเด็กเก่ง 1
ประกอบด้วย กอดสร้างสุข ชมสร้างภูมิใจ สร้าง

เด็กเก่ง เล่น /เล่นสร้างความสุข สมาธิสร้างความสบาย กิจกรรมครั้งที่ 4 สร้างเด็กเก่ง 2 ประกอบด้วย กอด สร้างสุข ชมสร้างความภูมิใจ ทิว เหนื่อย ร้อน หนาว ป่วย หนึ่งภาพ สิบชิ้น สัตว์ เสื้อผ้า อาหาร ผลไม้ ของใช้ เล่น/เล่นสร้างความสุข สมาธิสร้างความสบาย มีผลต่อ ความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริม พัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย ในทางที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและ สร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลต่อ ความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริม พัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดนครพนม ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ จุฬาลักษณ์ ยะวิญญาญ,วิชาภรณ์ คันทะ มูล และระบอบ เนตรทิพย์ เรื่อง ประสิทธิผลของ โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้าง วินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมี ความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนใช้ชุดกิจกรรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²³ และสอดคล้องกับ การศึกษาของลักษณะ สุกุลทอง,ศรีบุญทิพย์ ซาลีเครือ เรื่อง การพัฒนาโปรแกรม Triple P เพื่อกระตุ้น พัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 7 ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความถี่ใน การสร้างวินัยเชิงบวกสูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²⁴

จากการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริม พัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program) ซึ่งเป็น โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันพัฒนาการเด็กราช นครินทร์ เพื่อให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ใช้เป็นแนวทางใน ดูแลส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลาน ผ่านกิจกรรม กอด เล่า เล่น เต็ม วาด สร้างสมาธิ รวมถึงสร้างวินัย และ การสื่อสารทางบวก เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการ ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่ดี ส่งผลให้เด็กเติบโต

ขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ สุข อีกเป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ ตรงในกลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ซึ่ง ครอบคลุมในเรื่องความรู้และทักษะของผู้ปกครองใน การส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็ก ปฐมวัย อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดนครพนม ในกลุ่ม ทดลอง ทำให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริม พัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมนี้นี้ เป็นการ จัด ในช่วงที่พื้นที่ไม่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ทั้งนี้ หากมีการนำโปรแกรมไปใช้ต้องคำนึงถึงสถานการณ์ ระบาดในพื้นที่ด้วย
2. กิจกรรมในแต่ละครั้ง มีความจำเป็นต้องจัด อย่างต่อเนื่อง ผู้จัดต้องคำนึงถึงเวลาที่ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลสะดวกเข้าร่วม เช่น ช่วงฤดูเก็บเกี่ยว ผู้ปกครองหลายครอบครัวอาจไม่สะดวกพาเด็กเข้าร่วม ให้ทุกกิจกรรม

การนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมความรู้ และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและ ความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย ในสถานศึกษาพื้นที่ อำเภอบ้านแพ้ว และพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคณะครู ศพด.ในพื้นที่ ที่ให้ความมือในการ ประสานงานพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ และขอขอบคุณผู้ปกครองเด็ก ปฐมวัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา คชภักดี.(2536).ขั้นตอนการพัฒนาของเด็กปฐมวัยตั้งแต่ปฏิสนธิ - 5 ปี [อินเทอร์เน็ต].2566 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.66]. เข้าถึงจาก:
<http://lib.neu.ac.th/ULIB/searching.php?MAUTHOR=%20%B9%D4%B5%C2%D2%20%A4%AA%C0%D1%A1%B4%D5:htt p://lib.neu.ac.th/ULIB/dublin.php?ID=6584>.
2. Nelson. C.A.(2000).The neurobiological bases of early intervention. ใน Handbook of early childhood intervention.Cambridge University Press, 2,204-227.
3. Heckman,J.,Savelyev, P.(2013). Understanding the mechanisms through which an influential early.in American Economic Review.103(6),2052-2086.
4. องค์การยูนิเซฟ. (2562).ช่องว่างและความเหลื่อมล้ำ: ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ 2562. กรุงเทพฯ: องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย.
5. กรมอนามัย กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ.(2560).รายงานการศึกษาปัจจัยที่กระทบต่อพัฒนาการเด็ก เด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2560.กรมอนามัย.
6. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.(2564). แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564-2570.กรุงเทพฯ: บริษัทพริกหวานกราฟฟิก จำกัด.
7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565) [อินเทอร์เน็ต].2566 [สืบค้นเมื่อ 29 ส.ค.66].เข้าถึงจาก:
https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5505?src=%2Fdspace%2Fhandle%2F11228%2F1%2Fdiscover%3Frpp %3D10%26etal%3D0%26group_by%3Dnone%26page%3D401%26locale-attribute%3Dth&offset=8&locale-attribute=th.
8. มุจลินท์ กลิ่นหวล,สิรินทร์ ลัดดาภิรมย์ บุญเชิดชู. (2559). กิจกรรมทัศนศึกษาเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ใน ศตวรรษที่21.วารสารอิเล็กทรอนิกส์มหาวิทยาลัยศิลปากร, 9(3), 1550-1562.
9. Health Data Center : HDC กระทรวงสาธารณสุข. (2566). [อินเทอร์เน็ต].2566 [สืบค้นเมื่อ 25 ส.ค. 66]. เข้าถึงจาก:
https://nich.anamai.moph.go.th/th/kpi65/download?id=96326&mid=36391&mkey=m_document&lang=th&did=29695.
10. สำนักงานสาธารณสุขนครพนม. (2566). ระบบติดตามพัฒนาการเด็ก.[อินเทอร์เน็ต].2566 [สืบค้นเมื่อ 25 ส.ค. 66]. เข้าถึงจาก:
<https://datacenter-npm.moph.go.th/dspm/login>.
11. อติศรีสุตา เฟื่องฟู ธานีพร เมฆรุ่งจรัส.(2561). ปัจจัยที่กระทบต่อพัฒนาการเด็ก. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่งจำกัด.
12. บุชบา อรรถาวีร์ บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ. (January-June 2020). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย: ศูนย์อนามัยที่ 5. Kuakarun Journal of Nursing, 27(1), 59-70.
13. คณະ จินตนา พัฒนพงศ์ธร. (2561).รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
14. ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์,สมเกียรติยศ วรเดช หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด.(2561).สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กไทย อายุต่ำกว่า 5 ปี:การทบทวนวรรณกรรม.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(1), 281-296.
15. รายงานข้อมูลการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับประเทศ. (2561).[อินเทอร์เน็ต].2561 [สืบค้นเมื่อ 25 ส.ค. 66]. เข้าถึงจาก: <https://dopah.anamai.moph.go.th/web-upload/8x6b2a6a0c1fbc85a9c274e6419fdd6071/tinymce/ KPI2565/10/107/11711.pdf>.
16. จินตนา พัฒนพงศ์ธร,ปราณี พงษ์จินดา อารีสร่า ทองเหม. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย :กรณีพื้นที่โครงการพัฒนาเพื่อความมั่นคงในพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ เขตกองทัพภาคที่ 3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
17. วิชัย เอกพลากร. (2552).รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สุขภาพเด็ก. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
18. วีระศักดิ์ ชลไชยะ. (2561). ผลของสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอต่อเด็กและวัยรุ่น ; Effects of Electronic Screen Media on Children and Adolescents. นนทบุรี: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

19. ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์,สมเกียรติยศ วรเดช จักรินทร์ ปริมาณนท์. (2661). ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(1), 329-342.
20. จารุวรรณ ชูปลา สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2562). ความรู้สำคัญเพื่อครอบครัวอบอุ่น.อุบลราชธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
21. รุจิรา มณีชม ธนาพูน วงศ์ษา. (2561). เทคนิคการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตยุคสังคมดิจิทัล. วารสารครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, 14(1),102-112.
22. คู่มือโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม Preschool Parenting Program: Triple-P.(2563).เชียงใหม่:บริษัท สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด.
23. วิษณุภรณ์ คันทะมูล,ระบอบ เนตรทิพย์ จุฬาลักษณ์ ยะวิญญาญ. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม อำเภอปัวจังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 6(1), 70-85.
24. ศรีญทิพย์ ซาลีเครือ ลักษณะ สุกุลทอง.(2565). การพัฒนาโปรแกรมTriple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น., 14(1), 97-110.

ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจคัดกรองทารกในครรภ์และการเจาะน้ำคร่ำ
ในการวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์แต่กำเนิด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย
Correlation between antenatal screening test and amniocentesis in diagnosis
of congenital fetal anomalies in Dansai Crown Prince Hospital.

(Received: December 19,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

สันทัด บุญเรือง¹
Santhath Boonruang¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ (Q-Test) และการเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) ในการวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์แต่กำเนิด ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการตรวจคัดกรอง Q-Test เป็นบวกในสตรีตั้งครรภ์ อ.ด่านซ้าย อ.ภูเรือ และ อ.นาแห้ว เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เกี่ยวกับการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองทารกในครรภ์และผลการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ด้วยการเจาะน้ำคร่ำ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผลการตรวจเลือดคัดกรองทารกในครรภ์เป็นบวกและผลการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ด้วยการเจาะน้ำคร่ำ ศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการเจาะน้ำคร่ำใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย โดยทำการศึกษาในตั้งแต่เดือน มิ.ย. 2562 - 31 ส.ค. 2566 จำนวน 247 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ รพ.ที่ฝากครรภ์ พื้นที่อาศัย ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด อายุครรภ์เมื่อเจาะ Q-Test ผลตรวจ Q-Test และผลการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ได้แก่ โครโมโซม ค่า AFP การยุติการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะน้ำคร่ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสหสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ในปีงบประมาณ 2562-2566 ทั้งหมด 4,192 คน พบผลตรวจ Q-Test ผิดปกติ 198 คน คิดเป็นร้อยละ 4.72 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 247 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 35-40 ปี ร้อยละ 47.4 ส่วนใหญ่อาศัยใน อ.ด่านซ้าย ร้อยละ 55.9 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 45.3 และเคยคลอดลูกมาแล้ว 1 ครั้ง ร้อยละ 53.8 อายุครรภ์เมื่อเจาะ Q-Test ส่วนใหญ่คือ 15-15⁺ สัปดาห์ ร้อยละ 45.7 ผลตรวจโครโมโซมผิดปกติพบ 5 คน ร้อยละ 2.02 และเมื่อวิเคราะห์ค่าผลการตรวจเลือดคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยวิธี Q-Test เป็นบวกพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการวินิจฉัยทารกในครรภ์ด้วยวิธี เจาะน้ำคร่ำตรวจ chromosome และ AFP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.074$, $p = 0.245$ และ $r = 0.068$, $p = 0.286$)

คำสำคัญ : การตรวจคัดกรองทารกในครรภ์, การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์, การเจาะน้ำคร่ำ

Abstract

This is descriptive research aiming to identify on the relationship between fetal screening and amniocentesis in the diagnosis of congenital fetal abnormalities at Dansai crown prince hospital. Research objectives include: the incidence of Q-Test screening tests being positive in pregnant women in Dansai, Phu Rua, and Na Haeo District ; the general characteristic and the obstetric history of pregnancy women, the results of the amniocentesis ; and to study the correlation between antenatal screening test and amniocentesis in diagnosis of congenital fetal anomalies. 247 pregnant women who undergone amniocentesis in Dansai crown prince hospital during the period June 2019 – 31st August 2023. All of the study population was completed questionnaire about general characteristic including age, hospital providing, area of residence, the obstetric history about number of gravidity, number of parity and gestational age when Q-Test was performed, Q-Test results and fetal diagnosis results including chromosomes, AFP

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย

level, pregnancy termination and complications from amniocentesis. Data were analyzed using quantitative statistics including percentage, mean, standard deviation and correlation.

The results of this study found that 4,192 pregnant women come to visit at antenatal care clinic at Dansai crown prince hospital in fiscal year 2019-2023. 198 pregnant women found positive Q-Test results, accounting for 4.72 percent. The study sample consisted of 247 pregnant women, most of them were in the age range of 35 –<40 years, 47.4 percent, More than half of them lived in Dansai District (55.9 percent), 45.3 percent were the second gravidity and 53.8 percent were first parity, the gestational age when the Q-Test was done was mostly 15-15+6 weeks (45.7 percent). The chromosome test results were abnormal in 5 people (2.02 percent). No statistically significant at the 0.05 level in a correlation between the results of the Q-Test method and amniocentesis in terms of chromosomes and AFP level ($r = 0.074$, $p = 0.245$ and $r = 0.068$, $p = 0.286$).

Keywords : Fetal screening test (Q-Test), Prenatal diagnosis, Amniocentesis

บทนำ

ความผิดปกติของทารกแต่กำเนิด (birth defects) เป็นความผิดปกติของโครงสร้างร่างกายและ/หรือหน้าที่ของทารกที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถระบุความผิดปกติได้ในทุกระยะของการตั้งครรภ์หรือภายหลังคลอด¹ เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและเป็นนโยบายขององค์การอนามัยโลก² และอยู่ในยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) เน้นการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ในแต่ละปีมีทารกแรกเกิดร้อยละ 6 หรือจำนวน 8.1 ล้านคน พบมีความผิดปกติแต่กำเนิด 3.2 ล้านคน ถึงแม้ชีวิตรอดแต่ต้องอยู่กับความพิการตลอดชีวิต เมื่อเทียบกับการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ประเทศไทยพบอัตราสูงถึง 59.9 โดยทั่วโลกพบอัตรา 55.3³ ในแต่ละปีมีทารกผิดปกติแต่กำเนิด 24,000-40,000 รายจากการตั้งครรภ์ 8 แสนราย เป็นสาเหตุการตายของทารก ร้อยละ 20-30⁴ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่ควรให้ความสำคัญในการดูแลทางสาธารณสุขไทย ทารกที่เป็นโรคทางพันธุกรรมและมีความพิการแต่กำเนิด นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญต่อพ่อและแม่ เพราะจะมีผลกระทบต่อจิตใจ เป็นภาระต่อครอบครัว สังคมและประเทศเป็นอย่างมาก โดยทั่วไปอุบัติการณ์ของการเกิดทารกพิการแต่กำเนิดจะเท่ากับร้อยละ 3-5 แต่ในมารดาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดทารกพิการโดยกำเนิด จะพบอุบัติการณ์สูงขึ้นได้ ได้แก่ มารดาที่มีอายุมาก มารดาเคยคลอดบุตรที่มีโครโมโซมผิดปกติ บิดาหรือมารดาที่มีความ

ผิดปกติทางโครโมโซมชนิด Balance translocation มารดาที่มีประวัติการแท้งบ่อยผิดปกติ การตรวจกรองโดยวิธีการทางชีวเคมีจากการตรวจเลือดมารดา ได้ผลผิดปกติ^{5,6,7} ตรวจพบความพิการภายนอกจากคลื่นเสียงความถี่สูง ตรวจพบทารกโตช้าในครรภ์ การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาความผิดปกติของทารกในครรภ์ระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์จะช่วยให้เข้าสู่การรักษาอย่างทันท่วงที่^{8,9,10}

การตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal diagnosis: PND) มีประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยทารกที่ผิดปกติก่อนการคลอด โดยวิธีการตรวจคัดกรองอาจจะเป็นการตรวจเลือด หรือการตรวจอัลตราซาวด์ ส่วนการตรวจเพื่อการวินิจฉัยทารกในครรภ์สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การเก็บตัวอย่างเนื้อรก (CVS) การเจาะดูดน้ำคร่ำ (Amniocentesis) และการเก็บตัวอย่างเลือดทารกในครรภ์ (Fetal blood sampling) เพื่อนำเซลล์ไปตรวจโครโมโซม^{7,11} กรมอนามัยได้กำหนดให้ตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ ด้วยวิธีการตรวจเลือด Quadruple test (Q-Test) ในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย โดยตรวจฟรีทุกสิทธิ ตอนอายุครรภ์ 14-18 สัปดาห์ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองได้มากขึ้น นอกจากนี้ เมื่อผลตรวจคัดกรองเป็นบวก จะส่งต่อแพทย์หรือสถานบริการที่สามารถทำการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ได้ฟรีทั่วประเทศเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 18-20 สัปดาห์¹² ซึ่งเมื่อมีการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอดเพิ่มมากขึ้น จะทำให้แพทย์สามารถให้การตรวจวินิจฉัยทารกพิการแต่

กำเนิดได้มากขึ้นและสามารถยุติการตั้งครรภ์ในกรณีพบทารกเป็นโรคทางพันธุกรรมหรือมีความผิดปกติรุนแรงได้มากขึ้นด้วย

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย มีสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ในปีงบประมาณ 2562-2566 จำนวน 570 595 512 529 และ 528 คน ตามลำดับ สตรีตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรอง Q-Test ร้อยละ 15.0 33.7 52.4 94.9 และ 90.8 ตามลำดับ พบผลตรวจ Q-Test ผิดปกติ ร้อยละ 1.93 3.87 4.88 7.75 และ 4.17 ตามลำดับ หลังจากเจาะน้ำคร่ำแล้วพบผลผิดปกติทางโครโมโซม 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.10 โดย 2 รายผิดปกติรุนแรงและได้ยุติการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 1.64 สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและความสำคัญของการตรวจคัดกรองเพื่อนำไปสู่กระบวนการรักษาเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจเกิดขึ้นตามมา อย่างไรก็ตามในสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองหรือไม่ได้ตรวจเจาะน้ำคร่ำขณะฝากครรภ์ ภายหลังคลอดยังไม่มียางานทารกพิการแต่กำเนิด

ดังนั้นการตรวจคัดกรองทารกในครรภ์และการตรวจวินิจฉัยทารกก่อนคลอด จึงมีบทบาทอย่างมากในการป้องกัน หรือช่วยให้สามารถยุติการตั้งครรภ์ในรายที่ทารกผิดปกติอย่างรุนแรงได้ก่อนทารกจะคลอด ส่วนในรายที่ตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติ จะช่วยให้บิดาและมารดาตลอดจนครอบครัวคลายความวิตกกังวลได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการตรวจคัดกรอง Q-Test เป็นบวกในสตรีตั้งครรภ์ อ.ด่านซ้าย อ.ภูเรือ และ อ.นาแห้ว
2. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เกี่ยวกับการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองทารกในครรภ์ (Q-Test) และผลการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ด้วยการเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผลการตรวจเลือดคัดกรองทารกในครรภ์เป็นบวกและผลการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ด้วยการเจาะน้ำคร่ำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพ.ด่านซ้าย รพ.ภูเรือ และ รพ.นาแห้ว ในปีงบประมาณ 2562-2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ที่มีผลตรวจเลือดตรวจคัดกรอง Q-Test เป็นบวก และได้รับการเจาะน้ำคร่ำที่ รพ.ด่านซ้าย ที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane ดังนี้ $n = \frac{N}{1+Ne^2}$

เมื่อ N คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพ.ด่านซ้าย รพ.ภูเรือ และ รพ.นาแห้ว ประมาณ 600/ปี

e คือ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน (5%)

$$n = \frac{600}{(1 + 600 \times 0.05^2)}$$

$$n = 240 \text{ คน}$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้จำนวน 240 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพ.ด่านซ้าย รพ.ภูเรือ และ รพ.นาแห้ว จ.เลย
2. สตรีตั้งครรภ์ที่ผลตรวจเลือดคัดกรองทารกในครรภ์ (Q-Test) เป็นบวก
3. ได้รับการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ด้วยวิธีการเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) ที่ รพ.ด่านซ้าย อ.ด่านซ้าย จ.เลย

เกณฑ์การคัดออกอาสาสมัครจากโครงการ

1. สตรีตั้งครรภ์ปฏิเสธการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ด้วยวิธีการเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)
2. ไม่มีผลตรวจน้ำคร่ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ รพ.ที่ฝากครรภ์ และพื้นที่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Gravidity) จำนวนครั้งของการคลอด (Parity) อายุครรภ์(GA) เมื่อตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ (Q-Test) ผลตรวจ Q-Test

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Amniocentesis) ได้แก่ ผลตรวจโครโมโซม ค่า AFP การยุติการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะน้ำคร่ำ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และข้อมูลของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัยในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

3. การดำเนินการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลใน HOSxP ของรพ.ด่านซ้ายตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ตรวจสอบข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ รพ.ที่ฝากครรภ์ พื้นที่อาศัย (อำเภอ)

3.2 ตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Gravidity: G) จำนวนครั้งของการคลอด (Parity: P) และอายุครรภ์ (GA) เมื่อเจาะน้ำคร่ำ

3.3 ตรวจสอบผลตรวจ Q-Test

3.4 ตรวจสอบผลการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ได้แก่ โครโมโซม และค่า AFP

3.5 ตรวจสอบทะเบียนส่งต่อน้ำคร่ำ ของรพ.ด่านซ้าย

3.6 ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและหาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจเลือดคัดกรองทารกในครรภ์เป็นบวกและผลการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์จากการเจาะน้ำคร่ำ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (pearson correlation)

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยได้รับการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สสจ.เลย เลขที่ ECLOEI 0050/2566

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนมารดาที่ฝากครรภ์และผลตรวจ Q-Test เป็นบวก แยกตาม รพ.อำเภอที่คนไข้ฝากครรภ์

ปี พศ.	อ.ด่านซ้าย (จำนวน/ร้อยละ)			อ.ภูเรือ (จำนวน/ร้อยละ)			อ.นาแห้ว (จำนวน/ร้อยละ)			รวม (จำนวน/ร้อยละ)		
	ฝาก ครรภ์	Q- Test +ve	ร้อย ละ	ฝาก ครรภ์	Q- Test +ve	ร้อย ละ	ฝาก ครรภ์	Q- Test +ve	ร้อย ละ	ฝาก ครรภ์	Q- Test +ve	ร้อย ละ
2562	570	11	1.93	200	6	3.0	82	3	3.66	852	20	2.35
2563	595	23	3.87	214	7	3.27	78	2	2.56	887	32	3.61
2564	512	25	4.88	228	15	6.58	69	3	4.35	809	43	5.32
2565	529	41	7.75	198	19	9.60	90	10	11.11	817	70	8.57
2566	528	22	4.17	226	7	3.10	73	4	5.48	827	33	3.99
รวม	2,734	122	4.46	1,066	54	5.07	392	22	5.61	4,192	198	4.72

จากตารางที่ 1 แสดงจำนวนมารดาที่ฝากครรภ์และผลตรวจ Q-Test เป็นบวก แยกตาม รพ.อำเภอที่คนไข้ฝากครรภ์ พบว่ามารดาที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่ปี 2562-66 มีจำนวนทั้งหมด 4,192 คน ผลตรวจ Q-Test ผิดปกติ 198 คน คิดเป็นตรวจคัดกรอง Q-Test ผิดปกติเฉลี่ยร้อยละ 4.72 เมื่อวิเคราะห์รายปีพบว่า ปี 2565 พบว่ามีอัตราผลตรวจ Q-Test ผิดปกติมากที่สุดคือ ร้อยละ 8.57 โดย อ.นาแห้ว คัดกรองผิดปกติน้อยที่สุด ร้อยละ 11.11 รองลงไปที่ อ.ภูเรือ ร้อยละ 9.60 และ อ.ด่านซ้าย ร้อยละ 7.75 ในปี 2562 พบว่ามีอัตราผลตรวจ Q-Test ผิดปกติน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 2.35 โดย อ.ด่านซ้าย น้อยที่สุดคือ ร้อยละ 1.93 รองลงไปที่ อ.ภูเรือ ร้อยละ 3.0 และ อ.นาแห้ว ร้อยละ 3.66 เมื่อวิเคราะห์เชิงระบาดวิทยาจำแนกตามแต่ละพื้นที่ในช่วงการศึกษา 5 ปี (2562-2566) พบว่า อ.ด่านซ้าย มีอัตราผลตรวจ Q-Test ผิดปกติน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 4.46 รองลงไปที่ อ.ภูเรือ ร้อยละ 5.07 และ อ.นาแห้ว คัดกรองผิดปกติน้อยที่สุด ร้อยละ 5.61

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และข้อมูลเกี่ยวกับอายุครรภ์เมื่อตรวจเลือด (Q-Test)

เพื่อคัดกรองทารกในครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 35-40 ปี 117 คน คิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-30 ปี 30-35 ปี และ >40 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.4 15.4 และ 13.4 ตามลำดับ ส่วนมากอาศัยใน อ.ด่านซ้าย 138 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9 รองลงไปที่ อ.ภูเรือ และ อ.นาแห้ว คิดเป็นร้อยละ 27.5 และ 13.8 ตามลำดับ มี 7 รายมาจากที่อื่น ได้แก่ อ.ท่าลี่ อ.วังสะพุง อ.เชียงคานและ สปป.ลาว ส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 รองลงมาคือตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 และตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 25.5 และ 14.6 ตามลำดับ ส่วนมากเคยคลอดลูกมาแล้ว 1 ครั้ง จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมาคือเคยคลอดลูกมาแล้ว 2 ครั้ง ร้อยละ 21.1 และ ยังไม่เคยคลอดลูก ร้อยละ 19 อายุครรภ์เมื่อเจาะ Q-Test ส่วนมากคือ 15-15⁺ สัปดาห์จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 45.7 รองลงมาคือ 16-16⁺ สัปดาห์ ร้อยละ 27.1 และ 14-14⁺ สัปดาห์ ร้อยละ 19.4 และผลตรวจ Q-Test ต่ำสุดคือ 1:2 และสูงสุดคือ 1:250

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลผลตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการเจาะน้ำคร่ำ Amniocentesis การยุติการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะน้ำคร่ำ (n = 247)

ข้อมูลการตรวจ Amniocentesis	ผล	จำนวน	ร้อยละ
โครโมโซม	<ul style="list-style-type: none"> ปกติ ผิดปกติ 	242 5	98 2
การยุติการตั้งครรภ์	<ul style="list-style-type: none"> ไม่ได้ยุติการตั้งครรภ์ ผิดปกติ แต่ไม่ได้ยุติการตั้งครรภ์ ผิดปกติ ได้ยุติการตั้งครรภ์ 	242 3 2	98.0 1.2 0.8
ภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะน้ำคร่ำ	<ul style="list-style-type: none"> มี ไม่มี 	0 247	0 100
รวม		247	100

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลผลตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการเจาะน้ำคร่ำ Amniocentesis การยุติการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะน้ำคร่ำ มารดาที่เจาะน้ำคร่ำ พบว่า มีผลตรวจโครโมโซมปกติ 242 คน ส่วนผลตรวจโครโมโซมผิดปกติพบ 5 คน(อ.ด้านซ้าย ทั้งหมด) คิดเป็นร้อยละ 2.02 จำนวน 5 คนที่ผลตรวจโครโมโซมผิดปกติ

พบว่าได้ยุติการตั้งครรภ์ 2 คนคิดเป็นร้อยละ 0.81 ของมารดาที่เจาะน้ำคร่ำทั้งหมด มี 3 คนที่ผลตรวจโครโมโซมผิดปกติแต่ไม่รุนแรงหรือไม่มีผลต่อความพิการของทารก จึงไม่ได้ยุติการตั้งครรภ์ มารดาตั้งครรภ์ทั้งหมดที่เจาะน้ำคร่ำ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการเจาะน้ำคร่ำ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของผลการตรวจเลือดคัดกรองทารกในครรภ์เป็นบวกและผลการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์จากการเจาะน้ำคร่ำ (n = 247)

ตัวแปร		Amniocentesis for chromosome	Amniocentesis for AFP
ค่าผลการตรวจเลือดคัดกรองทารกในครรภ์ Q-Test เป็นบวก	ค่าสหสัมพันธ์	.074	.068
	P	.245	.286
	ระดับความสัมพันธ์	ต่ำมาก	ต่ำมาก

จากตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของผลการตรวจเลือดคัดกรองทารกในครรภ์เป็นบวกและผลการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์จากการเจาะน้ำคร่ำ พบว่าการตรวจเลือดคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยวิธี Q-Test เป็นบวก ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการวินิจฉัยทารกในครรภ์ด้วยวิธี Amniocentesis for chromosome และ Amniocentesis for AFP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.074$, $p = 0.245$ และ $r = 0.068$, $p = 0.286$)

ผลสรุปการศึกษาที่พบว่าการตรวจเลือดคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยวิธี Q-Test เป็นบวก ไม่มีความสหสัมพันธ์กับผลการวินิจฉัยทารกในครรภ์ด้วยวิธี Amniocentesis for chromosome และ Amniocentesis for AFP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้มีกลุ่มประชากรค่อนข้างน้อย หากมีการศึกษาร่วมกันกับพื้นที่อื่นๆ เช่น ระดับจังหวัด ระดับเขตหรือระดับประเทศสรุป อาจทำให้มีนัยสำคัญทางสถิติ^{7,12}

ข้อเสนอแนะ

อภิปรายผล

1. การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงทารกที่เป็นโรคทางพันธุกรรมหรือมีความพิการแต่กำเนิดอื่นๆ เช่น มารดาที่มีอายุมากมารดา เคยคลอดบุตรที่มีโครโมโซมผิดปกติ หรือพบความพิการภายนอกจากคลื่นเสียงความถี่สูง แต่ผลตรวจคัดกรอง Q-Test ปกติ จึงไม่สามารถทราบได้ว่าประชากรกลุ่มนี้จะมีโอกาสได้ทารกเป็นโรคทางพันธุกรรมหรือมีความพิการแต่กำเนิดหรือไม่

2. การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาในกลุ่มที่ไม่ได้ตรวจคัดกรอง Q-Test อันเนื่องจากมาฝากครรภ์ช้าหรือปฏิเสธการตรวจ จึงไม่สามารถทราบได้ว่าประชากรกลุ่มนี้จะมีโอกาสได้ทารกเป็นโรคทางพันธุกรรมหรือมีความพิการแต่กำเนิดหรือไม่

3. การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาในกลุ่มที่ตรวจคัดกรอง Q-Test เป็นบวกแต่ปฏิเสธการเจาะน้ำคร่ำหรือเลือกที่จะไปเจาะน้ำคร่ำที่อื่น จึงไม่ทราบว่าประชากรกลุ่มนี้จะมีทารกเป็นโรคทางพันธุกรรมหรือมีความพิการแต่กำเนิดหรือไม่

4. ควรส่งเสริมให้ตรวจคัดกรอง Q-Test ในสตรีตั้งครรภ์ให้มากขึ้นและควรมีการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์มากขึ้นถึงแม้ผลตรวจคัดกรอง Q-Test จะเป็นปกติ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงทารกที่เป็นโรคทางพันธุกรรมสูง เช่น มารดาที่มีอายุมาก หรือตรวจพบความพิการภายนอกของทารกจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ บุคลากรทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ร่วมงานที่ให้ความร่วมมือ ให้ความสะดวกในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญยิ่งขอขอบคุณที่เสียสละเวลาในการทำงานเพิ่มขึ้นระหว่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณชุดข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ทุกท่านที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Congenital anomalies. Retrieved on January 6, 2015. From <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370>.
2. CDC. World birth defects day-March 3, 2016. Morbidity and Mortality Weekly Report 2016; 7(65), 191.
3. A Christianson, CP Howson and B Modell. March of Dimes: Global report on birth defects the hidden toll of dying and disabled children. White Plains, New York, 2006.
4. WHO-SEARO. Birth defects in South-East Asia: A public health challenge. Retrieved on January 6, 2015. From <http://apps.searo.who.int>
5. ธีระพร วุฒยวนิช, ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์. สูติศาสตร์. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอเรน บুকส์ เซนเตอร์; 2539.
6. ศาสตราจารย์นายแพทย์เยื้อน ตันนรินทร์. เวชศาสตร์มารดาและทารก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทย; 2544.
7. พิระยุทธ สาณกุล. การตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวนโดยวิธี Quadruple Marker Test. ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 สิงหาคม 2560 – มกราคม 2561
8. F.G. Cunningham, K.J. Leveno, S.L. Bloom, J.C. Hauth, L.C. Gilstrap III, K.D. Wenstrom. Williams Obstetrics. 22nd edition. Boston: McGraw Hill Companies; 2005.
9. William IC. Down Syndrome: Care of the child and family. In: William BC, Allen CC, William LC, Ellen RE, Heidi MF, editors. Developmental-Behavioral Pediatrics. 4 th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier 2009. p. 235-45.
10. Freeman SB, Bean LH, Allen EG, Tinker SW, Locke AE, Druschel C, et al. Ethnicity, sex, and the incidence of congenital heart defects: a report from the National Down Syndrome Project. Genet Med 2008; 10: 173-80.

11. Prenatal diagnosis and fetal therapy. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY, editors. Williams Obstetrics. 23 ed. New York: McGraw-Hill; 2010. p. 287-311.
12. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ. การตรวจคัดกรองการตั้งครรภ์ทารกกลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome screening). เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2566. เข้าถึงจาก URL:http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=513:down-syndrome-screening&catid=40&Itemid=482.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อผู้ปกครอง
และเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

The Effectiveness of the DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program; Triple-P
on Parents and Children in Child Development Center.

(Received: December 19, 2023 ; Revised: December 25, 2023 ; Accepted: December 29, 2023)

พรพรหม ตรีโกคา¹, ชลสินธุ์ ศรีลาศักดิ์¹
Pornprom Treepoka¹, Chonlasin Srilasak¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ด้านพัฒนาการ และความฉลาดทางอารมณ์ โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เด็กปฐมวัย อายุ 2 ปี 6 เดือน - 6 ปี เป็นนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลตำบลบางไทร อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 45 คน โดยมีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 9 สัปดาห์ ได้แก่ 1) สร้างสายใย 2) สร้างวินัย 3) สร้างเด็กเก่ง 1 4) สร้างเด็กเก่ง 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิเคราะห์โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Samples T-test และ McNemar Test

ผลการวิจัยพบว่าทักษะการเลี้ยงดูในการสร้างวินัยเชิงบวก และพัฒนาการในเด็กปฐมวัยในภาพรวมสูงขึ้น กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .013$, $p = .000$) ส่วนในด้านความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไม่แตกต่างกัน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .135$)

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ พัฒนาการ การสร้างวินัยเชิงบวก

Abstract

This study is a quasi-experimental research with the objective of studying the effectiveness of a program that promotes development and creates positive discipline, involving family participation on early childhood caregiving skills, developmental aspects, and emotional intelligence. This research focuses on 45 parents and caregivers of children ages 2 years 6 months - 6 years, who are students at Early Child Development Center at Bangsai Subdistrict Municipality, Bangsai District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The study spans a total of 4 activities over a period of 9 weeks: 1) Building Connections 2) Fostering Discipline 3) Cultivating Excellent Children 4) Cultivating Excellent Children. The two data collection tools used in the study are questionnaires and observation and Developmental Surveillance and Promotion Record by Health Personnel. The data is analyzed by using statistics, percentage, mean values, standard deviations, Paired Samples T-test, and McNemar Test.

The research found that parenting skills in creating positive discipline and overall development in early childhood is higher than before joining the program Statistically significant at the 0.05 level ($p = .013$, $p = .000$). In terms of children's emotional intelligence, there was no difference with a statistical significance at 0.05 level ($p = .135$).

Keywords: effectiveness, development, positive discipline

¹ ตำบลบางไทร อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นวัยเริ่มต้นของชีวิตพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะสมองมีการพัฒนาและสร้างเส้นประสาทสร้างสมองส่วนการมองเห็น การฟัง การรับรู้ภาษา การพูด ความคิดและเขาวนปัญญา มีการพัฒนาทั้งด้านการคิด การเขียนความสามารถในการรับรู้ในการเรียนรู้ และในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ จึงเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง⁽¹⁾ แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579 ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนด้านพัฒนาเด็กปฐมวัย สร้างเด็กไทยให้มีพัฒนาการสมวัย เพื่อนำไปสู่ความเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัย การสร้างวินัยเชิงบวกเป็นการเสริมสร้างทักษะด้านความฉลาดทางอารมณ์ ด้านทักษะทางสังคม ความฉลาดทางศีลธรรม การสร้างวินัยเชิงบวกเป็นการปลูกสร้างให้เด็กสามารถควบคุมตนเองให้บรรลุเป้าหมาย มีความภาคภูมิใจในตนเอง การสร้างวินัยไม่ใช่การลงโทษแต่เป็นการเคารพซึ่งกันและกัน มีความเคารพในความเหมือนความแตกต่างของตนเองและผู้อื่น ครอบครัวคือจุดเริ่มต้นของมนุษย์ จึงเป็นหน้าที่ของครอบครัว ในการสร้างวินัยเชิงบวก เพื่อให้เด็กสามารถเติบโตเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีคุณภาพ⁽²⁾ การมีพัฒนาการที่ดีเริ่มต้นที่ครอบครัวและผู้ดูแล โดยเริ่มต้นจาก เหตุการณ์เล็ก ๆ ในชีวิตประจำวัน ด้วยกิจกรรมที่สม่ำเสมอ การเล่นกับเด็ก การอ่านนิทาน การพูดคุยเชิงบวก การชวนให้เด็กทำกิจกรรม การสร้างเสริมพัฒนาการ การจัดกิจกรรมหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กที่เหมาะสมในการเรียนรู้ของเด็ก ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจกระทำโดยตรงต่อเด็ก หรือผู้ดูแลเด็ก การส่งเสริมสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้มาตรฐาน พัฒนาทั้งความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligent Quotient; IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient; EQ) ตั้งแต่ชั้นปฐมวัย ซึ่งจะทำให้เด็กมีพื้นฐานของสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ที่ดีติดตัวไปตลอดชีวิต⁽³⁾

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กจึงไม่ได้มุ่งเน้นที่ตัวเด็กเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการมุ่งเน้นที่การส่งเสริมทักษะของพ่อแม่ผู้ปกครองให้เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สนับสนุนส่งเสริมให้เด็กพัฒนาความสามารถไปตามช่วงวัย การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองกับเด็ก ผ่านการโอบกอด พูดคุยรับฟังในสิ่งที่ลูกพูด การเล่นกับลูกผ่านเกมหรือกิจกรรม การจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก⁽⁴⁾

กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) โดยมีเกณฑ์ตัวชี้วัด เด็กพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85 สงสัยล่าช้า ร้อยละ 20-25 การสำรวจพัฒนาการเด็กโดยกรมอนามัย ในปี 2561 ด้วยเครื่องมือ DSPM พบว่าเด็กพัฒนาการสมวัยร้อยละ 78.20 เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า 21.80⁽⁴⁾ จากข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ผลการตรวจพัฒนาการตามช่วงอายุที่กำหนด ในปี 2563 , 2564 และ 2565 ระดับเขตสุขภาพที่ 4 พบเด็กพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 78.96 , 69.55 และ 76.96 ตามลำดับ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 18.22 , 21.13 และ 19.86 ตามลำดับ ระดับโรงพยาบาลบางไทรพบเด็กพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80.19 , 87.50 และ 92.31 ตามลำดับ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 29.60 , 34.85 และ 25.77 ตามลำดับ ผลการสำรวจในปี 2561 พ่อแม่ผู้ปกครองใช้เล่มคู่มือ DSPM ระดับประเทศ พบการใช้ร้อยละ 32.90⁽⁵⁾ และระดับโรงพยาบาลบางไทร ปี 2564 พบการใช้ร้อยละ 29.19 ส่วนผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยกรมสุขภาพจิตในปี 2564 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 102.8 ถือเป็นระดับปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ด้านความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) พบว่า มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 83.30 และควรพัฒนา ร้อยละ 16.70

เมื่อทบทวนหลักฐานสนับสนุนทางวิชาการ ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ได้แก่ 1) สร้างสายใย 2) สร้างวินัย 3) สร้างเด็กเก่ง 1 4) สร้างเด็กเก่ง 2 ผลการวิจัยพบว่าผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม^(6,7,8)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา “ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อผู้ปกครองและเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (The Effectiveness of the DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program; Triple-P on Parents and Children in Child Development Center) ซึ่งเป็นโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผสมผสานไปกับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ผ่านการสร้างวินัยเชิงบวก โดยพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นผู้พัฒนาเด็กด้วยตนเอง และมีบุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นผู้จัดกลุ่มกิจกรรมเสริมพลังการเรียนรู้สำหรับครอบครัวเด็กปฐมวัยช่วยให้ผู้ปกครองนำกิจกรรมเพื่อให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีทักษะในการกอด เล่า เล่น เต็ม วาด สร้างสมาธิ เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์กลับไปใช้ที่บ้านได้ ทำให้ได้เด็กที่เก่ง ดี มีความสุข ส่งผลให้เด็กเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เป็นกำลังของชาติในการสร้างสรรค์และพัฒนาประเทศสืบไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อผู้ปกครองและเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต่อทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ด้านพัฒนาการ และความฉลาดทางอารมณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research Design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม (One group Pretest-Posttest Group) ดำเนินการเปรียบเทียบตัวแปรก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม ได้แก่ ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็กพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เด็กปฐมวัย อายุ 2 ปี 6 เดือน - 6 ปี เป็นนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลตำบลบางไทร อำเภอบางไทร จังหวัดระนองศรีอยุธยา ประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดไม้ตราสมาชิการาม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบางพลี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดไทรโสภา จำนวนแห่งละ 15 คน ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2566 – กันยายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนามาจากการศึกษาของ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต,(2563) และกระทรวงสาธารณสุข,(2565) โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program : Triple-P) แบบสอบถาม และแบบบันทึกผลการตรวจพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้ผ่านการรับรองโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program : Triple-P) ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรม ทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 1:30 - 2 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกัน 3 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้ ครั้งที่ 1 สร้างสายใย ครั้งที่ 2 สร้างวินัย ครั้งที่ 3 สร้างเด็กเก่ง 1 ครั้งที่ 4 สร้างเด็กเก่ง 2

ชุดที่ 2 แบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทาง

อารมณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ แบบประเมินความถี่ของพฤติกรรมที่ผู้ปกครองปฏิบัติ ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง ไม่เคย จำนวน 24 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี (ฉบับย่อ) สำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครองของกรมสุขภาพจิตโดยมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ไม่เป็นเลย เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง เป็นประจำ จำนวน 15 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบบันทึกเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตามช่วงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(DSPM)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อน-หลัง โดยใช้สถิติ Paired Samples T-test และ McNemarTest

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เอกสารรับรองเลขที่ 13/2566 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา

1. จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป จากตัวอย่าง 45 ราย พบว่าข้อมูลทั่วไปด้านเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.2 อายุระหว่าง 3 ปี – 3 ปี 11 เดือน คิดเป็นร้อยละ 64.4 ข้อมูลทั่วไปด้านผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.7 อายุอยู่ในช่วง 20 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ เป็น บิดา – มารดา และเป็นผู้อบรมดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 55.6 และ 62.2 ผู้ปกครองสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 68.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.1¹⁾ ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 60.0

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่า ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านการสร้างความผูกพัน ทางอารมณ์ สนับสนุนระดับประคองทางจิตใจ ด้านการสร้างวินัยเชิงบวก และ รวมทุกด้านภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับที่ระดับ 0.05 ($p = .024$, $p = .015$ และ $p = .013$) ตามลำดับ สำหรับด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯมีค่าคะแนนเฉลี่ย 29.44 และ 30.51 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .127$) ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยใช้
Paired Sample T- test (n=45)

ทักษะการเลี้ยงดูเด็ก ปฐมวัย	ก่อนเข้าร่วม โปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		D	P- V al u e
		SD	\bar{x}			
1. ด้านการสร้างความรู้ ผูกพันทางอารมณ์ สนับสนุน ประคับประคองทางจิตใจ	.1 34		2 . 8 0	. 6 5 4	- 2.038	24 *
2. ด้านการสร้างวินัย เชิงบวก	.4 90		0 . 6 0	. 5 5 7	3 . 1 2 4	01 5*
3. ด้านการส่งเสริม พัฒนาการเด็ก	.9 34		0 . 5 1	. 7 9 9	1 . 1 5 4	12 7
4. รวมทุกด้าน	5. 30 0		3 . 9 1	0 . 7 0 9	2 . 3 0 9	01 3*

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการเด็กปฐมวัยและสงสัยล่าช้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่า เด็กปฐมวัยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กปฐมวัยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = .000) ส่วนพัฒนาการเด็กรายด้าน พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา และด้าน

การช่วยเหลือตนเองและสังคม พัฒนาการรายด้านสมวัยสูงกว่าเด็กปฐมวัยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = .019 .004 .004 และ .019 ตามลำดับ) ส่วนพัฒนาการด้านการใช้ภาษา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = .312) ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการเด็กปฐมวัยสมวัย โดยใช้ McNemarTest (N=45)

พัฒนาการ	ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		P-Value (one tailed)
		ล่าช้า	มวัย	
พัฒนาการสมวัย	ล่าช้า	18	16	.000*
	สมวัย	2	9	
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่	ล่าช้า	3	8	.019*
	สมวัย	1	33	
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก	ล่าช้า	14	15	.004*
	สมวัย	3	13	
พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา	ล่าช้า	5	8	.004*
	สมวัย	0	32	
พัฒนาการด้านการใช้ภาษา	ล่าช้า	5	3	.312
	สมวัย	1	36	
พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองและ สังคม	ล่าช้า	5	8	.019*
	สมวัย	1	31	

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของความฉลาดทางอารมณ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่า เด็กปฐมวัยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พัฒนาการฉลาดทางอารมณ์ด้านดีสูงกว่าเด็กปฐมวัยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .043$) ส่วนพัฒนาการฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง และ ความฉลาด

ทางอารมณ์รวมทุกด้าน พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง และ ความฉลาดทางอารมณ์รวมทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .203$, $p = .135$) ส่วนความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 1.000$) ดังแสดงใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความฉลาดทางอารมณ์ โดยใช้ Paired Sample T- test (n=45)

ความฉลาดทางอารมณ์	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		t	P-Value (one tailed)
	\bar{x}	SD	\bar{x}	S D		
1. ด้านดี	1 5 . 1 8	2.807	16.1 3	3. 06 4	- 1 . 7 5 1	.0 43*

ด้านเก่ง	1 5 . 8 9	2.830	16.3 1	2. 28 5	- . 8 3 8	3 .20
ด้านสุข	1 5 . 9 8	2.369	15.9 8	1. 93 6	. 0 0 0	1.0 00
รวมทุกด้าน	4 7 . 0 4	6.722	48.4 2	.98 7	1 . 1 1 6	.13 5

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลต่อทักษะพฤติกรรมการเลี้ยงดูในการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยในภาพรวมสูงขึ้น ในกลุ่มผู้ปกครองและเป็นผู้ดูแลหลัก ที่ส่วนใหญ่ เป็นบิดามารดา สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผู้ปกครองเป็นบิดา - มารดา^(8,9,10) ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย⁽¹¹⁾ อายุอยู่ในช่วง 20 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผู้ปกครอง มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 40 ปี^(10,12,13) ซึ่งเป็นวัยที่มีความพร้อมในการสร้างครอบครัวอันจะส่งผลให้การดูแลเด็กวัยก่อนเรียนมีคุณภาพ⁽¹⁰⁾ ซึ่งโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ได้แก่ 1) สร้างสายใย 2) สร้างวินัย 3) สร้างเด็กเก่ง 1 4) สร้างเด็กเก่ง 2 ผลการวิจัยพบว่าผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ^(6,7,8) ซึ่งทักษะพฤติกรรมการเลี้ยงดูโดยเน้นกิจกรรม การกอด เล่า เล่น เต็ม วาด สร้างสมาธิ กับเด็ก เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผสมผสานไปกับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ผ่านการสร้างวินัยเชิงบวก โดยพ่อแม่ผู้ปกครองเป็น

ผู้พัฒนาเด็กด้วยตนเอง⁽²⁾ ซึ่งการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมโดยใช้ข้อคำถามพัฒนาการในคู่มือ DSPM มาปรับเป็นแนวปฏิบัติพบว่าพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก มีทักษะในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพิ่มมากขึ้น เช่น ปลอดภัย ชมหรือกอด สอนให้สวัสดี ขอบคุณ ขอโทษ และควรเพิ่มทักษะด้านการร่วมร้องเพลงกับลูก การเล่านิทาน การสร้างวินัยเชิงบวก ด้านการตีการทำโทษเมื่อลูกทำไม่ดีหรือไม่ถูกต้องควรลดลง การศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยในภาพรวมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี ศึกษาประสิทธิผลของการโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3 - 5 ปี พบว่าเด็กในกลุ่มทดลอง มีพัฒนาการภาพรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น ส่วนพัฒนาการในรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีเพิ่มขึ้นเช่นกัน ยกเว้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหวซึ่งมีพัฒนาการผ่านเท่าเดิม และสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบว่าเด็กมีพัฒนาสมวัยเพิ่มขึ้นจากเดิม^(14,15) ซึ่งพัฒนาการเด็กถูกกำหนดด้วยปัจจัยทางด้าน

พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยพันธุกรรมเป็นตัวกำหนดศักยภาพของเด็ก ส่วนสิ่งแวดล้อมเป็นตัวปรับเปลี่ยนการแสดงออกของพันธุกรรมให้ออกมามากที่สุดตามศักยภาพที่เด็กได้มาจากพันธุกรรม⁽¹⁶⁾ สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กมากที่สุดคือ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจึงไม่ได้มุ่งเน้นที่ตัวเด็กเท่านั้นแต่หมายรวมถึงการมุ่งเน้นที่การส่งเสริมทักษะของพ่อแม่ผู้ปกครองให้ เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สนับสนุนส่งเสริมให้เด็กพัฒนาความสามารถไปตามช่วงวัยได้⁽¹⁷⁾ ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในส่วนการพัฒนาการรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นเช่นกัน ยกเว้นพัฒนาการด้านการใช้ภาษาลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ในระหว่างปี 2563 - 2564 พบว่าปัญหาที่ทำให้ผู้ปกครองนำเด็กมารับบริการที่โรงพยาบาลคือ กลุ่มที่ไม่สามารถใช้ภาษามากที่สุด ร้อยละ 69.50⁽¹⁸⁾ ซึ่งสอดคล้องจากการสำรวจของสถานการณ์พัฒนาเด็กปฐมวัยไทยของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย (developmental surveillance and promotion, DSPM) พบว่าเด็กไทยสงสัยมีภาวะพัฒนาการล่าช้า โดยส่วนใหญ่เป็นการล่าช้าด้านการใช้ภาษา ซึ่งมีหลายสาเหตุที่ทำให้การพัฒนาการด้านการใช้ภาษาล่าช้าได้แก่ 1.สาเหตุจากอวัยวะรับการได้ยินผิดปกติ 2.สาเหตุจากสติปัญญาบกพร่อง 3.กลุ่มอาการออออทิสซึม 4.พัฒนาการทางภาษาล่าช้าด้านเดียว 5.สาเหตุจากการเลี้ยงดู ซึ่งเด็กยุคปัจจุบันหลายคนอาจอยู่กับสื่อที่เป็นการสื่อสารทางเดียวมากขึ้น⁽¹⁹⁾ ซึ่งทฤษฎีของบรุนเนอร์ กล่าวว่า พัฒนาการภาษาชั้นไอคอนิก (Ikonc Representation) อยู่ในช่วงอายุ 2 – 4 ปี ระยะเวลาเป็นระยะที่เด็กคิดว่าตนเองเป็นใหญ่เป็นศูนย์กลาง ทำให้เด็กไม่ยอมฟังคนอื่น ดังนั้นผู้ปกครองและผู้ดูแล ควรให้เด็กได้เข้าสังคม ได้ฟัง

ความคิดเห็นของคนอื่นให้เด็กได้มีโอกาสพูดออกความคิดเห็น เพื่อโต้แย้งคำถามและความคิดเห็นของคนอื่น⁽²⁰⁾ ส่วนการศึกษาประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ที่ส่งผลต่อด้านความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไม่แตกต่างกัน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในรายด้านเก่ง และด้านสุข ก็ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านดีที่สูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P) ต่อพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมโปรแกรม Thai Triple-P มีสัดส่วนพัฒนาการสมวัยและคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่รับบริการส่งเสริมพัฒนาการตามระบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²¹⁾ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการศึกษาพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่าผลพัฒนาการดีขึ้นและมีความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มมากขึ้น^(7,8) ซึ่งมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3-5 ปี พบว่า 1) ผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 80.00 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.35$, S.D.=0.34) 2) ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.289$, $r=.463$, $p<.01$ ตามลำดับ) 3) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.291$, $p<.01$)⁽⁹⁾ ในด้านความฉลาดทางอารมณ์ควรเน้นกิจกรรมของผู้ปกครองควรกระตุ้นในด้านความอยากรู้ อยากรูเห็น จัดให้เด็กเล่น

หรือสำรวจสิ่งที่หลากหลาย และให้เด็กได้เลือก เช่น หนังสือ สื่อการเรียนรู้ ของเล่นที่เหมาะสมกับวัย การเล่นเกมที่มีกฎกติกา และให้เด็กได้เข้าสังคม และยอมรับกฎเกณฑ์ข้อตกลงของสังคม ดังที่บรูเนอร์ ได้กล่าวไว้ว่าควรให้เด็กได้ติดต่อกับผู้อื่น ให้เด็กได้เข้าสังคม ได้ฟังความคิดเห็นของคนอื่น

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ระหว่าง การดำเนินกิจกรรมผู้ปกครองบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องขาดการส่งต่อข้อมูลของ โปรแกรมฯ หรือการเปลี่ยนตัวผู้ปกครองในการเข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งประเมินผลหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ และสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม

นำเสนอองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อนำไปขยายผลในโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาลระดับ อำเภอ จังหวัด ทั้งภาครัฐและเอกชน

2. จัดโครงการอบรมครูผู้ดูแลเด็กในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการเรียนการสอนให้แก่เด็กนักเรียน และสร้างแกนนำของผู้ปกครองเพื่อขยายผลถ่ายทอดไปยังครอบครัว ที่ทำงาน เช่น กิจกรรมการชม การเลี้ยงดูเด็ก การกอด

3. ควรนำโปรแกรมฯ ไปปฏิบัติต่อเนืองที่บ้าน และสื่อสารแก่สมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันเพื่อการดูแลเด็กไปในทิศทางเดียวกันและเป็นการเลี้ยงดูที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Siriwanbut P. (2013). *Psychoanalytic theory of development*. (6th edition). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
2. Department of Mental Health. (2020). *Emotional intelligence assessment form for children 3- 5 years old (short version)*. Retrieved on 19 March 2023, from <https://dmh-elibrary.org/items/show/306>.
3. Department of Mental Health Ministry of Public Health.(2022). *Moving forward to raise Thai children*. IQD. Printed No. 2.Bangkok: Agricultural Cooperative Community Printing Company of Thailand Co.Ltd.
4. National Institute of Health.(2017). *Annual Report 2017 National Institute of Health*.Bangkok: Sam Charoen (Bangkok): Commercial Co.Ltd.
5. Department of Health.(2018). *Department of Health annual report. 2018*. Retrieved on 19 March 2023, from http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2114.
6. Yawinchan C.(2019).Effectiveness of the program to develop emotional intelligence and strengthen positive discipline in early childhood with family participation. Pua District, Nan Province. *Nursing and Health SSOT*,6(1),48-63.
7. Sakulthong L, Charlie Krua S.(2022) . Development of the Triple P program to stimulate early childhood development in Health District 7 Khon Kaen. *Journal of Health Center 7 Khon Kaen*, 14(1), 97-110.
8. Insom S, Onkham Y and Ruangrit R.(2021).Effectiveness of the program to promote development and create positive discipline with family participation in the development of children aged 3 - 5 years Maha Sarakham Province. *Maha Sarakham Provincial Public Health Office Academic*,5(10),143-160.
9. Chaitonthueak C, Klanklin P and Uayuay M.(2020).Factors related to the practice of promoting emotional intelligence of preschool children of primary caregivers.*Nursing News*,47 (4), 39 -52.
10. Codrington M, Chotibang J and Sriphanaphan A. (2022). Factors related to promoting positive discipline in caregivers of preschool children. *Health and nursing research* ,37(2),227-236.

11. Uayuy M et al.(2020).Effects of the early childhood development promotion program on knowledge and behavior promoting child development of parents and caregivers Mueang District, Lampang Province.*Nursing and Health SSOT*,3(1),48-63.
12. Boonkhong P and Keturen P.(2022).Effects of skill training in monitoring and promoting child development of postpartum mothers or primary caretakers in Thailand.*Thai Health Promotion*,1(3),253-264.
13. Sriyasak A, Ketuin W and Hayise W.(2021).Developing a model for fathers' participation in promoting early childhood development: A case study of Nong Ya Plong District Phetchaburi.*Province Army Nurse*,22(1),402-411.
14. Srisathitnarakun B. (2010). *Research methods in nursing*. 4th edition : Bangkok: Faculty of Nursing. Chulalongkorn University.
15. Nakarat P, Chokthong S and Phumiam T.(2021). Results of operations promoting early childhood development with a manual for monitoring and promoting early childhood development and health at 11 *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 1(1),40-49.
16. Shonkoff J.P. (2010).Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy,*Child Development*, 81(1), 357.
17. Bunnom N.(2022). *The Promoting the Positive Discipline and Executive Function in Primary Children*. The 8th Loei Rajabhat National Academic Conference 2022, 25 March 2022 at Loei Rajabhat University, Loei Province.
18. Srichanchai J and Thongmee A.(2022).The role of nurses in stimulating delayed language development of early childhood children in the situation of the COVID-19 outbreak. *Mahachula Nakomrat*,9(8),1-16.
19. Kasipar R.(2019).*Delayed language development*.Retrieved 24 Feb. 2023. from https://web.facebook.com/oocaok/posts/786410228429221/?locale= th_TH.
20. Siriwanbut P.(2021).*Developmental Psychology*.3rd printing.Bangkok:Chulalongkorn University Press.
21. Jungsirakulwit D and Thanasupharatana A.(2023).Effects of the Thai early childhood parenting skills training program (Thai Triple-P) on development and emotional intelligence in children at risk for developmental delays.*Mental health of Thailand*,31(3),215-226.

การดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผล ตาม RDU Hospital PLEASE ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Rational Drug Use Under the Scheme of RDU Hospital PLEASE in District Health

Promoting Hospital at Khong Chai district, Kalasin Province.

(Received: December 19,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

จิตตวดี กมลพุท¹
Jittawadee Kamonput¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินการใช้ยาสมเหตุผลตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ใน รพ.สต. เขตอำเภอฆ้องชัย โดยรวบรวมอัตราการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ใน รพ.สต.ทั้งหมด 7 แห่ง ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2565 เนื่องจากพบว่า รพ.สต. การสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในอัตราสูงไม่ผ่านเกณฑ์ RDU ทำให้มีโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยได้ ซึ่ง RDU เป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุข การปรับปรุงตาม RDU Hospital PLEASE ใน รพ.สต. ก่อนดำเนินการตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE พบว่ามีร้อยละของ รพ.สต. ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 42.9) และ 2 แห่ง (ร้อยละ 28.6) หลังดำเนินการตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ปีงบประมาณ 2561 พบว่ามีร้อยละของ รพ.สต. ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ จำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 100) และ 6 แห่ง (ร้อยละ 85.71) ปีงบประมาณ 2562 ถึงปีงบประมาณ 2565 พบว่ามีร้อยละของ รพ.สต. ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ จำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 100)

คำสำคัญ: การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, โรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน, อุจจาระร่วงเฉียบพลัน, RDU Hospital PLEASE, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This study was action research aimed to study outcomes of rational drug use (RDU) under the scheme of RDU Hospital PLEASE of District Health Promoting (DHP) hospital in Khong Chai district by collecting the rate of antibiotics use in patients with upper respiratory tract infections (URI) and acute diarrhea in 7 DHP hospitals between October 2017 and October 2022. The rationale of this study is the increased risk of antimicrobial resistance due to failure of RDU indicator which is the Performance Agreement of Ministry of Public Health. Before implementing the RDU Hospital PLEASE, the percentage of DHP hospital with an appropriated antibiotic use in patients with URI and acute diarrhea were 3 DHP hospitals (42.9%) and 2 DHP hospitals (28.6%), respectively. The implementation of the RDU Hospital PLEASE resulted in the improvement of an appropriate antibiotics use in patients with URI and acute diarrhea. In 2018, the percentage of DHP hospital with an appropriated antibiotic use in patients with URI and acute diarrhea were 7 DHP hospitals (100%) and 6 DHP hospitals (85.61%), respectively. In 2019 to 2022, the percentage of DHP hospital with an appropriated antibiotic use in patients with URI and acute diarrhea were 7 DHP hospitals (100%). To promote an appropriate antibiotic use in patients with URI and acute diarrhea, the RDU Hospital PLEASE should be implemented continuously together with the RDU in communities.

Keywords: rational drug use, upper respiratory tract infections, acute diarrhea, RDU Hospital PLEASE, Sub-district health promoting hospital, RDU community

บทนำ

ประเทศไทยมีปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2543 จนถึงปี พ.ศ. 2553 มีรายงานมูลค่าการผลิตและนำเข้ากลุ่มยาฆ่าเชื้อ (รวมถึงยาปฏิชีวนะ) สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศอย่างต่อเนื่อง (อัญชลี จิตรภักดิ์, 2554) ปัญหาโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเกิดขึ้นทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล โรคติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาล มีความชุกร้อยละ 50 โรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเกิดขึ้นทั้งในชุมชนร้อยละ 20 ผู้ป่วยโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะมีอัตราเสียชีวิตจากการติดเชื้อสูงมากกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 1 เท่า (วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล, 2554) มีการศึกษาผลกระทบของการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553 ในโรงพยาบาลจำนวน 1,023 แห่ง พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 3.24 ล้านวัน มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเสียชีวิต 38,481 ราย พบความสูญเสียทางเศรษฐกิจของยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาปัญหาการติดเชื้อดื้อยามีมูลค่าประมาณ 2,539 ถึง 6,084 ล้านบาท (ภานุมาศ ภูมาศและคณะ, 2555)

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาเพิ่มสูงขึ้นและสูญเสียงบประมาณในการใช้ยา การใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) จึงเป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลใช้นโยบายในการดำเนินการใน 6 ด้าน RDU Hospital PLEASE ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาล ประกอบด้วย 1. การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and therapeutics committee (PTC) competency) 2. การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (Label information leaflet) 3. การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งยาอย่างสมเหตุผล (Essential RDU tools) 4.

การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อหลักเกณฑ์ในการใช้ยาสมเหตุผล (Awareness for RDU principles among health personnel and patients) 5. การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (Special population care) 6. การสร้างเสริมจริยธรรมในการสั่งใช้ยา (Ethics in prescription) (สุณิชา ชานวานิก, 2560) ซึ่งการเฝ้าระวังการใช้ยาให้สมเหตุผลมีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีการทบทวนข้อมูลการเฝ้าระวังการบริโภคยาปฏิชีวนะในต่างประเทศพบว่าในภูมิภาคยุโรปมีเครือข่ายเฝ้าระวังการบริโภคยาปฏิชีวนะ (European Surveillance of Anti-microbial Consumption Network: ESAC-Net) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 พบว่าประเทศฝรั่งเศสประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะในมนุษย์โดยมีความสอดคล้องกับปริมาณการบริโภคยาปฏิชีวนะด้านเชื้อในข้อมูล ปี พ.ศ. 2543 ประเทศฝรั่งเศสมีอัตราการบริโภคยาปฏิชีวนะสูงที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2550 ลดการใช้ยาปฏิชีวนะลงได้ร้อยละ 26.5 ในประเทศเนเธอร์แลนด์มีอัตราการบริโภคยาปฏิชีวนะอยู่ในเกณฑ์ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2560 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศบัญชียาหลักฉบับที่ 20 (the 20 th WHO Model List of Essential Medicines) จัดทำกลุ่มยาปฏิชีวนะฆ่าเชื้อแบคทีเรียออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มยาที่เข้าถึงได้ (access group) กลุ่มยาที่ต้องเฝ้าระวัง (watch group) และกลุ่มยาที่สงวนไว้ (reserve group) การจัดการเชิงระบบเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลสามารถเพิ่มความตระหนักรู้การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะลดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันลงได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอหนองชัย มีทั้งหมด 7 รพ.สต. มี 5 รพ.สต. เป็น รพ.สต. ขนาดกลาง ได้แก่ รพ.สต.โนนศิลา เลิง รพ.สต. โนนทัน รพ.สต. โคกประสิทธิ์ รพ.สต.

หนองบัว รพ.สต. โนนเขาวา มี 2 รพ.สต. เป็น รพ.สต. ขนาดเล็ก ได้แก่ รพ.สต. โนนแดง รพ.สต. ท่าเยี่ยม การใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. ปีงบประมาณ 2560 ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ มีร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับ รพ.สต. น้อยกว่าร้อยละ 20 มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.85 (เกณฑ์คือ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80) และร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับ รพ.สต. น้อยกว่าร้อยละ 20 มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.57 (เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80) การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. หลังปรับตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE เพื่อนำความรู้ไปใช้โดยข้อค้นพบที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในกระบวนการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. ตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผนลงมือปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค คือโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันใน 7 รพ.สต. เก็บข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะจากฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS (Java Health Center Information System) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ขั้นตอนการวิจัย มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ระยะเวลาแผน (Plan) โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการทำงานการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. โดยใช้ SWOT analysis ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ จุดแข็ง (strengths: S) จุดอ่อน (weakness: W) และปัจจัยภายนอก ได้แก่ โอกาส (opportunities: O) และภาวะคุกคาม (threats: T) เพื่อนำมาเชื่อมโยงในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการแก้ปัญหาในขั้นตอนต่อไป พบว่าการดำเนินงาน ตาม RDU Hospital PLEASE จัดทำได้ไม่ครบทั้งหมดโดย 1. ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. 2. มียาปฏิชีวนะใน รพ.สต. หลายขนาน ไม่มีรายการยาสมุนไพรทางเลือก 3. ไม่มีรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยแพทย์ระหว่าง ร.พ. กับ รพ.สต. 4. ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ยาปฏิชีวนะใน รพ.สต. 5. ยาที่ส่งมอบเป็นการเขียนซองยาซึ่งไม่มีข้อมูลครบถ้วน เช่น ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังที่ชัดเจน ไม่มีการจัดทำลางายามาตรฐาน 6. ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน 7. ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 8. ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสด 9. ไม่มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และไม่มีการอบรมผู้รับบริการเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ ทำให้ผลการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์ ทั้งหมด 9 ประเด็นตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ทั้ง 6 ด้าน ในปีงบประมาณ 2561 ถึง ปีงบประมาณ 2565 วางแผนปรับปรุงการดำเนินงานตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ใน รพ.สต. 7 แห่ง โดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ช่างชัยแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาลใน รพ.สต. มีหน้าที่บริหารจัดการเภสัชตำรับ พิจารณา ยาเข้า/ยาออกอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. กำหนดนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล กำกับ ติดตาม และพัฒนาระบบยาใน รพ.สต. อย่างสมเหตุผล

จากการจัดประชุมคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับอำเภอทบทวนบัญชียา รพ.สต. พบว่ามีรายการยาปฏิชีวนะซ้ำซ้อนหลายขนาน จึงพิจารณาตัดรายการยาที่ซ้ำซ้อนเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาปฏิชีวนะ เพิ่มรายการสมุนไพรคือฟ้าทะลายโจรในบัญชียา รพ.สต. ซึ่งเป็นสมุนไพรใช้รักษาไข้หวัดที่ไม่ได้เกิดจากแบคทีเรียแทนการใช้ยาปฏิชีวนะ ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลห้องชัยจัดทำแบบบันทึกใบเบิกเวชภัณฑ์ยาและจ่ายยาให้ รพ.สต. ตามรายการที่คณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับอำเภอกำหนด จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. โดยแพทย์จัดอบรมให้ความรู้และจัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และบาดแผลสด แนวทางการสั่งฟ้าทะลายโจร เภสัชกรจัดอบรมให้ความรู้และจัดทำแนวทางประเมินแพ้ยาผู้ป่วยเบื้องต้น แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยาระหว่าง ร.พ. กับ รพ.สต. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะโดยนักวิชาการคอมพิวเตอร์รวบรวมข้อมูลการแพ้ยาปฏิชีวนะจากโปรแกรม Medesoft และพิมพ์สรุปชื่อผู้ป่วย อาการแพ้ยา ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาให้ รพ.สต. ทุก 1 เดือน นักเวชสถิติและนักวิชาการคอมพิวเตอร์จัดอบรมเรื่องการลงวินิจฉัยบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ หรือ International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems (ICD)10 รหัสยามาตรฐาน 24 หลักและการเก็บข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะจากฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS (Java Health Center Information System) การพิมพ์ฉลากยาปฏิชีวนะด้วยคอมพิวเตอร์แทนการเขียนชื่อยา จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการใช้อย่างสมเหตุสมผลโดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต.

2. ระยะลงมือปฏิบัติ (Do) ในปีงบประมาณ 2561 ถึง ปีงบประมาณ 2565 คณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับอำเภอได้ดำเนินการตามแผนงาน โดยจัดทำบัญชียาปฏิชีวนะใน รพ.สต. จัดอบรมให้ความรู้และจัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน

แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เรื่องแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและบาดแผลสด แนวทางการสั่งฟ้าทะลายโจร แนวทางประเมินแพ้ยาผู้ป่วย แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยาระหว่าง ร.พ. กับ รพ.สต. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะ จัดอบรมเรื่องการลงวินิจฉัยบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ รหัสยามาตรฐาน 24 หลักและการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะจากฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS พิมพ์ฉลากยาปฏิชีวนะด้วยคอมพิวเตอร์แทนการเขียนชื่อยา จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการใช้อย่างสมเหตุสมผล

3. ประเมินผล (Check) ประเมินผลร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วย จากรายงานฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Data Center: HDC) และนำเสนอในที่ประชุม คปสอ. ห้องชัยทุก 1 เดือน

4. การปรับปรุงแก้ไข (Action) คณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับอำเภอประชุมปรับปรุงสรุปผลการดำเนินงาน ออกนิเทศงานใน รพ.สต. ที่ไม่ผ่านเกณฑ์และนำเสนอในที่ประชุม คปสอ. ห้องชัยทุก 1 เดือน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ.สต. ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง การดำเนินการใช้ยาสมเหตุสมผล ตาม RDU Hospital PLEASE ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

ปีงบประมาณ 2560 การดำเนินการใช้ยาสมเหตุสมผลใน รพ.สต. 7 แห่ง ดำเนินงาน ตาม RDU Hospital PLEASE ได้ไม่ครบทั้งหมดโดย 1.

ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานในการขับเคลื่อน การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสม เหตุผลใน รพ.สต. 2. มียาปฏิชีวนะใน รพ.สต. หลายขนาน 3. ไม่มีรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยาระหว่าง ร.พ. กับ รพ.สต. 4. ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วย แพ้ยารฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น ยา Warfarin 5. ไม่มีการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน ยาที่ส่งมอบเป็นการเขียนซองยาซึ่งไม่มีข้อมูลครบถ้วน เช่น ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังที่ชัดเจน 6. ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน 7. ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 8. ไม่มีแนว

ทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสด 9. ไม่มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร 10. ไม่มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป กับการใช้ยา NSAIDs 11. ไม่มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาสม เหตุผลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 12. ไม่มีการอบรมผู้รับบริการ 13. ไม่มีแนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรคเรื้อรัง ทำให้ผลการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผล ใน รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์ ทั้งหมด 13 ประเด็น ตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ทั้ง 6 ด้าน ดังแสดงในตาราง 1 ปีงบประมาณ 2561 ถึง ปีงบประมาณ 2565 ทั้ง 7 รพ.สต. ได้ดำเนินการตามแนวทางในการปรับปรุงตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE

RDU Hospital PLEASE	การดำเนินงานประเด็นที่ยังไม่สำเร็จ	แนวทางการปรับปรุง ปีงบประมาณ 2561 ถึง ปีงบประมาณ 2565	จำนวน รพ. สต. ที่ดำเนินการ (แห่ง)
1.การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and therapeutics committee (PTC) competency)	1.1 ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานในการขับเคลื่อนการพัฒนาบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. 1.2 มียาปฏิชีวนะใน รพ.สต. หลายขนาน 1.3 ไม่มีรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยาระหว่าง ร.พ. กับ รพ.สต. ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วย แพ้ยารฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น ยา Warfarin ผู้ป่วยพร่องเอนไซม์จี-6-พีดี	- การกำหนดพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในการขับเคลื่อนการพัฒนาบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. - ทบทวนบัญชียา รพ.สต. ตัดรายการยา Amoxicillin 250 mg capsule, Penicillin V syrup, Penicillin V 250 mg, Co-trimoxazole 400/80 mg tablet, Doxycycline 100 mg capsule, Niclosamide 500 mg tablet เพิ่ม ฟา ทะลายใจในบัญชียา รพ.สต. - มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยามีแนวทางประเมิน แพ้ยผู้ป่วยเบื้องต้น แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย แพ้ยาระหว่าง ร.พ. กับ รพ.สต. จัดทำ ฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น ยา Warfarin ผู้ป่วยพร่องเอนไซม์จี-6-พีดี	7
2. การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (Label information leaflet)	2.1 ไม่มีการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน 2.2 ยาที่ส่งมอบเป็นการเขียนซองยาไม่มีข้อมูลครบถ้วนชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังที่ชัดเจน	- จัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน - พิมพ์ฉลากยาเพื่อส่งมอบผู้ป่วยมีข้อมูลครบถ้วน ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวัง	7

<p>3. การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งยาอย่างสมเหตุผล (Essential RDU tools)</p>	<p>3.1 ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสด 3.2 ไม่มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร 3.3 ไม่มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป กับการใช้ยา NSAIDs</p>	<p>- จัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสด ทำสื่อแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ แนวทางการสั่งฟ้าทะลายโจร การลงรหัสโรค - จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร - จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป กับการใช้ยา NSAIDs</p>	<p>7</p>
<p>4. การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อหลักเกณฑ์ในการใช้ยาสมเหตุผล (Awareness for RDU principles among health personnel and patients)</p>	<p>4.1 ไม่มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 4.2 ไม่มีการอบรมผู้รับบริการ</p>	<p>- จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผลประเมินความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผล - มีการจัดอบรมความรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผลการใช้ยาสเตียรอยด์แก่ผู้รับบริการ เกิดร้านชำ RDU เกิดโรงเรียน RDU</p>	<p>7 7</p>
<p>5. การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (Special population care)</p>	<p>5.1 ไม่มีแนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรคเรื้อรัง</p>	<p>- จัดทำแนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรคเรื้อรัง - มีเภสัชกรปฐมภูมิออกจ่ายยาแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังใน รพ.สต.</p>	<p>7</p>
<p>6. การสร้างเสริมจริยธรรมในการสั่งใช้ยา (Ethics in prescription)</p>	<p>6.1 มีการดำเนินการบริหารจัดการให้เกิดความโปร่งใสและปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมในการคัดเลือกยา การสั่งใช้ยา</p>	<p>- มีการดำเนินการบริหารจัดการให้เกิดความโปร่งใสและปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมในการคัดเลือกยา การสั่งใช้ยา</p>	<p>7</p>

เมื่อดำเนินการตามแนวทางในการปรับปรุงตามตารางที่ 1 ได้ดำเนินการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดผลลัพธ์ในการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนก่อนและหลังดำเนินการตาม RDU Hospital PLEASE ในรพ.สต. 7 แห่ง มีอัตราการใช้ลดลง แสดงในตารางที่ 2 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันก่อนและหลังดำเนินการตาม

RDU Hospital PLEASE ในรพ.สต. 7 แห่ง มีอัตราการใช้ลดลง

ปีงบประมาณ 2561 ถึง ปีงบประมาณ 2565 หลังดำเนินการตาม RDU Hospital PLEASE มีร้อยละของรพ.สต.ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันน้อยกว่าร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ทั้ง 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 จากเดิมผ่านเพียง 3 แห่ง ร้อยละ 42.85 และร้อยละของรพ.สต. ที่มี

อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันน้อยกว่าร้อยละ 20 มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.71 จากเดิมผ่าน 2 แห่ง ร้อยละ 28.57 ปีงบประมาณ 2562 ถึงปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัดทั้ง 7 แห่ง แสดงในตารางที่ 4 จากดำเนินการตาม RDU Hospital PLEASE พบว่ามี รพ.สต. ต้นแบบในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล คือ รพ.สต. โนนทันที่สามารถปฏิบัติงานได้ผ่าน ทั้ง 2 ตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ 2560 และมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในอัตราที่ต่ำ คือ มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ร้อยละ 2.88 มีการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ร้อยละ 5.88 ซึ่งเจ้าหน้าที่ดำเนินการตามแนวทาง Antibiotic Smart Use (ASU) และมีสโลแกนแนวทางการจ่ายยาปฏิชีวนะไปในแนวทางเดียวกันทุกคน คือ “ตาม Diag ตาม guideline ไม่มี ไม่จ่ายอธิบายคนไข้” ทำให้ ปี 2565 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 100 ดังนี้ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก น้อยกว่าร้อยละ 20 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 และร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก น้อยกว่าร้อยละ 20 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การดำเนินการใช้ยาสมเหตุผล ใน รพ.สต. ที่ดำเนินการตาม RDU Hospital PLEASE จะส่งผลให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะได้สมเหตุผลโดยมีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน น้อยกว่าร้อยละ 20 และการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันน้อยกว่า ร้อยละ 20 โดยในปีงบประมาณ 2561 มีการใช้ยาปฏิชีวนะได้สมเหตุผลโดยมีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน น้อยกว่าร้อยละ 20 และปีงบประมาณ 2562 ถึง

ปีงบประมาณ 2565 มีการใช้ยาปฏิชีวนะได้สมเหตุผลโดยมีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันน้อยกว่าร้อยละ 5 ทั้ง 7 รพ.สต. ปีงบประมาณ 2562 มีการใช้ยาปฏิชีวนะได้สมเหตุผลโดยมีการใช้ยาปฏิชีวนะร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันน้อยกว่าร้อยละ 20 อย่างไรก็ตามปีงบประมาณ 2562 และปีงบประมาณ 2563 รพ.สต.หนองบัว มีการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนบุคลากร แจ้งผลการดำเนินงานในที่ประชุม คปสอ. ช้องชัยและชี้แจงแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะแก่เจ้าหน้าที่ ปีงบประมาณ 2564 รพ.สต.หนองบัว มีการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันลดลง การดำเนินการใช้ยาสมเหตุผล ใน รพ.สต. ที่ดำเนินการตาม RDU Hospital PLEASE ทำให้มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะลดลงซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ประเทศตุรกีมีนโยบายการเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลในปี พ.ศ. 2546 มีการศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล จำนวน 495 ราย ในปี พ.ศ. 2549 พบว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง จากร้อยละ 16.6 เป็นร้อยละ 11.3⁵ การศึกษาประสิทธิผลของชุดกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยติดเชื้อระบบการหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในแผนกผู้ป่วยนอกของหน่วยตรวจประกันสังคมและหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2555 พบว่า มีการรักษาโรคหวัด จำนวน 1,241 ครั้ง และรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 210 ครั้ง มีอัตราการได้รับยาปฏิชีวนะลดลงเหลือร้อยละ 13.0 ในโรคหวัดและร้อยละ 19.1 ในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และพบว่าผลการรักษาในวันที่ 3 หลังการตรวจรักษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 97 ทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะหายหรือมีอาการดีขึ้น⁹ มีการศึกษาผลการรักษาโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนต้นในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 2 ถึง 5 ปี) และภาวะท้องเสียเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 6 ถึง 5 ปี) ตั้งแต่เดือน

สิงหาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ศึกษาในผู้ป่วย 408 ราย พบว่าเป็นโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนต้น 209 ราย และภาวะท้องเสียเฉียบพลัน 199 ราย มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 30.2 และ 13.6 ตามลำดับ ไม่พบว่ามีหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์การให้ยาปฏิชีวนะในการรักษาเด็กวัยก่อนเรียนที่สุขภาพแข็งแรงดีมาก่อนที่เจ็บป่วยด้วยอาการของการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนต้นและภาวะท้องเสียเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน¹⁰ มีการศึกษาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในเครือข่ายอำเภอโนนสูงพบว่าเปรียบเทียบผลดำเนินการปีงบประมาณ 2557 และ ปีงบประมาณ 2562 ก่อนและหลังดำเนินงาน RDU 5 ปี สัดส่วนการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 42.16 เป็นร้อยละ 19.74 สัดส่วนการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 42.82 เป็นร้อยละ 18.42¹² มีการจัดการเชิงระบบเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สามารถลดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในภาพรวมในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 48.57 เป็นร้อยละ 38.56 โดยเขตบริการสุขภาพที่ 8 อุดรธานี มีอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคนี้ลดลงมากที่สุด คือ ลดจากร้อยละ 49.72 เป็น ร้อยละ 33.71 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการมีอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคนี้ลดลงมากที่สุด คือ ลดจากร้อยละ 47.16 เป็น ร้อยละ 24.15 สำหรับกลุ่มโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบน การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในภาพรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 53.63 เป็นร้อยละ 44.82¹³ มีการศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในอำเภอหนองหงส์จังหวัดบุรีรัมย์พบว่าแพทย์ทันตแพทย์และบุคลากรสุขภาพมีความ

ตระหนักรู้เพิ่มขึ้นแต่มีตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัดคือการใช้ยา metformin ในผู้ป่วยเบาหวาน และการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย¹⁴

มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลโดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน 7 รพ.สต. ครอบบรมให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การศึกษาหน้า เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ควบปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและอธิบายผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการที่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ ลดโอกาสเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ ควบติดตามการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลตาม RDU Hospital PLEASE อย่างต่อเนื่องต่อไป จุดเด่นของการศึกษานี้ คือ มีคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอที่มีพยาบาลใน รพ.สต. เป็นกรรมการมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่ต่อเนื่องทุกเดือน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ.สต. มีนักเวชสถิติ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ที่ประสานงานระหว่าง ร.พ. และ รพ.สต. จุดด้อยของการศึกษานี้ คือไม่ได้ศึกษามูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะ และการศึกษาการใช้ยาของผู้ป่วยในแหล่งใช้ยาปฏิชีวนะในชุมชนนอกสถานพยาบาลอย่างไรก็ตามควรทบทวนองค์ความรู้การใช้ยาสมเหตุผลและติดตามการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลตาม RDU Hospital PLEASE อย่างต่อเนื่องควรมีแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในชุมชน ดำเนินการ RDU Community อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิด ร้านชำ RDU และโรงเรียน RDU ครอบบรมให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการและควรศึกษาถึงแหล่งใช้ยาปฏิชีวนะในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดการดื้อยาปฏิชีวนะและมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อัญชลี จิตรักนที. มูลค่ายาปฏิชีวนะ. ใน: นียดา เกียรติยิ่งอังคัลลี, นุศราพร เกษสมบูรณ์, อุษาวดี มาลีวงศ์, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์ระบบยาประจำปี 2553. กรุงเทพมหานคร. อุษาการพิมพ์; 2554. หน้า 21-5.
2. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. การดื้อยาด้านจุลชีพ: ความสำคัญต่อระบบสุขภาพ. เวชบัณฑิตยสาร 2554;4(3):93-7.
3. ภาณุมาศ ภูมาศ, ดวงรัตน์ โพธิ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, อาทร ธีวโพบูลย์, ภูษิต ประคองสาย, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์. ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555;6(3):352-60.
4. สุนิษา ขานวานิก. การเฝ้าระวังการบริโภคยาด้านจุลชีพของประเทศไทย: รากฐานเพื่อการควบคุมเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560;11(4):593-607.
5. Tunger O, Karakaya Y, Cetin CB, Dinc G, Borand H. Rational antibiotic use. J Infect Developing Countries 2009;3(2):88-93.
6. คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาด้านจุลชีพ. ภูมิทัศน์ของสถานการณ์และการจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร. อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2558.
7. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. เชื้อโรคดื้อยาปฏิชีวนะ (ยาด้านจุลชีพ) และการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ. เวชบัณฑิตยสาร 2556;6(2):117-20.
8. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. เชื้อโรคดื้อยาปฏิชีวนะ (ยาด้านจุลชีพ) และการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ. เวชบัณฑิตยสาร 2557;7(1):26-9.
9. Boonyasiri A, Thamlikitkul V. Effectiveness of Multifaceted interventions on rational use of antibiotics for patients with upper respiratory tract infections and acute diarrhea. J Med Assoc Thai 2014;97 Suppl 3:s13-9.
10. Vandepitte WP, Ponthong R, Srisarang S. Treatment outcomes of the uncomplicated upper respiratory tract infection and acute diarrhea in preschool children comparing those with and without antibiotic prescription. J Med Assoc Thai 2015;98:974-84.
11. Chongtrakul P. RDU Hospital: The pathway to rational drug use. Thai J Pharmacol 2015;37(1):48-62.
12. สุทธิณี เรืองสุพันธ์, วรวิมล สุพิชญ์, สมพร พานสุวรรณ. การจัดการเชิงระบบสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในเครือข่ายอำเภอโนนสูง. วารสารเภสัชกรรมคลินิก 2563;26(2):61-78.
13. คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์, ไตรเทพ ฟองทอง, สุรศักดิ์ เส้าแก้ว. ประสิทธิภาพของนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่อาศัยการจ่ายเงินตามเกณฑ์คุณภาพของผลงานบริการ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560;9(2):
14. สุมาลี ท่อชู, รุ่งทิวา หมื่นปา. ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560;9(2):463-474.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ :กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย Nursing Care of Elderly Pregnancy with Gestational Diabetes Mellitus :Two Case Studies.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

พาฝัน หงษ์เตาปูน¹
Pafan Hongtaopoon¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากและมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการที่งานห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัย การพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นกรอบในการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี ตรวจพบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กรณีศึกษาที่ 1 ตรวจพบในขณะตั้งครรภ์ 17 สัปดาห์ กรณีศึกษาที่ 2 ตรวจพบในขณะตั้งครรภ์ 16 สัปดาห์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับอินซูลินในขนาดที่แตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 2 มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 ได้รับอินซูลินในขนาดที่สูงร่วมกับการควบคุมอาหาร เกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะมดลูกหดรั้งตัวระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน มีการเฝ้าระวังและติดตามการพยาบาลอย่างใกล้ชิด จนสามารถคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอดและกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะเบาหวานหลังคลอด

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์อายุมาก,เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ,กรณีศึกษา,การพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to compare and study two cases of elderly pregnancy with gestational diabetes. Women of advance maternal age with gestational diabetes who attended the Obstetrics and Gynecology Building in Praarjanphan Hospital were specifically selected. Data were collected from medical records, patient and family interview, as well as observation. Nursing diagnoses, nursing practice plans and nursing outcomes assessment were formulated by using the Gordon Health Model concept as a framework of the study. Data were analyzed by content analysis

Results : It was found that both cases were pregnant women aged over 35 years old diagnosed with gestational diabetes. In Case Study 1, the patient was diagnosed with gestational diabetes at 12 weeks of gestational age, while in case study 2, the patient was diagnosed with the symptom at 8 weeks of gestational age. Both cases were treated with different doses of insulin injection. In Case Study 2, the patient has poorer glycemic control than in Case Study 1, being injected with high doses of insulin and in diet control. Additionally, in Case Study 2, the patient was diagnosed with Pre term contraction which results in a long hospitalization period. For both cases, with the Gordon Health Model being equipped on nursing outcome assessments, the nursing diagnoses were found similar. Both patients were monitored and fully nursed until safe delivery. No post-delivery complications were detected either on the mothers or infants. Likewise no postpartum diabetes mellitus was found

Keywords : Elderly pregnancy, gestational diabetes, case study, nursing

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร

บทนำ

การตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุเท่ากับ 35 ปีหรือ มากกว่า นับจากวันเกิดจนถึงวันกำหนดคลอดซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาในระยะคลอด ได้แก่ 1.การคลอดก่อนกำหนด (Preterm labour) 2. การผ่าตัดคลอด ทางหน้าท้อง 3. ความผิดปกติของทารก ได้แก่ ความผิดปกติทางโครโมโซมของทารก หมายถึง การมีความผิดปกติทางองค์ประกอบของยีนและ โครโมโซม ซึ่งยีนและโครโมโซมนี้เป็นตัวกำหนด ลักษณะทางพันธุกรรม ทารกมีน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight) อัตราการตายปริกำเนิดของทารก (Perinatal Mortality rate)

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อาทิเช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์(Gestation hypertension) ทารกตัวโต ภาวะคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) เพิ่มอัตราการตายปริกำเนิด (Perinatal death) ภาวะทารกน้ำตาลในเลือดต่ำภาวะหลังคลอดและสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ในอนาคตเพิ่มขึ้น หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์และไม่เคย เผชิญมาก่อนในขณะตั้งครรภ์จึงต้องอาศัยการจัดการภาวะตนเองอย่างเหมาะสมจึงจะสามารถ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ที่อาจเกิดขึ้นได้(1) จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้เกิดจากมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะ เบาหวานไม่ถูกต้องไม่ได้รับคำแนะนำให้ตระหนัก ในการดูแลตนเอง ไม่เคร่งครัดในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร พบ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทุกปีจากสถิติปี 2563 - 2565 ดังนี้ 11, 11, และ 7 คิดเป็นร้อยละจากการคลอดทั้งหมด ตามลำดับ ดังนี้ 4.74, 5.64, และ 4.51 จาก การ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบ หญิงตั้งครรภ์ 2 ราย ที่อายุมากและมีภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากและมีภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ดี มารดาและทารก ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ อายุมาก ร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากและมีภาวะเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการที่งานห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2565 เก็บข้อมูลจาก เวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ ทางการพยาบาลใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ ของกอร์ดอนเป็นกรอบในการศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
หญิงไทย อาชีพทำนา อายุ 36 ปี HN 57757 AN 1546 ภูมิลำเนา อำเภอรณานิคม จังหวัด สกลนคร อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (cc) :เจ็บครรภ์คลอดมีมูกออกจากช่องคลอด ประวัติการตั้งครรภ์และคลอด : มารดาครรภ์ที่ 2 เคยคลอดครบกำหนด 1 ครั้ง Last child 12 ปีบุตรคนแรกอายุ 12 ปี น้ำหนักแรกคลอด 3,030 กรัม ครรภ์ปัจจุบัน	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี อาชีพ แม่บ้านภูมิลำเนาอำเภอรณานิคม จังหวัดสกลนคร รับไว้รักษาที่งานห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร วันที่ 3 พฤศจิกายน 2565 เวลา 07.11 น. HN 84632 AN5603 อาการสำคัญ : มา F/U ANC ตามนัด เจ็บครรภ์ ห่างๆ ก่อนมา 1 ชม.30 นาที

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>ตรวจพบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากการ ตรวจ OGTT แพทย์วินิจฉัย GDMA1 (GA 17 wks.) LMP 15 กรกฎาคม 2564 EDC 12 เมษายน 2565 อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 6 ชม.ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บครรภ์ต่างๆ แพทย์รับไว้ รักษาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วันที่ 4 เมษายน 2565 เวลา 05.00 น. รับไว้รักษาที่ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ตรวจภายในช่องคลอด (PV) : OS Closed ทำ Ultrasound : คาดคะเนน้ำหนัก ทารกในครรภ์ 2,900 กรัม การวินิจฉัยครั้งแรก : G2P100 GA 17 wks. Elderly pregnancy c GDMA1</p> <p>การประเมินแรกรับ : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รูปร่างสมส่วน สูง 165 เซนติเมตร น้ำหนัก 70 กิโลกรัม สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง 117/84 มิลลิเมตรปรอท ตรวจร่างกาย : ศีรษะปกติตา หู คอ จมูก : ปกติ ต่อมไทรอยด์ไม่โตหัวใจ/ปอด : ปกติ ไม่มีไตเนื้องอก : ปกติไม่มีหูดนมปกติหน้าท้อง : ยอดมดลูกสูงระดับสะดือ ขา : ขา 2 ข้างไม่บวม แผนการรักษาของแพทย์ให้observe FHS +Uterine contractionvaginal ติดตามผล OGTT 113, 236, 243, 220 mg% การวินิจฉัย ครั้งที่ 2 GDMA2 DM diet โภชนาการแนะนำการรับประทานอาหารควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พยาบาลสอน วิธีการเจาะเลือดด้วยตนเองผู้ป่วยควบคุมระดับ น้ำตาลได้ดีขณะนอนรักษาทารกตื่นดี ไม่มี เลือดออกทางช่องคลอด FHS baseline 140 ครั้ง/นาที-สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 - 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 74-82 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง 109/89 - 117/69 mmHg ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง 119-151 mg% วันที่ 6 เมษายน 2565 จำหน่ายโดยแพทย์ อนุญาต นัด F/U ANC 2 สัปดาห์ให้คำแนะนำ การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น ลูกดิ้นน้อยลง มีอาการเหงื่อออกตัวเย็นใจ สั่น มีเลือดออก ช่องคลอด ผู้ป่วยรับรู้สภาวะการเจ็บป่วย การฝากครรภ์ ตามนัด การเจาะเลือดด้วยตนเอง ฉีด Insulin ด้วยตนเอง ติดตาม ผู้ป่วยรายนี้ มีการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ระหว่างการฝากครรภ์ FBS อยู่ระหว่าง 110-120mg% EDC 12 เมษายน 2565 ผู้ป่วยคลอด GA 38 Wks. GDMA1 ทารกหนัก 2,545 gms. Apgar score 9-10-10 ไม่มีอาการ Hypoglycemia มารดาไม่มีภาวะเบาหวานหลังคลอด</p>	<p>ประวัติการตั้งครรภ์+การคลอดในอดีต : G3P1-0-1-1 (ตั้งครรภ์ที่ 3) เคยคลอดครบ กำหนด 1ครั้ง แท้ง 1ครั้ง ครรภ์ที่2 แท้งเองได้ขูดมดลูก ปี 2565 ครั้งที่ 1 คลอดปกติ ทางช่องคลอด บุตรเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 3,000 grms. อายุ 12 ปี</p> <p>ประวัติครรภ์ปัจจุบัน (GA 17 wks.) ตั้งครรภ์ 17 สัปดาห์ (LMP 10 กุมภาพันธ์ 2565 EDC 12 พฤศจิกายน 2565) มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ตรวจพบน้ำตาลในเลือดสูง อาการทั่วไปปกติ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด การวินิจฉัยแรกรับ</p> <p>G3P1-0-1-1 GA 38+4 wks 16 with Elderly Pregnancy c GDMA2 การประเมินสภาพแรกรับ วันที่ 3 พฤศจิกายน เวลา 14.00 น.</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อาชีพ 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 152/88 มิลลิเมตรปรอท ตรวจร่างกายทั่วไป มารดาสูง 154 เซนติเมตร น้ำหนัก 50.1 กิโลกรัม</p> <p>ตรวจร่างกาย ศีรษะ : ปกติคอ : ปกติไม่มีก้อน ต่อมไทรอยด์ไม่โต ไบโหน้า : สมมาตร เต้านม : 2 ข้างปกติหน้าตา : เปลือกตาไม่ซีดสีผิว : คล้ำ ระดับน้ำตาลในเลือด 132 - 178 mg% ไม่มี ภาวะ Hypo-Hyperglycemia</p> <p>4 พฤศจิกายน 2565 : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 36.8 - 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 - 86 ครั้ง/นาที อัตรา หายใจ 20 - 22ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/75 - 138/77 มิลลิเมตรปรอทได้รับ RI 4-4-4 Unit 5 cc., NPH 2 unit Sc. hs สอนฉีดยาโดยเภสัชกร ระดับ น้ำตาลในเลือด 82 - 186 mg% ไม่มีภาวะ Hypo-Hyperglycemia 4 พฤศจิกายน 2565 : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีความกังวลเกี่ยวกับโรคและการตั้งครรภ์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 - 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-104 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/66- 145/83 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด 105 - 192 mg% ได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารเบาหวาน</p> <p>5 พฤศจิกายน 2565 : เตรียมตัว กลับบ้าน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 120/72 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า 84 mg% ไม่มีอาการเหงื่อออกตัวเย็นได้ รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอีกครั้ง นัดติดตามอาการ/ฝากครรภ์ต่อ 1 สัปดาห์ในวันศุกร์ที่ 12 พฤศจิกายน 2565</p> <p>ผู้ป่วยรายนี้ : ได้รับการฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ทั้งหมด 15 ครั้ง มีการปรับ ระดับอินซูลินทุกครั้ง เนื่องจากยังคุมระดับน้ำตาล ไม่ได้การฝากครรภ์ครั้งสุดท้ายก่อนคลอด ได้รับ RI 40-20-10 ac. ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ สม่าเสมอ ผล NST Reactive</p> <p>ผู้ป่วยคลอดปกติทางช่องคลอด วันที่ 3 พฤศจิกายน 2565 เวลา 07.11 น. ทารกเพศ ชาย น้ำหนัก 3,085 กรัม Apgar score 10-10-10 คะแนน ให้นมบุตรได้หลังการคลอด ไม่พบภาวะ</p>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามทฤษฎี 11 แบบแผนของ Gordons กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของ กรณีศึกษา 2 ราย ขณะอยู่โรงพยาบาล

11 แบบแผนของ Gordons	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการจัดการสุขภาพ	- ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การฉีดยา การเจาะเลือดด้วยตนเอง	- ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การฉีดยา การเจาะเลือดด้วยตนเอง
แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ	- มีภาวะ Hyperglycemia - เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia - ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะอันตรายจากมารดามีภาวะ Hypo-Hyperglycemia - แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหารเปลี่ยนแปลง	- มีภาวะ Hyperglycemia - มีภาวะ Hypoglycemia - เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจาก Hypo-Hyperglycemia - ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะอันตรายจากมารดามีภาวะ Hypo-Hyperglycemia - แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหารเปลี่ยนแปลง
แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่าย	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	-แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหารเปลี่ยนแปลง	-แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายเปลี่ยนแปลง
แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับและพักผ่อน	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	ไม่มี	ไม่มี

จากการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ แบบองค์รวม โดยการใช้การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordons พบปัญหาและระบุ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1 และที่ 2 ได้ทั้งหมด 7 และ 8 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลซึ่ง พบว่า มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน ได้แก่ 1. มีภาวะ Hyperglycemia 2. เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia 3. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 3. แบบแผน

โภชนาการและการเผาผลาญอาหารเปลี่ยนแปลง 5. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายเปลี่ยนแปลง 6. ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การฉีดยา การเจาะเลือดด้วยตนเอง 7. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะอันตรายจากมารดา มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ต่างกัน คือ กรณีศึกษาที่ 2. มีภาวะ Hypoglycemia และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขณะที่อยู่โรงพยาบาล

11 แบบแผนของ Gordons	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แรกเริ่ม	- มีภาวะ Hyperglycemia - เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia - ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia อันตรายจากมารดามีภาวะ Hypo-Hyperglycemia	- มีภาวะ Hyperglycemia - ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะ อันตรายจากมารดามีภาวะ Hyperglycemia
ระยะดูแลต่อเนื่อง	เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia - ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะ อันตรายจากมารดามีภาวะ - แบบแผนโภชนาการและการเผา ผลาญอาหารเปลี่ยนแปลง - มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	มีภาวะ Hypoglycemia - เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจาก Hypo-Hyperglycemia - แบบแผนโภชนาการและการเผา ผลาญอาหารเปลี่ยนแปลง - มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
วันจำหน่าย	ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแล ตนเองเช่นการฉีดยา การเจาะเลือด ด้วยตนเอง	- ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแล ตนเอง เช่นการฉีดยา การเจาะเลือดด้วยตนเอง

กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์

ระยะแรกเริ่มกรณีศึกษาทั้งสองราย พบว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง กรณีศึกษาที่ 1 อายุครรภ์ 17 สัปดาห์ มีการตรวจติดตามระดับ น้ำตาลในเลือด 4 ครั้งต่อวัน เวลา 7, 9, 11, 13, 15, 19, 21.00 น. ให้ RI ตามเมนู แต่ผู้ป่วยมีขีด RI 2-2-2 unit Sc. Acติดตามภาวะ Hypo-Hyperglycemia ตรวจติดตามสภาพทารกในครรภ์วันละ 1 ครั้ง ติดตามการดิ้นของทารกในครรภ์ สอนการนับลูกดิ้น ติดตามภาวะเลือดออกทางช่องคลอด แนะนำ อาหารเบาหวานและจัดอาหารสำหรับผู้ป่วย เบาหวาน ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 16 ชั่วโมง กรณีศึกษาที่ 2 อายุครรภ์ 9 สัปดาห์การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดวันละ 4 ครั้งให้ RI ตามเมนู แต่ผู้ป่วยมีขีด RI 4-4-4 unit Sc. ac, NPH 2 unit hs. ติดตามภาวะ Hypo-Hyperglycemia แนะนำ อาหารเบาหวานและจัดอาหารสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ผลระดับน้ำตาลในเลือดกรณีศึกษาที่ 1 อยู่ระหว่าง 119 - 151 mg% FHS Baseline 140 ครั้ง/นาที NST reactive ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 - 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 - 82 ครั้ง/นาที

สัญญาณชีพ 20 ครั้ง/นาที ความดัน โลหิตสูง 109/89 - 117/69 mmHg กรณีศึกษาที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือด 132 - 178 mg% ไม่มี ภาวะ Hypo-Hyperglycemiaสัญญาณชีพ อุณหภูมิ อยู่ระหว่าง 36.7 - 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 -78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/79 - 152/88 มิลลิเมตรปรอท

ระยะดูแลต่อเนื่องกรณีศึกษาทั้งสอง รายพบว่ามี การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ตามสถานะของผู้ป่วยแต่ละรายกรณีศึกษาที่ 1 การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 7 ครั้งต่อวัน เวลา 7.00, 9.00, 11.00, 13.00, 15.00, 19.00, 21.00 น. มีภาวะน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 110 - 150 mg% มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแล ตนเองที่บ้าน ได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารเบาหวาน จากโภชนาการและการสอนฉีดยาเบาหวานไม่มี ภาวะแทรกซ้อนสามารถปฏิบัติตัว กรณีศึกษาที่ 2 การตรวจติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด 4 ครั้งต่อวัน เวลา 7.00, 11.00, 15.00, 21.00 น. มีภาวะน้ำตาลในเลือด สูงต่อเนื่องมีการปรับขนาดยาที่สูงขึ้นทุกวันได้รับ คำแนะนำเรื่องอาหารเบาหวานจากโภชนาการและ การสอนฉีดยาเบาหวาน

ได้รับการดูแลจาก อายุรแพทย์เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ได้อาหาร ที่เพียงพอในแต่ละวัน ได้นอนพักที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง ครั้งแรก 12 กย.65 อายุครรภ์ 31 wk เจ็บหน่วงท้องนอนที่ รพ.พระอาจารย์ฝั้น อาจาโร 2 คืน วิ นิ จ ฉัย Pre termcontraction ไม่มีภาวะแทรกซ้อนกลับบ้านได้ ครั้งที่ 2 วันที่ 9 ตค.65 อายุครรภ์ 36 wk ปวดหน่วงท้อง ท้องบั้นไม่ดีขึ้น Re-Fer รพ.สกลนคร วันที่ 20 ตค.65 เวลา 01.00 น. วันจำหน่าย กรณีศึกษาทั้งสองราย พบว่า ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การฉีดยา การเจาะเลือดด้วยตนเอง ประเมิน ความรู้ของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการเจาะเลือด ด้วยตนเองการฉีดยาเบาหวาน ได้ให้ข้อมูลและ สอนการเจาะเลือดโดยพยาบาล การติดตาม อาการผิดปกติอื่นๆ เช่น ลูกดิ้นน้อยลง มีภาวะ น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ โภชนาการสอนเรื่องอาหารที่ควรรับประทานและควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด เกสซักรทบหวานการสอนฉีดยาด้วยตนเอง อีกครั้ง ผู้ป่วยสามารถทำได้กรณีศึกษาที่ 1 นัด F/U 2 สัปดาห์ กรณีศึกษาที่ 2 นัด F/U 1 สัปดาห์

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นสตรี ตั้งครรภ์อายุมาก (Elderly pregnancy) มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus A2) พบสภาพปัญหาและ ภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 36 ปี มารดา ครรภ์ที่ 2 แพทย์วินิจฉัย GDMA1 (GA 38 wks.) ปัญหา คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

1. การรักษา : ได้รับการรักษา ด้วย RI 2-2-2-unit sc., NPH 2 unit sc.hs. ไม่ได้ รับประทานขนาดยา

2. พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารเบาหวาน มีการ ควบคุมอาหารและการ รับประทานอาหารที่ เพียงพอถูกต้อง มีการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

3. ความรู้ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วย มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้รับการสอนฉีดยาและการเจาะเลือดด้วยตนเอง สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ได้นอนโรงพยาบาลเพียง 3 วัน และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

ยาและการเจาะเลือดด้วยตนเอง สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ได้นอนโรงพยาบาลเพียง 3 วัน และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

4.แบบแผนสุขภาพและการดำเนิน ชีวิต : มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีความตั้งใจในการ ดูแลสุขภาพของตน มีความเครียดแต่สามารถ จัดการได้

จากสภาพปัญหาพบว่ากรณีศึกษาที่ 1 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีไม่เกิดภาวะ Hypoglycemia การควบคุมอาหารและการ รับประทานอาหารที่เพียงพอถูกต้องร่วมกับการให้ อินซูลินจะส่งผลให้ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้รวมทั้ง ปริมาณอาหารที่เพียงพอถูกต้อง คำแนะนำจากน้ำหนักของสตรี ตั้งครรภ์แต่ละคน การส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง เหมาะสมและสามารถดูแลตนเองได้จะทำให้ สุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ปลอดภัยตลอด การ ตั้งครรภ์และการคลอดสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณี สุวรรณรัตน์¹ ผลของโปรแกรม สนับสนุนการ จัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการภาวะเบาหวาน ด้วยตนเอง พบว่า มีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรม การจัดการภาวะเบาหวาน ด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ รับการสนับสนุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.257, p = .001$)

กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 35 ปี G3P1-0-1- 1 GA16+ wks with Elderly Pregnancy c- GDMA2

1. การรักษา : ได้รับการรักษาด้วย ได้รับ RI 4-4-4 Unit 5 cc., NPH 2 unit Sc. hs ในระหว่างนอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาลระดับ น้ำตาลในเลือดยังสูง ได้ มีการปรึกษาอายุรแพทย์ นักโภชนาการมาสอนเรื่อง การรับประทานอาหาร และปริมาณอาหารในแต่ละวัน มีการควบคุม ระดับน้ำตาลได้ยากขณะกลับบ้านไป และนัด ติดตามต่อเนื่องพบว่าระดับน้ำตาลยังสูงปรับ ขนาด ยาในระดับสูง

2. พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ : มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องรับประทานอาหารมาก เกินไปและเจาะเลือดไม่ถูกต้องรวมทั้งการฉีดยา อินซูลินด้วยตนเอง มีการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

3. ความรู้ในการดูแลตนเอง : ผู้ป่วยได้รับการสอน ฉีดยาและการเจาะเลือดด้วยตนเอง สามารถปฏิบัติได้ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวน้อย

4. แบบแผนสุขภาพและการดำเนิน ชีวิต : ผู้ป่วย มีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับ โรคที่เป็นการ จัดการความเครียดไม่ได้ดีเท่าที่ควร กรณีศึกษาที่ 2 มีการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดยาก มีการตรวจพบ เบาหวานตั้งแต่ อายุครรภ์น้อย มีอายุที่มากกว่า กรณีศึกษาที่ 1 ต้องนอนรักษาและให้การกำกับ ติดตามดูแลอย่าง ใกล้ชิดการได้รับอินซูลินในขนาดที่ สูงเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะ Hypoglycemia และเกิด ภาวะ Hypoglycemia ขณะดูแลรักษาและหลัง จำหน่าย จากโรงพยาบาลได้มีการติดตามการมาตรวจ ตามนัดทุกครั้งพบว่ากรณีศึกษาที่ 2 ระดับน้ำตาลใน เลือดยังสูงต้องปรับเพิ่มขนาดอินซูลินที่สูงและ อายุร แพทย์ได้ร่วมดูแลเรื่องปริมาณอาหารที่ เพียงพอ เหมาะสม TC 1650 Kcal/day Carbohydrate : Protein: Lipid 55% :20% : 25% มื้อ 470 kcal x 3 มื้อ อาหารว่าง 240 kcal ก่อนนอน จากการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดยาก สอดคล้องกับ การศึกษาของ อมรรรัตน์ รักฉิม⁴ พบว่า อายุ และ ระยะเวลาการเกิด โรค มีผลต่อการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ พลนิ ตา เชียงจิ่ง³ ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลลับแล จังหวัด อุดรดิตถ์ พบว่า อายุความรู้เรื่องโรคเบาหวานและ พฤติกรรมที่แตกต่างกันมีการควบคุมระดับน้ำตาลที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาตรวจตามนัด ทุกครั้ง เจาะเลือด ฉีดยาเบาหวานด้วยตนเองได้ สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จนกระทั่ง ครบกำหนด คลอด

สรุป

การตั้งครรภ์เมื่ออายุมากและมีภาวะ เบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ในครรภ์ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ทารก

ตายในครรภ์ ทารกน้ำหนักน้อย คลอดก่อนกำหนด ซึ่ง หลักการ ดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ 1) การควบคุมอาหาร (Diet control) ในสตรีตั้งครรภ์ที่ ได้รับ การวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ควร ได้รับการดูแลด้วยการควบคุมอาหารทุกรายหากมี โอกาสผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำการ ควบคุมอาหาร จากนักโภชนาการ โดยคำนวณจาก ค่าส่วนสูง น้ำหนัก และดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) ก่อนการ ตั้งครรภ์รับประทาน อาหารที่ให้พลังงานจากกลุ่ม โปรตีน ไขมัน หรือ Complex carbohydrate โดย แบ่งสัดส่วนอาหาร เป็นคาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 40 : 20 : 40 แนะนำให้รับประทาน อาหารว่างมื้อ ก่อนนอน ซึ่งควรมีส่วนประกอบของ Complex carbohydrate อย่างน้อย 25 มิลลิกรัม เพื่อหลีกเลี่ยง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะนอนหลับ (Nocturnal hypoglycemia) โดยเฉพาะในรายที่ได้รับ การ รักษาด้วยอินซูลิน 2) การออกกำลังกาย 3) การ ให้ การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พิจารณาเริ่มการรักษาด้วยฮอร์โมนอินซูลินเป็น อันดับแรก เนื่องจากอินซูลินไม่ถ่ายทอดผ่านรก ไปสู่ ทารกในครรภ์ โดยทั่วไปเริ่มให้ Short acting insulin ที่ 0.7 – 1.0 units/kg/day โดยแบ่งมื้อ ให้ฉีดก่อน อาหารเช้า และเย็น 4) การติดตามการ ควบคุม เบาหวานโดยทำ SMBG ทุกวัน วันละ 2 - 4 ครั้ง แบบ ก่อนอาหาร หลังอาหาร 1 ชั่วโมง หลังอาหาร 2 ชั่วโมง แต่ละวันสลับกันไป พบว่า การทำ SMBG หลังอาหาร ร่วมกับปรับอินซูลินจะ ควบคุมเบาหวานให้เข้าสู่ เป้าหมายได้เร็วกว่าและ ดีกว่าแบบ SMBG ก่อน อาหาร บทบาทสำคัญของ พยาบาลในการดูแลการ ตั้งครรภ์เมื่ออายุมากและ มีภาวะเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์คือ การติดตาม ระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ขณะที่ได้รับการรักษาด้วย อินซูลินและการประสาน ความร่วมมือของทีม เกสซักร โภชนาการ ครอบครัว การให้ความรู้ข้อมูล ที่จำเป็นและการเพิ่มทักษะ ส่งเสริมความสามารถ ของสตรีตั้งครรภ์ให้ดูแลตนเอง ให้ได้ตลอดการ ตั้งครรภ์จะส่งผลให้มารดาและทารก ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

บทบาทพยาบาลในการดูแลและป้องกัน การเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดขณะได้รับยาอินซูลินและ พัฒนารูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้ มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารอ้างอิง

1. กฤษณี สุวรรณรัตน์. ผลของโปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการภาวะเบาหวาน ด้วยตนเองและ ระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารวิทยาลัย พยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2562; 30
2. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของค่าน้ำตาลในเลือดหลัง รับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ในสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. Nursing Science Journal of Thailand. 2020; 38
3. พณิตา เขียงจิ่ง ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารการพยาบาล และสุขภาพ 2557; 8 (ฉบับพิเศษ กันยายน-ธันวาคม 2557)
4. อมรรัตน์ รักนิม. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช. Walailax Procedia 2018; 2018(3): 195.<http://wjst.wu.ac/index.php/wu>

การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีจาก ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ แพทย์และ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เกสัชกร โภชนากร กายภาพบำบัด ที่ได้มีส่วนร่วมในการให้ความรู้ใน การส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์จนทำให้ สุขภาพดีทั้งมารดาและทารก ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเด็กผู้ป่วยหญิง รพ.พระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ที่ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยและ การเขียนบทความขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับแบบส่องกล้อง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
A case study : Nursing care in patients underwent laparoscopic liver resection
: A Comparative 2 Case Study

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

วิไลจิต จันทรสุดชา¹
Wilajit Junsudcha¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการผ่าตัดตับแบบส่องกล้อง โดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง 2 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดตับแบบส่องกล้องในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน มกราคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การเก็บรวบรวมข้อมูล มาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล

ผลการศึกษา : ผู้ป่วย 2 รายได้รับการผ่าตัดตับแบบส่องกล้อง ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการผ่าตัดตับส่วนที่ 6 ออกแบบส่องกล้อง (Laparoscopic wedge liver resection segment 6) ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดตับกลีบซ้ายออกแบบส่องกล้อง (Laparoscopic left hepatectomy) ในผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แต่ในผู้ป่วยรายที่ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้ ไม่ถ่ายไม่ผายลม มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการผ่าตัดตับแบบส่องกล้อง ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ และปลอดภัยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

คำสำคัญ : มะเร็งตับ , การผ่าตัดตับแบบส่องกล้อง

ABSTRACT

This study was case study aimed to develop a nursing care process for patients underwent laparoscopic liver resection. The study focus group was purposive sampling from Hepatocellular carcinoma patients underwent laparoscopic liver Resection between January to August 2022. The study tools were composed are Medical record form, In – depth interview guideline, observation guideline collected data and analyzed for nursing diagnosis, implementation and evaluation.

Result : There were 2 patients in this study. The first case underwent laparoscopic wedge liver resection segment 6 without postoperative complication. The second patient underwent laparoscopic left hepatectomy with gut obstruction and fever following the operation. Both patients had laparoscopic liver resection that is a complicated procedure. Scrub nurses have to be familiar with equipment preparation, scrub in and maintenance the equipment.

Keyword : Hepatocellular carcinoma, Laparoscopic liver resection

บทนำ

โรค มะเร็งตับ หรือ hepatocellular carcinoma (HCC) จากข้อมูลประเทศไทยพบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย (33.9 ต่อแสนประชากร) พบเป็นอันดับ 3 ในเพศหญิง (12.9 ต่อแสนประชากร) และยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ¹ โรคมะเร็งตับเป็นโรคที่มีการเกิดลักษณะพยาธิสภาพของการแบ่งเซลล์มะเร็งที่ค่อนข้างรวดเร็วและผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคตับเรื้อรังอยู่เดิม

โดยเฉพาะตับแข็งจากสาเหตุต่างๆ ที่สำคัญคือ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การติดเชื้อตับอักเสบบี² ซึ่งโรคมะเร็งตับเป็นโรคมะเร็งที่สามารถรักษาให้หายขาดได้หากตรวจพบได้ในระยะแรก การผ่าตัดเป็นวิธีเดียวที่จะรักษามะเร็งชนิดนี้ให้หายขาดได้ และการผ่าตัดแบบแผลเปิดหน้าท้อง (Open liver resection)^(3,4) ถือเป็นมาตรฐานในการผ่าตัด อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีการพัฒนาของเทคโนโลยีและเทคนิคในการผ่าตัด ให้เป็นเทคนิคการผ่าตัด

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น 400000

แบบส่องกล้องมากยิ่งขึ้น (Laparoscopic liver resection) (5,6,7,8) ซึ่งเป็นเทคนิคการผ่าตัดที่ค่อนข้างใหม่ และจัดว่าเป็นกลุ่ม Advance laparoscopic surgery ที่ศัลยแพทย์ให้ความสนใจและเพิ่มทักษะกันมากขึ้นเป็นลำดับ จากสถิติของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งตับโดยใช้วิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ของโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2563 - 2565 มีผู้ป่วยมารับบริการ 7, 8 และ 12 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจาก การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นการพยาบาลเฉพาะทางมีการบูรณาการกระบวนการพยาบาลจากภาคทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับการพัฒนาทางวิชาการขั้นสูงที่เป็นพลวัตรได้อย่างลงตัว การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นการพยาบาลเชิงรุกใช้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีหลักฐานอ้างอิง (Evidence base learning) สามารถป้องกันและลดความผิดพลาดได้อย่างเป็นรูปธรรมเพราะความผิดพลาดแม้เพียงเล็กน้อยอาจนำความสูญเสียอย่างใหญ่หลวงให้กับผู้ป่วยและบุคลากรรอบข้างเป็นอย่างมาก ต้องมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง ได้รับการฝึกฝนทักษะเป็นพิเศษสามารถประยุกต์ใช้ทั้งศาสตร์ และศิลป์ทางการพยาบาล ความรู้ความเข้าใจในด้านกายวิภาคศาสตร์ พยาธิสรีรวิทยา เทคนิคการผ่าตัด การส่งเครื่องมือผ่าตัด การจัดการกับเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้มีความพร้อมในการให้บริการซึ่งแสดงถึงลักษณะงานในด้านวิชาชีพได้อย่างชัดเจน

การผ่าตัดแบบส่องกล้องมากยิ่งขึ้น (Laparoscopic liver resection) เป็นการผ่าตัดที่ใช้ต้นทุนสูงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตัดมีราคาแพง เทคนิคการผ่าตัดที่ทันสมัยและยุ่งยากซับซ้อนทำให้พยาบาลต้องก้าวตามความเจริญทางเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งในการผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละรายมีการเลือกใช้เครื่องมืออุปกรณ์ขนาดที่แตกต่างกันตามลักษณะของพยาธิสภาพสรีรวิทยาของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้มากขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้อง

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษาโดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง 2 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้องในโรงพยาบาลขอนแก่นระหว่างเดือน มกราคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการดูแล มีการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การเก็บรวบรวมข้อมูล มาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2565 ถึง 11 มิถุนายน 2565 รวมระยะเวลา 5 วัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2565 ถึง 26 มกราคม 2565 รวมระยะเวลา 7 วัน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้องจากตำราและเอกสาร งานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพยาบาลแบบองค์รวม

2. ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา

3. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์สังคม และประวัติที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทัน่วงที

5. ปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์และการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และประเมินผลการพยาบาล พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

6. สรุปผลการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องจัดทำเป็นเอกสาร และเผยแพร่

ผลการศึกษา

การศึกษานักศึกษาผู้ช่วยการผ่าตัดแบบส่องกล้องโดยใช้กระบวนการพยาบาล เสนอผลการศึกษาดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ ผลการประเมินภาวะสุขภาพ : เปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ค่า SGOT, SGPT, Globulin และ ค่า Lymphocyte สูงกว่าปกติ แสดงว่าเกิดการอักเสบเรื้อรัง โรคตับอักเสบ และตับแข็ง และพบว่าเกล็ดเลือดต่ำ และมีขนาดเล็กลง อาจเกิดจากไขกระดูกเสื่อมทำให้เกิดการสร้างเกล็ดเลือดน้อยลง ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 การตรวจนับความสมบูรณ์ในเม็ดเลือด พบว่าผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และผู้ป่วยมีค่า Globulin, Alkaline phosphate สูง แสดงว่ามีการอักเสบเรื้อรัง และตับแข็ง

2. การวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจาก ขาดความรู้เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะ และหลังผ่าตัด	1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจาก ขาดความรู้เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะ และหลังผ่าตัด
2. ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการ ผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง	2. ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการ ผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง
3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียโลหิตมากในขณะที่ผ่าตัด	3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียโลหิตมากในขณะที่ผ่าตัด
4. เสี่ยงต่อภาวะ Gauze, swab และเครื่องมือ ตกค้างในช่องท้อง	4. เสี่ยงต่อภาวะ Gauze, swab และเครื่องมือ ตกค้างในช่องท้อง
5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง	5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง
6. ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	6. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
7. ผู้ป่วยพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	7. ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ
	8. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการท้องอืด แน่นท้อง
	9. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง
	10. ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
	11. ผู้ป่วยพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดกอร์ดอน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบแบบแผนสุขภาพที่มีปัญหา 5 แบบแผน แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการแก้ไขปัญหาและภาวะแทรกซ้อนจนสามารถกลับบ้านได้

3. การพยาบาล

จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มาวางแผนให้การพยาบาลได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษาตอนที่ 1 และตอนที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 2
<p>1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจาก ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะ และหลังผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยถามว่าหลังผ่าตัดสามารถทำงานได้หรือไม่</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวลลง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ชักถามข้อสงสัย ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและอธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้</p> <p>ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล มีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวได้</p>	<p>1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจาก ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะ และหลังผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยถามว่าหลังผ่าตัดสามารถทำงานได้หรือไม่</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น คลาย ความวิตกกังวลลง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ชักถามข้อสงสัย ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค และอธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้</p> <p>ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล มีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวได้</p>
<p>2. ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการ ผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : มีผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมมากกว่า 1 คน</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผ่าตัดผู้ป่วยถูกคน ถูกตำแหน่ง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง ถูก Operation</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ระบุตัวผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตรวจสอบตำแหน่งข้างที่ทำผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วย ตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่มากับผู้ป่วย ให้ตรงกับ ชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วย ปฏิบัติตามแบบตรวจสอบความปลอดภัยจากการผ่าตัด (Surgical safety checklist) ก่อน ขณะและหลังผ่าตัด</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน</p>	<p>2. ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการ ผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : มีผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมมากกว่า 1 คน</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผ่าตัดผู้ป่วยถูกคน ถูกตำแหน่ง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูก ตำแหน่ง ถูก Operation</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ระบุตัวผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตรวจสอบตำแหน่งข้างที่ทำผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วย ตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่มากับผู้ป่วย ให้ตรงกับ ชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วย ปฏิบัติตามแบบตรวจสอบความปลอดภัยจากการผ่าตัด (Surgical safety checklist) ก่อน ขณะและหลังผ่าตัด</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน</p>
<p>3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียโลหิตมากในขณะที่ผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตัด</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะสูญเสียโลหิต</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว และภาวะความดันโลหิตลดลง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล เผื่อระวังติดตามสัญญาณชีพชีพจร ค่าความดันโลหิต จัดเตรียมเลือดไว้ให้พร้อมใช้ได้ที่ที่วิสัญญีแพทย์ต้องการ เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการทำผ่าตัดชนิดเปิดในทันทีที่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสูญเสียโลหิตระหว่างผ่าตัด 250 cc ความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p>3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียโลหิตมากในขณะที่ผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตัด</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะสูญเสียโลหิต</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว และภาวะความดันโลหิตลดลง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล เผื่อระวังติดตามสัญญาณชีพชีพจร ค่าความดันโลหิต จัดเตรียมเลือดไว้ให้พร้อมใช้ได้ที่ที่วิสัญญีแพทย์ต้องการ เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการทำผ่าตัดชนิดเปิดในทันทีที่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสูญเสียโลหิตระหว่างผ่าตัด 400 cc ความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>
<p>4. เสี่ยงต่อภาวะ Gauze, swab และเครื่องมือ ตกค้างในช่องท้อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ขณะผ่าตัดมีการใช้ผ้าซับเลือด และมีการใช้เครื่องมือผ่าตัด</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีสิ่งตกค้าง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล Gauze swab เครื่องมือ อุปกรณ์ ก่อนและหลังใช้มีจำนวน</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ตรวจสอบนับเครื่องมือ Gauze swab ให้ครบตรงกับใบรายการในชุดเครื่องมือก่อนการจัดเตรียมเครื่องมือ ทำการบันทึกลงกระดาน เพื่อป้องกันการสูญหาย ขณะผ่าตัด ก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอกนับจำนวนอุปกรณ์ต่างๆ ให้ถูกต้องครบถ้วน ตามจำนวนที่บันทึกไว้ โดยนับอย่างน้อย 3 ครั้ง</p>	<p>4. เสี่ยงต่อภาวะ Gauze, swab และเครื่องมือ ตกค้างในช่องท้อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ขณะผ่าตัดมีการใช้ผ้าซับเลือด และมีการใช้เครื่องมือผ่าตัด</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีสิ่งตกค้าง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล Gauze swab เครื่องมืออุปกรณ์ ก่อนและหลังใช้มีจำนวน</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ตรวจสอบนับเครื่องมือ Gauze swab ให้ครบตรงกับใบรายการในชุดเครื่องมือก่อนการจัดเตรียมเครื่องมือ ทำการบันทึกลงกระดาน เพื่อป้องกันการสูญหายขณะผ่าตัด ก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอกนับจำนวนอุปกรณ์ต่างๆ ให้ถูกต้องครบถ้วน ตามจำนวนที่บันทึกไว้ โดยนับอย่างน้อย 3 ครั้ง</p>

ตารางที่ 2 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษาตอนที่ 1 และตอนที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 2
<p>ครบถ้วน ตามจำนวนที่บันทึกไว้ โดยนับอย่างน้อย 3 ครั้ง</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล หลังผ่าตัดไม่มีสิ่งตกค้าง</p>	<p>ประเมินผลการพยาบาล หลังผ่าตัดไม่มีสิ่งตกค้าง</p>
<p>5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ขณะผ่าตัดมีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้องของผู้ป่วย</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในร่างกายและผิวหนัง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล คลำไม่ได้ลมตามส่วนต่างๆในร่างกายผู้ป่วย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล การผ่าตัดควรเริ่มปล่อยก๊าซในอัตราไม่เกิน 3 ลิตรต่อนาที เมื่อความดันอยู่ในระดับคงที่ประมาณ 14 - 15 มิลลิเมตรปรอท จึงปรับอัตราการปล่อยก๊าซอยู่ไม่เกิน 6 ลิตร/นาที</p> <p>ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยเป็นระยะโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณหน้าท้องและหน้าอกที่อาจเกิดภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งอยู่ในชั้นผิวหนัง</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ไม่พบภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในร่างกายและผิวหนัง คลำไม่ได้ลมตามส่วนต่างๆในร่างกายผู้ป่วย</p>	<p>5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ขณะผ่าตัดมีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้องของผู้ป่วย</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในร่างกายและผิวหนัง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล คลำไม่ได้ลมตามส่วนต่างๆในร่างกายผู้ป่วย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล การผ่าตัดควรเริ่มปล่อยก๊าซในอัตราไม่เกิน 3 ลิตรต่อนาที เมื่อความดันอยู่ในระดับคงที่ประมาณ 14 - 15 มิลลิเมตรปรอท จึงปรับอัตราการปล่อยก๊าซอยู่ไม่เกิน 6 ลิตร/นาที ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยเป็นระยะโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณหน้าท้องและหน้าอกที่อาจเกิดภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งอยู่ในชั้นผิวหนัง</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ไม่พบภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในร่างกายและผิวหนัง คลำไม่ได้ลมตามส่วนต่างๆในร่างกายผู้ป่วย</p>
<p>6. ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด ต้องมีญาติช่วยในการประคองลูกนั่ง</p>	<p>6. ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด มีญาติช่วยในการประคองลูกนั่ง และช่วยทำกิจกรรมต่างๆ</p>
<p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามความสามารถของผู้ป่วย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม และช่วยเหลือทำกิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้ เช่น ดูแลให้รับประทานอาหารและทำความสะอาดร่างกาย</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้เองและรับประทานอาหารได้</p>	<p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามความสามารถของผู้ป่วย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม และช่วยเหลือทำกิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้ เช่น ดูแลให้รับประทานอาหารและทำความสะอาดร่างกาย ให้คำแนะนำญาติในการช่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิดเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งและรับประทานอาหารได้เมื่อมีญาติช่วย</p>
	<p>7. ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ K 3.18 mmol/L</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ค่า K อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5 - 5.0 mmol/L ผู้ป่วยไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียนของผู้ป่วย บันทึกสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง ดูแลให้ E.kcl 30 มิลลิลิตร 1 dose พร้อมติดตามผลข้างเคียงจากการให้ยา ติดตามผล Electrolyte หลังได้ยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มี คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีอาการอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ผล Electrolyte ค่า K = 4.47 mmol/L</p>
	<p>8. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการท้องอืด แน่นท้อง</p>

ตารางที่ 2 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	<p>ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่าไม่ผายลม และแน่นอึดอัดท้อง</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด และแน่นท้องลดลง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดแน่นท้องลดลง ฟังเสียงการบีบตัวของลำไส้พบ Normal bowel sound</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดอธิบาย ผลเสียของการไม่เคลื่อนไหวร่างกายทำให้เกิดภาวะท้องอืดได้ อธิบาย</p> <p>ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะท้องอืดแน่นท้อง เกิดจากลำไส้มีการยืดขยายและโป่งพอง เนื่องจากมีการสะสมของแก๊ส จำนวนมากที่ไม่ถูกดูดซึมจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและจากการผ่าตัดมีการสัมผัสลำไส้ในขณะ</p> <p>ผ่าตัด ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายและการลุกเร็วหลังผ่าตัด กระตุ้นในการลุกเดิน ดูแลให้ยาลดกรดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้และช่วยขับแก๊ส</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดแน่นท้อง ลดลงสามารถถ่ายและผายลมได้ ลำไส้ผู้ป่วยทำงานได้ดีขึ้น ฟังเสียงการบีบตัวของลำไส้พบ Normal bowel sound</p>
	<p>9. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย 38 °C</p> <p>วัตถุประสงค์ ลดความไม่สุขสบายและป้องกันกับการสูญเสียน้ำจากไข้สูง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายปกติอยู่ระหว่าง 36.5 °C – 37.5 °C</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ดูแลให้ผู้ปวยนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อช่วยลดการเผาผลาญของร่างกาย เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำเย็นดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ดูแลให้ดื่มน้ำมากๆ 8-10 แก้วต่อวัน หรือ 2,500-3,000 ซีซีต่อวัน เพื่อชดเชยน้ำที่ร่างกายสูญเสีย</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายปกติ 37.5 °C</p>
<p>7. ผู้ป่วยพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยถามถึงวันตัดไหม และการอาบน้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ถูกต้อง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ศัลยแพทย์อธิบายและวางแผนการรักษาขั้นถัดไปสำหรับผู้ป่วย โดยการรักษาต่อเนื่องที่อาจจะได้รับ ควรพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง การทำงานควรงดของหนัก เพราะอาจกระทบกระเทือนแผลผ่าตัดได้ ดูแลให้คำแนะนำการมาพบแพทย์เมื่อมีอาการหรือภาวะผิดปกติต่างๆ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติสามารถบอก วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ บ้านได้</p>	<p>10. ผู้ป่วยพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยและญาติถามเรื่องการมาพบแพทย์หลังจากออกจากโรงพยาบาล</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ถูกต้อง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ศัลยแพทย์อธิบายและวางแผนการรักษาขั้นถัดไปสำหรับผู้ป่วย โดยการรักษาต่อเนื่องที่อาจจะได้รับ ควรพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง การทำงานควรงดของหนัก เพราะอาจกระทบกระเทือนแผลผ่าตัดได้ ดูแลให้คำแนะนำการมาพบแพทย์เมื่อมีอาการหรือภาวะผิดปกติต่างๆ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติสามารถบอก วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ บ้านได้</p>

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลที่แตกต่างกันและเหมือนกันตามปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีการดูแลตามกระบวนการพยาบาลที่เหมือนกัน ได้แก่ การดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลและการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง การป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียโลหิตมากขณะผ่าตัด การเฝ้าระวังไม่ให้ลิ่มเครื่องมือและอุปกรณ์ในช่องท้องผู้ป่วย และการเกิดภาวะก๊าซ

คาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองตามความสามารถของผู้ป่วย ส่วนการพยาบาลที่แตกต่างกันนั้น ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการดูแลเพิ่มเติมตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ การดูแลให้มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในระดับปกติ การดูแลเพื่อลดอาการท้องอืด แน่นท้อง เป็นการดูแลตามปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่าง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากอายุ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการของโรคที่แตกต่าง

4. ผลลัพธ์การพยาบาล

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p>ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เข้าใจขั้นตอนการผ่าตัด คลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ และมีความพร้อมในการผ่าตัดเป็นอย่างดี เตรียมการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง</p>	<p>ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เข้าใจขั้นตอนการผ่าตัด คลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ และมีความพร้อมในการผ่าตัดเป็นอย่างดี เตรียมการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง</p>
<p>ระยะผ่าตัด ดูแลผู้ป่วยปลอดภัยตลอดระยะเวลาการผ่าตัด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัด เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อน สังเกตอาการที่ Recover room 1 ชั่วโมง ก่อนส่งผู้ป่วยกลับตึก</p>	<p>ระยะผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยเมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน</p>
<p>ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยตื่นดี มีอาการปวดแผล Pain score 6 ผู้ป่วย ได้รับยาแก้ปวดเป็น MO 3 mg vein ทุก 4 ชั่วโมง แผลผ่าตัดไม่มี Discharge ซีม มีท่อระบายเลือดและสารคัดหลั่ง มีสารคัดหลั่งเป็นเลือดออกประมาณ 20 ซีซี ผู้ป่วยหายใจเองได้มี Hypoactive bowel sound หลังผ่าตัด วันที่ 2 ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่มี Discharge ซีม แผลจากสายระบายในช่องท้องไม่มีของเหลวซึม ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมเวลารักษาตัวใน โรงพยาบาล 5 วัน แพทย์นัดให้ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาวันที่ 29 มิถุนายน 2565</p>	<p>ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยตื่นดี มีอาการปวดแผล Pain score 5 ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดเป็น MO 3 mg vein ทุก 4 ชั่วโมง แผลผ่าตัด 6 แผล ไม่มี Discharge ซีม มีท่อระบายเลือดและสารคัดหลั่ง มี Content ออกประมาณ 20 ซีซี หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิกาย 39 °C ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาปฏิชีวนะตามคำสั่งแพทย์ เป็น Ceftriaxone 2 gram vein OD แผลผ่าตัดไม่มี Discharge ซีม Content ออกประมาณ 30 ซีซี และสังเกตไข้ต่อ ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้เล็กน้อย มีอาการท้องอืดไม่พยายมไม่ถ่าย มี Hypoactive bowel sound ดูแลกระตุ้นให้ Early ambulation มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำและมีไข้ แก้ไขภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ โดยการให้รับประทาน Elixir KCL 30 ml ทุก 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 4 วัน ผู้ป่วยยังมีไข้ต่ำๆ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ตามคำสั่ง และแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติดูแลเช็ดตัวลดไข้ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้และไม่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ หลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้ป่วยสามารถ รับประทานอาหารได้ดี แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมเวลารักษาตัวใน โรงพยาบาล 7 วัน แพทย์นัด ให้ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565</p>

จากตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยมีทั้งความเหมือนและแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยได้รับการดูแลการพยาบาลทั้ง

ระยะก่อน ขณะและหลังผ่าตัด รวมถึงการดูแลต่อเนื่องและระยะจำหน่าย ภายใต้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น

ตามลำดับ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับบ้านได้

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยอาการตัวตาเหลือง และมีอาการปวดท้องเป็นๆหายๆ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นไวรัสตับอักเสบบีและตับแข็ง แพทย์จึงทำการตรวจร่างกายและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพร้อมทั้งเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่าผู้ป่วยมีก้อนที่ตับ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับ (HCC segment 6) การผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับคือ Laparoscopic wedge liver segment 6³ ใช้เวลาในการผ่าตัด 3 ชั่วโมง 35 นาที Estimated blood loss 250 cc ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 2 มาด้วยอาการปวดจุกแน่นท้อง ปวดเมื่อยตามตัว น้ำหนักลดลง 3 กิโลกรัม ไม่มีตัวตาเหลือง มีโรคประจำตัวไวรัสตับอักเสบบี รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน พบผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่าเป็นก้อนที่ตับ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับ (HCC segment 2) จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น การผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับคือ Laparoscopic left hepatectomy segment 2 ใช้เวลาในการผ่าตัด 5 ชั่วโมง 39 นาที Estimated blood loss 400 cc หลังเสียเลือดผู้ป่วยได้รับเลือด 1 ถุง หลังผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด ไม่ผายลม ไม่ถ่าย มีไข้ และพบภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาตามปัญหาและได้รับการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลจนอาการดีขึ้น และสามารถกลับบ้านได้⁴

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย การผ่าตัด Laparoscopic liver resection เป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน และเป็นการผ่าตัดที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง แต่เพื่อเป็นการลดการสูญเสียทางด้านต่างๆ และลดระยะเวลาการรักษาแก่ผู้ป่วย การผ่าตัดแบบ Minimal Invasive Surgery จึงเป็นทางเลือกที่ดี เพราะแผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก การเจ็บปวดแผลผ่าตัดลดลง มีระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้น และผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น การผ่าตัดในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้เช่นกัน พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยและระยะเวลาอนโรยงพยาบาลลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจต่อผลการรักษาและการรับบริการและลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

การผ่าตัดแบบส่องกล้อง เป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน มีขั้นตอนมีเทคนิคที่จำเพาะเจาะจง และมีการใช้เทคโนโลยี เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ทันสมัย จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ และทีมผ่าตัดจำเป็นต้องใช้พยาบาลที่มีความรู้ทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีทักษะและความชำนาญในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษ บริหารจัดการบุคลากรและเครื่องมือพิเศษอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และสามารถปฏิบัติตัวและมีความรู้ในการดูแลตนเองได้ พึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

- 1.T. Kruhprema, P.Attasara, H.Sriplung, S.Wiangnon, S.Sangrajrang.(2557).Cancer in Thailand. สืบค้น 12 ธันวาคม 2565,จาก <https://www.nci.go.th>
2. La Vecchia C, Negri E, Franceschi S,D'Avanzo B. Reproductive factors and the risk of hepatocellular carcinoma in women. Int J Cancer 1992 Sep 30; 52(3):351-4
3. ระวิศักดิ์ จันทรวาสน์, สุพัตรา รักเอียด และคณะ. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. สืบค้น 12 ธันวาคม 2565, จาก https://www.nci.go.th/th/cpg/Cervical_Cancer6.pdf.

4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559.
5. นพ.ระวีศักดิ์ จันทร์वास และคณะ. Atlas of Laparoscopic liver resection. กรุงเทพฯ : บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน),2562
6. Warabayashi G, Cherqui D, Recommendations for Laparoscopic liver resection : A report from the second international consensus conference held in Morioka. Ann 2015.
7. นพ.ระวีศักดิ์ จันทร์वास และคณะ. Atlas of Laparoscopic liver resection. กรุงเทพฯ:บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน),2562
8. Rouzbeh Mostaedi, Zoran Milosevic, Ho – Seong Han. Laparoscopic liver resection: Current role and limitations.สืบค้น 12 ธันวาคม 2565. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
9. Gordon, M. Nursing diagnosis : process and application. New York : Mc Graw - hill Book Co.,1994.

มุมมองของทันตแพทย์จัดฟันที่เข้าร่วมโครงการ ยิ้มสวย เสี่ยงใส ต่อการเบิกจ่าย ค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

Orthodontists' perspectives participated in the Beautiful Smile Project for the disbursement of orthodontic treatment fees for cleft patients.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

สุทธิ มาลัยวิจิตรนนท์¹
Sutti Malaivijitnond¹

บทคัดย่อ

การศึกษาวินิจฉัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของทันตแพทย์จัดฟันที่เข้าร่วมโครงการยิ้มสวย เสี่ยงใส และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐ จำนวน 91 คน มีประสบการณ์ด้านทันตกรรมจัดฟันโดยเฉลี่ย 10.6 ปี ทันตแพทย์ 1 คน (ร้อยละ 38.5) เคยให้บริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มากกว่า 10 ราย ร้อยละ 73.6 เคยเบิกค่าบริการทันตกรรมจัดฟันกับ สปสช. ตั้งแต่ขั้นตอนการตรวจและเก็บข้อมูล มีทันตแพทย์จัดฟัน 30 คน ที่เคยส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่อื่นและส่วนใหญ่ไม่ได้ตามจ่ายค่าบริการเพราะไม่ทราบค่ารักษาส่วนที่เหลือ มีทันตแพทย์จัดฟัน 40 คน ที่เคยรับผู้ป่วยส่งต่อและส่วนใหญ่ให้การรักษาทันที สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มารักษาต่อเนื่องคือ ขาดการติดต่อไปเอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ การย้ายถิ่นฐานเปลี่ยนที่อยู่หรือที่เรียน ประสบการณ์การทำงานด้านการจัดฟัน และความพร้อมของทีมบุคลากร

คำสำคัญ: การเบิกจ่าย, ค่ารักษาทางทันตกรรมจัดฟัน, ปากแหว่งเพดานโหว่, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, โครงการยิ้มสวย เสี่ยงใส

ABSTRACT

This survey research by cross sectional method was to investigate the perspectives of orthodontists who took participating in the Beautiful Smile Project, as well as factors related to the disbursement of OT fees for CP. The data was gathered through an online questionnaire and analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results revealed that the sample included 91 complete responses from GMI orthodontists with an average of 10.6 years of OT experience. More than ten CP (38.5%) received OT from one orthodontist. During the oral examination and data collection phase, 73.6% of Orthodontists had experienced disbursement of those fees with the NHSO. Most orthodontists did not follow up on the covering payment for OT, according to 30 orthodontists who transferred CP for OT, because they were unsure of the remaining cost. Forty orthodontists who received transfer CPs were not collect the fees. The reasons for CPs not receiving continuous treatment were unconnected. The following factors are statistically significantly related to orthodontic fee disbursement: understanding privileges, change the address or class, orthodontic experience, and the personnel team's readiness.

Keywords: Disbursement, Orthodontic treatment fees, Cleft lip and palate, NHSO, The Beautiful Smile Project

บทนำ

ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นหนึ่งในความพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อยที่สุดบริเวณกะโหลกศีรษะและใบหน้าในเด็กแรกเกิด มีการรวบรวมผลการศึกษาจาก

ทั่วโลกในช่วงปี 1993-1998 พบว่า อัตราการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ มีตั้งแต่ 0.34-2.29 ราย จากเด็กแรกเกิด 1,000 ราย โดยจะพบมากที่สุดในกลุ่มเชื้อชาติมองโกลอยด์² ในประเทศไทยภาพรวมอุบัติการณ์ของ

¹ อ.ท. (ทันตกรรมจัดฟัน) กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี ประเทศไทย

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ มีตั้งแต่ 1.57-2.68 ราย จากเด็กแรกเกิด 1,000 ราย พบอุบัติการณ์สูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เป็นผลให้คุณภาพชีวิตด้อยลง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาที่มีการประสานงานกันอย่างดี ทันตแพทย์จัดฟันเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาที่มีบทบาทสำคัญในการร่วมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ตั้งแต่แรกเกิดทารกจะถูกส่งมาปรึกษาทันตแพทย์จัดฟันเพื่อประเมินและใส่เพดานเทียมร่วมกับการปรับแต่งเนื้อเยื่อและโครงสร้างกระดูกก่อนการเย็บริมฝีปากและเพดานปาก ติดตามพัฒนาการชุดฟันน้ำนม ชุดฟันผสมและชุดฟันแท้ จัดเรียงสันเหงือกเพื่อการปลูกกระดูกเข้าฟัน การแก้ไขการเรียงตัวของฟันและแก้ไขความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกใบหน้าและขากรรไกร บางรายแก้ไขร่วมกับการผ่าตัดและส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ในสาขาต่างๆ ตามช่วงวัยและปัญหาที่พบ ทำให้การรักษาเป็นแบบองค์รวมและสมบูรณ์ขึ้น ดังนั้นการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จึงเริ่มให้การรักษาตั้งแต่วัยเด็กระยะชุดฟันน้ำนม ฝ้าติดตามถึงระยะชุดฟันแท้ เด็บโตเป็นผู้ใหญ่ ทำให้ช่วงเวลาและขั้นตอนในการรักษายาวนานมากกว่า 10 ปี

จากการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีโครงการประกันสุขภาพของรัฐสำหรับผู้ยากไร้ (New York State Medicaid Program) ดูแลรักษาทางทันตกรรมจัดฟันฟรีตามเงื่อนไขของโปรแกรม Medicaid โดยแต่ละรัฐอาจมีเงื่อนไขรายละเอียดแตกต่างกัน เช่น รัฐนิวยอร์กกำหนดผู้ป่วยต้องลงทะเบียนเข้าโครงการก่อนอายุ 21 ปี ขณะที่รัฐวอชิงตันก่อนอายุ 20 ปี ด้านทันตแพทย์ต้องได้รับความเห็นชอบก่อนจะเริ่มรักษา (prior authorization) สามารถเบิกค่าจัดฟันถาวรได้นานที่สุด 3 ปีและมีระยะเวลาคงสภาพฟัน (retention care) อีก 1 ปี หากครบกำหนดแล้วยังรักษาไม่เสร็จ ต้องรักษาต่อจนเสร็จสมบูรณ์โดยห้ามเรียกเก็บค่ารักษาเพิ่มเติมจากโครงการเมดิแคด กรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษาไม่ต่อเนื่องอาจเป็นเพราะเปลี่ยนที่อยู่ ขอย้ายไปรักษากับหมอคอน

อื่น ไม่ให้ความร่วมมือ มีอนามัยช่องปากไม่ดี ทันตแพทย์จัดฟันต้องกรอกเอกสารและมีลายเซ็นของผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง จึงจะสามารถเบิกค่ารักษาตามบริการที่ผู้ป่วยได้รับ สำหรับประเทศออสเตรเลียมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของรัฐบาลที่เรียกว่า Medicare แต่ไม่สามารถครอบคลุมการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ได้ทั้งหมด จึงได้มีการจัดตั้งโครงการ The Medicare Cleft Lip and Palate Scheme (MCLCPS) ในปี ค.ศ. 1981 เพื่อเป็นกองทุนช่วยผู้ป่วยที่มีความพิการของกะโหลกศีรษะและใบหน้า⁸ ในสหราชอาณาจักร ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ได้จัดอยู่ในดัชนี IOTN grade 5 สามารถเข้ารับการรักษาได้ฟรีจากศูนย์ที่ได้รับการรับรองจากระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (Specialist National Health Service Cleft Center) ทั้ง 13 ศูนย์ ทั่วประเทศ

ในประเทศไทย รัฐบาลเป็นผู้จ่ายเงินสนับสนุนการรักษาทันตกรรมจัดฟันแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UCS) ผ่านการจัดสรรงบประมาณโดย สปสช. และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิโครงการสวัสดิการทางการแพทย์ข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBBS) กรมบัญชีกลาง ต้องเสนอแผนการรักษาและค่ารักษาทันตกรรมจัดฟันให้กรมบัญชีกลางอนุมัติก่อนเริ่มการรักษา โดย สปสช. เล็งเห็นว่านอกจากการรักษาผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ การพัฒนาการดูแลโดยการแก้ไขการพูดและบริการทันตกรรมจัดฟันถือเป็นกิจกรรมที่สำคัญต่อเนื่องตามมา เมื่อให้การดูแลรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมและครบถ้วน จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติในสังคม สปสช. จึงร่วมกับสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย สภาทันตแพทย์ไทยและกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินโครงการ“ยิ้มสวย เสียงใส เทิดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน มี 2 หน่วยงานที่สนับสนุนค่าใช้จ่าย คือ สปสช. และ สภาทันตแพทย์ไทย โดย สปสช. สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่

หน่วยบริการตามระยะการรักษา ใน 4 ลักษณะ คือ การใส่เพดานเทียม การผ่าตัด การฟื้นฟูด้านทันตกรรมจัดฟันและการแก้ไขการพูดและการได้ยิน มีขั้นตอน คือ สมัครง่ายร่วมโครงการ รอการอนุมัติสิทธิ หลังลงทะเบียนสิทธิสถานพยาบาลจะได้รับจัดสรรเงินสนับสนุน และสภาวิชาชีพทันตแพทย์หรือสภาทันตแพทย์แห่งประเทศไทยหรือสภาทันตแพทย์จังหวัด สนับสนุนค่าเดินทางแก่ผู้ป่วยภายหลังการเข้ารับบริการตามที่นัดหมาย ครั้งละ 500 บาท ไม่เกินเดือนละ 2 ครั้ง รวมจำนวนการให้บริการ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๖๒ ผ่าตัด 12,545 ครั้ง ใส่เพดานเทียม 17,145 ครั้ง ทันตกรรมจัดฟัน 52,187 ครั้ง และ แก้ไขการพูด 25,216 ครั้ง

ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ การรักษาทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช. สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับสถานพยาบาลภาครัฐ จำนวน 48,000 บาทต่อราย โดยเริ่มครอบคลุมในขั้นตอนการแก้ไขการเรียงตัวของสันเหงือกเพื่อการปลูกกระดูกเข้าฟันจนถึงขั้นตอนการคงสภาพฟันหลังการจัดฟันแล้วเสร็จ¹¹ ค่าใช้จ่ายนี้ไม่รวมการทำศัลยกรรมที่เบิกตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related Group, DRG) ไม่รวมค่าเพดานเทียมทุกชนิดและการใส่ฟันเทียมหลังการจัดฟันที่เบิกจาก สปสช. ตามอัตราที่กำหนด¹² จากระบบบันทึกข้อมูลโปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วยรายโรค DMIS (Disease Management Information System) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่ามีผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ลงทะเบียนทั้งประเทศจำนวน 164 ราย การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ใช้เวลานาน ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถไปปรับการจัดฟันต่อเนื่องได้ในสถานพยาบาลเดิม ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาลใหม่ แต่สถานพยาบาลใหม่ที่รับผู้ป่วยไม่สามารถเบิกค่าจัดฟันได้ ขณะที่สถานพยาบาลเดิมที่เป็นหน่วยบริการแรกที่ส่งต่อผู้ป่วยก็ไม่ทราบจะดำเนินการจ่ายค่าจัดฟันส่วนที่เหลือให้สถานพยาบาลใหม่เท่าใด จึงมีสถานพยาบาลปฏิเสธรับผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยรับภาระค่ารักษาเอง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้เองก็ต้องออกจากระบบการรักษา

ไป ผู้วิจัยในฐานะทันตแพทย์จัดฟัน ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ประสบปัญหาการเบิกจ่ายที่ไม่สอดคล้องกับระยะการรักษา และการออกจากกระบวนการรักษาของผู้ป่วย จึงมีความสนใจที่จะศึกษามุมมองของทันตแพทย์จัดฟันที่เข้าร่วมโครงการ ยิ้มสวย เสียงใส ต่อการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเสนอแนวทางการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษามุมมองของทันตแพทย์จัดฟันที่เข้าร่วมโครงการยิ้มสวย เสียงใส ต่อการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าบริการจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐในประเทศไทย สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย จำนวนทั้งสิ้น 287 คน (ข้อมูลจากสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย ณ วันที่ 22 ธันวาคม ๒๕๖๔)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐในประเทศไทย สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นทันตแพทย์จัดฟันสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย
2. มีประสบการณ์จัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ทันตแพทย์ที่ไม่ใช่ทันตแพทย์จัดฟัน

2. ไม่เคยมีประสบการณ์ด้านเบิกจ่ายค่ารักษา
โครงการยิ้มสวย เสียงใส

3. ไม่ให้บริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปาก
แหงเพดานโหว่

กำหนดขนาดตัวอย่าง โดย กำหนดค่ากำลัง
ทดสอบ (Power analysis) ได้จากการคำนวณค่า
effect size เท่ากับ 0.80 อำนาจการทดสอบ (Power
analysis-1- β) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญ
ทางสถิติ (Level of significant- α) เท่ากับ 0.05
นำมาเข้า G* program ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน
83 คน เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% เพื่อความ
น่าเชื่อถือได้กลุ่มตัวอย่าง 91 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือ
ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3
คน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content
validity) ได้ค่า IOC = 0.96 และนำไปทดสอบกับทันต
แพทย์ที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30
คน ทดสอบความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์
ค่าอัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient)
ได้เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง
จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 ส่วน 1)
ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ประสบการณ์การเบิกจ่ายค่ารักษา
ทางทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหงเพดานโหว่ 3)
การเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปาก
แหงเพดานโหว่ 4) ปัจจัยที่มีผลต่อการเบิกจ่าย
ค่าบริการทัน ตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหง
เพดานโหว่ 5) ความคิดเห็นในการเบิกจ่ายค่าบริการ
ทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหงเพดานโหว่ 6)
ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินงาน 15 เดือน
(มกราคม 2565 ถึง มีนาคม 2566)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ
ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถามใช้สถิติ
เชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ในการบรรยาย
ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ความถี่
(Frequency) และค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) สำหรับ
ปัจจัยที่มีผลต่อการเบิกจ่ายค่ารักษาทางทันตกรรมจัด
ฟันใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการเห็นชอบจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี รหัส
งานวิจัย KNH 28/2564

ผลการศึกษา

ทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐทั้งหมด 287 คน
(ข้อมูลจากสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย
ณ เดือนมกราคม 2565) ตอบกลับแบบสอบถาม
ออนไลน์ทั้งหมด 103 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ
ร้อยละ 35.8 ตอบคำถามไม่สมบูรณ์ 1 คนและไม่ได้
ให้บริการจัดฟันผู้ป่วยปากแหงเพดานโหว่ 11 คน จึง
ถูกคัดออกเหลือขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 คน
พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 59 คน (ร้อยละ
64.8) มีประสบการณ์ด้านทันตกรรมจัดฟันโดยเฉลี่ย
10.6 ปี (1-29 ปี) ทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข จำนวน 82 คน (ร้อยละ 90.1) ทันตแพทย์
จัดฟัน 1 คน เฉลี่ยแล้วมีประสบการณ์ให้บริการจัด
ฟันผู้ป่วยปากแหงเพดานโหว่มากกว่า 10 ราย (ร้อย
ละ 38.5) แต่มีทันตแพทย์จัดฟันเพียงส่วนน้อย (ร้อย
ละ 6.5) ที่เคยให้บริการจัดฟันผู้ป่วยปากแหงเพดาน
โหว่จนเสร็จสมบูรณ์จนใส่รีเทนเนอร์มากกว่า 10 ราย
(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของทันตแพทย์จัดฟันภาคีรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาล
สังกัดมหาวิทยาลัย

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ผู้หญิง	59	64.8
	ชาย	32	35.2
ประสบการณ์ด้านทันตกรรมจัดฟัน (ปี)	< 10	42	46.2
	≥ 10	49	53.8
สถานที่ปฏิบัติงานหลัก	กระทรวงสาธารณสุข	82	90.1
	คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยรัฐ	9	9.9
จำนวนผู้ป่วยปากแหว่งที่เคยให้บริการทันตกรรมจัดฟัน	1 – 5	30	32.9
	6 – 10	26	28.6
	> 10	35	38.5
จำนวนผู้ป่วยปากแหว่งที่เคยให้บริการทันตกรรมจัดฟันจนเสร็จสมบูรณ์	0	42	46.2
	1 – 5	34	37.4
	6 – 10	9	9.9
	> 10	6	6.5

ทันตแพทย์จัดฟันที่เข้าร่วมโครงการยิ้มสวย
เสียงใส ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.6) เคยเบิกค่ารักษาทาง
ทันตกรรมจัดฟันกับ สปสช. และส่วนใหญ่ (ร้อยละ
67.0) แต่มีทันตแพทย์จัดฟันภาคีรัฐจำนวน 30 คน
(ร้อยละ 33.0) เคยส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่อื่นแต่

ไม่ได้มีการติดตามผู้ป่วยว่าไปตามที่ส่งหรือไม่ และ
จากข้อมูลพบว่า มีทันตแพทย์จัดฟันภาคีรัฐจำนวน 48
คนที่เคยรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ส่งต่อมารับ
การรักษาต่อเนื่องหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสถานพยาบาล
และส่วนใหญ่จะให้การรักษาฟรี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเบิกค่าจัดฟันกับ สปสช., จำนวนผู้ป่วยที่เคยรับ-ส่งต่อและการเก็บค่าจัดฟันผู้ป่วยที่ได้รับ
การส่งต่อหรือเปลี่ยนสถานพยาบาล

ข้อมูลการเบิกค่าจัดฟันกับ สปสช.และการส่งต่อผู้ป่วย		จำนวน	
		คน	ร้อยละ
การเบิกจ่ายค่าจัดฟันกับ สปสช.	ไม่เคย	24	26.4
	เคย	67	73.6
จำนวนผู้ป่วยที่เคยส่งต่อและ จำนวนผู้ป่วยที่เคยรับ	ไม่เคยส่งต่อ	61	67.0
	1 – 5	27	29.7
	6 – 10	3	9.7
การเก็บค่าจัดฟันผู้ป่วยที่ได้รับ การส่งต่อหรือเปลี่ยน สถานพยาบาล (เคยเบิกค่าจัดฟัน แล้ว)	เคยรับผู้ป่วย	48	52.8
	รักษาฟรี	23	47.9
	เรียกเก็บเป็นค่าธรรมเนียมการบริการ (30 หรือ 50 บาท)	18	19.8
	เรียกเก็บตามอัตราค่าบริการทางทันตกรรมจัดฟัน (ผู้ป่วยจ่ายเอง)	5	10.4
	เรียกเก็บโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา	2	4.2

สาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษา
ต่อเนื่อง คือ ผู้ป่วยขาดการติดต่อไปเอง รองลงมาคือ

เปลี่ยนที่อยู่หรือที่เรียนต่อ บ้านไกล และไม่มีคนมาส่ง
ผู้ป่วยบางคนจะมีหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ขาดการ

ติดต่อไปเองและบ้านอยู่ไกล เป็นต้น (ตารางที่ 3) ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาสอบถามผู้ป่วยที่ขาดหายไป

สาเหตุและปัญหาที่มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น ข้อมูลจึงได้มาจากผู้ป่วยผ่านทันตแพทย์

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง

สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง	ความถี่
ผู้ป่วยขาดการติดต่อ	44
ผู้ป่วยขอไปทำที่อื่นต่อเพราะเปลี่ยนที่อยู่หรือที่เรียน	38
ผู้ป่วยไม่สะดวกมารับรักษาต่อเพราะบ้านไกล	33
ผู้ป่วยไม่สะดวกมารับรักษาต่อเพราะไม่มีคนมาส่ง	23

มีการเบิกค่าบริการทันตกรรมจัดฟัน 48,000 บาท จาก สปสช. ในทุกขั้นตอนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ส่วนใหญ่จะเบิกในขั้นตอนแรกตั้งแต่การตรวจช่องปากและเก็บข้อมูลและเบิกในขั้นตอนการขยายกระดูกขากรรไกรเพื่อการปลูกกระดูกเข้าฟัน (Arch expansion for alveolar bone graft) นอกจากนี้ยังพบว่าทันตแพทย์จัดฟันบางท่านเคยเบิกค่าจัดฟันไม่ซ้ำในขั้นตอนเดิม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลขั้นตอนการรักษาที่เคยเบิกค่าทันตกรรมจัดฟันจาก สปสช.

ขั้นตอนที่เบิกค่าบริการทางทันตกรรมจัดฟันจาก สปสช.	ความถี่
Oral examination and data collection	32
Data analysis, diagnosis and treatment planning	6
Interceptive orthodontic treatment in deciduous dentition	8
Interceptive orthodontic treatment in mixed dentition	10
Arch expansion	30
Early treatment and growth modification	14
Fixed orthodontic treatment	22
Orthognathic surgery	1
Retention period	3

มีทันตแพทย์จัดฟันจำนวน 30 คน (จากทั้งหมด 91 คน) ที่เคยส่งต่อผู้ป่วย เมื่อติดตามการจ่ายค่าจัดฟันของสถานพยาบาลเดิมให้กับสถานพยาบาลใหม่ พบว่าทันตแพทย์จัดฟันส่วนใหญ่

(ร้อยละ 70.0) ให้ข้อมูลว่าสถานพยาบาลเดิมไม่ได้ติดตามจ่ายค่าบริการจัดฟันเพราะไม่ทราบอัตราค่ารักษาส่วนที่เหลือ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลในการติดตามจ่ายค่าจัดฟันในผู้ป่วยที่ส่งต่อและผู้ป่วยที่เปลี่ยนสถานพยาบาล จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 30 คน

การติดตามจ่ายค่าจัดฟันในผู้ป่วยที่ส่งต่อและผู้ป่วยที่เปลี่ยนสถานพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ตามจ่าย เพราะผู้ป่วยขาดการติดต่อ	7	23.3
ไม่ได้ตามจ่าย เพราะไม่ทราบอัตราค่ารักษาส่วนที่เหลือ	21	70.0
ตามจ่าย เมื่อสถานพยาบาลปลายทางมีการเรียกเก็บ	2	6.7
รวม	30	100

สำหรับความคิดเห็นด้านการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จำนวน 48,000 บาท พบว่า ภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง (3.83 ± 4.20) เมื่อพิจารณาเป็นราย

ด้าน พบว่า ด้านนโยบายการเบิกจ่ายอยู่ในระดับมาก (4.30 ± 4.18) ส่วนด้านขั้นตอนและกระบวนการ ด้านความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสมในระดับปานกลาง ($3.85 \pm 5.58, 3.34 \pm 4.32$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงความคิดเห็นการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

การเบิกจ่ายค่าจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
นโยบายการเบิกจ่าย	4.30	4.18	มาก
ขั้นตอนและกระบวนการเบิกจ่าย	3.85	5.58	ปานกลาง
ความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายต่อการเบิกจ่ายค่าจัดฟัน	3.34	4.32	ปานกลาง
ภาพรวม	3.83	4.20	ปานกลาง

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (4.35 ± 3.18) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องอยู่ในระดับมากที่สุด (4.35 ± 3.18) โดยเฉพาะการย้ายถิ่นฐานเปลี่ยนที่อยู่หรือที่เรียน

ด้านทันตแพทย์ และด้านระบบการดำเนินงานของโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องอยู่ในระดับมาก ($4.12 \pm 3.16, 4.43 \pm 3.29$) ซึ่งเกี่ยวกับประสิทธิภาพการทำงานด้านการจัดฟันเป็นอย่างดี การสื่อสารนโยบายและเผยแพร่ข่าวสารชัดเจน รวดเร็ว (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แสดงปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านทันตแพทย์ และด้านระบบการดำเนินงานของโรงพยาบาล

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
ด้านผู้ป่วย	4.51	3.24	มากที่สุด
ด้านทันตแพทย์จัดฟัน	4.12	3.16	มาก
ระบบการดำเนินงานของโรงพยาบาล	4.43	3.29	มาก
ภาพรวม	4.35	3.18	มาก

จากการวิเคราะห์ปัจจัยร่วม พบว่า ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ การย้ายถิ่นฐานเปลี่ยนที่อยู่หรือที่เรียน ประสิทธิภาพการทำงานด้านการจัดฟันและความพร้อมของทีมนุคลากร มีความสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 47.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความคาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ ± 1.249 (ตารางที่ 8) ทันตแพทย์จัด

ฟันร้อยละ 87.9 มีความเห็นว่า สปสช. ควรปรับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (ตารางที่ 9) โดยเสนอแนะว่า ควรแบ่งการเบิกจ่ายให้สอดคล้องกับค่าตรวจวินิจฉัยและค่ารักษาตามระยะของการรักษาทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ 1) การขยายขากรรไกรเพื่อปลูกกระดูกเข้าฟันเป็น 2) การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นและการปรับทิศทางการเจริญ 3) การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน และ 4) การคงสภาพฟัน

ตารางที่ 8 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

ค่าคงที่/ตัวแปร	b	SE _b	β	t	p value
ค่าคงที่	2.31	2.23		-4.58	0.00**
ความรู้ความเข้าใจในโครงการ	3.38	0.27	3.28	-13.07	0.00**
การเปลี่ยนที่อยู่และที่ศึกษาต่อ	2.92	0.82	2.18	-3.54	0.01*
ความรู้ของทันตแพทย์จัดฟัน	9.63	0.73	7.62	13.07	0.00**
ประสบการณ์ของทันตแพทย์จัดฟัน	1.90	0.24	1.35	7.76	0.00**
ความพร้อมของทีมบุคลากร	1.45	0.36	0.61	13.07	0.00**

*p<0.05, ** p<0.01

SE_{est} = ±1.249 R= 0.537 R²= 0.471 F= 14.813 p value = 0.001

ตารางที่ 9 ข้อมูลความคิดเห็นของทันตแพทย์จัดฟันทั้งหมด 91 คน ต่อการเบิกจ่ายจัดฟันระหว่างสถานพยาบาลกับ สปสช.

ความคิดเห็นของทันตแพทย์จัดฟันต่อการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟัน	Number	%
จ่ายเหมือนเดิม (ครั้งเดียวตลอดการรักษา)	11	12.1
ควรมีการปรับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่	80	87.9
Total	91	100

อภิปรายผล

ในต่างประเทศจะมีโครงการที่ภาครัฐดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ด้วยข้อกำหนดของโครงการที่แตกต่างกัน แต่มีวัตถุประสงค์หลักที่เหมือนกันคือ ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านคำรักษาและให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาแบบสหสาขาได้ง่ายขึ้น รวมถึงในประเทศไทย^{6,9,11} การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยแรกที่ตีพิมพ์เผยแพร่ผลการสำรวจทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐในประเทศไทยเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันระหว่างสถานพยาบาลกับ สปสช. และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟัน แม้ว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างจะน้อยกว่าที่คาดไว้แต่ก็จะสะท้อนถึงแนวทางของข้อมูลที่ได้ศึกษา พบว่าทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐส่วนใหญ่จะให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และสถานพยาบาลเบิกค่าบริการทันตกรรมจัดฟันกับ สปสช. มีทันตแพทย์จัดฟันบางท่านไม่ให้ความรักษาทางทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ด้วยเหตุผลสถานพยาบาลขาดแคลนแพทย์ในสาขาอื่นที่ช่วยดูแลผู้ป่วย ด้วยแนวคิดที่ว่าการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จะต้องดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ

เพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้¹⁵ สถานพยาบาลอยู่ใกล้มหาวิทยาลัยเนื่องจากมีความพร้อมทั้งบุคลากรและเครื่องมือมากกว่า ทันตแพทย์จัดฟันบางท่านกำลังจบกลับไปทำงานยังไม่มีผู้ป่วยที่สถานพยาบาล จากการศึกษาของ Wishney et al. 2021⁸ พบว่า สาเหตุที่ทันตแพทย์จัดฟันไม่จัดฟันให้ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ไม่ได้มีเหตุผลจากไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยและไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนปีที่จบการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สถานพยาบาลแต่ละแห่งเบิกจ่ายจัดฟันในแต่ละขั้นตอนแตกต่างกันออกไป ส่วนใหญ่จะเบิกในขั้นตอนการตรวจช่องปากและการเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนการขยายขากรรไกรเพื่อการปลูกกระดูกเข้าฟัน และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์การย้ายถิ่นฐานเปลี่ยนที่อยู่หรือที่เรียน ความรู้ความชำนาญด้านการจัดฟัน ประสบการณ์การทำงานด้านการจัดฟัน และ ความพร้อมของทีมบุคลากร มีความสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลนี้บ่งบอกถึงความเข้าใจในรายละเอียดของโครงการในแต่ละสถานพยาบาลที่ไม่เหมือนกัน เป็นไป

ได้ว่าตั้งแต่เริ่มโครงการยิ้มสวย เสียงใส สถานพยาบาล จะเข้าร่วมโครงการได้ต้องมีบุคลากรที่เป็นคัลยแพทย์ ตกแต่ง ทันตแพทย์จัดฟันและนักอรรถบำบัด¹³ แต่ในปัจจุบันสถานพยาบาลสามารถเข้าร่วมโครงการและเบิกค่าจัดฟันได้ ถ้ามีทันตแพทย์จัดฟันในสถานพยาบาล จะสะท้อนให้เห็นถึงข้อมูลที่เปลี่ยนไป สถานพยาบาลมีข้อมูลความรู้ในโครงการไม่มากพอ หรือมีความผิดพลาดในการตั้งเบิกจากหน่วยงานเขตที่รับผิดชอบ ร่วมกับมีการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ที่ดูแลในแต่ละเขต ทำให้ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อน ไม่เข้าใจตรงกัน รวมถึงปัญหาที่เกิดจากการเบิกค่ารักษาผิดขั้นตอน ทำให้สถานพยาบาลบางที่ได้รับเงิน 48,000 บาท ทั้งที่ยังไม่ได้เริ่มให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเลย เพราะข้อเท็จจริงคือ เงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จำนวน 48,000 บาท จะเริ่มครอบคลุมในขั้นตอนการแก้ไขการเรียงตัวของสันเหงือกเพื่อการปลูกกระดูกเข้าฟันจนถึงขั้นตอนการคงสภาพฟันหลังการจัดฟันเสร็จ¹¹ ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการ จำเป็นที่จะต้องทบทวนข้อกำหนดของโครงการและตกลงร่วมกัน เพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วยและสถานพยาบาล สำหรับในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย อังกฤษและแคนาดา ก่อนที่จะให้การจัดฟันผู้ป่วยได้ต้องมีการเก็บข้อมูลก่อนการรักษา ภาพถ่ายใบหน้าและภายในช่องปากแบบจำลองฟันและภาพรังสี มีการวิเคราะห์ชนิดของการสบฟันผิดปกติ ช่วงระยะเวลาที่ให้การรักษาเป็นแบบแก้ไขเบื้องต้น (Interceptive treatment) หรือเป็นการแก้ไขแบบครอบคลุม (Comprehensive treatment) และวางแผนการรักษา ซึ่งถ้ามีการรักษาอื่นที่จำเป็นสามารถวางแผนการรักษาและส่งข้อมูลของผู้ป่วยไปยังส่วนกลางเพื่อพิจารณาการเบิกจ่ายค่ารักษาเพิ่มเติม เมื่อส่วนกลางอนุมัติให้เบิกค่ารักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ทันตแพทย์จัดฟันจึงจะสามารถเริ่มการรักษาได้ ทำให้มีความเข้าใจตรงกันในขั้นตอนการรักษาปกติในผู้ป่วยทุกๆ ไปที่ต้อเก็บข้อมูล วิเคราะห์วินิจฉัยและวางแผนการรักษาก่อนที่จะเริ่มให้การรักษาผู้ป่วย

จากผลการศึกษา พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง คือ ผู้ป่วยขาดการติดต่อไปเอง โดยผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือดีในการรักษาช่วงแรกและลดน้อยลงเมื่อเวลานานขึ้น ยิ่งถ้าหากผู้ป่วยต้องเดินทางไกลจะยิ่งมีผลให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องเปลี่ยนสถานพยาบาล โดยการส่งต่อหรือไปติดต่อรับการรักษาเองที่สถานพยาบาลอื่น ส่วนใหญ่สถานพยาบาลไม่ได้ตามจ่ายค่าจัดฟัน เพราะไม่ทราบอัตราค่ารักษาส่วนที่เหลือ ทำให้ผู้ป่วยและสถานพยาบาลที่รับต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง สำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีปัญหาในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันถ้าต้องจ่ายค่ารักษาเอง เพราะจากข้อมูลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันจากหน่วยบริการภาครัฐในระดับประเทศส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในการผ่าตัดมากถึงร้อยละ 87.5¹⁸ โดยเฉพาะรายที่มีความผิดปกติรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะหลายอย่าง การจัดฟันในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องใช้เวลาและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น¹⁹ ทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐส่วนใหญ่จึงมีความเห็นว่า สปสข. ควรปรับการเบิกจ่ายค่ารักษาทางทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จากที่สนับสนุนให้สถานพยาบาลครั้งเดียวตลอดการรักษาเป็นจำนวนเงิน 48,000 บาทอย่างน้อยในการรักษาที่เป็นขั้นตอนหลักถ้าผู้ป่วยต้องเปลี่ยนสถานพยาบาล ก็จะทำให้ทันตแพทย์ที่รับต่อได้วางแผนการรักษาได้ต่อเนื่องและรักษาในช่วงนั้นๆ ที่วางแผน และผู้ป่วยก็จะได้ไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลใหม่โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมถึงสถานพยาบาลก็จะสามารถเบิกค่ารักษาได้ตามช่วงเวลา que ผู้ป่วยไปรักษาตามขั้นตอนที่ทันตแพทย์จัดฟันได้วางแผนไว้

ส่วนใหญ่ทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐจะให้บริการทันตกรรมจัดฟันต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากสถานพยาบาลอื่นโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย และถึงแม้จะมีการวิเคราะห์ต้นทุนการจัดฟันในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ว่ามีมูลค่าสูงกว่า 48,000 บาท แต่ทันต

แพทย์จัดฟันยังคงให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ต่อไป ด้วยหลักมนุษยธรรม หรือความสุขที่ได้รักษาผู้ป่วยและเพื่อตอบสนองต่อ โครงการเทิดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี แม่สถานพยาบาล จะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายก็ตาม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะค่ารักษาที่ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและสถานพยาบาล ดังนั้น สปสช. ควรชี้แจงรายละเอียดเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อกำหนด การเข้าถึงและติดต่อได้ง่าย นอกจากที่สปสช.แล้ว

2. เพื่อให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน เป็นไปได้ต่อเนื่อง ทันตแพทย์จัดฟันควรเก็บข้อมูลของผู้ป่วย เช่น ระดับการศึกษา ระยะเวลาและพาหนะ

ในการเดินทางมารับการรักษา แนวโน้มของการย้ายที่อยู่อาศัย สถานะความสัมพันธ์ของผู้ปกครองและ ข้อมูลของผู้ปกครองที่มารับ-ส่ง เป็นต้น เพื่อ ประกอบการพิจารณาในการวางแผนการรักษาในช่วง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาได้

3. ควรสร้างความตระหนักและให้ความรู้ถึงความสำคัญของการจัดฟันในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้กับ ครอบครัวผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเองด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษามุมมองของสถานพยาบาล และของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ต่อการเบิกจ่ายค่า จัดฟัน 48,000 บาท ครั้งเดียวตลอดชีพ

2. ควรมีการศึกษาผลกระทบต่อสถานพยาบาล ที่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ไว้รักษา ต่อเนื่อง โดยไม่สามารถเบิกค่าจัดฟันจาก สปสช. ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Johnson DC. Principles of cleft lip and palate formation. In: Bishara SE, editor. Textbook of orthodontics. Philadelphia, Pa.: Saunders; 2001. P. xv, 592 p.
2. Mossey PA, Catilla EE, WHO Human Genetics Programme. Global registry and database on craniofacial anomalies: report of a WHO Registry Meeting on Craniofacial Anomalies. Geneva: World Health Organization; 2003.
3. Ratanasiri T, Junthathamrongwat N, Apiwantanakul S, Wongkam C, Chowchuen B. The Birth Incidence of Cleft Lip and Palate at Srinagarind Hospital, 1990-1999. Srinagarind Med J 2001; 16(1): 3-7.
4. Thai Cleft Lip-Palate and Craniofacial Association. Draft of 2020 treatment protocol of cleft lip and palate patients. [online] 2020 [cited 2021 Nov 3]; Available from: <https://www.thaicleft.org/thailand-consensus-cleft-care-2020.php>. (in Thai)
5. Sununliganon L, Chetpakdeecheit W. Guideline for multidisciplinary team approach in cleft lip and palate patient. TUH J 2017; 2(2): 18-27.
6. New York State Department of Health. New York State Medicaid Program: dental policy and procedure code manual. [online] 2021 [cited 2021 Jun 3]; Available from: <https://www.emedny.org/ProviderManuals/Dental/PDFS/Dental Policy and Procedure Manual.pdf>
7. Akers HF, Weerakoon AT, Foley MA, McAuliffe AJ. The Medicare chronic disease dental scheme: historical, scientific, socio-political origins. J Hist Dent 2017; 65(2): 42-62.
8. Wishney M, Sahukhan A, Petocz P, Darendeliler MA, Papadopoulou AK. Australian orthodontists utilization and toward a government funded cleft scheme. The Cleft Palate-Craniofacial Journal 2021; 58(11): 1398-404.
9. National Health Service. Overview: orthodontic treatments. [online] 27 Jan 2020 [cited 2021 Jun 31]; Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/orthodontics/>

10. The Comptroller General Department. The health service rates for reimbursement in public health facilities: section 13 dental service fee (13.5 specific service for specific/special groups.) Circular letter no. 0431.2/246 on 16 Jun 2016. (in Thai)
11. National Health Security Office. The 2014 Universal Health Coverage budget administration: classification 2 part 3 Specific service in The Universal Health Coverage Manual, budget year 2014. Bangkok: 2013. (in Thai)
12. National Health Security Office. The appendix of National Health Security announcement the performance and administration criteria of universal health coverage fund (classification 2 part 4 Specific service: high cost care/ accident/specific care) in The Universal Health Coverage Manual, budget year 2013. Bangkok: 2012. (in Thai)
13. National Health Security Office. The 2014 Universal Health Coverage budget administration: classification 2 part 3 Specific service in The Universal Health Coverage Manual, budget year 2014. Bangkok: 2013. (in Thai)
14. Lapying P. The development of seamless holistic care system for cleft lip/ cleft palate and special need children: phase 2. Final report. Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)
15. Kharbanda O, Long R. Improving treatment outcomes for patients with cleft lip and palate historical perspective of the team concept. *J Ind Orthod Soc* 1999; 32(1): 1-4.
16. Australian Institute of Health Welfare. *Australia's Health 2018*: Australian Government; 2018.
17. Semb G, Brattström V, Molsted K, Prah-Andersen B, Shaw WC. The Eurocleft study: intercenter study of treatment outcome in patients with complete cleft lip and palate. Part 1: introduction and treatment experience. *Cleft Palate Craniofac J* 2005; 42(1): 64-8.
18. Pattaranit R, Lekbunyasin O, Chantachum V, Songsung C, Pradubwong S, Chowchuen B. Study of in-patients' charge cost of the cleft lip and cleft palate patients aged 4-5 years old of Tawanchai Center, Srinagarind Hospital. *Srinagarind Med J* 2013; 28(1): 23-9. (in Thai)
19. Barnard P. *Australian Dental Practice Surveys 1961-2010*. Australian Dental Association; 2012.
20. Lapying P, Veerarithtiphan D. Orthodontic fee schedule and reimbursement of cleft patient treatment. *Journal of Health Systems Research* 2021; 15(4): 422-35.

การศึกษาความแม่นยำของผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก เพื่อวินิจฉัยมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลมหารัตนราชสิมา

Diagnostic accuracy of fine needle aspiration cytology for malignant detection In the Thyroid nodule at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

กนกอร เรืองศิลปานันต์¹, ศศิลักษณ์ ไชยเดือน¹, จิรวัดน์ ธนศธาดา¹
Kanokorn Ruangsillapanan¹, Sasilak Chaiduan¹, Jirawat Thanestada¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ด้วยวิธี Retrospective cross sectional diagnostic study เพื่อศึกษาความไว ความจำเพาะ ความแม่นยำของผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก, positive predictive value, negative predictive value โดยเปรียบเทียบกับผลพยาธิวิทยา และเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยก้อนต่อมไทรอยด์ ที่ได้ทำการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก และได้ผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ในโรงพยาบาลมหารัตนราชสิมา ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 ตุลาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดย Sensitivity, specificity และ diagnostic accuracy ของ Fine needle aspiration cytology, positive predictive value, negative predictive value ถูกคำนวณโดย frequency, percentage และ p-value โดย Chi square

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยก้อนต่อมไทรอยด์ของโรงพยาบาลมหารัตนราชสิมา มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์งานวิจัยจำนวน 188 คน โดย เป็นเพศชาย 9 คน คิดเป็นร้อยละ 4.8 และเป็นเพศหญิง 179 คน คิดเป็นร้อยละ 95.2 มีอายุเฉลี่ยรวมทั้งหมด 50 ปี จากการศึกษานี้ ผลเซลล์วิทยาการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กเทียบกับผลพยาธิวิทยา พบค่าความไว 91.3% ค่าความจำเพาะ 37% โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) Positive predictive value 45.6% Negative predictive value 88% และ ค่าความแม่นยำ (Accuracy rate) 64.29% โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.265$) อาการที่สัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ต่อมไทรอยด์ที่คอตโต และน้ำหนักลด และพบว่าหากใช้อัลตราซาวด์ในการช่วยเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก (Ultrasonographic-guided FNA) จะทำให้ผลเซลล์วิทยาแม่นยำมากขึ้น สัมพันธ์กับการวินิจฉัยมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ก้อนต่อมไทรอยด์, เซลล์วิทยา, เจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก, โรงพยาบาลมหารัตนราชสิมา

Abstract

This study was survey research by Retrospective cross sectional diagnostic study method aimed to study the sensitivity, specificity, and accuracy of cytology results from fine needle aspiration, positive predictive value, negative predictive value by comparing with pathology results. and to study risk factors that cause thyroid cancer. The study was done in patients who had been diagnosed with thyroid nodules. that was aspirated with a small needle and had thyroid surgery In Maharat Nakhon Ratchasima Hospital from 1 January 2018 to 30 October 2021, data was analyzed by Sensitivity, specificity and diagnostic accuracy of Fine needle aspiration cytology, positive predictive value, negative predictive value was calculated by frequency, percentage and p-value by Chi square

Results : 188 patients, the mean age was 50 years old, and almost 95.2%—were women. 87% of patients with positive fine needle aspiration cytology results had cancer. Overall, the results revealed a sensitivity of 91.3% ($P = 0.000$), a specificity of 37% ($P = 0.000$), an accuracy rate of 64.29 % ($P = 0.265$), a positive predictive value of 45.6%, and a negative predictive value of 88%. Thyroid cancer risk factors consisted of symptoms such as lymphadenopathy of cervical lymph nodes and weight loss. The FNA

¹ แพทย์อายุรกรรม ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหารัตนราชสิมา

cytology obtained using the ultrasonographic-guided FNA technique was significantly associated with increased thyroid cancer diagnostic accuracy.

Keywords: Thyroid nodules, cytology, fine needle aspiration, Maharat Nakhon Ratchasima hospital

บทนำ

ก้อนต่อมไทรอยด์เป็นอาการที่พบได้บ่อย โดยในแถบประเทศที่ได้รับสารไอโอดีนเพียงพอ นั้น จากข้อมูลทางสถิติพบว่าอัตราการเกิดก้อนต่อมไทรอยด์ในเพศหญิงประมาณร้อยละ 5 และเพศชายประมาณร้อยละ 1 หากทำการอัลตราซาวด์ต่อมไทรอยด์สามารถพบก้อนที่ต่อมไทรอยด์ได้ร้อยละ 19 – 68 โดยจะพบมากขึ้นในเพศหญิงและในผู้สูงอายุ การตรวจเพื่อวินิจฉัยหาภาวะมะเร็งก้อนต่อมไทรอยด์จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งพบว่าร้อยละ 7-15 ของประชากรที่มีก้อนต่อมไทรอยด์นั้นสัมพันธ์กับอายุ เพศ ประวัติการได้รับรังสี ประวัติโรคมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ในครอบครัวและอื่นๆ โดยมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่พบมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 90 คือชนิด Papillary และ Follicular carcinoma

ปัจจุบันการวินิจฉัยแยกมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่มีขนาดมากกว่า 1 เซนติเมตร ทำได้ด้วยการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก เพื่อส่งตรวจทางเซลล์วิทยา เนื่องจากการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กนั้นเป็นวิธีการที่ง่าย รวดเร็ว ค่าใช้จ่ายต่ำ และเป็นวิธีการที่มีความปลอดภัย อีกทั้งยังสามารถช่วยลดการผ่าตัดต่อมไทรอยด์โดยไม่จำเป็น

มีการศึกษาพบว่าความแม่นยำของเซลล์วิทยาในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กเปรียบเทียบกับผลพยาธิวิทยาจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในการวินิจฉัยผู้ป่วยก้อนต่อมไทรอยด์ มีความไวและความจำเพาะสูงซึ่งได้ผลลัพธ์มากกว่าร้อยละ 90

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาคุณภาพและความแม่นยำของการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อช่วยประกอบในการรักษาก้อนที่ต่อมไทรอยด์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งลดการผ่าตัดต่อมไทรอยด์โดยไม่จำเป็น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความไว ความจำเพาะ ความแม่นยำของผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก, positive predictive value, negative predictive value โดยเปรียบเทียบกับผลพยาธิวิทยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ ด้วยวิธี Retrospective cross sectional diagnostic study

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (target population) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยก้อนต่อมไทรอยด์ ที่ได้ทำการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก และได้ผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 ตุลาคม พ.ศ. 2564

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วม

โครงการ

อายุมากกว่า 18 ปี

ผู้ป่วยก้อนต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการตรวจด้วยการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก และมีผลอ่านเซลล์วิทยาได้แก่ Benign, Atypia of undetermined significance/ Follicular lesion of undetermined significance (AUS/FLUS), Follicular neoplasm, suspicious of malignancy จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจาก

โครงการ

ผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการตรวจ
เจาะดูด้วยเข็มขนาดเล็ก มากกว่า 2 ครั้ง

ผู้ป่วยที่มีผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูด้วย
เข็มขนาดเล็กจากโรงพยาบาลอื่น

ผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่โรงพยาบาล
มหाराชนครราชสีมา แต่มีผลเซลล์วิทยาจากการ
เจาะดูด้วยเข็มขนาดเล็กจากโรงพยาบาลอื่น

ประวัติเคยเป็นมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์มา
ก่อน

ข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Sensitivity

- Proportion (p) = 0.8
 - Error (d) = 0.1
 - Sample size (n) sensitivity = 62
- Specificity

- Proportion (p) = 0.9
- Error (d) = 0.1
- Sample size (n) specificity = 35

Prevalence of malignancy in Thyroid
nodule = 0.33

Total sample size

$$n_{total} = \frac{n_{cases}}{Prev}$$

$$n_{total} = 62/0.33$$

$$= 188$$

	Malignancy	Non-malignancy	Total
Positive FNAC	A	B	A + B
Negative FNAC	C	D	C + D
Total	A + C	B + D	188

Reference: Sample size estimation in diagnostic test studies of biomedical informatics. Karimollah Hajian-Tilaki. Journal of Biomedical Informatics. 2014; 34:193-204.

Definition:

Positive FNAC คือ Cytology ที่มีผลอ่าน
ดังต่อไปนี้

1. Atypia undetermined of significance/
Follicular lesion undetermined of significance
2. Follicular neoplasm
3. Suspicious malignancy

Negative FNAC คือ Cytology ที่มีผลอ่าน
Benign

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ผล

Sensitivity, specificity และ diagnostic
accuracy ของ Fine needle aspiration
cytology, positive predictive value, negative
predictive value ถูกคำนวณโดย frequency,
percentage และ p-value โดย Chi square

วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในชั้นตอน Bivariable
analysis ด้วยสถิติ Fisher exact test และนำตัว
แปรที่มีระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าวิจัย พบว่า
ผู้ป่วยที่วินิจฉัยก่อนต่อมไทรอยด์ของโรงพยาบาล
มหाराชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.
2561 ถึง 30 ตุลาคม พ.ศ. 2564 มีทั้งหมด 878 คน
หลังจากตัดผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดแยก Inclusion
and Exclusion criteria) จะเหลือผู้ป่วยที่
เข้าเกณฑ์งานวิจัยจำนวน 188 คน โดยผู้ป่วยที่เข้า
ร่วมในงานวิจัยนี้ เป็นเพศชาย 9 คน คิดเป็นร้อยละ
4.8 และเป็นเพศหญิง 179 คน คิดเป็นร้อยละ
95.2 มีอายุเฉลี่ยรวมทั้งหมด 50 ปี โดยมีค่า

เบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 14.32 แบ่งอายุเป็น อายุ 19-40 ปี 49 คน คิดเป็นร้อยละ 26 อายุ 41-60 ปี 88 คน คิดเป็นร้อยละ 46.8 และมากกว่า 60 ปี 51 คน คิดเป็นร้อยละ 27.2 โรคประจำตัวในผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัย มีเบาหวาน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 12.8 ความดันโลหิตสูง 48 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 ไขมันสูง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 โรคไตเรื้อรัง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.1 โรคมะเร็ง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 และโรคประจำตัวอื่นๆ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 8 อาการที่ผู้ร่วมวิจัยมาโรงพยาบาล ได้แก่ ก้อนที่ไทรอยด์ 188 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 น้ำหนักลด 14 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 เสียงแหบ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 เหนื่อย 5 คน คิดเป็นร้อยละ และกลืนลำบาก 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.1 โดยหนึ่งคนอาจมีมากกว่า 1 อาการ

2. ลักษณะพื้นฐาน พบว่าลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างหากแบ่งตามระดับฮอร์โมนไทรอยด์ จะแบ่งเป็น ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ปกติ 182 คน คิดเป็นร้อยละ 98.8 และ ไทรอยด์ต่ำ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ไม่พบระดับฮอร์โมนไทรอยด์สูงในการศึกษานี้ ในผู้รับการศึกษา 188 คน มีผู้ที่ได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) 76 คน คิดเป็นร้อยละ 40.4 โดยแบ่งรูปแบบการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงของต่อมไทรอยด์ (Thyroid nodule sonographic patterns) เป็น 5 รูปแบบ คือ Benign 2 คน คิด

เป็นร้อยละ 1.1 Very low suspicion 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 Low suspicion 39 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7 Intermediate suspicion 18 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6 High suspicion 14 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 โดยแบ่งขนาดของก้อนจากคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) เป็นมากกว่า 1 เซนติเมตร 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 มากกว่า 1.5 เซนติเมตร 13 คน คิดเป็นร้อยละ 6.9 มากกว่า 2 เซนติเมตร 57 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 มีการตรวจชิ้นเนื้อโดยวิธีการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก (Fine needle aspiration (FNA)) 188 คน มีผู้ที่ใช้อัลตราซาวด์ในการช่วยเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก (Ultrasonographic-guide FNA) 38 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 โดยการตรวจชิ้นเนื้อส่วนใหญ่สำเร็จในครั้งแรก 187 คน คิดเป็นร้อยละ 99.5 มีเพียง 1 คนที่ทำมากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.5 และมีการตรวจชิ้นเนื้อซ้ำ 28 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ลักษณะชิ้นเนื้อ (Cytology) ที่พบส่วนใหญ่เป็น AUS/FLUS ในการเจาะครั้งแรก 108 คน คิดเป็นร้อยละ 57.4 และครั้งที่ 2 23 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 และผลพยาธิวิทยาจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ไม่ใช่มะเร็ง 119 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 เป็นมะเร็ง 69 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 และหากแบ่งผู้เข้าวิจัยที่เป็นมะเร็งตามชนิดของมะเร็ง จะแบ่งเป็น Papillary carcinoma 52 คน คิดเป็นร้อยละ 27.7 Follicular carcinoma 16 คน คิดเป็นร้อยละ 8.5 และ Anaplastic thyroid carcinoma 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.1

ตารางที่ 1 ตารางแจกแจงข้อมูลเปรียบเทียบการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก และผลพยาธิวิทยา

FNA cytology	Malignancy	Non malignancy	Total
Positive FNA cytology			
1. AUS/FLUS	42	67	
2. Follicular neoplasm	5	5	
3. Suspicious for malignancy	16	3	
Total	63	75	138
Negative FNA cytology			
1. Benign	6	44	50
Total	69	119	188

Abbreviations: AUS/FLUS; Atypia undetermined of significance/Follicular lesion undetermined of significance

ตารางที่ 1 หากพิจารณาเฉพาะในกลุ่มที่ผลพยาธิวิทยาเป็นมะเร็ง พบว่าผลเจาะดูด้วยเข็มขนาดเล็ก เป็นผลบวก แยกเป็น AUS/FLUS ผลพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งจริง 42 คน ไม่เป็นมะเร็ง 67 คน Follicular neoplasm ผลพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งจริง 5 คน ไม่เป็นมะเร็ง 5 คน Suspicious for malignancy ผลพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งจริง 16

คน ไม่เป็นมะเร็ง 75 คน และในกลุ่มที่เป็นผลลบผลพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งทั้งหมด 6 คน ไม่เป็นมะเร็ง 44 คน

3. การเปรียบเทียบระหว่างการเจาะดูด้วยเข็มขนาดเล็ก และผลพยาธิวิทยาในการเกิดมะเร็งก่อนที่ต่อมไทรอยด์

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบระหว่างการเจาะดูด้วยเข็มขนาดเล็ก และผลพยาธิวิทยาในการเกิดมะเร็งก่อนที่ต่อมไทรอยด์

FNA cytology	Malignancy	Percentage (%)
Positive FNA cytology		
1. AUS/FLUS	42	38.5%
2. Follicular neoplasm	5	50.0%
3. Suspicious for malignancy	16	84.2%
Negative FNA cytology		
1. Benign	6	12.0%

ตารางที่ 2 พบว่าหากแจกแจงข้อมูลเปรียบเทียบการเจาะดูด้วยเข็มขนาดเล็ก เป็นผลบวก แยกเป็น AUS/FLUS ผลพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งจริง 42 คน จาก 109 คน คิดเป็นร้อยละ 38.3 Follicular neoplasm ผลพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งจริง 5 คน จาก 10 คน ไม่คิดเป็นร้อยละ 50 Suspicious for malignancy ผลพยาธิวิทยาเป็น

มะเร็งจริง 16 คน จาก 18 คิดเป็นร้อยละ 84.2 และในกลุ่มที่เป็นผลลบ ผลพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งทั้งหมด 6 คน จาก 50 คน คิดเป็นร้อยละ 12

4. การวิเคราะห์ Sensitivity, Specificity, Positive predictive value, Negative predictive value และ Accuracy rate

ตารางที่ 3 ตารางวิเคราะห์ Sensitivity, Specificity, Positive predictive value, Negative predictive value และ Accuracy rate

Statistic	Value	P-value
Sensitivity	91.3%	0.000
Specificity	37.0%	0.000
Positive predictive value	45.6%	
Negative predictive value	88.0%	
Accuracy rate	64.29%	0.265

ตารางที่ 3 พบว่า ผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูด้วยเข็มขนาดเล็กเทียบกับผลพยาธิวิทยา มีค่าความไว (Sensitivity) 91.3% ค่าความจำเพาะ (Specificity) 37% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าความแม่นยำ (Accuracy rate) 64.29% ไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติ Positive predictive value 45.6% Negative predictive value 88%

5. การแสดงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งก่อนที่ต่อมไทรอยด์

ตารางที่ 4 ตารางแสดงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์

Secondary outcome	Malignancy (69)(%)	Non malignancy (119)(%)	P-value
Gender			0.727
1. Female	65(94.2)	114(95.8)	
2. Male	4(5.8)	5(4.2)	
Age			0.169
1. 19 – 40 years old	23(33.3)	26(21.8)	
2. 41 – 60 years old	27(39.1)	61(51.3)	
3. More than 60 years old	19(27.5)	32(26.9)	
Underlying diseases			
1. Diabetes mellitus	9(13)	15(12.6)	1.000
2. Hypertension	17(24.6)	31(26.1)	0.864
3. Dyslipidemia	6(8.7)	19(16)	0.186
4. Chronic kidney disease	1(1.4)	3(2.5)	1.000
5. Previous other cancer	1(1.4)	0	0.367
6. Others	5(7.2)	10(8.4)	1.000
Symptoms			
1. Thyroid nodule	69(100)	119(100)	
2. Cervical lymphadenopathy	7(10.1)	0	0.001
3. Weight loss	7(10.1)	7(5.9)	0.007
4. Hoarseness	3(4.3)	3(2.5)	0.418
5. Dysphagia	3(4.3)	1(0.8)	0.116
6. Dyspnea	3(4.3)	2(1.7)	0.276
Thyroid function test			0.671
1. Euthyroid	66(95.7)	116(97.5)	
2. Hypothyroid	3(4.3)	3(2.5)	
Ultrasonography of Thyroid	34(49.3)	42(35.3)	0.066
Thyroid nodule sonographic patterns			0.000
1. Benign	0	2(1.7)	
2. Very low suspicion	0	3(2.5)	
3. Low suspicion	15(21.7)	24(20.2)	
4. Intermediate suspicion	6(8.7)	12(10.1)	
5. High suspicion	13(18.8)	1(0.8)	
Thyroid nodule size from ultrasonography			0.120
1. Size > 1 cm	4(5.8)	2(1.7)	
2. Size > 1.5 cm	7(10.1)	6(5)	
3. Size > 2 cm	23(33.3)	34(28.6)	
Ultrasonographic-guided FNA	22(31.9)	16(13.4)	0.004
Number of successful FNA			0.367
1. One	68(98.6)	119(100)	
2. More than one	1(1.4)	0	
Repeat FNA	13(18.8)	15(12.6)	0.290

ตารางที่ 4 พบว่าหากจำแนกตามเพศชาย และหญิง ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามอายุ 19-40 ปี 41-60 ปี และมากกว่า 60 ปี ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ หากจำแนกตามโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็ง และโรคประจำตัวอื่นๆ ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ หากจำแนกตามอาการที่ผู้ร่วมวิจัยมาโรงพยาบาล พบว่า ต่อมไทรอยด์ต่อมไทรอยด์และน้ำหนักลด สัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาการเสียงแหบ เหนื่อย และกลืนลำบาก ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ หากแบ่งตามระดับฮอร์โมนไทรอยด์ ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการใช้อัลตราซาวด์ไทรอยด์ พบว่า สัมพันธ์กับการวินิจฉัยมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงของต่อมไทรอยด์ (Thyroid nodule sonographic patterns) พบว่า กลุ่มที่ผลเป็น Benign และ Very low suspicion ไม่พบมะเร็งเลย แต่ในกลุ่มที่เป็น Low suspicion Intermediate suspicion และ High suspicion ผลเป็นมะเร็งร้อยละ 20.2, 20.1 และ 0.8 ตามลำดับ หากจำแนกตามขนาดของก้อนไทรอยด์ เป็นมากกว่า 1 เซนติเมตร มากกว่า 1.5 เซนติเมตร และมากกว่า 2 เซนติเมตร ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการใช้อัลตราซาวด์ในการช่วยเจาะดูด้วยเข็มขนาดเล็ก (Ultrasonographic-guide FNA) พบว่าสัมพันธ์กับการวินิจฉัยมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนครั้งในการเจาะและการเจาะซ้ำ ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาพบว่าอาการที่สัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ต่อมไทรอยด์ที่คอโตและน้ำหนักลด ส่วนการใช้อัลตราซาวด์ไทรอยด์ และการใช้อัลตราซาวด์ในการช่วยเจาะดูด้วยเข็มขนาดเล็ก (Ultrasonographic-guide FNA) พบว่าสัมพันธ์กับการวินิจฉัยมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

การเจาะดูด้วยเข็มขนาดเล็กในผู้ป่วยก้อนต่อมไทรอยด์เป็นการวินิจฉัยมาตรฐาน (Gold standard) ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย เชื่อถือได้ เป็นที่ยอมรับ และใช้กันอย่างแพร่หลาย มีประโยชน์ที่สำคัญคือ ช่วยในการแยกก้อนต่อมไทรอยด์ว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ ซึ่งวิธีการนี้ลดการผ่าตัดไทรอยด์ที่ไม่จำเป็นได้เป็นอย่างมาก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าความไว ความจำเพาะ ความแม่นยำ Positive predictive value และ Negative predictive value ของผลเซลล์วิทยาการเจาะดูด้วยเข็มขนาดเล็กเทียบกับผลพยาธิวิทยา

จากการศึกษาพบว่า ค่าความไว (Sensitivity) ของการศึกษานี้คือ 91.3% ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับงานวิจัยอื่นๆ พบว่าค่าความไวอยู่ระหว่าง 77.5 – 98% แต่ก็พบว่าค่าความไวของงานวิจัยนี้สูงกว่าบางงานวิจัยอื่นๆ ด้วยเช่นกัน โดยมีความไวของงานวิจัยดังกล่าวอยู่ระหว่าง 36.6 – 39.2% ซึ่งก็ถือว่าค่าความไวของงานวิจัยนี้อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพึงพอใจ^{3,4,5,6}

ค่าความจำเพาะ (Specificity) ของการศึกษานี้คือ 37% ซึ่งพบว่าต่ำกว่าเมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่น^{3,4,5,6} โดยงานวิจัยอื่นๆ พบค่าความจำเพาะอยู่ระหว่าง 70 – 99.2% โดยงานวิจัยนี้มีผล False positive มากซึ่งคาดว่าค่า False positive ที่มากขึ้นส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผลเซลล์วิทยา AUS/FLUS จำนวน 67 คน จึงทำให้โดยรวมมีค่าความจำเพาะต่ำ

Positive predictive value ของการศึกษานี้คือ 45.6% ซึ่งมีค่าต่ำกว่างานวิจัยอื่นๆ^{3,4,5,6} โดยงานวิจัยอื่นมีค่า Positive predictive value อยู่ระหว่าง 90.6 – 91.18% ซึ่งก็มีค่าสอดคล้องไปกับค่าความจำเพาะ เพราะงานวิจัยนี้ผล false positive มาก จึงทำให้ค่า Positive predictive value ต่ำไปด้วย

Negative predictive value ของการศึกษานี้คือ 88% โดยงานวิจัยอื่น^{3,4,5,6} มีค่า Negative

predictive value อยู่ระหว่าง 86.54 – 93% ซึ่งผลของการศึกษานี้ก็ใกล้เคียงกับงานวิจัยอื่นๆ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่พึงพอใจ

ค่าความแม่นยำ (Accuracy rate) ของการศึกษานี้คือ 64.29% ซึ่งมีค่าต่ำกว่างานวิจัยอื่นๆโดยงานวิจัยอื่นมีค่าความแม่นยำอยู่ระหว่าง 79.67 – 91.37% เนื่องจากการศึกษานี้มีการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กซ้ำแค่ 28 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 จึงทำให้ค่าความแม่นยำต่ำกว่างานวิจัยอื่น^{3,4,5,6}

และจากการศึกษานี้พบว่าอาการที่สัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ต่อม้ำเหลืองที่คอโต และน้ำหนักลด ส่วนปัจจัยอื่นๆได้แก่ เพศและอายุพบว่าไม่สัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าเพศหญิงและอายุที่มากขึ้นนั้นจะยิ่งเพิ่มโอกาสการเป็นมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์^{1,2} อีกทั้งยังพบว่าการใช้อัลตราซาวด์ในการช่วยเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก (Ultrasonographic-guided FNA) พบว่าสัมพันธ์กับการวินิจฉัยมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ ทำให้การวินิจฉัยมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์แม่นยำมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และจากการศึกษานี้จะพบว่าผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กครั้งที่ 1 กลุ่ม Benign มีทั้งหมด 9 คน พบว่า 5 ใน 9 คนนี้ ไม่ได้รับการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กครั้งที่ 2 และหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ผลพยาธิวิทยาพบเป็นมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ ส่วนอีก 4 คนที่เหลือพบว่าหลังจากรับประทานยาฮอร์โมนไทรอยด์ไปแล้วก้อนต่อมไทรอยด์มีขนาดเท่าเดิม บางรายก้อนมีขนาดโตมากขึ้น แพทย์ที่ทำการรักษาจึงได้ทำการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กครั้งที่ 2 พบว่า ผลเซลล์วิทยาเป็นกลุ่ม AUS และ Follicular neoplasm ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์มากขึ้นกว่ากลุ่ม Benign แพทย์จึงได้ทำการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และผลพยาธิวิทยาพบว่าเป็นมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ทั้งหมด 4 คน ดังนั้น

คณะผู้วิจัยจึงเห็นสมควรว่า จะใช้ครั้งที่ผลเซลล์วิทยาเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งมากที่สุด เพื่อให้ผลของการวิจัยครั้งนี้แม่นยำและเกิดประโยชน์สูงสุดสามารถนำไปใช้ประกอบการรักษาผู้ป่วยก้อนต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลมหาราชครราชสีมาได้

ข้อเสนอแนะ

1. จากข้อมูลการศึกษานี้พบว่าอาการที่สัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ต่อม้ำเหลืองที่คอโตและน้ำหนักลด หากมีอาการเหล่านี้ร่วมด้วยอาจต้องพิจารณาทำการตรวจเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก

2. ควรตรวจการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงของต่อมไทรอยด์ (Ultrasound thyroid) ในผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยก้อนที่ต่อมไทรอยด์ เนื่องจากรูปแบบการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงของต่อมไทรอยด์ (Thyroid nodule sonographic patterns) จะช่วยบอกความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งไทรอยด์ได้

3. จากข้อมูลการศึกษานี้พบว่า ค่าความจำเพาะ และ Positive predictive value ต่ำ ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีผลเซลล์วิทยาก้ำกึ่ง เช่น AUS/FLUS เมื่อนำผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปผ่าตัดไทรอยด์ ผลพยาธิก็มีโอกาสสูงที่จะไม่ใช่มะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ ทำให้เกิดการผ่าตัดโดยไม่จำเป็น ดังนั้นควรทำการตรวจเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กซ้ำอีกครั้งหนึ่ง

4. เนื่องจากการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กแบบที่ไม่ใช้อัลตราซาวด์ เป็นหัตถการที่ขึ้นอยู่กับความชำนาญของแต่ละบุคคล ดังนั้นการใช้อัลตราซาวด์ในการช่วยเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก (Ultrasonographic-guided FNA) จะช่วยทำให้ลดผลเซลล์วิทยาที่ไม่ต้องการได้ ดังเห็นได้จากการศึกษาที่พบว่าการใช้อัลตราซาวด์ในการช่วยเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก (Ultrasonographic-guide FNA) สัมพันธ์กับการวินิจฉัยมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Bryan R H. et al. American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016 Jan 1; 26(1): 1-133.
2. Kenneth D. B. and Leonard W. Thyroid Nodules. *N Engl J Med*. 2015 Dec 10; 373(24): 2347-55.
3. Saeed A M. et al. Fine needle aspiration cytology of thyroid nodule: diagnostic accuracy and pitfalls. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2006 Oct-Dec; 18(4):26-9.
4. Banlue U. Sensitivity and specificity of fine needle aspiration cytology in solid neck mass. *Srisaket Surin Burriram Hospitals J Med*. 2019; 34(1):13-22.
5. Chalermkiat S. Diagnostic accuracy of fine needle aspiration biopsy for detection of malignancy in thyroid nodules in Somdet Phra Phuttha Loetla Hospital. *Royal Thai Army J Med*. 2020; 73(1):39-49.
6. Pongsilp T. Sensitivity and specificity of fine needle aspiration cytology in thyroid nodules in one tertiary center of Thailand. *Mahasaraham Hospital J Med*. 2021; 18(3): 49-58.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตน ในกระแสเลือด: กรณีศึกษา

Case study: Nursing diabetics with hyperglycemia and the blood is acidic from the accumulation of ketone substances in the bloodstream.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

กรณีรัฐสิริ วัตตะสิริชัย¹
Koranatsiri Wattasirichai¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา หญิงไทยอายุ 20 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 4 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำ 10 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ผล FBS 405 mg% ชีพจรเต้นเร็ว 136 ครั้ง/นาที แพทย์วินิจฉัย Diabetes Mellitus type I with Diabetic ketoacidosis with Sepsis ดูแลเฝ้าระวังสัญญาณชีพและภาวะ ketoacidosis ก่อนนำผู้ป่วยส่งห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้การพยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาตามแผนการรักษาและ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ แก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ หลังจากนั้นติดต่อประสานงานเพื่อรับผู้ป่วยไว้นอน รักษาพยาบาลและนำส่งไปหอผู้ป่วยหนัก อย่างปลอดภัย ติดตามเยี่ยม 2 วัน ระดับน้ำตาลเข้าสู่ระดับปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล รักษาพยาบาล จำหน่ายผู้ป่วย วันที่ 11 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนาน 7 วัน ผลประเมินภาวะสุขภาพกรณีศึกษา พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญคือ มีภาวะช็อกเนื่องจากภาวะติดเชื้อ เสี่ยงต่อผู้ป่วยเกิดเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากภาวะเลือดเป็นกรดจาก สารคีโตนคั่ง ผู้ป่วยมีโอกาสอาการทรุดลงขณะรอตรวจ หลังจากให้การพยาบาล ปัญหาได้รับการแก้ไขครบถ้วนและทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ เภสัช กายภาพ โภชนาการ ในการประเมินปัญหาวางแผนการดูแลร่วมกัน ส่งข้อมูลให้ รพ.สต.ได้มีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่อง

คำสำคัญ เบาหวาน, Diabetic ketoacidosis, Sepsis

ABSTRACT

Case study: A 20-year-old Thai woman was admitted to the hospital on September 4, 2023. The patient came for a follow-up appointment. Have dizziness Nausea and vomiting water 10 times, 1 day before coming to the hospital, had diabetes mellitus type 1, FBS result 405 mg%, rapid pulse 136 times/minute, doctor diagnosed Diabetes Mellitus type I with Diabetic ketoacidosis with Sepsis. Monitor vital signs and ketoacidosis before taking the patient to the accident and emergency room. Provide nursing care to ensure patients receive intravenous fluids. Medicine according to treatment plan and sent for laboratory testing Correct hyperglycemia Provide information to patients and relatives After that, contact and coordinate to receive the patient for medical treatment and transport him to the intensive care unit safely. Follow up for 2 days. Sugar levels return to normal levels. No complications were found during medical care. The patient was discharged on September 11, 2023. Total length of stay in hospital was 7 days. Results of health assessment in case studies Important nursing diagnoses found were: In shock due to sepsis There is a risk to the patient of tissue depletion of oxygen due to acidosis from the buildup of ketones. Patients have a chance of deteriorating their symptoms while waiting to be examined. after nursing The problem was completely solved and a multidisciplinary team of doctors, pharmacists, physical therapists, and nutritionists assessed the problem and planned care together, sending information to the Subdistrict Health Promoting Hospital to participate in continuous care.

Keywords: Diabetes, Diabetic ketoacidosis, Sepsis.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากช่องนานา

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus, T1DM) จัดเป็นโรคแพ้ภูมิตัวเอง (Autoimmune disease) ซึ่งหมายถึง ความผิดปกติของภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำลายเนื้อเยื่อปกติของร่างกาย เป็นโรคเรื้อรัง ที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันทำลายเบต้าเซลล์ (Beta cell) ในตับอ่อนซึ่งทำหน้าที่ผลิตอินซูลิน จนร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินที่คอยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Blood Glucose Level) ได้ตามปกติ² เมื่อร่างกายขาดอินซูลิน จึงเกิดปัญหาในการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ในร่างกายผ่านทางระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้เกิดการสะสมของน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดที่เกิดจากกรดคีโตนคั่ง ภาวะ Diabetic Ketoacidosis (DKA) เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคเบาหวาน โดยจะเกิดขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้ร่างกายสร้างคีโตน (Ketones) ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์เป็นกรดออกมาในกระแสเลือดเป็นปริมาณมาก ทำให้เลือดมีภาวะเป็นกรด และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหากได้รับการรักษาไม่ทันเวลา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จึงจำเป็นต้องฉีดอินซูลินเข้าร่างกาย เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและไม่เกิดภาวะกรดคีโตนคั่ง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย หิวหรือกระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด ขณะนี้ยังไม่มีการรักษาที่ทำให้หายขาด และยังไม่มีพบวิธีที่จะป้องกัน หากไม่ได้รับการรักษา อาจส่งผลให้มีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สาเหตุที่ตับอ่อนถูกทำลายยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่จากหลักฐานทางการแพทย์ คาดว่าเกิดจากปัจจัยทางกรรมพันธุ์ การติดเชื้อบางอย่างเป็นตัวกระตุ้น เช่น โรคซิสติกไฟโบรซิส (Cystic fibrosis) ที่ส่งผลกระทบต่อตับอ่อน การผ่าตัดนำตับอ่อนออก หรือการติดเชื้อที่ตับอ่อนชั้นรุนแรง แพทย์และนักวิจัยกำลังพยายามหาวิธีป้องกันในเด็กที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กที่มีพี่น้องป่วยเป็นเบาหวาน

ชนิดที่ 1 และวิธีการรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ตับอ่อน¹

จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากช่องนานาและรวมทั้ง cup ปากช่อง ปี 2563-2566 จำนวนผู้ป่วย 1 ใน 5 อันดับโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน ปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วย 16,281 คน ปี 2564 มีจำนวนผู้ป่วย 1,5657 คน ปี 2565 มีจำนวนผู้ป่วย 12,847 คน และปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วย 13,253 คน ตามลำดับ โดยพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ มีภาวะคีโตนคั่ง ที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลปากช่องนานา ในปี 2563-2566 มีจำนวน 112 คน

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด

รูปแบบการศึกษา

ผู้ศึกษาเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือดจำนวน 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปากช่องนานา ระหว่างวันที่ 4-11 กันยายน 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้แบบแผนการทำหน้าที่ด้านสุขภาพของกอร์ดอนและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบของโอเร็ม วางแผนปฏิบัติและประเมินผลการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 20 ปี เข้า
รับการรักษาวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2566

อาการสำคัญ มีอาการเวียนศีรษะ อาเจียน 10
ครั้ง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมา
โรงพยาบาล มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนเป็น
น้ำ 10 ครั้ง ปัสสาวะบ่อยปริมาณมาก เหนื่อยอ่อนเพลีย
รับประทานอาหารไม่ได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว Diabetes Mellitus type 1 on
ยา RI (ACTRAPID) ฉีดยาเข้าใต้ผิวหนังครั้งละ 10 ยูนิต
ก่อนอาหารประมาณ 30 นาที มื้อเช้า-กลางวัน-เย็น ,
Insulin Glargine ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง 16 ยูนิต ก่อน
อาหารเช้า 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เวลา 7.00 น. ,
Simvastatin 20 mg 1 x 1 @ ก่อนนอน

ภูมิต้านทาน ไม่แพ้ยา ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่

การประเมินสภาพร่างกาย

General Appearance: Thai female,
Weight 40 kgs, look exhausted, feel good, Q&A
about E4M5V6

Skin: Not pale, Dry skin, Temperature
37.5

Head & Neck: Normal shape,
symmetry, no mass and lesion

Eye: Normal eye movement, no ptosis,
conjunctiva not pale

Ears: Normal hearing, no abnormal
looking

Nose: symmetrical, no septal deviation

Mouth & Thorat: No oral ulcer, tonsil
not enlargement, Dry lips

Respiratory system: Normal chest
contour, normal breath sound, Breathing 24
times/min SpO2 97 % RA

Cardiovascular system: normal S1S2,
no murmur HR 136 times/min fast lightening,
Blood pressure 102/65 mmHg light

Abdomen: soft, no tender

Extremity: No pitting edema, Motor
power extremity grade 5

การรับรู้สภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเบาหวาน
ชนิดที่ 1 รักษาโดยการฉีดยาฉีดมาตลอด ผู้ป่วยมี
ความเครียด ท้อแท้ในการดูแลตนเอง ไม่คุมอาหาร
ทำงานไม่ไหวอยู่กับมารดา ไม่มีรายได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 4 กันยายน 2566 (10.25 น.)

FBS 405 mg%

CBC: WBC 20,650 cell/cu.mm, Neutrophile 84 %

Electrolyte: Na 144 mmol/L, K 5.0 mmol/L, Cl 99
mmol/L, Co2 10 mmol/L

Creatinine 1.0 mg/dl, eGFR 81 L/min

Urine Analysis: Sugar 4+, Urine Ketone 3+

วันที่ 4 กันยายน 2566 (15.50 น.)

HbA1C 10.4 %

CBC: WBC 15,950 cell/cu.mm, Neutrophile 76 %,

PLT 439,000 cell/cu.mm

L-Lactate 8.14 mmol/L

Electrolyte: Na 150 mmol/L, K 3.7 mmol/L, Cl
110 mmol/L, Co2 7 mmol/L

วันที่ 4 กันยายน 2566 (20.25 น.)

Electrolyte: Na 148 mmol/L, K 3.4 mmol/L, Cl

111 mmol/L, Co2 25 mmol/L

วันที่ 5 กันยายน 2566 (0.07 น.)

Electrolyte: Na 146 mmol/L, K 4.5 mmol/L, Cl

111 mmol/L, Co2 23 mmol/L

VBG: pCO2 36.5 mm Hg, pO2 81.0 mm Hg

การวินิจฉัย : Diabetic Ketoacidosis with Sepsis

ASA classification II: Diabetes Mellitus type 1

Diabetic Ketoacidosis with Sepsis

ระหว่างเข้ารับการดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก ได้ใช้
กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยมีข้อวินิจฉัย
ทางการพยาบาล 3 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนตรวจ

ระยะที่ 2 การพยาบาลขณะตรวจ ประสานส่ง
ห้องฉุกเฉิน
ระยะที่ 3 การพยาบาลระยะติดตามเยี่ยม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนตรวจ วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะช็อก เนื่องจากภาวะติดเชื้อ ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติบอกว่าผู้ป่วย รับประทานอาหารได้น้อยมาตลอด อาเจียน 10 ครั้ง คลื่นไส้ O: ชีพจร 136 ครั้ง/นาทีเบาเร็ว วัดความดัน โลหิต 102 /65 mmHg เบบ่า ปลายมือปลายเท้า เย็น CBC: WBC 20,650 cell/cu.mm, Neutrophile 84 %, วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ ช็อก เกณฑ์การประเมิน 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ อุนทภูมิ ร่างกาย ≤ 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต $\geq 90/60$ mmHg ชัดเจน ชีพจร 60-90 ครั้ง/ นาที ชัดเจน หายใจ 16-24 ครั้ง/นาที O2 saturation $\geq 95\%$ 2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เซ น หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด ระดับ ความรู้สึกตัวลดลง หรือปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล 1. วัดสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที O2 saturation อย่างต่อเนื่อง 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ความ รู้สึกตัวลดลง ประเมิน Capillary refill. 3. ดูแลให้สารน้ำตามแนวทางรักษา 0.9 %NSS IV load 1000 ml.then500cc/hr. 4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ CEFTAZIDINE iv 2 gm q 8 hr. 5. ให้ออกซิเจน canular 3-5 LPM ประเมินผลการพยาบาล หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 151/69 mmHg ชัดเจนดี ชีพจร 132 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที O2 saturation 98% ปลายมือปลายเท้าอุ่น แพทย์พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อผู้ป่วยเกิด เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากภาวะเลือดเป็นกรด จากสารคีโตนคั่ง ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน 10 ครั้ง เหนื่อย อ่อนเพลีย O: การหายใจ 24 ครั้ง/นาที O2 sat 97 % ชีพ จจร 136 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/65 mmHg, FBS 405 mg %, Electrolyte: Na 144 mmol/L, K 5.0 mmol/L, Cl 99 mmol/L, Co2 10 mmol/L Urine Analysis: Sugar 4+, Urine Ketone 3+ L-Lactate 8.14 mmol/L VBG: pCO2 36.5 mm Hg, pO2 81.0 mm Hg</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล 1.ดูแลให้ออกซิเจน Canular 3-5 LPM 2.บันทึกสัญญาณชีพ บันทึกความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินอาการ 3.ประเมินและสังเกตอาการอาการแสดง สับสน ซึม หมดสติ ต้องช่วยเหลือทันทีและรีบรายงานแพทย์ 4. ดูแลให้ 0.9% NaCl 1000 ml iv 1000 ml load then 500 ml/hr. 5. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินผลการพยาบาล หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 151/69 mmHg ชัดเจนดี ชีพจร 132 ครั้ง/นาที O2 saturation 98 % แพทย์พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ DKA</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อากาศเหนื่อยลดลง สามารถนอนพักได้ อาเจียนลดลง</p>	
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสอาการทรุดลงขณะรอตรวจ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: แรกรับเมื่อมาถึงผู้ป่วยผู้ป่วยเหนื่อยอ่อนเพลีย อาเจียน</p> <p>O: อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O₂sat 97 % ชีพจร 136 ครั้ง/นาที เบาเร็ว ความดันโลหิต 102/65 mmHg เบา FBS 405 mg % Electrolyte: Na 144 mmol/L, K 5.0 mmol/L, Cl 99 mmol/L, Co₂ 10 mmol/L Urine Analysis: Sugar 4+, Urine Ketone 3+ L-Lactate 8.14 mmol/L และมีผู้ป่วยรอตรวจหลายคน</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอาการใกล้ชิด ไม่เกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับการเข้าตรวจภายใน 15 นาที 2. ขณะรอตรวจไม่มีอาการทรุดลง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน สัญญาณชีพผิดปกติ 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้มีพยาบาล เฝ้าระวังดูแลโดยให้ผู้ป่วยนอนบนเปลรอตรวจที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน ประเมินด้วยสายตาบ่อยๆ ทุก 5-10 นาที 2. ประเมินด้วยสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที และจัดเตรียมรถ Emergency ให้ใกล้และพร้อมใช้ 3. รายงานแพทย์ตรวจผู้ป่วยทันที 4. อธิบายและแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วย ให้แจ้งอาการผิดปกติแก่เจ้าหน้าที่ทันที ได้แก่ เหนื่อยหอบ เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจร เป็นต้น 5. ส่งตรวจที่จำเป็นและเร่งด่วนก่อนพบแพทย์ ได้แก่ CBC, UA, FBS, Electrolyte, EKG <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>แพทย์ตรวจผู้ป่วยเป็นรายแรก และหลังให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ผู้ป่วยไม่มีอาการทรุดลงที่คลินิกผู้ป่วยนอก รู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะ Cyanosis สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 128 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/80 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที O₂ saturation 97-98 %</p>
<p>ระยะที่ 2 การพยาบาลขณะตรวจ ประสานส่งห้องฉุกเฉิน</p> <p>วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากภาวะติดเชื้อ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติบอกว่ามีผู้ป่วยรับประทานได้น้อยมาตลอด อาเจียน 10 ครั้ง คลื่นไส้</p> <p>O: ชีพจร 136 ครั้ง/นาทีเบาเร็ว วัดความดันโลหิต 102 /65 mmHg เบา ปลายมือปลายเท้าเย็น</p> <p>CBC: WBC 20,650 cell/cu.mm Neutrophile 84 %</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย < 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต > 90/60 mmHg ชัดเจน ชีพจร 60-90 ครั้ง/ 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วัดสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที O₂ saturation อย่างต่อเนื่อง 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ความรู้สึกตัวลดลง ประเมิน Capillary refill. 3. ดูแลให้สารน้ำตามแนวทางรักษา 0.9 %NSS IV load 1000 ml. then 500 cc/hr. 4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftezidne iv 2 gm q 8 hr. 5. ให้ออกซิเจน canular 3-5 LPM 7. ใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก 8. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ H/C <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 151/69 mmHg ชัดเจนดี ชีพจร 132 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที O₂saturation 98% ปลายมือปลายเท้าอุ่น ปัสสาวะ 200cc/4 ชั่วโมง</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>นาที่ชัดเจน หายใจ 16-24 ครั้ง/นาที O₂ saturation ≥ 95%</p> <p>2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะซีด เช่น หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือปัสสาวะออกน้อย 0.5 ml/kg/hr</p>	
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกาย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน 10 ครั้ง เหนื่อย อ่อนเพลีย ใบหน้าซีด</p> <p>O: การหายใจ 24 ครั้ง/นาที O₂ sat 97 % ซีฟจร 136 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/65 mmHg, FBS 405 mg %, Electrolyte: Na 144 mmol/L, K 5.0 mmol/L, Cl 99 mmol/L, Co₂ 10 mmol/L Urine Analysis: Sugar 4+, Urine Ketone 3+ L-Lactate 8.14 mmol/L VBG: p CO₂ 36.5 mm Hg, p O₂ 81.0 mm Hg,</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและปลอดภัยจากภาวะเลือดเป็นกรด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการเหนื่อยลดลง สามารถนอนพักได้ อาเจียนลดลง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> บันทึกสัญญาณชีพ บันทึกความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินอาการ ประเมินและสังเกตอาการอาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด < 70 mg% เหงื่อออก สับสน ซึมลง หมดสติ ต้องช่วยเหลือทันทีและรีบรายงานแพทย์ ดูแลให้ 0.9% NaCl 1000 ml iv 1000 ml load then 500 ml/hr.*ii then 0.45% NaCl 1000 ml iv 120 ml/hr. ดูแลให้ Regular Insulin 1:1 ปริมาณ 4 มิลลิตร/ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ เฝ้าระวัง DTX ทุก 4 ชั่วโมง keep 150-200 mg% 1 ชั่วโมง เพื่อวางแผนการพยาบาล เฝ้าระวัง Electrolyte ทุก 4 ชั่วโมง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ VBG, Electrolyte รายงานแพทย์ ดูแลให้ออกซิเจน Canular 3-5 LPM <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 151/69 mmHg ซีดเจ็นดี ซีฟจร 132 ครั้ง/นาที O₂ saturation 98 % หลังให้ยา Regular Insulin และสารน้ำ DTX 320 mg% Electrolyte: Na 148 mmol/L, K 3.4 mmol/L, Cl 111 mmol/L, Co₂ 25 mmol/L VBG: p CO₂ 38.1 mm Hg, p O₂ 81.0 mm Hg แพทย์พิจารณาปรับไว้รักษาในโรงพยาบาล</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกรู้สึกมีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน 10 ครั้ง เหนื่อย อ่อนเพลีย</p> <p>O: DTX 450 mg% (OPD) ผลระดับน้ำตาลในเลือด 405 mg/dl HbA1C 10.4 % (4 กันยายน 2566) อุนหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ซีฟจร 136 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/65 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ลดระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในระดับปกติ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง <p>เกณฑ์การประเมินผล</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ สังเกตและบันทึกอาการเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัวและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง หมดสติ ดูแลการได้รับยาปรับประเทณระดับน้ำตาล ตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง สัญญาณชีพปกติ พบว่า อุนหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ซีฟจร 128 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/79 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลหลังจากนอนสังเกตอาการ (fasting blood sugar: FBS) ได้ 320 mg/dl</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>1.ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 70-110 mg/dl</p> <p>2.ไม่มีอาการของน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง หมดสติ</p> <p>3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่า “ เหนื่อย วิตกกังวล นอนโรงพยาบาลบ่อย ”</p> <p>O: ผู้ป่วยสีหน้า แววตา วิตกกังวล</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและญาติยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าที่ทางคลายความวิตกกังวล 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ 2. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจแผนการรักษา 3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ เช่น อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ให้เข้าใจถึงการดำเนินของโรค ขั้นตอนการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัยต่างๆ 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเกี่ยวกับปัญหา สิ่งที่กำลังใจ รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ 5. เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยา ให้เวลารับฟังการระบาย พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ญาติและผู้ป่วยสงสัยหรือกังวล 6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการวางแผนการรักษา 7. ประสานกับแพทย์ผู้ให้การรักษาสหวิชาชีพได้พูดคุยและแจ้งแผนการรักษากับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลและคลายความวิตกกังวล <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>แพทย์และพยาบาล ได้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงภาวะที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ เช่นอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย มีภาวะช็อก ให้เข้าใจถึงการดำเนินของโรค ขั้นตอนการรักษาพยาบาล และให้ความร่วมมือในการรักษาดี</p>
<p>ระยะที่ 3 การพยาบาลระยะติดตามเยี่ยม</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยต้องการวางแผนจำหน่ายและการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล(Discharge Planning)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: “ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและอาการที่ตนเองเป็น ระยะนี้ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลบ่อย กังวลการกลับไปดูแลที่บ้าน</p> <p>O: ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วย พร้อมทั้งจะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน 2. ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแล เพื่อจัดการอาการน้ำตาลในเลือดสูงและอาการอื่นๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยได้ 3. ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่าง 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>D (Diagnosis) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และอาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น อาการน้ำตาลในเลือดสูงหรืออาการน้ำตาลต่ำแก่ผู้ป่วยและญาติ ตามขั้นตอนของ D M-E-T-H-O-D</p> <p>M (Medication): ให้ความรู้ เกี่ยวกับการฉีดยาอินซูลินและรับประทานยาที่ถูกต้อง การเก็บอินซูลินในตู้เย็น ตำแหน่งการฉีดยา (หัวไหล่ หน้าท้อง สะโพก ต้นขา) วิธีการฉีดยา ก่อนการฉีดยาควรล้างทำความสะอาดเอง ถ้ามีอาการ ใจสั่น หน้ามืด เหงื่อออก ตัวเย็น ควรดื่มน้ำ ดื่มน้ำหวาน อาการไม่ดีขึ้นให้รีบมาโรงพยาบาล เมื่อไม่สบายไม่ควรหยุดยาเบาหวานควรรีบมาพบแพทย์ และผลข้างเคียงของยาการประเมินซักถามความเข้าใจของผู้ป่วย โดยเภสัชกร</p> <p>- RI (ACTRAPID) ฉีดยาเข้าใต้ผิวหนังครั้งละ 14 ยูนิต ก่อนอาหารประมาณ 30 นาที มือเช้า-กลางวัน ฉีดยาเข้าใต้ผิวหนังครั้งละ 16 ยูนิต ก่อนอาหารประมาณ 30 นาที มือเย็น, Insulin Glargine ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง 16 ยูนิต ก่อนอาหารเช้า 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เวลา 7.00 น.</p> <p>- Simvastatin 20 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดก่อนนอน</p> <p>E (Environment and Economics) ให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดที่พักอาศัยควรมีอากาศถ่ายเท สะอาด หลีกเลี่ยงชุมชนแออัดและบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ ควรเก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบเพราะอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุและเกิดบาดแผลกับผู้ป่วยได้ มารับบริการทุกครั้งควรนำหลักฐานสิทธิการรักษา เช่น บัตรทอง บัตรประชาชนมาด้วย</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>เหมาะสม และพร้อมรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน</p>	<p>T (Treatment): แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การติดตาม การประเมินผลการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดควรอยู่ระหว่าง 80–140 mg% ถ้าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้าและหัวใจ</p> <p>- อาการที่ต้องมาพบแพทย์ สถานบริการสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีแผลเรื้อรัง 2. มีอาการไม่สบาย คลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะบ่อย ให้ดื่มน้ำมากๆและมาโรงพยาบาล 3. ใจสั่น เวียนศีรษะ เหงื่อออกตัวเย็น ให้นอนพักดื่มน้ำหวานถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้รีบมาโรงพยาบาล <p>และการส่งปรึกษาวัตถุประสงค์ในการรักษาโรคเบาหวานคือ รักษาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ป้องกันและรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ</p> <p>H (Health): ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ก่อนออกกำลังกายควรรับประทาน อาหารว่างก่อน ถ้ามีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ เหงื่อออกตัวเย็น ควรหยุดพักและดื่มน้ำหวาน การออกกำลังกายทำให้ร่างกายสามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ดีขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูง 2. ควรใส่รองเท้าที่นุ่มสบาย ไม่ควรเดินเท้าเปล่า ไม่ควรแช่เท้าในน้ำอุ่น ก่อนนอนควรตรวจเท้าทุกวัน ถ้ามีแผลควรรีบพบแพทย์และตัดเล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอโดยตัดเล็บเป็นแนวตรง 3. เมื่อมีปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตควรหาวิธีผ่อนคลายอย่างเหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย หรือการได้ระบายปัญหาให้กับคนที่ไว้ใจ เพราะความเครียดทำให้น้ำตาลสูง 4. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง 5. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่ได้รับยาอินซูลินหรือยากระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้รับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การปรับวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม <p>O (Outpatient referral): อธิบายการมาตรวจ ติดตามอาการ ตามนัด แนะนำผู้ป่วยหากมีอาการผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยมีอาการน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ สามารถไปรพ.สต. ใกล้บ้านเพื่อให้การช่วยเหลือได้ ส่งข้อมูลให้รพ.สต.ติดตามเยี่ยมพยาบาลร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพ แพทย์ เภสัช โภชนากร กายภาพ ในการประเมินปัญหาวางแผนการดูแลร่วมกัน ส่งข้อมูลให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแล</p> <p>D (Diet): ให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 3 มื้อ ไม่ควรงดอาหาร เพราะการงดอาหารบางมื้อ ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำและมื้อที่รับประทานต่อไป จะรับประทานอาหารมากเพราะหิว ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลสูง 2. อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ขนมหวานทุกชนิด ผลไม้กวน อาหารเชื่อมเชื่อม น้ำตาล น้ำหวาน น้ำผึ้ง น้ำอัดลม นมหวาน 3. อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องจำกัดปริมาณ ส้ม มะละกอสุก สับปะรด แดงโม เฉาก๊วย ฝรั่ง มะม่วง ฝรั่ง ข้าวและอาหารแป้งอื่นๆ ขนมปัง ขนมจีบ ผีอก มัน มันฝรั่ง 4. อาหารที่ควรรับประทาน ผักทุกชนิด แกงจืด ต้มยำ แกงป่า แกงเลียง แกงส้ม ควรดื่มน้ำเปล่า การรับประทานอาหารเช้าครบทั้งสามมื้อและควรรับประทานผักมากๆ เพราะอาหารที่มีกากใย ทำให้การดูดซึมน้ำตาลในกระแสเลือดช้าลงและช่วยในการขับถ่าย ถ้าผู้ป่วยฉีดยาอินซูลินตอนเย็น อาจรับประทานผลไม้หรือขนมที่ไม่หวานก่อนนอนได้เล็กน้อย เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในตอนเช้า <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วย มีความรู้และทักษะในการดูแลเกี่ยวกับอาการน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำและอาการอื่นๆที่เกิดกับผู้ป่วยได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 7 วัน แพทย์ให้จำหน่ายในวันที่ 11 กันยายน 2566</p>

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus, T1DM) ถ้าผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีเกิดการสะสมของน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจะส่งผลให้ร่างกายสร้างคีโตน (Ketones) ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์เป็นกรดออกมาในกระแสเลือดเป็นปริมาณมากทำให้เลือดมีภาวะเป็นกรด Diabetic Ketoacidosis (DKA) เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคเบาหวานกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ปัจจุบันอายุ 20 ปี ศึกษามานานผู้ป่วยและครอบครัวเครียดและเบื่อหน่ายภาวะการเจ็บป่วยของตนเองส่งผลให้การควบคุมโรคไม่ดีเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วย

อาการ Diabetic Ketoacidosis (DKA) บ่อย ซึ่งจะมารับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกพบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้ป่วยนอกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มคือทักษะการประเมินอาการ คัดแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ครอบครัวสามารถให้การพยาบาลช่วยเหลือเบื้องต้นในระหว่างอยู่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวัง อาการทรุดลงขณะรอตรวจและสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ทันทีทั้งที่นอกจากนี้ยังมีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน สหสาขาวิชาชีพ แพทย์ เภสัช กายภาพ โภชนากร ในการประเมินปัญหาวางแผนการดูแลร่วมกัน ส่งข้อมูลให้ รพ.สต.และชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแล⁷

เอกสารอ้างอิง

1. พิมพ์ใจ อันทานนท์. (2565). สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. <https://www.dmthai.org/index>.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์กระทรวง สาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017). พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี. รมเย็น มีเดียจำกัด
3. รัตนา จารุวรรณ. (2560). ภาวะวิกฤต:ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Critically Ill: Patients with Diabetes). ใน วิจิตรา กุสุมภ์. บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต:แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
4. นุชระพี สุทธิกุล, สุมาลี จารุสุขถาวร, และ ยาวภา พรเวียง. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วย เบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤต. วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 31(1), 14-32. 21
5. ณัฐพร ออนตะไคว้, อุษณีย์ จินิตะเวช, และ จุฑามาศ โชติบาง. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการ จัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1.พยาบาลสาร 48 (2) 246-258
6. วนิตา เณรานนท์, เพ็ญรัชต์ ใคว์ไพโรจน์. (2562).การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1: กรณีศึกษา .วารสารเกื้อการุณย์, 26(2) 181-192.
7. สุนิสา พลนอก. (2563). การพยาบาลผู้ป่วย Diabetic ketoacidosis. https://www.mnrh.go.th/pdf_file_academic/3011202001_RESEARCH.pdf

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย Nursing Care for Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty: Two Case Studies

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ปิยาวดี เจียเจริญ¹
Piyawadee Jijaroen¹

บทคัดย่อ

การศึกษาระยะเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ สาเหตุการเกิด อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่เหมือนกันคือ อายุที่เพิ่มมากขึ้น และ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะข้อเข่าเสื่อม และที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาชีพช่างเย็บผ้า ที่ต้องใช้ท่าทางเดิมๆ ซ้ำเป็นเวลานาน และมีประวัติเคยผ่าตัดมดลูกและท่อรังไข่ ทำให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ซึ่งระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้ เนื้อเยื่อรอบข้อไม่แข็งแรง เส้นเอ็นหย่อนยาน ข้อหลวมไม่มั่นคง¹ หมอวินิจฉัย Primary osteoarthritis ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มี ประวัติประสบอุบัติเหตุใส่เหล็กตามข้อทั้ง 2 ข้าง หมอวินิจฉัย Tertiary osteoarthritis จาก Post traumatic และได้ใช้ทฤษฎี 11 แบบ แผนกอร์ดอนเป็นกรอบในการรวบรวมข้อมูล และนำมาวิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 จำนวน 15 ข้อ และกรณีศึกษารายที่ 2 จำนวน 18 ข้อ และได้ติดตามดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 สามารถฟื้นฟูสภาพข้อเข่า งอเข้าได้ 0-120 องศา เดินได้โดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดินได้อย่างมั่นคง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ กรณีศึกษา รายที่ 2 หลังจากกลับบ้าน ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำเนื่องจากกลัวปวดเข่า ทำให้งอเข้าได้ไม่เต็มช่วง จึงได้นำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gipson มาให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยงอเข้าได้ 0-120 องศาตามเป้าหมาย

คำสำคัญ โรคข้อเข่าเสื่อม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด

Abstract

This comparative 2 cases study of nursing care for patients after total knee arthroplasty. The purpose of this study was to compare causes, symptoms, treatment, complications, and nursing processes in caring for the two patients undergoing total knee arthroplasty.

Results: It was found that the factors promoting the development of knee osteoarthritis in both case studies were the same, namely increased age and body weight. However, the differences can be presented as follows. The first case study was a seamstress, repeating the same gestures for a long time and had a history of having hysterectomy, causing decreased estrogen. Decreased estrogen causes weak joint tissues and joint hypermobility.¹ She was diagnosed with primary osteoarthritis. The second case study had a history of having an accident and invasive steel implant surgery and was diagnosed with tertiary osteoarthritis from post traumatic osteoarthritis. Gordon's 11 functional health patterns were used as a framework for collecting data and analyzing and formulating nursing diagnosis. The first case study had 15 items and the second case study had 18 items. Follow-up care was provided after surgery. It was found that the knee joints of the first case study were recovered and can be bent by 0-120 degrees. A walker frame was used. Daily activities can be performed closely to normal. After discharging, the second case study number did not follow the instructions due to fear of knee pain, so the knees cannot be bent to their full range. Therefore, Gibson's concept of empowerment was applied to nursing care of the patient so that the patient can bend the knee by 0-120 degrees.

Keywords: Knee osteoarthritis, total knee arthroplasty คำ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชระชนวน

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee) หมายถึง โรคที่มีการสึกกร่อนหรือเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนของข้อเข่า (Degenerative-articular cartilage disease) ซึ่งกระบวนการสึกกร่อนเกิดขึ้นอย่างช้าๆบริเวณกระดูกอ่อนที่ปลายกระดูกข้อเข่า หมอนรองกระดูกและเนื้อเยื่อระหว่างข้อต่อกระดูกข้อเข่า เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุเป็นอันดับสามรองจากโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน² องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 400 ล้านคนในปี พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 โดยพบผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ในประเทศไทย พบว่ามีผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.8 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งโรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในวัยสูงอายุ จากสถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในคนไทย พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้มากกว่า 6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.5 ของประชากรทั้งหมด โดยข้อเสื่อมมากที่สุดคือข้อเข่า กลุ่มนักวิชาการโรคข้อเข่าเสื่อม ยืนยันว่าอุบัติการณ์เริ่มพบในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี และพบในผู้ที่มีอายุ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 50³ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมดเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยา และ/หรือรักษาด้วยวิธีประคับประคองแล้วไม่ได้ผล การผ่าตัดจึงเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการปวดเข่า ช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถเดิน เคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ จากสถิติการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด (Total Knee Arthroplasty:TKA) ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 47, 72 และ 91 ราย เท่ากับ 73, 99 และ 128 ข้อตามลำดับ⁴ และทุกรายจัดให้ผู้ป่วยนอนรักษาในหอผู้ป่วยชั้น 4 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด (Total Knee Arthroplasty:TKA) เป็นการแก้ไขปัญหาข้อเข่าเสื่อม

รุนแรง ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และความเจ็บปวดจากการเสื่อมของข้อเข่าทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ไม่อยากเดิน ส่งผลให้เกิดความพิการ และมีความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน ต้องเป็นภาระพึ่งพิงของผู้ดูแล เกิดปัญหาเศรษฐกิจตามมา ปัญหาที่ผ่านมาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด (Total Knee Arthroplasty:TKA) คือ ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลและกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด หรือกลัวเจ็บแผลผ่าตัด โดยเฉพาะในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีอาการปวดแผล หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดได้ ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่กล้าขยับหรือออกกำลังกายข้อเข่า ส่วนในระยะหลังผ่าตัด 2-3 วัน ผู้ป่วยควรเหยียดและงอเข่าได้มากขึ้น สามารถลุกเดินและทำกิจกรรมต่างๆโดยทั่วไปได้⁵ ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาข้อเข่าติด ไม่สามารถงอได้และส่งผลให้เคลื่อนไหวลำบาก แพทย์ต้องส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อให้ยาระงับความรู้สึกในการตัดข้อเข่าผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทนความปวดได้

จากเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ศึกษาเชิงลึก 2 ราย เพื่อศึกษาปัจจัยส่งเสริมการเกิดข้อเข่าเสื่อม การเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด (Total Knee Arthroplasty:TKA) การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การบริหารกล้ามเนื้อเพื่อฟื้นฟูสภาพกำลังกล้ามเนื้อรอบเข่าและข้อต่างๆ นำมาพัฒนาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด (Total Knee Arthroplasty:TKA) ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดคุณภาพในการให้บริการต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ สาเหตุการเกิด อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการใช้กระบวนการ

พยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยน
ข้อเข่าเทียม กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ใน
ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคข้อเข่า
เสื่อมรุนแรงต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด
เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ใน
โรงพยาบาลสมเด็จพระราชชนก กรมวิชัยราย
ที่ 1 ระหว่างวันที่ 25 -31 กรกฎาคม 2566 และ
กรณีศึกษารายที่ 2 ระหว่างวันที่ 2 สิงหาคม 2566-1
กันยายน 2566 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย
จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และจากเวช
ระเบียน

2. ทบทวนเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัย
ต่างๆศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์
และจากเวชระเบียน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลและ

ตารางวิเคราะห์เปรียบเทียบ การประเมินภาวะ
สุขภาพตามกรอบ 11 แบบแผนกอร์ดอน ข้อวินิจฉัย
การพยาบาล การดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่าย
และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติที่เข้า
ร่วมการศึกษาทั้ง 2 ราย โดยขอความยินยอมด้วย
วาจา ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มี
การละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวและ
รักษาความลับของผู้ป่วย

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เปรียบเทียบข้อมูล
การเจ็บป่วยดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
อายุ/สถานภาพสมรส	67 ปี/หม้าย	60 ปี 7 เดือน/คู่
น้ำหนัก/ส่วนสูง/BMI	น้ำหนัก 67 กก. สูง 153 เซนติเมตร BMI 28.621 (อ้วนระดับที่ 1)	น้ำหนัก 81 กก. สูง 170 เซนติเมตร BMI 28.028 (อ้วนระดับที่ 1)
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ปริญญาโทสาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
อาชีพ	ช่างเย็บผ้า	ข้าราชการบำนาญครู
วันเดือนปีที่เข้ารับการรักษา	25 -29 กรกฎาคม 2566	2 -6 สิงหาคม 2566
รวมวันที่รับการรักษา	5 วัน	5 วัน
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ปวดเข่าข้างซ้าย เดินลำบาก ข้อเข่าโก่ง ก่อน มาโรงพยาบาล 5 ปี	ปวดเข่าข้างซ้าย เข่าโก่ง เดินลำบาก ก่อนมา โรงพยาบาล 3 ปี
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	5 ปี ก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้ป่วยเริ่มมี อาการปวดเข่าข้างซ้าย ลักษณะของความปวด เป็นแบบขัตุๆเส็บๆ มีนๆซาๆ ซาเริ่มผิดรูป มี ลักษณะโก่งออกเล็กน้อย การเดินและการ เคลื่อนไหวลำบากมากขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ต้องใช้ไม้เท้าพยุงเดิน เนื่องจากกลัวล้ม อาการปวดเพิ่มมากขึ้น จึงไป พบแพทย์ที่คลินิกออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชชนก กรมวิชัยเป็น โรคข้อเข่าเสื่อมรุนแรง แพทย์ให้ยารักษาอาการ ข้อเข่าเสื่อม 3 เดือน อาการไม่ทุเลา อาการปวด	3 ปีก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยให้ประวัติว่า ปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง ปวดเข่ามากกว่าเข่าซ้าย ได้รับการรักษาโดยกินยาลดปวด ยาต้านการ อักเสบ กายบริหาร และใช้เครื่องพยุงเดินและ จำกัดกิจกรรมมา 6 เดือน แต่ผู้ป่วยยังมีอาการ ปวดโดยเฉพาะขณะเดิน ไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้ ปวดขณะอยู่เฉยๆ ปวดขณะยืนลงน้ำหนัก ข้อฝืด ช่วงเช้าหลังตื่นนอน และข้อฝืดระหว่างวัน อาการ ปวดมากจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ตามปกติ ไม่มีการอักเสบบวมแดงของเข่า มีอาการ ปวดบ่อยและเรื้อรัง เข่าโก่งผิดรูปทั้ง 2 ข้าง เหยียดงอได้น้อยกว่าปกติ และลำบาก มารับการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	รุนแรง ต้องใช้ไม้เท้าพยุงเดิน แพทย์ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างซ้าย	รักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน แพทย์ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างขวา นอนรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน 5 วัน 6 เดือนต่อมา ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนตามนัดเดิมเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างซ้าย
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ประวัติการได้รับการผ่าตัด/การได้รับอุบัติเหตุ	- ปฏิเสธโรคประจำตัว - ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร - ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ - การผ่าตัด ปี 2551 เคยได้รับการผ่าตัดมดลูกและท่อรังไข่ และปี 2561 ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างขวา	- มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รับประทานที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ไปรับการตรวจตามนัดทุกครั้ง การกินยาตามที่แพทย์แนะนำ สามารถควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี - ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร - เคยได้รับอุบัติเหตุ ปี 2528 ประสบอุบัติเหตุกระดูกต้นขาข้างซ้ายหัก ใส่เหล็กตามกระดูก และปี 2560 อุบัติเหตุขาข้างขวาท่อนล่างหักใส่เหล็กตามกระดูก
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปฏิเสธการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคติดต่อหรือโรคเรื้อรังใด ๆ ปฏิเสธการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปฏิเสธการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคติดต่อหรือโรคเรื้อรังใด ๆ ปฏิเสธการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยเป็นบ้าน 2 ชั้น ชั้นบนเป็นไม้ชั้นล่างเป็นปูน อากาศถ่ายเทสะดวก สะอาดดี ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยเดินขึ้นลงบันไดได้ หลังจากผ่าตัดเข่าข้างขวาและมีอาการปวดเข่าจึงย้ายลงมาอนที่ชั้นล่าง เพราะสะดวกมากกว่าชั้นบน และปรับบ้านชั้นล่างให้มีห้องน้ำในตัวบ้าน ห้องน้ำเป็นแบบชักโครก	บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยเป็นบ้าน 2 ชั้น ชั้นบนเป็นไม้ชั้นล่างเป็นปูน อากาศถ่ายเทสะดวก สะอาดดี ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยเดินขึ้นลงบันได เนื่องจากนอนที่ชั้นบน และ 3 ปี หลังจากที่มีอาการปวดเข่าจึงย้ายลงมาอนที่ชั้นล่าง เพราะสะดวกมากกว่าชั้นบน และไม่ทำให้ปวดเข่าเพิ่มมากขึ้น ชั้นล่างมีห้องน้ำในตัวบ้าน ห้องน้ำเป็นแบบชักโครก

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
ก่อนผ่าตัด 1. มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเดินลำบาก 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเข่าซ้าย 3. วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 4. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากปวดเข่าเดินลำบาก	ก่อนผ่าตัด 1. มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเดินลำบาก 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเข่าซ้าย 3. วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 4. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากปวดเข่าเดินลำบาก 5. มีโอกาสเกิดภาวะ Hypoglycemia หลังให้ดื่มน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด 6. มีโอกาสได้รับอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง 7. มีโอกาสได้รับอันตรายจากภาวะ Hypomagnesemia 8. มีโอกาสได้รับอันตรายจากการได้รับยา Enoxaparin
หลังผ่าตัด	หลังผ่าตัด

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
5. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง 6. มีโอกาสได้รับอันตรายจากภาวะช็อค 7. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมดข้างซ้าย(Left Total Knee Arthroplasty) ได้แก่ Pulmonary embolism, deep vein thrombosis, Fat embolism 8. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลหลังผ่าตัด 9. มีโอกาสได้รับอันตรายจากการได้รับยาแก้ปวด 10. มีโอกาสได้รับอันตรายจากการได้รับเลือด 11. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 12. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ 13. มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มเนื่องจากลุกเดินลำบากเพราะมีแผลผ่าตัดที่เข่าซ้าย 14. มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 15. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติดยึดแข็ง	9. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและแบบระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย 10. มีโอกาสได้รับอันตรายจากการเสียเลือดในการทำผ่าตัด 11. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมดข้างซ้าย(Left Total Knee Arthroplasty) ได้แก่ Pulmonary embolism, deep vein thrombosis, Fat embolism 12. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลหลังผ่าตัด 13. มีโอกาสได้รับอันตรายจากการได้รับยาแก้ปวด 14. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 15. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ 16. มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มเนื่องจากลุกเดินลำบากเพราะมีแผลผ่าตัดที่เข่าซ้าย 17. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติดยึดแข็ง
การติดตามหลังจำหน่าย -	การติดตามหลังจำหน่าย 18. มีภาวะข้อติดยึดแข็งหลังจำหน่าย

การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล

นำข้อวินิจฉัยการพยาบาลมาวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยกำหนดผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายและแผนการพยาบาลในข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้สอดคล้องกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) ดังนี้

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามเครื่องมือ/แนวทางที่กำหนดทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล ติดตามเฝ้าระวัง และประเมินปัญหา/ความต้องการอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล เพื่อให้มีข้อมูลครบถ้วน เพียงพอต่อการวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

2. บรรเทาอาการปวดเข่า และปวดแผลผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย โดยจัดทำและสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยเกิดความสะดวกสบาย แนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวด และบริหารยาบรรเทาปวด

ให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษา (กรณีศึกษารายที่1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2, 8, 9 และกรณีศึกษารายที่2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2, 12, 13)

3. ดูแลความปลอดภัยโดยจัดการให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอและพร้อมใช้ โดยปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด(กรณีศึกษารายที่1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1, 4, 13 และกรณีศึกษารายที่2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1, 4, 16)

4. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา ได้แก่ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด การติดเชื้อจากการสวนคาปัสสาวะ ภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในปอด ภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันและภาวะข้อติด โดยการปฏิบัติตามหลักการควบคุม

และป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ส่งเสริมการลุกนั่ง เดิน จากเตียงโดยเร็ว (Early ambulation) และส่งเสริมการบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า (กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7, 11, 12 และกรณีศึกษารายที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11, 14, 15)

5. ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฝ้าระวังสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว และส่งต่อแผนการรักษาพยาบาลประสานงานกับกลุ่มงานกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5, 6, 10, 14 และกรณีศึกษารายที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5, 6, 7, 8, 9, 10)

6. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง โรคข้อเข่าเสื่อมได้ถูกต้อง โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลตนเองที่บ้านเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การใช้ยา การปฏิบัติตนตามการรักษา และการมาตรวจตามนัด รวมถึงการให้ข้อมูลอื่นๆ เช่น อธิบายก่อนการลงนามยินยอมรักษาพยาบาล และการลงนามยินยอมรับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก เป็นต้น ฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น ฝึกการเดินและการเคลื่อนไหว ฝึกการบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า ฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3, 15 และกรณีศึกษารายที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3, 17, 18)

7. สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ด้วยการช่วยเหลือเอาใจใส่ ให้ข้อมูลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสม (กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1-15 และกรณีศึกษารายที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1-18)

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1-15 บรรลุผลลัพธ์การพยาบาลทุกข้อ และกรณีศึกษารายที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1-18 บรรลุผลลัพธ์การพยาบาลทุกข้อ ถึงแม้ว่าข้อสุดท้าย (ข้อที่ 18) จะมีความล่าช้า แต่หลังจากที่พยาบาลได้ให้คำแนะนำเสริมพลังให้ผู้ป่วย ทำให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อนี้บรรลุผลการพยาบาล

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ สนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วย และการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ใช้ในการกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ในการพัฒนาบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลเพื่อแก้ไข ปัญหาและความต้องการตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล บรรลุตามวัตถุประสงค์การพยาบาลทุกข้อ มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดข้อเข่า ข้อเข่าไม่ติดยึดแข็ง แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ปลอดภัยจากพยาธิสภาพของโรค การได้รับยา/เลือด ไม่เกิดอุบัติเหตุรณพลัดตกหกล้ม มีความรู้ในการฟื้นฟูสุขภาพตนเองที่บ้าน สามารถเดินและเคลื่อนไหวด้วยการใช้เครื่องช่วยพยุงเดินแบบสี่ขา(Walker flame) ได้อย่างมั่นคง และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สอดคล้องกับเป้าหมายในการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ของราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2554)⁷ ที่กำหนดว่า “ผู้ป่วยต้องสามารถเหยียดและงอเข้าได้ดี ข้อเข่าไม่ติด มีกำลังกล้ามเนื้อข้อเข่า สามารถเดินในแนวราบด้วยเครื่องช่วยเดินแบบสี่ขา(Walker) ได้อย่างมั่นคง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามความเหมาะสม”

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพควรรำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวมีความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. พยาบาลวิชาชีพควรรำข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องกรอบการประเมินความสามารถแห่งตน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง

3. ควรมีการกำหนดกรอบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเพื่อให้พยาบาลได้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน เพราะถ้ากลับไปบ้าน ผู้ป่วยต้องสามารถออกกำลังยืดเหยียดข้อเข้าได้ถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อเข้าติดยึด

4. ควรมีการพัฒนาและเสริมพลังอำนาจให้ care giver สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง เพื่อคอยกระตุ้นและดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามคำแนะนำของพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม คือไม่เกิดภาวะข้อเข้าแข็งยึดติด

เอกสารอ้างอิง

1. สุวรรณิ สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณฑิรา เพ็ญทอง และผุสดี สระทอง.(2562).การพยาบาลผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อม. *วารสารวิชาการแพทย์เขต11*.ปีที่ 33 ฉบับที่ 2.197-209.
2. สุพรรณิ วงศ์แก้ว, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และภารดี นานาศิลป์.(2023).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อมระยะที่สาม. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.ปีที่ 50 ฉบับที่ 1.216-228.
3. ธวิศ เมธาบุตร.(2565).การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข้าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่9*.ปีที่ 16 ฉบับที่ 3.969-985.
4. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน.(2564-2566).งานสารสนเทศโรงพยาบาล.
5. ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล สุวรรณิ สร้อยสงค์ และบุศริน เอย์ยสีหยก.(2561).การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*.ปีที่ 29 ฉบับที่ 1.
6. กิรติ เจริญชลวานิช และบุญชนะ พงษ์เจริญ.(2005).การศึกษาความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิต Oxford Knee Score และ SF-36. *Jmed Assoc Thai*.ปีที่ 88 ฉบับที่ 9.
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2548).แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคข้อเข้าเสื่อม.8. สมาคมรูมาติซึมแห่งประเทศไทย.(2554).แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข้าเสื่อม.1-32.
9. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2565). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต(ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม).
10. เนตรนิภา จันตระกูลชัย.(2557).ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].
11. บุญจันทร์ วงศ์สันทรวัฒน์, รัตนาภรณ์ จีระวัฒน์, ญัฐพิมณฑ์ ภิรมย์เมือง และน้ำเพชร สายบัวทอง.(2010).แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก:การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด. *Rama Nurse*.ปีที่ 18 ฉบับที่ 2.166-177.
12. เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล.(2001).การวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลรามา*.ปีที่ 7 ฉบับที่ 1.73-80.
13. อีรพงศ์ โศภิชฎิกุล.(2565).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมในผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมโรงพยาบาลนพรัตนนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารชัยภูมิเวชสาร*.ปีที่ 42 ฉบับที่ 1.88-98.
14. เนตรนิภา จันทร.(2019).ประสิทธิผลของการรักษาด้วยการออกกำลังกายตามแนวคิด Movement System Impairment ต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆและระดับความรุนแรงของข้อเข้าเสื่อมในผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมเรื้อรัง. *วารสารการสาธารณสุข*.ปีที่ 28 ฉบับที่ 3.
15. เวียงพิงค์ ทวีพูน.(2564).ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรียม. [มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์].

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับมีภาวะไตวายเฉียบพลัน กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Patients with Septic Shock and Acute Kidney Injury: Two Case Studies

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อุไร มิตรปราสาท¹
Urai Mitprasart¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามิ่วตูลุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี 2 ราย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยนำแนวคิดและแบบแผนการประเมินสุขภาพ (Functional health pattern) ตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน (Marjory Gordon) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 62 ปี ประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ Hypertension และ CKD stage 3 มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ หายใจเหนื่อยหอบ ก่อนมา 8 ชั่วโมง ไม่มีไข้ มีอาการปวดเอว ปัสสาวะออกลดลง มา 2 วัน มีภาวะ Septic shock ไม่ได้ Activate sepsis protocol จากโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยมีภาวะ hypodynamic ส่งผลให้เกิดระบบการหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรงเฉียบพลัน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มี Organ dysfunction 3 ระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด, ระบบการหายใจ และ ระบบไต ผู้ป่วยได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม รวมอยู่รักษา 4 วัน ผู้ป่วยปลอดภัย Refer กลับโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 77 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2, Hypertension, Hyperlipidemia, old CVA และ CKD stage 3 มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ มีไข้สูง หนาวสั่น หายใจเหนื่อยหอบมา 1 วัน Lactate 3.8 mmol/L มีภาวะภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ activate sepsis protocol จากโรงพยาบาลชุมชน เกิดระบบการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ มี Organ dysfunction 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการหายใจ, ระบบไต เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น รวมอยู่รักษา 4 วัน ผู้ป่วยปลอดภัย Refer กลับโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ, ไตวายเฉียบพลัน

Abstract

This comparative study of two case studies aimed to provide nursing care for patients with septic shock and acute kidney injury. Data were collected from inpatient medical records. The concept and Gordon's functional health patterns were applied in patient care. The review of related literature was conducted to find out patients' problems. The nursing diagnosis was formulated to plan nursing practice and the nursing outcomes were summarized and evaluated.

The study results were as follows. The first case study was a 62-year-old Thai male having type 2 diabetes mellitus as well as hypertension and CKD stage 3. He came to the hospital with the symptoms of shortness of breath for 8 days, having waist pain and decreased urine output for 2 days. He came for a checkup for diabetes. While waiting to receive the medicine, he felt dizzy without chest pain. He had septic shock and did not activate sepsis protocol from the community hospital, causing hypodynamic state, resulting in acute respiratory failure. He was intubated and put on a ventilator. There was organ dysfunction in 3 systems: the cardiovascular system, the respiratory system and the renal system. He received hemodialysis and was admitted to the Medical Ward, KhonKaen Hospital for 4 days. He was safe and referred back to the community hospital. The second case study was a 77-year-old Thai male having type 2 diabetes mellitus as well as hypertension, hyperlipidemia, old CVA and

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

CKD stage 3. He came to the hospital with the following symptoms: high fever with chills and shortness of breath for 1 day. His body temperature was 39.8 degrees Celsius with Lactate 3.8 mmol/L. He had sepsis and activated sepsis protocol from the community hospital. Acute respiratory failure occurred. He was intubated and put on a ventilator. There was organ dysfunction in two systems: the respiratory system and the renal system. He was admitted to the Medical Ward, Khon Kaen Hospital for 4 days. He was safe and referred back to the community hospital.

Keywords: Sepsis, septic shock, acute kidney injury

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS) เนื่องจากผลของภาวะนี้ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) ระบบเผาผลาญ (Metabolism) ล้มเหลว จากความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่ภาวะ Hypoperfusion และ Organ dysfunction หากไม่ได้รับการประเมินและติดตามการดำเนินโรครวมถึงการให้การรักษอย่างทันที่ซึ่งสามารถเพิ่มระดับความรุนแรงเป็น septic shock โดยผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือลดลงมากกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท จากระดับความดันโลหิตเดิมโดยไม่พบสาเหตุอื่น และไม่ตอบสนองต่อการให้สารน้ำชนิด Crystalloid 30 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม มีหลักฐานบ่งชี้ว่ามีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง เช่น Lactic Acidosis พบค่าระดับของแลคเตทในเลือด (Serum lactate) มากกว่า 2 มิลลิโมลต่อลิตร มีปัสสาวะออกน้อย หรือมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ต้องได้รับยากระตุ้นหัวใจหรือยากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือด (Vasopressors) เพื่อประคองค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean arterial pressure; MAP) ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งภาวะติดเชื้อสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะติดเชื้อขั้นรุนแรง และภาวะช็อก ทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะหลายระบบล้มเหลว (Multiple organ system dysfunction) และเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุด 1 ใน 4 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่ว

โลก (Rhodes et al., 2017) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี พบว่า มีผู้ป่วย sepsis 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง ทางสมาคมเวชบำบัดวิกฤติแห่งสหรัฐอเมริกา (The Society of Critical Care Medicine: SCCM) ร่วมกับ The European Society of Intensive Care Medicine; ESICM) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติสากล และประกาศใช้แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเพิ่มความตระหนักถึงความรุนแรงและค้นหาอาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่ระยะแรกเพื่อลดอัตราความรุนแรง ลดการเสียชีวิตซึ่งประกอบด้วย การคัดกรอง การวินิจฉัย กระบวนการจัดการเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร่งด่วน การให้ยาปฏิชีวนะ การกำจัดและควบคุมเชื้อโรค การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนเลือด และการนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกายให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย¹ ดังนั้นการค้นหาอาการระยะแรกที่จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตให้มากขึ้น

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ระดับA) รายงานสถิติผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2564 และ 2565 มีจำนวน 1,915 และ 2,565 รายต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น รายงานผลจากฐานข้อมูลศูนย์ข้อมูลสนับสนุนการจัดบริการ

สุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรงพยาบาลขอนแก่น อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ยังมีผลลัพธ์ที่สูงกว่าค่าเป้าหมาย ปี 2564 และ 2565 ร้อยละ 30.39 และ 31.71 ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมต้องประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาลให้ความช่วยเหลือ การดูแลผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดอัตราการเสียชีวิต การศึกษานี้เป็นตัวอย่างหนึ่งของการพยาบาลผู้ป่วยช็อกที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) เกิดจากภาวะไตทำหน้าที่ลดลงอย่างเฉียบพลัน เป็นเหตุให้เกิดของเสียคั่งในร่างกาย การควบคุมปริมาตรสารน้ำเกลือแร่ผิดปกติ ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1 ครั้ง หลังทำการฟอกไต ไตฟื้นดี ปัสสาวะออกดี ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลต้องจัดการด้านสารน้ำในร่างกาย การรักษาสมดุลอิเล็กโทรลิต กรด ต่าง การจัดการระบบเลือด ภาวะซีด การจัดการด้านอาหาร การดูแลตนเองของผู้ป่วย ตลอดจนการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับมีภาวะไตวายเฉียบพลัน

2. เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับมีภาวะไตวายเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) จำนวน 2 ราย

1. คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกและมีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงเดือนมีนาคม - สิงหาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยนำแนวคิดและแบบแผนการประเมินสุขภาพ (Functional health pattern) ตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน (Marjory Gordon) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสารตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน ตั้งแต่ระยะวิกฤตแรกรับ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 62 ปี ประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) มา 5 ปี ความดันโลหิตสูง และ CKD stage 3 เข้ารับการรักษาในวันที่ 14 มีนาคม 2566 เวลา 15.24 น.	กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 77 ปี มีประวัติเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) มา 10 ปี, ความดันโลหิตสูง มีไขมันในเลือดสูง old CVA และ CKD stage 3 เข้ารับการรักษาวันที่ 23 สิงหาคม 2566 เวลา 00.56 น.
อาการสำคัญ หายใจเหนื่อยหอบ ก่อนมา 8 ชั่วโมง	อาการสำคัญ มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบมา 1 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ OPD เบาหวาน โรงพยาบาลชุมชน มีอาการปวดเอว ปัสสาวะออกลดลงมา 2 วัน ขณะรอรับยามมีอาการหน้ามืด ตาลาย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก อุณหภูมิ 35.6 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 41 ครั้ง/นาที BP 106/46 mmHg O₂ saturation room air ได้ 96-98% Lung มี fire crepitation ตรวจร่างกายทั่วไปมี petting edema 1+ at both leg, DTX 238 mg%, BUN 26 mg/dl(H), Creatinine 3.9 mg/dl(H), eGFR 15.5ml/min/ 1.73m², WBC 15.94 10³/uL, potassium 6.3 mmol/L</p> <p>แพทย์วินิจฉัย unstable bradycardia with congestive heart failure with Respiratory failure with acute kidney injury with hyperkalemia การรักษาที่ได้รับ Atropine 1 mg IV push stat, 7.5% NaHco₃ 50ml IV push, 10% calcium gluconate 10ml IV slow push, kalimate 30 gm + น้ำ 50ml NG feed, RI 10 unit IV, NSS 1000 ml IV rate 100ml/hr และ retrain Foley's catheter ไม่มีปัสสาวะออกเลย ต่อมาผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/46 mmHg แพทย์พิจารณา on Endotracheal tube no 7.5 ซีต 22 ให้ off IV fluid, On Norepinephrine (4:250) IV drip 10cc/hr เวลา 13.00น. ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น</p>	<p>18 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หลังตื่นนอนมีอาการ ไข้สูง หนาวสั่น มีไอเล็กน้อย เสมหะเหนียวสีขาวปนเหลือง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 อุณหภูมิ 39.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 32ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที BP 167/79 mmHg O₂ saturation room air ได้ 96-98% Lung มี crepitation BLL, petting edema 1+, DTX 159 mg% BUN 18.8 mg/dl(H), Creatinine 1.5 mg/dl WBC 29.4 10³/uL, potassium 3.17 mmol/L, Lactate 3.8 mmol/L, Arterial Blood Gas (ABG) pH 7.3, pCO₂ 224 mmHg, pO₂ 100 mmHg, HCO₃ 11 mmHg, O₂ saturation ได้ 97% แพทย์วินิจฉัย Sepsis with Respiratory failure with Volume over load with metabolic acidosis with old CVA</p> <p>การรักษาที่ได้รับ On ET-Tube NO.7.5 ซีต 20, ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV drip in 3 hr. stat, Diazepam 10mg IV stat, Fentanyl 50 mcg IV stat และ retrain Foley's catheter เวลา 00.00น. ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น</p>
<p>ที่อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น 14 มี.ค.2566 โรงพยาบาลชุมชนไม่ได้ใช้ sepsis protocol จึงเริ่ม Start Check list protocol ที่ ER โรงพยาบาลขอนแก่น เวลา 14.56 น. แรกได้รับผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่องดี On ET-Tube NO.7.5 ซีต 22 cm ประเมินอุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ventilator 18ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/59 mmHg O₂ saturation ได้ 100 % GCS E4-VT-M6, DTX stat 238 mg%, EKG 12 lead: junctional brady cardia rate 49ครั้ง/นาที QT prolong, no STE, serum Lactate 5.53, On Norepinephrine 4:250 iv drip 10 mcdrop/min titrate on Acetar 1000 ml iv drip 80 ml/hr, Ceftriaxone 2 gm IV stat Admit หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 เวลา 15.45น. แรกได้รับผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่องดี สื่อสารตามคำบอกได้ สีหน้ามีความกังวล ไม่สุขสบาย On carina PCV mode PS 25 PEEP 8 TV 450, RR 20, FIO₂ 0.4, crepitation at Rt.lung สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 50ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/68 mmHg O₂ saturation 100% NEW score 5 Day1 ผู้ป่วยมีอาการซึมลง ปัสสาวะไม่ออก สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4-37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 50-64 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที/respirator ความดันโลหิต 114/68-110/82 มิลลิเมตรปรอท MAP 67-84 NEW score 0-5</p> <p>สรุป Problem list ดังนี้ 1) septic shock แรกได้รับ Lactate 5.53 mmol/L, WBC 15.5 10³/uL, Urine G/S: Gram+ve Cocci in chain Few, Urine c/s: Enterococcus faecalis grading 10³ - 10⁴ CFU/ml, PTT 47.5sec. neutrophil% 75.9%, การรักษาที่ได้รับ On Norepinephrine 4:250 iv drip 10 mcdrop/min, Azithromycin 500mg IV drip in 1 hr OD และ Ceftriazone 2 gm</p>	<p>ที่อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น วันที่ 23 สิงหาคม 2566 เวลา 00.40 น.ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่องดี On ET-Tube NO.7.5 ซีต 20 cm ประเมินแรกได้รับ อุณหภูมิ 39.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/100mmHg, O₂saturation 99% E3VTM6, Lactate 4.44 mmol/L</p> <p>Admit หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 เวลา 01.30 น. activate sepsis protocol มาจากโรงพยาบาลชุมชน แต่ไม่ใช้ Check list จึงเริ่ม Start Check list protocol at ward แรกได้รับผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำบอกได้น้อย อ่อนเพลีย motor power gr 3, On carina PCV mode PS 20 PEEP 5 TV 450, RR 18, FIO₂ 0.4, on Acetar 1000 ml IV loading then 100 cc/hr.</p> <p>Day1 สรุป Problem list ดังนี้</p> <p>ปัญหา Respiratory failure pH 7.3, pCO₂ 22.4 mmHg, pO₂ 100 mmHg, HCO₃ 11 mmHg, O₂ saturation ได้ 97% On carina Spont mode PSV FIO₂ 0.4, on Acetar 1000 ml IV loading then 100 cc/hr Day2 ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับสามารถ try wean off ET-tube เปลี่ยนให้ on HF flow 40 LPM FIO₂ 0.4 O₂ sat 99% Day4 เปลี่ยนให้ O₂ cannular 3LPM O₂ sat 99% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/72 mmHg O₂ saturation 98% NEW score 2</p> <p>ปัญหา acute kidney injury : Hypokalemia และ Hypomagnesemia ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง motor power gr 3, petting edema 1+ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ potassium 3.17 mmol/L, magnesium 1.23</p>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>+ DW 100 ml IV drip OD ประเมินซ้ำค่าลดลง Lactate 4.58 mmol/L Day2 Lactate 4.34 mmol/L Day3 ผลตรวจ Hemoculture : no growth, Sputum culture: not found, อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 96-108 ครั้ง/นาที หายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/73-150/88 มิลลิเมตรปรอท MAP 66-88 NEW score 0-5 urine 2000ml/8hr</p> <p>2) congestive heart failure with Respiratory failure มี crepitation at Rt. lung การรักษาที่ได้รับ On carina PCV mode PS 25 PEEP 8 TV 450, RR 20, FIO2 0.4, crepitation at Rt. Lung -Lasix 80 mg IV stat then 1gm IV drip in 24 hr. Day2 หลังทำ Hemodialysis แพทย์พิจารณา off ET-tube เปลี่ยนให้ O₂ mask with bag 10LPM O₂ sat 99% Day3 เปลี่ยนให้ O₂ connular 3LPM O₂ sat 99%, off Dopamine หายใจ 18-22 ครั้ง/นาที</p> <p>3) unstable junctional bradycardia EKG 12 lead, Troponin-T 41 ng/L, การรักษาที่ได้รับ</p> <p>- on Dopamine (2:1) vein drip 5 cc/hr titrate keep HR ≥ 60 ครั้ง/นาที Day2 หลังทำ Hemodialysis ชีพจร 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 104/55-135/67 มิลลิเมตรปรอท Day3 ชีพจร 96-108 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/73 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณา off Dopamine</p> <p>4) acute kidney injury : hyperkalemia แรกรับ potassium 6.41 mmol/L(HH), eGFR 14.04 ml/min/1.73 m2, BUN 29 mg/dl(H), Creatinine 4.23 mg/dl(H), blood ketone 0.29 mmol/L ผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะออกเลย การรักษาที่ได้รับ Kalimate 30gm+น้ำ 50ml feed ทุก 3 ชม. X 3 dose, 10% calcium gluconate 10ml IV slow push ติดตามผลLab หลังแก้อีก 1 ชม. potassium 5.67 mmol/L Day2 วันที่ 15 มี.ค.2566 potassium 7.29 mmol/L, BUN 37 mg/dl(H), Creatinine 5.23 mg/dl(H), eGFR 10.87 ml/min/1.73m2, blood ketone 0.43 mmol/L, FBS 369 mg/dl แพทย์พิจารณาทำ Hemodialysis หลังทำ Hemodialysis ค่า potassium 3.91 mmol/L, BUN 23 mg/dl(H), Creatinine 3.68 mg/dl(H), eGFR 16.62 ไตฟื้นดี urine output 1000 – 2000 ml Day3 วันที่ 16 มี.ค.2566 อาการผู้ป่วยหลังได้รับการฟอกไต อาการดีขึ้นตามลำดับ potassium 3.49 mmol/L, BUN 28 mg/dl(H), Creatinine 3.88 mg/dl(H), eGFR 15.59 ml/min/1.73m2 Day4 วันที่ 17 มี.ค.2566 อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/59-129/62 มิลลิเมตรปรอท MAP 66-88 NEW score 0, off DLC Lt. ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ on room air O₂ saturation 98% ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น รู้สึกตัวรู้เรื่อง</p> <p>5) Hyperglycemia DM type2 แรกรับ DTX 500 mg% ให้ RI 10 unit IV stat ประเมินซ้ำ DTX 286 mg% ประเมิน DTX ทุก 6 ชั่วโมง ได้รับ RI หรือ NPH และติดตาม DTX เป็นระยะ ไม่มีอาการแสดงของภาวะ Hypo-Hyperglycemia</p>	<p>mmol/L, BUN 18 mg/dl(H), Creatinine 1.56 mg/dl(H), eGFR 42.22 ml/min/1.73m2, intake1900ml/output 1400ml. การรักษาที่ได้รับ on Acetar 1000 ml + KCL 40 meq IV drip rate 100 cc/hr และ 50% magnesium sulfate 2ml IV drip in 4 hr OD x 3 วัน ประเมินซ้ำ potassium 3.46 mmol/L magnesium 2.18 mmol/L Day3 potassium 3.36 mmol/L ให้ EKCL 30 ml oral q 3 hr x 2 dose</p> <p>ปัญหาติดเชื้อ (Septicemia) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ V20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/100 mmHg O₂ saturation 100% NEW score 3 ตรวจร่างกายพบมีขาซ้ายบวมแดงปวด ส่ง film Lt. leg AC Lateral : not found แพทย์วินิจฉัย cellulitis left leg, WBC 30.6 10³/uL, neutrophil% 90.5%, Lactate 4.44 mmol/L ผลตรวจ Hemoculture : no growth, Sputum culture: not found, Partial Thromboplastin Time 31.9 sec. Prothombin Time 15.6, INR 1.33</p> <p>การรักษาที่ได้รับ Start Check list protocol sepsis ให้ Acetar 1000 ml IV loading then rate 120 cc/hr, Ceftrazidine 1 gm IV drip q 12 hr</p> <p>Day2 WBC 16.3 10³/uL neutrophil% 83.4% Urine c/s : no growth สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 165/84 mmHg O₂ saturation 98%</p> <p>Day3 WBC 11.4 10³/uL สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 154/75 mmHg O₂ saturation 98% neutrophil% 74.9% off ยา Ceftrazidine 1 gm q 12hr เดิมเป็น Ceftrazidine 2 gm IV drip q 8hr และ Clindamycin 600mg IV drip q 8 h</p> <p>Day4 ไข้ลดลง อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส WBC 10.7 10³/uL, neutrophil 62.7% Lactate 1.04 mmol/L</p> <p>วันที่ 27 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไข้ลดลง ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ Refer โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ยา Ceftrazidine 2 gm IV drip q 8 hr และ Clindamycin 600 mg IV drip q 8 h ครบ 7-10 วัน (23-29 ส.ค.66) รวมอยู่รักษา 4 วัน</p>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
วันที่ 17 มี.ค.2566 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไตฟื้น ปัสสาวะออกดี Refer โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ยา Azithromycin 500mg IV drip in 1 hr ครบ 5 วัน (14-18 มี.ค.66) Ceftriazone 2 gm IV drip OD ครบ 7 วัน (14-20 มี.ค.66) รวมอยู่รักษา 3 วัน 21 ชั่วโมง	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของ กอร์ดอน สามารถนำมาประเมินปัญหาทางการพยาบาลได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ ให้แก่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับมีภาวะไตวายเฉียบพลัน มี 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิกฤติ 2) ระยะดูแลต่อเนื่อง และ 3) ระยะวางแผนจำหน่าย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามทฤษฎี 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย ขณะอยู่โรงพยาบาลดังนี้

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะวิกฤติ	<ol style="list-style-type: none"> มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีระบบหายใจล้มเหลว เนื่องจากมีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยมีภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง ของเสียคั่งในกระแสเลือด และภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากไตเสียหายที่ มีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติเพราะ มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะ Hypo-Hyper glycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดของผู้ป่วยในระยะวิกฤติ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย 	<ol style="list-style-type: none"> เสี่ยงต่อภาวะช็อก เนื่องจากมีการติดเชื้อในกระแสเลือด มีระบบหายใจล้มเหลว เนื่องจากมีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะน้ำเกิน ของเสียคั่งในกระแสเลือดเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง มีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากประสิทธิภาพการกรองของไตลดลงร่วมกับการสูญเสียออกจากร่างกาย เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะ Hypo-Hyper glycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดของผู้ป่วยในระยะวิกฤติ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย
ระยะดูแลต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากความจำเป็นในการคาท้อช่วยหายใจ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง 	<ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากความจำเป็นในการคาท้อช่วยหายใจ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง
ระยะวางแผนจำหน่าย	<ol style="list-style-type: none"> ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำและการควบคุมโรคเม้ออกจากโรงพยาบาล ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D 	<ol style="list-style-type: none"> ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำและการควบคุมโรคเม้ออกจากโรงพยาบาล ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับมีภาวะไตวายเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยภาวะวิกฤติ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การพยาบาลที่สำคัญในระยะแรกเริ่ม ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 1 : มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	<p>กิจกรรมทางการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลตาม Khonkaen sepsis protocol ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ((ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ วันที่ 8 พฤษภาคม 2561)) ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม โดยใช้ NEW score และติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามระดับคะแนนที่ประเมินได้ 2) การบริหารยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็วตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาหลังการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง และเฝ้าระวังแทรกซ้อนจากการให้ยาปฏิชีวนะ เช่น การแพ้อย่างรุนแรงเฉียบพลัน 3) การบริหารจัดการสารน้ำเพื่อป้องกันภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง โดยให้สารน้ำชนิดคริสตัลลอยด์ เช่น NSS และ lactated ringer ตามแผนการรักษาของแพทย์ ทดแทนในอัตรา 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือ 1,500 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมงแรก ร่วมกับประเมินผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำรวดเร็ว เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจ ไตวาย และประเมินการให้สารน้ำเกิน เช่น อาการบวมของใบหน้า มือ เท้า เสียงหายใจครืดคราดฟังปอดมีเสียงกรอบแกรบมีเสมหะเป็นฟอง 4) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ประเมินค่า MAP หลังได้รับสารน้ำ (ค่าปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท) หากค่า MAP น้อยกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด (Vasopressor) 5) ดูแลให้ได้รับยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดตามแผนการรักษาแล้วปรับเพิ่มขนาดครั้งละ 0.02 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที จนได้ระดับความดันโลหิตตามที่ต้องการ MAP มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ให้ทำการลดขนาดยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดโดยพยายามรักษาระดับ MAP ให้อยู่ในช่วง 65-90 มิลลิเมตรปรอท 6) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อดูแลให้ MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอทหาก MAP มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ให้ทำการลดขนาดยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดโดยพยายามรักษาระดับ MAP ให้อยู่ในช่วง 65-90 มิลลิเมตรปรอท 7) ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ อย่างมีประสิทธิภาพ และวัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการ เหนื่อยหอบ เเขียวหรือซีดตามปลายมือ ปลายเท้า ซีมลง สับสน และค่า SpO₂ ทุก 15 นาที จนกระทั่งค่า SpO₂ ของผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 93 จึงประเมินทุก 1 ชั่วโมง กรณีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และมี ภาวะ ARDS ดูแลปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ได้ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้า และออกในแต่ละครั้งในขนาดต่างๆ 8) ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินและจดบันทึกปัสสาวะทั้งลักษณะ สี จำนวน ของผู้ป่วยทุกชั่วโมง ดูแลให้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง หาก มีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ <p>2. การประเมินเพื่อค้นหาแหล่งติดเชื้อในร่างกาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ชักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอวัยวะที่มีการติดเชื้อในร่างกาย 2) หากพบการติดเชื้อในอวัยวะของร่างกายที่ชัดเจน เช่น แผล/ฝีที่ผิวหนัง ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณากำจัดแหล่งติดเชื้อ 3) แนะนำผู้ป่วยและญาติในการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย 4) ให้การพยาบาลโดยยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ เพื่อลดปัจจัยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น 5) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาการติดเชื้อต่างๆ ตามแผนการรักษา เช่น การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) โดยดูจากเม็ดโลหิตขาว (WBC) และคานิวโทรฟิล (neutrophil) และการตรวจเพาะเชื้อต่างๆ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 2 : ผู้ป่วยมีระบบหายใจล้มเหลว เนื่องจากมีภาวะ	<p>กิจกรรมทางการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา กรณีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลการตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา และบันทึกการเปลี่ยนแปลง สังเกตการทำงานของเครื่อง ventilator และการตั้งสัญญาณ

<p>เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากภาวะการติดเชื้อมีในกระแสเลือด</p>	<p>เดือน เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศขณะหายใจเข้า โดยผู้ป่วยควรมีระดับออกซิเจนในเลือด (O₂ Saturation) มากกว่า 95% ถ้า O₂ saturation ต่ำลงมากกว่า 2% ประเมินอาการผู้ป่วยและรายงานแพทย์ทันที</p> <p>2. ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ประเมินสัญญาณชีพ และประเมิน NEW score ทุก ½ -1 ชั่วโมง หากพบอาการผิดปกติที่สำคัญให้รีบแก้ไขและรายงานแพทย์ทันที ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วในช่วงแรก และช้าลงในช่วงหลัง หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เขียวคล้ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย และอาการแสดงของภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ได้แก่ ง่วงซึม มีน้ิรยะเหงื่อออก มือสั่น ตามัว ความดันโลหิตสูง หมดสติ</p> <p>3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง</p> <p>3.1 ดูแลเสมหะเท่าที่จำเป็น โดยประเมินจากการฟังเสียงปอด ใช้การดูดเสมหะระบบปิดโดยยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ เปิดความดันในการดูดเสมหะ 80-120 mmHg เวลาที่ใช้ไม่เกิน 10-15 วินาที เลือกขนาดของสาย suction ให้เหมาะสม คือ มีขนาด 1/2 หรือ 2/3 ของท่อช่วยหายใจ</p> <p>3.2 ฝัาระวังน้ำที่ตกค้างจากเครื่องช่วยหายใจไหลเข้าสู่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>3.3 เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะไหลออกได้ดี</p> <p>4. ลดการใช้ออกซิเจน โดยการวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในรายที่มี SpO₂ ลดลงค่อนข้างเร็วอาจดกกิจกรรมบางอย่างที่เพิ่มการใช้ออกซิเจน เช่น ผู้ป่วยอาจไม่ต้องอาบน้ำเช็ดตัวจนกว่าภาวะพร่องออกซิเจนจะดี หรือการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติพร้อมกันได้มาปฏิบัติในคราวเดียว</p> <p>5. จัดท่าที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ ได้แก่ ท่านอนหงายศีรษะสูง (fowler's position) 30-45 องศา เพื่อให้กะบังลมยกตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอกและปอดสามารถขยายตัวได้ดี โดยประเมินผลการจัดท่าจากค่า O₂ Saturation</p> <p>6. การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจไม่หอบเหนื่อย ลักษณะการเคลื่อนไหวของทรวงอกไม่เข้ก้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ความสามารถในการไอขับเสมหะลักษณะปริมาณเสมหะ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะค่าโปตัสเซียม และผลตรวจ ABG</p> <p>7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิบัติข้ณะตามแผนการรักษา และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (ABG), ผลตรวจเพาะเชื้อ และผล chest X-ray</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 3 : ผู้ป่วยมีภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง ของเสียคั่งในกระแสเลือด และภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากไตเสียหายนี้</p>	<p>กิจกรรมทางการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมสูง คือ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเป็นอัมพาต หัวใจวาย สับสน เพ้อคลั่ง ไม่รู้สึกตัว คลื่นไส้อาเจียน ถ้าใส่หยุดทำงาน หัวใจเต้นเร็ว และเต้นช้าจนหยุดเต้น ถ้ามีอาการให้รายงานแพทย์</p> <p>2. ดูแลให้ผู้ป่วย On Monitor EKG เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยหากพบ peaked T-wave ให้รีบรายงานแพทย์ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะกลายเป็น sine-wave pattern และ asystolic cardiac arrest ได้</p> <p>3. บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะชีพจร และอัตราการเต้นของหัวใจเพื่อติดตามการเต้นของหัวใจ</p> <p>4. ดูแลให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ เพื่อลดระดับโปแตสเซียมในเลือดลง และแก้ไขภาวะความเป็นกรดของร่างกาย ดังนี้</p> <p>4.1 ดูแลการให้ 50% glucose ร่วมกับ Regular Insulin ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ เพื่อช่วยดึงโปแตสเซียมเข้าสู่เซลล์โดยเร็ว โดยทำให้โปแตสเซียมที่อยู่ในกระแสเลือดลดลง โดย Insulin จะเป็นตัวนำโปแตสเซียมเข้าสู่เซลล์ (การให้ glucose เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังนั้นกรณีมีภาวะ hyperglycemia ไม่จำเป็นต้องให้ glucose)</p> <p>4.2 ดูแลการให้ 10% Calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำช้าๆ เพื่อลดพิษของโปแตสเซียมต่อหัวใจ ป้องกันภาวะหัวใจวาย</p> <p>4.3 ดูแลการให้ Kalimate 30 gm + น้ำ 50 ml โดยให้ทางปากหรือสวนเก็บทางทวารหนัก เพื่อขับโปแตสเซียมออกจากร่างกาย สังเกตและฝัาระวังผลข้างเคียงของยา Kalimate ที่จะทำให้ระดับโซเดียมในร่างกายสูงขึ้น อาจเกิดภาวะบวม และหัวใจล้มเหลวได้</p> <p>4.4 ดูแลการให้ 7.5% NaHCO₃ 2 Amp IV push เพื่อลดภาวะความเป็นกรดของร่างกาย ทั้งนี้เพื่อลดโปแตสเซียมออกมานอกเซลล์ด้วย</p>

	<p>4.5 เมื่อไม่สามารถแก้ไขภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง และภาวะความเป็นกรดได้แพทย์อาจพิจารณาลดภาวะดังกล่าว โดยการทำการขจัดของเสียด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ซึ่งเป็นวิธีการที่สามารถขับโปแตสเซียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้</p> <p>5. ติดตามผล Electrolyte โดยเฉพาะค่าโปแตสเซียม เนื่องจากไตเสียหายที่ไม่สามารถขับโปแตสเซียมออกทางปัสสาวะได้ประกอบกับร่างกายมีสภาพเป็นกรดมาก (Severe Metabolic Acidosis) มีการทำลายเนื้อเยื่อมาก</p> <p>6. ติดตามผล Arterial Blood Gas เพื่อประเมินสภาพความไม่สมดุลของความเป็นกรดและด่างในร่างกาย และติดตามผลการตรวจ Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr) และ eGFR เพื่อติดตามการทำงานของไต</p>
--	---

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ รวมทั้งมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิด Sepsis และ Septic Shock กรณีศึกษารายที่ 1 admit โรงพยาบาลชุมชน 8 ชั่วโมง หายใจหอบเหนื่อย ไม่มีไข้ แต่ให้ประวัติว่ามีอาการปัสสาวะออกน้อยลงมา 2 วัน แพทย์วินิจฉัย unstable bradycardia with congestive heart failure with Respiratory failure with acute kidney injury with hyperkalemia ไม่ได้ Activate sepsis protocol จากโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยมีภาวะ hypodynamic ส่งผลให้เกิดระบบการหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรงเฉียบพลันได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มี Organ dysfunction 3 ระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการหายใจ และระบบไต เมื่อไม่สามารถแก้ไขภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง และภาวะความเป็นกรดได้แพทย์พิจารณาลดภาวะดังกล่าวโดยการทำการขจัดของเสียด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(Hemodialysis) หลังจากได้รับการฟอกไต 1 ครั้ง⁵ อาการดีขึ้น ปัสสาวะออกดี รวมอยู่รักษา 4 วัน Refer กลับโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษารายที่ 2 มาโรงพยาบาลด้วยอาการนำที่ชัดเจนคือ มีไข้สูง หนาวสั่น หายใจเหนื่อยหอบมา 1 วัน ตรวจ Lactate 3.8 mmol/L แพทย์วินิจฉัย Sepsis with Respiratory failure with Volume over load with metabolic acidosis มีการระบุ Time Zero ได้เร็ว activate sepsis protocol ทันทีจากโรงพยาบาลชุมชน เข้าถึงแนวทางการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปลอดภัย ถอดท่อช่วยหายใจ และไม่มีภาวะ Septic shock รวมอยู่รักษา 4 วัน² ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะของโรคเป็นอย่างดี มีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วย และวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตดังกล่าวตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย รวมทั้งควรได้เข้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินความต้องการครอบคลุมทุกด้าน มีการส่งต่อข้อมูลที่เพียงพอเพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดอัตราการเสียชีวิต⁶

เอกสารอ้างอิง

1. Dugar S, Choudhary C, Duggal A. Sepsis and septic shock: Guideline-based management. Cleve Clin J Med. 2020 Jan;87(1):53–64.
2. Makic MBF, Bridges E. CE: Managing Sepsis and Septic Shock: Current Guidelines and Definitions. Am J Nurs. 2018 Feb;118(2):34–9
3. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) | Critical Care Medicine | JAMA | JAMA Network [Internet]. [cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>

4. กัญญ์ณพัชญ์ ศรีทอง, พยอม ถิ่นอ่อน, กรรวิ พูเต็มวงศ์, นันทน์ลิน นาคะกุล, พิริพัฒน์ เตชะกันทา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการทางคลินิกทรุดลงในผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมง. วารสารกองการพยาบาล. 2023 Aug 28;50(2):16-29
5. จุรีรัตน์ เกิดโสฬส, การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา, วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน 2563): 56-67.
6. จริยา พันธุ์วิทยากุล, จิราพร มณีพราย. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. ว.กองการพยาบาล 2561;45(1):86-104.
7. โรงพยาบาลขอนแก่น. (2565). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
8. แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ11แบบแผนของกอร์ดอน - ค้นหาด้วย Google [Internet]. [cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://www.google.com/search>
9. ปิยะอร รุ่งชนเกียรติ, สุนัญญา พรหมตวง, จันทนา แพงบุคดี. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตด้วยระบบทางด่วน โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย, 6(1), 36-51.
10. พรนภา วงศ์ธรรมดี, รัชณี นามจันทร์, วารินทร์ บินโฮ เซ็น. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอายุรกรรม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2562; 1(1): 33-49.

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis:กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care for Diabetic Patients with Diabetic Ketoacidosis: Two case studies.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 30,2023)

อุมาพร จันทะทะ¹
Umaporn Chantaha¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เปรียบเทียบตั้งแต่ระยะฉุกเฉินวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) ของกรณีศึกษา 2 ราย ที่รับเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 โรงพยาบาลขอนแก่น มีอาการและอาการแสดงคล้ายกัน ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงและมีค่า ketone สูง แต่ต่างกันใน เป็นเบาหวานคนละชนิด มีอายุที่แตกต่างกัน อีกรายมีโรคร่วมและ อีกรายไม่มีโรคร่วม ในกรณีศึกษารายที่ 1 เป็น DM type 1 อายุยังไม่ถึง 20 ปี ไม่มีโรคร่วม ขาดยาเบาหวานมา 2 ปี มีภาวะวิกฤตทางระบบหายใจ มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษามากกว่า แต่ใช้เวลารักษาน้อยกว่าเนื่องจากมีอายุน้อยและระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเร็วกว่า ในขณะที่ กรณีศึกษารายที่ 2 เป็น DM type 2 เป็นผู้สูงอายุมีโรคร่วม โดยการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้น จะควบคุมโรคได้ยากขึ้นต้องใช้ระยะเวลารักษานานมากขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน,เบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดDiabetic Ketoacidosis

Abstract

The objective of this case study was to compare nursing care for two diabetic patients with diabetic ketoacidosis (DKA), from the critical period, the continuing care period to the discharge period. Data were collected from inpatient medical records. Gordon's 11 functional health patterns were employed to investigate the patients' problems, define nursing diagnosis, plan nursing practice and summarize and assess nursing outcomes.

Results: Two diabetic patients with diabetic ketoacidosis (DKA) who were admitted to the Male Medical Ward 3, Khon Kaen Hospital had similar symptoms, including high blood glucose and ketones. Nevertheless, they were different in the following aspects. The first case study was a young man with type 1 diabetes mellitus and without comorbidities. He had not taken diabetes medication for 2 years and had a respiratory crisis, which was more complicated for treatment. However, it took less time to treat because he was young and came to the hospital quite fast. The second case was an elderly man with type 2 diabetes mellitus and comorbidities. The study indicates that with an increased age, it becomes more difficult to control the disease due to deterioration of the physical condition that causes declines in the functions of various organs, resulting in a longer treatment period.

Keywords: Nursing care for diabetic patients, diabetic ketoacidosis

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุกๆ 5 วินาที ส่วนคนไทยป่วยแล้ว 3.3 ล้านคน และมีแนวโน้มผู้ป่วยใหม่ปีละ 3 แสนคน มีรายงานสถิติสาธารณสุขไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 63 มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษา เฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี²

จากโรคเบาหวานที่เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะทุกระบบของร่างกาย ทำให้สุขภาพผู้ป่วยอาจเสื่อมเร็วกว่าคนปกติ ส่งผลให้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง และหาก ไม่ได้รับการส่งเสริมให้ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและรวดเร็วจนเป็นสาเหตุ ให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การรักษาพยาบาลในขณะที่ยังเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล เช่น ภาวะ DKA (Diabetic ketoacidosis) หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรด เป็นภาวะภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่มีความรุนแรงของโรคเบาหวาน ภาวะนี้พบได้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยข้อมูลจากสถิติโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อพบว่าในปี 2562 มีคนไทยเป็นเบาหวานจำนวน 1.1 ล้านคนโดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 16,588คน³ จากการศึกษาพบว่า การเกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน (diabetic

ketoacidosis, [DKA]) เป็นภาวะแทรกซ้อนในลำดับต้นๆที่มีความรุนแรงส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย

จากสถิติผู้ป่วยเบาหวานที่นอนรักษาในโรงพยาบาลนอนแค้นด้วยภาวะเลือดเป็นกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน ในปีพ.ศ 2564-2566 มีผู้ป่วยจำนวน 189,321 ,304⁴ ตามลำดับ มีผู้ป่วยเสียชีวิตภาวะเลือดเป็นกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน ในปีพ.ศ 2564-2566 มีผู้ป่วย จำนวน 1,1,2 ตามลำดับจากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดDKA มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้การรักษาภาวะที่กำลังคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการประเมินปัญหา การวินิจฉัยที่รวดเร็วและถูกต้อง ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรคเบาหวานและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่จะ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อที่จะสามารถใช้เป็นแนวทาง ในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะฉุกเฉินวิกฤตจนถึงจำหน่ายและวางแผนการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การศึกษา : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด DKA (Diabetic Ketoacidosis) เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study)

1. คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ น้ำตาลในเลือด สูง ชนิด Diabetic Ketoacidosis รวบรวมข้อมูลโดยใช้ แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการ
ดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ และแผนการ
รักษาของแพทย์ เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการ
ปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์
ทางการพยาบาล

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จาก
เอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่
เกี่ยวข้องกับ การพยาบาลผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเบาหวานที่
มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ชนิด Diabetic
Ketoacidosis ตั้งแต่ระยะวิกฤตแรกเริ่ม ระยะดูแล
ต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย
ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ชายไทยอายุ 33 ปี สถานภาพ หย่า จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพ ทำนา ทำไร่ รับจ้างทั่วไป	ชายไทยอายุ 74 ปี สถานภาพ คู่ จบการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน
วินิจฉัยโรค	DKA with Respiratory failure	DKA with AKI on top CKD
โรคประจำตัว และการใช้สาร เสพติด	เบาหวานชนิดที่ 1 (Diabetes Mellitus Type 1) มา 6 ปี ขาดยาเบาหวานมา 2 ปี ดื่มสุราตั้งแต่อายุ 18 วันละ 1 ขวด	มีประวัติเป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2, (Diabetes Mellitus Type 2) ดื่มสุราเวลาเข้าสังคม สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน
อาการและอาการแสดง	วิงเวียน อาเจียน หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ซึมลง ปลุกตื่นยาก	วิงเวียน อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ หายใจ หอบเหนื่อย ซึมลง ปลุกตื่นยาก
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการวิงเวียน อาเจียนทั้งวัน วันนี้ หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ซึมลง ปลุกตื่นยากมา ไปรพ.ใส่ท่อช่วยหายใจส่ง ตัวเข้ามารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อ รักษาภาวะDKAและระบบหายใจล้มเหลว เข้า รับการรักษาในวันที่ 22 ธ.ค.65 (เวลา 20.53น.)	6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการวิงเวียน อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ หายใจหอบเหนื่อย ซึมลง ปลุกตื่นยาก ที่รพช.เจาะ DTX 483 mg % ให้ RI 10 unit stat ใส่ NG irrigate ให้ ส่ง ตัวเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อรักษาภาวะDKAและมีเลือดออกใน กระเพาะอาหาร เข้ารับการรักษาในวันที่ 2 พ.ค.66 (เวลา 12.50 น)
การรักษาที่ได้รับ	ON ET -Tube และเครื่องช่วยหายใจช่วยขณะที่ มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการมีภาวะกรดคั่ง ในร่างกาย และรักษาภาวะที่น้ำตาลในเลือดสูง โดยให้ RI (1:1) iv drip 10 ml / hr เจาะ DTX ทุก 1 ชั่วโมงได้รับโซเดียมไบคาร์บอเนตชนิดชง ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ได้แก่ NaHCO ₃ 50 ml iv push then NaHCO ₃ 3 amp iv drip in 1 hr. เพื่อแก้ไขภาวะ สมดุลของ กรด-ด่าง ติดตามผล NaHCO ₃ serum ketone Electrolyte, VBG ทุก 4 ชม.	ON HIFO 40 LPM .ให้ RI (1:1) iv drip 4 ml / hr เจาะ DTX ทุก 1 ชั่วโมง Electrolyte, VBG ทุก 4 ชม. ติดตาม HCT ทุก 6 ชม.เนื่องจากอาเจียนเป็น เลือด ให้ PRC 2 unit vain drip ส่งทำ EGD เพื่อหาสาเหตุอาเจียนเป็นเลือด
นอนรักษาตัวในรพ.	5 วัน	7 วัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทฤษฎี ของผู้ป่วย 2 รายการ ประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	ความแตกต่าง
1.พยาธิสภาพอาการและ อาการแสดงภาวะ มีระดับ	ผู้ป่วยเพศชายอายุ 33 ปีมา ด้วยอาการ 1 วันก่อนมา	ผู้ป่วยเพศชายอายุ 74 ปีมา ด้วยอาการ 6 ชั่วโมงก่อนมา	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการและ อาการแสดงคล้ายกัน ตรวจ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทฤษฎี ของผู้ป่วย 2 รายการ ประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ

ทฤษฎี	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	ความแตกต่าง
น้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง 250-800 mg%/dl ร่วมกับมีกรดคีโตนคั่งในเลือดทำให้ร่างกายเกิดภาวะ metabolic acidosis มีอาการและอาการแสดงคือ ปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำมาก น้ำหนักลด เมื่อเกิดภาวะ ketosis มีกลิ่นใ้อาเจียนและรุนแรงถึงขั้น ketoacidosis มีอาการหายใจหอบลึก ลมหายใจ มีกลิ่นผลไม้หรือกลิ่นคีโตน มีการหายใจแรง (Hyperpnea or Kussmaul's Respiration) ไม่รู้สึกตัวคนไข้ DKA ส่วนใหญ่ระดับความรู้สึกตัวจะปกติ ยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาช้าหรือในรายที่มีอาการรุนแรง อาจมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวมักมี Drowsiness	โรงพยาบาลญาติให้ประวัติว่า วิงเวียนอาเจียนทั้งวัน หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ซึมลง ปลุกตื่นยากญาติพาไปรพ. กระนวน เจาะ DTX HI ketone HI หายใจหอบลึกซึมลง แพทย์พิจารณา ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจส่งตัวเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวถามตอบไม่รู้เรื่อง on ET-Tube with ventilator ไว้หายใจ 18 ครั้ง ไม่มีไข้ Temp 37.5 องศา BP 137/ 93 ชีพจร 136 ครั้ง/ นาที ความอิ่มตัวออกซิเจน 100 % ได้รับการวินิจฉัยแรกรับ DKA with Respiratory failure	โรงพยาบาล ญาติให้ประวัติว่า อาเจียนเป็นเลือด 2 ครั้งถ่ายดำ 1 ครั้ง วิงเวียนซึมลงปลุกตื่นถามตอบไม่รู้เรื่องญาติพาไป รพ.พลเจาะ DTX 483 mg% ketone 5.7 มีประวัติอาเจียนเป็นเลือดดำใส่ NG irrigate ให้เจาะ HCT ได้ 9 % ได้ PRC 1 unite แล้วส่งตัวเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวถามตอบไม่รู้เรื่องมีอาการเหนื่อย on ออกซิเจน mask with bag 10 L/m ความอิ่มตัวออกซิเจน 96 % หายใจ 24 ครั้ง/ นาที ชีพจร 87 ครั้ง/ นาที BP 129/63 mmHg T 37 องศา ได้รับการวินิจฉัยแรกรับ DKA with AKI on top CKD	พบระดับน้ำตาลและคีโตนสูงต่างกันระยะเวลาดังแต่ เจ็บป่วยรายที่ 2 จนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลน้อยกว่ารายที่ 1 แต่เนื่องจากรายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมถึงแม้จะใช้ระยะเวลาในการรักษาที่เร็วกว่าแต่อายุที่มากกว่าทำให้ควบคุมโรคได้ยากขึ้นเนื่องจากความเสื่อมของสภาพร่างกายที่ทำให้ให้อวัยวะต่างๆลดน้อยลง
2.ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน	เป็นเบาหวานปีพ.ศ.2559รับยาที่โรงพยาบาลกระนวน	เป็นเบาหวานปีพ.ศ.2552รับยาที่โรงพยาบาลพล	ผู้ป่วยรายที่ 2 มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าซึ่งจากการศึกษาพบว่าหากเป็นโรคเบาหวานมานานความสามารถในการควบคุมโรคจะลดลงแต่ในขณะเดียวกันความก้าวหน้าของโรคกลับเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ
3.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Plasma glucose > 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับสารคีโตนในเลือด > 3 mmol/L หรือ urine ketone ≥ 2+ HCO ₃ < 18 mmol/L หรือ PH < 7.3 และตรวจเพื่อค้นหาปัจจัยกระตุ้นเช่นการติดเชื้อ	DTX HI Blood ketone HI arterial blood gas PH 6.96 Hco ₃ 14.3 Urine ketone 3 + Sputum AFB not found PCR for TB not found	DTX 483 mg% Blood ketone 5.9 arterial blood gas 7.12 Hco ₃ 10.6 Urine ketone 2 + H/C no growth	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงตรวจพบคีโตนทั้งในเลือดและปัสสาวะคล้ายกันมีภาวะ ketoacidosis เหมือนกันซึ่งผล lab ทุกตัวนี้บ่งชี้ได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะ DKA (Diabetic ketoacidosis)
4.พฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้	ญาติให้ประวัติผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยหย่ากับภรรยา มาอาศัยอยู่กับมารดาและญาติ ตี๋มสุราวันละ 1 ขวดทุกวันหลังเลิกงาน ฉีดยาเบาหวานไม่สม่ำเสมอ บางครั้งก็ลืมฉีดไม่ได้ ใส่ใจดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เพราะ	ญาติให้ประวัติผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมาพบแพทย์รับยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่ได้ควบคุมเรื่องอาหารและยังมีตี๋มสุรา เวลาทำงานหรือตามเทศกาลอยู่	ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมคือไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ขาดยาเบาหวาน 2 ปีไม่ควบคุมอาหารตี๋มสุราทุกวันวันละ 1 ขวดส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะเลือดเป็น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทฤษฎี ของผู้ป่วย 2 รายการ ประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	ความแตกต่าง
	เห็นว่าสามารถ การดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำงานรับจ้างหาเงินได้ ไม่มีอาการผิดปกติ จึงไม่ไปรับยาเบาหวานต่อขาดยามาได้ 2 ปี		กรดจากการคั่งของกรดคีโตน เกิดภาวะDKA ผู้ป่วยรายที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมคือไม่ควบคุมอาหารและยังไม่เลิกดื่มสุรา

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย ของผู้ป่วย 2 รายการ ประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการมีภาวะกรดคั่งในร่างกาย	เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการมีภาวะกรดคั่งในร่างกาย	ไม่พบปัญหา
2.เสี่ยงต่อภาวะหมดสติเนื่องจากมีภาวะคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย	เสี่ยงต่อภาวะหมดสติเนื่องจากมีภาวะคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย	เสี่ยงต่อภาวะหมดสติเนื่องจากมีภาวะคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย
3.มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากสูญเสียไปกับปัสสาวะจากosmotic diuresis	มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากสูญเสียไปกับปัสสาวะจากosmotic diuresis	มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากสูญเสียไปกับปัสสาวะจากosmotic diuresis
4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากการรักษาด้วยอินซูลิน	ไม่พบปัญหา	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากการได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน
5.ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ	ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ	ไม่พบปัญหา
6.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยวิกฤติ	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยวิกฤติ	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยวิกฤติ
7.ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและ ภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ	ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ลดลงเนื่องจากเจ็บป่วยวิกฤติ	ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ลดลงเนื่องจากเจ็บป่วยวิกฤติ
8.ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	.ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	.ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดDKA(Diabetic ketoacidosis) กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย การพยาบาลที่สำคัญในระยะแรกเริ่ม ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่1:เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการมีภาวะกรดคั่งในร่างกาย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> หายใจหอบเหนื่อย ซีมลง ปลุกตื่นยาก On ET-Tube ซีพจร 136 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/93 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 97 % DTX=HI, Serum ketone=HI 	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินการหายใจ ดูแล on ventilator pcv IP 28 RR 16 Fio2 0.4 PEEP 5 keep o2 sat >95 % ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ พร่องออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ/เท้าเย็น เล็บ ริมฝีปาก ชิดเขียว กระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็ววื้นทุก1 ชม. สังเกตและบันทึกออกซิเจนปลายนิ้ว (O2 saturation) ทุก 1ชั่วโมง Keep O2 saturation > 95% ถ้า O2 saturation ต่ำลง มากกว่า 2% ประเมินอาการผู้ป่วยและรายงานแพทย์ทันที ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินเสียงลมเข้าปอด เสียงเสมหะ เสียงผิดปกติต่างๆ อย่างน้อย เวลละ 1 ครั้ง หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กะบังลมหย่อนตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอก และปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้น ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอโดยการดูดเสมหะอย่างถูกต้องดังนี้ ดูแลท่อทางเดินหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ ตรวจสอบตำแหน่งของท่อทางเดินหายใจให้อยู่ตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่ให้ดึงรั้ง ไม่เลื่อนหลุด ไม่กดมุมปาก ดูแลวัด cuff pressure อย่างน้อยเวลละ 1 ครั้ง หรือเมื่อได้ยินเสียง leakage ของ ET tube ฟังเสียงลมเข้าปอดทั้ง 2 ข้างให้เท่ากัน และฟังเสียงลมรั่วทางปาก บันทึกตำแหน่งที่เหมาะสม ช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเพื่อระบายเสมหะ ติดตามค่าElectrolyte, ค่า blood gas, DTX
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่2:เสี่ยงต่อภาวะหมดสติเนื่องจากมีภาวะคั่งของกรดคี้โตนในร่างกาย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> หายใจหอบเหนื่อย ซีมลง ปลุกตื่นยาก มีblood sugar สูง DTX=HI, Serum ketone=HI PH 6.96 ตรวจปัสสาวะพบ ketone 3+ 	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินระดับความรู้สึกตัวสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง บันทึกสัญญาณชีพทุก1 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 0.9% NSS 1000 ml + kcl 20 meq IV drip 200 ml/hr. ดูแลให้ได้รับอินซูลินตามแผนการรักษาคือ RI 10 unite IV bolus then RI 10 unite + NSS 100 ml IV drip 10 unite 10 cc/hr (ใส่เครื่อง infusion pump เพื่อความแม่นยำในการนับหยด) ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1 ชั่วโมง ติดตามค่าElectrolyte, ค่า blood gas, ทุก 4 ชั่วโมง บันทึกสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 8 ชั่วโมง
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่3:มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากสูญเสียไปกับปัสสาวะจากosmotic diuresis</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> มีประวัติอาเจียนทั้งวันก่อนมาโรงพยาบาล ค่าElectrolyte จากรพช. Na 120 ,k 6.61 , k3.18(รพ.ขอนแก่น) 	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินอาการ อาการแสดงของภาวะ Hyper kalemia hypokalemia วัดและบันทึกสัญญาณชีพ และประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง monitor EKG เพื่อประเมินการเต้นของจังหวะหัวใจ ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 0.9% NSS 1000 ml + kcl 20 meq IV drip 200 ml/hr. ติดตามค่าElectrolyte, ค่า blood gas, ทุก 4 ชั่วโมง บันทึกสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 8 ชั่วโมง
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่4:เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยNPOเนื่องจากมีประวัติอาเจียนเป็นเลือดก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินเพื่อแก้ไขภาวะDKA 	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากอาการผู้ป่วย ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ซีพจรเบาเร็ว ตรวจและบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตามแผนการรักษาทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ให้อินซูลินตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้อินซูลิน เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จัดเตรียม 50% Glucose 50 ml ให้พร้อมใช้เพื่อการแก้ไขภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

ผลลัพธ์การพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทยอายุ 33 ปีได้รับการวินิจฉัย DM type 1 with DKA มีประวัติเป็นเบาหวานมา 6 ปีขาดยาเบาหวานมา 2 ปี ตื่นสุราทุกวัน วันละ 1 ขวด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นวันที่ 22 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 27 ธันวาคม 2565 ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด DKA จนผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตอาการดีขึ้นสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 23 ธันวาคม 2565 พ้นจากภาวะ DKA วันที่ 25 ธันวาคม 2565 และส่งตัวกลับไปรับการรักษาต่อที่รพ.กระนวนวันที่ 27 ธันวาคม 2565

ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทยอายุ 74 ปีเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวคือ HT, CKD ได้รับการวินิจฉัย DM type 2 with DKA with UGIB เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นวันที่ 2 พฤษภาคม 2566 ถึงวันที่ 9 พฤษภาคม 2566 ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด DKA ควบคู่กับการรักษา UGIB ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะhypoglycemia ขณะได้รับอินซูลินเพื่อแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดDKA จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยที่ทำให้การดำเนินของโรคไม่ดีขึ้นคืออายุ อายุที่มากขึ้นทำให้ควบคุมโรคได้ยากขึ้นเนื่องจากความเสื่อมของสภาพร่างกายที่ทำให้อวัยวะต่างๆลดน้อยลง ต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ รวมระยะเวลา 9 วันผู้ป่วยปลอดภัยแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีระดับความยุ่งยากซับซ้อนที่ต่างกัน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น ขาดยา ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ตื่นสุรา ไม่เห็นความสำคัญในการควบคุมอาหาร ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีประสิทธิภาพ จนมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิดภาวะเลือดเป็นกรดชนิด DKA¹ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินของผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน² เมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินและวินิจฉัยได้ทันที่วงที่และได้รับการรักษาโดยการ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และอินซูลิน เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะกรดต่างในร่างกายไม่สมดุล การมีคีโตนคั่งในร่างกายกระทั่งผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดและสมดุลกรดต่างเข้าสู่เกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต ซึ่งหากได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินวิกฤตเช่นนี้ไม่ทัน ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงนี้ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที่วงที่การดูแลและประเมินสังเกตอาการขณะผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้⁶ สมรรถนะ และทักษะในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตตลอดจนบทบาทในการสร้างเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- 1.กนกพจน์ จันทรวิวัฒน์และคณะ.(2563).แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอายุรศาสตร์.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร
- 1.จิราภรณ์ ชิมโสม.(2020).การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดDiabetic Ketoacidosis(DKA).รายกรณีศึกษา chiyaphum medical journal.v.40 No .2
- 2.นุชระพี สุทธิกุล ,สุมาลี จารุสุขถาวร ,และ เยาวภา พรเวียง.(2564).การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤต.วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 31(1), 14-32
- 3.โรงพยาบาลขอนแก่น. (2564). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น

- 4.รัชณี เบญจธน์ และพิพพิจิตร กัญจนสินธุ์. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ .พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ บริษัท สีพี วิ่ง เอ พี. หน้า 93 – 119.
- 5.ภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรมองข้าม.ค้นหาด้วยGoogle (Internet).(17พ.ย.2565) .
https://www.bpkmutprakan.com/care_blog/view/211
- 6.วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชา พาณิชย, 2556). หน้า 311-344.
- 7.วรรณิ นิธิยานันท์. (2563). ไทยป่วยเบาหวานพุ่งสูงต่อเนื่องแตะ 4.8 ล้านคน ชี้ ‘เนือยนิ่ง-อ้วน-อายุมาก’ ต้นเหตุ. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18014>
- 8.สุวรรณี สร้อยสงค์และคณะ.(2560).พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี.28(2).93-103
- 9.เสาวนีย์ พรประภา (2564).การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis. วิทยานิพนธ์การศึกษาวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและชุมชน.ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค.64.
- 10.ภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรมองข้าม.ค้นหาด้วยGoogle (Internet).(17พ.ย.2565) .
https://www.bpkmutprakan.com/care_blog/view/211

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Diabetic Patients with Diabetic Ketoacidosis(DKA) : Two Case Studies.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ณิรชา บุญมартย์¹
Neeracha Boonmart¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู ดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบ แผนของกอร์ดอน ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) โดยกรณีศึกษาทั้งสองรายได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความเหมือนกันคือเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตของโรคเบาหวาน ที่ต้องให้การรักษาโดยการให้สารน้ำ ให้อินซูลินทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง และปรับอินซูลินตามระดับน้ำตาลในเลือด ความแตกต่างกันคือ รายที่ 1 เป็น Diabetic Ketoacidosis with coma มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤตหลายระบบ มีความยุ่งยากในการดูแลรักษามากกว่า ต้องย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และใช้เวลาในการรักษานาน ในขณะที่รายที่ 2 เป็น Diabetic Ketoacidosis without coma ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลาในการรักษาน้อยกว่า

คำสำคัญ : โรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis, การพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to study and compare two case studies for obtaining the guidelines for providing nursing care for diabetic patients with DKA. It was a comparative study of two case studies, starting from the crisis period, the recovery period, the continuing care period, and the discharge planning period. Data were collected from inpatient medical records. The concept of patient assessment according to Gordon's 11 Functional Health Patterns was employed. The patient problems were investigated, and the nursing diagnosis was determined to plan nursing practice. Finally, the nursing outcomes were summarized and assessed.

Results: In this study, two diabetic patients with DKA were studied. Both cases were admitted to the Male Medical Ward 1. The similarity of both patients was having type 2 diabetes mellitus with DKA, a critical condition of diabetes that must be treated by having intravenous fluids and insulin and adjusting insulin according to blood sugar levels. The differences were as follows. The first case study had DKA with coma and critical complications in many systems, so it was more difficult in giving treatment. He had to receive treatment in the Medical Intensive Care Unit, taking a long time to recover. However, the second case had DKA without coma and complications, so took less time to recover.

Keywords: Diabetic ketoacidosis (DKA), nursing care

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่สูงขึ้น ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตของโรคเบาหวาน สามารถพบได้ทั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นภาวะที่ไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ เนื่องจากการขาดอินซูลิน เมื่อเซลล์ไม่สามารถเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตให้เกิดพลังงานได้ ตับจึงเปลี่ยนไกลโคเจนที่สะสมไว้ให้เป็นกลูโคส โดยกระบวนการ Glycogenolysis และมีการสังเคราะห์กลูโคสจากกระบวนการ Glyconeogenesis ซึ่งภาวะเช่นนี้จะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นไปอีก¹² ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) ได้แก่ ภาวะติดเชื้อ และการขาดยาลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดการพบแพทย์ต่อเนื่อง¹³ ปัจจัยอื่นๆที่พบว่ากระตุ้นให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) เช่น โรคตับอ่อนอักเสบ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือแม้แต่เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนก็อาจมาด้วย

อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) ได้

จากสถิติของโรงพยาบาลขอนแก่น ปีพ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 189, 321 และ 304¹¹ รายตามลำดับ และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) ตั้งแต่ปีพ.ศ.2564-2566 จำนวน 1, 1 และ 2¹¹ รายตามลำดับ

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ระดับ A) เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอายุรกรรม และการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่น ในเขตสุขภาพที่ 7 (ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด)⁵ มีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วยหลากหลายโรคที่มีความซับซ้อนและยุ่งยาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคทางอายุรกรรม แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการรายโรค เพื่อให้กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพและได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น กลุ่มบุคลากรที่รับผิดชอบโรคเบาหวาน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด เวชกรรมสังคม ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง นักวิชาการสาธารณสุข และทีมสุขภาพ ได้ร่วมกันพัฒนาระบบบริการเบาหวาน โดยการทำ Clinical Tracer มีกระบวนการดังนี้ 1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร 2. พัฒนาระบบและองค์ความรู้ 3. พัฒนาคุณภาพบริการ ในส่วนของการพัฒนาระบบและองค์ความรู้ นั้น ทางทีมได้เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตของโรคเบาหวาน จึงดำเนินการจัดทำ CPG DKA, HHS และ Hypoglycemia พร้อมกับ Standing Order (ปี 2563) เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic

Ketoacidosis(DKA) ตามแนวปฏิบัติ นำใช้ Protocol ภาวะวิกฤตของโรคเบาหวาน รวมถึงต้องมีความรู้ สมรรถนะและทักษะในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต ตลอดจนบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA)
2. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA)
3. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA)

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study)

1. คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA)

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁶ จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน รวบรวมข้อมูลของอาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ประวัติการได้รับยา ประวัติการผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ และแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) ตั้งแต่ระยะวิกฤตแรกเริ่มระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	40 ปี	27 ปี
ส่วนสูง	185 ซม.	182 ซม.
น้ำหนัก	77 กก.	75 กก.
BMI	22.50 (อยู่ในเกณฑ์ปกติ)	22.64 (อยู่ในเกณฑ์ปกติ)
สถานภาพสมรส	คู่	โสด
การศึกษา	จบปริญญาตรี	จบมัธยมศึกษาปีที่ 6
อาชีพ	เจ้าของธุรกิจส่วนตัว	รับจ้างทั่วไป
ที่อยู่	อ.เมือง จ.ขอนแก่น	อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม
สิทธิบัตร	บัตรทองร่วมจ่ายค่าธรรมเนียม	ประกันสังคม รพ.ขอนแก่น
เข้ารับการรักษา	29 มิ.ย.2566 เวลา 15.20 น.	22 ก.ย.2566 เวลา 12.35 น.
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เหนื่อยเพลีย อาเจียนก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน	ปวดท้องก่อนมาโรงพยาบาล 14 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยเพลีย หายใจเร็ว ปัสสาวะตอนกลางคืน 3-4	14 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดแสบท้อง จุกเสียดลิ้นปี่ กินแล้วอาเจียน มี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	ครั้ง ไม่มีถ่ายเหลว กินได้ปกติ ไม่มีอาเจียน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยเพลียมากขึ้น กินได้น้อยลง มีอาการคลื่นไส้อาเจียน 3-4 ครั้งต่อวัน ไม่มีไข้ ไม่มีไอ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เอกชน (27 มิ.ย.2566) ตรวจพบน้ำตาลในเลือดสูง 500 Mg/dl, HbA1c 14 mg% วินิจฉัย Diabetic Ketoacidosis(DKA) รักษาจนพ้นวิกฤต วันที่ 29 มิ.ย.2566 มีอาการปวดศีรษะมาก ปวดหลัง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน N/S ปกติ CT Brain ผลปกติ ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น เหนื่อยหอบมากขึ้น มีภาวะ Metabolic Acidosis ให้ 7.5% NaHCO ₃ , RI vein drip ส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น	อาการคลื่นไส้มากกว่า 20 ครั้ง คอแห้ง ปากแห้ง ไม่มีไข้ ไม่เจ็บคอ ไม่มีอาการวิงเวียนบ้านหมุน
โรคประจำตัว	โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) วินิจฉัย มิ.ย.2566	โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) วินิจฉัย มิ.ย.2566 วินิจฉัย พ.ค. 2566
ประวัติแพ้ยา	ปฏิเสธประวัติแพ้ยา	ปฏิเสธประวัติแพ้ยา
สิ่งเสพติด	ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราบางครั้ง	ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา 3 ครั้ง/สัปดาห์
Risk factor	เป็นโรคเบาหวาน ทำงานหนัก พักผ่อนน้อย มีภาวะเครียด	เป็นโรคเบาหวาน ดื่มสุราเป็นประจำ และมีประวัติขาดยาเบาหวาน
การวินิจฉัยโรค	1.Diabetic Ketoacidosis 2.Sepsis 3.Severe Metabolic Acidosis 4.Respiratory failure 5.Type 2 Diabetes Mellitus	1.Diabetic Ketoacidosis 2.Acute pancreatitis 3.Type 2 Diabetes Mellitus
สภาพผู้ป่วยแรกรับ	รู้สึกตัว รู้เรื่อง หายใจหอบเหนื่อย ใช้กลัมนื้อหน้าท้องในการหายใจ On O ₂ mask with bag ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลเอกชน	รู้สึกตัว รู้เรื่อง เหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจ Room air

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon มาประเมินภาวะสุขภาพ ภายจิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาในระยะวิกฤตที่คล้ายคลึงกัน และมีกรให้การพยาบาลดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และหมดสติเนื่องจากภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และประเมิน Neuro sign ทุก 2 ชั่วโมง 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
เกณฑ์การประเมินผล	

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>1.ระดับความรู้สึกตัวดี Glasgow coma score ไม่ลดลงมากกว่า 2 คะแนน</p> <p>2.ไม่มีหายใจหอบลึก สัญญาณชีพ ปกติคือ อุณหภูมิ 36.5–37.5 องศาเซลเซียส หายใจ 16–24 ครั้ง/นาที ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg</p> <p>3.ค่า Blood sugar < 200 mg/dl, Ketone < 0.6 mmol/L</p> <p>4.ค่า pH 7.35-7.45 mmol/L, HCO₃ 22-26 mmol/L</p>	<p>3.ดูแลให้ได้รับอินซูลินคือ RI 100 unit + 0.9% NSS 100 ml vein drip by Infusion pump Serial DTX ทุก 1 ชั่วโมง พิจารณารายงานแพทย์เพื่อปรับอัตราการให้ Insulin² และเฝ้าระวังความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p>4.ดูแลให้ 7.5% NaHCO₃ vein push then drip ตามแผนการรักษา สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ 7.5% NaHCO₃ คือ Cerebral edema, Severe hypokalemia²</p> <p>5.ดูแลให้ On ventilator PCV mode IP 23, PEEP 5, RR 20, FiO₂ 0.4, I:E 1:2 ประเมิน O₂ saturation ทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>6.บันทึก Intake Output เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ</p> <p>7.ติดตามผล lab Blood sugar, Ketone, VBG อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความผิดปกติและวางแผนให้การพยาบาลต่อไป</p> <p>8.บันทึกทางการพยาบาล</p> <p>การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้ง 2 ราย รายที่ 1 ภาวะ Respiratory failure สามารถ off ET tube ได้ ระบบหายใจปกติ ภาวะ Diabetic Ketoacidosis ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤตทั้ง 2 ราย แพทย์ Endocrine ประเมินและปรับยา มียากลับบ้านเป็น Insulin ฉีดได้ผิวหนัง</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2</p> <p>มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่จากภาวะเลือดเป็นกรดและระดับน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.ระดับความรู้สึกตัวดี Glasgow coma score ไม่ลดลงมากกว่า 2 คะแนน</p> <p>2.สัญญาณชีพ ปกติคือ อุณหภูมิ 36.5–37.5 องศาเซลเซียส หายใจ 16–24 ครั้ง/นาที ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg</p> <p>3.Intake Output ปกติ ปริมาณปัสสาวะ 30-40 ml/hr</p> <p>4.ผล Electrolyte Na 130-147 mmp/L, K 3.40-4.70 mmol/L, Cl 96-107 mmol/L, CO₂ 20.6-28.3 mmol/L</p> <p>5.ค่า Blood sugar < 200 mg/dl, Ketone < 0.6 mmol/L ค่า pH 7.35-7.45 mmol/L, HCO₃ 22-26 mmol/L</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ประเมินระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และประเมิน Neuro sign ทุก 2 ชั่วโมง</p> <p>2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา</p> <p>3.ดูแลให้ได้รับอินซูลินคือ RI 100 unit + 0.9% NSS 100 ml vein drip by Infusion pump Serial DTX ทุก 1 ชั่วโมง พิจารณารายงานแพทย์เพื่อปรับอัตราการให้ Insulin² และเฝ้าระวังความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p>4.ดูแลให้ 7.5% NaHCO₃ vein push then drip ตามแผนการรักษา สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ 7.5% NaHCO₃ คือ Cerebral edema, Severe hypokalemia²</p> <p>5.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Potassium ตามแผนการรักษาคือ KCl 40 mEq add IV vein drip และ E.KCl oral ตามแผนการรักษา</p> <p>6.ดูแลให้ได้รับอินซูลินคือ RI 100 unit + 0.9% NSS 100 ml vein drip by Infusion pump Serial DTX ทุก 1 ชั่วโมง พิจารณารายงานแพทย์เพื่อปรับอัตราการให้ Insulin² และเฝ้าระวังความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p>7.ใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ</p> <p>8.ติดตามผล lab Blood sugar, Ketone, Electrolyte, VBG และผลตรวจปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความผิดปกติและวางแผนให้การพยาบาลต่อไป</p> <p>8.บันทึกทางการพยาบาล</p> <p>การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาเรื่องการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ ปลอดภัย ไม่มีภาวะช็อค สัญญาณชีพปกติ ผล Electrolyte, Blood sugar, Ketone, VBG ปกติ Intake Output สมดุล ปริมาณปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ปกติ 30-40 ml/hr</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3</p> <p>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน¹⁴</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ประเมินภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจากอาการผู้ป่วย ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว¹⁴</p>

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>1.ไม่มีอาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่มีอาการซึม หมดสติ มือ-เท้าเย็น ใจสั่น ซีฟจรเบาเร็ว ระดับน้ำตาลในเลือด 121-248 mg/d</p> <p>2.สัญญาณชีพ ปกติคือ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส หายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ซีฟจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดัน โลหิต 90/60-140/90 mmHg</p>	<p>2. Serial DTX ทุก 1 ชั่วโมง พิจารณารายงานแพทย์เพื่อปรับอัตราการให้อินซูลินสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้อินซูลิน¹⁴ และเฝ้าระวังความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p>3.จัดเตรียมยา 50% Glucose 50 ml ให้พร้อมใช้ เพื่อการแก้ไขภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ทันที¹⁴</p> <p>4.แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้แก่ รู้สึกเหมือนจะเป็นลม เหงื่อออก ตัวเย็น หากมีอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งพยาบาลทราบ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที¹⁴</p> <p>การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีอาการซึม หมดสติ มือ-เท้าเย็น ใจสั่น ซีฟจรเบาเร็ว ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 1 ครั้ง ตอน 21.10 น. วันที่ 24 ก.ย.2566 DTX 43 mg/dl ให้ 50% Glucose 50 ml vein push stat Repeat DTX หลังให้ 1 ชั่วโมง 126 mg/dl</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อรุนแรง (Severe sepsis)</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.ค่าคะแนน NEWS 0-4 คะแนน</p> <p>2.ไม่มีอาการหายใจเร็ว หอบลึก สัญญาณชีพ ปกติคือ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส หายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ซีฟจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดัน โลหิต 90/60-140/90 mmHg</p> <p>3.Lactate 0.50-0.20 mmol/L</p> <p>4.WBC 4,500-10,000 cell/ml</p> <p>5.Film chest ปกติ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.Activate Protocol Sepsis</p> <p>2.ประเมิน NEWS เพื่อเฝ้าระวังและจัดการต่ออาการและอาการแสดงเตือนของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต</p> <p>3.ประเมินภาวะไข้ ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนครบ Goal ตาม Protocol</p> <p>4.ดูแลส่งเลือดเพาะเชื้อ (H/C) ภายใน 1 ชั่วโมง</p> <p>5.บริหารยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลังส่งเลือดเพาะเชื้อ</p> <p>6.ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา</p> <p>7.ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>8.ประเมินแหล่งติดเชื้อในร่างกาย</p> <p>การประเมินผล : ผู้ป่วยรายที่ 1 วินิจฉัย Sepsis NEWS 8 คะแนน (29 มิ.ย.2566) ย้ายเข้า MICU2 On ventilator ผล H/C No growth ผล Lactate (29 มิ.ย.2566) 3.80 mmol/L ต่อมาผลเป็น 1.27 mmol/L (1 ก.ค.2566) หลังให้การพยาบาล 4 วัน ไม่มีไข้ WBC 7,200 cell/ml</p>

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตของโรคเบาหวาน ที่ต้องให้การรักษาโดยการให้สารน้ำให้อินซูลินทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง และปรับอินซูลินตามระดับน้ำตาลในเลือด ความแตกต่างกันคือ รายที่ 1 เป็น Diabetic Ketoacidosis with coma มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤตหลายระบบ มีความยุ่งยากในการดูแลรักษา มากกว่า ต้องย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และใช้เวลาในการรักษานาน ในขณะที่รายที่ 2 เป็น Diabetic Ketoacidosis

without coma ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลาในการรักษาน้อยกว่า

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพยาบาลและเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA)¹ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่พบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพที่รุนแรง หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติจนเกิดภาวะวิกฤต และส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและผู้สูงอายุ

จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA)² เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการเสียชีวิต

การใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตามกระบวนการพยาบาล (Nursing processes) ทุกระยะของการดูแล³ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) ถือเป็นภาวะวิกฤตของโรคเบาหวาน จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนวิกฤตหลายระบบ เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ทำให้มีความยุ่งยากในการดูแลรักษา ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) ตามแนวปฏิบัติ นำใช้ Protocol ภาวะวิกฤตของโรคเบาหวาน รวมถึงต้องมีความรู้ สมรรถนะและทักษะในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต ตลอดจนบทบาทในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น. (2553).โรคเรื้อรังทางอายุรกรรม 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
2. จิราภรณ์ ชิมโสเม. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA): กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร, 40(2)115-132.
3. ณัฏชา บุญมาตย์. (2556). การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. ณัฐยา พรหมวัง, ปราณต์ ณ รังษี.(2565). อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะคีโตอะซิโดซิสในผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลหาดใหญ่. Journal Med Health, 29(3)81-92.
5. นฤมล ฮามพิทักษ์. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3)451-461.
6. แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน. ค้นหาเมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2566, จาก www.google.com/search
7. ภาณุพงษ์ รัตนวรรณิ. (2564). ภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน (DKA) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ โรงพยาบาลเซกา. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 8(2)5-14.
8. มรดก หมอกไชย. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3)437-450.
9. วิจิตรา กุสมภ์ และคณะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์. หน้า 311-344.
10. วิวัฒน์ เหล่าชัย, รุ่งโรจน์ สลับ, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, ลัดดาวัลย์ เตชะขงูร, ประทิน ชื่นปิ่นเกลียว, ณัฐยานันท์ เกิดมาลัย. (2564). การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน : กรณีศึกษา. วารสารการพยาบาล, 23(1)84-97.
11. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โรงพยาบาลขอนแก่น. (2566). ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน.
12. สมร เรือนดี. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดคีโตนคั่งร่วมกับภาวะไตขาดเฉียบพลัน. ค้นหาเมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2566, จาก www.ayhosp.go.th

13. สุณิสา พลนอก. (2563). กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วย Diabetic ketoacidosis. ค้นหามือเมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2566, จาก www.mnrh.go.th pdf file academic
14. เสาวณีย์ พรประภา. (2564).การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 6(2)54-59.
15. Kidney International Supplements. AKI Definition. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury 2012; 2:19-36.
16. Kidney International Supplements. Definition and classification of CKD. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease 2013; 3:19-62.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังในผู้ป่วย ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Effects of Nursing Practice Guidelines for Spinal block Anesthesia in Caesarean Section Patients at Roi Et hospital.

(Received: November 25,2023 ; Revised: December 9,2023 ; Accepted: December 10,2023)

นภัทร พรทินผล¹ ละองดาว สุขโต¹
Napat Porntinpol¹ Laongdaow Sukto¹

บทคัดย่อ

บทนำ: การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา: มีกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คนต่อกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกและแบบสอบถาม การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 4.63 (S.D.= 0.23) และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 4.10 (S.D.= 0.37) 2) การปฏิบัติก่อนให้ยาระงับความรู้สึก หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.87 (S.D.= 0.88) และก่อนการทดลอง 0.83 (S.D.= 0.13) 3) การปฏิบัติหลังให้ยาระงับความรู้สึก หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.77 (S.D.= 0.21) และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.69 (S.D.= 0.31) 4) ผลลัพธ์ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.86 (S.D.= 0.31) และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.83 (S.D.=0.10) และ 5) ผลลัพธ์หลังให้ยาระงับความรู้สึก หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.79 (S.D.= 0.13) และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.63 (S.D.= 0.18)

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล, บล็อกกระดูกสันหลัง, ผ่าตัดหน้าท้อง

ABSTRACT

Introduction: The objective was to study the results of the effects of nursing practice guidelines for spinal block anesthesia in caesarean section patients at Roi Et hospital

Method: The sample was divided into experimental and comparison groups 30 people per group. The tools used to collect data were recorded forms and questionnaires. Comparative analysis of the mean results of Nursing Practice Guideline for Spinal block Anesthesia in caesarean section patients. Before and after using the guidelines using Paired sample t-test statistics, the statistical significance level was set at 0.05.

Results: The average of the sample after the experiment was higher than before the experiment in 7 aspects as follows: 1) the effect of access to health information and services; 2) the effect of understanding adequate information and health services; 3) the effect of 4) the effect of health decision-making; 5) the effect of self-health behavior modification; 6) the effect of sharing health information; 7) the effect of food intake and found that the patient has the effect of stress. and effects of smoking and alcohol. The mean after the experiment was lower than before the experiment. Statistically significant at 0.05

Keyword : Health literacy, Behavior Change, Diabetes Patients

¹โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

สำหรับการผ่าตัดคลอดให้กับมารดาทั่วโลก นิยม ด้วยเหตุผลเพราะการผ่าตัดคลอด (Cesarean section) ร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกจะช่วยให้มารดา ที่รับการผ่าตัดคลอดปราศจากความรู้สึกเจ็บปวดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยการให้ยาระงับความรู้สึก สำหรับการผ่าตัดคลอด มี 2 วิธี คือการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน คือการฉีด ยาชาเข้าช่อง epidural และการฉีดยาชา เข้าช่องไขสันหลัง¹

กระบวนการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนผ่านการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังส่วนล่าง มีความสำคัญที่ระดับกระดูกสันหลังทอราสิกที่ 4 หรือ 5 (4"-5" thoracic Level)" โดยทำให้ผ่าตัดคลอดเป็นไปอย่างราบรื่น และเพื่อลดความรู้สึกปวดและการเคลื่อนไหว อย่างไรก็ตาม การระงับความรู้สึกนี้ยังส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติที่เรียกว่าซิมพาเทติกถูกระงับ จากนั้นอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ อาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน ในกรณีที่รุนแรงอาจทำให้เกิดการเต้นชีพจรเร็วผิดปกติ และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ การระงับความรู้สึกนี้ยังส่งผลให้ระบบไหลเวียนโลหิตในรกลดลง ทำให้ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและเผชิญกับภาวะเลือดเป็นกรดได้²

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ปี พ.ศ. 2562 ได้มีการแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาภาวะความดันโลหิตต่ำจากการระงับความรู้สึกชนิดฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง นั่นคือการให้สารน้ำชนิดคริสตัลลอยด์ ในปริมาณ 15-20 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมก่อนเริ่มกระบวนการผ่าตัดคลอด โดยใช้วิธี "pre-loading" หรือระหว่างกระบวนการ ("co-loading") ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนตามสภาพผู้ป่วยหรือความเหมาะสมของสารน้ำได้ หากต้องการให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว สามารถพิจารณาใช้ผ้ายืดพันขาทั้งสองข้าง และในกรณีที่เกิดความดันโลหิตลดต่ำ ควรเพิ่มความเร็วในการให้สารน้ำ และหากความ

ดันต่ำมากกว่าร้อยละ 30 หรือความดันซิสโตลิกลดลงต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมกับความดันเลือดที่ลดลง ควรพิจารณาให้ยาตีบเส้นเลือดเพื่อเพิ่มความดันโลหิตขึ้น²

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดมีความสำคัญมาก เพื่อให้ความรู้ และเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังส่งผลต่อกระบวนการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดและช่วยลดความเครียด และวิตกกังวลที่เกิดขึ้นก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยในอดีตการให้คำปรึกษาหรือข้อมูลให้กับผู้ป่วย มักพบปัญหาว่าผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวล โดยเฉพาะเรื่องชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึกและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึก บางครั้งผู้ป่วยอาจมีความตื่นเต้น กลัวแสดงอาการเกร็ง หรือไม่ให้ความร่วมมือในการทำหัตถการ ซึ่งทำให้แพทย์เป็นที่ยากลำบากในการทำ การฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน นอกจากนี้ การฉีดยาระงับความรู้สึกบางครั้งอาจใช้เวลานาน และต้องทำหัตถการหลายครั้ง ซึ่งอาจเสียความเสี่ยงในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนได้^{3,4}

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 820 เตียง ให้บริการประชาชนในจังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดใกล้เคียง มีการยกกระดับศูนย์ความเชี่ยวชาญ 5 สาขา ได้แก่ สาขาอุบัติเหตุ ระเบิด หัวใจ ทารกแรกเกิด และการปลูกถ่ายอวัยวะ รวมถึงให้บริการครอบคลุมบริการทั้งด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรมรวมถึง สูติ นรีเวชกรรม และผู้คลอด โดยเฉพาะปัจจุบันการผ่าตัดคลอด ในส่วนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีสถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดในปี 2562 ปี 2563 ปี 2564 ปี 2565 และ ปี 2566 จำนวน 2,291 ราย 2,103 ราย 1,957ราย 1,750ราย และ 1,455 ราย ตามลำดับ เฉลี่ย 1,911.2 ต่อปี และ 159.27 คนต่อเดือน ตามลำดับนับเป็นการผ่าตัดที่มารับบริการทางวิสัญญีสูงเป็นอันดับ 1 ของทุกปี⁵ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติหน้าที่วิสัญญีพยาบาล มีหน้าที่ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติในเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การระงับความรู้สึกใน

ระหว่างการผ่าตัด การเฝ้าระวังสัญญาณชีพขณะผ่าตัดหลังผ่าตัดและติดตามอาการหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง จากปัญหาความวิตกกังวล การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และไม่ให้ความร่วมมือในการระงับความรู้สึก ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ภาวะอึดตัวของออกซิเจน ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ก่อนและหลังการระงับความรู้สึก
2. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนและหลังการระงับความรู้สึก
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยในครั้งนี้เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-test, Post-test Design) โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนมีนาคม 2567 ประกอบด้วยผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ใช้วิธีระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่ม 30 คน รวม 60 คน และกลุ่มวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี จำนวน 15 คน โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและได้รับการเตรียมผ่าตัดก่อนวันผ่าตัด 1 วัน
3. ผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง
4. สื่อสารรู้เรื่อง อ่านออกเขียนได้
5. ระดับความเสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึก(ASA) 2-3

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากกรวิจัย (Exclusion Criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์กำลังเจ็บครรภ์
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว
3. หญิงตั้งครรภ์ที่มี BMI มากกว่า 35
4. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี
5. แพทย์ลงความเห็นเปลี่ยนวิธีระงับความรู้สึกเป็นแบบดมยาสลบ
6. ขอยุติการเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย แบ่งออกเป็นดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่

- 1.1 แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล วิสัญญีในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอด
 - 1.2 แผนการให้ข้อมูลให้กับผู้ป่วย เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด
 3. เขียนเนื้อหาและวางโครงเรื่อง และจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลวิสัญญี
 4. ผลิตคู่มือการปฏิบัติทางการพยาบาลวิสัญญี
- ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2. แบบประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วย

3. แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยต่อคุณภาพการ

4. แบบสอบถามความพึงพอใจพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยจะนำแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ทำการตรวจสอบประเด็นความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ซึ่งทุกข้อมากกว่า 0.5 ขึ้นไป จากนั้นปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามเพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการพรรณนาคุณลักษณะทั่วไปโดยตัวแปรประเภทแจกแจง (Categorical data) นำเสนอเป็นจำนวน และร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แต่หากมีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ (Abnormal distribution) จะนำเสนอในรูปแบบของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด (Minimum and Maximum)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการเปรียบเทียบแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลการก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติใช้

สถิติ paired t-test ในกรณีที่ข้อมูล แจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

อายุเฉลี่ยของ พบว่ากลุ่มทดลองมีอายุค่าเฉลี่ย = 25.27 ปี, S.D. = 3.41 ปี, Min = 18 ปี, Max = 33 ปี และกลุ่มทดลองก่อนทดลองมีอายุค่าเฉลี่ย = 26.00 ปี, S.D. = 2.63 ปี, Min = 19 ปี, Max = 31 ปี ตามลำดับ

โรคประจำตัว พบว่ากลุ่มทดลอง ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 มีโรคประจำตัว 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ตามลำดับ และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 มีโรคประจำตัว 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ตามลำดับ

น้ำหนัก (กก.) พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักค่าเฉลี่ย = 79.43 กิโลกรัม, S.D. = 5.82 กิโลกรัม, Min = 68 กิโลกรัม, Max = 88 กิโลกรัม และกลุ่มทดลองก่อนทดลองมีน้ำหนักค่าเฉลี่ย = 80.70 กิโลกรัม, S.D. = 6.63 กิโลกรัม, Min = 68 กิโลกรัม, Max = 92 กิโลกรัม ตามลำดับ

ส่วนสูง (ซ.ม.) พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักค่าเฉลี่ย = 163.40 เซนติเมตร, S.D. = 4.06 กิโลกรัม, Min = 158 เซนติเมตร, Max = 172 เซนติเมตร และกลุ่มทดลองก่อนทดลองมีน้ำหนักค่าเฉลี่ย = 164.30 เซนติเมตร, S.D. = 3.76 เซนติเมตร, Min = 159 เซนติเมตร, Max = 170 เซนติเมตร ตามลำดับ

ประวัติการตั้งครุฑ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีประวัติการตั้งครุฑอยู่ครุฑที่ 1 จำนวน กลุ่มละ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.70

ประวัติการแพ้ยา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ปฏิเสธการแพ้ยา จำนวน 25 และ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30 และ 76.70 ตามลำดับ

2. ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดหน้าท้อง

ตารางที่ 1 ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดหน้าท้อง จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

ความวิตกกังวล	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ค่าเฉลี่ย =	6.63	6.16	7.13	4.96
S.D. =	0.964	1.085	1.196	0.660
Min =	5	5	5	4
Max =	9	9	9	6

จากตารางที่ 1 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 7.13 (S.D. = 1.196) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.96 (S.D. = 0.660) ตามลำดับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยของกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 6.63 (S.D. = 0.964) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 6.16 (S.D. = 1.085) ตามลำดับ

3. ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ของผู้ป่วยผ่าตัดหน้าท้อง

ตารางที่ 2 ค่าปกติค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ของผู้ป่วยผ่าตัดหน้าท้อง จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
ค่าเฉลี่ย	88.58	94.16	88.78	87.80
S.D.	5.94	2.23	4.78	5.74
Min	76.00	78.00	78	76.00
Max	132.00	128.00	126	128.00

จากตารางที่ 2 ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) 88.58 mmHg (S.D. = 5.94 mmHg, Min = 76 mmHg, Max = 132 mmHg) และหลังการทดลอง มีค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) 94.16 mmHg (S.D. = 5.74 mmHg, Min = 78 mmHg, Max = 128 mmHg) ตามลำดับ และ กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) 88.78 mmHg (S.D. = 4.78 mmHg, Min = 78 mmHg, Max = 126 mmHg) และหลังการทดลอง มีค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) 87.80 mmHg (S.D. = 5.74 mmHg, Min = 76 mmHg, Max = 128 mmHg) ตามลำดับ

4. เปอร์เซ็นต์ภาวะอึดตัวของออกซิเจนของผู้ป่วยผ่าตัดหน้าท้อง

ตารางที่ 3 เปอร์เซ็นต์ภาวะอึดตัวของออกซิเจนของผู้ป่วยผ่าตัดหน้าท้อง จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

เปอร์เซ็นต์ภาวะอึดตัวของออกซิเจน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
ค่าเฉลี่ย	99.33	99.27	96.67	96.53
S.D.	0.97	0.87	0.96	0.90
Min	96.00	98.00	96.00	96.00
Max	98.00	100	98.00	98.00

* ค่าปกติของเปอร์เซ็นต์ภาวะอึดตัวของออกซิเจน อยู่ที่ค่าระหว่าง 90-100

จากตารางที่ 3 เปอร์เซ็นต์ภาวะอึดตัวของออกซิเจนของผู้ป่วยผ่าตัดหน้าท้อง ของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ภาวะอึดตัวของออกซิเจน 99.33% (S.D. = 0.97%, Min = 96% mmHg, Max = 98%) และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันเลือดแดงเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ภาวะอึดตัวของออกซิเจน 99.27% (S.D. = 0.87%, Min = 98%, Max = 100%) ตามลำดับ และ กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ภาวะอึดตัวของออกซิเจน 96.67% (S.D. = 0.96%, Min = 96%,

Max = 98%) และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย
เปอร์เซ็นต์ภาวะอึดตัวของออกซิเจน 96.53

mmHg (S.D. = 0.90%, Min = 96%, Max =
98%) ตามลำดับ

**4. ผลเปรียบเทียบของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้า
ช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ของกลุ่มทดลอง**
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยา
เข้าช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มทดลอง		Mean	S.D.	95 %CI		t	df	p-value
				Lower	Upper			
1)ความพึงพอใจของของผู้ป่วย	หลังทดลอง	4.63	0.23	0.378	0.664	7.436	29	<0.001**
	ก่อนทดลอง	4.10	0.37					
2)การปฏิบัติก่อนให้ยาระงับ ความรู้สึก	หลังทดลอง	0.87	0.88	0.014	0.680	3.161	29	0.004*
	ก่อนทดลอง	0.83	0.13					
3)การปฏิบัติหลังให้ยาระงับ ความรู้สึก	หลังทดลอง	0.77	0.21	0.009	0.143	2.340	29	0.026*
	ก่อนทดลอง	0.69	0.31					
4)ผลลัพธ์ก่อนให้ยาระงับ ความรู้สึก	หลังทดลอง	0.86	0.31	0.013	0.016	3.283	29	0.003*
	ก่อนทดลอง	0.83	0.10					
5)ผลลัพธ์หลังให้ยาระงับ ความรู้สึก	หลังทดลอง	0.79	0.13	0.038	0.022	2.628	29	0.014*
	ก่อนทดลอง	0.63	0.18					
6)ความพึงพอใจของพยาบาล	หลังทดลอง	4.65	0.22	0.053	0.576	12.772	29	<0.001**
	ก่อนทดลอง	3.96	0.22					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่<0.001

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความ
แตกต่างค่าเฉลี่ย กลุ่มทดลอง พบว่า 1)ความพึง
พอใจของของผู้ป่วยหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 4.63
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23 และก่อนการทดลอง มี
ค่าเฉลี่ย 4.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.37 เมื่อ
เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย หลังการทดลอง
เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ 0.05 (p-value = <0.001, 95%CI = 0.378-
0.664) 2)การปฏิบัติก่อนให้ยาระงับความรู้สึก หลัง
การทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
0.88 และก่อนการทดลอง 0.83 ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน 0.13 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย
หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.004, 95%CI
= 0.014-0.680) 3)การปฏิบัติหลังให้ยาระงับ

ความรู้สึก หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.77 ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 และก่อนการทดลอง มี
ค่าเฉลี่ย 0.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31 เมื่อ
เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย หลังการทดลอง
เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ 0.05 (p-value = 0.026, 95%CI = 0.143-
2.340) 4)ผลลัพธ์ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก หลัง
การทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
0.31 และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.83 ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.10 เมื่อเปรียบเทียบความ
แตกต่างเฉลี่ย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน
ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value
= 0.003, 95%CI = 0.016-3.283) 5)ผลลัพธ์หลังให้
ยาระงับความรู้สึก หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.79
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.13 และก่อนการทดลอง มี

ค่าเฉลี่ย 0.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.18 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value = 0.014, 95%CI = 0.038-0.022) 6) ความพึงพอใจของพยาบาล หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 4.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value < 0.001, 95%CI = 0.576-12.772)

สรุปและอภิปรายผล

การเปรียบเทียบของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ของกลุ่มทดลอง ดังต่อไปนี้

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย กลุ่มทดลอง พบว่า

1) ความพึงพอใจของของผู้ป่วยหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 4.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23 และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 4.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.37 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value = < 0.001, 95%CI = 0.378-0.664) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวรรณ อัครสุดสาคร และคณะ⁶ ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการปรับรูปแบบบริการทางวิสัญญี มีความพึงพอใจในการรับบริการทางวิสัญญี อยู่ในระดับดีมาก สรุปผลการศึกษารูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถควบคุมสถานะของผู้ป่วย และลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัยกลับบ้านได้ในที่สุด และสอดคล้องกับแนวคิดของปริยชาติ สธนเสาวภาคย์⁷ เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมเนื่องจากง่ายสะดวก มีประสิทธิภาพในการระงับ

ความรู้สึกได้ดี มีข้อดีกว่าการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว (General Anesthesia) ในการผ่าตัดหลายชนิดซึ่งวิสัญญีแพทย์นิยมเลือกใช้เป็นวิธีแรก รวมทั้งผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นและยอมรับมากขึ้น ข้อดีของการฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลังที่เด่นกว่าวิธีอื่น คือลดการหลังฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อหัวใจและปอด ลดอัตราการเสียเลือด ลดอัตราการเกิด Deep Vein Thrombosis สามารถให้ยาระงับปวดร่วมกับยาชา จึงมีผลในการลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้ ความต้องการยาแก้ปวดอื่น ๆ หลังผ่าตัดลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น

2) การปฏิบัติก่อนให้ยาระงับความรู้สึก หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 และก่อนการทดลอง 0.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.13 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value = 0.004, 95%CI = 0.014-0.680) สอดคล้องกับแนวคิดของ วชิริน สินธวานนท์⁸ คือกระบวนการประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการระงับความรู้สึก เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย นอกเหนือจากการเฝ้าระวังในขณะดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกและการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้น หลังการผ่าตัดสิ้นสุด เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ทำให้ทราบปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมีโอกาสได้ตอบข้อสงสัย รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสม เพื่อการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด มีโอกาสสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างวิสัญญีแพทย์และผู้ป่วย และได้ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยที่จำเป็น เพื่อการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการระงับความรู้สึก การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนกับการเตรียมผู้ป่วยโดยศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์จะดูแลในส่วนที่เป็นการประเมินความพร้อมหรือความแข็งแรง (Physical Status) ของผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วยในส่วนของการให้ยาระงับ

ความรู้สึกระหว่างผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด รวมทั้งการเลือกใช้ยาที่ให้ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ

3) การปฏิบัติหลังให้ยาระงับความรู้สึก หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.026, 95%CI = 0.143-2.340) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา มโนชมพู (2566) ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยต่อการลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังกลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) กลุ่มตัวอย่างได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังสำเร็จทุกราย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นสามารถนำไปสู่การปฏิบัติตัวได้ถูกต้องจนเกิดผลของความสำเร็จในการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4) ผลลัพธ์ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31 และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.10 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.003, 95%CI = 0.016-3.283) สอดคล้องกับแนวคิดของ วัชริน สิทธวานนท์⁸ คือกระบวนการประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการระงับความรู้สึก เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย นอกเหนือจากการเฝ้าระวังในขณะดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกและการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้น หลังการผ่าตัดสิ้นสุด เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ทำให้

ทราบปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมีโอกาสได้ตอบข้อสงสัย รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสม เพื่อการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด มีโอกาสสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างวิสัญญีแพทย์และผู้ป่วย และได้ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยที่จำเป็น เพื่อการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการระงับความรู้สึก การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนกับการเตรียมผู้ป่วยโดยศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์จะดูแลในส่วนที่เป็นการประเมินความพร้อมหรือความแข็งแรง (Physical Status) ของผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วยในส่วนของการให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด รวมทั้งการเลือกใช้ยาที่ให้ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ

5) ผลลัพธ์หลังให้ยาระงับความรู้สึก หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.13 และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 0.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.18 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.014, 95%CI = 0.038-0.022) อัจฉรา มโนชมพู⁹ ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยต่อการลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังกลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) กลุ่มตัวอย่างได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังสำเร็จทุกราย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นสามารถนำไปสู่การปฏิบัติตัวได้ถูกต้องจนเกิดผลของความสำเร็จในการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสอดคล้องกับแนวคิดของ ไมตรี ยอดแก้ว และคณะ¹⁰ เป็นวิธีที่นิยมใช้เนื่องจากเป็นวิธี ที่หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะใส่

ท่อนช่วยหายใจยาก และสำลักอาหารเข้าปอด เป็นต้น อันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรง นอกจากนี้การให้มอร์ฟีนด้วยการฉีดยาทางช่องน้ำไขสันหลังอย่างเดียว หรือให้ร่วมกับยาชาเฉพาะที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและระยะเวลาการระงับปวดทั้งในระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ดี สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็ว (Early Ambulation) เพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นตัว ลดจำนวนวันนอน โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยที่มารับบริการระดับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังจะมีความปลอดภัยและคลายวิตกกังวลขณะผ่าตัด

6) ความพึงพอใจของพยาบาล หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 4.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value < 0.001, 95%CI = 0.576-12.772) สอดคล้องกับกับศึกษาของ ลัดดาวัลย์ พรรณสมย์¹¹ ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ของวิสัญญีพยาบาล พบว่า 1) เตรียมความรู้และทักษะวิสัญญีพยาบาลต่อข้อมูลในทีมวิสัญญีพยาบาลและการปฏิบัติเตรียมความพร้อมในวันผ่าตัด 2) การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด และ 3) ร่วมทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยทุกราย เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตามรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนวิกฤตของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดหลังได้รับยาระงับความรู้สึกไม่พบอุบัติการณ์งัดเลื่อนจากความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

- 1.สมนพร บุญยะรัตเวช, สุพจน์ ศรีมหาโชตะ และเทวีญ สุวานิช. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือถ่างลิ้นหัวใจโลหะกับบอลลูนของอินโออะในการรักษาโรคลิ้นหัวใจไมตรัลตีบในด้านสมรรถภาพการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิต วารสารโรคหัวใจ; 2548:18(4), 65-70.
- 2.บุณฑริกา อางณาเสียว, ลัดดา อุ่นศรี, วนิดา ผลุงเวียง และชาญ กุศลเลิศจริยา. (2565). ภาวะความดันโลหิตต่ำ หลังการระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลังส่วนล่าง ด้วยการให้สารน้ำคอลลอยด์ชนิดเจลาตินในช่วงก่อนระงับความรู้สึก ร่วมกับยาฟิโนลเอฟรินขณะทำการระงับความรู้สึก เปรียบเทียบกับการให้สารน้ำคอลลอยด์ชนิดเจลาตินอย่างเดียว ในผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในการจัดการห้องพักฟื้นลักษณะของห้องพักฟื้นควรอยู่ใกล้ห้อง ICU เพื่อให้วิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ประเมินอาการผู้ป่วยได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว หากมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดสามารถนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่ห้องผ่าตัดได้ทันที ควรอยู่ใกล้หออภิบาลผู้ป่วยหนัก หลีกเลี่ยงปัญหาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตระยะทางไกลๆ นำไปสู่คุณภาพมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ป่วยในอาการที่อาจมีผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึกหลงเหลืออยู่ร่วมกับผลจากการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งเป็นบทบาทของบุคลากรทางวิสัญญีที่มีได้มีเฉพาะการดูแลระหว่างการผ่าตัด และอาจจะให้ญาติช่วยดูแลหรือเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันทั่วถึง เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานทางการแพทย์ สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ทางด้านการพยาบาลของหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อหวังผลในการดูแลภาวะดังกล่าวครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหารผู้ป่วยผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พยาบาลวิสัญญี เจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรทุกท่าน รวมถึงบุคคลที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ลุล่วงไปด้วย

- ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. ชัยภูมิเวชสาร. 2565;42(2): 12-21 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/12717/10785>
- 3.สรารุณี สีถาน. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วารสาร มฉก. วิชาการ. 2560; 20(40): 101-113
 - 4.ชนิดา อนุวัธนวิทย์. การศึกษาผลการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลตราด. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 2555;29: 123-132
 - 5.ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอด ระหว่างปี พ.ศ. 2562 - พ.ศ. 2566. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2566.
 - 6.วิลารรณ อัครสุดสาคร, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ สุภวรรณ แก้วอำไพ และเชาวนวัศ พิมพิรัตน์ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารกรมการแพทย์, 2564; 46(3): 8-25 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/download/253720/173382/927991>
 - 7.ปรีชาต์ สธนเสาวภาคย์. ภาวะความดันเลือดต่ำภายหลังได้รับการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า. วิสัณฐีสาร, 2554; 37(2): 18-25.
 - 8.วัชริน สินธวานนท์. การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก. ในวิสัณฐีวิทยาขั้นต้น. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
 - 9.อัจฉรา มโนชมภู. ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยต่อการลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, 2566; (3)2: 63-77. [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/issue/download/18019/5382>
 - 10.ไมตรี ยอดแก้ว และคณะ. การทบทวนวรรณกรรม : แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลขณะผ่าตัด และระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 2553; (2):50-70.
 11. ลัดดาวลัย พรรณสมย์, จันศรี อุจันท์, วราภรณ์ จินเจนกิจ, นุชนาฏ บุโสม, ปานทิพย์ ปุรณานนท์ และอัจฉรา มีนาสันติรักษ์. (2560). รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัด ของวิสัณฐีพยาบาล. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2560;14(3): 76-89. [เข้าถึงเมื่อ 23 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/199338/139095>

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นพิษที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป
ร่วมกับภาวะใส่ท่อหายใจยาก: กรณีศึกษา
Nursing care of hyperthyroid patients receiving general anesthesia with difficult intubation
: a case study.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อัญชลี พิพัฒน์วัชรโสภณ¹
Aunchalee pipadwadcharasopon¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นพิษที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับภาวะใส่ท่อหายใจยาก

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยหญิงสัญชาติพม่า อายุ 33 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 13 กันยายน 2566 อาการสำคัญ เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีแผนการผ่าตัด Total Thyroidectomy + Rigid bronchoscope ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ระยะให้ยาระงับความรู้สึก มีปัญหา difficult airway ใส่ท่อหายใจยาก เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Thyroid storm ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาท Laryngeal nerve และมีภาวะ vocal cord paralysis ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย การผ่าตัดสำเร็จ 2 วัน ถอดท่อหายใจได้ จำหน่าย วันที่ 22 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 9 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นพิษ, การให้ยาระงับความรู้สึก, ภาวะใส่ท่อหายใจยาก

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for hypothyroid patients receiving general anesthesia with difficult intubation.

Results: Female patient of Myanmar nationality, age 33 years, admitted to the hospital on September 13, 2023. Important symptoms were fatigue, shortness of breath, 1 day before coming to the hospital. Surgery plan is Total Thyroidectomy + Rigid bronchoscope. The patient was received general anesthesia. Period before anesthesia, the patient is worried. During the anesthesia, the patient was difficult airway problem, difficult to intubate and had risk of thyroid storm. After anesthesia, patient had a risk of injury to the laryngeal nerve and vocal cord paralysis. Patient was received a nursing care from the team nursing. The dangerous complications was no occurred. The surgery was successful for 2 days, the breathing tube was removed, and the patient was discharged on September 22, 2023, Total of hospital admission for 9 days.

Keywords: nursing, hyperthyroidism, anesthesia, difficult intubation

บทนำ

ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดสูงกว่าปกติเนื่องจากต่อมไทรอยด์ทำงานมากขึ้น หรือเกิดจากร่างกายสร้างสาร

แอนติบอดี (antibody) ไปกระตุ้นต่อมไทรอยด์ ให้สร้างฮอร์โมนมากขึ้น หรือเกิดจากต่อมไทรอยด์อักเสบ ทำให้มีการปล่อยฮอร์โมนไทรอยด์ออกมามากกว่าปกติ หรือเกิดจากการได้รับฮอร์โมนไทรอยด์จากภายนอกเข้าสู่

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ร่างกายในขนาดที่มากเกินไป ซึ่งกรณีหลังนี้มักเกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับยาฮอร์โมนไทรอยด์เพื่อรักษาภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำ หรือใช้เพื่อการลดน้ำหนักตัวแบบไม่ถูกวิธี ฮอร์โมนไทรอยด์เป็นฮอร์โมนสำคัญที่ช่วยควบคุมกระบวนการเผาผลาญและการใช้พลังงานต่าง ๆ ภายในร่างกาย ดังนั้นถ้าร่างกายมีระดับฮอร์โมนไทรอยด์สูงเกินไป จะทำให้ร่างกายเกิด การเผาผลาญมากขึ้น เสมือนร่างกายทำงานหนักอยู่ตลอดเวลา จึงทำให้น้ำหนักตัวลดลงแม้จะรับประทานอาหารได้ปริมาณเท่าเดิม หรือน้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้นแม้จะรับประทานอาหารมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการใจสั่น ซีดง่วง เหนื่อย หงุดหงิดง่าย ตาโปน ผมร่วง ชี้อ่อน เหงื่อออกมาก ในที่สุดเกิดภาวะหัวใจวายตามมา ซึ่งการรักษาในปัจจุบันมีทั้งการผ่าตัด และไม่ผ่าตัด โดยการรักษาด้วยการผ่าตัดในผู้ป่วย Graves' disease นั้นจะทำการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกบางส่วน (subtotal thyroidectomy) หรือทั้งหมด (total thyroidectomy) ซึ่งการรักษาโดยวิธีนี้มีข้อดีที่สามารถทำให้ต่อมไทรอยด์และภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นพิษหายเร็ว

จากสถิติผู้ป่วยไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นพิษที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่าง พ.ศ. 2563 - 2565 พบผู้ป่วยใหม่ 138 ราย, 147 ราย และ 192 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 84 ราย , 92 ราย และ 103 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งวิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในทุกๆ การผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยไทรอยด์มีลักษณะทางกายวิภาค และสรีระวิทยาที่ผิดปกติจากการมีก้อนที่คอ อาจใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ผู้ให้ยาระงับความรู้สึกต้องเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ประสานงานกับผู้เข้าร่วมงาน ศัลยแพทย์ และทีมผ่าตัด ให้เข้าใจปัญหาของการให้ยาระงับความรู้สึก และคำนึงถึงจิตใจของผู้ป่วยและญาติร่วมด้วย การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยสำคัญ ถ้ามีความเข้าใจก็จะเกิดความร่วมมือ และไม่พบปัญหา

ร้องเรียนหากเกิดอุบัติเหตุกรณีไม่พึงประสงค์ร้ายแรงจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงอายุ 33 ปี สัญชาติพม่า อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนา ตำบลนิคมชัย อำเภอกระเปาะ จังหวัดลพบุรี ไข้หวัดใหญ่ในโรงพยาบาล วันที่ 13 กันยายน 2566 ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

อาการสำคัญ เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ นอนหนุนหมอน 3 ใบ ใจสั่น น้ำหนักลด 1 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์ ไอมีเสมหะ อ่อนเพลีย ผมร่วง มีก้อนโตที่คอ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรค Grave's disease 6 ปี ยาที่รับประทานเป็นประจำ Methimazole (5) 3 tab oral OD pc, Propranolol (10) 1 tab oral tid pc ไม่แพ้ยา ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธ

การวินิจฉัย 1) Grave's disease with compressive symptom 2) Tracheal stenosis (impacted from post intubation)

สัญญาณชีพ T=36.6 C, PR= 92/min, RR=24/min, BP 116/68 mmHg, BW 44 kg, Height 166 cm, BMI 17.18

ผลการตรวจพิเศษ CT Neck + CT chest ผล Diffuse enlarged thyroid gland Facial severe narrowing at thoracic inlet trachea (Level T1) The patent lumen is about 0.7 cm

การประเมินทางวิสัญญีวิทยา

แรกรับที่แผนกอายุรกรรม

การผ่าตัด Total Thyroidectomy + Rigid bronchoscope

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพรวงอกซีเจน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ มีก้อนโตที่คอ ประมาณ 3 เซนติเมตร Film chest: Suspected pneumonia RML ให้ออกซิเจน Cannula 5 LPM</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล ประเมินภาวะเนื้อเยื่อพรวงอกซีเจน ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที O₂ saturation < 95% ร่วมกับหอบผู้ป่วยในการให้พยาบาล โดยจัดท่านอนศีรษะสูง ให้ออกซิเจน Cannula 5 LPM ตามแผนการรักษา ประเมินสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในร่างกาย ทุก 30 นาที (Monitor NIBP) ให้ยาลดการบวมของหลอดเลือด ได้แก่ Dexamethasone 4 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง พยายามขยายหลอดเลือด Adrenaline 1 ml+NSS 3 ml NB ทุก 4 ชั่วโมง อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติแนะนำพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้ป่วยเสี่ยงใส่ท่อช่วยหายใจยาก หากมีอาการผิดปกติข้างต้น ให้แจ้งวิสัญญีพยาบาลพร้อมระบุการใส่ท่อช่วยหายใจยาก</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ทุเลาเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ซีฟรครั้ง/นาที O₂ saturation 97-98%</p>
<p>ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าสีหน้าแสดงความวิตกกังวล บอกว่ากลัวการผ่าตัดและกลัวไม่ฟื้น</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล วิสัญญีพยาบาลแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเหตุผลและความจำเป็นในการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก แนะนำสภาพทั่วไปภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้พบ เพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างคร่าว ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจนถึงสิ้นสุดการผ่าตัดจนผู้ป่วยปลอดภัยแล้ว จึงส่งต่อให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยดูแลต่อไป อธิบายถึงแผนการรักษาของแพทย์ และแผนการพยาบาล โดยสังเกต พูดคุยแสดงความเป็นมิตร ปลอดภัยและให้กำลังใจ ตลอดจนตอบปัญหาหรือข้อสงสัย แนะนำญาติให้เป็นที่กำลังใจแก่ผู้ป่วย</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี บอกคลายความวิตกกังวล สีหน้าแจ่มใสขึ้น</p>
<p>ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการใส่ท่อหายใจยาก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยนอนราบไม่ได้ มีการกดเบียดของก้อนไทรอยด์ CT Neck + CT chest ผล Diffuse enlarged thyroid gland Facial severe narrowing at thoracic inlet trachea (Level T1) The patent lumen is about 0.7 cm</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล ประเมินการใส่ท่อช่วยหายใจตาม Mallampati Classification ประเมิน Airway mouth opening ทางเดินหายใจ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าอาจมีโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจยาก เนื่องจากมีก้อนโตที่คอ ร่วมวางแผนกับวิสัญญีแพทย์ในการเตรียมความพร้อมใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>การประเมินผล จากการประเมิน Mallampati Classification ผู้ป่วยอยู่ใน Class 1 mouth opening >3 FB พบการเบียดของหลอดเลือดจากก้อนไทรอยด์ ผู้ป่วยมีปัญหา difficult airway</p>
<p>การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจนจากการใส่ท่อช่วยหายใจยากในระยณะนำสลบ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน จากการประเมิน Mallampati Classification ผู้ป่วยอยู่ใน Class 1 mouth opening > 3 FB พบการเบียดของหลอดเลือดจากก้อนไทรอยด์ ผู้ป่วยมีปัญหา difficult airway</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล เตรียมอุปกรณ์ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อมใช้ ประกอบด้วย 1) Laryngoscope ได้แก่ handle และ blade ทุกขนาด ตั้งแต่ เบอร์ 1-4 ซึ่งเป็นขนาดที่ใหญ่ที่สุด 2) Video scope พร้อม blade ขนาดต่างๆ 3) Fiberoptic ในกรณีที่ต้อง awake intubation 4) เตรียม tube พิเศษ ชนิดต่างๆ spiral tube No.6.0, 7.0, 7.5, -MLT tube NO. 4.0,5.0,6.0, Endotracheal tube No. 5.0, 5.5, 6.0, 6.5, 7.0, 7.5 5) Bougie สำหรับเป็น guide ร้อย tube ลงไปได้ 6) Fowa สำหรับเป็น guide ร้อย tube ลงไปได้ 7) Stylet หรือ guide wire ใช้ใส่เป็นแกนในการใส่ท่อช่วยหายใจ 8) กระบอกฉีดขนาด 5-10 มิลลิลิตร ใช้เพื่อใส่ลมเข้าไปใน cuff 9) suction ใช้สำหรับดูดเสมหะ ดูน้ลาย 10) หน้ากาก และ self inflating bag เพื่อช่วยหายใจ 11) สารหล่อลื่น สำหรับหล่อลื่นบริเวณปลายท่อช่วยหายใจ และ stylet 12) เตรียม ศัลยแพทย์ ENT standby สำหรับทำ tracheostomy เมื่อทีมวิสัญญีไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ หลังจากนั้นเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อการผ่าตัดให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายลงคอให้หมด วิสัญญีแพทย์ให้ยา Propofol 200 mg IV push เมื่อผู้ป่วยหลับสามารถ ventilate ได้ เมื่อตรวจสอบไม่พบ Eyelash reflex ให้ยา Succinylcholine ออกฤทธิ์เต็มที่ มองเห็นมี Fasciculation จนถึงปลายเท้า ทำการใส่ท่อช่วยหายใจ Attempt ที่ 1 ใส่ Tube spiral No.7 ไม่ลง Attempt ที่ 2 ใส่ MLT No. 4 ลึก 22 cm</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>PAP 53 cmH₂O Attempt ที่ 3 off MLT tube ออก และใช้ Bougie ร้อย tube ใส่เป็น spiral tube No.7 ลึก 20 cm เมื่อ spiral tube ผ่านเข้า vocal cord ให้ผู้ช่วยดึง Bougie ออกแล้วเลื่อนท่อช่วยหายใจเข้าไป ต่อ เมื่อความลึก 20 cm Blow cuff ทันที ต่อเครื่องช่วยหายใจเข้ากับยาสลบ บีบ Reservoir bag เพื่อตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ สังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอก ฟังเสียงลมบริเวณกระเพาะอาหาร และฟังเสียงลมที่ปอดส่วนบนและส่วนล่าง ร่วมกับประเมินกราฟ ET CO₂ 32 mmHg ขึ้น wave เมื่อใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ ติดพลาสติกยึดท่อช่วยหายใจให้แน่นเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด</p> <p>การประเมินผล ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจนจากการใส่ท่อช่วยหายใจจาก การใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ</p>
<p>ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสลบไม่ลึกพอ (light anesthesia) หรือได้ยาสลบมากเกินไป</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ในการทำผ่าตัดแต่ละขั้นตอน ความรุนแรงของภาวะกระตุ้นแตกต่างกันไปแต่ละขั้นตอน ซึ่งความลึกในการสลบต่างกัน</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล ให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Balance anesthesia โดยให้ยาที่ละน้อยๆ สดุดีๆ แล้วรอเวลาให้ยาออกฤทธิ์ หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Cistracurium 6 mg iv push เปิด O₂ : Air = 0.75:1.3 LPM ร่วมกับ Sevofurane 2% ให้ Narcotic Fentanyl 100 mcg iv push ควบคุมการหายใจแบบ Volum control-ventilation, Tidal volume 500 ml, RR=14 /นาที, FIO₂ 0.5, BP 128/92mmHg, ชีพจร 94/นาที, SPO₂ 100%, Maintenance ด้วยวิธี GA balance technique ตรวจสอบขนาดของรูปร่างตาเป็นระยะ สังเกตและประเมินอาการทางคลินิกที่แสดงถึงการให้ยาสลบไม่ลึกพอ ได้แก่ หัวใจเต้นช้า และความดันโลหิตต่ำ หรือหัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูง น้ำตาไหล เหงื่อออก มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ มีน้ำลายออกมาก ชีพจร เป็นต้น สังเกตและประเมินอาการทางคลินิกที่แสดงถึงการให้ยาสลบมากเกินไป ได้แก่ หัวใจเต้นช้าหรือเต้นผิดปกติ และความดันโลหิตต่ำ ปรับระดับความลึกของยาสลบให้เหมาะสม และเพียงพอสำหรับการผ่าตัดแต่ละขั้นตอน เพื่อให้การผ่าตัดราบรื่น สังเกตอาการที่แสดงถึงการได้รับยาพอเหมาะ ได้แก่ มีการตอบสนองเล็กน้อยต่อการผ่าตัด หัวใจและระบบไหลเวียนเลือด รวมทั้งระบบหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อหย่อนตัวดี สงบหลับไม่รู้สึกตัว ติดตามการผ่าตัดอย่างใกล้ชิดในแต่ละขั้นตอน เพื่อปรับระดับการสลบได้อย่างเหมาะสม ตรวจสอบสัญญาณชีพ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ SpO₂ อย่างใกล้ชิดและลงบันทึกทุก 3-5 นาที</p> <p>การประเมินผล การทำผ่าตัดราบรื่น ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงถึงภาวะสลบตื่น ได้แก่ สะอึก น้ำตาไหล ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ผู้ป่วยสลบลึกเพียงพอไม่มีอาการแสดงถึงภาวะสลบลึกเกินไป ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรช้า ม่านตาเล็กมากผิดปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ</p>
<p>ปัญหาที่ 6 อาจเกิดภาวะช็อคและอุณหภูมิร่างกายต่ำจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ก่อนผ่าตัด Hb 9.5 g/dl Hct 32% หลังเริ่มการผ่าตัด ผ่านไป 30 นาที เสียเลือด 800 ml ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล สังเกตอาการของภาวะพร่องสารน้ำและเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว ร่วมกับประเมินปริมาณการเสียเลือดที่ยอมรับได้ในผู้ป่วยรายนี้ คือ 800 ml ติดตามสัญญาณชีพและบันทึกทุก 5 นาที เมื่ออาการผิดปกติรีบแก้ไขและรายงานวิสัญญีแพทย์ สังเกตและเฝ้าระวังดู Wave form จาก Pulse oximetry พบว่ามี Flutation ของ Wave form ที่เปลี่ยนแปลงตามการหายใจ ที่เรียกว่า pressure waveform variable (PWV) จะบ่งบอกถึงภาวะ hypovolemia ให้ 0.9% NSS 1000 ml iv 100 ml/hr ซึ่งเป็นสารน้ำประเภท Cystolloid ตามการคำนวณสารน้ำที่ให้ในระหว่างผ่าตัด ทดแทนเลือดที่เสียไป โดยให้ PRC 1 unit ตามแผนการรักษา ดูแลให้ยาคีบหลอดเลือดโดยให้ Ephedrine 6 mg iv push เพื่อเพิ่มความดันโลหิต ประเมิน Intake/Output โดยดูปริมาณและสีของปัสสาวะพร้อมทั้งจดบันทึกทุก 1 ชั่วโมงและประเมินดู Capillary refill</p> <p>การประเมินผล ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือดรวม 950 ml Hematocrit หลังให้เลือด 32 % ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 ml/hr. ผิวหนังอุ่น สีชมพู Capillary refill น้อยกว่า 3 วินาที</p>
<p>ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Thyroid storm ระหว่างผ่าตัด</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล ตรวจสอบสัญญาณชีพ ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการรักษาระดับสัญญาณชีพ \pm 20% ของ baseline เดิม check vital signs ทุก 5 นาที เฝ้าระวังภาวะ thyroid crisis ระหว่างผ่าตัด โดยการตรวจวัดอุณหภูมิกาย อัตราการเต้นของหัวใจ และ</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อมูลสนับสนุน ในระหว่างการผ่าตัดอาจมีการหลั่งของฮอร์โมน ไทรอยด์ในกระแสเลือดที่สูงกว่าปกติมาก</p>	<p>arrhythmia (Monitor EKG) ซึ่งจะมีอาการคล้ายคลึงกับ light anesthesia, malignant hyperthermia โดยผู้ป่วย Thyroid storm จะไม่มีภาวะ severe acidosis กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (muscle rigidity)</p> <p>การประเมินผล อุณหภูมิร่างกาย 36.3-36.4 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที EKG normal sinus rhythm</p>
<p>ปัญหาที่ 8 อาจเกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายระหว่างการทำผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จากการได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซึ่งเป็นการทำผ่าตัดใหญ่ ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์มีการจัดทำแขนคอ เก็บแขน 2 ข้างแนบลำตัว คลุมผ้าบริเวณศีรษะและลำตัวผู้ป่วยทั้งหมด</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล เมื่อใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว พันยึดตำแหน่งท่อหายใจที่มุมปากให้แน่น เมื่อแพทย์จัดทำผู้ป่วยโดยการหมุนไหล่และแขนคอ ยึดท่อช่วยหายใจกับข้อต่อวงจรการหายใจให้แน่น ระมัดระวังไม่ให้เกิดการหักงอเมื่อคลุมผ้าผ่าตัด ประสานงานกับทีมผ่าตัดในการจัดทำผู้ป่วย ป้องกันการกดทับจากการจัดทำในการผ่าตัดโดยใช้ฟองน้ำรองรับกระดูกและข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย ยึดลำตัว แขน ขา โดยใช้เครื่องผูกยึดและไม่ทิ้งผู้ป่วยไว้ลำพัง จัดทำผู้ป่วยหลังจากให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแล้ว โดยรัดแขนขาเข้ากับฉากข้างเตียง โดยจัดให้แขนงอเป็นมุมฉากและใช้รัดความดันโลหิต ส่วนแขนซ้ายวางบนไม้รองแขน และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใช้ผ้ารัดบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง เขี่ยขาทั้ง 2 ข้างออก ไม่งอ ตรึงผู้ป่วยกับเตียงผ่าตัดสังเกตอาการผิดปกติจากการวาง Plate ถ้าพบผิวหนังแดงไหม้บริเวณที่วาง Plate หลังผ่าตัดให้ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นวางประคบที่บริเวณรอยแดงไหม้ทันที พร้อมรายงานให้แพทย์ทราบ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดป้องกันอุบัติเหตุโดยการยกวางราวกันไว้ตลอดเวลา ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดส่งผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น การประเมินผล ผู้ป่วยไม่ตกเตียง ไม่เกิดแผลกดทับ รอยขีดจากการผูกมัด ไม่มีรอยไหม้บริเวณที่วาง plate และบริเวณอื่น</p>
<p>การพยาบาลระยะฟื้นฟูจากยาสลบ</p> <p>ปัญหาที่ 9 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาท Laryngeal nerve และมีภาวะ vocal cord paralysis</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน การตัดก้อนไทรอยด์ที่โตมากอาจมีการบาดเจ็บของเส้นประสาท Laryngeal nerve และ vocal cord paralysis ได้</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเริ่มหายใจให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อด้วย Neostigmine ร่วมกับ atropine เมื่อเสร็จผ่าตัดให้ออกซิเจนผู้ป่วย ตรวจสอบการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท ดูแลถอดท่อช่วยหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจด้วย VDO laryngoscope ใช้ Endotracheal tube No.7.0 ลึก 20 cm มุมปาก ประเมินการบวมบริเวณ larynx หรือ pharynx ด้วยวิธีประเมิน Cuff leak test โดยผลการประเมิน volume ต้อง ≥ 110 มิลลิลิตร ทำโดยดูดเสมหะในทางเดินหายใจและในช่องปากให้หมด ก่อนเริ่มทำการทดสอบ เมื่อดูดอากาศออกจาก cuff ของท่อช่วยหายใจ จะทำให้เสมหะหรือน้ำลายเข้าไปในทางเดินหายใจส่วนล่างได้ ปรับเครื่องช่วยหายใจที่ใช้กับผู้ป่วยให้เป็น assist control mode บันทึกค่าในขณะที่ cuff ยังคงมีอากาศบรรจุอยู่ ให้ทำการบันทึกปริมาตรอากาศที่เข้าสู่ปอด (inspiratory volume: Vti) กับปริมาตรที่ออกจากปอด (expiratory volume: Vte) ดูผลออกจาก cuff ให้หมด ให้ผู้ป่วยหายใจขณะที่ไม่มีลมอยู่ใน cuff จากนั้นให้เริ่มบันทึก Vte นำค่าที่ต่ำสุด 3 ค่าสุดท้ายมาหาค่าเฉลี่ย นำค่า Vte เฉลี่ยที่ได้มาหักออกจากค่า Vti ที่บันทึกไว้ตอนแรก (ค่า cuff leak volume = Vti-Vte) หากค่า cuff leak volume ที่ ≥ 110 มิลลิลิตร จะไม่มีภาวะกลองเสียงและสายเสียงบวม ไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตันจากภาวะกลองเสียงและเส้นเสียงบวมหลังการถอดท่อช่วยหายใจ</p> <p>การประเมินผล พบภาวะ vocal cord paralysis รายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อพิจารณาค่าท่อช่วยหายใจกลับไปหอบุป่วย</p>
<p>การพยาบาลระยะหลังระงับความรู้สึก</p> <p>ปัญหาที่ 10 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกยังรู้สึกตัวไม่เต็มที่ ผลของยาระงับความรู้สึกอาจยังค้างอยู่ไปกดศูนย์หายใจ อาจมีการอุด</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ปากให้ด้วยความนุ่มนวล วัดความดันโลหิตและติดตาม Pluse oximetry เพื่อดู Oxygen saturation ขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยตรวจนับชีพจร อัตรา จังหวะ และความแรงของการเต้นชีพจร สังเกตความสม่ำเสมอของการหายใจ ความลึกความตื้นของการหายใจ ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกาย โดยให้ลมร้อนจาก warmer blanket ป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เพื่อลดการใช้ ออกซิเจนในร่างกาย สังเกตระดับความรู้สึกตัว สีผิว สีปากและเล็บ ประเมินผู้ป่วยและให้คะแนนตาม Modified Aldrete recovery score ลงบันทึกสิ่งที่จะต้องประเมินได้แก่ ความรู้สึกตัว การหายใจ ความดันโลหิต การเคลื่อนไหวและค่า Oxygen saturation</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ต้นทางเดินหายใจ จากเสมหะ น้ำลาย ในท่อช่วยหายใจ</p>	<p>การประเมินผล ผู้ป่วยตื่นดี Modified Aldrete recovery score 9 คะแนน ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ สีผิวกายปกติ ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 %</p> <p>จากการเยี่ยมผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องผู้ป่วยหนัก พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On volume ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ผลที่คอไม่มีเลือดซึม On IV 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr เจาะ Hct =28% ให้ PRC 1 unit iv drip in 3 hr 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด Off ET-tube ได้ให้อาหารเหลวทาง NG tube และเริ่มยาต้านไทรอยด์ Thyroxine หลังผ่าตัด 2 วัน On O₂ canular 5 LPM หายใจสม่ำเสมอ ให้เริ่มจิบน้ำและรับประทานอาหารเหลวได้ตามลำดับ ผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาระงับความรู้สึก off NG tube, Foley's cath แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ วันที่ 22 กันยายน 2566 รวมระยะเวลารักษาดำเนินโรงพยาบาลนาน 9 วัน</p>

อภิปรายผล

โรค Grave disease เป็นสาเหตุของภาวะไทรอยด์เป็นพิษที่พบบ่อย¹ ตรวจร่างกายจะพบต่อมไทรอยด์โต (diffusely enlarged goiter) และจะมีอาการและอาการแสดงของภาวะ Hyperthyroidism ซึ่งใน case นี้ Problem difficult airway คือ 1) มีประวัติ Grave disease 2) หายใจเหนื่อย หายใจเสียง stridor นอนราบไม่ได้ 3) tracheal stenosis 4) เสียงแหบ 5) diffuse enlarged thyroid gland ส่งผลทำให้เสี่ยงต่อการใส่ท่อหายใจยาก ผู้ศึกษาจึงต้องเตรียมอุปกรณ์การใส่ท่อช่วยหายใจที่พิเศษเพิ่มเติม ร่วมวางแผนกับวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ หู คอ จมูก เพื่อร่วมกันใส่ท่อช่วยหายใจ⁴ รวมทั้งการเปิดทางเดินหายใจแบบ Invasive คือ Tracheostomy นอกจากนี้ ยังมี ปัญหา เรื่อง Hyperthyroidism การควบคุมระดับการทำงานของไทรอยด์ให้เป็น euthyroid เป็นสิ่งสำคัญ การ Premedication ด้วยยาลดการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน MMI (5) 2 tab ก่อนผ่าตัด มีการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมก่อนผ่าตัด การผ่าตัดจำเป็นต้องใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ต้องรักษาระดับการสลบให้ลึกพอเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียดจนเกิดภาวะ Thyroid

storm และหลีกเลี่ยงยา ketamine pancuronium ยาชาที่ผสม epinephrine หรือ indirect acting adrenergic agonist เพราะยาพวกนี้ทำให้หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ ซึ่งแยกได้จากภาวะ Thyroid storm⁸

เนื่องจากผู้ป่วย case นี้มี diffuse enlarged thyroid gland ทำให้เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด จำเป็นต้องบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที ประเมิน Estimated blood loss ทุก 1 ชั่วโมง บันทึก urine intake out put ทุก 1 ชั่วโมง จอง PRC ให้พร้อมใช้

ในช่วงฟื้นจากยาสลบใน case นี้ ไม่ถอดท่อช่วยหายใจ เนื่องจากทำผ่าตัด total thyroidectomy ที่มีขนาดใหญ่ (thyroid gland enlarged) ร่วมด้วยมี Focal severe narrowing at thoracic inlet trachea และ tracheal stenosis ศัลยแพทย์ หู คอ จมูก ทำ rigid bronchoscope พิจารณาให้ใส่ท่อช่วยหายใจไว้หลังผ่าตัด เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดไทรอยด์ รวมทั้งใช้เวลาในการผ่าตัดนาน สูญเสียเลือดจำนวนมาก อาจจะทำให้เกิดภาวะ Hypovolemia ตามมาได้

เอกสารอ้างอิง

1. นพวรรณ บุญบำรุง. (2560). ภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษวิกฤต: การพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์; 37(2): 160-168
2. บุศรา ศิริวันสามนต์, พิชยา ไททะชะวิญญูและปฏิภาณ ตุ่มทอง. (2560). Anesthesia and Perioperative Care. พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

- 3.พรศิริ พันธสี. (2564). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ :การประยุกต์ใช้ทางคลินิก (NURSING PROCESS & FUNCTIONAL HEALTH PATTERN) พิมพ์ครั้งที่ 25. พิมพ์อักษร
- 4.สมจินต์ จินดาวิจักษณ์ และคนอื่น ๆ. (2558). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเมะเร็ง ต่อมไทรอยด์. โฆษิตการพิมพ์.
- 5.Ahmad A, Khan HM, Chaudhry N, et al. (2016). Post thyroidectomy hypocalcaemia-an audit of 100 cases. Annals of KEMC; 12(2): 285-7.
- 6.American Thyroid Association. (2017). The Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum.; 27(3): 315-89.
- 7.Palacios SS,Pascual-Corrales E, Galofre JC. (2012). Management of Subclinical Hyperthyroidism. Int J Endocrinol Metab; 10(2): 490-496.

การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care in Peritoneal Dialysis Related Peritonitis : Case Study 2 Case.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อารีย์ ภูยาตาว¹
Aree Phuyadaw¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการสอนล้างไตในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องรายใหม่ และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบวิธีดำเนินการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 2 ราย ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำ ข้อมูลมาวิเคราะห์วางแผนการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติการพยาบาล .สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไข

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องทั้ง2รายมาด้วยอาการปวดท้องน้ำยาล้างไตขุ่นเหมือนกัน โดยแพทย์ให้ การรักษาโดยการให้นอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยาปฏิชีวนะผลพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 การรักษาไม่ตอบสนองต่อการให้ยาจึง จำเป็นต้องสิ้นสุดการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเปลี่ยนมารักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ส่งผลให้อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

คำสำคัญ : ล้างไตทางช่องท้อง เยื่อช่องท้องอักเสบ

Abstract

This study was case study with the objective To provide guidelines for creating a dialysis teaching program for new peritoneal dialysis patients. and nursing guidelines for peritoneal dialysis patients with peritonitis, study methods This study is a specific case study of 2 patients who were admitted to Kalasin Hospital between October 2023 and November 2023. Related literature and research were reviewed. Use data to analyze nursing care plans and lead to nursing practice. .Summarize the results of the study to collect information and problems encountered in patient care in order to find solutions.

The results of the study found that both peritoneal dialysis patients presented with the same abdominal pain and cloudy dialysis solution. The doctor provided treatment by admitting him to the hospital to give antibiotics. It was found that the first patient's treatment did not respond to the medication. Therefore, it was necessary to end the treatment with peritoneal dialysis and change to treatment with dialysis. Blood with hemodialysis machine The second patient responded to antibiotic treatment. As a result, the symptoms improved accordingly. The doctor then discharged the patient home.

Keywords : Peritoneal Dialysis, Peritonitis

บทนำ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรักษาด้วยการ ล้างไตทางช่องท้องเป็นอีกทางเลือกในการบำบัด ทดแทนไตที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีถึงตี มาก² สะดวกไม่ต้องเดินทางบ่อย สามารถล้างไต ได้ด้วยตัวเองที่บ้าน แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยล้างไต

ทางช่องท้องยังต้องพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบซึ่งส่งผลให้ต้องสิ้นสุด การรักษาและเปลี่ยนการรักษาเป็นการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะ เยื่อช่องท้องอักเสบคือภาวะทุพโภชนาการ [5][8][9][10] อุบัติการณ์การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

พบได้ถึง 0.35 episode per patient-year¹ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การปนเปื้อนจากขั้นตอนการล้างไต จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่มารับบริการหน่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2564 ถึง ปี พ.ศ. 2566 ตามลำดับ ดังนี้ 289, 235, 229 และพบว่าสถิติการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ปี พ.ศ. 2564 ถึง ปี พ.ศ. 2566 ตามลำดับ ดังนี้ 0.31, 0.27, 0.36 episode per patient - year⁷ พยาบาลไตเทียมเฉพาะทางล้างไตทางช่องท้อง จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ตามมาตรฐานอย่างใกล้ชิดทุกขั้นตอน รวมถึงการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ การที่พยาบาลไตเทียมเฉพาะทางล้างไตทางช่องท้องมีความรู้และทักษะในการดูแล จัดโปรแกรมการสอนการล้างไตทางช่องท้องตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถล้างไตทางช่องท้องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ มีการศึกษาหาความรู้ ฝึกฝน พัฒนาการปฏิบัติงานของตนเองอยู่เสมอสามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ผู้ศึกษาได้นำแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน กระบวนการพยาบาล และทฤษฎีดูแลตัวเอง (self care theory) ของโอเรม เพื่อการวางแผนการพยาบาลแแรกรับจนถึงสิ้นสุดการศึกษาเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 2 ราย โดยแนวทางการป้องกันและการรักษาเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ ตามหลักฐานทางวิชาการ international society for peritoneal dialysis (ISPD) guideline ทบทวนใหม่ ค.ศ.2022 พบว่าการป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ คือ การดูแลแผลช่องทางออกของสายท่อล้างไต เทคนิคการล้างไตที่ถูกต้อง ลดการปนเปื้อน โปรแกรมการสอน

ล้างไตที่ครอบคลุม^{[6][9][10]} โดยนำกระบวนการพยาบาลแแรกรับจนถึงสิ้นสุดการศึกษา ร่วมกับทีมสหสาขาเพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการสอนล้างไตในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องรายใหม่ และเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและกลับใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการสอนล้างไตในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องรายใหม่
2. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย
2. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลมาวิเคราะห์วางแผนการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติการพยาบาล
3. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไข

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องทั้ง 2 รายมาด้วยอาการปวดท้องน้ำยาล้างไตขุ่นเหมือนกัน โดยแพทย์ให้การรักษาโดยการให้ออนโรงพยาบาลเพื่อให้ยาปฏิชีวนะผลพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 การรักษาไม่ตอบสนองต่อการให้ยาจึงจำเป็นต้องสิ้นสุดการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเปลี่ยนมารักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ส่งผลให้อาการดีขึ้นตามลำดับแพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ ในผู้ป่วยลำไส้ที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ
กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศและอายุ	เพศชาย อายุ 62 ปี	เพศชาย อายุ 57 ปี
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ปริญญาโท
สถานภาพสมรส	สมรส	สมรส
อาชีพ	ทำนา	รับราชการ
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	สิทธิ์เบิกได้กรมบัญชีกลาง
ภูมิลำเนา	อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์	อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
วันที่เข้ารับการรักษา	16 ตุลาคม 2566	17 ตุลาคม 2566
วันที่จำหน่าย	สิ้นสุดการศึกษา 21 ตุลาคม 2566	23 ตุลาคม 2566
การวินิจฉัยแยกรับ	infected CAPD	infected CAPD
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	BUN 47 mg/dl Creatinine 7.69 mg/dl eGFR 7 mL/min/1.73m ² albumin 2.5 g/dl WBC 3400 cell/mm ³ Newtrophils 89.9 % Hb 11.3 % hct 34.9 % PDF cell count 2650 cell/mm ³ PMN 77 % (16 ตุลาคม 2566) PDF culture พบเชื้อ enterobacter cloacae (19 ตุลาคม 2566)	BUN 48 mg/dl Creatinine 11.48 mg/dl eGFR 7 mL/min/1.73m ² albumin 3 g/dl WBC 9700 cell/mm ³ Newtrophils 91.1 % Hb 12.2 % hct 37.2 % PDF cell count 6420 cell/mm ³ PMN 95 % (17 ตุลาคม 2566) PDF culture พบเชื้อ staphylococcus aureus (20 ตุลาคม 2566)
ผลการตรวจร่างกาย	ตรวจร่างกาย Abdominal distension generalized tender Voluntary guarding rebound positive ,most tender RUQ	ตรวจร่างกาย Abdominal distension generalized tender Voluntary guarding rebound positive ,most tender RUQ Pitting edema +2
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	enterobacter cloacae infected CAPD	staphylococcus aureus infected CAPD
อาการสำคัญที่มา โรงพยาบาล	ปวดท้อง น้ำยาลำไส้ขุ่น มา 3 วัน	ปวดท้อง น้ำยาลำไส้ขุ่น มา 1 วัน
ประวัติการเจ็บป่วย ในปัจจุบัน	ปี2566 ผู้ป่วยเริ่มลำไส้ทางช่องท้อง 3 วันก่อนมา รับประทานอาหารก๋วยเตี๋ยวหมูดิบ มี อาการปวดท้องมากน้ำยาลำไส้ขุ่น ญาติจึงนำส่ง รพ.	ปี2562 ผู้ป่วยเริ่มลำไส้ทางช่องท้อง 1 วันก่อนมา มีอาการปวดท้องน้ำยาลำไส้ขุ่น ญาติจึงนำส่ง รพ.
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด และปี พ.ศ. 2561ได้รับการสวนหัวใจ ปี 2565 ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและ ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่อง ท้อง ในปี 2556	ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รักษา ที่โรงพยาบาลมาตลอดโดยเบาหวานได้ยา เบาหวานแบบฉีด ปี 2559 ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและ ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่อง ท้อง ในปี 2556

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยบอกว่า “ ปวดท้องมาก ”</p> <p>O : ตรวจร่างกาย Abdominal distension generalized tender Voluntary guarding rebound positive ,most tender RUQ</p> <p>O : นอนคู้ขมวดตลอดเวลา</p> <p>O : pain score 10 คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายบรรเทาอาการปวด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการปวดท้อง โดยใช้แบบประเมิน Pain score การหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้การพยาบาลด้วยการล้างไตโดยการปล่อยน้ำยาเข้าออกติดต่อกัน 3 ถัง เพื่อลดอาการปวดท้อง ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล จัดทำนอนศีรษะสูง/ทำนอนให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย รายงานแพทย์ สอนการ Relaxation Technique เพื่อบรรเทาอาการ เช่น การหายใจช้าๆ เป็นจังหวะ ลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ เบี่ยงเบนความสนใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก จัดกิจกรรมการพยาบาลให้อยู่ช่วงเวลาเดียวกัน/ไม่รบกวนผู้ป่วยขณะพักผ่อน/ นอนหลับ ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา tramal 50 mg im stat then prn q 8 hrs. ประเมินอาการปวดท้องหลังให้การพยาบาล <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> pain scale 5 คะแนน หลับได้กลางคืนวันละ 5-6 ชั่วโมง กลางวันนอนได้ 1-2 ชั่วโมง 	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยบอกว่า “ ปวดท้องมาก ”</p> <p>O : ตรวจร่างกาย Abdominal distension generalized tender Voluntary guarding rebound positive ,most tender RUQ</p> <p>O : นอนงอตัว</p> <p>O : pain score 10 คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายบรรเทาอาการปวด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการปวดท้อง โดยใช้แบบประเมิน Pain score การหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้การพยาบาลด้วยการล้างไตโดยการปล่อยน้ำยาเข้าออกติดต่อกัน 3 ถัง เพื่อลดอาการปวดท้อง ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล จัดทำนอนศีรษะสูง/ทำนอนให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย รายงานแพทย์ สอนการ Relaxation Technique เพื่อบรรเทาอาการ เช่น การหายใจช้าๆ เป็นจังหวะ ลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ เบี่ยงเบนความสนใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก จัดกิจกรรมการพยาบาลให้อยู่ช่วงเวลาเดียวกัน/ไม่รบกวนผู้ป่วยขณะพักผ่อน/ นอนหลับ ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา tramal 50 mg im stat ประเมินอาการปวดท้องหลังให้การพยาบาล <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> pain scale 8 คะแนน หลับได้กลางคืนวันละ 5-6 ชั่วโมง กลางวันนอนได้ 1-3 ชั่วโมง
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยบอกว่า “ น้ำยาล้างไตขุ่น ปวดท้อง เมื่อเช้า ”</p> <p>O : น้ำยาล้างไตขุ่น</p> <p>O : ผลตรวจทาง</p> <p>WBC 3400 cell/mm³</p> <p>Newtrophils 89.9 %</p> <p>PDF cell count 2650 cell/mm³</p> <p>PMN 77 % (16 ตุลาคม 2566)</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยบอกว่า “ น้ำยาล้างไตขุ่น ปวดท้อง เมื่อเช้า ”</p> <p>O : น้ำยาล้างไตขุ่น</p> <p>O : ผลตรวจทาง</p> <p>WBC 9700 cell/mm³</p> <p>Newtrophils 91.2 %</p> <p>PDF cell count 6420 cell/mm³</p> <p>PMN 95 % (17 ตุลาคม 2566)</p> <p>PDF culture พบเชื้อ staphylococcus aureus (20 ตุลาคม 2566)</p>

กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2
<p>PDF culture พบเชื้อ enterobacter cloacae (19 ตุลาคม 2566)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ เช่น อาการไข้ หนาวสั่น ปวดท้อง น้ำยาล้างไตที่ปล่อยออกมา มีสีขาวขุ่น เป็นนูน เป็นต้น พร้อมทั้งซักประวัติที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนของระบบ สายรั้ว ความผิดปกติในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ขั้นตอนการล้างมือ และประวัติท้องผูก หรือถ่ายเหลว การรับประทานอาหารเพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิด เยื่อช่องท้องอักเสบ 2. ประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการปวดท้อง อาการไข้ การหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ อุณหภูมิ การแสดงออกทางสีหน้าเพื่อประเมินถึงความรุนแรงของการติดเชื้อ 3. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา fortum 1 gm ip รอบสุดท้าย cefazolin 1 gm ip รอบสุดท้าย 4. ติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการ PDF cell cell count PDF culture <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. น้ำยาออกจากช่องท้องขุ่น 2. มีไข้ อุณหภูมิของร่างกาย อยู่ในช่วง 37.6 – 38.5 องศาเซลเซียส 3. PDF cell count 530 cell/mm³ PMN 93 % (21 ตุลาคม 2566) 4. แพทย์พิจารณา remove tenckoff catheter (21 ตุลาคม 2566) <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O : BP 194 / 111 mmHg (16 ตุลาคม 2566)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อป้องกันภาวะอันตรายจากความดันโลหิตสูง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดและอันตรายหรือความเสี่ยงจากภาวะความดันโลหิตสูงได้แก่ อัมพฤกษ์ เส้นโลหิตในสมองแตก 2. แนะนำหรือสอนให้ผู้ป่วยรู้จักยาของตนเองโดยนำตัวอย่างยาลดความดันโลหิตมาให้ผู้ป่วยได้ทราบและเข้าใจการทำงานของยาลดความดันโลหิตแต่ละตัวที่ใช้อยู่และความจำเป็นในการบริหารยาที่ถูกต้องเหมาะสม และควรรับประทานยาให้ตรงเวลา 3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสัญญาณอันตรายจากความดันโลหิตสูงเช่นปวดศีรษะอย่างรุนแรง หรือปวดอย่างต่อเนื่อง ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน 	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ เช่น อาการไข้ หนาวสั่น ปวดท้อง น้ำยาล้างไตที่ปล่อยออกมา มีสีขาวขุ่น เป็นนูน เป็นต้น พร้อมทั้งซักประวัติที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนของระบบ สายรั้ว ความผิดปกติในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ขั้นตอนการล้างมือ และประวัติท้องผูก หรือถ่ายเหลว การรับประทานอาหารเพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิด เยื่อช่องท้องอักเสบ 2. ประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการปวดท้อง อาการไข้ การหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ อุณหภูมิ การแสดงออกทางสีหน้าเพื่อประเมินถึงความรุนแรงของการติดเชื้อ 3. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา tazocin 4.5 gm iv drip stat then 2.25 gm iv q 8 hrs. amikacin 150 mg. add in PDF 2000 ml. รอบสุดท้าย 4. ติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการ PDF cell cell count PDF culture <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. น้ำยาออกจากช่องท้องใส 20 ตุลาคม 2566 2. ไม่มีไข้ อุณหภูมิของร่างกาย 37 องศาเซลเซียส 3. PDF cell count 50 cell/mm³ PMN 40 % (21 ตุลาคม 2566) <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O : BP 189 / 94 mmHg (17 ตุลาคม 2566)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อป้องกันภาวะอันตรายจากความดันโลหิตสูง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดและอันตรายหรือความเสี่ยงจากภาวะความดันโลหิตสูงได้แก่ อัมพฤกษ์ เส้นโลหิตในสมองแตก 2. แนะนำหรือสอนให้ผู้ป่วยรู้จักยาของตนเองโดยนำตัวอย่างยาลดความดันโลหิตมาให้ผู้ป่วยได้ทราบและเข้าใจการทำงานของยาลดความดันโลหิตแต่ละตัวที่ใช้อยู่และความจำเป็นในการบริหารยาที่ถูกต้องเหมาะสม และควรรับประทานยาให้ตรงเวลา 3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสัญญาณอันตรายจากความดันโลหิตสูงเช่นปวดศีรษะอย่างรุนแรง หรือปวดอย่างต่อเนื่อง ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน 4. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินค่าความดันโลหิตของตนเอง ทุกครั้งที่วัด 5. แนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมปริมาณมาก จำกัดปริมาณโซเดียมไม่เกิน 2000 mg /

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>4.ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินค่าความดันโลหิตของตนเอง ทุกครั้งที่วัด</p> <p>5.แนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมปริมาณมาก เช่นอาหารปรุงแต่ง อาหารรสจัดทุกประเภท นอกจากนี้ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดการสูบบุหรี่</p> <p>6.หลีกเลี่ยงภาวะเครียดโดยการยอมรับกับโรคที่เป็นอยู่ แผนการรักษาของแพทย์ มองสิ่งต่างๆในเชิงบวก ฝึกผ่อนคลาย ฝึกสมาธิ หรือสวดมนต์</p> <p>7.แนะนำให้รู้จักผู้ป่วยอื่นเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ และการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน</p> <p>8.ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา Amlodipine 5 mg 2 tab oral pc</p> <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพ P= 82 ครั้ง/นาที RR= 18 ครั้ง/นาที BP = 110 /72 mmHg 2. ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลีย แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4 มีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงจากการเจ็บป่วย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อย”</p> <p>O : ทำทางอ่อนเพลีย</p> <p>O : ผู้ป่วยติดเชื้ในช่องท้อง</p> <p>O : albumin 2.5 g/dl</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยอาการเหนื่อยเพลียลดลง <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ซักถามอาการเหนื่อย อ่อนเพลียของผู้ป่วย และอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ 2. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วย ประเมินความเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการหายใจหอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรมต่างๆ อาการเจ็บหน้าอกขณะทำกิจกรรม 3. ดูแลล้างไตทางช่องท้องด้วย 1.5 % PDF 2000 ml. x 4 cycle dwell 4-6 hrs. 4. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม แบ่งเวลาที่จะให้ผู้ป่วยพัก และกำหนดกิจกรรมโดยให้พักเป็นระยะๆ และหยุดกิจกรรมเมื่อรู้สึกเหนื่อย วิงเวียน หน้ามืด 5. แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยทำกิจวัตรประจำวัน การล้างหน้า เปลี่ยนเสื้อผ้า 6. ดูแลให้ได้รับสายอาหารครบ 5 หมู่ และพลังงานเพียงพอ โดยคำนวณตามน้ำหนักตัว 51 kg x 25 kcal = 1275 kcal. โปรตีน 1.2-1.3 gm /kg/day เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ 	<p>day เช่นอาหารปรุงแต่ง อาหารรสจัดทุกประเภท นอกจากนี้ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดการสูบบุหรี่</p> <p>6.หลีกเลี่ยงภาวะเครียดโดยการยอมรับกับโรคที่เป็นอยู่ แผนการรักษาของแพทย์ มองสิ่งต่างๆในเชิงบวก ฝึกผ่อนคลาย ฝึกสมาธิ หรือสวดมนต์</p> <p>7.แนะนำให้รู้จักผู้ป่วยอื่นเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ และการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน</p> <p>8.ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา lercanipine 20 mg 1 tab bid ac , Cardura 2 mg 4 tab pc เช้า และก่อนนอน hydralazine 25 mg 1 qid pc hs losartan 50 mg 2 tab bid pc</p> <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพ P= 84 ครั้ง/นาที RR= 20 ครั้ง/นาที BP = 158 /79 mmHg 2. ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลีย แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด 3. ไม่มีปวดศีรษะหรือตาพร่ามัว <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 41. มีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อย นอนราบไม่ได้ มีลูกนั่งตอกลางคืน”</p> <p>O : BUN 48 mg/dl Cr 11.49 mg/dl 17 ตุลาคม 2566</p> <p>O : ทำทางอ่อนเพลีย นอนราบไม่ได้</p> <p>O : pitting edema 2+ both leg</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ซักถามอาการเหนื่อย อ่อนเพลียของผู้ป่วย และอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ 2. จัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศา 3. เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน 4. แนะนำให้ผู้ป่วยจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูงไม่เกิน 2,000 mg./day ให้อาหารเฉพาะโรคเบาหวานจัด 6. จำกัดน้ำดื่มไม่เกิน 800 ml. / day บวกกับกำรน้ำยาล้างไตทั้งวัน เพื่อลดภาวะน้ำเกิน 7. ดูแลล้างไตทางช่องท้องตามแผนการรักษา 1.5% PDF 2,000 ml 2 cycle สลับกับ 4.25 % PDF x 2 cycle พร้อมบันทึกกำรขาดทุนน้ำยาล้างไต 8. ชั่งน้ำหนักทุกวันพร้อมลงบันทึกผล <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) สัญญาณชีพปกติ P = 82-86 ครั้ง/นาที RR = 20-22 ครั้ง/นาที BP = 158/79 mmHg 2) ผู้ป่วยอาการบวมลดลง 1+ 3) ผู้ป่วยนอนราบได้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p><u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลีย แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน</p> <p><u>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5</u> ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวในการล้างไตทางช่องท้อง</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอกว่า “กินก๋วยเตี๋ยวคิดว่าเป็นแล้วไม่เป็นอะไร” S : ญาติผู้ป่วยบอก “ผู้ป่วยไม่ค่อยทำตามคำแนะนำไม่ล้างเวลาล้างไต” O: มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ O : เล็มมียาว</p> <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต ควรผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อให้มีความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษา กระบวนการล้างไตทางช่องท้อง ผลกระทบจากการล้างไตทางช่องท้อง ทั้งผลดีและผลเสีย การปฏิบัติตนในขณะที่ได้รับการรักษาพร้อมกับกระตุ้นและสนับสนุนผู้ป่วยให้แสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง 2. ค้นหาความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกไร้พลังอำนาจสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงการสูญเสียภาพลักษณ์ ตนเองไร้ค่า เช่นการแยกตัว การไม่ร่วมมือในการรักษา ประเมินว่าผู้ป่วยเผชิญปัญหาเหมาะสมหรือไม่ 3. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการล้างไตทางช่องท้อง ประเมินระดับความวิตกกังวล อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการรักษาและขั้นตอนการปฏิบัติในการรักษา ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและตามที่ผู้ป่วยต้องการ 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ ข้อข้องใจ พยาบาลควรรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ จัดให้ได้พูดคุยกันในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ให้เวลาในการปรับตัว 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงการวางแผนในการดูแลตนเองและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา 6. สร้างบรรยากาศในการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย 7. พยายามให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ค้นหาบทบาท ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษาและความเจ็บป่วย อธิบายให้ญาติและผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วย 8. จัดให้ผู้ป่วยพบกับผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องมาเป็นเวลานานและมีการปรับตัวที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพดี มาเป็นตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษา และมีกำลังใจยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา 9. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งจุดมุ่งหมายในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อปฏิบัติ</p>	<p><u>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5</u> ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวในการล้างไตทางช่องท้อง</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอกว่า “บางครั้งล้างมือไม่ครบขั้นตอน” O: มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ</p> <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต ควรผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อให้มีความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษา กระบวนการล้างไตทางช่องท้อง ผลกระทบจากการล้างไตทางช่องท้อง ทั้งผลดีและผลเสีย การปฏิบัติตนในขณะที่ได้รับการรักษาพร้อมกับกระตุ้นและสนับสนุนผู้ป่วยให้แสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง 2. ค้นหาความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกไร้พลังอำนาจสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงการสูญเสียภาพลักษณ์ ตนเองไร้ค่า เช่นการแยกตัว การไม่ร่วมมือในการรักษา ประเมินว่าผู้ป่วยเผชิญปัญหาเหมาะสมหรือไม่ 3. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการล้างไตทางช่องท้อง ประเมินระดับความวิตกกังวล อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการรักษาและขั้นตอนการปฏิบัติในการรักษา ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและตามที่ผู้ป่วยต้องการ 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ ข้อข้องใจ พยาบาลควรรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ จัดให้ได้พูดคุยกันในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ให้เวลาในการปรับตัว 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงการวางแผนในการดูแลตนเองและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา 6. สร้างบรรยากาศในการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย 7. พยายามให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ค้นหาบทบาท ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษาและความเจ็บป่วย อธิบายให้ญาติและผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วย 8. จัดให้ผู้ป่วยพบกับผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องมาเป็นเวลานานและมีการปรับตัวที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพดี มาเป็นตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษา และมีกำลังใจยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา 9. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งจุดมุ่งหมายในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อปฏิบัติได้สำเร็จ บุคลากรและญาติควรให้กำลังใจและสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ต่อไป 10. เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ พยาบาลได้เยี่ยมเฉพาะทางล้างไตทางช่องท้องพิจารณา retraining peritoneal program พร้อมประเมินทักษะการล้างไต และการให้คิดถึงหลักการล้างมือที่ถูกต้อง</p>

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>ได้สำเร็จ บุคลากรและญาติควรให้กำลังใจและสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ต่อไป</p> <p>10. เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ พยาบาลไตเทียมเฉพาะทางล้างไตทางช่องท้องพิจารณา retraining peritoneal program พร้อมประเมินทักษะการล้างไต</p> <p>11. พุดคุยให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยล้างไตถูกต้องตามขั้นตอนล้างไต</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>2. เนื่องจากการรักษาไม่ตอบสนองต่อการให้ยาจึงจำเป็นต้องสิ้นสุดการรักษาด้วยการล้างไตเปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (21 ตุลาคม 2566)</p> <p>จึงสิ้นสุดการศึกษกรณีศึกษารายที่ 1 ในวันที่ 21 ตุลาคม 2566</p>	<p>11. พุดคุยให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยล้างไตถูกต้องตามขั้นตอนล้างไต</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>2. ให้ผู้ป่วยล้างไตเองสามารถล้างมือถูกขั้นตอน และล้างไตได้ถูกต้องตามขั้นตอน</p>

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ⁹ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นการศึกษาในขณะที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 62 ปี อากาศสำคัญ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง 5 วัน พบว่าผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการให้ยาส่งผลให้ไม่สามารถรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ แพทย์จึงได้พิจารณาหยุดการทำ ล้างไตทางช่องท้อง remove tenckhoff catheter และเปลี่ยนแผนการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงสิ้นสุดการศึกษาในวันที่ 21 ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลาศึกษา จำนวน 6 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 57 ปี อากาศสำคัญ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะผสมกับน้ำยาล้างไตกับผู้ป่วย มีอาการตอบสนองต่อการให้ยา น้ำยาล้างไตใสผลการตรวจน้ำยาล้างไต PDF cell count 50 cell /mm³ ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีไข้ แพทย์พิจารณาอนุญาตให้กลับโดยให้

ยา vancomycin 1 gm ip x 3 dose ทุก 5 วัน ผสมในน้ำยาล้างไตต่อเนื่องที่บ้าน รวมระยะเวลาวันนอน 6 วัน พยาบาลไตเทียมเฉพาะทางล้างไตทางช่องท้อง จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะ มีความเชี่ยวชาญ ในการสอนการล้างไตให้ผู้ป่วย ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถล้างไตที่บ้านตามมาตรฐาน⁴ ร่วมกับการวางแผนการจำหน่าย อย่างมีระบบและมีแบบแผน ที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้านอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องรายใหม่ทุกราย ควรได้รับการสอนล้างไตครบตาม training peritoneal dialysis program ทุก ราย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบทุกรายควรมีการ retraining peritoneal dialysis program ทุก ราย เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. กฤตพงศ์ สมบูรณ์และศิริพร คำสะอาด. (2562). การศึกษาระบาดวิทยาและผลการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 16 ฉบับที่ 1
2. ชัญญุพัชร รัตนเดชพงศ์สิน. (2565). คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. PCFM Vol 5 No. 4 Oct-Dec 2022:276-286.
3. เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (2560). แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ. เฮลท์ เวิร์ค พลัส จำกัด.
4. นันทา มัทธนันท์และปิ่นแก้ว. (2566). ข้อเสนอแนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์เวชสาร.
5. ปิยรัตน์ โรจน์สง่า. (2565). คณะกรรมการทำนายทางคลินิกเพื่อทำนายการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. ศรีนครินทร์เวชสาร.
6. ราตรี สุจินดาและชนัญชิตา หาจันดา.(2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พ.ค.-ส.ค.62) หน้า 54
7. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2566) . สถิติข้อมูลผู้รับบริการล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ประจำปี 2564 – 2566.
8. สำราณ พลเทศา, สุนันท์ นกทองและวัลลภา ช่างเจรจา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตในช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 (ก.ย.-ธ.ค. 61) หน้า 3.
9. Kai Ming Chow, Philip Kam-Tao Lil, Yeoungjee Cho, Ali Abu-Alfa, Sunita Bavanandan. et al. (2023). ISPD Catheter-related Infection Recommendations: 2023 Update. Peritoneal Dialysis International
10. Philip Kam-Tao Lil, Kai Ming Chow, Yeoungjee Cho, Stanley Fan, Ana E Figueiredo. et al. (2022). ISPD peritonitis guideline recommendations:2022 update on prevention and treatment. Peritoneal Dialysis International 2022, Vol. 42(2) 110-153.



ECH

Journal

of environmental and community health

VOL.8 NO.3 September - December 2023

**วารสาร
อนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน**

ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566

ISSN : 2672-9717

PART III

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการจัดการรายกรณี ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน : กรณีศึกษา	445
ลดา เลยหยุด	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านฝาง : กรณีศึกษา 2 ราย	454
ดวงใจ มาสกุล	
ประสิทธิผลของการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร	463
กิงเพชร ศรีเทียน	
การพยาบาลผู้ป่วยวัยโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย	472
อินทิรา แก้วเกิด	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัด : กรณีศึกษา 2 ราย	481
จิระภา อุดมคำ	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน: กรณีศึกษา 2 ราย	491
ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล	
การเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง	498
พัฒนรี รอดกุล	
การพยาบาลระยะกลางของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรง: กรณีศึกษา	505
นิตยา ศรีสุทธิภมม	
การพัฒนากระบวนการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู	513
กิงเพชร ชินศิริประภา	
ผลการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี	523
จารุวรรณ มิทะลา	
การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา 2 ราย	531
ธิดาพร เจริญใจ	
ผลการใช้แผนการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) ต่อระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกุมภวาปี	539
วีไล เหมือนทองจีน	
การพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยติดสารเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม	549
ดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์	
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ในชุมชน : กรณีศึกษา.....	558
รุ่งฤดี เพ็งวิชัย	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีผลรูทระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง : กรณีศึกษา 2 ราย	565
กาญจนา ชุ่มด้วง	
การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย	572
สมปอง เทพศรี	

สารบัญ

	หน้า
รายงานการวิจัย	
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย	581
ศศิธร มงคลสวัสดิ์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย	591
รุจันนลิน พิระกมลโรจน์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย	599
อริญญา ซองศิริ	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม	608
ทิพานันท์ แคนสีแก้ว , วาสนา อาจศึก , ญัฐพร สายแสงจันทร์	
การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค : กรณีศึกษา 2 ราย	619
รุ่งทิวา ชันธมุล , ศิริประภา ทาธิ	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองเรือ : กรณีศึกษา 2 ราย	627
วิลาวลัย บุญมี	
การพยาบาลผู้คลอดติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา 2 ราย	637
รัตนา หาหนต์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง : กรณีศึกษา	646
นุชรินทร์ พลบำรุง	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลหนองเรือ : กรณีศึกษา 2 ราย	653
บุษยมาศ แผงแสง	

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 23 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ธันวาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) การให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผู้ป่วยภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นพิษที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องจากที่บ้าน เสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรง ระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ฝากคลอด สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด หญิงตั้งครรภ์ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่มีแผลรูกะหลุมระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการจัดการรายกรณี
ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน : กรณีศึกษา

Nursing care of Uncontrolled Hypertension Patients by Case Management in
Non-Communicable Disease Clinic Phra Yuen Hospital : Case Study.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ลดา เลยหยุด¹
Lada Loeiyood¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case study) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลโดยการจัดการรายกรณี (Case management) ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 2 ราย โดยทำการเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2565-กันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก 2) การสังเกตสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบปัจจัยการเกิดโรค การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน ให้การพยาบาล วางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง รวมถึงประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทย อายุ 68 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 11 ปี มีความดันโลหิตสูงระดับ 3 (Severe), ไขมันในเลือดสูง, โรคเก๊าท์, CKD Stage 4 มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารเค็ม ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มาพบแพทย์ไม่ตรงตามนัด มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงแต่ยังไม่ได้รับการตรวจติดตามเพื่อวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ นำกระบวนการพยาบาล การจัดการรายกรณี และแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support) จัดการปัญหาทางคลินิกและช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทย อายุ 47 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 4 ปี มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 (Moderate) มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารรสจัด ดื่มสุราเป็นประจำและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ นำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง จัดการกับปัญหาการควบคุมความดันโลหิตและไขมันในเลือดสูง และปัญหาการรับประทานอาหารรสจัดรวมถึงการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และนำแนวคิด MI (Motivational interviewing) ในการช่วยผู้ป่วยให้เลิกดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

คำสำคัญ : การพยาบาล, การจัดการรายกรณี, การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ABSTRACT

This study is a case study aimed at comparing the use of nursing care through case management in the management of uncontrolled hypertension patients. Two cases were selected, both of whom were specifically chosen from the non-communicable disease clinic at Phra Yuen Hospital. The study was conducted from December 2022 to September 2023, utilizing the following methodologies: 1) Data collection form extracted from outpatient medical records and clinic service data from the non-communicable disease outpatient department; 2) Patient and family interviews and observations; 3) Nursing care records using the Gordon's 11 Functional Health Schemes assessment. The data analysis involved comparing factors related to disease

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น E-mail; lada5411@gmail.com

occurrence, treatment, nursing diagnosis, care planning, nursing interventions, discharge planning, and continuous care, including evaluating nursing outcomes.

Study Results:

Patient 1, a 68-year-old Thai male, had been suffering from severe hypertension (level 3) for 11 years, with comorbidities such as high blood lipids, gout, and stage 4 chronic kidney disease (CKD). The patient exhibited behaviors such as high salt intake, irregular physical activity, missed medical appointments, and elevated blood sugar levels without proper follow-up. The implementation of case management, case study, and self-management support concepts addressed clinical problems and facilitated behavioral changes, enabling the patient to control his blood pressure.

Patient 2, a 47-year-old Thai male, had a 4-year history of moderate (level 2) hypertension with high blood lipids. The patient exhibited dietary habits with a preference for salty foods, regular alcohol consumption, and irregular medication adherence. The application of self-management support and motivational interviewing techniques addressed issues related to blood pressure and lipid control, as well as irregular medication adherence and alcohol consumption. The incorporation of motivational interviewing aided in achieving abstinence from alcohol, leading to successful blood pressure control in the patient.

Keyword : Nursing care process , Case management , Uncontrolled Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ รวมถึงโรคไตเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วภูมิภาคของโลก ประชากรทั่วโลก ประมาณ 1.28 พันล้านคนที่มีอายุระหว่าง 30-79 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบ 2 ใน 3 ของประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ประมาณการประชากร ร้อยละ 46.00 ที่ป่วยด้วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยความดันโลหิตสูง ประชากรร้อยละ 42.00 ได้รับการวินิจฉัย และพบว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพียง 1 ใน 5 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายการควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศต่างๆโดยลดอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงลง ร้อยละ 33.00 ระหว่างปี 2553 ถึง 2573¹

สำหรับประเทศไทยจากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่เป็นสาเหตุสำคัญต่อการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ในประชากรไทย

ร้อยละ 13.00 จำแนกตามเพศ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตายในเพศชายมากที่สุด คือ บุหรี่/ยาสูบ ร้อยละ 21.4 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.10 และจากการศึกษาการสูญเสียสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยง (Attributable DALYs) พบว่าความดันโลหิตสูง สูญเสียสุขภาพ ร้อยละ 9.20 จากปัจจัยเสี่ยง 17 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ²

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับบริการที่โรงพยาบาลพระยีนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีพบว่าเป็นปี 2563 – 2565 จำนวน 4,147 ราย 4,329 ราย และ 4,557 ราย มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ < 140/90 mmHg ร้อยละ 57.63 , 71.40 และ 56.84 ตามลำดับ³ การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย ควรควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อยหรือมีโรคเบาหวานหรือภาวะไตวายเรื้อรังร่วมด้วยต้องควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท⁴ ในด้านการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ วิธีที่ 1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตชีวิต ประกอบด้วย 1) การลดน้ำหนักในกรณีที่น้ำหนักเกินหรืออ้วน 2)

การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ
3) การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร 4)
การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่าง
สม่ำเสมอ 5) การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
6) การเลิกสูบบุหรี่ และวิธีที่ 2 การควบคุมด้วยการ
รับประทานยาลดความดันโลหิต⁵ จากการทบทวน
สาเหตุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า เกิดจาก
พฤติกรรมบริโภคอาหาร รับประทานอาหาร
หวาน มัน เค็ม รับประทานผักและผลไม้ น้อย สูบ
บุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย
ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ น้ำหนัก
เกิน อ้วนลงพุง ไม่พบแพทย์ตามนัด ขาดยา
รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า รูปแบบบริการ
สุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีผลลัพธ์การดูแลที่ดี
ประกอบด้วย การจัดการรายกรณี (Case
management) ซึ่งเป็นบริการสุขภาพที่เน้นการดูแล
ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ใช้ค่าใช้จ่ายสูงในการดูแล
และเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ส่งผลกระทบต่อ
สุขภาพประชาชนจำนวนมาก⁶ กระบวนการจัดการ
รายกรณีนั้น สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลโดย
เริ่มตั้งแต่ทักษะเชิงคลินิก ประกอบด้วย การประเมิน
ปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ปัญหาที่แท้จริง นำมา
วิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและ
วางแผนแก้ไขปัญหา ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่
วางไว้ รวมถึงประเมินผลการพยาบาลเพื่อนำมา
ปรับปรุง บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้อง
พัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้อง เช่น ทักษะการจัดการ การ
เชื่อมโยง(Linkage) กระบวนการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัย
ทักษะการประสาน (Coordination) การร่วมมือ
(Collaboration) การพิทักษ์สิทธิ์ (Advocacy) และ
การต่อรอง (Negotiation) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ
ดูแลที่มีคุณภาพ รวมถึงมีการติดตาม (Monitoring)
ต่อเนื่อง จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้⁷
แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-

management Support) เป็นปัจจัยส่งเสริมการ
ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้สามารถจัดการ
สุขภาพตนเอง ใช้ในการสนับสนุนและสร้างเสริม
ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย⁸
ส่วน การสนทนา เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
(Motivational Interviewing: MI) เป็นแนวคิดที่เชื่อ
ว่า บุคคลแต่ละคนมีพลังอำนาจผลักดันตนเองให้เกิด
การเปลี่ยนแปลงได้ ผู้ให้บริการจึงเปรียบเสมือนผู้ที่
ช่วยให้บุคคลสามารถนำพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวมาใช้
ให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นธรรมชาติ
ใช้กลยุทธ์การชักชวน การโน้มน้าวและการให้
กำลังใจมากกว่าที่จะบังคับหรือเผชิญหน้าโต้เถียงกับ
ผู้ป่วย⁹ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
ในงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล มีหน้าที่
ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง และทำหน้าที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรค
เรื้อรัง ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จึงได้ศึกษา
ผู้ป่วยกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการ
พยาบาลและการจัดการรายกรณี เป็น
แนวทางในการศึกษา คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อ
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในในคลินิกโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรังและพยาบาลวิชาชีพอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ
ต่อไป

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้
กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการจัดการรายกรณี
กรณีศึกษา 2 ราย

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่
ควบคุมไม่ได้ มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอพระยืน
จำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการ
จัดการรายกรณี เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2566 - 6 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลา 157 วัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2566 - 6 มิถุนายน 2564 รวมระยะเวลา 150 วัน

วิธีดำเนินการวิจัย :

1. เลือกผู้ป่วยในการศึกษาที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จากผู้มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน

2. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. ดำเนินการศึกษา โดยการประเมินปัญหาและความต้องการ โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในการประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณี

4. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา รายที่ 1 ชายไทย อายุ 68 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ เกษตรกร

อาการสำคัญ : มาตรวจรับยาความดันโลหิตสูง ไม่ตรงตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

11 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการซึม พุดจาสับสน ญาตินำส่งโรงพยาบาลพระยีน ตรวจพบความดันโลหิต 210/110 mmHg แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Hypertensive Crisis จึงส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น ทำ CT พบว่า มี Parietal Intracerebral Hemorrhage (ICH) ได้รับการผ่าตัด

open craniotomy with remove clot หลังจากนั้นพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 1 เดือน อาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้ จึงส่งมารับการรักษาต่อที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพระยีน

5 ปีก่อน ผู้ป่วยมาตรวจรับยาความดันโลหิตสูง และได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า มีการเสื่อมของไตในระยะที่ 3 มีภาวะไขมันในเลือดสูง และมีโรคเก๊าท์ร่วมด้วย หลังจากนั้นผู้ป่วยมักจะมีอาการของโรคเก๊าท์กำเริบ โดยมีอาการบวม เป็นแผลเรื้อรังบริเวณตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง เป็นๆหายๆ ผู้ป่วยมารับยาที่คลินิกความดันโลหิตสูงมาโดยตลอด แต่ไม่ตรงตามนัด และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

6 เดือนก่อน ผู้ป่วยมาตรวจรับยาความดันโลหิตสูง และได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่าการเสื่อมของไตในระยะที่ 4

วันนี้ ผู้ป่วยมารับยาไม่ตรงตามนัด ไม่ได้ขาดยา ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง ระดับความดันโลหิต 201/118 mmHg **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :** ได้รับการผ่าตัด Craniotomy จากภาวะ ICH เมื่อปี 2555

การตรวจร่างกาย GA : not pale, no jaundice
Skin : normal HEENT : normal Lung : clear no wheezy both lung Neurological : E4 V5 M6 มีแผลที่ตาตุ่มซ้าย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : วันที่ 9 สิงหาคม 2565 FBS 155 mg% Cr 3.24 eGFR 18.85 (CKD stage 4) Cholesterol 124 mg/dl Triglyceride 158 mg/dl LDL 129 Uric acid 13.2

การวินิจฉัย : Essential (Primary) Hypertension with Dyslipidemia with Gout with CKD stage 4

การรักษาที่ได้รับ : HCTZ (50 mg) 1/2 x 1 pc, Amlodipine(5 mg) 2x1 pc, Atenolol (5mg)

1x1 ๐ pc, Hydralazine (25mg) 2x3 ๐ pc, Sodamint (300mg)1x2 ๐ pc, Allopurinol (100 mg) 1x1 ๐ pc, Simvastatin(20mg)1/2x1๐ hs , B1-6-12 1x3 ๐ pc

กรณีศึกษา รายที่ 2

ชายไทย อายุ 47 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย สถานภาพสมรส คู่ การศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ เกษตรกร

อาการสำคัญ ผู้ป่วยมาตรวจ รับประทานนัตคลินิก ความดันโลหิตสูง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

4 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการตาขามัว มองเห็นไม่ชัด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจก จึงส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น ผ่าตัดเรียบร้อย และตรวจพบค่าความดันโลหิต 150/90 mmHg แต่ไม่ได้ทำการรักษา และผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตตามปกติ ไม่ได้ควบคุมอาหาร

3 ปีก่อน ผู้ป่วยพาบิดามาตรวจและรับยา ความดันโลหิตสูง จึงขอวัดความดันโลหิต พบความดันโลหิต 180/100 mmHg ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือแขนขาอ่อนแรง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความ

ดันโลหิตสูง เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2563 หลังจากนั้นได้เข้าคลินิกความดันโลหิตสูงและมาตรวจรับยาตามนัดอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

- ปฏิเสธโรคประจำตัว หรือโรคร้ายแรง ปฏิเสธการผ่าตัด ไม่มีประวัติแพ้อาหาร
- มีประวัติแพ้ยา Gemfibrozil

การตรวจร่างกาย : GA : not pale, no jaundice
Skin :normal, HEENT : normal Lung: clear no wheezy both lung
Neurological : E4 V5 M 6
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : วันที่ 15 มีนาคม 2565 FBS 98 mg% Cr 0.95 eGFR 91.66 Cholesterol 192 mg/dl Triglyceride 449 mg/dl LDL 137 Uric acid 6.2

การวินิจฉัย Essential (Primary) Hypertension with Dyslipidemia with Alcohol Abuse

จากการศึกษาผู้ป่วย 2 ราย พบว่ามีความเหมือนและแตกต่างซึ่งสามารถเปรียบเทียบทั้ง 2 ราย ได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1.ข้อมูลทั่วไป -ปัจจัยการเกิดโรค	-ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี ค่าดัชนีมวลกาย 26.67 อาชีพเกษตรกร - ไม่มีประวัติบิดามารดาเป็นความดันโลหิตสูง แต่มีน้องชายเป็นความดันโลหิตสูง -ชอบรับประทานอาหาร รสเค็ม และมัน กินข้าวเหนียว	-ผู้ป่วยชายไทย อายุ 47 ปี ค่าดัชนีมวลกาย 20.93 อาชีพเกษตรกร -บิดาเป็นความดันโลหิตสูง -ชอบรับประทานอาหารรสจัด รสเค็ม ไม่ชอบรับประทานผลไม้ มักจะปรุงรสเพิ่มเสมอ	ผู้ป่วย เป็นเพศชายทั้ง 2 ราย แตกต่างกันที่เป็น วัยสูงอายุ กับวัยทำงาน รายที่ 1BMI มีภาวะอ้วนระดับ 1 รายที่ 2 BMI ปกติ ด้านปัจจัยการเกิดโรคทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงกัน คือ มีผลมาจากพันธุกรรมร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากชอบรับประทานอาหารรสจัด เค็ม มันและมีประวัติเคยสูบบุหรี่เหมือนกัน
2.โรคประจำตัว และ การใช้สารเสพติดอื่นๆ	HT, Dyslipidemia, CKD stage 4, Gout เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 11 ปี	HT, Dyslipidemia, Alcohol Abuse -เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 4 ปี	รายที่ 1 เป็น HT มานานกว่า และมีโรคแทรกซ้อนมากกว่า รายที่ 2 มีปัญหาในเรื่องการดื่มสุราเป็นประจำ ทั้ง 2 ราย มีประวัติเคยสูบบุหรี่มาก่อน และไม่

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
	เคยสูบบุหรี่วันละ 10 มวน/วัน และสูมาตั้งแต่อายุ 18 ปี หยุดสูมา 10 ปี ไม่ดื่มสุรา	เคยสูบบุหรี่วันละ 3-5 มวน/วัน แต่เลิกมาได้ 2 ปี ดื่มเหล้าดื่มเองในหมู่บ้าน วันละ 1 แบน ตอนเย็นทุกวัน	สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เหมือนกัน
3.การรักษา	-HCTZ (50 mg) 1/2 x 1 pc, Amlodipine(5 mg) 2x1 pc, Atenolol (5mg) 1x1 pc, Hydralazine (25mg) 2x3 pc, Sodamint (300mg)1x2 pc, Allopurinol (100 mg) 1x1 pc, Simvastatin(20mg)1/2x1 pc, B1-6-12 1x3 pc	-Enalapril 5 mg 1x2 pc	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาตามพยาธิสภาพของโรค รายที่ 1 มีอาการของเก๊าท์กำเริบ พยาบาลได้เจรจาต่อรองกับแพทย์เรื่องการจ่ายยา HCTZ รายที่ 2 มีภาวะ Triglyceride ในเลือดสูง แต่รับประทานยา Gemfibrozil แล้วแพ้ จึงต้องหยุดยา
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้ 11 แบบแผนของกอร์ดอน โดยนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในการจัดการปัญหาทางคลินิก และช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีแผนการพยาบาลทั้งหมด 5 แผน การดูแลสามารถแก้ไข ปัญหา ได้ตามแผนการพยาบาล	ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้ 11 แบบแผนของกอร์ดอน โดยนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในการจัดการกับปัญหาคลินิก และช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและใช้ MI ในการช่วยผู้ป่วยให้เลิกดื่มสุราได้สำเร็จ มีแผนการพยาบาลทั้งหมด 4 แผน การดูแล สามารถแก้ไข ปัญหา ได้ตามแผนการพยาบาล	ผู้ป่วยได้รับการประเมิน วางแผนและให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล โดยใช้การจัดการรายกรณี ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ เสี่ยงต่อ การเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการมีความดันโลหิตสูง เนื่องจากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูง ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ต่างกันคือ รายที่ 1 มี ผลเรื้อรังบริเวณตาตุ่มซ้าย จากพยาธิสภาพของโรคเก๊าท์ , เสี่ยงที่จะเกิดน้ำเกินและของเสียคั่งจากไตเสียหายที่ และ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่วนรายที่ 2 มี พฤติกรรมการดื่มสุราที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและ วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง
5. การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	ได้มีการติดตามโดยการ เยี่ยมบ้าน 3 ครั้งและที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง เน้นย้ำเรื่องการมาติดตามการรักษาตามนัด สม่่าเสมอ ประสานศูนย์ดูแล ต่อเนื่อง กลุ่มงานเวชปฏิบัติ	ได้มีการติดตามโดยการ เยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง และโรงพยาบาล 1 ครั้ง เน้นย้ำเรื่องการมาติดตามการรักษาตามนัด การรับประทานยา สม่่าเสมอ และ ประสาน รพ.สต.ขามป้อม ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	รายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ ที่เป็น HT มานานกว่า และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มาเป็นระยะเวลาานาน ทำให้การดำเนินของโรคมีความซับซ้อน ต้องได้รับการดูแลมากกว่าและต้องมีการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง โดยส่งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เพื่อติดตามดูแล สำหรับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
	ครอบครัวและชุมชน ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน		รายชื่อ 2 เมื่อแก้ปัญหาการดื่มสุรา และการรับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้องได้ ทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ และประสานกับ รพ.สต.ในการเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง

อภิปรายผล

1) ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นเพศชาย มีความแตกต่างด้านอายุและระยะเวลาการเกิดโรค รายที่ 1 วัยสูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 11 ปี มีโรคร่วมคือ ไขมันในเลือดสูง โรคเก๊าท์ น้ำตาลในเลือดสูง มีโรคแทรกซ้อนคือ ไตเรื้อรังระยะที่ 4 รายที่ 2 วัยกลางคนป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 4 ปี มีโรคร่วมคือ ไขมันในเลือดสูง ยังไม่มีโรคแทรกซ้อน แต่มีพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นประจำ และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความคิดเห็นต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นเหมือนกันคือ ทราบว่าโรคที่ต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกาย แต่ไม่สามารถควบคุมอาหารได้และขาดการออกกำลังกาย จึงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สอดคล้องกับกรณีศึกษาของ สุมณฑา ห่วงทอง¹¹ ได้ศึกษาพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตที่พบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง สัมรับประทานยา

2) มีการประเมินภาวะสุขภาพ โดยนำ 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยให้ครบทั้งกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน 2 ข้อ และแตกต่างกัน 5 ข้อ

3) ผู้ศึกษาใช้การจัดการรายกรณี ในการจัดการปัญหาของผู้ป่วย โดยนำแนวคิดทฤษฎีด้าน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ รายที่ 1 ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง⁵ ในการจัดการปัญหาทางคลินิกและช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและมีความรับผิดชอบต่อตนเองรวมถึงให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตัวเองและให้บุตรสาวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและเสริมแรงผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย สัตย์สมบูรณ์ ยุวบุษย์ สัตย์สมบูรณ์¹² ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและ Siminerio, L., Ruppert, K. M., & Gabbay¹³ ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า การนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง มาใช้เป็นมาตรการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำมาใช้ได้กับระบบบริการปฐมภูมิ ส่วนรายชื่อ 2 ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง⁸ ในการจัดการกับปัญหาทางคลินิกและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้แนวคิด MI⁹ ในการช่วยผู้ป่วยให้เลิกดื่มสุราได้สำเร็จ ผลลัพธ์ของการดูแลที่ได้มีความคุ้มค่าและคุ้มค่าในการจัดการและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้ป่วย ในการได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและชะลอความเสื่อมหรือความรุนแรง ที่อาจส่งผลกระทบต่อความพิการหรือการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลสำคัญของการปฏิบัติจัดการรายกรณีครอบครัวประเด็นสำคัญและมีข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Moreo, K., & Lamb,

G. ¹⁴ และ Hallberg, I. R., & Kristensson, J¹⁵ ที่พบว่า ข้อมูลที่ได้ต้องเกิดจากการรวบรวมข้อมูล (Data collecting) นอกจากนี้ยังพบว่า กระบวนการทบทวนข้อมูล (Reviewing data) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งในปัจจุบันและย้อนหลัง ทั้งก่อนให้บริการ ขณะให้บริการและหลังให้บริการจัดการรายกรณี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและทราบแนวโน้มของการควบคุมโรคได้ บทบาทสำคัญของการจัดการรายกรณีคือ การวางแผนจัดการปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ระบุเป้าหมาย กิจกรรมการดูแลและการประเมินผล พร้อมทั้งประสานผู้รับผิดชอบและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย บทบาทการจัดการในผู้จัดการรายกรณี สามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ โดยการฝึกปฏิบัติและประสบการณ์ที่ผ่านมามาโดยผ่านกระบวนการรับรู้และเรียนรู้ นำสู่การปฏิบัติและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีผลการปฏิบัติการจัดการรายกรณีที่ดีขึ้นต่อไป นอกจากนี้การนำเอาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องต่างๆมาประยุกต์ใช้ในการจัดการรายกรณี นับว่ามีประโยชน์อย่างยิ่งในการจัดบริการดูแลเฉพาะที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ตามความจำเป็นและปัญหาที่แตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมรอบด้าน สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำ

แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง และแนวคิด MI มาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีภาวะสุขภาพที่ดีและควบคุมโรคได้ สอดคล้องกับแผนและแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ¹⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง ให้มีความรู้ความสามารถ ในเรื่องการจัดการรายกรณี ในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน หรือไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และนำกระบวนการพยาบาลมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้การพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและประเทศชาติ

2. ควรมีการพัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงาน ใช้แนวคิดหรือวิธีการในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ใช้แนวคิด MI เพื่อสร้างแรงจูงใจ และใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และมีทักษะสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้จริง และสามารถขยายผลในผู้ป่วยโรคอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Zhou, B., Perel, P., Mensah, G.A. *et al.* Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nat Rev Cardiol* 2021 : 18 : 785–802.
2. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาวะโรคระดับเขตและภูมิภาคของประเทศไทยพ.ศ. 2557. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2562.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานประจำปี 2565. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา: 2565.
- 4 National Institutes of health. The seventh report of the joint national committee: Prevent, detection evaluation and treatment of high blood press [Internet]. [cited 2008 August 19]. Available from <http://www.nhlbj.nih.gov/guidlines/hypertension/express.pdf>
- 5 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. [Internet] 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 25]. เข้าถึงได้จาก/ <http://thaihypertension.org/guideline.html>

6. อรุณี ไชยฤทธิ์ วิมล จังสมบัติศิริ. บทบาทสำคัญของผู้จัดการรายกรณีต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: เบาหวาน และความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร 2560 : 44; 255-265.
7. Edelman, D., Dolor, R. J., Coffman, C. J., Pereira, R. C., Granger, B. B., Lindquist, J.,...Bosworth, H. B. Nurse-led behavior management of diabetes and hypertension in community practice: a randomized trial. *Journal of Gen Intern Medicine* 2015; 30(5) ; 626-633.
8. Glasgow, R. E., Emont, S., & Miller, D. C. Assessing delivery of the five A's for patient-centered counseling. *Health Promotion International* 2006; 21(3) ; 245-255.
9. เท็ดศักดิ์ เดชคง, สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs [Motivational Interviewing for NCDs; MI NCDs]. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง; 2560.
10. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ . 2:1:1 รหัสเด็ดลดตุง. [Internet].2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 20]. เข้าถึงได้จาก/ สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/?p=223400>
11. สุมนทนา ห่วงทอง. กรณีศึกษา: พฤติกรรม ปัญหา และอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง. *รามาริบัติพยาบาลสาร* 2556; 19(1): 129-142.
12. ชัชชัย สัตยสมบุรณ์ ยวนุช สัตยสมบุรณ์, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและเครือข่ายสาธารณสุขภาคใต้ 2020;7(2) : 232-243.
13. Siminerio, L., Ruppert, K. M., & Gabbay, R. A. Who Can Provide Diabetes Self Management Support in Primary Care?: Findings From a Randomized Controlled Trial. *Diabetes Educator* 2013; 39(5) : 705-713.
14. Moreo, K., & Lamb, G. CMSA. updates standards of practice for case management. *Case manager* 2003; 14(3): 52-54.
15. Hallberg, I. R., & Kristensson, J. Preventive home care of frail older people: review of recent case management studies. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13(6B):112-120.
16. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan. ปทุมธานี: สื่อตะวันออก; 2561.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านฝาง: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Diabetes Mellitus with Chronic Kidney Disease In the Chronic Disease Clinic at Banfang Hospital: Case Study 2 Case.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ดวงใจ มาสกุล¹
DuangchaiMasakun¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยนำกระบวนการพยาบาล และหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) เป็นแนวทางในการดูแล ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน มีโรคร่วมคือ ไตเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคเก๊าท์ รายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน มีโรคร่วมคือ ไตเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ทำให้ได้รับข้อมูลครบถ้วนมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหาการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลจากการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 3 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ทั้ง 2 ราย เพื่อติดตามและประเมินผลการพยาบาล ปรับแผนการให้การพยาบาล ให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษาพบว่าปัญหาการพยาบาลที่เหมือนกันของผู้ป่วย คือ มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวายเนื่องจากการทำงานของไตลดลงและการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเหมาะสม เสี่ยงต่อการได้รับยาฉีดควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามแผนการรักษา เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะซีด ปัญหาที่ต่างกันคือ ในผู้ป่วยกรณีรายที่ 1 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายพลัดตกหกล้มจากการปวดข้อเท้าและเข้ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปวดข้อเท้าและเข้า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีปัญหาเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการมองเห็นไม่ชัดเจนและมีอาการปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากมีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 5 ทำให้ประสิทธิภาพการขับยาออกทางไตลดลง กิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 รายมุ่งเน้นให้ความรู้ คำแนะนำ ฝึกปฏิบัติให้การดูแลติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ สร้างแรงจูงใจ และเสริมพลัง ผลการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสมกับภาวะโรคที่เป็น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในระดับมาก

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล,โรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง

Abstract

This study comparative case study of 2 cases using the nursing process and principle of clinical practice of registered nurse (7 Aspect of Care) are guideline for care. The first patient was diagnosed with diabetes mellitus with chronic kidney disease and hypertension hyperlipidemia and gout. The second patient was diagnosed with diabetes mellitus with chronic kidney disease and hypertension hyperlipidemia. Gather complete information on patient health conditions It is of sufficient quality to diagnose problems, planning, implementation and evaluation. From following up and evaluating the symptoms of the patients coming for treatment at the chronic disease clinic 3 times and following up with 1 home visit for both cases.

The results of the study found that the patients' nursing diagnosis were the same, they have hyperglycemia and have inappropriate self-care behaviors for diabetes, hyperglycemia and are also at risk for complications of kidney failure due to decreased kidney function and have inappropriate self-care behaviors to slow down kidney deterioration. Moreover, they are at risk for not receiving injections enough to control blood sugar levels according to the treatment

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

plan, risking tissue lack of oxygen due to anemia. In terms of different problems, in case study patient 1, there was concern about ankle pain and knee pain, and also have risk of danger from falls due to ankle and knee pain. The second case study patient is at risk of harm due to hypoglycemia, and risk of harm due to unclear vision and numbness in the extremities of both hands and feet. There is concern about Chronic kidney disease and kidney replacement therapy because they have stage 5 chronic kidney disease. Nursing activities for both patients focus on providing knowledge, advice, practice, and also providing care and monitoring of health conditions. We create motivation and empowerment, so nursing results make patients have correct behavior and suitable for the disease situation with no acute complications occurred. Patients and their families are satisfied with nursing services at a high level.

Keywords: Nursing Process, Type 2 Diabetes Mellitus with Chronic Kidney Disease

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยและมีความสำคัญมากในกลุ่มโรคไม่ติดต่อและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศหรือของโลก ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่น้อยกว่า 4 ล้านคน พบผู้ป่วยรายใหม่ 2-3 แสนราย/ปี และคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะสูงขึ้นถึง 5.30 ล้านคนภายใน ปี พ.ศ. 2583 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 23.7 อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานพบค่อนข้างสูง คือภาวะแทรกซ้อนหลายระบบของร่างกายได้แก่ จอตามืดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังพบได้ประมาณร้อยละ 40 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจและรักษาช้า ทำให้การดำเนินการของโรคมากขึ้นนำไปสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน และเค็มขาดการออกกำลังกาย มีภาวะอ้วน และภาวะเครียด ประกอบกับการสูบบุหรี่ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดขอนแก่น ปี 2563-2565 พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ 522.28, 504.06, 597.44 ต่อแสนประชากร เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังร้อยละ 23.40, 22.78, 22.81 ตามลำดับ

คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านฝางมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน 4,087 ราย ปี 2563-2565 พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เท่ากับ 477.07, 605.29 และ 695.39 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี มีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ในปี 2563-2565 เป็นร้อยละ 9.18, 10.39 และ 9.44 ตามลำดับ (คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : HDC, 2565) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลบ้านฝาง มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง จึงได้ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล (7 Aspect of Care) เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

2. เลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง จำนวน 2 ราย
3. ขออนุมัติหัวหน้าพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย
4. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลร่วมกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care)
6. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย สรุปผลการศึกษาและปัญหาอุปสรรค ประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์

7. เสนอผลการศึกษาข้อ 6 ต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและทีมการพยาบาล
8. นำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์
9. สรุปผลการนำไปใช้ประโยชน์ต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและทีมการพยาบาล
10. จัดทำผลงานวิชาการและเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ผลการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายเป็นดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรส จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีพี่น้อง 3 คนเป็นหัวหน้าครอบครัวมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 6 คนประกอบด้วยภรรยา, บุตรชายบุตรสาว, บุตรชายและหลานสาวอายุ 3 ขวบมีรายได้จากเป็นช่างรับเหมาก่อสร้างและบุตรทั้ง 2 คนให้เงินค่าใช้จ่ายในบ้านทุกเดือน ซึ่งเพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรส จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีพี่น้อง 3 คนเป็นหัวหน้าครอบครัวมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คนประกอบด้วยภรรยา, บุตรชาย, บุตรสะใภ้ ส่วนบุตรสาวทำงานและพักที่หอพัก รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย
อาการสำคัญ	- มีอาการปวดข้อเท้าขวา เดินลงน้ำหนักไม่ได้เต็มที่ มา 1 วัน และมาตรวจรับยาเบาหวานตามนัด	- ขาบวม อ่อนเพลีย วิงเวียน มา 3 วัน และมาตรวจรับยาเบาหวานตามนัด
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	- พ.ศ. 2547 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านฝาง มาตลอดแต่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะเข้าใจว่าอายุยังน้อย สุขภาพแข็งแรงดี ต่อมาตรวจพบระดับไขมันในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 181-375 mg/dl ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม HbA1C = 10.50 mg% - พ.ศ. 2564 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเก๊าท์ เนื่องจากมีอาการปวดข้อเท้าร่วมกับผลตรวจ Uric acid = 11.2 mg/dl - พ.ศ. 2566 ผลตรวจ cr. = 2.19 mg/dl, eGFR = 33 ml/min/1.73 m ² แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Chronic Kidney Disease Stage 3 - วันที่ 20 กันยายน 2566 ผลตรวจ cr. = 2.67 mg/dl, eGFR = 26 ml/min/1.73 m ² แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Chronic Kidney Disease Stage 4	- พ.ศ. 2545 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลบ้านฝาง ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีจึงส่งกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเวลา 10 ปี แต่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เพราะขาดนัด ขาดยาเนื่องจาก ไปทำงานต่างจังหวัด และรับประทานยาต้มสมุนไพรลดน้ำตาล, น้ำผลไม้สกัดที่โฆษณาในวิทยุ - พ.ศ. 2555 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตรวจพบว่าระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงและค่า Cr. = 1.99 mg/dl จึงส่งตัวกลับมารักษาที่โรงพยาบาลบ้านฝาง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Chronic Kidney Disease Stage 3 - พ.ศ. 2559 ค่า Cr. = 2.54 mg/dl, eGFR = 28.91 ml/min/1.73 m ² แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Chronic Kidney Disease Stage 4 - พ.ศ. 2561 ตามัวทั้ง 2 ข้าง ตรวจพบเบาหวานขึ้นจอตา (Moderate NPDR BE) ส่งตัวไปพบจักษุแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่นแพทย์ให้ควบคุมระดับน้ำตาล - พ.ศ. 2562 การทำงานของไตลดลงเรื่อยๆ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Chronic Kidney Disease Stage 5 จึงส่งตัวไปเตรียมบำบัดทดแทนไตที่โรงพยาบาลขอนแก่น แต่ยังไม่ได้รับการรักษา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต	- พ.ศ 2557 เป็นโรคซึมเศร้า รักษาที่โรงพยาบาลบ้านฝางเป็นเวลา 6เดือน รักษาหาย
ประวัติอุบัติเหตุ การแพทย์และสารอาหาร	ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุ และการผ่าตัด - ไม่มีประวัติแพ้ยา - ไม่มีประวัติแพ้อาหาร	ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุ และการผ่าตัด - ไม่มีประวัติแพ้ยา - ไม่มีประวัติแพ้อาหาร
ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา	- เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 17ปีสูบบุหรี่วันละ 10มวน หยุดสูบบุหรี่เมื่อ 6ปีที่แล้ว และดื่มสุราเวลามีเทศกาลงานบุญในหมู่บ้านปัจจุบันดื่มเบียร์วันละ1ขวดทุกวัน	- เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 18ปีสูบบุหรี่วันละ 15 มวนดื่มเหล้าขาววันละครึ่งขวดใหญ่ เลิกสูบบุหรี่และเลิกดื่มสุรามานแล้ว 4ปี
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	- บิดาเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน - พี่ชายคนที่ 1 และน้องสาวคนที่ 3 เป็นโรคเบาหวาน	- มารดาเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานและไตวายเรื้อรัง - พี่สาวคนที่1และ2เป็นเบาหวาน
การวินิจฉัยโรค	- Diabetes Mellitus - Hypertension - Chronic Kidney Disease Stage 3 - Dyslipidemia - Gout	- Diabetes Mellitus - Hypertension - Chronic Kidney Disease Stage5 - Dyslipidemia
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	วันที่ 20 มีนาคม 2566 Glucose = 254 mg/dl Hb A1C = 13.1 % LDL = 134 mg/dl Urine Microalbumin positive eGFR = 33.16 ml/min/1.73m Creatinine = 2.19 mg/dl Uric acid 10 mg/dl Potassium 4.55mmol/L Hb 11.1 g/dlHct. 34 vol%	วันที่ 7 เมษายน 2566 Glucose 179 mg/dl Hb A1C 7.9 % LDL 120 mg/dl Urine Microalbumin positive eGFR 10 ml/min/1.73m Creatinine 5.85 mg/dl Potassium 4.36 mmol/L Hb 8.4 g/dlHct. 25 vol%
7.การรักษา	วันที่ 20 มีนาคม 2566 1.Mixtard28ยูนิต sc ac เข้า และ 14 ยูนิต sc ac เย็น 2.Glipizide(5mg.)2x2๐ac 3.Enalapril(5mg.)1 x 1๐pc 4. ASA (81mg.) 1x1 ๐pc 5.Manidipine(20mg.) 2 x 1๐ pc 6.Allopurinol(100mg.)2 x 1๐ pc 7.Colchicine(0.5mg.) 1x1 ๐pc 8.Sodamint(300 mg.)1x3 ๐pc 9.CaCo3(1,000 mg.)1x1 ๐pc 10. Atrovastatin(40 mg.) 1x1๐hs 11. Folic acid(5 mg.) 1x1๐ pc 12. Hydralazine(25mg.) 2x3 ๐pc 13. Doxazosin(2mg.) 2x1๐ pc	วันที่ 7 เมษายน 2566 1.Mixtard 8 ยูนิต sc ac เข้า และ 6 ยูนิต sc ac เย็น 2.Manidipine (20mg.) 1x1๐ pc 3. ASA (81 mg.) 1x1 ๐ pc 4.Furosemide (40 mg.)1x1๐ pc 5.Hydralazine (25 mg.) 1x4๐ pc 6.FerrousFumarate(200 mg.).1x3๐ pc 7.Simvastatin(20 mg.) 1x1๐hs 8.Sodamint(300 mg.) 5x2 ๐pc 9.CaCo3(1,000 mg.)1x1๐ pc 10. Folic acid (5 mg.) 1x1๐ pc

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมงดการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน 2. มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมงดการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง 3. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดข้อเท้าและเข่า 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวาย เนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมงดการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม 5. เสี่ยงต่อการได้รับยาผิดความคุมระดับน้ำตาลไม่ครบตามแผนการรักษา	1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมงดการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน 2. มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมงดการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง 3. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 4. เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากภาวะช็อค 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวายเนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมงดการดูแลตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม
6. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายพลัดตกหกล้มเนื่องจากการปวดข้อเท้าและเข่า 7. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการปวดข้อเท้าและปวดเข่า 8. เสี่ยงต่อน้ำเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากภาวะช็อค	6. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากการมองเห็นไม่ชัดเจนและมีอาการขาบริเวณปลายมือและเท้าทั้งสองข้าง 7. เสี่ยงต่อการได้รับยาผิดความคุมระดับน้ำตาลไม่ครบตามแผนการรักษา 8. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต

3. การวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ตารางที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
1.การประเมินผู้ป่วย -ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผลการประเมินดังตารางที่ 1 ผลลัพธ์ วินิจฉัยการพยาบาล (ตารางที่2) วางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม	1.การประเมินผู้ป่วย -ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผลการประเมินดังตารางที่ 1 ผลลัพธ์ วินิจฉัยการพยาบาล (ตารางที่2) วางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม
2.การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 2.1 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดข้อเท้าและเข่า - แนะนำการลด/บรรเทาอาการปวดเข่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมควบคุมอาหารที่มีกรดยูริกสูง งดดื่มเบียร์การเคลื่อนไหวที่ปลอดภัย การใช้ยาแก้ปวด ผลลัพธ์ อาการปวดข้อเท้าและเข่าลดลง Pain score=2 2.2 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปวดข้อเท้าและเข่า - ให้ความสนใจและให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ ส่งเสริมให้กำลังใจกับผู้ป่วยในการปฏิบัติเพื่อลดอาการวิตกกังวล วิธีจัดการความวิตกกังวลซึมเศร้าและให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ควบคุมอาหารโรคเก๊าท์แล้วและรับประทานยารักษาโรคเก๊าท์อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ ประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า2 คำถาม (2Q) ไม่พบความผิดปกติ	2.การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต -ให้ความสนใจและให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ ให้กำลังใจในการปฏิบัติเพื่อลดอาการวิตกกังวล แนะนำความจำเป็นที่ต้องบำบัดทดแทนไต วิธีการจัดการ ความวิตกกังวลซึมเศร้าและให้กำลังใจ ให้ความหวังและสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองต่อเนื่อง ผลลัพธ์ ประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า2 คำถาม (2Q) ไม่พบความผิดปกติ - ประเมินความเครียด (ST-5) ลดลง จาก 8 คะแนน(มีความเครียดมาก) เป็น 4 คะแนน (มีความเครียดน้อย) ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

ตารางที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<p>- ประเมินความเครียด (ST-5) ลดลง จาก 6 คะแนน(มีความเครียดปานกลาง) เป็น 3 คะแนน (มีความเครียดน้อย)สีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล</p> <p>- อาการปวดข้อลดลง Pain Score= 2 คะแนน</p>	
<p>3.การดูแลความปลอดภัย 3.1การป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายพลัดตกหกล้มเนื่องจากการปวดข้อเท้าและเข่า -ให้คำแนะนำการป้องกันการหกล้มที่บ้าน ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมในและนอกบ้าน เลือเสื้อผ้า/รองเท้า การออกกำลังกาย การใช้ยา/อาการข้างเคียงของยา การเคลื่อนไหว แผลงประโยชน์ในชุมชนออกกำลังกายตามความเหมาะสม ผลลัพธ์ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม</p> <p>3.2 เตรียมและใช้อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย -เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ในการวัดสัญญาณชีพ เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว</p> <p>3.3 ปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนด เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการพยาบาลผู้ป่วยใช้ กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 AspectofCare) คู่มือแนวทางต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโรคเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเก๊าท์ การใช้ยาและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงแต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปวดข้อเท้าลดลง วิตกกังวลเรื่องปวดข้อปวดเข่าลดลง การฉีดอินซูลินได้ตามแผนการรักษา</p>	<p>3.การดูแลความปลอดภัย 3.1การป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากการมองเห็นไม่ชัดเจนและมีอาการขาบริเวณปลายมือและเท้าทั้งสองข้าง -ให้ความรู้เรื่องการตรวจ/ดูแลมือและเท้า สอนการทำมาสะอาดผิวหนังตามข้ออับต่างๆ การเลือกรองเท้า การป้องกันการหกล้มที่บ้าน ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมในและนอกบ้าน เลือเสื้อผ้า/รองเท้า การออกกำลังกาย การใช้ยา/อาการข้างเคียงของยา การเคลื่อนไหว แผลงประโยชน์ในชุมชน ผลลัพธ์ดูแลมือและเท้าได้ถูกต้อง ไม่มีบาดแผลที่มือและเท้า ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม</p> <p>3.2 เตรียมและใช้อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย -เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ในการวัดสัญญาณชีพ เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว</p> <p>3.3 ปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนด เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการพยาบาลผู้ป่วยใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 AspectofCare) คู่มือแนวทางต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโรคเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่เป็นอันตราย การฉีดอินซูลินได้ตามแผนการรักษา</p>
<p>4.การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล 4.1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน - แนะนำอาหารที่มีสัดส่วนเหมาะสม รับประทานอาหารเป็นเวลา ด้านอาหารรสหวาน มัน เค็มของทอด และผงชูรส ผงปรุงรส หลีกเลี่ยงการใช้สมุนไพรดื่มน้ำผลไม้รสจัด สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ แนะนำการออกกำลังกายการใช้ยาตามแผนการรักษา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด แนะนำการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และการมาพบแพทย์/พยาบาลตามนัด ผลลัพธ์ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเมื่อมาตามนัดครั้งที่ 3= 181 mg%(เดิม 254mg %)ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>4.2มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง - ให้ความรู้สาเหตุความดันโลหิตสูงมีสาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมอันตรายของโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและอ้วนลงพุง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สอน</p>	<p>4.การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล 4.1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน - แนะนำอาหารที่มีสัดส่วนเหมาะสม รับประทานอาหารเป็นเวลา ด้านอาหารรสหวาน มัน เค็มของทอด และผงชูรส ผงปรุงรส หลีกเลี่ยงการใช้สมุนไพรดื่มน้ำผลไม้รสจัด สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ แนะนำการออกกำลังกายการใช้ยาตามแผนการรักษา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด แนะนำการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และการมาพบแพทย์/พยาบาลตามนัด ผลลัพธ์ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเมื่อมาตามนัดครั้งที่ 1= 116 mg% (เดิม 179 mg %)ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>4.2 มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง - ให้ความรู้สาเหตุความดันโลหิตสูงมีสาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมอันตรายของโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและอ้วนลงพุง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สอนการ</p>

ตารางที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<p>การวัดเส้นรอบเอว การชั่งน้ำหนัก แนะนำการใช้ยาHydralazine ,Manidipine, และDoxazosin ตามแผนการรักษาและการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา</p> <p>ผลลัพธ์ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ127/55mmHg. แต่ค่า BMI เท่าเดิม23.30 kg/m2รอบเอวเท่าเดิม86 ซม.</p>	<p>วัดเส้นรอบเอว การชั่งน้ำหนัก แนะนำการใช้ยาHydralazine และ Manidipine ตามแผนการรักษาและการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา</p> <p>ผลลัพธ์ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ137/64mmHg. ค่า BMI24.60 kg/m.2เพิ่มขึ้นจากเดิมเล็กน้อยรอบเอว82 ซม.เนื่องจากมีภาวะขาบวม</p>
<p>4.3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวาย เนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม</p> <p>- ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารเพื่อช่วยชะลอความเสี่ยงของไต เช่นการจำกัดโปรตีน การจำกัดโซเดียมการดื่มน้ำการออกกำลังกาย มีแบบแผนชัดเจนเหมาะสมกับสภาพร่างกายการรับประทายตามแผนการรักษาควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 mmHg. การรับประทายการควบคุมระดับไขมัน หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด</p> <p>ผลลัพธ์ไม่มีภาวะน้ำเกิน ไม่มีอาการหอบเหนื่อยน้ำหนักตัวไม่ขึ้น อัตราการกรองของไตลดลงเป็นไตวายระยะที่4</p>	<p>4.3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวาย เนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม</p> <p>- ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารเพื่อช่วยชะลอความเสี่ยงของไต เช่นการจำกัดโปรตีน การจำกัดโซเดียมการดื่มน้ำการออกกำลังกาย มีแบบแผนชัดเจนเหมาะสมกับสภาพร่างกายการรับประทายตามแผนการรักษาควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 mmHg. การรับประทายการควบคุมระดับไขมัน หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดยาสมุนไพร น้ำผลไม้สกัด</p> <p>ผลลัพธ์ไม่มีภาวะน้ำเกิน ไม่มีอาการหอบเหนื่อยน้ำหนักตัวขึ้น 1 กิโลกรัม ขาบวม อัตราการกรองของไตลดลงเป็นไตระยะที่5</p>
<p>5.การดูแลต่อเนื่อง</p> <p>ติดตามผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรังเพื่อประเมินผลการพยาบาล 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ1-3เดือน,ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชนผลลัพธ์ผู้ป่วยได้รับการดูแลประเมินติดตามอาการต่อเนื่อง</p> <p>6.การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>ให้ความรู้ แนะนำการปฏิบัติตัว โดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยเน้นการใช้ยาฉีดอินซูลิน</p> <p>ผลลัพธ์ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง</p>	<p>5.การดูแลต่อเนื่องติดตามผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อติดตามผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรังเพื่อประเมินผลการพยาบาล 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ1-3เดือน, ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน</p> <p>ผลลัพธ์ผู้ป่วยได้รับการดูแลประเมินติดตามอาการต่อเนื่อง</p> <p>6.การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>ให้ความรู้ แนะนำการปฏิบัติตัว โดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยเน้นการใช้ยาฉีดอินซูลิน การงดรับประทายยาต้มสมุนไพรและน้ำผลไม้สกัด การดองขิงขมิ้นและผงปรุง</p> <p>ผลลัพธ์ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง</p>
<p>7.การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย</p> <p>สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย สิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย รักษาความลับข้อมูลผู้ป่วย ช่วยเหลือ เอาใจใส่ ให้ข้อมูลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม</p> <p>ผลลัพธ์ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับมาก</p>	<p>7.การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย</p> <p>สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย สิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย รักษาความลับข้อมูลผู้ป่วย ช่วยเหลือ เอาใจใส่ ให้ข้อมูลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม</p> <p>ผลลัพธ์ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับมาก</p>

4. การติดตามผลการประเมินผลการพยาบาล

จากการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 3 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ทั้ง 2 ราย เพื่อติดตามและประเมินผลการพยาบาล ปรับแผนการให้การพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ผลลัพธ์ของการพยาบาลตามตารางที่ 3

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1ชายไทย อายุ53ปี ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังโรคความดันโลหิตสูง รับประทานโรคเบาหวานสม่ำเสมอเป็นเวลา 19 ปีมาตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรัง รับประทานยาตามนัดเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2566 ถึง วันที่ 20 กันยายน

2566 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ต้องได้รับการปรับเพิ่มขนาดยาฉีดเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ต้องได้เพิ่มชนิดและขนาดของยาลดความดันโลหิตติดต่อกันเกือบทุกชนิด มีโรคร่วมคือโรคเก๊าท์ มีอาการปวดข้อเท้าและเข้าประจำ เนื่องจากพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรค ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้การพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ แต่ระดับ การกรองของไตลดลงจากระดับที่ 3 เป็นระดับที่ 4 จะเห็นได้ว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน สัมพันธ์กับระยะเวลาภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยกรณีศึกษาคนที่ 2 ชายไทย อายุ 55 ปี ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังโรค ความดันโลหิตสูง เป็นเบาหวานมา 21 ปี มาตามนัดที่ คลินิกโรคเรื้อรัง รับไว้ในความดูแลวันที่ 7 เมษายน 2566 ถึง วันที่ 22 กันยายน 2566 รับยารักษา โรคเบาหวานไม่สม่ำเสมอ ในระยะ 10 ปีแรกของการ เริ่มป่วย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ควบคุม ระดับความดันโลหิตไม่ได้และผิวดินดำ ขาดยาในช่วง ระยะเวลาที่ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อมีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เนื่องจากพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคด้านอาหาร การ ออกกำลังกาย และการใช้ยา/ยาสมุนไพร น้ำผลไม้ สกัด จึงถูกส่งตัวกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ให้ การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นตาม เกณฑ์ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ แต่ระดับการกรองของไตลดลงเรื่อยๆเป็นไตวายระยะ ที่ 5 จะเห็นได้ว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วย โรคเบาหวานและพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองไม่

เหมาะสมกับโรคสัมพันธ์กับการเข้าสู่ระยะ ภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยชายได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่อายุน้อย¹ มี พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรค ทำให้ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมระดับ ความดันโลหิตไม่ได้ มีระดับไขมันในเลือดสูงเป็น สาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไต วายเรื้อรังมีระยะเวลาการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไต วายเรื้อรังระยะสุดท้ายในคนอายุน้อยกว่า 60 ปี มาก ขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังนั้น การ นำกระบวนการพยาบาล และหน้าที่หลักทางคลินิก ของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care)⁵ มาใช้ทำให้ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ ครบถ้วนครอบคลุม ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ ดี

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรังควรมีการจัดทำ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โรคเบาหวานเพื่อประเมินและวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างถูกต้อง
2. หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกควรมีการ ทบทวนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานให้ครอบคลุม
3. หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกควรมีการ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคเรื้อรังใน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบผู้รับความรู้ เป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ โดยใช้เทคนิค Motivational Interviewing เพื่อสร้างแรงจูงใจและ เสริมพลัง (Empowerment) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมี ความรู้และมีทักษะสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้

เอกสารอ้างอิง

1. กัณฑ์พร ยอดไชย. (2562). ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การพยาบาลและการจัดการอาการ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: นีโอพ้อยท์.
2. อีรพร สิริอังกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริและพัชรีย์ กลัดจอมพงษ์, บรรณาธิการ.(2561). แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด.
3. สี่ไพร พลอยทรัพย์และคณะ, บรรณาธิการ. (2563). แดชเดเอทบำบัดโรคความดันโลหิตสูง.กรุงเทพมหานคร: วี อินดี้ ดีไซน์ จำกัด.
4. เทพ หิมะทองคำ และทีมสหวิชาชีพดูแลเบาหวาน โรงพยาบาลเทพธารินทร์. (2561). เบาหวานฉบับเทพธารินทร์.กรุงเทพมหานคร:พิมพ์ดี จำกัด.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566: Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2559). คำแนะนำการฉีดยาเบาหวานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปท์เมดิคัลส์ จำกัด.
7. สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562: 2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension. เชียงใหม่: ทรินดิท.

ประสิทธิผลของการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19
ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

The effectiveness of operations surveillance prevention and control of COVID-19 in the
community of village health volunteers CharoenSin District SakonNakhon Province.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

กึ่งเพชร ศรีเทียน¹
Kingphet Srithian¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional Analytical Study) โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model ได้แก่ การประเมินประสิทธิผลด้านบริบท การประเมินประสิทธิผลด้านปัจจัยนำเข้า การประเมินประสิทธิผลด้านกระบวนการ ประเมินประสิทธิผลด้านผลผลิต โดยประเมินจาก ผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน ขึ้นไป ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปี 2565 อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 76 คน ในระหว่าง เดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ.2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน Stepwise Multiple Linear Regression Analysis วิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร Pearson' product moment correlation coefficient

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ภาพรวมเกี่ยวกับการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 10.57 (S.D.= 1.72) มีทัศนคติภาพรวมเกี่ยวกับการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 38.71 (S.D.= 4.99) มีพฤติกรรมภาพรวมเกี่ยวกับการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 26.45 (S.D.= 2.58) มีระดับประสิทธิผล ระดับดีทุกประเด็น ภาพรวมระดับประสิทธิผล ด้านผลผลิต (การปฏิบัติ) มีคะแนนเฉลี่ย 67.30 (S.D.= 5.3) อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. ตำแหน่งอื่นในชุมชนและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ปัจจัยด้านระยะเวลาเป็น อสม. และปัจจัยด้านตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน ตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์ประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 50.5 (R² =0.505, p-value < 0.05)

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคโควิด-19

Abstract

This study is a cross-sectional survey research (Survey research by Cross-sectional Analytical Study) using the CIPP Model evaluation format, which includes evaluating the effectiveness in context. Evaluating the effectiveness of input factors Evaluation of process effectiveness Assess productivity effectiveness By evaluating from Performance of Village health volunteers who have been working for at least 6 months or more during the COVID-19 epidemic situation during 2022, Charoen Sin District Sakon Nakhon Province. Sample size were 76 people was selected between October and November 2023 by simple random sampling. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, inferential statistics, including multiple regression analysis. Stepwise Multiple Linear Regression Analysis, analyzing multivariate relationships, Pearson' product moment correlation coefficient.

The results of the research found that overall knowledge regarding operations, surveillance, prevention, and control of COVID-19 in the community was at a moderate level. Has an average score of 10.57 (S.D.= 1.72). Has an overall

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

attitude regarding operations, surveillance, prevention, and control of COVID-19 in the community at a good level. Average score is 38.71 (S.D.= 4.99). Has overall behavior regarding operations, monitoring. Be careful, prevent and control COVID-19 disease in the community at a good level, with an average score of 26.45 (S.D.= 2.58) with an effectiveness level. Good level in every issue Overall effectiveness level in terms of output (practice) had an average score of 67.30 (S.D.= 5.3) Age, highest education, marital status, monthly income Period of working as a village health volunteer, other positions in the community, and behavior related to surveillance operations Prevent and control COVID-19 disease There was a statistically significant relationship at the 0.05 level. It was found that behavioral factors related to operations, surveillance, prevention and control of COVID-19 disease. Factors such as time spent as a village health volunteer and other factors related to position in the community, all three variables can together predict the effectiveness of surveillance operations. Prevent and control COVID-19 disease in the community of village health volunteers at 50.5 percent ($R^2 = 0.505$, p -value < 0.05)

Keywords: Effectiveness, village health volunteers, COVID-19 disease

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเรียกสั้น ๆ ว่า โรคโควิด-19 (Coronavirus disease: COVID-19) ได้เกิดการแพร่ระบาดใหญ่ โดยเป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจและถือเป็นโรคอุบัติใหม่ เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ SARS-CoV-2 ซึ่งเป็นสายพันธุ์ของเชื้อไวรัสโคโรนาที่มีการค้นพบล่าสุด พบการระบาดครั้งแรก ณ เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เมื่อเดือนธันวาคม 2019⁽¹⁾ ลักษณะอาการของผู้ติดเชื้อที่พบได้มากที่สุด ได้แก่ มีไข้ ไอแห้ง และอ่อนเพลีย ในรายที่มีอาการของโรครุนแรงจะพบลักษณะอาการ เช่น หายใจติดขัด มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส เบื่ออาหาร เจ็บหรือแน่นหน้าอก เป็นต้น และในบางรายที่มีอาการรุนแรงมากอาจเสียชีวิตได้⁽¹⁾ การระบาดของโรคโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย โดยมีผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ เช่น ผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากการปิดเมืองหรือพรมแดนระหว่างประเทศเพื่อลดการเคลื่อนที่ของผู้คน และยับยั้งการกระจายของโรค⁽²⁾ ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนที่เกิดความวิตกกังวล และความหวาดกลัวต่อการแพร่ระบาดและความรุนแรงของโรค⁽³⁾ ผลกระทบด้านสาธารณสุขที่เกิดจากการมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากและส่งผลกระทบต่อความต้องการทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้น ในการบริหารจัดการเพื่อยับยั้งและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ข้อมูลการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยทั้ง 4 รอบโดยในรอบ 1 (ปี 2563) ผู้ติดเชื้อ 6,772 ราย เสียชีวิต 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.82 รอบ 2 (มกราคม-

มีนาคม 2564) ผู้ติดเชื้อ 21,035 ราย เสียชีวิต 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.13 รอบ 3 (เมษายน 2564) ผู้ติดเชื้อ 17,780 ราย เสียชีวิต 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.10 รอบที่ 4 1 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2564) ผู้ติดเชื้อ 1,949,257 ราย เสียชีวิต 19,526 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.10 ปี 2565 ผู้ติดเชื้อ 2,500,482 ราย เสียชีวิต 11,971 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.48 ปี 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 16 กรกฎาคม 2566) ผู้ติดเชื้อ 29,687 ราย เสียชีวิต 727 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.45 จังหวัดสกลนคร ปี 2563 ผู้ติดเชื้อ 187 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต ปี 2564 ผู้ติดเชื้อ 8,005 ราย เสียชีวิต 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.46 ปี 2565 ผู้ติดเชื้อ 21,521 ราย เสียชีวิต 149 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.69 ปี 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 16 กรกฎาคม 2566) ผู้ติดเชื้อ 87 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต อำเภอเจริญศิลป์ พบผู้ป่วย รายแรก ในวันที่ 3 เมษายน 2563 จำนวน 1 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิตและเป็นรายเดียวในปี 2563 ปี 2564 ผู้ติดเชื้อ 58 ราย เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.72 ปี 2565 ผู้ติดเชื้อ 4,639 ราย เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.06 ปี 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 16 กรกฎาคม 2566) ผู้ติดเชื้อ 283 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต ผลการดำเนินงานฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอเจริญศิลป์ เข็มที่ 1 จำนวน 9,398 ราย เข็มที่ 2 จำนวน 15,259 ราย เข็มที่ 3 จำนวน 2,054 ราย เข็มที่ 4 จำนวน 305 ราย 58 ราย⁽⁴⁾

อำเภอเจริญศิลป์ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 5 ตำบล 59 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 45,011 คน มีเทศบาลตำบล 1 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 5 แห่ง มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 1 แห่ง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 854 คน วิธีการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การลดอัตราป่วยและเสียชีวิตด้วยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้กับประชาชน เป็นวิธีหนึ่งที่ดีในการ ป้องกันการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังโรค โดยดำเนินการทั้งเชิงรับและเชิงรุกครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยมีบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดย อสม.1 คนจะรับผิดชอบประมาณคนละ 8-15 หลังคาเรือน หมู่บ้านละประมาณ 8-25 คน ซึ่ง อสม.เป็นผู้มีจิตอาสาเสียสละ ปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และผู้นำชุมชน เป็นด่านหน้าการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเชิงรุกให้ประชาชนปลอดภัยจากโรคโควิด-19 ทั้งการเคาะประตูเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพ การให้ความรู้ประชาชน การวัดอุณหภูมิ สังเกตอาการ การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงานผลให้บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนร่วมดำเนินการในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เชิญชวนคนในชุมชนรับวัคซีนโควิด-19 เป็นภารกิจสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁽⁵⁾ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกำลังสำคัญและด่านหน้าในการดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รวมทั้งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ที่ดี เนื่องจากจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสามารถเป็นแบบอย่าง รวมถึงสามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนในเขตพื้นที่ของตน ดังนั้น การศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน อำเภอเจริญศิลป์

จังหวัดสกลนคร จะสามารถนำความรู้ ทักษะ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ ไปใช้ในการดำเนินงาน เพื่อนำผลจากการศึกษาในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานอันจะนำไปสู่การควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคที่มีประสิทธิภาพในระดับชุมชนที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ กับประสิทธิผลของการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยใดที่มีผลต่อประสิทธิผลของการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร
2. คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional Analytical Study) โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model ได้แก่ การประเมินประสิทธิผลด้านบริบท การประเมินประสิทธิผลด้านปัจจัยนำเข้า การประเมินประสิทธิผลด้านกระบวนการ ประเมินประสิทธิผลด้านผลผลิต โดย

ประเมินจาก ผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำการวิจัยตั้งแต่เดือน
ตุลาคม – พฤศจิกายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร
ทั้งหมด 854 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่าง
ง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 76 คน

เกณฑ์คัดเข้า ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) อำเภอเจริญศิลป์
จังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ. 2566 และร่วมปฏิบัติงาน
เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ใน อำเภอ
เจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ในปี 2565 อย่างน้อย 6
เดือน สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีความยินดี
และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ มีอายุ 20-70 ปี
และมีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก ย้ายหรือลาออกจากการเป็น
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ปฏิบัติงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19
ใน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ในปี 2565 น้อย
กว่า 6 เดือน

เจ็บป่วยกระทันหัน เป็นโรคติดต่อ หรือเจ็บป่วยจน
ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างที่เก็บ
ข้อมูลอาสาสมัครวิจัยรู้สึก เสียเวลา ไม่สะดวก อาจมี
ความเหนื่อยล้า เนื่องจากสภาวะร่างกายกับบางคำถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสำหรับใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น
ประกอบด้วย ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้ 1)
ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม
2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้า
ระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน 3)
แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง
ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน 4)
แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้า
ระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน 5)

ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลความคิดเห็นต่อประสิทธิผลของ
การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-
19 ในชุมชน และ 6) ข้อมูลความคิดเห็น ด้านผลผลิต
(การปฏิบัติ)ต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและ
ควบคุมโรคโควิด-19ในชุมชน ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา^{(6),(7)} (Content
Validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผลการทดสอบ
ความตรงของเครื่องมือเชิงเนื้อหา มีค่าเฉลี่ยทั้งฉบับ
ร้อยละ 99.12 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบ
สอบ ถ้ามชุดนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha
Coefficient) เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล^{(8),(9)} ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่
จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ
สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
ต้นและตัวแปรตามด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน
(Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)
เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร
(Pearson' product moment correlation
coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ของ คุณลักษณะ
ส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้ ปัจจัยทัศนคติ และปัจจัย
พฤติกรรม ที่มีผลต่อการประสิทธิผลของดำเนินงาน
เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด – 19 ในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบ และการรับรอง
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 17
ตุลาคม 2566 เลขที่ SKN REC 2023 – 057

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 50 คน ร้อยละ 65.8 อายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 39 - 53 ปี จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 51.3 อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 68 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เรียนจบ ประถมศึกษา จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สมรส จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 80.3 อาชีพหลัก ส่วนใหญ่ ทำนา จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ มีรายได้อยู่ในช่วง 1,000.00-7,333.33 บาท คิดเป็น ร้อยละ 75.0 รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้ต่ำสุด 20,000 บาท ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-12 ปี ปฏิบัติงานน้อย ที่สุด 1 ปี ปฏิบัติงานมากที่สุด 35 ปี และตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นตำแหน่งอื่น จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 71.1

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม เกี่ยวกับการดำเนินงาน ฝ้าระวัง ป้องกันและ ควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ภาพรวม

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม เกี่ยวกับการดำเนินงาน ฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ภาพรวม(n = 76) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน มีความรู้ภาพรวมในระดับปานกลาง มี คะแนนเฉลี่ย 10.57 (S.D.= 1.72) มีทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงาน ฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 38.71 (S.D.= 4.99) และมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงาน ฝ้า ระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ใน ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 26.45 (S.D.= 2.58)

ส่วนที่ 3 ระดับประสิทธิผลดำเนินงานฝ้า ระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ เจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

ตารางที่ 1 ภาพรวมระดับประสิทธิผล ด้านผลผลิต (การปฏิบัติ) ของการดำเนินงานฝ้าระวังป้องกันและ ควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 76)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน ด้านผลผลิต (การปฏิบัติ)	ระดับ			\bar{X}	S.D.	แปลผล
	มาก จำนวน ร้อยละ	ปานกลาง จำนวน ร้อยละ	น้อย จำนวน ร้อยละ			
1. การเตรียมความพร้อมก่อนการ ปฏิบัติงานของ อสม.	70 (92.1)	6 (7.9)	0 (0.0)	14.17	1.32	ดี
2. การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	62 (81.6)	14 (18.4)	0 (0.0)	8.36	1.02	ดี
3. การจัดทำบัญชีรายชื่อและแยก กลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน	69 (90.8)	7 (9.2)	0 (0.0)	13.83	1.38	ดี
4. การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อ ติดตามสังเกตอาการ	69 (90.8)	7 (9.2)	0 (0.0)	19.53	2.03	ดี
5. การบริหารจัดการ บันทึกและ รายงานผล	51 (93.4)	5 (6.6)	0 (0.0)	11.42	1.07	ดี
ภาพรวมประสิทธิผล การดำเนินงานด้านผลผลิต (การปฏิบัติ)	71 (93.4)	5 (6.6)	0 (0.0)	67.30	5.34	ดี

จากตารางที่ 1 พบว่า ภาพรวมระดับประสิทธิผล ด้านผลผลิต (การปฏิบัติ) ของการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มี

ระดับประสิทธิผล ระดับดีทุกประเด็น ภาพรวมระดับประสิทธิผล ด้านผลผลิต (การปฏิบัติ) มีคะแนนเฉลี่ย 67.30 (S.D.= 5.3)

ตารางที่ 2 ภาพรวมระดับประสิทธิผลภาพรวม ของการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร(n = 76)

ประสิทธิผลการดำเนินงาน	ระดับ			\bar{X}	S.D.	แปลผล
	มาก จำนวน ร้อยละ	ปานกลาง จำนวน ร้อยละ	น้อย จำนวน ร้อยละ			
1. ด้านบริบท (นโยบาย ความจำเป็นของงาน สภาพแวดล้อมที่มีผลต่องาน)	64 (31.8)	12 (50.6)	0 (0.0)	41.97	5.63	ดี
2. ด้านปัจจัยนำเข้า (คน งบประมาณ การจัดการ คู่มือ วัสดุอุปกรณ์ ที่เพียงพอเหมาะสม)	39 (51.3)	36 (47.4)	1 (1.3)	30.07	4.11	ดี
3. ด้านกระบวนการ (ความเหมาะสมของกิจกรรม)	75 (98.7)	1 (1.3)	0 (0.0)	24.86	3.66	ดี
4. ด้านผลผลิต (ผลการดำเนินงาน)	71 (93.4)	5 (6.6)	0 (0.0)	67.30	5.34	ดี
ภาพรวมประสิทธิผล การดำเนินงาน	71 (93.4)	5 (6.6)	0 (0.0)	164.20	15.65	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า ภาพรวมประสิทธิผลการดำเนินงาน ด้านบริบท (นโยบาย ความจำเป็นของ งาน สภาพแวดล้อมที่มีผลต่องาน) มีระดับประสิทธิผล ระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 67.30 (S.D.= 5.63) ด้านปัจจัยนำเข้า (คน งบประมาณ การจัดการ คู่มือ วัสดุอุปกรณ์ ที่เพียงพอเหมาะสม) มีระดับประสิทธิผล ระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 30.07 (S.D.= 4.11) ด้านกระบวนการ (ความเหมาะสมของกิจกรรม) มีระดับประสิทธิผล ระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 24.86 (S.D.= 3.66) ด้าน

ผลผลิต (การปฏิบัติ) มีระดับประสิทธิผล ระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 67.30 (S.D.= 5.34) ภาพรวมระดับประสิทธิผล การดำเนินงาน มีระดับประสิทธิผล ระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 164.20 (S.D.= 15.65)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม กับประสิทธิผล การดำเนินงาน ภาพรวม ของดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

ตัวแปร	ประสิทธิผลด้านบริบท	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
เพศ (หญิง = 1 อื่น ๆ = 0)	0.139	P-value
อายุ	-0.514**	0.230
การศึกษาสูงสุด (มัธยมศึกษาตอนปลาย = 1 อื่น ๆ = 0)	-0.247*	0.000
สถานภาพสมรส (คู่ = 1 อื่น ๆ = 0)	-0.232*	0.031
อาชีพ (ทำนา = 1 อื่น ๆ = 0)	-0.151	0.044
รายได้ต่อเดือน	0.270*	0.193
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม.	-0.332**	0.018
ตำแหน่งอื่นในชุมชน	0.185	0.003
ความรู้พฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19	0.128	0.109
ทัศนคติพฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19	-0.067	0.271
พฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19	0.606**	0.567

จากตารางที่ 3 พบว่า อายุ ($r = -0.514, p < 0.0001$) การศึกษาสูงสุด ($r = -0.247, p = 0.031$) สถานภาพสมรส ($r = -0.232, p = 0.044$) รายได้ต่อเดือน ($r = 0.270, p = 0.018$) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. ($r = -0.332, p = 0.003$) พฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ($r = 0.606, p < 0.0001$) มีความสัมพันธ์ประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและ

ควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการพยากรณ์ของตัวแปรในการทำนายการทำนายผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

ตัวแปร	b	β	T	Sig.	Multiple R	R ²
X ₁₁ พฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19	3.175	0.527	4.804	0.000	0.606	0.367
X ₇ ระยะเวลาเป็น อสม.	7.613	0.228	2.102	0.041	-0.332	0.110
X ₈ ตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน	-0.418	0.204	-2.048	0.046	0.236	0.056
ค่าคงที่ (a) = 79.945						
R = 0.710 R ² = 0.505 Adjusted R ² 0.472 F = 15.283 P-value = 0.05						

จากผลการศึกษาดังกล่าวที่ 18 สามารถเขียนแทนสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็น สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังต่อไปนี้

$$Y = 79.945 + 3.175 (X_{11}) + 7.613 (X_7) - 0.418 (X_2)$$

สามารถเขียนแทนสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็น สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังต่อไปนี้

$$Z = 0.527 Z_{11} + 0.228 Z_7 + 0.204 Z_2$$

ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์ประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 50.5 ($R^2=0.505$, $p\text{-value} < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 26.45 (S.D.= 2.58) สอดคล้องกับ ปัสุภาภรณ์ วงษ์⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.60 ภาพรวมระดับประสิทธิผลการดำเนินงาน มีระดับประสิทธิผล ระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 164.20 (S.D.= 15.65) สอดคล้องกับ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรืองและคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษา การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า อสม. มีทักษะในการป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ อิศระ หิรัญคำ⁽¹²⁾ ได้ศึกษา ประสิทธิภาพการจัดการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 19 ของเทศบาลเมืองหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัด

ประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ประสิทธิภาพการจัดการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโคโรนา ไวรัส 19 ของเทศบาลเมืองหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อยู่ในระดับดี พบว่า อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. พฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน มีความสัมพันธ์ ประสิทธิภาพการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ปัจจัยด้านระยะเวลาเป็น อสม. และปัจจัยด้านตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน ตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์ประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 50.5 ($R^2=0.505$, $p\text{-value} < 0.05$) ควรส่งเสริมทักษะของอสม. มีสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ทั้งด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านพฤติกรรม ด้านบทบาทหน้าที่ ให้มากขึ้น⁽⁵⁾

จะเห็นได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมานานมีประสบการณ์ในการทำงานและเป็นตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน ส่งผลให้ประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ได้ดีเพิ่มขึ้น สามารถนำผลที่ได้ ไปกำหนดนโยบาย วางแผนในส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันจะนำไปสู่การควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคที่มีประสิทธิภาพในระดับชุมชนที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการศึกษา พบว่า ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงาน ฝ่าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดั้งนั้น หน่วยงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการอบรมให้ความรู้ สอนและอธิบาย จัดกิจกรรม รมรงค์ให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมและปฏิบัติได้จริงให้มากยิ่งขึ้น

2. จากการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพ ด้านปัจจัยนำเข้า ของดำเนินงานฝ่าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประเด็น ข้อคำถามที่ 16 “ท่านได้รับเงิน เบี้ยเลี้ยงหรือค่าตอบแทนอื่นเมื่อออกไปปฏิบัติงาน” และ ข้อคำถามที่ 17 “ท่านได้รับการจัดสรรบุคคลลงไปช่วย ในการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ”อยู่ในระดับปานกลาง

ดั่งนั้น หน่วยงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้เป็นข้อมูล ดั่งกล่าวในการเสนอกระทรวงสาธารณสุข พิจารณา ปรับเพิ่มค่าป่วยการให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจต่อไป
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น เช่น รูปแบบ กึ่งทดลอง ใช้กระบวนการการมีส่วนร่วม หรือการ ประชาคม เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วม การตระหนัก ในชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน เกี่ยวกับความรู้ ทรัพยากรที่ช่วยให้การ ปฏิบัติงานฝ่าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มี ประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). Accessed on August 6, 2023, from <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>; 2020
2. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคขอความร่วมมือประชาชนเคร่งครัดมาตรการ D-M-H-T-T-A อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันโรคโควิด 19. สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2566, จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=18373&deptcode=brc>; 2564.
3. กรมควบคุมโรค. 2566. รายงานผลการทบทวนสถานการณ์โรคโควิด –19. สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2566, จาก <http://www.thaincd.com/documentfile/download/knowledge>; 2566
4. ภู่วรรณ. 2563. ผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2566, จาก <https://learningcovid.ku.ac.th/course.3>; 2563.
5. ยุพดี ตรีชาลาและคณะ. การศึกษาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.). 2565. ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม- ธันวาคม 2565. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี.
6. พิสนุ พงศ์ศรี. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์; 2554.
7. สรายุทธ กันหลง. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย. เข้าถึงเมื่อ 7 ธันวาคม 2565; เข้าถึงได้จาก <http://www.ipemity.com/blog/252172/477413>.
8. ยุทธ ไกยวรรณ. สถิติทวิวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2553.
9. บุญเรียง จขรศิลป์. เทคนิคการอ่านและตีความหมายจากผลการวิเคราะห์ทางสถิติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2554.
10. ปัสภาภรณ์ วงษ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
11. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรืองและคณะ. การดำเนินงานฝ่าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. 2565.ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2565. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; นนทบุรี.
12. อิสสระ หิรัญคำ. ประสิทธิภาพการจัดการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โควิด-19 ของเทศบาล เมืองหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. 2561.ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2563. วารสารวิชาการ การจัดการภาครัฐและเอกชน; กรุงเทพฯ.

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for pulmonary tuberculosis patients with acute respiratory failure : Two case studies.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อินทิรา แก้วเกิด¹
Intira Kaewkerd¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ศึกษาและเปรียบเทียบ เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 24 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ ไข้สูง ซึม หายใจเหนื่อยหอบ ก่อนมา 3 ชั่วโมง พบว่ามีการติดเชื้อวัณโรคที่ปอดและเกิดระบบหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลันและรุนแรง ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้เกิดระบบการทำงานของอวัยวะในร่างกายผิดปกติ ได้แก่ ระบบประสาท , ระบบหัวใจและการไหลเวียนของเลือด , ระบบการหายใจ , ระบบไต เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น รวมอยู่รักษา 26 วัน ผู้ป่วยปลอดภัย ส่งตัวกลับไปรักษาต่อโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 70 ปี มีประวัติเป็น Pulmonary Tuberculosis พ.ศ. 2562รับประทานยาครบ 6 เดือน ไม่มีประวัติโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ ไข้ ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบเหนื่อยก่อนมาก่อนมา 1 วัน ขณะ Admit ที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน Mask C bag 10 LPM และส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่นติดเชื้อวัณโรคที่ปอดและเกิดระบบหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลันและรุนแรง ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ มีหนองในเยื่อหุ้มปอด ใส่สายเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด (Intercostal drainage) ที่ปอดด้านซ้าย ส่งผลให้เกิดระบบการทำงานของอวัยวะในร่างกายผิดปกติ ได้แก่ ระบบหัวใจและการไหลเวียนของเลือด , ระบบการหายใจ , ระบบไต เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น รวมอยู่รักษา 37 วัน ผู้ป่วยปลอดภัย กลับบ้านได้

คำสำคัญ: วัณโรคปอด, ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Abstract

This study was case study aimed to study and compare two case studies in order to provide nursing care guidelines for pulmonary tuberculosis patients with acute respiratory failure. Study in two pulmonary tuberculosis patients with acute respiratory failure were selected. Data were collected from medical records. Gordon's 11 functional health patterns were employed. Relevant literature was reviewed from documents, textbooks, academic works, articles and related research to investigate the problems and formulate nursing diagnosis to plan nursing practice. Nursing outcomes were also summarized and evaluated.

Results: The two cases were diagnosed with pulmonary tuberculosis and acute respiratory failure. Case Study 1 was a 24-year-old Thai woman with no history of underlying disease. Before coming to the hospital, she had high fever, drowsiness, and shortness of breath for 3 hours. She also had tuberculosis infection in the lungs and acute respiratory failure. She was intubated and mechanically ventilated, resulting in abnormal functioning of the organs in the body, namely the nervous system, the cardiovascular system, the respiratory system and the renal system. She was admitted to the Medical Ward, Khon Kaen Hospital for 26 days. She was safe and referred back to the community hospital. Case Study 2 was a 70-year-old Thai man with a history of pulmonary tuberculosis. In 2019, he took the medicine for 6 months and had no history of underlying disease. One day before coming to the hospital,

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

he had the following important symptoms, fever, cough with phlegm and shortness of breath. While admitted at the community hospital, he received Mask C bag 10 LPM oxygen and was sent to Khon Kaen Hospital. He had pulmonary tuberculosis infection and acute respiratory failure. He was intubated and mechanically ventilated. Empyema thoracis was detected. Intercostal drainage was administered in the left lung, resulting in abnormal functioning of the organs in the body, including the cardiovascular system, the respiratory system and the renal system. He was admitted to the Medical Ward, Khon Kaen Hospital for 37 days. He was safe and discharged from the hospital.

Keywords: Pulmonary tuberculosis, respiratory failure

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุของการป่วยและการเสียชีวิตในหลายประเทศทั่วโลก และสาเหตุที่วัณโรคกลับมาเป็นปัญหาใหม่ทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของโลกเอดส์ ปัญหาความยากจน การอพยพถิ่นฐาน และการเคลื่อนย้ายแรงงาน ตลอดจนการละเลยปัญหาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆ ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงมากขึ้น องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้วัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินสากล (Global emergency) เมื่อเดือนเมษายน 2536 ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าปี 2564 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกสูงถึง 10.6 ล้านคน เสียชีวิต 1.5 ล้านคน และวัณโรคจัดอยู่ใน 10 สาเหตุแรกของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยเป็นอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตจากเชื้อก่อโรคชนิดเดียว (Single infectious agent)¹

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium Tuberculosis จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium Tuberculosis complex วัณโรคเกิดได้ทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่กระจายได้ง่าย อาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆ นอกปอด ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น⁴ ผู้ติดเชื้อวัณโรคโดยทั่วไปมักจะมีอาการและอาการแสดงของโรคดำเนินไปอย่างช้าๆ ในเริ่มแรกอาการไม่ชัดเจน โดยเริ่มจากเป็นไข้ ตัวร้อน คล้ายเป็นหวัด ไอเรื้อรัง มี

เสมหะเป็นๆ หายๆ ซึ่งผู้ป่วยมักจะไม่สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจนกระทั่งอยู่ในระยะที่เป็นมากจึงมาพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นบริเวณ Primary complex เมื่อร่างกายเกิดปฏิกิริยา Hypersensitivity ขึ้น ส่วนใหญ่มักเกิดภายหลังได้รับเชื้อ 3-8 สัปดาห์ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นบริเวณ Primary complex จะเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยเกิด caseous necrosis, encapsulation ต่อมาเกิด fibrosis และ calcification แต่ในบางครั้งพยาธิสภาพที่ปอดอาจลุกลามเกิด Pneumonitis และ Pleuritis และถ้า Caseation ที่เกิดขึ้นเกิด liquefy บริเวณตรงกลางแตกเข้าสู่หลอดลม ทำให้เกิดเป็นโพรงขึ้น (cavity) ในกรณีที่ร่างกายสามารถควบคุมการติดเชื้อไว้ได้โดยเกิด encapsulation และ fibrosis ทั้งนี้เนื้อปอดและต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง แต่การเกิด fibrosis ในต่อมน้ำเหลืองมักเกิดไม่สมบูรณ์เท่าในบริเวณเนื้อปอด ซึ่งอาจทำให้เชื้อวัณโรคสามารถอยู่ได้เป็นเวลานานนับสิบๆ ปี ในบางครั้งต่อมน้ำเหลืองอาจมีขนาดโตมากจนกด Bronchus และ Bronchiole ทำให้เกิดการอุดตันบริเวณ Bronchus ได้ ถ้าเป็น Complete obstruction อาจเกิดปอดบวมและปอดแฟบ (atelectasis) เกิด collapse, consolidation หรือ Segmental lesion หรือ Caseous nodes อาจโตมาติดผนังหลอดลมและ erode หลอดลมเกิด endobronchial tuberculosis หรือ fistula tract^{3,4}

ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) หมายถึง ภาวะที่ระบบหายใจเสื่อมสมรรถภาพไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซหรือระบายอากาศให้อยู่ในระดับปกติ ทำให้ออกซิเจนในเลือด

แดงลดลง (Hypoxemia $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg หรือ < 8.0 kPa) หรือมีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (Hypercapnia $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg หรือ > 6.0 kPa และ $\text{pH} < 7.3$) หรือเกิดทั้งสองภาวะร่วมกัน อาจเกิดเฉียบพลัน (Acute) ในระยะเวลาที่รวดเร็วเป็นชั่วโมงจนถึงเป็นวัน หรือเกิดแบบเรื้อรัง (Chronic) ในระยะเวลาเป็นสัปดาห์จนถึงเป็นเดือนหรือเป็นปี หรือเกิดแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว แบบเรื้อรังอยู่ก่อน (Acute or Chronic) ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจะมีการของภาวะพร่องออกซิเจนหรือภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ส่งผลให้ระบบการทำงานของอวัยวะในร่างกายผิดปกติ โดยเริ่มตั้งแต่ผิดปกติระยะแรก ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ทันถ่วงที จะส่งผลทำให้ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายผิดปกติมากขึ้น จนเข้าสู่ระยะที่รุนแรงจนไปถึงระยะรุนแรงมาก และทำให้เสียชีวิตในที่สุด⁶

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ระดับA) เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอายุรกรรม ให้บริการการรับส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่น รวมถึงในเขตสุขภาพที่ 7 (ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด) จากรายงานจำนวนสถิติผู้ป่วยวัณโรค ปี 2564, 2565 และ 2566 มีจำนวน 1,594, 1,390 และ 1,579 รายต่อปี ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP) กระจกรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายผู้ป่วยวัณโรคที่โรงพยาบาลขอนแก่นสูงเป็นอันดับต้นๆ ในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้งยังมีผลลัพธ์ที่สูงกว่าค่าเป้าหมาย ปี 2564, 2565 และ 2566 ร้อยละ 11.97, 22.92 และ 13.15 ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะหายใจล้มเหลวมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ปี 2564, 2565 และ 2566 ร้อยละ 20.69, 20.38 และ 26.13 ตามลำดับ จากสถิติแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะหายใจล้มเหลรร่วมด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหา

ด้านการหายใจอย่างเฉียบพลันและรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤต ต้องมีการประสานงานร่วมกับแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือ ใฝ่ระวัง โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน วินิจฉัย วางแผนการดูแล และประเมินผล เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตสังคมของผู้ป่วย นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ช่วยเหลือผู้ป่วยปลอดภัย ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดอัตราการตาย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ⁶

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะหายใจล้มเหลว
2. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะหายใจล้มเหลว
3. เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะหายใจล้มเหลว

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นวัณโรคที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน จากเวชระเบียนผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ และแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	24	70
ส่วนสูง	168	160
น้ำหนัก	64	45.2
BMI	22.68	17.66
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 6	ประถมศึกษาปีที่ 6
สถานภาพสมรส	โสด	สมรส
อาชีพ	รับจ้าง	เกษตรกร
ที่อยู่	อ.ชนบท ขอนแก่น	อ.ข้าสูง ขอนแก่น
สิทธิบัตร	ประกันสังคม	ข้าราชการกรมบัญชีกลาง
ประวัติการแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหารใดๆ	ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหารใดๆ
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 24 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาวันที่ 16 ก.พ. 2566 17.00 น. มีประวัติ 1 เดือน มีไข้ ไอแห้งๆ หายใจเหนื่อยหอบ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดวันนี้มีอาการซึม ไม่พูด ไข้สูง หายใจเหนื่อยหอบก่อนมารพ. 3 ชม. ญาติเรียกรถกู้ชีพ นำส่งโรงพยาบาลขอนแก่น	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 70 ปี เคยเป็นวัณโรคปอด ปี 2566 รับประทานยาครบ 6 เดือน เข้ารับการรักษาวันที่ 25 ต.ค. 2565 15.06 น. มีประวัติ 1 5 วันไข้ ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ วันนี้หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นก่อนรพ. 1 ชม. ญาตินำส่งรพช. ประเมินแรกรับ T 38.3°C ซีฟจร 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 38 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/64 mmHg หายใจเหนื่อยหอบ ได้รับ O2 Mask with bag 10 LPM O2 Sat 99% ดูแลส่งตรวจ Lab CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, LFT, PT, PTT, INR, H/C Stat Ceftriaxone 2 gm iv เวลา 14.15 น. DTX 92 mg% ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น
อาการแรกเริ่มและแผนการรักษา	ที่อุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยซึม ถามตอบซ้ำๆ รู้สึกตัวพอรู้เรื่อง หายใจเหนื่อยหอบ ประเมินแรกรับ เวลา 16.17น. T 39.6°C ซีฟจร 140 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 mmHg หายใจ Room Air O2 Sat 55% 16.30น. อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที O2 Mask with bag 10 LPM O2 Sat 88% ฟัง lung Creptitation both lung 16.30น. On ET Tube No.7.0 ซิต 21 O2 Sat 95% Retain foley catheter ส่งตรวจ Lab CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, LFT, PT, PTT, INR, H/C เจาะ DTX 15.30 น. 94 mg% Stat Ceftriaxone 2 gm iv เวลา 14.15น. On 0.9% Nss 1,000 ml iv load 1,000 ml in 30 min then 120 ml/hr Admit หอผู้ป่วยอายุรกรรม สรุป Problem list ดังนี้ ปัญหา Respiratory Failure On Ventilator PCV mode IP 20 PEEP 5 TV 450 RR 20 Fio2 1.0 ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ ผล ABG PaO2 48 mmHg PaCO2 33.9 mmHg PH 7.198	ที่อุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่นผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบ ประเมินแรกรับ เวลา 14.51 น. T 37.9°C ซีฟจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/58 mmHg O2 Mask with bag 10 LPM O2 Sat 99% 15.25น. On ET Tube No.7.5 ซิต 22 เจาะ DTX 15.30 น. 85 mg% Admit หอผู้ป่วยอายุรกรรม สรุป Problem list ดังนี้ ปัญหา Acute respiratory Failure On Ventilator PCV mode IP 20 PEEP 5 TV 500 RR 18 Fio2 0.6 ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ ผล ABG PaO2 65 mmHg PaCO2 49 mmHg PH 7.291 HCO3 22.8 O2 Sat 98.7% เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีเหนื่อยหอบ 19 พ.ย. 2565 (Day 26) เริ่ม Wean Ventilator mode SPONT FIO2 0.4 RR 20 PS 10 PEEP 5 21 พ.ย. 2565 (Day 28) เวลา 12.00

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>HCO3 21.5 O2 Sat 86.7% ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย ลง 45 องศา มีหายใจเหนื่อยหอบ ได้รับยา Fentanyl 10:1 iv 10ml/hr, Domicum 1:1 iv 5ml/hr, 1%Propofol 4 ml/hr,ปรับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา</p> <p>หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีเหนื่อยหอบ 1 มี.ค. 2566 (Day 17) เริ่ม Wean Ventilator mode SPONT FIO2 0.4 RR 20 PS 10 PEEP 5 3 มี.ค. 2566 (Day 17)</p> <p>เวลา 15.00 น. Suction Clear Air Way และถอดท่อช่วยหายใจ On High Flow Nasal cannula 40 LPM Flow 0.6 Temp 37 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ RR 24 ครั้ง/นาที่ O2 Sat 98 % 6 มี.ค. 2566เปลี่ยนเป็น O2 Cannula 3 LPM RR 22 ครั้ง/นาที่ O2 Sat 96 % ปัญหา Septic shock วันที่ 17 ก.พ. 2566 (Day 2) 00.30 น.มีภาวะ Shock T 39°C ชีพจร 132 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 89/47 mmHg MAP 61 On Levophed 4:250 10 ml/hr Keep MAP มากกว่า 65 ปรับยาจนได้ระดับความดันโลหิตที่ต้องการ Off Levophed วันที่ 22 ก.พ. 2566 (Day 7) ปรับยาปฏิชีวนะ Meropenem 2 gm iv ทุก 8 hr ตรวจพบผล Sputum Positive ได้รับยา Isoniazid (100) 3 tabs hs ,Rifampicin (300) 2 tabs hs, Ethambutol (500) 2 tabs hs, Pyrazinamide (500) 1 tabs hs, Vit B6 1 tabs hs ไม่เกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาปฏิชีวนะ และยาวัณโรค ปัญหา DIC (Disseminated Intravascular Coagulation) หรือภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย : วันที่ 17 ก.พ. 2566 (Day 2) CBC : WBC 2,300 10³/ul PLT 45,000 10³/ul, HCT 27.2%, Hemoglobin 8.9 ให้ PLT Concentrate 12 Unit iv free flow ไม่มีเลือดออกจากอวัยวะส่วนใดในร่างกาย แก๊ซสาเหตุของ DIC ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ 14 มี.ค. 2566 (Day 26) CBC : WBC 5.4 10³/ul, PLT 120,000 10³/ul , HCT 29.2% , Hemoglobin 8.9 g/dl ปัญหา Hyperglycemia -Hypoglycemia 17 มี.ค. 2566 (Day1) DTX ทุก 6 ชั่วโมง Keep 80-180 mg% มีค่าสูง ได้รับยา Regular Insulin (RI) หรือ Neutral Protamine Hagedom (NPH) 22 มี.ค. 2566 (Day7) เวลา 12.00 น. DTX 66 mg% ได้ 50% glucose 50 ml iv Stat On 10% D/W 500 ml iv drip 5 d/min 23 มี.ค. 2566 (Day8) เวลา 17.40 น. DTX 55 mg% ได้ 50% glucose 50 ml</p>	<p>น. Suction Clear Air Way และถอดท่อช่วยหายใจ On High Flow Nasal cannula 40 LPM Flow 0.4 Temp 37 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ RR 22 ครั้ง/นาที่ O2 Sat 98 % 28 พ.ย. 2565(Day 23) เปลี่ยนเป็น O2 Cannula 3 LPM RR 20 ครั้ง/นาที่ O2 Sat 97 % ปัญหา ติดเชื้อในปอด ผล CXR และตรวจร่างกายพบว่ามีของเหลวในปอด Tapping พบว่ามีหนองในเยื่อหุ้มปอด(Empyema thoracis) On ICD (Intercostal drainage) No 28 Left chest 2 ขวด หายใจได้ดีไม่มีเหนื่อยหอบ ไม่มี Content ออก Off ICD 26 พ.ย. 2565 (Day 33)เวลา 12.00 น.ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv OD, Clindamycin 600 mg iv ทุก 8 hr วันที่ 7 พ.ย. 2566 (Day 14) ปรับยาปฏิชีวนะ Meropenem 1 gm iv ทุก 12 hr, Sitafloaxacin (50) 1 tab oral OD ผลตรวจพบ Sputum Gene X-pert Detect ได้รับยา Isoniazid (100) 3 tabs hs ,Rifampicin (300) 2 tabs hs, Ethambutol (400) 3 tabs hs, Pyrazinamide (500) 1 tabs hs, Vit B6 1 tabs hs ไม่เกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาปฏิชีวนะ และยาวัณโรค ปัญหา Acute kidney injury จากการชักประวัติพบว่าผู้ป่วยมีประวัติการกรกรใช้ยาสมุนไพรประจำ ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ eGFR ลดลง ประเมินปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุกเวร 25 ต.ค. 2565(Day 1) BUN 20 Cr 0.68 eGFR 44.69 28 ต.ค. 2565 (Day3) BUN 20 Cr 2.67 eGFR 44.69 1 ธ.ค. 2565 (Day 37) BUN 23 Cr 1.55 eGFR 44.69</p> <p>ปัสสาวะออกดี Intake/Output จำนวนสมดุคติ สามารถปัสสาวะได้เอง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ปฏิบัติกิจกรรมได้ข้างเตียง รับประทานอาหารได้เอง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้</p>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	iv Stat On 20% D/W 500 ml iv drip 8 d/min Repeat DTX DTX ทุก 6 ชั่วโมง Keep 80-180 mg% ผลการตรวจเลือด DTX 89-145 mg% ปัญหา Infection Bed Sore พบว่าเริ่มมีแผลกดทับ Grade 2 วันที่ 2 มี.ค. 2566(Day 15) ส่งConsultศัลยกรรมเพื่อ Debridement แผลกดทับ Grade 3 ได้รับการตกแต่งแผลที่หอผู้ป่วยโดยแพทย์ ศัลยกรรม และให้ยาปฏิชีวนะเพิ่ม Cloxacillin 2 gm ทุก 4 hr , Clindamycin 600 mg ทุก 8 hr แผลแดงดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง สามารถพลิกตะแคงตัวได้เอง รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีเหนื่อยหอบ ส่งตัวกลับไปรักษาต่อที่รพช.	
รวมระยะวันนอนรักษา	26 วัน	37 วัน
การวินิจฉัย	Pulmonary tuberculosis Acute respiratory failure	Pulmonary tuberculosis Acute respiratory failure Empyemathoracis left chest

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

เก็บรวบรวมข้อมูล ความต้องการพื้นฐานปกติของผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิด เกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon ประเมินเกี่ยวกับสุขภาพกาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้ง ภาวะปกติและการเปลี่ยนแปลง/ปรับเปลี่ยนขณะเจ็บป่วย ได้นำมาเป็นแนวทางในการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะหายใจล้มเหลว มี 3 ระยะคือ ระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นการเจ็บป่วยภาวะวิกฤติ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การพยาบาลที่สำคัญในระยะวิกฤต ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจาก การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพจากมีพยาธิสภาพที่ปอด เป้าหมายทางการพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล 1) สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 – 160/90 มิลลิเมตรปรอท	กิจกรรมพยาบาล 1) ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ ตรวจสอบ ET tube ขนาด ความลึก วัด cuff pressure ไม่เกิน 25 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจาก ค่า cuff pressure ที่สูงมีความเสี่ยงต่อการเกิด tracheal mucosal necrosis 2) จัดท่าให้นอนศีรษะสูง 30-45 ° (Fowler "position) เพื่อให้กระบังลมหย่อนเพิ่มปริมาตรในช่องอก ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น 3) ประเมินสถานะของการได้รับออกซิเจน สังเกตอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน โดยประเมินจากสัญญาณชีพ, capillary refill time, ABG, O2 Sat สังเกตอาการ เหนื่อยหอบ เหงื่อหรือซีด ตามปลายมือ ปลายเท้า ซีมลง สับสน โดยแบ่งระดับความรุนแรงของการพร่องออกซิเจนในเลือด (Hypoxemia) ดังนี้ ^{1,12} 3.1 รุนแรงน้อย (Mild Hypoxemia) (PaO ₂ 60-80) มีอาการเหงื่อออก กระสับกระส่าย ปลายมือ ปลายเท้าเย็นซีด ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็วลึก ใช้กล้ามเนื้อในการหายใจมากขึ้น 3.2 รุนแรงปานกลาง (Moderate Hypoxemia) (PaO ₂ 40-60) มีอาการสับสน หัวใจเต้นผิดจังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตเริ่มลดต่ำลง

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>2) ลักษณะการหายใจไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง หรือกล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ</p> <p>3) O₂ Sat > 94 % หรืออยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนด</p> <p>4) ผล ABG อยู่ในเกณฑ์ปกติ PH 7.35-7.45 ,PCO₂ 35-45 mmHg ,PO₂ 80-100 mmHg, HCO₃ 22-29 mmol/L, O₂ Sat 97-100 %</p>	<p>3.3 รุนแรงมาก (Severe Hypoxemia) (PaO₂ <40) ปลายมือ/เท้า ริมฝีปากเขียว ผิวหนังปลาย หัวใจเต้นช้าลงจนหยุดเต้น หายใจช้าลงจนกระทั่งหยุดหายใจ</p> <p>4) ดูแล suction clear air way และทำความสะอาดช่องปาก เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่งขึ้นทุก 2 ชั่วโมง หรือเมื่อประเมินพบว่า มีเสมหะปริมาณมาก โดยการป้องกันการดูดเสมหะ เปิดความดันในการดูดเสมหะ 80 - 120 mmHg เวลาที่ใช้ไม่เกิน 10 - 15 วินาที เลือกขนาดของสาย suction ให้เหมาะสม คือมีขนาด $\frac{1}{2}$ หรือ $\frac{2}{3}$ ของท่อช่วยหายใจ</p> <p>5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา ดูแลไม่ให้สายหัก พับงอ และอยู่ในระบบ close system ลักษณะการหายใจให้สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ</p> <p>6) พยาบาลประสานแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ และให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ทันท่วงทีผู้ป่วยทุกชั่วโมง</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการติดเชื้อในปอดอย่างรุนแรง</p> <p>เป้าหมายทางการพยาบาล</p> <p>ปลอดภัยจากช็อก</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1) ระดับความรู้สึกตัวปกติ</p> <p>2) สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 - 160/90 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>3) urine output > 30 cc/hr</p> <p>4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ¹³ :</p> <p>การตรวจนับเม็ดเลือด (CBC : Complete Blood Count)</p> <p>WBC : 4,500-10,000 cell/mm³</p> <p>Neutrophil : 40-80 % (2,000-7,000 cells/mm³)</p> <p>Lymphocyte : 20-40 % (1,000-3,000 cells/mm³)</p> <p>Monocyte : 2-10% (200-1,000 cells/mm³)</p> <p>Eosinophil : 1-6 % (20-500 cells/mm³)</p> <p>Basophil : < 1-2 % (20-1,000 cells/mm³)</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ดูแลให้ MAP อยู่ในช่วง 65-90 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ได้รับ Fluid resuscitation อย่างเพียงพอและทันเวลา กรณีผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอแล้ว ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine ซึ่งเป็นยา High Alert Drug และติดตาม Blood pressure ให้ได้ตามแผนการรักษา รวมทั้งเฝ้าระวังการเกิด Extravasation ที่บริเวณ IV site ควรปรับยาเพิ่มขนาดครั้งละ 0.02 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที จนได้ระดับความดันโลหิตตามต้องการ1</p> <p>2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวอาการกรสับกระส่าย อาการแสดงของภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ได้แก่ ง่วงซึม มีน้ิรยะ เหงื่อออก มือสั่น ตามัว ความดันโลหิตสูง หมดสติ</p> <p>3. ใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำงานของไตและ จดบันทึกปัสสาวะในเรื่องของลักษณะ สี จำนวน ของผู้ป่วยทุกชั่วโมง ดูแลให้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง หากมีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์</p> <p>4. ดูแลเบิกจ่ายยาปฏิชีวนะจากห้องยา เพื่อสามารถบริหารยาได้อย่างรวดเร็ว อธิบายความจำเป็น ผลดี และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการสอบถามประวัติการแพ้ยา ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ บริหารยาโดยตรวจสอบขนาด ปริมาณยาให้ถูกต้องกับแผนการรักษา และหลักการบริหารยา 6 R</p> <p>5. บริหารจัดการสารน้ำเพื่อป้องกันภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง ดูแลให้ได้รับสารน้ำคริสตัลลอยด์ เช่น NSS หรือ Lactated ringer ตามแผนการรักษา ประเมินผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำรวดเร็ว เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจ ไตวาย และประเมินการให้สารน้ำเกิน เช่น อาการบวมของใบหน้า มือเท้า สียงหายใจครืดคราด ฟังปอดมีเสียงกรอบแกรบ มีเสมหะเป็นฟอง</p> <p>6. Record I/O ทุก 8 ชั่วโมงและตวงปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนสามารถ Keep BP 90/60 mmHg และ MAP 65 mmHg</p> <p>7. ลดปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ใช้เทคนิคการปลดเชือกการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน</p> <p>8. ติดตามอาการของการติดเชื้อ ได้แก่ การวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง หากมีไข้สูงและหนาวสั่น ดูแลแลให้ยาลดไข้ก่อน เมื่อผู้ป่วยร้อนหรือมีเหงื่อจากการออกฤทธิ์ของยา แล้วจึงเช็ดตาเพื่อลดไข้ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินและค้นหาการติดเชื้อ เช่น การตรวจนับเม็ดเลือด (CBC : Complete Blood Count) โดยดูจากเม็ดโลหิตขาว(WBC : White blood count) และนิวโทรฟิล (Neutrophil)2</p>

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย วินิจฉัยวัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis) ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) อย่างเฉียบพลันและรุนแรง ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ แม้จะแตกต่างกันทั้งเพศ อายุ และภาวะสุขภาพ กรณีศึกษาที่ 2 ผู้สูงอายุ มีประวัติเป็น Pulmonary Tuberculosis พ.ศ. 2562 รับประทานยาครบ 6 เดือน ทำให้มีรอยโรคที่ปอดและมีประวัติเจ็บป่วย 1 เดือน ทำให้มีการติดเชื้อเรื้อรังตรวจพบมีหนองในเยื่อหุ้มปอด ร่วมกับมีประวัติการใช้ยาสมุนไพรทำให้เกิดอาการไตวายเฉียบพลัน มีการทำงานของอวัยวะในร่างกายผิดปกติหลายระบบ ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อกติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย ภาวะ Hypoglycemia - Hyperglycemia ภาวะไตวายเฉียบพลัน และการติดเชื้อจากแผลกดทับ จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถจำหน่ายกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวรุนแรง และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปลอดภัย ถอดท่อช่วยหายใจในวันที่ 17 ของการเข้ารับการรักษา ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 Admit ที่โรงพยาบาลชุมชน 4 ชั่วโมง เมื่อดูจากอาการและอาการแสดงเข้าได้กับปอดอักเสบและมีภาวะหายใจล้มเหลว ตรวจเสมหะพบว่ามีวัณโรคร่วมด้วย รวมทั้งมีภาวะหนองในเยื่อหุ้มปอด ได้ On ICD Lt chest 2 ขวด และถอดสาย ICD ในวันที่ 33 ของการเข้ารับการรักษา ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปลอดภัย ถอดท่อช่วยหายใจในวันที่ 28 ของการเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมพบว่าพยาบาลมีการใช้

Early warning signs และปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค ในการเฝ้าระวังการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ทั้งกรณีศึกษารายที่ 1 และ รายที่ 2 แม้ผู้สูงอายุ อายุ 70 ปี มีสภาพที่ปอด มีการติดเชื้อรุนแรง และมีภาวะหายใจล้มเหลอรุนแรง ร่วมด้วยเป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติ ต้องมีการประสานงานร่วมกับแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือ เฝ้าระวัง โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน วินิจฉัย วางแผนการดูแล และประเมินผล เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตสังคมของผู้ป่วย นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดอัตราการตาย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ หลังจำหน่ายกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ^{6,12} ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยหลังจากที่ Admit แล้วจึงพบว่าติดเชื้อวัณโรคปอด³ ซึ่งเมื่อมีการติดเชื้อวัณโรคปอดเชื้อจะเข้าไปทำลายเนื้อปอด ทำให้โอกาสเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ แม้ว่าจะมีความแตกต่างของเพศ อายุ และภาวะสุขภาพ แต่ผู้ป่วยยังมีโอกาสในการรอดชีวิตสูง ซึ่งพยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ Early warning signs ร่วมกับอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลว เพื่อประเมิน คัดกรอง และเฝ้าระวังอาการทรุดลงได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา⁶ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะ เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างได้มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดอัตราการเสียชีวิต หลังจำหน่ายกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ^{1,12}

เอกสารอ้างอิง

1. Narumon Hampitak. (2566). Nursing care of patents with septic shock : Two case studies. Journal of Health and Environmental Eucation, 8(3), 451-461
2. Urai Mitprasat.(2563). Nursing care of Pneumonia Patients with Acute Respiratory Failure and Septic : Two case Studies. Journal of Health and Environmental Eucation, 5(4), 144-152

3. กนกกร สุนทรขจิต. (2558). โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infectious) วัณโรค(Tuberculosis) สืบค้น 24 พ.ย. 2566 จาก <http://www.Wongkapat.com>
4. คู่มืออบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานวัณโรค (Training Modules for Tuberculosis Personnel) พิมพ์ครั้งที่1.(2563). กรุงเทพฯ : กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์
5. จิราภา ละอองนวล. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. ปีที่29 (1). 15-24
6. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, ยูพิน พูลกำลัง. (2561). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวกแบบใช้หน้ากากช่วยหายใจ. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ชีรพงศ์ ไตเจริญโชค. การใส่สายระบายทรวงอก (Chest Tube insertion). สืบค้น 24 พ.ย. 2566 จาก <http://www.si.mahidol.ac.th>
8. แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ11แบบแผนของกอร์ดอน (2562). สืบค้น 22 พ.ย.. 2566 จาก: <https://www.nursing62.blogspot.com>
9. แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่1.(2566). กรุงเทพฯ : กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์
10. พงศ์เทพ ธีระวิทย์. วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis). สืบค้น 20 พ.ย.. 2566 จาก : <https://www.med.Mahidol.ac.th>
11. พิมพ์ภรณ์ อรรคแสง. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ : กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 18(1). 106-121
12. เพลินตา คำหลาย. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 17(2). 162-173
13. โรงพยาบาลเพชรเดช. (2565). หนองในเยื่อหุ้มปอด. สืบค้น 20 พ.ย.. 2566 จาก: [https:// www.petcharvej hospital.com](https://www.petcharvej hospital.com)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Colorectal Cancer Patients Receiving Chemotherapy: Two Case Studies.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

จีระภา อุดมคำ¹

Jeerapa Udomkham¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นการศึกษาระยะก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด โดยรวบรวมข้อมูล ใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดหญิง โรงพยาบาล ขอนแก่น ผู้ป่วยรายที่ 1 หลังได้รับยาเคมีบำบัดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นคือมี ภาวะ Hand Foot Syndrome gr.3 ,ชาปลายมือปลายเท้า, เกิด Lt 5th digit gangreen ได้รับการผ่าตัด Lt 5th Toe amputation และผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะ Hand Foot Syndrome gr.1 , มีภาวะ Hypersensitivity ขณะได้รับยาเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็ว และมีการเตรียมความพร้อมทั้งก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงเสียชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งลำไส้ใหญ่

Abstract

This study aimed to provide the nursing care guidelines for colorectal cancer patients receiving chemotherapy. It was a comparative study of two case studies before, during, and after chemotherapy treatments. Data were collected based on the concept of patient assessment according to Gordon's 11 functional health patterns to find out the patients' problems and determine nursing diagnoses for planning nursing practice, summarizing, and evaluating nursing outcomes.

Results: In this study, two colorectal cancer patients who received chemotherapy and developed complications that may affect their life and quality of life were compared. These two patients were admitted to the Female Radiotherapy and Chemotherapy Ward at Khon Kaen Hospital. After receiving chemotherapy, the first patient had complications, namely Hand Foot Syndrome gr.3, numbness of the hands and feet, Lt 5th digit gangreen, and received Lt 5th Toe amputation surgery. The second patient had Hand Foot Syndrome gr.1 and hypersensitivity while receiving chemotherapy. Both patients were quickly assessed for complications and there was preparation before, during and after giving chemotherapy. As a result, the patients did not develop serious complications that may lead to death, and they also had a good quality of life.

Keywords: Nursing care, colorectal cancer

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในปี 2020 มีรายงานจาก International agency for Research on cancer พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั่วโลกกว่า 10 ล้านคน จากผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดกว่า 18 ล้านคน¹ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก พบอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้นี้ 1.9 ล้านรายต่อปีซึ่งมากเป็นอันดับ 3 ของโรคมะเร็งทั้งหมด และประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดใหม่ 20,748 รายต่อปี ถือว่ามากเป็นอันดับที่ 4 ของโรคมะเร็งทั้งหมด (WHO, 2020)² พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากที่สุดในช่วงอายุ 60-75 ปี³

จากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2564 - 2566 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 148,154 และ 248 คน ตามลำดับ⁴ คนในเขตเมืองมีแนวโน้มเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพฤติกรรมการกินและการใช้ชีวิต⁵ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จะได้รับการรักษา ด้วยวิธีการผ่าตัด ฉายแสงและยาเคมีบำบัด ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาให้หายจากโรค ยืดอายุของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริมที่สำคัญ โดยเฉพาะหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy) โดยที่ยาเคมีบำบัดจะช่วยทำลายเซลล์มะเร็งที่หลงเหลือจากการผ่าตัดควบคุมการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอีกทั้งเป็นการรักษาที่ได้รับความนิยมทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ⁵

ยาเคมีบำบัดก็ถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษามาตรฐาน และในผู้ป่วยบางรายก็อาจถือเป็นทางเลือกเดียวในการรักษาเมื่อทางเลือกอื่นถูกจำกัด นอกจากนี้โรคมะเร็งหลายชนิดมีโอกาสที่จะถูกชะลอตัว ควบคุมอาการของโรคในระยะยาวได้คล้ายกับโรคเรื้อรัง หรือแม้กระทั่งรักษาให้หายขาด การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยจะต้องมารับยาเคมีบำบัดทุกเดือนๆละประมาณ 6-7 วัน จำนวน 6-12 ครั้ง แล้วแต่ระยะของโรค ยาเคมีบำบัดถือว่าเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูงมีพิษต่อทั้งเซลล์ปกติและเซลล์มะเร็งส่งผลให้เกิดอาการไม่พึง

ประสงค์ตามมา โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่บ้าน ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์หลังการได้รับยาเคมีบำบัด ผลกระทบจากยาเคมีบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ท้องเสีย ผอมลงผิวน้ำหนักลด เม็ดเลือดขาวต่ำ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัวผลเลือดไม่ผ่านเกณฑ์ของการให้เคมีบำบัด⁶ นอกจากจะทำให้เกิดปัญหาทางกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจด้วย เช่นกังวลว่าโรคจะรักษาไม่หาย เครียด หงุดหงิด⁷ อาการข้างเคียงเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน รู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีกำลังทำกิจกรรม บางกรณีที่มีอาการเจ็บชาปลายมือ-ปลายเท้ามาก ส่งผลกระทบต่อความสุขสบาย

ในปัจจุบัน การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่การพัฒนาเพื่อนำยากลุ่มอื่น ๆ มาใช้ในการ รักษา นอกเหนือจากเคมีบำบัด แต่ถึงอย่างไรก็ตามการใช้ยาเคมีบำบัดในยังคงเป็นหนึ่งในมาตรฐานในการรักษาโรคและเป็นวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด ถึงแม้จะมียานอกเหนือจากยาเคมีบำบัด ตัวอย่างเช่น ยาพุ่งเป้า (Targeted therapy) ยากระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy) แต่ยาเคมีบำบัดก็ยังมีบทบาทสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการรักษา ครั้งแรก หรือหลังจากมีการดำเนิน โรคแล้ว หรือในการรักษาเสริมหลังการผ่าตัด (Adjuvant therapy) หรือในการรักษาเพื่อบรรเทา อาการในระยะโรคคลุกคาม (Palliative treatment)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยระหว่างรักษาด้วยเคมีบำบัด และช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ การควบคุมอาการและ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) โดยการซักถามผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา 2 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ และแผนการรักษาของแพทย์ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตั้งแต่ระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด และการดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนการวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตาม แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี เข้ารับการ รักษาในวันที่ 3 สิงหาคม 2566 ได้รับการวินิจฉัย CA Sigmoid colon ผู้ป่วย รายที่ 2 ผู้ป่วย หญิงไทย อายุ 68 ปี เข้ารับการรักษานในวันที่ 1 มีนาคม 2566 ได้รับการวินิจฉัย CA Sigmoid colon ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาศึกษาที่ โรงพยาบาลชุมชน และได้รับการส่งเข้ามารับการ รักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษา

ประวัติและการประเมินสภาพร่างกาย และอาการแรกเริ่ม จากการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย จากทั้งประวัติเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน และอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลจะเห็นได้ว่ากรณีศึกษา

รายที่ 1 มาด้วยอาการปวดทั่วท้อง มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ถ่าย ไม่ผายลม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไป

รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ R/O Hollow viscus organ perforation แพทย์ Refer มาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการ ผ่าตัด ELwith Anterior resection with Hardman proceduer รับยาเคมีบำบัด adj CMT : CapeOX 3 cycle มี Hand Food Syndrome gr.3 แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาให้ยาเคมีบำบัดเป็น FOLFOX 4 และ ขณะให้ยาเคมีบำบัด Oxaliplatin ไม่มีภาวะ Hypersensitivity ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรครีเอริง ไตๆ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อรักษาต่อเนื่อง

รายที่ 2 มาด้วยอาการปวดทั่วท้อง ไม่ถ่าย ไม่ผายลม ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Loop transverse colostomy ได้รับยาเคมีบำบัด : CapeOX ครบ 8 Cycle ตามแผนการรักษา หลังให้ยาเคมีบำบัด เกิดภาวะ Hand Foot Syndrome gr.1 และขณะให้ยาเคมีบำบัด Oxaliplatin มีภาวะ Hypersensitivity gr.1 มีประวัติมารดาเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อรักษาต่อเนื่อง จึงมีการเปรียบเทียบแผนการดูแลสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถกำหนดเป็นข้อ วินิจฉัยทางการพยาบาลและ นำสู่การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมกับ ปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายใน 3 ระยะของการดูรักษาประกอบด้วย 1.)ระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด 2.) ระยะขณะให้ยาเคมีบำบัด 3.)ระยะหลัง หลังให้ยาเคมีบำบัด และดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

นำใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผน ของ Gordon เพื่อเป็นแนวทางในการ ประเมินภาวะสุขภาพกาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด การพยาบาลผู้ป่วย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการ พยาบาลที่สำคัญในระยะ ก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมี บำบัด ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล		
<p>1. ระยะก่อนได้รับยาเคมีบำบัด</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่</p> <p>1.1 ผู้ป่วยและญาติ มีความ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคการรักษาด้วยยาเคมี บำบัดและวิธีการจัดการอาการ ข้างเคียงที่เกิดจาก การได้รับยาเคมีบำบัด</p>	<p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>เพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยบอกว่าคลายความวิตกกังวล สีหน้ายิ้มแย้มและสดชื่นขึ้น</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ</p> <p>2. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอาการข้างเคียง การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาเคมีบำบัด</p> <p>3. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกครั้งก่อนการรักษาพยาบาล</p> <p>4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและตอบข้อสงสัย</p> <p>การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสีหน้าสดชื่น</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา</p>		
	<table border="1"> <tr> <td> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความวิตกกังวลจาก</p> <p>1. มีการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ระดับ 3</p> <p>2. ผู้ป่วยยังมีกังวลเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ระดับ 3</p> <p>3. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังรับยาเคมีบำบัดได้มากกว่า ร้อยละ 70</p> </td> <td> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความวิตกกังวลจาก</p> <p>1. มีการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ระดับ 1</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัว ก่อน ขณะ และหลังรับยาเคมีบำบัดได้มากกว่า ร้อยละ 70</p> </td> </tr> </table>	<p>ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความวิตกกังวลจาก</p> <p>1. มีการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ระดับ 3</p> <p>2. ผู้ป่วยยังมีกังวลเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ระดับ 3</p> <p>3. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังรับยาเคมีบำบัดได้มากกว่า ร้อยละ 70</p>	<p>ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความวิตกกังวลจาก</p> <p>1. มีการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ระดับ 1</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัว ก่อน ขณะ และหลังรับยาเคมีบำบัดได้มากกว่า ร้อยละ 70</p>
<p>ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความวิตกกังวลจาก</p> <p>1. มีการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ระดับ 3</p> <p>2. ผู้ป่วยยังมีกังวลเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ระดับ 3</p> <p>3. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังรับยาเคมีบำบัดได้มากกว่า ร้อยละ 70</p>	<p>ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความวิตกกังวลจาก</p> <p>1. มีการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ระดับ 1</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัว ก่อน ขณะ และหลังรับยาเคมีบำบัดได้มากกว่า ร้อยละ 70</p>		

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>2.ระยะให้ยาเคมีบำบัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.1.เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาเคมี บำบัด (Oxaliplatin) ได้แก่ ภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity reactions)</p>	<p>เป้าหมายการพยาบาล 1.ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน 2.เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย</p> <p>เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงถึงการมีภาวะภูมิไวเกินที่เกิดจากยาเคมีบำบัด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกิน 2.จัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ 3.บริหารยาในกลุ่ม Corticosteroids, Antihistamine และ H2 receptor antagonist ก่อนให้ยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา 4.ให้ยาเคมีบำบัดเริ่มจากปรับหยดยาช้าๆ 5.บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที 4 ครั้ง ทุก 15 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมงจนยาเคมีบำบัดหมด 6.หยุดยาทันทีหากมีอาการผิดปกติ เช่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง < 95% หน้าแดง มีผื่นคัน และรายงานแพทย์ทราบ</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่เกิดภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity reactions) ผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity reactions) gr.1 มีอาการหน้าแดง ผื่นคัน บริเวณหลัง ภายหลังได้รับยา Oxaliplatin 130 ml ได้รับยา Anti histamine และ Rechallenge Oxaliplatin ภายหลัง Rechallenge ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา ผื่นคันลดลง</p>
<p>3.ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด (Capecitabine)</p>	<p>เป้าหมายการพยาบาล 1. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าลดลง หรือไม่มีอาการ 2.ผู้ป่วยสามารถทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ 3.ไม่มีแผล หรือการแตกของผิวหนัง ผิวลอกตามฝ่ามือและฝ่าเท้าหรือมีอาการลดลง</p> <p>เกณฑ์การประเมิน 1.ไม่มีแผลไม่มีผิวลอกบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า หรือมีอาการลดลง 2.ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดแสบร้อนบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าสองข้างลดลงหรือไม่มีอาการ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าทุกวัน 2.แนะนำให้สวมถุงมือหรือถุงเท้านุ่มๆ 3.หลีกเลี่ยงการเสียดสีหรือใช้แรงกดฝ่ามือฝ่าเท้า 4.หลีกเลี่ยง การอาบน้ำ อุ่น การประคบความร้อน 5.แนะนำให้ไม่ควรแกะเกาผิวหนังบริเวณนี้และเท้าก็จะเกิดแพ้ติดเชื่อได้</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยมือสองรายได้รับยาเคมีบำบัด Capecitabine ภายหลังสิ้นสุดการได้รับยา เคมีบำบัด Capecitabine ผู้ป่วยทั้ง 2 รายยังมีการอักเสบบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้าโดย ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการอักเสบบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้าระดับ 3 มีอาการเจ็บฝ่ามือ ฝ่าเท้า มีแผล เล็บหลุด ปวดแผล pain score 5-6 ค่ะแนะนำผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ไม่อยากทำเพราะเกรงว่าจะมีอาการปวดเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยรายที่ 2 มีการอักเสบบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้าระดับ 1 เจ็บฝ่ามือ ฝ่าเท้าเล็บเท้า pain score 2 ค่ะแนะนำ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.2 มีโอกาสเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับยาเคมีบำบัด	<p>เป้าหมายการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับยาเคมีบำบัด</p> <p>เกณฑ์การประเมิน ไม่พบแผลหรือไม่มีการอักเสบ บวม แดง เลือดออกฝ้าขาวในช่องปาก</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.แนะนำ การรักษาความสะอาดช่องปากและฟัน และการแปรงฟันอย่างถูกวิธี 2.แนะนำให้บ้วนปากด้วย NSS ทุก 2 ชั่วโมง นาน 30 วินาที ยกเว้นเวลาหลับ 3.แนะนำการดูแลริมฝีปากให้ชุ่มชื้นด้วยวาสลีน เพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ 4.ประเมินช่องปากเพื่อประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ 5.แนะนำการดื่มน้ำ 2000 – 3000 ซีซี/วัน <p>การประเมินผล ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFIRI มีโอกาสทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ จากการประเมินช่องปากพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ</p>
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อต่อระบบทางเดินอาหารหลังได้รับยาเคมีบำบัด	<p>เป้าหมายการพยาบาล เพื่อป้องกันคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับยาเคมีบำบัด</p> <p>เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย งดอาหารหมักดอง 2.แนะนำการรับประทานอาหารทีละน้อยบ่อยครั้ง 3.หลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารมันหรืออาหารทอด 4.พักผ่อนให้เพียงพอ 5. หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน รับประทานผลไม้รสเปรี้ยว ดื่มน้ำผลไม้ดื่มน้ำขิง เพื่อบรรเทาอาการ 6.รับประทานยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา 7.ทำการทำกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายลดความวิตกกังวล <p>การประเมินผล ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFIRI มีโอกาสทำให้เกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับยาเคมีบำบัด จากการประเมินผลพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีคลื่นไส้อาเจียน สามารถรับประทานอาหารได้</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>3.ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่</p> <p>3.4 มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด</p>	<p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อ</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 2. ประเมินสัญญาณชีพในการวัดอุณหภูมิ ชีพจรความดันโลหิต การหายใจเพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย 3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ปรุงสุกสะอาด หลีกเลี่ยงการรับประทานของสุกๆ ดิบๆ ผักผลไม้สด 5.แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ประชุมและการอยู่ใกล้ชิด บุคคลที่เป็นผู้ติดเชื้อ 6. แนะนำการทำความสะอาดร่างกาย <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย</p>
<p>3.ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่</p> <p>3.5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการจัดการอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด</p>	<p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง 2.ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวเพื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2.ใช้หลัก D-method ในการทบทวนความรู้การดูแลตัวเองและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 3.พูดคุยให้กำลังใจเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 4.แนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์และสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้ <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตัวเองในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังรับยาเคมีบำบัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง 6 ข้อในทั้งหมด 10 ข้อ และได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในข้อที่ตอบผิด</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตัวเองในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังรับยาเคมีบำบัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง 7 ข้อในทั้งหมด 10 ข้อ และได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในข้อที่ตอบผิด</p>

ผลลัพธ์การพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 52 ปี มาด้วยอาการปวดทั่วท้อง มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่ถ่าย ไม่ผายลม ก่อนมา 2 วันไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ R/O Hallow viscus organ perforation แพทย์ Refer มาที่โรงพยาบาลขอนแก่น และตรวจพบว่ามี Obstruction Malignant neoplasm of upper rectum , Sigmoid perforation แพทย์รักษาโดย

การผ่าตัด EL with Anterior resection with Hardman proceduer ,Diagnosis:- CA sigmoid colon ,Adenocarcinoma, well - differentiation, Tumor ส่ง Consult Onco Med รับเพื่อรับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด adj CMT : CapeOX เริ่ม Cycle 1 (10/05/2566) หลังได้รับยาเคมีบำบัดมีภาวะ Hand Food Syndrome gr.3 แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาให้ยาเคมีบำบัดเป็น FOLFOX 4 (8 cycle) รับยาเคมี

บำบัด สูตร FOLFOX 4 เริ่ม cycle 1 (19/07/2566)

หลังได้รับยาเคมีบำบัด adjuvant CMT : CapeOX ได้ 3 cycle และ FOLFOX 4 ได้รับ 1 cycle ผู้ป่วยมี นิ้วก้อยเท้าซ้ายดำ ปวด ประมาณ 1 เดือน ไม่มีประวัติ trauma แพทย์ส่ง Consult ศัลยกรรม แพทย์วินิจฉัยเป็น Lt 5th digit gangreen ได้รับการผ่าตัด Lt 5th Toe amputation (09/08/2566)

ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อติดตามอาการและรับยาเคมีบำบัด หลังได้รับยาเคมีบำบัดล่าสุดมีอาการ อักเสบบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้าระดับ 3 เจ็บฝ่ามือ ฝ่าเท้า Pain Score 5 คะแนน เดินลำบาก และทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลงทำเนื่องจากปวดฝ่ามือ ฝ่าเท้า

สรุป ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะที่ 3 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด FOLFOX4 regimen โดยให้ทุกๆ 2 สัปดาห์ จำนวน 12 รอบ โดยเริ่มให้ยาในรอบนี้เป็นรอบแรก ด้วยการรักษาที่ยาวนานหลายเดือน ซึ่งผู้ป่วยเคย ประสบการณ์การให้ยาเคมีบำบัดและเกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดสูตรใหม่ที่จะได้รับ และการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน ภาพลักษณ์ภายหลังการให้ยาเคมีบำบัด การทำงานและค่าใช้จ่ายที่ต้องเดินทางมาอีกหลายครั้ง ผู้ศึกษาได้วางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมองค์รวม ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด การดูแลด้านจิตใจให้พร้อม ตั้งแต่ก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด และได้รับการแก้ไขผลข้างเคียงขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัดอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมภาพลักษณ์ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วยของญาติ รวมถึงการสร้างเครือข่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และพร้อมที่จะมารับยาเคมีบำบัดให้ครบตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย 68 ปี ได้รับยาเคมีบำบัด การวินิจฉัยตั้งแต่ปี 2565 : CapeOX เริ่ม

Cycle 1 (08/06/2566 ถึง Cycle 8 (02/11/2565) มาด้วยอาการปวดทั่วท้อง ไม่ถ่าย ไม่ผายลม ก่อนมา 2 สัปดาห์ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลราชพฤกษ์ อัลตราซาวด์ พบ Liver mass ,CT Upper and Lower abdomen : Suspected CA Sigmoid colon with Liver metastasis แพทย์ Refer มารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น พบ Gut obstruction แพทย์ผ่าตัด Looptransverse colostomy

แพทย์ศัลยกรรมส่งปรึกษา Onco Med เพื่อรับยาเคมีบำบัด รับยาเคมีบำบัดสูตร CMT : CapeOX จากการติดตามผู้ป่วยพบว่าได้ยาเคมีบำบัด CapeOX ครบ 8 Cycle ตามแผนการรักษา แพทย์นัดติดตามเคมีบำบัดครบ ผล CT (24/02/2566) : PD,Liver metastasis , Lung metastasis ให้การรักษาด้วย palliative second line chemo รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFIRI ให้ทุกๆ 2 สัปดาห์ จำนวน 12 หลังได้รับยาเคมีบำบัดล่าสุดยังมีการอักเสบบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้าระดับ 1 เจ็บฝ่ามือ ฝ่าเท้าและเล็บเท้า pain score 2 คะแนน ขับถ่ายทางหน้าท้องไม่มีเลือดปน ขามือขาเท้าเล็กน้อย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ครั้งนี้มาเพื่อรับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFIRI cycle 1 ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดสูตรยาใหม่ที่จะได้รับ ตลอดจนการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด และได้รับการวางแผนจำหน่าย และดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกลับบ้านพยาบาล ได้มีการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองและให้คำแนะนำตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ตลอดจนการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และญาติในการรักษา อีกครั้งมีการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม ทำให้มีความพร้อมและมีกำลังใจที่จะมารับยาเคมีบำบัดต่อเนื่องจนครบ

อภิปรายผล

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และยาเคมีบำบัดตามสูตรยามาตรฐานการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่⁵ แม้จะเป็นยาเคมีบำบัดต่างชนิดกันแต่ก็มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิด ผลข้างเคียงก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยทั้งสองราย เกิดอาการร้าวข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด โดยผู้ป่วย รายที่ 1 มีอาการร้าวข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดในระยะ หลังให้ยาเคมีบำบัด โดยมีอาการร้าวข้างเคียงจากยา เคมีบำบัดที่รุนแรง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดอาการร้าวข้างเคียงจากยา เคมีบำบัดในระยะขณะให้ยาเคมีบำบัด และระยะ หลังให้ยาเคมีบำบัด ถึงแม้ว่าอาการร้าวข้างเคียงจาก ยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงแต่หากมีอาการ ประเมินหรือให้การพยาบาลล่าช้าก็อาจส่งผลให้ เกิดอาการร้าวข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดในระดับที่ รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ รักษาด้วยยาเคมีบำบัด และ ภาวะแทรกซ้อน

จากการรักษา รวมทั้งการประเมินภาวะแทรกซ้อน ที่รวดเร็ว และให้การพยาบาลเพื่อป้องกัน¹ และ จัดการอาการข้างเคียง และประเมิน ภาวะแทรกซ้อนในแต่ละระยะของรักษาที่มี ประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมี คุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหาร ใช้ในการพัฒนาระบบบริการรายโรคอื่นๆ
2. ด้านบริการ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพ บริการทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ ที่ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ ต่อสหสาขาวิชาชีพ ในการศึกษาวิจัยและนวัตกรรม ด้านโรคมะเร็ง การจัดการบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทำให้บุคลากรสหวิชาชีพ เข้าใจแนวคิดบูรณาการ โดยผ่านกระบวนการและ วิธีการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เพื่อจะได้ตระหนักว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีปัจจัย หลากหลายซับซ้อนที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ดังนั้นการทำงานจึงต้องมีการประสาน ความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น การเสริมพลัง (Empowerment) ของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. Provincial Health Services Authority. BC cancer. Symptom management guidelines:chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN) [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 27].Available from: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/15.%20Peripheral%20Neuropathy.pdf>
2. msamaran W, Pattatang A, Suppaattagorn P, Chiawiriyabunya I, Namthaisong K,Wongsena M, et al. Cancer incidence in Thailand. Cancer Thai 2013-2015 [online]. 2018 [cited 2023 April 1]. Available from:http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/In%20Cancer%20in%20Thailand%20IX%20OK.pdf
3. Cancer. Switzerland : World Health Organization [Internet]. [cited 2023 May 20]. Available from : <https://www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/cancer>
4. โรงพยาบาลขอนแก่น. (2566).รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
5. Brouwer NPM, Bos ACRK, Lemmens VEPP, Tanis PJ, Hugen N, Nagtegaal ID, et al. An overview of 25 years of incidence, treatment and outcome of colorectal cancer patients. Int J Cancer 2018;143(11):2758–66.
6. สาริณีย์ จินดาภูมิพันธ์, พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์ และมณฑิรา จารุเพ็ง. การเสริมสร้างความสุขของ ผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 25 (1) : (2562). 103-117.

7. สุพิพัฒน์ พระยาถอ, มะลิ พิมพ์พิลา และ ยาวเรศ คำมะนาด. การพัฒนาระบบบริการแบบ Fast Track สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยพิเศษสิรินธร โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 32 (2) : (2557). 70 -77
8. สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ. แนวโน้มคนไทยเสียชีวิตด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 2.4 เท่า. [Internet]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th /Content/ 53098-Thaihealth>.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน: กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care for patients with ischemic stroke at home, KhonKaen Hospital.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล¹
Supalak Aekuwetchakul¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ประวัติการเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ชนิดตีบ มีโรคร่วม และเป็นผู้สูงอายุ ผู้มีความแตกต่างกันทางเพศ ป่วยรายที่ 1 ชายไทยอายุ 66 ปี ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทยอายุ 75 ปี ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้มีพยาธิสภาพที่สมอง เมื่อผ่าพื้นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยมีปัญหา แขนขาซีกขวาอ่อนแรง การสื่อสารและการกลืน ตลอดจนการรับรู้มีการร่วมวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล การดูแลได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และวางแผนกับครอบครัว เครือข่ายและชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมสู่ชุมชน

คำสำคัญ: การพยาบาล,โรคหลอดเลือดสมอง, ระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

Abstract

This study is a case study. The objective is to provide guidelines for nursing care of stroke patients during the continuous care period at home. This is a comparative study of nursing care for 2 stroke patients, selecting a specific design. The data was collected from the illness history of stroke patients who received continuous care at home. Nursing diagnosis is established. Using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health models. To find patient problems Define nursing diagnosis to plan nursing action according to nursing diagnosis. Summarize and evaluate nursing results.

Results: In this study, the researcher compared case studies of two patients who were diagnosed with acute ischemic stroke (Acute Ischemic Stroke), stenosis type, had comorbidities, and were elderly. People with gender differences. Patient number 1 is a 66-year-old Thai man. Patient number 2 is a 75-year-old Thai woman. Both of these patients have brain pathology. When the crisis is over the patient has a problem, The right limb is weak. Communication and Swallowing Throughout the awareness, there is joint distribution planning by a multidisciplinary team. While in the hospital Rehabilitation care and make plans with the family Network and community to prepare for the community.

Keywords: nursing, stroke, continuous care at home

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาท ที่เกิดจากความบกพร่องของระบบไหลเวียนเลือดในสมอง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง จนเกิดการทำลายหรือตายของเนื้อสมอง เป็นผลให้สมองทำงานผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงตามตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยง โดยความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการทำลายเนื้อสมอง ได้แก่ มีอาการปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรืออาจมีอาการรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว โดยอาการเหล่านี้จะอยู่นานมากกว่า 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 15 และมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงส่งผลให้เกิดความพิการถาวรได้ถึงร้อยละ 60 ซึ่งลักษณะอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย และด้านจิตสังคมของผู้ป่วยด้านร่างกาย จะเป็นความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนี้ ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไป การเคลื่อนไหวลำบากหรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลยอาการที่เกิดขึ้นจะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมอง โดยระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงผู้ป่วยไม่สามารถงอสภาพการเคลื่อนไหวหรือมีการเคลื่อนไหวลำบาก ผู้ป่วยไม่มีแรงต้านของกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้ช่วยเหลือจะรับรู้ได้เมื่อทำการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เคลื่อนไหว นอกจากนี้ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เช่น การเคลื่อนไหวของข้อไหล่หรือข้อสะโพก อาการปวดไหล่ การหดสั้นของกล้ามเนื้อ การยึดติดของข้อ แผลกดทับ ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและสื่อความหมาย สามารถพบได้หนึ่งในสี่ของผู้ป่วย เกิดกับผู้ป่วยที่มีพยาธิ

สภาพที่สมองซีกซ้ายจะไม่สามารถพูดสื่อความหมาย ออกเสียงเป็นคำและพยางค์ได้ ทั้งที่ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของภาษา (expressive or motor aphasia) เพราะการเคลื่อนไหวของปาก ลิ้น แก้ม มีความผิดปกติ เนื่องจากมีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's area) หรือผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และเข้าใจในภาษาพูด (sensory aphasia) ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน อาหารมักจะติดค้างในกระพุ้งแก้มที่อ่อนแรง ริมฝีปากปิดไม่สนิทมีอาหารไหลออกจากปาก ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก อาจมีการสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด ความร้อนความเย็น ผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกรู้สึกหรือรู้สึกเจ็บเหมือนถูกเข็ม ความผิดปกติด้านความคิดและความจำ ผู้ป่วยอาจมีความสนใจระยะสั้นหรือมีความจำสั้นความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ได้แก่ กลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ท้องผูกจากการรับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอหรือจากการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยได้ หรือกลัมน้ำท้องอ่อนกำลังลง และรับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารน้อย การขยายตัวของปอดลดลง มักพบในผู้ป่วยที่ต้องนอนนาน ๆ เท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมีการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต และอุณหภูมิร่างกายคงที่ สามารถเปลี่ยนท่านั่งและยืนได้แล้วปัญหานี้จะลดลงและต้องได้รับการดูแลเฉพาะรายกรณี การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นโรคที่ต้องได้รับแรงสนับสนุนพอสมควร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนานญาติ หรือ ครอบครัวของผู้ป่วยจึงเป็นส่วนสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย ความรับผิดชอบในการดูแลจึงเป็นหน้าที่ ที่สำคัญของครอบครัวส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้

เกิดความสมดุลของครอบครัวผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องได้รับการเตรียมความพร้อมและประเมินจนมั่นใจก่อนกลับไปดูแลต่อที่บ้าน การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีความสุขอยู่ร่วมในสังคมได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อที่บ้าน: กรณีศึกษา 2 ราย ที่โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีดำเนินการ

ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาด

เลือดเฉียบพลันดูแลต่อที่บ้าน ในอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และประเมินภาวะสุขภาพวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย มีการประสานงานสหสาขาวิชาชีพ เพื่อทำการฟื้นฟูสภาพจนผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ รวมถึงติดตามเยี่ยมบ้าน จนสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามศักยภาพ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเสนอโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปการเจ็บป่วย 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3) นำสู่การวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สถานภาพ/อายุ	ชายไทยคู่/อายุ 66ปี	หญิงไทยคู่/อายุ 75ปี
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	มัธยมศึกษาปีที่6
อาชีพ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ
ที่อยู่	อ.เมืองจ.ขอนแก่น	อ.เมือง จ.ขอนแก่น
อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล	แขนขาอ่อนแรง 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล	ล้มในห้องน้ำ หมดสติ 15 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล
การเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มีโรคประจำตัว	มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง
ประวัติการแพ้ยา /สารต่างๆ	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
Risk factor	ผู้สูงอายุและมีโรคอ้วน	ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม ความดันโลหิตสูงและอ้วน
การวินิจฉัยโรค	Acute Ischemic Stroke	Acute Ischemic Stroke
CT Brain แรกรับ	ICH Sub acute to chronic infarction at left frontal lobe	ทำ CTA region of frontal horn of right lateral ventricle-no evidence of intracranial hemorrhage

ได้ทบทวนแนวทางการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อที่บ้าน แผนการรักษา

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้สอดคล้องกับทฤษฎีโรค ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน จาก

การรวบรวมข้อมูลประเมินปัญหาผู้ศึกษาได้นำปัญหาที่พบมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยได้เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแบบแผนสุขภาพเปลี่ยนแปลงและมีปัญหาเกิดขึ้น พบจำนวน 8 แบบแผน โดยแบบแผนที่ไม่พบปัญหามี 3 แบบแผน ได้แก่ แบบแผนสุขภาพที่ 6 : การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือแบบแผนสุขภาพที่ 8 : บทบาทและความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวแบบ แบบแผนสุขภาพที่

11 : คุณค่าและความเชื่อ จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย นำมาวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยได้รับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา มีความไว้วางใจร่วมมือให้การรักษาตามแผนการรักษา สามารถเขียนตามกระบวนการพยาบาล เพื่อสังเคราะห์บทเรียนนำไปสู่การหาแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง ดังตารางที่ 4

ตาราง 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) หรือภาวะสมองถูกทาลายซ้ำ เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบตัน 2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำ สารอาหาร เนื่องจากภาวะเจ็บป่วย 4. ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง 5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) เนื่องจากการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองลดลง 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากรับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำ สารอาหาร เนื่องจากภาวะเจ็บป่วย 4. ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง 5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย
ระยะดูแลต่อเนื่งที่บ้าน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงและเสียความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการนอนนานเนื่องจากการเคลื่อนไหว ร่างกายบกพร่อง ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติด ข้อไหล่เคลื่อนไหว 3. ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยกลัวผู้ป่วยพิการ และทำงานไม่ได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงและเสียความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการนอนนานเนื่องจากการเคลื่อนไหว ร่างกายบกพร่อง ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติด ข้อไหล่เคลื่อนไหว 3. ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยกลัวผู้ป่วยพิการ

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดตีบระยะดูแลต่อเนื่งที่บ้าน

จำนวน 2 ราย ศึกษาในช่วง เดือน มกราคม - เมษายน 2566 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและการสอบถามการปฏิบัติตัวที่บ้านจากผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วย

ทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการแสดงของโรคหลักคือเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดตีบ เมื่อได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนเกินจนพ้นภาวะวิกฤติแล้ว เป็นการเตรียมความพร้อมจำหน่ายจากหอผู้ป่วยเพื่อกลับไปดูแลที่บ้าน กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นชายไทย ผิวดำแดง คู่ อายุ 66 ปี ผู้ดูแลหลักคือภรรยา เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ โรคประจำตัวไม่มี มาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน แขนขาข้างขวาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง มีปากเบี้ยว ไม่ปวดศีรษะหรืออาเจียนก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Acute stroke (Ischemic) ตื่นนอนตอนเช้า ไม่สามารถลุกออกจากเตียงได้ มาอาการขาดอาหาร น้ำหนัก 66 กิโลกรัม N/S E4V5M6 แพทย์ตรวจร่างกายพบปัญหาคือ Right hemiparesis ทำ CT Brain Emergency ผล ICH Sub acute to chronic infarction at left frontal lobe ไม่สามารถเดินเองได้ ต้องมีคนช่วย ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ให้การพยาบาลโดยเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยและพ้นภาวะวิกฤติไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรก การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจเป็นเวลา 4 วัน จำหน่ายกลับบ้านแต่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยรายนี้ มีพยาธิสภาพที่สมองมีปัญหา การสื่อสาร และการกลืนและมีแขนขาข้างขวาอ่อนแรงและมาติดตามอาการหลังจากจำหน่ายประเมินแรกรับที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ชีงขวาวอ่อนแรง เดินเองไม่ได้ ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ทานได้น้อยลง กลืนลำบากดื่ม น้ำสำคัญ ได้ยากินตามแผนการรักษา ส่งปรึกษากายภาพบำบัดเรื่องการฟื้นฟูกล้ามเนื้อเนื้ออ่อนแรงและส่งปรึกษากิจกรรมบำบัดเรื่องการกลืน ส่งต่อให้ดูแลต่อที่ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นหญิงไทย รูปร่างท้วม คู่ อายุ 75 ปี ผู้ดูแลหลักคือบุตรสาวและสามี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ โรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เป็นผู้ป่วยสูงอายุ วินิจฉัยโรค

เป็น Acute Ischemic Stroke มาด้วยอาการ ล้มในห้องน้ำ หมดสติ 15 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 15 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ล้มในห้องน้ำ หมดสติ ปลุกตื่น แต่พูดเข้ามา การประเมินระดับความรู้สึกตัวของ (Glasgow Coma Scale: GCS) เท่ากับ 15 (E4V5M6) การประเมินระดับการตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว 144 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 % ทำ CTA region of frontal horn of right lateral ventricle-no evidence of intracranial hemorrhage พบหลอดเลือดในสมองตีบ ได้ยา RT-PA ตามน้ำหนัก 72.9 mg น้ำหนัก 81 กิโลกรัม แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Acute ischemic stroke CT-brain No ICH แต่พบ Hypodense lesion of RT frontal lobe ดูแลจนพ้นภาวะวิกฤติ มีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ส่งปรึกษากิจกรรมบำบัดเรื่องการกลืนกายภาพบำบัดเรื่องการฟื้นฟูกล้ามเนื้อเนื้ออ่อนแรง ส่งต่อให้ดูแลต่อที่ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง เพื่อการดูแลต่ออย่างมีคุณภาพ มีแผนการเยี่ยมเป็นระยะกับทีมการดูแล ดังนั้นบทบาทพยาบาลต้องประเมินสภาพปัญหา วางแผนดูแลต่อเองและให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีการจัดระบบการดูแลต่อเองและติดตามอาการ พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นโดยลำดับ ประเด็นสรุปจะเห็นว่าพยาบาล สามารถช่วยลดความพิการและลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับคืนสภาพและดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม^{4,5}

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย นำมาวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยได้รับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา^{1,8,9}

ข้อเสนอแนะ

1. ในหน่วยงานควรมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดตีบดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลสำหรับบุคลากรพยาบาล
2. ควรมีการฟื้นฟูสมรรถนะของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการใช้แบบประเมินต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทีมการดูแลมีความพร้อมในการให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลหรือครอบครัวผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อป้องกันภาวะเบื่อหน่ายในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
4. ควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจในการดูแล

ช่วยเหลือผู้ป่วย และการอยู่ร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

5. ควรพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านและดูแลร่วมกับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ครบถ้วน และครบทีมสหวิชาชีพ เพื่อดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายให้มีความรู้ และทัศนคติประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต โดยควรมีโครงการแทรกแซงให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลปรับเปลี่ยนทัศนคติและให้นักจิตวิทยาเข้ามาร่วมด้วยเพื่อดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในด้านสุขภาพจิตให้มากยิ่งขึ้น
6. พัฒนา Telemedicine เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายและการเดินทางไปติดตามอาการที่โรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. นลินี พสุคันธภัก, สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559
2. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. [อินเทอร์เน็ต] 2560. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2563 สืบค้นจาก www.thaistroke.society.org/2560
3. โรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานสถิติประจำปี 2566.งานเวชระเบียน โรงพยาบาลขอนแก่น ; 2566
เสาวลักษณ์ กองนิล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย; 2557.
4. บรรณฉัตรพร หรือญเคราะห์ สุพัตรา อังศุโรจน์กุล สิทธิ อติรัตน์นา พรพชร กิตติเพ็ญกุล, ลัดดา ลาภศิริอนันตกุล. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: The sun group; 2554.
5. กุสุมา สุวรรณบุรณ์. การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2561; 14(3): 3-15.
6. นิภาพร ภิญโญศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551. 117 หน้า.
7. รัตนพร สายตรี ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ สมเกียรติยศ วรเดช. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5(2): 1-13.
8. เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาภรณ์ ป้องเจริญ. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2552; 21(1): 4-21.
9. ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง. (2562) คู่มือระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น . พิมพ์ ครั้งที่ 1: ขอนแก่น : หจก คลังนานาวิทยา ; 2562.

10. สลิลทิพย์คุณาดิศร (2019) การศึกษาคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระบบบริการ Stroke Fast Track แต่ไม่เข้าเกณฑ์การรับยาละลายลิ่มเลือด ณ โรงพยาบาลขอนแก่น . Journal Thai Soc Volume 18 (2):15 -28.
11. สมจิตหนูเจริญกุล.(2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน(Cerebrovascular Accident หรือStroke).ใน : สมจิตหนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร:วี.เจ.พรินติ้ง. หน้า 39-65
12. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2550). แนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป.กรุงเทพ
13. สมศักดิ์เทียมเก่า.(2562). แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีมสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7 . พิมพ์ครั้งที่ 1 : ขอนแก่น : หจก คลังน่านาวิทยา. หน้า 3-16
14. roke STS, Roup STG. (1995). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rtPA Stroke Study Group. N Engl J Med. 333: 1581-7.

การเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

Strengthening the ability to Activities of Daily Living in continuing Intermediate care for patients with stroke. Kantang Hospital, Trang Province.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

พัฒนรี รอดกุล¹
Patthanaree Rodkul¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรังและการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2565 ถึงเดือน กันยายน 2566 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 71 ราย เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของ Barthel Activities of Daily Living : BADL วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า ด้านที่ผู้ป่วยยังมีปัญหาอยู่ได้แก่ Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) และ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มากกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

ABSTRACT

This study was action research aimed to study comprehensive of Intermediate care for patients with stroke regarding their daily activities. and the ability to perform daily activities in providing continuous care for middle-term patients with stroke. Kantang Hospital Trang Province and strengthening the ability to perform daily routines in providing continuous care to mid-term patients with stroke. Kantang Hospital, Trang Province. The research period is between October 2022 and September 2023, a total of 12 months. The sample size were 71 intermediate patients who have had a stroke. Kantang Hospital, Trang Province, data collected from questionnaires. and the Barthel Activities of Daily Living : BADL assessment form. Data were analyzed by Content analysis frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

The results of the study found that After strengthening the ability to perform daily activities in providing continuous care to intermediate patients with stroke. Kantang Hospital, Trang Province, ability to perform daily routines in providing continuous care to mid-term patients with stroke. Kantang Hospital, Trang Province, found that the areas where patients still have problems include Transfer (getting up and sitting up from the bed or from the bed to the chair), Toilet use (using the bathroom) and Mobility (moving within the room or house). Caregivers' comprehensive of caring for middle-term patients with stroke regarding daily activities before and after the operation.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

There is a difference. Statistically significant at the .05 level, after the operation there was an average score of caregivers' understanding of intermediate care for patients with stroke regarding daily activities. than before the operation

Keywords: ability to carry out daily activities, intermediate patients with cerebrovascular disease

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือ หลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก ทั่วโลกมีอุบัติการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 15 ล้านคนใน แต่ละปี และพบว่า โดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year; DALY) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งใน ชายและหญิง¹

สำหรับในประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือด สมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในเพศชาย รองจากอุบัติเหตุจราจร และการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง รองจากโรคเบาหวาน และพบว่าโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับและเป็น สาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life year: DALY) อันดับ 2 ทั้งในชายและ หญิง จึงเป็นโรคที่มีความสำคัญยิ่งโรคหนึ่งของ ประชากรไทย โรงพยาบาลแพรมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบตันเฉียบพลันมารับการรักษา ในปี พ.ศ. 2560-2562 จำนวน 823, 868 และ 890 คน พบอัตราตายร้อยละ 2.55, 3.92 และ 3.71 ตามลำดับ^{2,3}

ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมัก มีความพิการหลงเหลืออยู่ และในจำนวนนี้ร้อยละ 50 จะมีความพิการอย่างรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้อย่างน้อยในระยะ 1 เดือนหลังเกิดอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตร ประจำวันต่างๆ ได้เหมือนบุคคลปกติ ต้องเป็นภาระ

ของญาติในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน มีผล ต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว สังคมและชุมชน⁴

การบริการระยะกลาง (Intermediate Care) เป็นการเตรียมและฟื้นฟูผู้ป่วยที่พ้นระยะที่ต้องการ ดูแลทางการแพทย์ที่มีความรุนแรง (acute care) แต่ ยังมีปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านโดยไม่เป็น ภาระแก่ญาติ/ครอบครัวมากเกินไป และช่วยป้องกัน ไม่ให้เกิดความพิการอย่างถาวรโดยไม่จำเป็น วัตถุประสงค์หลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ระยะกลาง หรือ Intermediate care คือเกิดระบบ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริการฟื้นฟู สมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็น อาทิ ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และสมอง (Acute Brain Injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บ ทางไขสันหลัง (Spinal cord Injury) เพื่อลด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการและพัฒนา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ ดีขึ้น จนผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถช่วยเหลือตนเอง กลับมาทำงาน และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้

จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะ ศึกษาการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะ กลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะ กลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง

ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง

3. เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือน กันยายน 2566 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง จำนวน 71 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่

1. เป็นเพศชายและหญิง
2. เป็นผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในเขตรับผิดชอบสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง

3. สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง ได้มีการพิทักษ์สิทธิ์

ของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการ Belmont Report ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง โดยมี กิจกรรมในการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียน และการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของ Barthel Activities of Daily Living : BADL)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index of Activities of Daily Living)

2.2 แบบประเมินความเข้าใจความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index of Activities of Daily Living) เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC)

แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .861

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. เก็บรวบรวมข้อมูล ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง

2. วิเคราะห์/วางแผน การดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง

3. ติดตามการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง

4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง และกำหนดแนวทางแก้ไข

5. สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการ

วิเคราะห์ การเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรังก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง และหลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นดั่ง จังหวัดตรัง ด้านที่มีปัญหามากที่สุด ได้แก่ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ร้อยละ 35.62 รองลงมาคือ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) ร้อยละ 36.62 และ Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยัง

เก้าอี้) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) และ Bathing (การอาบน้ำ) ร้อยละ 42.25 เท่ากัน

3. การเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นตั่ง จังหวัดตรัง ประกอบด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียน และการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของ Barthel Activities of Daily Living : BADL

4. ผลของการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นตั่ง จังหวัดตรัง

4.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มี

ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นตั่ง จังหวัดตรัง พบว่า ด้านที่ผู้ป่วยยังมีปัญหาอยู่ได้แก่ Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) และ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

4.2 การเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มากกว่าก่อนการดำเนินการ รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
กลไก ศปถ.	2.79	0.33	4.79	0.17	119	-47.576	.000	-2.08035	-1.91410

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นตั่ง จังหวัดตรังก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลางและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นตั่ง จังหวัดตรัง ด้านที่มีปัญหามากที่สุด ได้แก่ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ร้อยละ 35.62 รองลงมาคือ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) ร้อยละ 36.62 และ Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Toilet use (ใช้

ห้องน้ำ) และ Bathing (การอาบน้ำ) ร้อยละ 42.25 เท่ากัน จึงได้มีการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นตั่ง จังหวัดตรัง โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียน และการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของ Barthel Activities of Daily Living : BADL ตามแนวคิดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{6,7} ส่งผลให้ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลก้นตั่ง จังหวัดตรัง หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด ความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเองผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกัณฑ์ จังหวัดตรัง พบว่า ด้านที่ผู้ป่วยยังมีปัญหาอยู่ได้แก่ Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) และ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) และความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนการดำเนินการสอดคล้องกันกับการศึกษาของ ปราณี เกษรสันต์ (2558)^๑ ได้ศึกษารูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านความรู้ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้หลังการใช้รูปแบบการดูแลเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความพึงพอใจในการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่า ใน

ภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับมากที่สุดและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา มูลฐิและคณะ(2559)^๑ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า หลังการจำหน่าย 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งสองกลุ่ม และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียน และการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของ Barthel Activities of Daily Living : BADL
2. ควรมีการศึกษาผลในระยะยาวของการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลางที่มี

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. (2019). Annual reports 2019. Retrieved April 14, 2022 from <http://www.world-stroke.org/about-wso/annual-reports>. (in Thai)
2. กัลยา ปวงจันทร์.(2563). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลแพร่ Journal of the Phrae Hospital Volume 28 No.2 July–December 2020
3. กรมการแพทย์. สถาบันประสาทวิทยา.(2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธาราเพรส; 2558.
4. ยงชัย นิละนนท์. 2553. อัมพฤกษ์อัมพาตโรคเรื้อรังที่ต้องดูแล. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2565. จาก www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/epl/articleDetail.asp?id=707
5. Best, J.W. (1981). Research in Education. New Jersey : Prentice - Hall.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2554). คู่มือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ THE SUN GROUP.

- 7.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2563). คู่มือแนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุระยะกลาง (Guideline for Intermediate Care in the elderly) ในโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะกลาง Intermediate Care ในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด
- 8.ปราณี เกษรสันต์.(2558). ศึกษารูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 25(1) : มกราคม-เมษายน 2558
- 9.วาสนา มุลฐี, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และ สิริรัตน์ ลีลาจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล 31: 95-98. 2559

การพยาบาลระยะกลางของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรง: กรณีศึกษา

Nursing care for Intermediate care in Severe Traumatic Brain Injury: Case Study.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

นิตยา ศรีสุทธิกมล¹
Nittiya Srisutthikamol¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการณศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล และผลของการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุการบาดเจ็บสมองมาจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ที่พุ่งชนเสาไฟฟ้าทำให้เกิดอุบัติเหตุ คือการตีศีรษะและข้อข้อมือรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ หลังผ่าตัดมีภาวะติดเชื้อปอดอักเสบเนื่องจากใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน และได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมจนอาการดีขึ้น ได้รับการดูแลระยะกลางและการวางแผนจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพ ส่งกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่โรงพยาบาลชุมชน รวมวันอยู่รักษาเท่ากับ 11 วัน และ 17 วันตามลำดับ เมื่อประเมินผลลัพธ์ก่อนจำหน่ายตาม Glasgow outcome scale (GOS) พบว่าผู้ป่วยรายแรก มีพิการหลงเหลือระดับปานกลาง (moderate recovery) ส่วนอีกรายอยู่ในระดับ พิการหลงเหลือระดับรุนแรง (severe disability)

คำสำคัญ: การพยาบาล บาดเจ็บที่สมองรุนแรง แนวคิดการดูแลระยะกลาง

Abstract

This study was case study aimed to study the pathophysiology, cause of disease, nursing interventions, and outcomes of nursing care for patients with severe traumatic brain injury. By comparative study of two purposive patients in the surgical trauma ward at Khon Kaen Hospital. Data were collected from patient records, assessment using 11 Gordon's Functional Health Pattern framework and having nursing process to evaluate nursing practice.

Results: Both patients had traumatic brain injury from motorcycle vehicle accidents. Contributing factors to the accidents were alcohol consumption and not wearing a helmet when riding a motorcycle. They received surgical decompression to reduce intracranial pressure. Patient 1 underwent a tracheostomy and was weaned off the ventilator on day 9th. Patient 2 was weaned off the ventilator on day 12th without tracheostomy. Both patients received intermediate care and had discharge planning by the interdisciplinary team and were referred back for rehabilitation in the community hospital. Length of stay of them was 11 and 17 days, respectively. Patient 2 had associated facial and orbital fractures. On assessment using the Glasgow Outcome Scale (GOS), patient 1 had moderate recovery, while patient 2 had severe disability

Keywords: Nursing care, Severe traumatic brain injury, Intermediate care

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

การบาดเจ็บที่สมองรุนแรง (severe traumatic injury) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือพบมีพยาธิสภาพในสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นใด โดยมีสาเหตุจากแรงภายนอก ประเมินระดับความรุนแรงจากผลรวมของ คะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ที่ 3 ถึง 8¹ การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงส่วนใหญ่สาเหตุมาจากอุบัติเหตุการจราจร ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มากที่สุดในโลก เฉลี่ยปีละ 5,000 ราย² ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้บาดเจ็บจากปัญหาการจราจรทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี และอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากปัญหาการจราจรทางถนน ปี 2563-2565 บาดเจ็บจำนวน 77,256 883,337 และ 926,869 ราย เสียชีวิต 10,121 13,622 และ 15,012 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราการตาย 30.47 ต่อประชากรแสนคน เกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่อัตรา 16 ต่อประชากรแสนคน (3)³ การบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุตายที่สำคัญที่สุดของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท การบาดเจ็บที่สมองรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองและมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 36⁴ ซึ่งจะเห็นว่าเป็นจำนวนที่สูงมากและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แม้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงจะยังคงเป็นภาระทางการแพทย์และเศรษฐกิจในระยะยาวเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพ

สถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในจังหวัดขอนแก่นพบว่าการบาดเจ็บสมองเป็นปัญหาสำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ จากข้อมูลโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มารับการ รักษาทั้งหมด พ.ศ. 2563-2565⁵ พบจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 3,025 3,403 และ 3,796 ราย เสียชีวิต, 207,241 และ 220 ราย ได้รับการผ่าตัด 223, 257 และ 251 รายตามลำดับ แยกเป็นผู้บาดเจ็บ

สมองระดับรุนแรง 432, 455 และ 336 รายและเสียชีวิต 164, 171 และ 123 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 36.4 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงจะมีอาการบาดเจ็บสมองรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤต จะต้องได้รับการประเมินปัญหาการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้รอดชีวิตหรือเกิดความพิการน้อยที่สุด ผลกระทบจากการประคบอุบัติเหตุผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการบาดเจ็บทางร่างกายและภาวะบาดเจ็บที่สมอง ความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นกับแรงที่มากกระทำและสมองส่วนที่ได้รับผลกระทบเช่น Glasgow Coma Score ประมาณ 3 มักมีโอกาส เสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ 90⁶ ร้อยละ 10 จะเป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองรุนแรง ซึ่งส่วนหนึ่งเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ⁷ ผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองรุนแรงจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) คือมีก้อนเลือดที่สะสมอยู่ระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรากับเนื้อสมอง พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง การรักษาภาวะนี้มีทั้งการผ่าตัดเอาก้อนเลือดที่กดทับเนื้อสมองออก และรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีความทุพพลภาพทางร่างกายและจิตใจหลงเหลือ ส่งผลให้ขาดความสามารถในดำรงชีวิต ประจำวันในสังคมได้ตามลำพัง ต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพการดูแลระยะกลางวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤตมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ประเมิน Barthel Index ได้ค่า <15 คะแนนหรือ ≥ 15 คะแนน ร่วมกับ multiple impairments ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่ เริ่มตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อ

เพิ่มสมรรถนะทางร่างกายจิตใจ ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ^๖ และเป็นเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวสำหรับการดูแลแบบระยะยาว (Long term care) ต่อไป

พยาบาลเป็นบุคลากรหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติเฉียบพลัน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และการดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง มุ่งเน้นมิติฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคไม่เกิดความพิการสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล และผลของการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี (Case study) การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงและได้รับการดูแลระยะกลาง คัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือน มีนาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินปัญหา ความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เวชระเบียนผู้ป่วย ใน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA โดยใช้ กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล

กรณีศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และ 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล อาการ ประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษา

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 34 ปี ส่วนสูง 167cm น้ำหนัก80kg สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับจ้าง การศึกษา จบมัธยมศึกษาปีที่ 3 ผู้ดูแลหลัก ภรรยา	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 18 ปี ส่วนสูง 162 cm น้ำหนัก50kg สถานภาพสมรส โสด อาชีพนักศึกษา กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปี1 ผู้ดูแลหลัก มารดา
อาการสำคัญ	ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ด้วยอาการซี รตจักรยานยนต์ล้มเอง ศรีษะกระแทกพื้น ไม่รู้สึกตัว สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ไหล่ขวาบวม 9 ชั่วโมงก่อนมา	ส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ 3 ชั่วโมงก่อนมา ซีรตจักรยานยนต์ล้มเอง สลบ ไม่รู้สึกตัว ไม่สวมนวมก นิรภัย
การวินิจฉัย	Traumatic Subdural hemorrhage Traumatic Epidural hemorrhage Fracture RT clavicle	Acute Subdural Hematoma left frontal parietal , Fracture right orbit Fracture base of Skull, Fracture right zygomatic
การผ่าตัด/หัตถการ	ครั้งที่ 1 Rt Craniectomy with remove clot (13 พ.ย. 65) หลัง Admit 3 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 Tracheostomy (22 พ.ย 65)	Lt Craniectomy with remove clot (27 ก.พ. 66) หลัง Admit 5 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วย	ปฏิเสธโรคประจำตัว/ปฏิเสธแพ้ยา ดื่มสุรา3-4วัน/สัปดาห์ ครั้งละ2-3แก้ว สูบบุหรี่2-3มวน/วัน	ปฏิเสธโรคประจำตัว /ปฏิเสธแพ้ยา ดื่มสุราบางครั้ง /ไม่สูบบุหรี่

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล อาการ ประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษา

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สรุปอาการการรักษา พยาบาลตั้งแต่แรก รับจนถึงจำหน่าย	<p>แรกรับที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วย GCS E2V4-5 M5-6 pupil 4 min both eyes (RTL BE) แขนขาขยับได้ grade 5 ความดันโลหิต 110/71 mmHg HR 76 ครั้ง/นาที NPO ให้ Acetar 1000cc IV drip 100 cc/hr DTX=108 mg% ตรวจ ATK = neg on RT arm sling ก่อนส่งผู้ป่วย ชีมลง จึง On ET tube No 7.5 ก่อนส่งตัว แกรับ</p> <p>โรงพยาบาลขอนแก่น GCS E1VTM5 pupil 2 min RTL BE สัญญาณชีพ BT=36.8 , HR=102 ครั้ง/นาที BP=131/73 mmHg O2 sat 99 % CT brain= Acute right subdural frontoparietotemporal hemorrhage With Fracture at right temporal bone ตรวจ FAST negative admit ศัลยกรรมอุบัติเหตุ แกรับ GCS E1VTM5 pupil 2 min RTL BE on ventilator, Retain NG tube, Retain Foley's catheter ผล Lab ผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ จอเลือด PRC 2 U FFP 2U set OR Emergency for craniectomy ผ่าตัดเสียเลือด 300 ml ตามเลือด 1 unit หลังผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยดีขึ้น GCS E2-3VTM6 pupil 3min RTLBE ไม่มีภาวะช็อค มีปัญหา hyponatremia ค่า Na = 129 เปลี่ยนให้ IV 0.9 % Nacl 1000 ml iv drip rate 60 ml/hr มีไข้ สูงตลอด BT=38-39 °C และผลตรวจรังสีทรวงอก แพทย์ วินิจฉัยปอดอักเสบให้ vancomycin 1 gm q 12 hr หย่า เครื่องช่วยหายใจไม่ได้ เจาะคอ Tracheostomy (22 พ.ย 65) หลังใช้ลด try wean On O2 Collar mask 10 LPM O2sat 96-98% Fracture Rt clavicle consult Ortho On finger of right/on arm sling วันที่ 10 วางแผนการดูแลระยะกลาง ambulation Training และ Home program พยาบาลสอนญาติผู้ป่วยและสาธิตการดูแลแผล ท่อหลอดลมคอ การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลความสะอาดร่างกาย และฝึกกายภาพบำบัด วันที่ 12 แพทย์จำหน่าย refer back โรงพยาบาลชุมชน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย GCS E4V5M6 Pupil 3 mm RTL BE แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง เล็กน้อย ใส่ท่อหลอดลมคอหายใจได้เอง BP 120/78 มม.ปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที RR 20 /min Glasgow outcome scale เท่ากับ 4 (moderate disability) ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเอง เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นแต่ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่เช่นเดียวกับก่อนได้รับการบาดเจ็บ Barthel index Score แกรับ 0 คะแนนก่อนจำหน่าย 90 คะแนน นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์</p>	<p>แรกรับที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วย GCS E1V1M5 pupil 5 min fix dilate BE On ET tube No 7.5 ก่อนส่งต่อ ที่โรงพยาบาลขอนแก่น GCS E1VTM5 pupil RT 3 mm fix LT 3 mm fix ความดันโลหิต 126/94 mmHg HR 58 ครั้ง/นาที O2 sat =100% วินิจฉัยแรกรับ Severe traumatic brain injury with open wound of scalp ส่ง CT Brain พบ Subdural hemorrhage at Lt front parietal thickness 1.2 cm midline shift to right FAST ผล negative admit หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ set OR Emergency for Lt craniotomy HCT=22 V% PRC 2 U หลังผ่าตัด on ventilator GCS =E1VTM4 pupil 4 min RTL BE HCT=30V% เจาะ DTX ทุก 4 ชั่วโมง ค่ายอยู่ในเกณฑ์ปกติ MO 3 mg pm q 4 hr pain score 4-5 คะแนน หลังผ่าตัด 2 วัน CT brain ซ้ำ (28/2/66) พบ SDH 6 mm Frontoparietal ICH Lt temporalplan conservative treatment consult แพทย์ Maxillofacial เรื่อง Fracture Rt Zygoma plan conservative treatment นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ 3 วันหลังผ่าตัดผู้ป่วย GCS E1VTM5 ventilator PSV mode FIO2 0.4 เริ่ม try wean MO 4 mg IV q 6hr pain score 3-4 คะแนน มีไข้ 38.5 0c septic work up และ ให้ ATB Tazocin 4.5 gm q 6 hr try wean Spontaneous mode 10 วัน (2-11/3/66) วันที่ 12/3/66 off ETT on o2 mask with bag 10 LPM O2 sat = 96-98 % 12/3/66 ส่ง consult speech ฟีกพูด consult อาชีวเวชกรรม ฟีกกลืน Swelling & Eating Therapy and Oral เริ่มวางแผนฟื้นฟูการดูแลระยะกลางร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ambulation Training และ Home program พยาบาลสอนญาติผู้ป่วยและสาธิต การดูแลความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง และฝึกกายภาพบำบัด วันที่ 16/3/66 แพทย์จำหน่าย refer back โรงพยาบาลชุมชน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย GCS E4V1M6 Pupil 2 mm RTL BE motor power 4 all สัญญาณชีพ T36.8 P78 R20 BP114/70 Glasgow outcome scale 3 (severe disability) ผู้ป่วยยังต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นบางอย่าง Barthel index Score แกรับ 0 คะแนนก่อนจำหน่าย 30 คะแนน นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์</p>
จำนวนวันนอน	(13 พฤศจิกายน - 1 ธันวาคม 65)	17 วัน (27 กุมภาพันธ์ -16 มีนาคม 66)

จากตารางที่ 1 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า สาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจราจรและไม่สวมหมวกนิรภัย ได้รับบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเหมือนกันรักษา และได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ในระยะแรกพบว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว หายใจใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการกิจวัตรประจำวันได้ แต่ความแตกต่างกันจากพยาธิสภาพของการบาดเจ็บร่วมและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการอยู่รักษา โดยกรณีศึกษา รายที่ 1 มีภาวะบาดเจ็บกระดูกไหปลาร้าร่วม ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีการบาดเจ็บของกระดูกหน้าร่วมด้วย จากการกลืนลำบากและการ

พูด ทั้ง 2 ราย หลังผ่าตัดมีภาวะปอดติดเชื้อ ยาเครื่องช่วยหายใจไม่ได้ กรณีศึกษารายที่ 1 จึงได้รับการเจาะคอ ส่วน กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่ได้เจาะคอเนื่องจากถอดเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 12 มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลระยะกลาง การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องทั้งสองราย

ประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน นำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย แบ่งตามระยะการเจ็บป่วยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะแรกรับและก่อนผ่าตัด	1. การกำซาบเลือดของเนื้อสมองลดลงเนื่องจากความดันในสมองสูงเพราะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง	1. การกำซาบเลือดของเนื้อสมองลดลงเนื่องจากความดันในสมองสูงเพราะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง
	2. รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกรู้สีกตัวลดลง	2 รูปแบบการไม่มีประสิทธิภาพ เนื่อง จากระดับความรู้สึกรู้สีกตัวลดลง
	3.ญาติมีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมก่อนผ่าตัดและสิทธิ์การรักษา	3.ญาติมีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมก่อนผ่าตัดและสิทธิ์การรักษา
ระยะหลังผ่าตัด	4.เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจาก สมองบวม เลือดออกซ้ำ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง	4.เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจาก สมองบวม เลือดออกซ้ำ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง
	5. มีโอกาสเกิดภาวะชกภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากเซลล์สมองได้รับการบาดเจ็บ	5. มีโอกาสเกิดภาวะชกภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากเซลล์สมองได้รับการบาดเจ็บ
	6.เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด	6.เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด
	7.ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ	
การดูแลระยะกลางและการดูแลต่อเนื่อง	8.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดศีรษะ	7 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดศีรษะ
	9.พร้อมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	8พร้อมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
	10 มีการติดเชื้อที่ปอด	9 มีการติดเชื้อที่ปอด
	11 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย หลังจำหน่าย	10ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย หลังจำหน่าย

การพยาบาลแบ่งตามระยะการเจ็บป่วยดังนี้

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และแพทย์พิจารณาผ่าตัดโดยเร่งด่วน	การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดคือ การประเมินอาการ สัญญาณชีพ สัญญาณประสาท ทุก 1/2-1 ชั่วโมง ดูแลจัดผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา การสังเกตอาการ อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่น ชักเกร็ง การดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนรักษา นอกจากนี้เป็นการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัด เช่น การเตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจพิเศษ การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อคลายความวิตกกังวล
2 การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด เป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งการก้ำขาของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง บรรเทาอาการปวด การดำรงภาวะสมดุล ของน้ำและเกลือแร่ ป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	โดยการประเมินอาการ สัญญาณชีพ สัญญาณประสาทต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมรรถนะรุนแรง ดูแลให้ได้รับออกซิเจนและใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามแผนการรักษาการ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง สังเกตลักษณะการหายใจ เพื่อประเมินระบบการไหลเวียนเลือด การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่น ชักเกร็ง ดูแลให้ยากันชัก (Dilantin) ตามแผนรักษา ดูแลจัดผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา และไม่ให้นอนทับศีรษะข้างขวาจะทำให้มีแรงกดต่อเนื้อสมองโดยตรง ทำให้เลือดมาเลี้ยงไม่สะดวก ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวดแผลคือ MO 4 mg iv ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น ปวด บวม แดงร้อน มีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ แนะนำผู้ป่วยและญาติไม่ให้แกะแผลและไม่ให้แผลเปียกน้ำ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะคือ Cefazolin ตามแผนรักษา ตลอดจนสังเกตอาการแพ้ยา
3. การดูแลระยะกลางและการดูแลต่อเนื่อง เป้าหมายเพื่อเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-METHOD และได้รับการฟื้นฟูสุขภาพกับนักกายภาพบำบัด	โดย การ Active-Passive exercise วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อ แขนงและสปีด ดูแลด้านโภชนาการ ให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีสูง ดูแลแนะนำการทำท่าขณะรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก สังเกตการกลืนและการสำลัก ดูแลความสะอาดของร่างกายและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน ดูแลความสะอาด ของร่างกายและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อนดูแล ด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณการดูแลกิจวัตรประจำวัน ความสะอาดร่างกายและการสื่อสาร ซึ่งในกรณีศึกษารายที่ 2 จะมีปัญหาเพิ่มเติมในเรื่องการกลืนและการพูดนักกายภาพบำบัดและนักฝึกพูดได้สอน Home program ฝึกผู้ป่วยและญาติเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรงร่วมกับมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ไม่สวมหมวกนิรภัยและดื่มสุราทำให้เกิดการบาดเจ็บและมีเลือดออกในสมองเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อสมอง และได้รับการผ่าตัด ผ่าตัดเอาก้อนเลือดที่กดทับเนื้อสมองออกโดยเร่งด่วน⁴ หลังผ่าตัดมีภาวะ hypovolemic ต้องเฝ้าระวังและแก้ไขสู่ภาวะปกติ ไม่เกิดภาวะ Re-bleeding หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก

ทั้ง 2 รายมีภาวะปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจนาน กรณีศึกษารายที่ 1 หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่ได้จึงเจาะคอ (Tracheostomy) การดูแลระยะกลางร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่ฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจโดยฝึกผู้ดูแลในการให้อาหารทางสาย การดูแลเสมหะ การทำความสะอาดท่อทางเดินหายใจ และการกายภาพบำบัด และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ antibiotic ให้ครบ 14 วัน รวมระยะเวลา 12 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 ถอดเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 12 แต่ยังมีปัญหาเรื่องการกลืนและการพูด ได้ฝึก Home Program ในการฝึกพูดฝึกกลืนและกายภาพบำบัด โดยนัก

กายภาพบำบัดและนักฝึกพูดเป็นเวลา 3 วัน และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อ^๘ พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจถึงผลกระทบทาง สรีรวิทยาของ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยให้ ความสำคัญในเรื่องของการสังเกตอาการที่สำคัญและ การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและทันที่ที่ผู้ป่วย ทั้งสองรายมีเลือดออกในใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (subdural Hemorrhage) เหมือนกันแสดงถึงความ รุนแรงของพยาธิสภาพของการบาดเจ็บซึ่งมีผลต่อการ หาย ไม่แตกต่างกันแขนและขาข้างตรงข้ามกับ เลือดออกจะอ่อนกว่าข้าง การหายใจไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้ เกิดเนื่องจากเลือดออกมีการขยายขึ้นแล้วไม่รู้สึกรัด ถ้า หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยอาจถึงแก่ กรรมได้ จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการ วินิจฉัยและดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ได้รับการ รักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยการผ่าตัด เอาก้อนเลือดออกเหมือนกัน พยาธิสภาพไม่แตกต่างกัน ระยะเวลารอเข้าผ่าตัดประมาณ 3 และ 5 ชั่วโมง ตามลำดับการพยากรณ์โรคไปในทางที่ดีและได้รับการ ปฏิบัติทางการพยาบาลครบตามกระบวนการพยาบาล ทุกระยะของการเจ็บป่วยที่ได้ตามมาตราฐานการ พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และเข้าสู่การดูแลระยะกลางที่ เริ่มพร้อมกับผู้ป่วยเริ่มฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจ แต่ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีการติดเชื้อที่ปอดทำให้ระยะเวลาวัน นอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น การที่ผู้ป่วยเกิด ภาวะแทรกซ้อนจะส่งผลทำให้การบำบัดฟื้นฟูล่าช้าไป ด้วย¹¹ ในกรณีศึกษาที่พยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่เริ่มฟื้นฟูระยะกลางวางแผนจำหน่ายและการดูแล

ต่อเนื่อง เตรียม ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ในเรื่อง การดูแลกิจวัตรประจำวัน ความสะอาดร่างกาย การ ดูแลบาดแผล โภชนาการ ให้มีความรู้ความสามารถใน การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ ไกล่เคียงปกติ⁹

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมอองระดับรุนแรงตั้งแต่ระยะวิกฤตแรกเริ่ม ระยะก่อน ผ่าตัดและหลังผ่าตัด การดูแลระยะกลาง และการดูแล ต่อเนื่องและส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านและชุมชนอย่างมี คุณภาพพยาบาลต้องมีความรู้ สมรรถนะเฉพาะในการ ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอองรุนแรง เพื่อจะได้ดูแลและ ประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วย ปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิต ที่ดี^{8,9,10}

ข้อเสนอแนะ

การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนควร เป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคนร่วมกันและควรจัดทำ เป็นหลักสูตรการเรียนการสอนในระบบการศึกษา พร้อมทั้งควรส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาความรู้ทาง วิชาการทั้งด้านคลินิกและการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอองและการดูแลระยะกลางให้เชื่อมโยง ทุกระยะในหน่วยงานและเครือข่าย นำใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและประสิทธิภาพ การดูแล เช่น การฟื้นฟูทางไกลผ่านระบบ Telemedicine หรือ การใช้แอปพลิเคชัน เป็นสื่อการเรียนรู้อ

เอกสารอ้างอิง

1. นครชัย เมื่อนปฐม, อีริเดช ศรีกิจวีโลกุล. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical practice guidelines for traumatic brain injury). กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส จำกัด; 2562.
2. Countries with The Most Car Accidents [Internet]. 2023. Available from: <https://www.worldatlas.com/articles/the-countries-with-the-most-car-accidents.html>.
3. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ThaiRSC. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยบนท้องถนน 2564-2565[cited 1Nov2023]. Available from: <http://www.thairsc.com/>.

4. อัญชลี โสภณ, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, ไพรวลัย พรหมที, สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, อรไท โพธิ์ไชยแสน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2561; 29(3), 126-138.
5. เวชระเปียนโรงพยาบาลขอนแก่น.สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ปีพ.ศ.2563-2565. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น;2566
6. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักแผนความปลอดภัย. รายงานการวิเคราะห์ สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ: 2563. [เข้าถึงเมื่อ 1พ.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2563-06/25630601-RoadAccidentAna2565_Final.pdf
7. ไสว นรสาร. การพยาบาลผู้บาดเจ็บ: Trauma Nursing. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสแตนพรีนติ้ง;2564
8. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan). สมุทรสาคร: บริษัท บอรัณ ทู ปี พับลิชชิ่ง จำกัด ; 2562
9. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: ริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด ; 2562
10. นงนภัทร รุ่งเนย. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ วิชาการสถาบันพระบรมราชชนก ;2560
- 11 สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care). [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2566]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://hrdo.org/wp-content/uploads/2019/10/รายงานฉบับสมบูรณ์-การประเมินระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง.pdf> ;2562

การพัฒนากระบวนการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีบุญเรือง
จังหวัดหนองบัวลำภู

THE SERVICE SYSTEM DEVELOPMENT OF A NON-COMMUNICABLE DISEASE PATIENTS IN
THE OUT-PATIENT DEPARTMENT, SRIBOONRUONG HOSPITAL,
NONGBUALAMPHU PROVINCE.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

กิงเพชร ชินศิริประภา¹
Kingphet Chinsiraprapha¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศึกษาองค์ประกอบของการดำเนินงานการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสม ของงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่นัดมารับบริการในสัปดาห์ที่ 2 ของเดือนพฤศจิกายน 2566 ในคลินิกโรคเบาหวาน 140 คน และในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง 135 คน

ผลการศึกษา พบว่า มีระยะเวลาในการให้บริการลดลงจากก่อนการพัฒนาปรับปรุง และจากความคิดเห็นของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม เห็นว่า ในการบริการ มืองค์ประกอบของการให้บริการทุกด้านมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก โดยด้านความรวดเร็วของขั้นตอนการให้บริการ มีความเหมาะสมมากเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ ด้านคุณภาพการให้บริการ ด้านสถานที่ให้บริการ และด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีความพึงพอใจต่อการให้บริการอยู่ในระดับมากในทุกด้าน โดยด้านความรวดเร็วของขั้นตอนการให้บริการ มีความเหมาะสมมากเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ ด้านคุณภาพการให้บริการ ด้านสถานที่ให้บริการ และด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และในส่วนตัวเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้ความเห็นว่า เป็นแนวทางการให้บริการที่เหมาะสมสามารถนำไปถือปฏิบัติต่อไปได้

คำสำคัญ: ระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, งานผู้ป่วยนอก

Abstract

The purpose of this research was to study the service situation, the component of the service system and the propose appropriate guidelines of a non-communicable disease patients in the out-patient department, sriboonruong hospital, nongbualamphu province. This research was action research and used research questionnaires in population of 140 diabetic patients and 135 hypertension patients. The research found that service time decrease more than before improvement, The two groups of the patients opinion that an all aspects of service component was very appropriate 1. Promptness in service 2. Service Quality 3. Service location and 4. Operating staff. The two groups of the patients was very satisfied with the service especially the promptness in service. The relevant officials opinion that the practice was a very appropriate and the best to functional.

Keyword : Service system of a non-communicable disease patents, Out-patient department

บทนำ

หน่วยงานที่มีความสำคัญในการให้บริการของโรงพยาบาล และเป็นด่านแรกที่ผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องผ่านเข้ามาเพื่อรับบริการในการตรวจ

วินิจฉัย นั่นคือ งานผู้ป่วยนอก โดยมีขอบเขตภารกิจและหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ ครอบคลุมในด้านการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟู

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

สภาพให้แก่ผู้ป่วย และผู้มีสุขภาพดี บริการในรูปแบบคลินิกต่างๆ¹ ในส่วนของกิจกรรมการให้บริการนั้น เป็นการอำนวยความสะดวก การต้อนรับ การคัดกรอง การจัดลำดับเข้าตรวจ การป้องกันอันตรายขณะรอตรวจ ตรวจโรคทั่วไปหรือโรคเฉพาะทาง ฉีดยา ทำแผล การให้ข้อมูลกับผู้มีมารับบริการ และญาติ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการทราบถึงวิธีการปฏิบัติต่อตนเองได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน นอกจากนี้แล้ว การบริการงานผู้ป่วยนอกยังประกอบไปด้วย การจัดอาคารสถานที่ให้เอื้ออำนวยต่อการให้บริการ และต่อผู้มารับบริการ การเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการให้บริการ ให้เพียงพอ มีคุณสมบัติเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการใช้ ต้องมีการเตรียมเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและเพียงพอต่อการให้บริการ เพียงพอต่อปริมาณงาน และคุณภาพของงาน จัดระบบประสานงานที่เหมาะสมในการประสานงานระหว่างบุคคลและการประสานบริการ เพื่อให้การรักษาพยาบาลดำเนินไปได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และทันต่อเหตุการณ์ จัดระบบประเมินผลงาน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข สมรรถภาพของเจ้าหน้าที่และระบบบริการที่ให้ในแผนกผู้ป่วยนอก²

โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) 90 เตียง ในงานผู้ป่วยนอก มีผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ รวม 19 คน ได้จัดให้มีการบริการตามหน้าที่ที่ครอบคลุมทั้งในทุกด้าน และได้จัดคลินิกพิเศษเพื่อบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยจัดสถานที่เฉพาะแยกจากผู้ป่วยนอกทั่วไป เป็นอาคารขนาดประมาณ 200 ตารางเมตร โดยจัดคลินิกบริการในเวลา 08.00 – 16.00 น. ทุกวันจันทร์ – วันศุกร์ จากสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 19) ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยมีการระบาดมาก่อน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข³ ได้ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยผู้มารับบริการด้านสุขภาพ และ

ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ จึงได้มีแนวทางปฏิบัติปรับปรุงการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในสถานการณ์การระบาดของ Covid - 19 โดยเห็นว่าจำเป็นต้องลดการไปโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ไม่มี ความเร่งด่วน เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดการรับและแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วย ในโรงพยาบาล จึงได้มีแนวทางลดความแออัดสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวทางให้นัดผู้ป่วยที่มีสุขภาพแข็งแรงมารับยาแทนได้ มีระบบ refill ใบสั่งยา ให้รับยาได้ไม่พบแพทย์ ผู้ป่วยไม่ต้องมารอตรวจและรับยาที่โรงพยาบาล ระบบจะแจ้งแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ ทราบเพื่อส่ง refilled ยา ผู้ป่วยสามารถไปรับได้ที่เครือข่ายที่เลือกไว้ ถ้าเป็นผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉิน ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามแนวทางปกติ ซึ่งโรงพยาบาลศรีบุญเรืองได้ถือปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวอย่างเคร่งครัด ต่อมากระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 19) เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตาม พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ โดยประกาศบังคับใช้ เมื่อ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นมานั้น การให้บริการคลินิกพิเศษผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงได้กลับมาปฏิบัติให้บริการผู้ป่วยตามแนวทางปกติ อีกครั้ง และเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในทุกกลุ่มโรคของโรงพยาบาลศรีบุญเรือง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกปี และในผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง จะเป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยกลับมาเข้ารับบริการตรวจรักษาในคลินิกพิเศษตามปกติ จึงทำให้เห็นถึงความแออัดของผู้ป่วยที่มารอรับการบริการตรวจรักษาในคลินิกอย่างชัดเจน ประกอบกับ ในวันจัดคลินิกเบาหวาน จะมีการให้บริการตรวจผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ในอาคารที่จัดคลินิกพิเศษโรคเรื้อรัง จึงมีความแออัดมากยิ่งขึ้น และยังเป็นระยะที่อยู่ในการ

เฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid – 19) และโดยหลักการของการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยนอกจากจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยหายกลับคืนสภาวะปกติแล้ว ยังต้องป้องกันผู้ป่วยจากอันตรายและต้องป้องกันควบคุมการติดเชื้อทั้งจากผู้อื่น จากบุคลากรทางการแพทย์ และตัวผู้ป่วยเองด้วยนั้น การให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการจึงต้องคำนึงถึงเรื่องดังกล่าวนี้ด้วย และในการให้บริการผู้ป่วยในคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จะเป็น การนัดให้ผู้ป่วยแต่ละรายเข้ารับบริการตรวจรักษา ทุก 3 เดือน โดยเฉลี่ยจะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 135 ราย/วัน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 140 ราย/วัน คลินิกโรคหอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 50 ราย/วัน คลินิกโรคไตเรื้อรัง 75 ราย/วัน และในกระบวนการระบบให้บริการตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยในคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้ จะมีส่วนงานบริการที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการให้บริการ ด้วย ได้แก่ การทำบัตร การตรวจสอบสิทธิ การตรวจห้องปฏิบัติการ การจ่ายยา และการจ่ายเงิน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกฯ โดยจะทำการศึกษาถึงระบบการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมากในวันที่จัดคลินิกให้บริการ เพื่อที่จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกพิเศษ ให้ได้รับการบริการในเวลาที่เหมาะสมเร็วในทุกขั้นตอนมากขึ้น ไม่ต้องรอนาน ซึ่งทำให้มีการไหลเวียนของผู้ป่วยที่มารับบริการดีขึ้น อันจะส่งผลให้เป็นการลดการแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการ ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มารับบริการ และจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการมีความพึงพอใจในการบริการ

วัตถุประสงค์ ประกอบด้วย

1. ศึกษาสถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
2. ศึกษาองค์ประกอบของการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
3. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสม ของงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Mixed Method

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา
 - 1.1 ระยะเตรียมการศึกษาวิจัย
 1. กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ด้วยวิธีสุ่มแบบบังเอิญ คลินิกละ 1 คน
 2. กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน และคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง) ด้วยวิธีสุ่มแบบบังเอิญ คลินิกละ 1 คน
 - 1.2 ระยะดำเนินการศึกษาวิจัย
 1. กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ในงานบริการที่เกี่ยวข้องของระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก ได้แก่ งานห้องบัตร งานประกันสุขภาพ งานห้องปฏิบัติการ งานห้องยา และงานห้องจ่ายยา โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ด้วยวิธีสุ่มแบบบังเอิญ งานละ 1 คน
 2. กลุ่มผู้ป่วย จะทำการคัดเลือกประชากรมาทั้งหมดในกลุ่มผู้ป่วยที่นัดมารับบริการในสัปดาห์ที่ 1 ของเดือนพฤศจิกายน 2566 ในคลินิก

พิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง) งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเดียวกันกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้มารับการบริการตรวจรักษาในช่วงการให้บริการก่อนการพัฒนาระบบ เมื่อสัปดาห์ที่ 2 ของเดือนสิงหาคม 2566 โดยเป็นผู้ป่วยที่นัดมารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 140 คน และเป็นผู้ป่วยที่นัดมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 135 คน

เครื่องมือวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ ใช้สำหรับสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

(ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง) ในการให้บริการคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง / ใช้สำหรับสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในงานบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานห้องบัตร งานประกันสุขภาพ งานห้องปฏิบัติการ งานห้องยา งานห้องจ่ายเงิน และใช้สัมภาษณ์ตัวแทนผู้มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง)

2. แบบบันทึกระยะเวลาการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง) ในการให้บริการคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3. แบบสอบถาม (Questionnaires) ใช้สำหรับสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของ

องค์ประกอบการให้บริการของคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการให้บริการของคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลปฐมภูมิ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกระยะเวลาการให้บริการ และแบบสอบถาม

2. ข้อมูลทุติยภูมิ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆ ทั้งที่เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อสารสนเทศ (Internet)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง)

สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้สถิติ t - test เพื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของกลุ่มข้อมูลต่างๆ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในเรื่องความคิดเห็นและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Pearson Correlation) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กับความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ

ขั้นตอนการวิจัย

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.ศึกษาสภาพการณ์ทั่วไปของการให้บริการคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการสัมภาษณ์ ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ในสัปดาห์ที่ 2 ของเดือนสิงหาคม 2566

2.ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ โดยการสัมภาษณ์ ตัวแทนป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้มารับบริการที่คลินิก ในสัปดาห์ที่ 2 ของเดือนสิงหาคม 2566

3.ศึกษาระยะเวลาการให้บริการของกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ โดยใช้แบบบันทึกระยะเวลาการ

ให้บริการในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใน สัปดาห์ที่ 2 ของเดือนสิงหาคม 2566

4.รวบรวมข้อมูลที่ได้จากสภาพการณ์การให้บริการ ความต้องการของผู้รับบริการ และระยะเวลาในการให้บริการของกระบวนการการบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง) นำไปประสานระหว่างส่วนบริการที่มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกันในระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการประชุมร่วมกันเป็นการภายในระหว่างส่วนงานบริการ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ วางแผน และพัฒนาปรับปรุง พร้อมกำหนดแนวทางกิจกรรมในการพัฒนาระบบบริการร่วมกัน

2.ระยะดำเนินการวิจัย

นำแนวทางกิจกรรมที่ได้พัฒนาปรับปรุง ในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง) มาลงมือทดลองปฏิบัติ โดยเริ่มดำเนินการใน ทุกวันอังคาร และทุกวันพุธ สัปดาห์ที่ 4 เดือนกันยายน 2566 – สัปดาห์ที่ 1 เดือนพฤศจิกายน 2566 รวมเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

1.ทำการประชาสัมพันธ์กิจกรรมการบริการให้ผู้ป่วยที่นัดมารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.นำแนวทางขั้นตอนกิจกรรมที่พัฒนาปรับปรุง มาทดลองปฏิบัติ มีดังนี้

2.1 ขั้นตอนการทําบัตร เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน และคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะส่งรายชื่อผู้ป่วยที่นัดมาเข้ารับการรักษา ซึ่งก็คือ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน นัดมารับบริการในวันพุธ ผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูง นัดมารับบริการในวันอังคาร ให้กับงานห้องบัตร ก่อนวันนัด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเวรตึก ของห้องบัตร ค้นจัดทำบัตร ลงทะเบียนผู้ป่วยนัดเหล่านี้ล่วงหน้าไว้ครบทุกคนที่นัด และในเวลา 06.00 น. เจ้าหน้าที่เวรตึก ของห้องบัตร สามารถแจ้งให้เจ้าหน้าที่

ผู้ปฏิบัติงานที่คลินิกเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง มารับบัตรของผู้ป่วยที่ลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว เพื่อนำไปดำเนินงานตามขั้นตอนต่อไปได้ เพราะมีการจัดให้มีเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฯ ขึ้นมาปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 06.00 น. เช่นกัน

2.2 ขั้นตอนตรวจสอบสิทธิ์ ผู้ป่วยที่นัดมารับบริการตรวจรักษาในคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ป่วยนัดจะเริ่มมาถึงโรงพยาบาลในเวลาประมาณ 06.00 น. ผู้ป่วยที่นัดจะตรงมารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อมาถึงจะได้รับการประชาสัมพันธ์กิจกรรมการให้บริการฯ จากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถึงขั้นตอนการให้บริการตามแนวทางใหม่ จับบัตรคิว ยื่นบัตรนัดพร้อมบัตรประชาชน ให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการที่คลินิก ซึ่งจะทำการรวบรวมบัตรนัดพร้อมบัตรประชาชน ทอยส่งให้กับเจ้าหน้าที่เวรตึก ของงานประกันสุขภาพ ทำการตรวจสอบสิทธิ์ให้ ตั้งแต่ 06.00 น.

2.3 ขั้นตอนการคัดกรอง ผู้ป่วยที่มารับบริการจะเข้ารับการคัดกรอง ในการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต วัดค่า BMI โดยใช้เครื่องวัดความดันอัตโนมัติระบบ LaboLink Smart OPD และเครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ระบบ LaboLink Smart OPD ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการจัดสรรให้กับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเดือนกันยายน 2566 ซึ่งผลการตรวจ ค่าที่วัดได้โดยเครื่องมือนี้ จะถูกส่งเข้าระบบ Hos-xp โดยอัตโนมัติ และผู้ป่วยที่มารับบริการสามารถวัดความดัน และชั่งน้ำหนักรอได้เลยไม่จำเป็นต้องเปิด Visit number ก่อน

2.4 ขั้นตอนการเก็บสิ่งส่งตรวจ ห้องปฏิบัติการจะจัดเจ้าหน้าที่มาทำการเก็บสิ่งส่งตรวจ ที่คลินิกโรคเรื้อรัง เพิ่มจาก 2 คน เป็น 4 คน ในเวลา 07.00 น. ซึ่งการเก็บสิ่งส่งตรวจจะดำเนินการเก็บตามรายการที่เจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันสูง ได้ลงทะเบียนในระบบคอมพิวเตอร์ และพิมพ์รายการ

การตรวจ และสติ๊กเกอร์รายการตรวจของผู้ป่วยที่มารับบริการแต่ละคน ส่งให้เจ้าหน้าที่ผู้เก็บสิ่งส่งตรวจ

2.5 ขั้นตอนการส่งสิ่งส่งตรวจ เจ้าหน้าที่ผู้เก็บสิ่งส่งตรวจจะเริ่มทยอยรวบรวมสิ่งส่งตรวจที่เก็บแล้ว ส่งให้เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ในเวลา 08.00 น. เพื่อทำการตรวจตามวิธีการ และขั้นตอนต่อไป

2.6 ขั้นตอนตรวจสิ่งส่งตรวจ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ รับสิ่งส่งตรวจ และเริ่มทำการตรวจได้ตั้งแต่เวลา 08.00 น.

2.7 ขั้นตอนซักประวัติ ก่อนการซักประวัติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฯ จะให้บริการฉีดยาสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฉีดยา และจะทำการสอบถามอาการปกติ หรือผิดปกติอย่างไร ประเมินอาการที่แสดงออกของผู้ป่วย จากสัญญาณชีพ ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ และจากผลค่าที่วัดได้จากการคัดกรองที่จะส่งตรงเข้า HIS จากเครื่องวัดความดันอัตโนมัติระบบ LaboLink Smart OPD และเครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ระบบ LaboLink Smart OPD ในระบบคอมพิวเตอร์ของเจ้าหน้าที่ผู้ซักประวัติ ว่าผู้ป่วยแต่ละรายผลเป็นอย่างไร เพื่อรายงานผลและอาการประกอบการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ และในระหว่างการซักประวัติ หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการที่ผิดปกติ จะให้การพยาบาลเบื้องต้น หากไม่ดีขึ้นจะส่งห้องฉุกเฉิน ตามเกณฑ์การประเมินผู้ป่วย MOPH Triage ของโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

2.8 ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยกับแพทย์ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ เข้ารับการตรวจวินิจฉัยกับแพทย์ ตามคิว

2.9 ขั้นตอนการให้คำแนะนำหลังการตรวจ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฯ ให้คำแนะนำเรื่อง พฤติกรรมการปฏิบัติตัว เช่น การรับประทานอาหาร การกินยา การสังเกตอาการผิดปกติของตนเองที่จำเป็นต้องมารับการตรวจวินิจฉัยก่อนวันนัดครั้งต่อไป โดยละเอียด

2.10 ขั้นตอนการรับยา จากเดิมการรับยาผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานและโรค

ความดันโลหิตสูง จะรับบริการในช่องบริการร่วมกับผู้ป่วยอื่นๆ ทั่วไป จะจัดให้มีช่องจ่ายยา พร้อมกับให้คำแนะนำในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย แยกให้บริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยนัดคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

2.11 ขั้นตอนการจ่ายเงิน จ่ายเงินตามสิทธิการรักษาพยาบาล ในช่องจ่ายเงินร่วมกับผู้ป่วยอื่นๆ ทั่วไป

3. ผู้วิจัยติดตามตลอดการดำเนินงานตามแนวทางกิจกรรมการบริการ เพื่อประสานงานกับส่วนงานบริการที่เกี่ยวข้อง ว่ามีข้อขัดข้อง หรือปัญหาใดเกิดขึ้นบ้างหรือไม่

4. เมื่อครบกำหนดเวลาของการทดลองปฏิบัติตามแนวทางกิจกรรมการบริการที่กำหนด ผู้วิจัยทำการสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่นัดมารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน วันพุธสัปดาห์ที่ 1 เดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 140 คน และผู้ป่วยที่นัดมารับบริการ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง วันอังคาร สัปดาห์ที่ 1 เดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 135 คน โดยใช้แบบสอบถาม

5. เมื่อครบกำหนดเวลาของการทดลองการปฏิบัติตามแนวทางกิจกรรมการบริการที่กำหนด ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติในส่วนงานบริการที่เกี่ยวข้อง งานละ 1 คน เกี่ยวกับสภาพการณ์ของการบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการดำเนินงานตามแนวทางกิจกรรมของขั้นตอนต่างๆ โดยใช้แบบสัมภาษณ์

6. ประเมินระยะเวลาของการให้บริการ หลังการทดลองปฏิบัติตามแนวทางกิจกรรมที่กำหนดในขั้นตอนต่างๆ โดยใช้แบบบันทึกระยะเวลาการให้บริการ โดยนำมาเปรียบเทียบกับระยะเวลาการให้บริการ ก่อนการพัฒนากิจกรรมการให้บริการ

ผลการศึกษา

1. เปรียบเทียบระยะเวลาการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน และคลินิกผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง) ก่อน และหลังการพัฒนา พบว่าในภาพรวมระยะเวลาเฉลี่ยของการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง รวมเฉลี่ยแล้วลดลง โดยในคลินิกโรคเบาหวาน จากเดิมใช้เวลา 167.11 นาที เหลือเวลา 105.43 นาที ลดลง 62.08 นาที และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จากเดิมใช้เวลา 157.01 นาที เหลือเวลา 99.16 นาที ลดลง 58.25 นาที

2.ข้อมูลทั่วไป จากแบบสอบถามความคิดเห็น จากการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มประชากร คือผู้ป่วยที่นัดมารับบริการในคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 140 คน และในคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 135 คน พบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ทั้งผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็น เพศหญิง ร้อยละ 70.00 และ ร้อยละ 63.00 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 35.00 และ ร้อยละ 30.40 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 45.00 กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.90 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 87.90 และ ร้อยละ 87.40 ตามลำดับ และมีเหตุผลที่เลือกมารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบุญเรือง เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลในเขตสิทธิ์บัตร 30 บาท ร้อยละ 69.30 และ ร้อยละ 73.33 ตามลำดับ

3.ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบ การให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ต่างให้ความเห็นตรงกันว่า ในภาพรวมองค์ประกอบของการให้บริการฯ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.95 และค่าเฉลี่ย 3.96 ตามลำดับ) ส่วนในแต่ละด้านขององค์ประกอบการให้บริการฯ คือ ด้านสถานที่ให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านความเร็วของขั้นตอนการให้บริการ และด้านคุณภาพการบริการ นั้นมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากทุกด้าน

โดยมีด้านความเร็วของขั้นตอนการให้บริการ มีความเหมาะสมในระดับมากเป็นอันดับ 1 เมื่อจำแนกรายละเอียดรายข้อ ในด้านความเร็วของขั้นตอนการให้บริการ พบว่า การทำบัตร และการตรวจสอบสิทธิ์ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด รองลงมาคือขั้นตอนการรับยา พร้อมคำแนะนำการใช้ยา และขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยกับแพทย์

4.ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ต่างมีความพึงพอใจต่อการให้บริการฯ ในภาพรวม ในระดับมาก เช่นเดียวกัน (ค่าเฉลี่ย 3.98 และค่าเฉลี่ย 3.97 ตามลำดับ) และต่างก็มีความพึงพอใจต่อการให้บริการระดับมากในทุกด้าน คือทั้งในด้านสถานที่ให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านความเร็วของขั้นตอนการให้บริการ และด้านคุณภาพการบริการ โดยมีความพึงพอใจต่อด้านความเร็วของขั้นตอนการให้บริการในระดับมาก เป็นอันดับ 1 เมื่อจำแนกรายละเอียดรายข้อ ในด้านความเร็วของขั้นตอนการให้บริการ พบว่า มีความพึงพอใจต่อขั้นตอนการทำบัตร ขั้นตอนของการตรวจสอบสิทธิ์ ขั้นตอนการรับยา พร้อมคำแนะนำการใช้ยา อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน ส่วนขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยกับแพทย์นั้น กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด แต่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจในระดับมาก และในขั้นตอนการให้คำแนะนำหลังตรวจ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด แต่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจในระดับมาก

5.การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของการให้บริการ และความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการให้บริการ สถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของการให้บริการ และความเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการให้บริการ ของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความแตกต่างกัน

6.การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ (Correlation) ขององค์ประกอบการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง กับความพึงพอใจต่อการให้บริการ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยวิธีสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) จากข้อมูลความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกความดันโลหิตสูง พบว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการ มีความสัมพันธ์ ไปในทิศทางเดียวกันกับองค์ประกอบของการให้บริการในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยที่ความพึงพอใจมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านความรวดเร็วของขั้นตอนการให้บริการมากที่สุด

7.ข้อมูลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
ในส่วนงานบริการที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ เห็นว่าเป็นแนวทางการดำเนินงานให้บริการที่เหมาะสม และเป็นแนวทางที่สามารถนำมาถือปฏิบัติได้ต่อไป เพราะผู้ป่วยที่มารับบริการตามจุดต่างๆ หลายจุดจะไหลเวียนได้รวดเร็วขึ้น ไม่รอนานและแออัดมาก เหมือนเดิม แม้จะยังมีบางจุด เช่น ช่องการจ่ายเงิน ที่ยังคงมีผู้ป่วยรอจ่ายเงินหนาแน่น แต่เนื่องจากเป็นจุดบริการร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในทั้งหมด มารับบริการที่จุดเดียวกันนี้ และในภาพรวม ระยะเวลาการให้บริการลดลงและในบางขั้นตอนเวลาการให้บริการลดลงค่อนข้างมาก มีผลดีต่อผู้ป่วยที่มารับบริการที่ได้รับการให้บริการที่รวดเร็วมากขึ้น

สามารถสรุปผลการศึกษาได้ว่า ในการให้บริการใช้เวลาที่ลดลง ได้แนวทางในการให้บริการที่เหมาะสม บทเรียนที่ได้จากการศึกษา คือ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ โดยการร่วมมือจากทุกสาขาวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องในระบบการปฏิบัติงานขององค์กร

การอภิปรายผล

ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบบริการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของผู้ป่วยที่นัดมารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง องค์ประกอบของการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในคลินิกโรคเบาหวาน และในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคความดันโลหิต

สูง ต่างให้ความเห็นตรงกันว่า ในภาพรวม องค์ประกอบของการให้บริการฯ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก และในแต่ละด้านขององค์ประกอบบริการให้บริการฯ คือด้านสถานที่ให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านความรวดเร็วของขั้นตอนการให้บริการ และด้านคุณภาพการบริการ นั้นมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยมีด้านความรวดเร็วของขั้นตอนการให้บริการ มีความเหมาะสมในระดับมากเป็นอันดับ 1 และจากการสำรวจความต้องการของผู้ป่วยที่มารับบริการนั้น มีความต้องการรับบริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน เมื่อจำแนกรายละเอียดรายชื่อ ในด้านความรวดเร็วของขั้นตอนการให้บริการพบว่า ขั้นตอนการทำบัตร และขั้นตอนของการตรวจสอบสิทธิ์ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ไม่ต้องใช้เวลาในการรับบริการแต่อย่างใด เพราะกระบวนการการให้บริการที่ประกอบด้วยความสะดวก ความรวดเร็วในขั้นตอนของการให้บริการ จะเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ⁴ ในลำดับรองลงมา คือ ขั้นตอนการรับยา พร้อมคำแนะนำการใช้ยา ขั้นตอนนี้ใช้เวลาการรับบริการน้อยลง แต่ได้รับคำแนะนำการใช้ยาโดยละเอียดเช่นเดิม เนื่องจากการจัดให้มีช่องจ่ายยาแยกบริการเฉพาะให้กับผู้ป่วยที่นัดมารับบริการในคลินิกเบาหวาน และคลินิกความดันโลหิตสูง จึงสามารถรับยาได้เร็วและรับคำแนะนำการใช้ยาได้อย่างละเอียด ผู้รับบริการจะต้องการกระบวนการบริการ/ขั้นตอนการบริการที่รวดเร็ว สะดวกในการใช้บริการ มีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน⁵ และขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยกับแพทย์ แม้จะมีระยะเวลาการให้บริการเท่าเดิม ผู้รับบริการก็เห็นว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก เนื่องมาจากปัจจัยที่สำคัญที่ผู้ป่วยใส่ใจมาก คือเวลาที่แพทย์ให้กับผู้ป่วย และความใส่ใจที่แพทย์แสดงต่อผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ที่จะนำมาซึ่งการรักษาที่ประสบความสำเร็จในระยะยาว⁶

ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของผู้ป่วยที่นัดมารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ความพึงพอใจต่อการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในคลินิกโรคเบาหวาน และในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มารับ

บริการในคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ต่างมีความพึงพอใจต่อการให้บริการฯ ในภาพรวม ในระดับมาก และต่างก็มีความพึงพอใจต่อการให้บริการระดับมากในทุกด้าน คือทั้งในด้านสถานที่ให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านความรวดเร็วของขั้นตอนการให้บริการ และด้านคุณภาพการบริการ โดยมีความพึงพอใจต่อด้านความรวดเร็วของขั้นตอนการให้บริการในระดับมาก เป็นอันดับ 1 เพราะการจัดการให้การบริการที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ คือ ขั้นตอนของการบริการที่รวดเร็ว⁷ และเมื่อจำแนกรายละเอียดรายข้อ ในด้านความรวดเร็วของขั้นตอนการให้บริการ พบว่า มีความพึงพอใจต่อด้านการบำบัด ขั้นตอนของการตรวจสอบสิทธิ์ ขั้นตอนการรับยา พร้อมคำแนะนำการใช้ยา ซึ่งเป็นขั้นตอนการให้บริการที่ใช้เวลาการให้บริการลดลง อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน เนื่องจาก ผู้ป่วยจะพึงพอใจต่อการบริการที่มีขั้นตอนลดลง และการบริการที่ใช้เวลาน้อยลง⁸ ส่วนขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยกับแพทย์นั้น กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด แต่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจในระดับมาก และในขั้นตอนการให้คำแนะนำหลังการตรวจกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด แต่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยส่วนใหญ่แล้วผู้รับบริการจะมีความพึงพอใจต่อการที่มีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีความรู้ ความสามารถในการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ สื่อสารที่เหมาะสม และเต็มใจให้บริการ⁵

การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของการให้บริการ และความพึงพอใจต่อการให้บริการ ของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ สถิติ t-test การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความคิดเห็น ด้วยสถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นในองค์ประกอบของการให้บริการ และความเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการให้บริการ ระหว่างผู้ป่วยนัดที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินงานในแนวทางกิจกรรมการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้มารับบริการ เพราะผู้รับบริการทุกคนต่างต้องการได้รับ

บริการที่ดี ตรงกับความต้องการ ความคาดหวัง ผู้ให้บริการต้องเรียนรู้ รับรู้ สำรวจความต้องการของผู้รับบริการ เมื่อผู้ให้บริการสนองตอบความต้องการตรงกับความต้องการ ก็จะทำให้ผู้รับบริการทุกคนมีความพึงพอใจ⁴

การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ (Correlation) ขององค์ประกอบการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กับความพึงพอใจต่อการให้บริการ พบว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการ มีความสัมพันธ์ ไปในทิศทางเดียวกันกับองค์ประกอบของการให้บริการในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกัน โดยในกลุ่มผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน นั้น ความพึงพอใจมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านความรวดเร็วของขั้นตอนการให้บริการ มากที่สุด รองลงมาสัมพันธ์กับ องค์ประกอบด้านคุณภาพ, องค์ประกอบด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และองค์ประกอบด้านสถานที่ให้บริการ ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ความพึงพอใจมีความสัมพันธ์กับ องค์ประกอบด้านความรวดเร็วของขั้นตอนการให้บริการ มากที่สุด รองลงมาสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ, องค์ประกอบด้านคุณภาพ และองค์ประกอบด้านสถานที่ให้บริการ ตามลำดับ เพราะปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการคือ ผลลัพธ์บริการที่มีคุณภาพ ตรงกับความต้องการ สถานที่ให้บริการเข้าถึงได้สะดวก การส่งเสริมแนะนำการบริการ ผู้ปฏิบัติงานให้บริการต้องแสดงพฤติกรรมบริการ สนองบริการที่ผู้รับบริการต้องการด้วยความสนใจ เอาใจใส่ และประสิทธิภาพของการจัดขั้นตอนการบริการที่ส่งผลให้การปฏิบัติงานบริการแก่ผู้รับบริการมีความคล่องตัว สนองตอบความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ⁹

ข้อเสนอแนะ

1. แบบสัมภาษณ์ ใช้สำหรับสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง) ในการให้บริการคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง / ใช้สำหรับสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในงานบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานห้องบัตร งานประกันสุขภาพ งาน

ห้องปฏิบัติการ งานห้องยา งานห้องจ่ายเงิน และใช้
สัมภาษณ์ตัวแทนผู้มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
สูง)

2. แบบบันทึกระยะเวลาการให้บริการผู้ป่วยโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง) ในการให้บริการคลินิกพิเศษโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง

3. แบบสอบถาม (Questionnaires) ใช้สำหรับ
สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของ
องค์ประกอบการให้บริการของคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ
เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการให้บริการ ของคลินิกผู้ป่วย
โรคเรื้อรัง ของกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วย
โรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. กองแบบแผน. คู่มือการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพและสภาพแวดล้อม แผนกผู้ป่วยนอก. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข ; 2558.
2. ไพรพนา ศรีเสน. ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. วิทยาลัยพัฒนบริหารศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพัฒนสังคม. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2544.
3. กรมการแพทย์. แนวทางลดความแออัดในโรงพยาบาล เพื่อลดการแพร่กระจาย COVID – 19. กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ กองวิชาการ. กระทรวงสาธารณสุข ; 2563.
4. จิตตินันท์ เดชะคุปต์ และคณะ. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับจิตวิทยาบริการ. เอกสารการสอนชุดจิตวิทยาบริการ. เล่มที่ 1 หน่วยที่ 1 – 7. สาขาหะกรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ; 2555.
5. น้ำลิน เทียมแก้ว. การศึกษาความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการของสำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสารคาม ประจำปีการศึกษา 2560. สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสารคาม ; 2561.
6. อีร์จุทก เมฆทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล กรณีศึกษา โรงพยาบาลธนบุรี 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต. วิทยาลัยการจัดการ. มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2562.
7. นนพเขตต์ สังข์ว. ระบบการให้บริการที่มีคุณภาพแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลดาราภิรมย์ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. ปริญญาตรี ประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารองค์การภาครัฐและเอกชน. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ; 2559.
8. สุรศักดิ์ จินาเชียว. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก ตามแนวคิดโลจิสติกส์ โรงพยาบาลพพระ จังหวัดตาก. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ; 2560
9. เพ็ญญา จรัสพันธ์. ความพึงพอใจของลูกค้าต่อคุณภาพการให้บริการของศูนย์บริการลูกค้า จีเนโม่บายเซอร์วิส เซ็นเตอร์ จันทบุรี. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ. มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2557.

ผลการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอด
ในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Effects of pre and post operative visits on anxiety of pregnant women
by cesarean section in Kumphawapi Hospital Udon Thani Province

(Received: December 21,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

จารุวรรณ มิทะลา¹
Jarawan Mitala¹

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Quasi experiment by One- group pre-test post-test) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ เปรียบเทียบระดับความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอด และอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน กรกฎาคม - ตุลาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ และอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ค่า CVI=1, แบบสอบถามความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ KR-20 = 0.95 และระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอด alpha = 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Dependent t - test และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอดในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ก่อนดำเนินการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก หลังดำเนินการโดยรวมอยู่ในระดับน้อย และความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอดในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการดำเนินการ (Dependent t - test) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินการระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอดในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี มีค่าลดลง อาการแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกและหลังผ่าตัด พบว่า ระดับความปวดแผลหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 81.0 และพบอาการมากที่สุดคือ อาการปากแห้ง ร้อยละ 16.7

คำสำคัญ: การเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด, ความวิตกกังวล, หญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอด

Abstract

This quasi-experimental study with one group, measuring results before and after the experiment. Research aims to study development of a knowledge enhancing model to reduce anxiety among pregnant women, compare level of knowledge about pregnancy risks, anxiety level of pregnant women and complications after cesarean section between before and after operation in Kumphawapi Hospital Udon Thani Province. Between July - October 2023. Sample group consisted of 40 pregnant women. Research tools include a knowledge enhancement model to reduce anxiety among pregnant women. and postoperative complications CVI = 1, pregnancy risk knowledge questionnaire KR-20 = 0.95 and anxiety level of pregnant women undergoing cesarean section alpha = 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics, Dependent t - test and content analysis.

Results found that anxiety of pregnant women by Caesarean section in Kumphawapi Hospital Udon Thani Province before operating, the overall level was at high level. After the operation, overall level was low level and anxiety of pregnant women by caesarean section in Kumphawapi Hospital Udon Thani Province before and after the operation there was statistical significant difference at the .05 level. After the operation, the level of anxiety of pregnant women by Caesarean section in Kumphawapi Hospital Udon Thani Province had decreased value. Complications after anesthesia and surgery showed that the overall level of postoperative wound pain was low at 81.0%, and the most common symptom was dry mouth at 16.7%.

Keywords: Pre and post operative visits, Anxiety, Pregnant woman by cesarean section

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (pregnancy related anxiety) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ การผ่าตัดคลอดพบว่า จะมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 80 ของหญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดกับตนเอง และทารก หญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์วางแผนผ่าตัดคลอดก่อน ครบกำหนดคลอดหรือเข้าสู่ระยะคลอด ส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวล (คะแนนความวิตกกังวล ≥ 50 จาก 100 คะแนน) โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาชาเฉพาะที่ ร้อยละ 50.81 มีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ < 25 ปี คลอดครั้งแรก มีระดับ การศึกษาสูง เพิ่งมีประสบการณ์การได้ยาระงับ ความรู้สึกครั้งแรก และได้รับข้อมูลจากผู้ที่ไม่ใช่วิสัญญี แพทย์⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับ ความรู้สึกผ่านช่องไขสันหลังสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ⁽²⁾ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าคลอดฉุกเฉิน จะมีความวิตกกังวลมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่วางแผนผ่าตัด คลอดถึง 1.5 เท่า⁽³⁾ จะเห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่วางแผน ผ่าคลอดกว่าครึ่งจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้ยา ระงับความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่ง ผ่าตัดคลอดครั้งแรก ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หลากหลาย

สรุปจากการทบทวนการค้นหาค้นหาปัญหาทางคลินิก และอาการแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอด ใน โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 คือ จำนวนที่มารับบริการคลอดทั้งหมด จำนวน 1,252, 1,199 และ 1,129 ราย ตามลำดับ จำนวนที่ผ่าตัดคลอด จำนวน 514, 546 และ 592 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.05, 45.54 และ 52.44 ตามลำดับ อาการแทรกซ้อนของหญิง ตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอด พบแผลผ่าตัดติดเชื้อ จำนวน 2 ราย, 1 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ

ซึ่งความวิตกกังวล อาการแทรกซ้อนจากยาระงับ ความรู้สึกและอาการปวดแผลผ่าตัด ทำให้ขัดขวางต่อ กระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับทารก ในระยะหลังผ่าตัดใหม่ ๆ เนื่องจากสภาพร่างกายยังไม่

พร้อมที่จะเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติบทบาทการเป็น มารดาในการให้นมและเลี้ยงดูบุตรได้ ซึ่งจะทำให้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและยิ่งสตรีหลังผ่าตัด คลอดรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงมากเท่าใดก็จะมี ผลให้เกิดความล้มเหลวในการแสดงบทบาทการเป็น มารดามากขึ้นเท่านั้น และพบปัญหาในการเยี่ยมก่อน และหลังผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่า คลอด ในโรงพยาบาลกุมภวาปี คือ ยังไม่มีการนำ รูปแบบการเข้าเยี่ยมผู้มารับบริการก่อนผ่าตัดชุดเดิมมา ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน และยังไม่มีการเสริมสร้าง ความรู้ความเข้าใจในการให้บริการเพื่อลดความวิตก กังวลของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ด้านการดูแลก่อนและ ระหว่างการตั้งครรภ์ การบริการระยะก่อนผ่าตัดคลอด และการบริการระยะหลังผ่าตัดคลอด

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ จึงเป็นกระบวนการหนึ่งในการเสริมสร้าง ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ การให้ ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอด โดยการให้ ข้อมูลอย่างมีแบบแผนการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดของ หญิงตั้งครรภ์ ผ่านแผ่นพับร่วมกับสื่อวิดีโอถ่ายทอด ประสบการณ์และการให้ความรู้การปฏิบัติตัวเป็น รายบุคคล ในโรงพยาบาลกุมภวาปี จะช่วยลดความวิตก กังวล และบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดของหญิง ตั้งครรภ์ได้ จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงเป็นเหตุผลให้ ทำการศึกษา ผลการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดต่อความ วิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอดในโรงพยาบาลกุม ภวาปี จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้าง ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ภาวะเสี่ยงของ การตั้งครรภ์ ระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่า คลอด และอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างก่อน และหลังดำเนินการ

วิธีดำเนินการวิจัย

ตารางที่ 1 ผลของการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการให้บริการเพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการเยี่ยม	ผลการทดลอง
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าเยี่ยมผู้มารับบริการก่อนผ่าตัด	1. การปฏิบัติการผดุงครรภ์ทั่วไป เข้าเยี่ยมผู้มารับบริการในห้องรอผ่าตัด สอบถามความสมัครใจการเข้าร่วมวิจัย ทบทวนซ้ำเกี่ยวกับปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบองค์รวม	1. มีการทบทวนซ้ำเกี่ยวกับปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบองค์รวม
2. การดูแลก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์	2. ทบทวนซ้ำเกี่ยวกับการจัดการเบื้องต้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน	2. มีการทบทวนซ้ำเกี่ยวกับการจัดการเบื้องต้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน
3. การบริการระยะก่อนผ่าตัดตลอด	3. การบริการระยะก่อนผ่าตัดตลอด โดย คัดกรองภาวะเสี่ยงให้ความรู้รายบุคคล เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้าใจในการให้บริการเพื่อลดความวิตกกังวล จัดโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์	3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจในการลดความวิตกกังวล
4. การบริการระยะหลังผ่าตัดตลอด	4. ให้บริการระยะหลังผ่าตัดตลอด โดยทบทวนความรู้และการปฏิบัติตามรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการให้บริการเพื่อลดความวิตกกังวล	4. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจในการลดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

2. ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พบว่า หลังทดลองมีระดับความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการ จาก ร้อยละ 74.3 เป็น 97.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังทดลอง (n = 40)

ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนรวม 20 คะแนน				
ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย	2	5.7	1	2.9
ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง	8	20.0	0	0.0
ร้อยละ 80 – 100 ระดับมาก	30	74.3	39	97.1

3. ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอด พบว่า หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวมลดลง จาก 3.89 ± 0.22 เป็น 2.19 ± 0.14 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($df=39$, $t=34.93$, $95\%CI: 1.60-1.80$, $p\text{-value}=0.000$) มีความวิตกกังวลลดลงมากที่สุด คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดมยาสลบ/บล็อกหลัง จาก 4.10 ± 0.81 เป็น 1.93 ± 0.80 รองลงมาคือ กังวลเรื่องการดมยาสลบ จาก 4.05 ± 0.81 เป็น 1.95 ± 0.81 มีความวิตกกังวลลดลงน้อยที่สุดคือ ความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเพศสัมพันธ์ภายหลังการผ่าตัด จาก 3.70 ± 0.88 เป็น 2.43 ± 0.75 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอด ระหว่างก่อนและหลังทดลอง (n = 40)

ความวิตกกังวล	Mean	SD	Mean	SD
1. กังวลเรื่องการดมยาสลบ	4.05	0.81	1.95	0.81
2. กังวลเรื่องสภาพร่างกายก่อนผ่าตัด	4.18	0.84	2.00	0.75
3. ความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	3.70	0.88	2.43	0.75
4. กังวลเกี่ยวกับบรรยากาศในห้องผ่าตัด	3.93	0.89	2.20	0.79
5. กังวลเรื่องความชำนาญแพทย์ห้องผ่าตัด	3.78	0.77	2.05	0.90
6. กังวลเรื่องระยะเวลาในการผ่าตัดใช้เวลานาน	3.73	0.85	2.30	0.82
7. กังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด	3.70	0.79	2.20	0.88
8. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด	4.13	0.88	2.10	0.74

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอด ระหว่างก่อนและหลังทดลอง (n = 40)

9. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ภายหลังจากผ่าตัด	4.15	0.86	2.05	0.75
10. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด	3.68	0.86	2.40	0.78
11. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดมยาสลบ/บล็อกหลัง	4.10	0.81	1.93	0.80
12. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับกลัวการคลอด	4.15	0.86	2.05	0.75
13. กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ต้องจ่ายเพิ่มเติม	3.73	0.88	2.38	0.77
14. กังวลเกี่ยวกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	3.90	0.90	2.25	0.78
15. กังวลเรื่องระบบการทำงานของร่างกายหลังผ่าตัด	3.75	0.78	2.10	0.90
16. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัด	3.70	0.88	2.43	0.75
17. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำหลังผ่าตัด	3.63	0.81	2.35	0.83
18. ความกังวลเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันหลังผ่าตัด	4.13	0.91	2.18	0.71
19. ความกังวลเกี่ยวกับสภาพร่างกาย หลังผ่าตัด	4.13	0.85	2.03	0.77
20. ความกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร	3.68	0.86	2.40	0.78
เฉลี่ย	3.89	0.22	2.19	0.14

ตาราง 4 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล ระหว่างก่อนและหลังทดลอง (n=40)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	Mean	SD	Mean	SD				lower	upper
ความวิตกกังวล	3.89	0.22	2.19	0.14	39	34.93	.000	1.60	1.80

*p-value <0.05, Paired t – test

4. เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอด ในโรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่าหลังทดลองมีภาวะแทรกซ้อนลดลง ได้แก่ ความดันโลหิต Systolic จากร้อยละ 61.1 เป็นร้อยละ 72.3, ความดันโลหิต Diastolic จากร้อยละ 81.3 เป็นร้อยละ 96.9, O2 saturation จากร้อยละ 52.0 เป็นร้อยละ 77.7, อัตราการหายใจ จากร้อยละ 62.8 เป็นร้อยละ 67.6, ชีพจร จากร้อยละ 24.0 เป็นร้อยละ 37.7, อุณหภูมิกาย จากร้อยละ 37.3 เป็นร้อยละ 60.7 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอด ระหว่างก่อนและหลังทดลอง (n=40)

ภาวะแทรกซ้อน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Systolic blood pressure				
ปกติ ต่ำกว่า 130 mmHg	24	61.1	29	72.3
ผิดปกติ 130 mmHg ขึ้นไป	16	38.9	11	27.7
Diastolic blood pressure				
ปกติ (<90 mmHg)	33	81.3	39	96.9
ผิดปกติ (≥90 mmHg)	7	18.7	1	3.1
ค่าออกซิเจนในเลือด (O2 saturation%)				
ปกติ (≤95%)	21	52.0	31	77.7
ผิดปกติ (96 – 100%)	19	48	9	22.3
อัตราการหายใจ				
ปกติ ต่ำกว่า 27 ครั้งต่อนาที	25	62.8	27	67.6
ผิดปกติ 27 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป	15	37.2	13	32.4
ชีพจร				
ปกติ (60-100 ครั้งต่อนาที)	10	24.0	15	37.7

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอด ระหว่างก่อนและหลังทดลอง (n=40)

ผิปกติ (>100 ครั้งต่อนาที)	30	76.0	25	62.3
อุณหภูมิกาย				
ปกติ 35.4 - 37.4 องศาเซลเซียส	15	37.3	24	60.7
ผิปกติ/มีไข้ 37.5 ขึ้นไป	25	62.7	16	39.3

อาการแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกและหลังผ่าตัด พบว่า มีอาการเจ็บคอหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ร้อยละ 5.3, มีอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 2.1, การกลืนและสำลัก (dysphagia) ร้อยละ 0.0, ลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ร้อยละ 0.0, อาการคลื่นไส้/อาเจียน ร้อยละ 5.4, หนาวสั่น ร้อยละ 7.7, อาการปวดหลัง ร้อยละ 11.8, และ อาการปากแห้ง ร้อยละ 16.7, ระดับความปวดแผลหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 81.0 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 อาการแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกและหลังผ่าตัด รายชื่อที่มีภาวะแทรกซ้อน (n=40)

อาการแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกและหลังผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
อาการเจ็บคอหลังการให้ยาระงับความรู้สึก	2	5.3
อาการหายใจลำบาก	1	2.1
การกลืนและสำลัก (dysphagia)	0	0.0
ลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ	0	0.0
อาการคลื่นไส้/อาเจียน	2	5.4
หนาวสั่น	3	7.7
อาการปวดหลัง	5	11.8
อาการปากแห้ง	7	16.7
ระดับความปวดแผลหลังผ่าตัด		
ระดับน้อย	32	81.0
ระดับปานกลาง	7	16.7
ระดับมาก	1	2.3

อภิปรายผล

1. ผลของรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการให้บริการ เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลกุมภวาปี ไปใช้จริง ใน 4 กิจกรรม คือ 1) มีการทบทวนซ้ำเกี่ยวกับปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบองค์รวม 2) มีการทบทวนซ้ำเกี่ยวกับการจัดการเบื้องต้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน 3) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจในการลดความวิตกกังวล และ 4) หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจในการลดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ แซ่ลือ มาลี แซ่ฮุน⁽⁵⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ในมารดาครรภ์แรกที่คลอดบุตรโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องต่อความพร้อมก่อนการจำหน่าย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างความรู้เพื่อเตรียมความพร้อม

ก่อนการจำหน่าย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมก่อนการจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์
พบว่า หลังทดลองมีความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนดำเนินการ มีความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุดร้อยละ 97.1 ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อแม่และทารกในครรภ์ ภาวะเสี่ยงตกเลือด คือการมีเลือดออกจากช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะมีความพิการแต่กำเนิด คือการไปฝากครรภ์ช้า/แม่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย ภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก คือ ทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะเสี่ยงจากการเคยผ่าตัดอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ และภาวะเสี่ยงจากการเสพยาเสพติด ดังนั้น การเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดต่อความวิตกกังวล

ของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอดในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่ประกอบด้วย การกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาล การให้ข้อมูลและอธิบาย กิจกรรมตามแนวทาง ทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้าน จิตใจลดลง⁽⁶⁾ ร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม⁽⁷⁾ ส่งผลให้ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าคลอดใน โรงพยาบาลกุมภวาปี หลังดำเนินงานโดยรวมอยู่ใน ระดับน้อย และการศึกษาของ สยาม ทวีสมบัติ และ คณะ⁽⁸⁾ ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด ต่อคุณภาพชีวิต และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัด หัวใจ หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เฉลี่ย สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีระดับความวิตกกังวลหลัง การทดลองลดลง

3. ระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ ผ่าคลอด พบว่า หลังทดลองมีความวิตกกังวลโดยรวม ลดลง มากที่สุด คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดม ยาสลบ/บล็อกหลัง รองลงมาคือ กังวลเรื่องการดม ยาสลบ มีความวิตกกังวลลดลงน้อยที่สุดคือ ความกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการ เพศสัมพันธ์ภายหลังการผ่าตัด ตามลำดับ ทั้งนี้ เนื่องจาก ภาวะที่เกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมิน สิ่งเร้าของบุคคล มีผลทำให้เกิดความไม่สบายใจ กลัว การเกิดอันตรายจากสิ่งคุกคามทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจ โดยความกังวลที่พบ ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อ หัตถการการรักษาที่ไม่คุ้นเคย ความเจ็บปวดระหว่างทำ หัตถการ ความทุกข์ทรมานหลังการผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้อง และวิตกกังวลเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล จึง พบเห็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดของหญิง ตั้งครรภ์หลายรูปแบบ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ กรรณิการ์ สะสิสุวรรณ และ รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความ วิตกกังวลในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ครั้งแรกโดยใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนผ่านช่องไข สันหลัง ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการ ผ่าตัดทางหน้าท้องครั้งแรกที่ได้รับข้อมูลทั้งแบบปกติ และแบบมีแบบแผน มีความวิตกกังวลแฝง ความวิตก กังวลขณะเผชิญ และระดับความวิตกกังวลลดลงจาก ก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ผ่า คลอด พบว่าหลังทดลองมีภาวะแทรกซ้อนลดลง อาการ แทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกและหลังผ่าตัด มาก ที่สุดคืออาการปากแห้ง รองลงมาคือ อาการปวดหลัง โดยพบระดับความปวดแผลหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ใน ระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ สมทรง บุตรตะ ⁽¹⁰⁾ ศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทาง หน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบว่า หลังผ่าตัดพบว่ามีเลือดออกมากเนื่องจากมดลูกหดรั ดตัวไม่ดี การศึกษาของ สายสมร ศักดา⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลน่าน พบว่า ระดับความปวดของของหญิง ตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ระดับความปวดในกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่ม ควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์ วงศ์ศิริ และ ศุภดิวัน พิทักษ์แทน⁽¹²⁾ ศึกษาผลการใช้โปรแกรม การจัดการความปวดต่อการลดความปวด ความวิตก กังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตร ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยผ่าตัด คลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบที่ ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะแรกรับที่ ห้องพักฟื้น ขณะอยู่ที่ห้องพักฟื้น และก่อนออกจาก ห้องพักฟื้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ค่าคะแนนความปวดในระยะแรกรับที่ห้องพักฟื้น ขณะ อยู่ที่ห้องพักฟื้น และก่อนออกจากห้องพักฟื้นลดลง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตร ที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบระหว่างผู้ที่ ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดน้อยกว่าผู้ที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความปวดอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.38

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ควรนำรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการให้บริการเพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลกุ่มภวาปี ไปใช้จริง ใน 4 กิจกรรม คือ 1) มีการทบทวนซ้ำเกี่ยวกับปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบองค์รวม 2) มีการทบทวนซ้ำเกี่ยวกับการจัดการเบื้องต้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน 3) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจในการลดความวิตกกังวล และ 4) หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจในการลดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น มาใช้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง มีการ

ประเมินติดตามผลลัพธ์ เพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดต่อความวิตกกังวล ในการให้บริการประเภทอื่นในโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุ่มภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่ให้การอนุเคราะห์ข้อมูลการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกุ่มภวาปี ที่ให้ข้อเสนอแนะการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Maheshwari D & Ismail S. Preoperative Anxiety in Patients Selecting either General or Regional Anesthesia for Elective Cesarean Section. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2015; 31(2): 196-200.
2. Akildiz M, Aksoy Y, Kaydu A, Kaçar CK, Şahin OF & Yıldırım ZB. Effect of Anaesthesia Method on Preoperative Anxiety Level in Elective Caesarean Section Surgeries. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2017; 45: 36-40.
3. Bansal T & Joon A. A Comparative Study to Assess Preoperative Anxiety in Obstetric Patients Undergoing Elective or Emergency Cesarean Section. ANAESTH, PAIN & INTENSIVE CARE. 2017; 21(1): 25-30.
4. อัจฉรา คำมะทิตย์. หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล: ค้นหา วิเคราะห์ และนำไปใช้อย่างไร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564; 8(2): 315-28.
5. จุฑารัตน์ แซ่ลือ มาลี แซ่ฮุ้น. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ในมารดาครรภ์แรกที่เกิดคลอดบุตรโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องต่อความพร้อมก่อนการจำหน่าย. รายงานการวิจัย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2563.
6. Halimi AAA, Safari S, Parvareshi Hamrah M. Epidemiology and Related Risk Factors of Preterm Labor as an obstetrics emergency. Emerg (Tehran) 2017; 5: 3.
7. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St.Louis: Mosby, 2001.
8. สยาม ทวีสมบัติ กฤตพิทักษ์ฝักฝน อัญชลีสุวรรณศิริเจริญ. ผลของการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิต และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2564; 32(2): 105 – 19.
9. กรรณิการ์ สะสิสุวรรณ รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรกโดยใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนผ่านช่องไขสันหลัง รายงานวิจัย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2564.
10. สมทรง บุตรตะ. การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2563; 17(3): 11- 21.
11. สายสมร คักดา. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลน่าน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nanhospital.go.th/uploads>
12. พงษ์ วงศ์ศิริ, ศุภดิวัน พิทักษ์แทน. ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดต่อการลดความปวด ความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตร. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 2562; 33(3): 441-60.

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care for Pregnant Women due to Preeclampsia with Severe features: 2 Case Study

(Received: December 21,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

จิตาพร เจริญใจ¹
Tidaporn Chareonjai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา เพื่อศึกษาลักษณะของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง อาการทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการพยาบาล ผลลัพธ์การรักษา ผลลัพธ์ด้านทารก และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล การศึกษา สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงมี 4 ระยะ ได้แก่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ระยะจำหน่าย การวางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-METHOD

ผลการศึกษาพบว่า: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนำมาปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการเป็นผู้ป่วยที่มาจากโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ส่งต่อรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน และได้จัดการปัญหาเพื่อป้องกันการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง การจัดการปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง การตกเลือดหลังคลอดและภาวะ Hypovolemic shock จากสหสาขาวิชาชีพ จนกระทั่งปลอดภัยและจำหน่ายกลับบ้านทั้งมารดาและทารก

คำสำคัญ : ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง, การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์

Abstract

This study was case study aimed to examine the characteristics of pregnant women with preeclampsia with severe features. Clinical symptoms, complications, treatment and nursing care Treatment results Infant outcomes and Number of days spent in hospital The study of pregnant women with preeclampsia with severe features has 4 phases: the waiting period, the delivery period, the postpartum period, the discharge period, and discharge planning according to D-METHOD principles.

The results were found: This study was a comparative study of nursing care for pregnant women with preeclampsia with severe features. who were admitted to the obstetrics and gynecology ward. Sirindhorn Hospital Khon Kaen Province. Nursing of pregnant women using patient assessment concepts according to the 11 health plans, Gordon's model. To find problems and needs of patients and bring them into practice in the nursing process. The pregnant women who come to receive services are self-employed patients and patients referred for treatment from community hospitals. and has managed the problem to prevent seizures from preeclampsia with severe features. Managing complications such as high blood pressure, Postpartum Hemorrhage and Hypovolemic Shock Until it is safe and both mothers and babies can be sent home.

Keywords: Preeclampsia with Severe features, Nursing care for pregnant women

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นโรคหนึ่งในกลุ่มความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ซึ่งถือว่ามี ความรุนแรง

มากและเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและพิการต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก เนื่องจากภาวะที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อระบบสำคัญต่างๆในร่างกายของ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

หญิงตั้งครรภ์ทั้งระบบการทำงานของหลอดเลือด การทำงานของตับและไต ส่งผลให้ทารกอาจคลอดก่อนกำหนดเพื่อรักษาภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงโดยการยุติการตั้งครรภ์ของผู้เป็นมารดาทำให้เกิดการตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะครรภ์เป็นพิษ(Preeclampsia) ยังไม่ทราบแน่ชัด³ แต่อย่างไรก็ตามการประเมินและการให้การรักษาและพยาบาลได้อย่างรวดเร็วอาจช่วยลดความรุนแรงของโรคได้และในปี พ.ศ. 2566 ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการตายของสตรีตั้งครรภ์ที่ทราบสาเหตุเป็นอันดับ 1 ของประเทศ จากข้อมูลการเฝ้าระวังของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (http://dashbord.anamal.moph.go.th) ภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะครรภ์เป็นพิษซ้อนทับกับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่รุนแรง โดยทั่วโลกมีอุบัติการณ์ร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารก และมีหลักฐานชัดเจนว่า ครรภ์เป็นพิษส่งผลกระทบระยะยาวต่อสตรี คือ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด⁴ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกใน 29 ประเทศในแถบเอเชีย แอฟริกา ลาตินอเมริกา และตะวันออกกลาง พบอุบัติการณ์โดยรวมร้อยละ 2.73 โดยมีอุบัติการณ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก (eclampsia) และภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (chronic hypertension) ร้อยละ 2.16, 0.28 และ 0.29 ตามลำดับ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 2.75

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (ระดับ M1) ที่ให้บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) ให้บริการผู้ป่วยครบวงจรครอบคลุม 4 มิติ ทั้งด้านการป้องกัน รักษา ส่งเสริมฟื้นฟูทางด้านร่างกาย

และจิตใจตลอด 24 ชั่วโมง มีการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ให้บริการสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและภาวะวิกฤติ รับส่งต่อโซนใต้และโซนกลางจังหวัดขอนแก่น จากสถิติการให้บริการพบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิรินธรปี พ.ศ. 2562-2566 จำนวน 21, 29, 16, 15 และ 10 รายตามลำดับ โดยจากข้อมูลพบว่าร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นในช่วง พ.ศ. 2562-2566 ได้แก่ 3.78, 3.49, 3.40, 4.27 และ 2.90 (อ้างอิงข้อมูลสถิติโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นปี 2566) สตรีหลังคลอดมีภาวะ eclampsia 1 ราย และมี 1 ราย R/O HELL syndrome ส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เนื่องจากถ้าหากมีระบบจัดการที่ดีตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินอาการ รวมถึงการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน นับตั้งแต่มี อาการ จะทำให้ผู้ป่วย ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ภาวะครรภ์เป็นพิษปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษา ได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆและป้องกันการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารก

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา
2. เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและโรคแทรกซ้อน

ขอบเขตการศึกษา

ให้การพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จำนวน 2 ราย ในช่วงปีงบประมาณ 2563-2566 โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก คือ มารดาที่นอนรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสูติ-

นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิริธร จังหวัดขอนแก่น ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ร่วมกับมีโรคร่วมหรือมีภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาที่จะให้การพยาบาล เพื่อศึกษาย้อนหลัง 3 ปี จำนวน 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาเกี่ยวกับ อาการ สำคัญ การตรวจร่างกาย ประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

3. ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาและปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินและรวบรวม
5. สรุปผลการการพยาบาล และสรุปปัญหาอุปสรรคในการพยาบาล

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เจ็บครรภ์คลอด มีมูกปนเลือดก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง	รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย เจ็บครรภ์คลอด น้ำเดิน ความดันโลหิตสูงมา 1 ชั่วโมง ส่งต่อรักษาด้วยภาวะ preeclampsia with severe features
ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	อายุ 25 ปีG1P0 อายุครรภ์ 37สัปดาห์ 3 วัน ประจำเดือนมาวันแรกของเดือนสุดท้ายคือวันที่ 9 ธันวาคม 2565 กำหนดวันคลอดที่ 16 กันยายน 2565 ผ่าครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 7 สัปดาห์ 3 วัน จำนวน 16 ครั้ง เกณฑ์คุณภาพ 6 ครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในการผ่าครรภ์มีผลปกติ ยกเว้นผล HBsAg : positive, HBeAg : negative 50 กรัม GCT : 205 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร OGTT : 89 /264/232/200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร HbA1 C : 5.3 แพทย์วินิจฉัย GDM A1 แกร็บ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอด มีมูกปนเลือดก่อนมาโรงพยาบาล รู้สึกตัวดี อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 180/124 มิลลิเมตรปรอท ตรวจร่างกายทั่วไปปกติ ไม่มีอาการบวม ไม่ซีด มีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย ไม่มีตาพร่ามัว การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจปัสสาวะ albumin= trace, sugar= negative,ตรวจหน้าท้องวัดระดับยอดมดลูก 3/4 เหนือสะดือ วัดด้วยสายวัดได้ 34 เซนติเมตร ประเมินขนาดทารก 3,487 กรัม ทารก ทำ ROA ฟังเสียงหัวใจทารก 155 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอ ชัดเจนดี ระดับ Hct 40% ประเมิน uterine	อายุ 30 ปีG3P1A1L1 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 6 วัน ประจำเดือนมาวันแรกของเดือนสุดท้ายคือวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 กำหนดวันคลอดที่ 8 พฤศจิกายน 2563 ผ่าครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 7 สัปดาห์ 6 วัน จำนวน 8 ครั้ง เกณฑ์คุณภาพ 5 ครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในการผ่าครรภ์มีผลปกติ แกร็บ รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจาก 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ มีเจ็บครรภ์ครรภ์คลอด มีน้ำเดิน และความดันโลหิต 170/100 มิลลิเมตรปรอท วัดความดันโลหิตซ้ำหลัง Bed rest 160/10 มิลลิเมตรปรอท ตรวจurine albumin 3+ ตรวจร่างกายพบบริเวณขาบวม +2 ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบวมของปากมดลูก 75 % ส่วนนำศีรษะอยู่ระดับ -1 ถุงน้ำแตก(24.00 น. 30 ตุลาคม 2566)น้ำ คร่ำสีปกติ แพทย์วินิจฉัย G3P1 011 GA 38 ⁺ wk. By U/S with Preeclampsia with severe feature ให้ยาแก้อันชักคือ Loading 10% MgSo ₄ gm + 5%DW 100 ml vein slow push ภายใน 30 นาที เวลา 07.23 น. และหลังจากนั้นให้ 50% MgSo ₄ 40 ml (20 gm) + 5%DW 960 ml rate 50 mV/hr. (1 gm/hr.) ทาง Infusion pump เวลา 0.7.40 น. On Acetar 1000 ml vein 40 ml/hr. NPO และ On foley' cath ก่อนส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสิรินธร

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	contraction พบ มี Interval 3 นาที Duration 35 วินาที ตรวจ Electro fetal monitoring (EFM) = Cat I ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50 % ส่วนนำศีรษะอยู่ระดับ 0 ถุงน้ำยังไม่แตก	
ประวัติการตั้งครรภ์/การคลอดและการเจ็บป่วยในอดีต	ยังไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ	ครรภ์ที่ 1 คลอดปกติ อายุครรภ์ครบกำหนด เพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,700 กรัม สุขภาพแข็งแรง อายุ 8 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด ครรภ์ที่ 2 แท้งครบ อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ ไม่ได้ขูดมดลูก 2 ปีผ่านมา
ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว	ยายและตาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	สมาชิกในครอบครัวปฏิเสธโรคประจำตัว
ประวัติการแพ้อาหาร สารเคมี และสารเสพติดต่างๆ	ปฏิเสธการแพ้อาหาร สารเคมี อาหาร ไม่ดื่มสุรา ไม่เคยใช้สารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้อาหาร สารเคมี อาหาร ไม่ดื่มสุรา ไม่เคยใช้สารเสพติด
ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	บ้านมีลักษณะชั้นเดียว โถงโปร่ง อาศัยอยู่กับบิดา มารดา ตนเองและสามี มีเพื่อนบ้านใกล้เคียงกันสามารถคุยปรึกษาได้	บ้านมีลักษณะชั้นเดียว อาศัยอยู่กับสามีและบุตร มีบ้านบิดา มารดา บ้านญาติอยู่ในละแวกเดียวกัน สามารถคุยปรึกษาได้
การวินิจฉัยครั้งแรก	G1P0 GA 37 ⁺³ wk. with R/O preeclampsia with severe features	G3P1011 GA 38 ⁺ wk. with preeclampsia with severe features
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	G1P0 GA 37 ⁺³ wk. with preeclampsia with severe features with Low transverse cesarean section	G3P1011 GA 38 ⁺¹ wk. with preeclampsia with severe features with normal delivery with acute postpartum hemorrhage due to uterine atony and tear cervix with hypovolemic shock

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

การวินิจฉัยการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะช็อก การประเมินผล 1. ไม่มีอาการช็อก 2. ความดันโลหิต Systolic blood pressure 120-180 มิลลิเมตรปรอท Diastolic blood pressure 70-100 มิลลิเมตรปรอท 3. urine output 80ml/ hr., DTR 2+ 4. 31 สิงหาคม 2566 เวลา 06.00 น. Mg level= 5.8 mmol/L	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะช็อก การประเมินผล 1. ไม่มีอาการช็อก 2. ความดันโลหิต Systolic blood pressure 106-126 มิลลิเมตรปรอท Diastolic blood pressure 70-80 มิลลิเมตรปรอท 3. urine output 70 ml / hr., DTR 2+ 4. 1 พฤศจิกายน 2563 เวลา 14.00 น. Mg level= 5.3 mmol/L
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดตัว	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้มารดาเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดอย่างเหมาะสม การประเมินผล 1. มารดาสามารถสามารถหลับพักได้ ช่วงมดลูกคลายตัวและหลังจากการได้รับยา	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้มารดาเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดอย่างเหมาะสม การประเมินผล 1. มารดาสามารถสามารถหลับพักได้ ช่วงมดลูกคลายตัวและหลังจากการได้รับ 5%DN/2 1000

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

การวินิจฉัยการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	MgSO ₄ ไป 6 ชั่วโมง ไม่มีการหดตัวของมดลูก มารดาไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด 2. ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ	ml + Synto 10 unit vein 20 ml/hr. มี Good uterine contraction และได้รับการย้ายเข้าห้องคลอดเวลา 15.15 น. และคลอดเวลา 15.25 น. 2. มารดาให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำได้ สามารถเผชิญความปวดได้ดี
3. กรณีศึกษาที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด เนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษ และมารดาครรภ์แรก กรณีศึกษาที่ 2 วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด และภาวะภาวะครรภ์เป็นพิษ ชนิดรุนแรง	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวลและมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด การประเมินผล 1. มารดาและครอบครัว คลายวิตกกังวลลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น 2. มารดาและครอบครัวเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำ	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวลและมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด การประเมินผล 1. มารดาและครอบครัว คลายวิตกกังวลลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น 2. มารดาและครอบครัวเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำ
4. กรณีศึกษาที่ 1 มีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดและจากการได้รับยา MgSO ₄ กรณีศึกษาที่ 2 มีการตกเลือดหลังคลอดจากภาวะ Uterine atony, Tear cervix และ การได้รับยา MgSO ₄	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การประเมินผล 1. แผลผ่าตัดไม่ซึม และมีเลือดออกทางช่องคลอด สีแดงจางออกน้อยลง เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 2 ผืน/เวร ออกประมาณ ออกประมาณ 25 มิลลิตร/ผืน 2. มดลูกหดตัวเป็นก้อนกลมแข็ง ระดับสะดือ 3. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/ 90 มิลลิเมตรปรอท 4. ปัสสาวะออกประมาณ 180 มิลลิตร/ชั่วโมง สีเหลืองใส 5. ไม่มี อาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เหงื่อออก ตัวเย็น	วัตถุประสงค์ มารดาปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด การประเมินผล มารดาไม่มี อาการหน้ามืด มีเวียนศีรษะเล็กน้อย ไม่มีเหงื่อออก มีตัวเย็นเล็กน้อย มดลูกหดตัวเป็นก้อนกลมแข็ง ขณะแพทย์ Suture cervix มีภาวะ hypovolemic shock สัญญาณชีพ ชีพจร 120 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 53/30 มิลลิเมตรปรอทได้ Acetar 1000 ml vein loading และ ผล Hct เหลือ 46 % หลังได้รับสารน้ำตามครบการรักษา สัญญาณชีพ ชีพจร 100-120 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที Systolic blood pressure 108-119 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกประมาณ 60 ml/ 1ชั่วโมง แพทย์พิจารณาขอ PRC 1 unit มาให้ด่วน
5. เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock ช้ำจากการตกเลือดหลังคลอด	-	วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะ Hypovolemic shock และการตกเลือดหลังคลอดซ้ำ การประเมินผล มารดาไม่มี อาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เหงื่อออก ตัวเย็น แผลฝีเย็บไม่มี Hematoma และมีเลือดออกทางช่องคลอด สีแดงจางออกน้อยลง หลัง off vaginal packing เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมง เลือดออกประมาณ 20 ml/8 ชั่วโมง มดลูกหดตัวเป็นก้อนกลมแข็ง ระดับ 4 นิ้ว ≥ สะดือ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7-36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที Systolic blood pressure 106-126 มิลลิเมตรปรอท Diastolic blood pressure 70-80 มิลลิเมตรปรอท O ₂ sat 100 % และได้ off

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

การวินิจฉัยการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
		O ₂ ปัสสาวะออกประมาณ 80 มิลลิลิตร/ ชั่วโมง เหลืองใส
6. มีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO ₄ (MgSO ₄ toxicity)	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล มารดาหลังคลอดปลอดภัยไม่พบอาการพึงประสงค์ของยา MgSO ₄ การประเมินผล มารดาหลังคลอดขณะให้ยา MgSO ₄ รู้สึกตัวดี ไม่ซึม ช่วยเหลือตัวเองได้พอควรคนเดียว ตรวจประเมิน Deep tendon reflex 2+ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออก ปัสสาวะออกประมาณ 80 มิลลิลิตร/ ชั่วโมง สีเหลืองใส ผล serum Mg Level 5.8 mmol/L (31 สิงหาคม 2566 เวลา 06.00 น.)	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล มารดาหลังคลอดปลอดภัยไม่พบอาการพึงประสงค์ของยา MgSO ₄ การประเมินผล มารดาหลังคลอดขณะให้ยา MgSO ₄ รู้สึกตัวดี ไม่ซึม ช่วยเหลือตัวเองได้พอควรคนเดียว ตรวจประเมิน Deep tendon reflex 2+ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออก ปัสสาวะออกประมาณ 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง สีเหลืองใส ผล serum Mg Level = 5.3 mmol/L (1 พฤศจิกายน 2563 เวลา 14.00 น.) ปริมาณปัสสาวะออก 70 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
7. กรณีศึกษาที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดคลอด กรณีศึกษาที่ 2	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล บรรเทาอาการเจ็บปวด การประเมินผล ปวดลดลง pain score 0 คะแนน มารดาไม่ขอยาแก้ปวด นอนหลับพักผ่อนได้ เคลื่อนไหวร่างกายโดยพลิกตะแคงตัวและลุกนั่งบนเตียงได้	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล บรรเทาอาการเจ็บปวด การประเมินผล ปวดลดลง pain score 1 คะแนน มารดาไม่ขอยาแก้ปวด นอนหลับพักผ่อนได้ เคลื่อนไหวร่างกายลุกนั่ง เดินได้สะดวก
8. กรณีศึกษาที่ 1 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลและมดลูกหลังผ่าตัดคลอด กรณีศึกษาที่ 2 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บและมดลูก	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด การประเมินผล อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดแห้งดี น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็น ออกประมาณ 20 มิลลิลิตรต่อวัน ปัสสาวะสีใส ไม่มีแสบขัดหลังถอดสายสวนปัสสาวะ	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด การประเมินผล อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส แผลฝีเย็บแห้งดี ไม่บวม น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็น ออกประมาณ 20 มิลลิลิตรต่อวัน ปัสสาวะไม่มีแสบขัดสีใส
9. มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สำเร็จเนื่องจากน้ำนมมาน้อยและอุ้มบุตรไม่ถูกวิธี	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล 1. เพื่อให้มารดามีน้ำนมและอุ้มให้นมบุตรถูกต้อง 2. มารดาเห็นถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน การประเมินผล วันที่ 1-2 กันยายน 2566 ปัญหาได้รับการแก้ไขหมด น้ำนมมาดีจากที่ซึมนเล็กน้อย น้ำนมมาหยุดใหญ่ขึ้นประมาณ 4-5 หยดเมื่อบีบทดลอง อุ้มให้นมบุตรได้ ประเมิน Latch score = 10 คะแนน มารดาบอกต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน สามารถตอบคำถามวันจำหน่ายเรื่องอาการแสดงลูกหิวและอึมิได้ถูกต้อง ขณะนอนรับการรักษาไม่ขอนมผสมอีก	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล 1. เพื่อให้มารดามีน้ำนมและอุ้มให้นมบุตรถูกต้อง 2. มารดาเห็นถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน การประเมินผล วันที่ 3 สิงหาคม 2563 ปัญหาได้รับการแก้ไขหมด น้ำนมมาดีจากที่ซึมนเล็กน้อย บีบได้ประมาณ 5-6 หยดและไหลต่อเนื่อง อุ้มให้นมบุตรได้ ประเมิน Latch score = 10 คะแนน มารดาบอกต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเป็นอย่างดีน้อย สามารถตอบคำถามวันจำหน่ายเรื่องอาการแสดงลูกหิวและอึมิได้ถูกต้อง ขณะนอนรับการรักษาไม่ขอนมผสมอีก

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

การวินิจฉัยการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<p>10. กรณีศึกษาที่ 1 มารดาหลังคลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 มารดาหลังคลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน</p>	<p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล มารดาหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และบอกวิธีการดูแลตนเองได้</p> <p>การประเมินผล มารดาหลังคลอด อธิบายการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันได้พอสังเขป และอาการแสดงสำคัญที่ต้องรีบพบแพทย์ได้ กังวลลดลง สิ้นหวังลดลง นอนพักผ่อนได้</p>	<p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล มารดาหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และบอกวิธีการดูแลตนเองได้</p> <p>การประเมินผล มารดาหลังคลอด อธิบายการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันได้พอสังเขป และอาการแสดงสำคัญที่ต้องรีบพบแพทย์ได้ กังวลลดลง สิ้นหวังลดลง นอนพักผ่อนได้</p>
<p>11. กรณีศึกษาที่ 1 มารดาหลังคลอดขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกที่บ้าน</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 ขาดความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวหลังคลอดในการดูแลตนเองและทารกที่บ้าน</p>	<p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการเตรียมจำหน่าย มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกที่บ้านได้</p> <p>การประเมินผล มารดาได้รับการเตรียมจำหน่าย มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกที่บ้านได้หลังจำหน่าย สามารถตอบแบบสอบถามได้ 24/25 คะแนน</p>	<p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการเตรียมจำหน่าย มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกที่บ้านได้</p> <p>การประเมินผล มารดาได้รับการเตรียมจำหน่าย มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกที่บ้านได้หลังจำหน่าย สามารถตอบแบบสอบถามได้ 25/25 คะแนน</p>
<p>ทารก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่ออุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานไม่เต็มที่</p>	<p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิกายต่ำ</p> <p>การประเมินผล สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 150 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 50 ครั้ง/นาที ทารกไม่มีตัวเย็น ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว</p>	<p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิกายต่ำ</p> <p>การประเมินผล สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 145 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 44 ครั้ง/นาที ทารกไม่มีตัวเย็น ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว</p>

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน² เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนำมาปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยที่มาเองและผู้ป่วยที่ส่งต่อรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน และได้จัดการปัญหาเพื่อป้องกันการชกจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง³ การจัดการปัญหา

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง การตกเลือดหลังคลอดและภาวะ Hypovolemic shock จากสหสาขาวิชาชีพ จนกระทั่งปลอดภัยและจำหน่ายกลับบ้านทั้งมารดาและทารก โดยการประเมินอาการรวมถึงการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน นับตั้งแต่มีอาการ จะทำให้ผู้ป่วยศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ปรีกษาภักพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษา ได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เพื่อป้องกันการภาวะแทรกซ้อนต่างๆและป้องกันการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารก

ข้อเสนอแนะ

1. ผลงานนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และระยะจำหน่ายได้

2. สามารถนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางให้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่ใหม่ประจำหอผู้ป่วยห้องคลอดหรือหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมรวมทั้งให้เป็นแนวทางการสอนนักศึกษาที่ฝึกงานในการให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงได้ ซึ่งถือว่าเป็นวิกฤตที่ก่อให้เกิดการทุพพลภาพของมารดาและทารก และ

เป็นสาเหตุการตายของมารดาทารก หากพยาบาลนักศึกษาเข้าใจพยาธิสภาพของโรค การเฝ้าระวังป้องกัน ติดตามและดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงให้ผ่านช่วงวิกฤตได้ จะทำให้มารดาและทารกปลอดภัย

3. สำหรับบทบาทพยาบาลควรเน้นการส่งเสริมการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ภาวะเสี่ยงตามความเป็นจริงซึ่งจะช่วยจูงใจและเกิดการยอมรับในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และลดโอกาสผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการตั้งครรภ์และการคลอด ลดโอกาสการเสียชีวิตมารดาและทารก

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2566. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน. สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2566, จาก <http://dashbord.anamal.moph.go.th>
2. ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (2565). การพยาบาลสตรีที่มีสามดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. *การพยาบาลและการผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะเสี่ยงสูงและภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 89-124). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่ : บริษัท สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด.
3. ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์. (2566). ครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง. ใน พิมล วงศ์ศิริเดช และคณะ (บรรณาธิการ). *พัฒนาทักษะเดิม เพิ่มเติมทักษะใหม่เพื่ออนาคตการดูแลปริกำเนิด* (หน้าที่ 23-32). สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพลส จำกัด.
4. Cunningham, F.G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J.S., Hoffman, B. L., Casey, B. M ... Spong, C.Y. (2018). *William obstetrics* (25thed.). New York: The McGraw Hill.

ผลการใช้แผนการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) ต่อระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกุมภวาปี
Results of using the visitation plan for visiting gallbladder gallstone surgery patients by Laparoscopic Cholecystectomy to anxiety levels and complications
Kumphawapi Hospital.

(Received: December 21,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

วิไล เหมือนทองจีน¹
Wilai Mueanthongjeen¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Quasi experiment by One-group pre-test post-test) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) และการใช้แผนการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) ต่อระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกุมภวาปี มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกันยายน- ธันวาคม 2566 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) จำนวน 40 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และDependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนดำเนินการโดยรวมอยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงาน โดยรวมอยู่ในระดับน้อย และระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนและหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) โรงพยาบาลกุมภวาปี มีค่าลดลง
คำสำคัญ : แผนการเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ ความวิตกกังวล

ABSTRACT

This study was Quasi experiment by One- group pre-test post-test. The objective was to study the level of anxiety and complications of patient undergoes surgery for gallstones via Laparoscopic Cholecystectomy and study visiting patients who have had gallstone surgery via Laparoscopic Cholecystectomy. on anxiety levels and complications of Kumphawapi Hospital. The research period is between September - December 2023, a total of 4 months. Sample size were 40 patients who had gallbladder gallstone surgery via Laparoscopic Cholecystectomy. Data were collected from questionnaires and medical records. Data analyzed by Content analysis (Content Analysis) frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

The results of the study found that the level of anxiety and complications of The patient undergoes surgery for gallstones via Laparoscopic Cholecystectomy. Kumphawapi Hospital before proceeding overall at a high level after operation Overall it is at a low level. and anxiety levels and complications of patient undergoes surgery for gallstones via Laparoscopic Cholecystectomy. Kumphawapi Hospital Before and after the operation were significantly different at the .05 level with post-operation anxiety levels and

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี

complications The patient undergoes video-guided gallbladder surgery for gallstones. (Laparoscopic Cholecystectomy) Kumphawapi Hospital has decreased values.

Keywords: Visiting the sick, Patients who have had gallbladder gallstone surgery performed via Laparoscopic Cholecystectomy, Anxiety

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุข บรรจุอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 – 2579) ในแผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการ Service Plan ด้าน Service Excellence เพื่อยกระดับมาตรฐานการให้บริการสุขภาพ จึงต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในด้านการผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาศักยภาพความเชี่ยวชาญของบุคลากรในการให้บริการ การพัฒนาด้านเครื่องมือ เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น ได้มีการนำเอาระบบบริหารจัดการคุณภาพในรูปแบบต่างๆ มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมถึงโครงการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพ ด้านระบบผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) เช่น การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง เป็นตัวอย่างหนึ่งของการยกระดับ มาตรฐานควบคู่ไปกับการลดค่าใช้จ่ายทั้งในแง่ของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งด้าน ค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MIS ทุกระบบกันมาก

การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง LC (Laparoscopic cholecystectomy) เป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ อุปกรณ์เครื่องมือราคาแพง มีเทคนิคและขั้นตอนการใช้เฉพาะเจาะจง รวมทั้งการให้การรักษาที่มีความแตกต่างจากการผ่าตัดทั่วไป มีการใช้แก๊สเข้าไปในช่องท้อง เพื่อช่วยให้ช่องท้องขยาย เพื่อการมองเห็นอวัยวะภายในที่ชัดเจน ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้อง LC มีความสำคัญทุกระยะของการผ่าตัด ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในระยะผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัด ต้องเตรียมเครื่องมือและศึกษาการใช้อุปกรณ์

เครื่องมือผ่าตัดที่เพิ่มเติมจากการผ่าตัดโดยทั่วไป และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่เป็นผลตามมา

ภาวะวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ มากมาย เช่น สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และภาวะการเจ็บป่วยของโรค รวมถึงการผ่าตัดทุกชนิด ดังเช่น ผู้ป่วยผ่าตัดในช่องท้อง ที่รอการผ่าตัด จะมีความรู้สึกวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด กลัวการดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น กลัวภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด กลัวผ่าตัดแล้วเสียชีวิต กลัวสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด ที่มีอากาศหนาวเย็น และมีอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ มากมาย รวมทั้งแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่แต่งกายแตกต่างกัน มีการสวมหมวกคลุมผม มีผ้าปิดปากปิดจมูก มองเห็นเฉพาะตา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็สามารถกระตุ้นให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลได้เป็นอย่างมาก (สุพานี, 2556) นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมการรักษาพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาลอีกมากมายที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้สื่อสาร เนื่องจากภาระในการดูแลผู้ป่วยมาก ยิ่งทำให้เกิดความกลัวความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น หากไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนและถูกต้อง จะเกิดความเข้าใจผิดถึงในระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด จะมีผลกระทบต่อ การตอบสนองการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัดด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของโรงพยาบาลแขวงบอริคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดช่องท้องและบทบาทของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด พบว่า ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด Exploratory กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 58.3 มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.6 มีระดับความวิตกกังวลในระดับสูง นอกจากนั้นพบว่าบทบาทของ

พยาบาลในการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมด้านร่างกาย การเตรียมด้านจิตใจ และอารมณ์ การสอนการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การเตรียมครอบครัว และการเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ และประสบการณ์ผ่าตัด จากผลการศึกษาดังกล่าว เป็นแนวทางให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านอาชีพ และประสบการณ์ผ่าตัดและพัฒนาวัตกรรมการเพื่อส่งเสริมการปรับสภาพจิตใจของผู้ป่วย⁴ และ การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลรูปธรรม-ปรนัยตามทฤษฎีการควบคุมตนเองต่อความวิตกกังวลและระยะเวลาในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่โรงพยาบาลหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยตามทฤษฎีการควบคุมตนเอง มีคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความดันซิสโตลิกและ ความดันไดแอสโตลิก พบว่า กลุ่มทดลองหลังให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กนกพร นทีธสมบัติ 2559)

โรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป M1 ขนาด 280 เตียง เป็นแม่ข่ายในการให้บริการในเขตอำเภอกุมภวาปี และโรงพยาบาลเครือข่ายในโซนลุ่มน้ำปาว จำนวน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธาตุ โรงพยาบาลวังสามหมอ โรงพยาบาลโนนสะอาด โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม และโรงพยาบาลห้วยเกิ้งตามวิสัยทัศน์ เราจะเป็นที่พึ่งในโซน แม่น้ำปาว ปี พ.ศ.2561 โรงพยาบาลกุมภวาปี มีศัลยแพทย์ 1 คน เริ่มผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง LC ปัจจุบัน มีศัลยแพทย์ 4 คน จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด LC ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 92ราย

106 ราย และ 127 ราย ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานความเสี่ยงการให้บริการของกลุ่มงานศัลยกรรม พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด 12 ราย แบ่งเป็นความรุนแรงระดับ H 1 ราย คือผู้ป่วยเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด และได้ส่งต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระดับ G 1 ราย ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ยังไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ คือ F จำนวน 2 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดภาวะถุงน้ำดีรั่ว (Bile Leakage) ระดับ D จำนวน 8 ราย ได้แก่ ใช้สูง ปวดศรีษะ มาก 1 ราย อาการท้องอืดรุนแรง 4 ราย อาการปวดไหล่ 2 ราย อาการคลื่นไส้อาเจียนมาก จำนวน 1 ราย ซึ่งความเสี่ยงดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น มีการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดล่าช้า ต้องใช้ระยะเวลานานที่ร่างกายจะมีสมรรถภาพที่ดีกลับมาเหมือนเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด คือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ให้ครอบคลุมทุกระยะของการผ่าตัด รวมถึงการดูแลของคร่อมอย่างต่อเนื่องทั้งร่างกายและจิตใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดมีความพร้อมทั้งทางด้าน ร่างกายและจิตใจก่อนที่จะเข้าผ่าตัด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหนึ่งในมาตรฐานคือการให้ข้อมูลความรู้ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด (ศศิษฎี สุวรรณศก และคณะ, 2554)ทำให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลและสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประเมินสถานการณ์ที่ต้องเผชิญและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และเพื่อรักษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (2551)³ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกุมภวาปี จึงกำหนดให้พยาบาลห้องผ่าตัดไปติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อความพร้อมของร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับการผ่าตัด การประเมินปัญหา ก่อนผ่าตัด และการให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัว

ก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในช่วงเย็บก่อนวันผ่าตัด 1 วัน และเย็บหลังผ่าตัด 1 วัน ซึ่งในปัจจุบันการเย็บผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจะให้ความสำคัญและมุ่งเน้นไปใน เรื่องการเตรียมร่างกายและ อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่จะใช้ในการผ่าตัด ยังไม่ครอบคลุม ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ เกิด ความรู้สึกมั่นใจ คลายความวิตกกังวลและลดความ กลัวลงได้ ยังพบปัญหาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก ขึ้นเมื่อมาเห็นบรรยากาศในห้องผ่าตัด โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเพศหญิงจะพบว่ามีสีหน้าที่กังวล มาก และจากการเปิดขยายการให้บริการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกุมภวาปี ตามservice plan มีการรับ เจ้าหน้าที่ใหม่มาปฏิบัติงานหลายคน การบริหาร องค์กรกำลังการให้บริการโดยการหมุนเวียนปฏิบัติ หน้าที่ตามแผนต่างๆทุกเดือน ทำให้บทบาทหน้าที่ ในการติดตามเยี่ยมให้ความรู้ไม่เหมือนกัน รวมถึงไม่ มีแผนการเยี่ยมที่เป็นแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยใน ฐานะเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงได้จัดทำแผนการ เย็บผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับห้องผ่าตัด ขั้นตอนและวิธีการที่ต้อง ปฏิบัติก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด การออกกำลัง ภายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้น ตัว การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้ได้รับรู้ข้อมูลที่ ถูกต้องพร้อม มอบคิวอาร์โค้ทแผ่นพับและวิดีโอ เพื่อเป็นความรู้แก่ญาติและผู้ป่วย สามารถทบทวน ความรู้ในการดูแลตนเองได้ เพื่อใช้เป็นแนวทางใน การเย็บผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน การติดตาม เย็บ พุดคุย ให้ความรู้ที่มีแบบแผนจะทำให้ผู้ป่วย รู้สึกมั่นใจ ปลอดภัย คลายความวิตกกังวล และ ศึกษาผลการใช้แผนการเยี่ยมต่อระดับความวิตก กังวลและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด นี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) โรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อ พัฒนาคุณภาพการพยาบาลในด้านการตอบสนอง ความต้องการด้านจิตใจของผู้ที่ผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดี ผ่านกล้องให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนระดับความวิตก กังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้อง วิดิทัศน์โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างก่อนและหลังการ ใช้แผนการเยี่ยม
2. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ โรงพยาบาลกุมภวาปี หลังการใช้แผนการเยี่ยม
3. เพื่อศึกษาผลการใช้แผนการเยี่ยมต่อระดับ ความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่รับ การผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) โรงพยาบาลกุม ภวาปี

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา ผลการใช้แผนการเยี่ยมต่อระดับ ความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่รับ การผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) โรงพยาบาลกุม ภวาปี เป็นการศึกษาที่ทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผล ก่อน และหลังการทดลอง (Quasi experiment by One- group pre-test post-test) มีระยะเวลาใน การดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน ระหว่าง เดือน กันยายน- ธันวาคม 2566 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ใน ถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) ทุกคน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด นี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) ระหว่างเดือนกันยายน- ธันวาคม 2566 รวม 4 เดือน โดยใช้เกณฑ์คัดเข้า ดังต่อไปนี้

- 1.เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดย ศัลยแพทย์ให้เข้ารับการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดี โดยใช้กล้อง

วิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) ที่โรงพยาบาลกุมภวาปี

2.ผู้ป่วยอายุ อายุ 20 ปี ขึ้นไป

3.ไม่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ไม่มีปัญหาทางจิตหรือสติปัญญา และไม่มีข้อห้ามเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายหรือลุกเดินหลังผ่าตัด

4.ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

5.อ่านหนังสือออก เข้าใจภาษาไทย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ Power analysis โดยใช้ระดับความเชื่อมั่น .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) 80 ค่าขนาด อิทธิพล(effect size) 3.57จากการคำนวณผลการศึกษา ที่ผ่านมา(Ritklar, 2009) จากการเปิดตารางสำเร็จรูปที่ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่ม (Polit & Hungler, 1999) ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 36 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ในกรณีที่มีการออกจากการศึกษา (10 % drop out) เท่ากับ 4 คน ดังนั้นจึงควรใช้ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ $36+4 = 40$ คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จำนวน 40 คนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี โดยการสุ่มอย่างง่าย ระหว่างเดือน เดือนกันยายน- ธันวาคม 2566 รวม 4 เดือน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา ผลการใช้แผนการเย็บต่อระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) โรงพยาบาลกุมภวาปี ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยโรงพยาบาลกุมภวาปี เลขที่KPEC 23/2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ แผนการเย็บต่อระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy)โรงพยาบาลกุมภวาปี โดยมี

เนื้อหาและกิจกรรมในการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) ในอุปกรณ์และสื่อประกอบการให้ข้อมูลมี แผนพับ ภาพพลิก คิวอาร์โค้ด โดยมีเนื้อหา ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลเรื่องโรคนิ่วในถุงน้ำดี 2) วิธีการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี 3) ข้อดีของการผ่าตัดผ่านกล้อง 4) ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดผ่านกล้อง 5)การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 6)อาการหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด สภาพความปวดที่ผู้ป่วยจะต้อง เผชิญและวิธีการจัดการกับความปวดตลอดจนสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่จะต้องเผชิญหลังจากออกจากห้องผ่าตัด 7) วิธีออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการearly ambulation 8) ผลแทรกซ้อน ที่อาจพบ คือ มีอาการปวดจุกแน่นท้องหรือหัวไหล่เนื่องจากการผ่าตัดมีการอัดแก๊สในช่องท้อง อาการเหล่านี้ สามารถบรรเทาได้ ด้วยการรับประทานยาแก้ปวดและ จะหายกลับเป็นปกติภายใน 1 วันหลังผ่าตัด หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย

1. แบบบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรสอาชีพ รายได้ บทบาทในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด

2. แบบวัดระดับความวิตกกังวล เป็นแบบ Rating scale 4 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย หมายถึง ไม่มีมีความวิตกกังวล เท่ากับ 1 คะแนน

มีบ้าง หมายถึง มีความวิตกกังวลบ้าง เท่ากับ 2 คะแนน

มีค่อนข้างมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก เท่ากับ 3 คะแนน

มีมากที่สุด หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
3.26 – 4.00	มีความวิตกกังวล มาก

- 2.51 – 3.25 มีความวิตกกังวล ปานกลาง
1.76 – 2.50 มีความวิตกกังวล น้อย
1.00 – 1.75 มีความวิตกกังวล ไม่มีเลย

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) ประกอบด้วย

1. ศัลยแพทย์เฉพาะทางผ่าตัดทางกล้อง
2. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม
3. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานห้องผ่าตัด

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อเกี่ยวข้องกับเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้หากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า ข้อคำถามบางข้อต้องแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขปรับปรุงก่อนนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .903

3. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ได้แก่ อาการไข้ ปวดแผลผ่าตัด ปวดแน่นท้อง ปวดไหล่ ภาวะลมใต้ผิวหนัง การช้ำร่างกาย โดยการสังเกตอาการช้ำร่างกายและการออกกำลังกายบนเตียงที่สอน ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลกุมภวาปีและทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยในกลุ่มงานห้องผ่าตัด และตักผู้ป่วยใน

3. ผู้วิจัยจัดเตรียมเอกสาร คู่มือการเยี่ยม แผ่นพับ ภาพพลิก แผนการเยี่ยมเรื่องการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความวิตกกังวล (Pretest)

ขั้นที่ 2 ขั้นทดลอง

5. ติดตามเยี่ยม ให้ความรู้เป็นรายบุคคลในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง ช่วงบ่ายก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ที่ตักผู้ป่วย โดยใช้เอกสาร คู่มือ/แผนการเยี่ยม แผ่นพับ เรื่องการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง พร้อมสัมภาษณ์ระดับความวิตกกังวล ครั้งที่ 1 และสัมภาษณ์ระดับความวิตกกังวล ครั้งที่ 2 หลังการใช้แผนการเยี่ยม คู่มือ แผ่นพับ เรื่องการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง

6. ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ที่ตักผู้ป่วยช่วงบ่ายหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด/บาดแผล/ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การ early ambulation การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน พร้อมให้ซักถามปัญหาต่างๆที่มีความวิตกกังวล และทบทวนความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดโดยใช้เอกสาร คู่มือ/แผนการเยี่ยม แผ่นพับ เรื่องการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง

7. ผู้วิจัยดำเนินการเยี่ยมและให้ข้อมูลทุกรายเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการวินิจฉัยโรค การรักษา การปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังผ่าตัดใสภาพแวด ชี้ให้เห็นบรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดเพื่อสร้างความคุ้นชิน ซึ่งมีขั้นตอนในการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัด ดังนี้

7.1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ ประเมิน ความต้องการและการจัดเตรียมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบตารางผ่าตัด ประจำวัน เพื่อเตรียมข้อมูลในการไปเยี่ยมผู้รับบริการ ก่อนการให้บริการ แนะนำตนเอง

และชี้แจง วัตถุประสงค์ในการเยี่ยมชมผู้รับบริการผ่าตัด
นิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง

1) กล่าวสวัสดิทักทายด้วย ใบหน้ายิ้มแย้ม
และกิริยาวาจาสุภาพเป็นกันเอง พร้อมทั้งเรียกชื่อ
ผู้ป่วยให้ถูกต้อง

2) แนะนำตนเอง ทำความรู้จัก เพื่อให้
ผู้รับบริการผ่าตัด รู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลายความ วิตก
กังวล และสอบถามอาการผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี
ด้วยท่าทางเอาใจใส่

7.2 การดำเนินการให้ข้อมูล การให้ความรู้
เกี่ยวกับโรค การรักษาโดยการผ่าตัด ผ่านกล้อง การ
ปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลัง การ ผ่า ตัด
สภาพแวดล้อมภายในห้อง ภาวะ แทรกซ้อน โดยใช้
แผ่นพับและภาพพลิกในการให้ข้อมูล

7.3 ทบทวนให้ข้อมูล เพิ่มเติม และการ
กล่าวลา ในขั้นนี้เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการผ่าตัด ได้
ซักถามข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม เพื่อคลายความ
วิตกกังวลและความกลัวต่อการให้บริการผ่าตัด

7.4 ชั้นประเมินผล/ปรับปรุง

1) หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการ
สัมภาษณ์มาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดูแล ให้
เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของ
ผู้รับบริการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ในแต่ละราย

2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบ
ประเมินความวิตกกังวล (Post test) โดยใช้เวลา
ประมาณ 10 นาที และกล่าว ขอบขอบคุณผู้ป่วยเมื่อตอบ
แบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว

ขั้นที่ 3 ชั้นหลังการทดลอง

8. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้ มาตรวจสอบ
ความถูกต้องและครบถ้วน

9. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่ม ตัวอย่างมา
วิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

10. สรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการ
วิเคราะห์ แผนการเยี่ยมต่อระดับความวิตกกังวลและ

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุง
น้ำดี ผ่าน กล้อง วิ ตี ท ศ น์ (Laparoscopic
Cholecystectomy)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิง
พรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ แบบบันทึก
ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ
อายุ สถานภาพสมรสอาชีพ รายได้ บทบาทใน
ครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด แบบวัด
ระดับความวิตกกังวล และแบบประเมิน
ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุง
น้ำดีผ่านกล้องวิ ตี ท ศ น์ ได้แก่ อาการไข้ ปวดไหล่ ปวด
อึดแน่นท้องมาก

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล
ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบ
ระดับความวิตกกังวล ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการศึกษา

1. ระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อน
ของ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง
วิ ตี ท ศ น์ (Laparoscopic Cholecystectomy)
โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนดำเนินการโดยรวมอยู่ใน
ระดับมาก เมื่อพิจารณาข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความ
วิตกกังวลมากที่สุด ได้แก่ กังวลเกี่ยวกับระยะเวลา
การนอนโรงพยาบาล รองลงมาได้แก่ กังวลเรื่องบ้าน
ไม่มีคนดูแลบ้านและ กังวลเรื่องปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
(มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 ± 0.44 รองลงมา
 3.73 ± 0.45 และ 3.70 ± 0.46 ตามลำดับ) หลังการ
ดำเนินงาน โดยรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาข้อ
ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลมากที่สุด ได้แก่
กังวลเรื่องความเจ็บปวดหลังผ่าตัด รองลงมาคือความ
กังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และกังวลเรื่องระยะเวลาใน
การผ่าตัดใช้เวลานาน กับกังวลเรื่องระบบการทำงาน
ของร่างกายหลังผ่าตัด เช่น อึดแน่นท้องประจำ (มี
ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 ± 0.78 รองลงมา 2.38
 ± 0.77 และ 2.35 ± 0.80 ตามลำดับ)

2. การเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ผ่าน กล้อง วิตีทัศน์ (Laparoscopic

Cholecystectomy) โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิตีทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความวิตกกังวล	3.56	0.15	2.17	0.31	39	19.887	.000	1.24750	1.53000

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิตีทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิตีทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) โรงพยาบาลกุมภวาปี มีค่าลดลง

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิตีทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนดำเนินการโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลมากที่สุด ได้แก่ กังวลเกี่ยวกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล รองลงมาได้แก่กังวลเรื่องบ้าน ไม่มีคนดูแลบ้านและ กังวลเรื่องปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด (มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 ± 0.44 รองลงมา 3.73 ± 0.45 และ 3.70 ± 0.46 ตามลำดับ) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สายทอง ชัยวงศ์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดช่องท้องและบทบาทของพยาบาล

ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลแขวงบอลิคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 58.3 มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.6 มีระดับความวิตกกังวลในระดับสูง จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้แผนการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิตีทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) ต่อระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกุมภวาปี ประกอบด้วย ความสำคัญของการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ประโยชน์ของการผ่าตัดผ่านกล้อง ให้คำแนะนำก่อนการผ่าตัด การเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัด ให้ความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดการผ่าตัดผ่านกล้อง วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัดการผ่าตัดผ่านกล้อง ให้ทราบถึงสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ก่อนกลับบ้าน ตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด¹ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนนา เพิ่มเพ็ชรและเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ (2559)⁵ ซึ่งพบว่าการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด การเยี่ยม ก่อนผ่าตัดครอบคลุมทั้งผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและผู้ป่วยนอก ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยและ

ครอบครัวต้องเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จะช่วยลดความวิตกกังวล บรรเทาความเจ็บปวด ส่งเสริมการฟื้นฟูหาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ทักษะและความรู้ในการให้คำแนะนำ การอธิบาย การทวนสอบความรู้ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้ารับ การผ่าตัด ตลอดจนให้ความสำคัญในการค้นหาปัญหาและประเมินความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยความละเอียดรอบคอบ รวมทั้งค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึก วิตกกังวล การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับ การพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการผ่าตัด อีกทั้งพยาบาลห้องผ่าตัดยังให้ความสำคัญของการเยี่ยมหลังผ่าตัดเพื่อตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในระยะ ก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด นอกจากนี้ ยังช่วยประเมินและค้นหาปัญหาเพิ่มเติมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่าง ใกล้เคียงปกติ ตลอดจนนำผลลัพธ์ทางการพยาบาลและคำแนะนำของผู้ป่วยมาใช้ปรับปรุงคุณภาพ การพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ หลังการดำเนินงาน โดยรวมอยู่ในระดับน้อย และก่อนและหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ระดับ ความวิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดนี้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) โรงพยาบาลกุมภวาปี มีค่าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของดรณี สมบูรณ์กิจ อัจฉรา มินาสันตริรักษ์ กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร รัชชยา มหาสิริมงคล (2561)⁶ ได้ศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง โรงพยาบาลมหาสารคาม วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ทวีไป โรงพยาบาลมหาสารคาม

ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนี้วในอุ้งน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องที่ได้จากการสังเคราะห์งาน วิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลลัพธ์คือได้แนวปฏิบัติ Care Map การดูแลผู้ป่วย ดังนี้คือ 1) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 3) การพยาบาลระยะจำหน่าย ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่า พยาบาลปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติการพยาบาลร้อยละ 96 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นี้วแนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ย อัตราการกลับมารักษาซ้ำจากการไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและภาวะแทรกซ้อนจากการ ผ่าตัด ต่ำกว่าก่อนการใช้นี้วแนวปฏิบัติ สรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องนี้ช่วยให้เกิดผลที่ดีในการดูแล จึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการศึกษา ผลการใช้แผนการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) ต่อระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนของ ควรประกอบด้วย การเสริมสร้างความเข้าใจใน ความสำคัญของการผ่าตัดนี้วในอุ้ง เข้าใจประโยชน์ของการผ่าตัดผ่านกล้อง ให้คำแนะนำก่อนการผ่าตัด การเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัด ให้ความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การผ่าตัดผ่านกล้อง วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัด การผ่าตัดผ่านกล้อง ให้ทราบถึงสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ก่อนกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาาระดับความวิตกกังวล
และภาวะแทรกซ้อน ของผลการใช้แนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาลในการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการ
ผ่าตัดในโรคอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สภาการพยาบาล. (2548). มาตรฐานบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิ. นนทบุรี : สภาการพยาบาล
2. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2548). มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับทดลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
3. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
4. สายทอง ชัยวงศ์ กล้าเผชิญ โชคบำรุง ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์.(2563). ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดช่องท้องและบทบาทของพยาบาล ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลแขวงบอลิคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 176 – 85
5. รัตนา เพิ่มเพ็ชร, เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2559;22:13-24.
6. ดร.ณิ สมบูรณ์กิจ อัจฉรา มีนาสันติรักษ์ กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร รัชชยา มหาสิริมงคล.(2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตีผ่านกล้อง โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม) พ.ศ. 2561 24-34

การพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยติดยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

The Development of Drug Addiction Rehabilitation Treatment Model to Prevent a Recurrence of Addictions in Drug Addicts Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

ดราวารณ มณีกุลทรัพย์¹
Darawan Maneekulsub¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยติดยาเสพติด และศึกษาผลของการพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยติดยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ทีมสุขภาพ จำนวน 24 คน และทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน ร่วมวิเคราะห์ สังเคราะห์ พัฒนารูปแบบฯ และผู้ติดยาเสพติดที่มาใช้บริการในคลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 60 คน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาตามขั้นตอน วงจรปรับปรุงคุณภาพของเดมมิง (Deming Cycle) หรือ PDCA Cycle ในการดำเนินการพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยติดยาเสพติด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้เสพยาเสพติด แบบประเมินระดับการเสพยาเสพติด และแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ประเมินผลก่อนและหลัง ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน มีนาคม ถึง ตุลาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ Dependent t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดโดยภาพรวม ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x} = 62.85$, SD. =9.63 หลังพัฒนาอยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x} = 69.75$, SD. =4.92 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการเสพยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดโดยภาพรวม ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x} = 67.65$, SD. = 35.21 หลังพัฒนาอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x} = 90.25$, SD. =14.47 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ระดับการเสพยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดโดยภาพรวม ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x} = 18.6$, SD. =2.19 หลังพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x} = 8.9$, SD. = 2.72 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยลดลงก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยติดยาเสพติด (ผู้ติดยาเสพติด) ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาระบบร้อยละความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยติดยาเสพติดโดยภาพรวม ร้อยละ 100 และ 5) ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยติดยาเสพติด (ทีมสุขภาพ) ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาระบบร้อยละความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยติดยาเสพติดโดยภาพรวม ร้อยละ 100

คำสำคัญ : ผู้ติดยาเสพติด, การพัฒนารูปแบบ, การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, การป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

Abstract

This research is an action research. The objective is to develop a rehabilitation treatment model for drug addicts. To prevent relapse in drug addicts. and study the results of developing a rehabilitation treatment model for drug addicts. To prevent relapse in drug addicts. Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province The sample group used in this study was a health team of 24 people and a team of related people of 10 people who participated in the analysis, synthesis, and development of the model, and drug addicts who received services in the drug addiction rehabilitation clinic. Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province, 60 people, by applying the concept of work development according to steps. Deming's Quality Improvement Cycle (Deming Cycle) or PDCA Cycle in developing a rehabilitation treatment model for drug addicts. To prevent relapse in drug addicts. The research instrument was a general information questionnaire. Assessment of intention to stop using drugs Self-protection behavior assessment form from drug use Substance abuse level assessment form and assessment of the feasibility of using a drug addiction rehabilitation model. Evaluate before and after The research was conducted between March and October 2023. Data was analyzed using descriptive statistics to find frequencies, percentages, means and Dependent t-tests.

The results of the study found that 1) Overall intention to stop using drugs among drug addicts. Before development it was at a very high level. has a mean of = 62.85, SD. =9.63 after developing at a very high level has a mean of =69.75, SD. =4.92 and when compared it was found that After development, the average value increased before development. Statistically significant at the 0.05 level. 2) Overall drug-taking behavior of drug addicts. before development was at a high level has a mean of = 67.65, SD. = 35.21 after developing at a high level has a mean of =90.25, SD. =14.47 and when compared it was found that After development, the average value increased before development. Statistically significant at the 0.05 level. 3) Overall level of drug use among drug addicts. Before development, it was at a moderate level. The mean was = 18.6, SD. =2.19 after development was at a moderate level. has a mean of =8.9, SD. = 2.72 and when compared it was found that After development, the average value decreased before development. Statistically significant at the 0.05 level 4) The possibility of using a drug addiction rehabilitation model. To prevent relapse in drug addicts. (Substance addicts) The results of the study found that after developing the system, the percentage of possibility of using the rehabilitation treatment model for drug addicts. To prevent relapse among drug addicts overall by 100 percent and 5) the possibility of using a rehabilitation treatment model for drug addicts. To prevent relapse in drug addicts (health team). The results of the study found that after developing the system, the percentage of feasibility of using the rehabilitation treatment model for drug addicts To prevent relapse among drug addicts overall 100 percent.

Keywords : drug addicts, model development, drug addiction rehabilitation treatment, prevention of relapse.

บทนำ

ปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดซึ่งถือว่าเป็น ปัญหาวิกฤติที่ประชาคมโลกกำลังประสบอยู่ สำหรับประเทศไทยนั้น ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่มีมาช้านาน¹ ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของผู้เสพและยังนำไปสู่การก่ออาชญากรรมที่รุนแรงต่อบุคคล ชุมชนและต่อสังคม เนื่องจากไม่สามารถหยุดยั้งหรือควบคุมแหล่งผลิตได้ ซึ่ง

ยังไม่นับรวมด้านอื่นๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นและตัวเสริมให้ปัญหายาเสพติดมีความซับซ้อนและแข็งตัว ยากต่อการป้องกันและแก้ไขได้มากขึ้น² จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกปี 2556 ของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNOD) ประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบการใช้ยาเสพติดทั่วโลกในภาพรวมคงที่ แต่มีการเพิ่มขึ้นของสารกระตุ้นระบบประสาท (AST) ประเภทแอมเฟตามีนในภูมิภาค

เอเชียตะวันออกเฉียงใต้³ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา ดังนั้นการดำเนินการแก้ไขปัญหาก็ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อแก้ไขปัญหาการเสพติด ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดที่ว่า “ผู้เสพ คือผู้ป่วย”⁴ พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการให้เข้าถึงง่าย ปรับปรุงกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีคุณภาพทั้งในส่วนของการคัดกรอง การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ เน้นให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการครบทุกขั้นตอนรวมทั้งติดตามดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ จึงเป็นเป้าหมายหลักที่หน่วยบริการควรเร่งดำเนินการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้น⁵ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสูง ครอบคลุม 15 ตำบล 143 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 76,744 คน อาชีพส่วนใหญ่คือ เกษตรกรรม กรรมกร และค้าขาย จากรายงานสถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพ (Focal points) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข ปี 2565 จังหวัดนครพนม พบว่า ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดนครพนม และในระดับอำเภอแกก็พบว่า ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญรองจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากการสำรวจสถิติผู้ติดยาเสพติดที่มารายงานตัวและขึ้นทะเบียนเพื่อบำบัดในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 84, 117 และ 106 รายตามลำดับ เป็นผู้ติดยาเสพติดประเภทกัญชา จำนวน 0, 3 และ 4 รายตามลำดับ เป็นผู้ติดยาเสพติดประเภทยาบ้า จำนวน 82, 114 และ 105 รายตามลำดับ เป็นผู้ติดยาเสพติดประเภทสารระเหย จำนวน 2, 0 และ 0 รายตามลำดับ ในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูพบว่า มีเป็นผู้ติดยาเสพติดเข้า

รับการบำบัดฟื้นฟูจริง จำนวน 84, 117 และ 106 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 100, 100 และ 100 ตามลำดับ ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูครบระยะการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 72, 87 และ 82 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 85.71, 73.36 และ 77.35 ตามลำดับ ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูไม่ครบระยะหรือหลุดออกจากระบบการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 12, 30 และ 24 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 14.28, 25.64 และ 22.64 ตามลำดับ ภายหลังการบำบัดฟื้นฟูจากการติดตามผู้ติดยาเสพติดพบว่า กลับไปเสพยา จำนวน 2, 5 และ 5 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 2.38, 4.27 และ 4.71 ตามลำดับ ผู้ติดยาเสพติดมีอากรทางจิต จำนวน 1, 3 และ 3 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.19, 2.56 และ 2.83 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพยาเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีโอกาสกลับมาเสพยาจนส่งผลกระทบต่อผู้ติดยาเสพติด ครอบครัว และชุมชนตามมา

จากการศึกษานำร่องเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดในคลินิกโดยการ focus groups เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบมีปัญหา คือ 1. ด้านระบบบริการพบว่า ระบบการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดไม่ชัดเจนมีความหลากหลาย ไม่มีแพทย์เฉพาะทางประจำคลินิกและขาดประสบการณ์ในการบำบัดขาดระบบการส่งต่อเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน เครือข่ายสุขภาพไม่ทราบและไม่มีส่วนร่วมในการบำบัดและกำกับติดตาม 2. ด้านบุคลากรพบว่าเจ้าหน้าที่มีการหมุนเวียนมาปฏิบัติงานในคลินิกยังไม่มีกำหนดบทบาทที่ชัดเจน การทำกลุ่มบำบัดมีความหลากหลาย 3. ด้านผู้ป่วยพบว่า ไม่เข้าบำบัดตามนัด ใช้ยาเสพติดอื่นๆ ขณะบำบัด กลับมาเสพยา 4. ด้านผู้ดูแลและญาติพบว่า ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลขาดความตระหนักรู้ในการกำกับ ติดตามผู้ติดยาเสพติด และ 5. ด้านชุมชนพบว่า ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล และไม่มีการกำกับติดตามร่วมกับหน่วยงาน ดังนั้น

การมีระบบบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ทีมเครือข่ายมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและการบำบัด รวมทั้งผู้รับการบำบัดเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการบำบัดฟื้นฟูและมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสมจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเลิกเสพยาเสพติดและไม่กลับมาเสพติดซ้ำต่อไป

ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยในฐานะที่เป็นผู้บริหารในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานในการดูแลด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นบุคลากรสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบายและให้บริการแก่ผู้ติดยาเสพติด จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำในผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการ PDCA ในการดำเนินการเน้นจัดรูปแบบระบบบริการในการบำบัดที่มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง บุคลากรมีความพร้อมด้านทักษะองค์ความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้ติดยาเสพติด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดยาเสพติดมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ยึดมั่นในการรักษา ควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และตัดสินใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอในการออกให้คำแนะนำ สอนแก่ผู้รับผิดชอบหน่วยงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งส่งเสริมผู้ติดยาเสพติดให้มีความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมในการป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดผู้ติดยาเสพติด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำในผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จ.นครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการกำหนดรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำในผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ที่มารับบริการในคลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาตามขั้นตอน วงจรปรับปรุงคุณภาพของเดมมิง (Deming Cycle) หรือ PDCA Cycle ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำในผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนมีนาคม- ตุลาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ/แก้ไข และขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงของทีมสุขภาพ เป็นทีมสุขภาพ คือทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลนาแกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเขตอำเภอนาแก จ.นครพนม ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ และนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลนาแกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 19 แห่งในเขตอำเภอนาแก จ.นครพนม จำนวน 24 คน และทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือผู้เข้ารับการบำบัดและผู้ปกครองหรือครอบครัวผู้เข้ารับการบำบัดในเขตอำเภอนาแก จ.นครพนม จำนวน 10 คน

2) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 คือ ผู้ติดยาเสพติด คือ ผู้ที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีสารเสพติดในปัสสาวะหรือในเลือด และมีหนังสือส่งตัวเพื่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดจากสำนักงานควบคุมความประพฤติ จังหวัดนครพนม ที่มารับบริการรักษาในคลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้

หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-probability sample) เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน มีนาคม ถึง ตุลาคม 2566 โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือผู้ติดเชื้อสารเสพติดที่เข้ามารับการบำบัด จำนวน 60 คน ที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ติดเชื้อสารเสพติด ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ติดเชื้อสารเสพติดที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีสารเสพติดในปัสสาวะหรือในเลือด หรือมีหนังสือส่งตัวเพื่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดเชื้อสารเสพติดจากสำนักงานคุมประพฤติ จังหวัดนครพนม สถานีตำรวจอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม และศาลจังหวัดนครพนม 3) มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตอำเภอนาแก และกำลังรับบริการบำบัดที่คลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้ติดเชื้อสารเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 4) มีสติสัมปชัญญะดี อ่านออก เขียนได้ และมีความยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร ส่วนที่ 2 แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด มีรายละเอียดเกี่ยวกับความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้เสพยาเสพติดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินระดับการกระทำ ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับการเสพยาเสพติด โดยใช้แบบคัดกรองการใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 เพื่อประเมินระดับการเสพยาเสพติด ส่วนที่ 5 แบบประเมินความ

เป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดเชื้อสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำในผู้ติดเชื้อสารเสพติด และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดเชื้อสารเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม และคู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดเชื้อสารเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (PLAN) หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดเชื้อสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำในผู้ติดเชื้อสารเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ได้แก่ 1) กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุง 2) เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุของปัญหา 3) การสนทนา/อภิปรายกลุ่ม (Group discussion) โดยที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้เข้ารับการบำบัดและผู้ปกครองหรือครอบครัวผู้เข้ารับการบำบัด ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (Focus group) เพื่อทราบความต้องการและนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหาสู่การกำหนดรูปแบบฯ วิธีการแก้ปัญหา 4) จัดทำแผนและรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดเชื้อสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำในผู้ติดเชื้อสารเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติตามแผน (DO) หมายถึง กระบวนการปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดเชื้อสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำในผู้ติดเชื้อสารเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ได้แก่ 1) ประชุมชี้แจงและเพิ่มพูนทักษะทีมสหวิชาชีพผู้ร่วมวิจัย 2) การลงมือปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดเชื้อสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำในผู้ติดเชื้อสารเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ที่กำหนดไว้ในการพัฒนาคลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้ติดเชื้อสารเสพติดในสถานบริการ เพื่อช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ/แก้ไข (Check)

หมายถึง กระบวนการตรวจสอบและศึกษารูปแบบการบำบัดพื้นฟูผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาเสพติดในผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยการสังเกต โดยมีระยะเวลาในการติดตามประเมินผลหลังการบำบัดจำนวน 3 ครั้ง คือในระยะ 2 สัปดาห์, 1 เดือนและ 3 เดือนหลังการบำบัด และประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามรูปแบบการบำบัดพื้นฟูผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาเสพติดในผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุง (ACT) หมายถึง

ขั้นตอนการตรวจสอบผลลัพธ์ของรูปแบบการบำบัดพื้นฟูผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาเสพติดในผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ได้แก่ 1) ประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด 2) ประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติด 3) ประเมินระดับการเสพยาเสพติด 4) ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อน-หลัง ในระยะเวลาดำเนินการ 4 เดือน 5) แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดพื้นฟูผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาเสพติด การวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปปรับแผนพัฒนารูปแบบการบำบัดพื้นฟูผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาเสพติดในผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมต่อไป

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1) แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด 2) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติด 3) แบบประเมินระดับการเสพยาเสพติด ใช้ของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสช.) V.2 ส่วนแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการ

บำบัดพื้นฟูผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติดตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน⁶ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 0.8 และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด พฤติกรรมการเสพยาเสพติด ระดับการเสพยาเสพติด สังเกต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดพื้นฟูผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาเสพติดในผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 5 เปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด พฤติกรรมการเสพยาเสพติด ระดับการเสพยาเสพติด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดพื้นฟูผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาเสพติดในผู้ติดเชื้อเสพยาเสพติด โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน dependent t-test

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยปกป้องกลุ่มตัวอย่างให้มีความปลอดภัยไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)⁷ ผ่าน

การขอพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 008/66 จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยต่อไป

ผลการวิจัย

ผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดในผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด (ผู้ติดสารเสพติด)

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (n=60)			หลังพัฒนา (n=60)			t	df	P-value
	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.			
ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด	สูงมาก	62.85	9.63	สูงมาก	69.75	4.92	-8.090	59	0.000
พฤติกรรมการเสพยาเสพติด โดยภาพรวม	สูง	67.65	35.21	สูง	90.25	14.47	-7.90	59	0.000
ระดับการเสพยาเสพติด โดยภาพรวม	ปานกลาง	18.6	2.19	ปานกลาง	8.9	2.72	28.62	59	0.000

จากตารางที่ 1 พบว่า

ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด (ผู้ติดสารเสพติด) ผลการศึกษาพบว่า ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดของผู้ติดสารเสพติดโดยภาพรวม ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x} = 62.85$, $SD. = 9.63$ หลังพัฒนาอยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x} = 69.75$, $SD. = 4.92$ และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมการเสพยาเสพติด (ผู้ติดสารเสพติด) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการเสพยาเสพติดของผู้ติดสารเสพติดโดยภาพรวม ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x} = 67.65$, $SD. = 35.21$ หลังพัฒนาอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x} = 90.25$, $SD. = 14.47$ และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับการเสพยาเสพติด (ผู้ติดสารเสพติด) ผลการศึกษาพบว่า ระดับการเสพยาเสพติดของผู้ติดสารเสพติดโดยภาพรวม ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x} = 18.6$, $SD. = 2.19$ หลังพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{x} = 8.9$, $SD. = 2.72$ และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยลดลงก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดในผู้ติดสารเสพติด (ผู้ติดสารเสพติด) ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาบรรเทาความเจ็บป่วยของผู้ติดสารเสพติด การใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดในผู้ติดสารเสพติดโดยภาพรวม ร้อยละ 100

ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดในผู้ติดสารเสพติด (ทีมสุขภาพ) ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาบรรเทาความเจ็บป่วยของผู้ติดสารเสพติด

บำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ติดสารเสพติดโดยภาพรวม ร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย ระบบศูนย์คัดกรองระดับตำบล ระบบบำบัดในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิครอบคลุมทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการบำบัดขั้นพื้นฐาน การคลินิกบำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาล ระบบการกำกับติดตามภายหลังการบำบัดของผู้ติดสารเสพติดสามารถบำบัดและส่งผลให้ผู้ติดสารเสพติดมีความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด นำไปสู่การลดและเลิกพฤติกรรมเสพยาเสพติด ระดับการเสพยาเสพติดลดลงและเลิกได้ในระยะ 3 เดือน ผู้ติดสารเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช วิเศษกลิ่น^๖ ศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราและเพิ่มการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา มีความคิดที่สมเหตุสมผลเกี่ยวกับสุราและมีการหลีกเลี่ยงการดื่มโดยการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 5 คน สามารถหยุดดื่มได้อย่างต่อเนื่อง โดยเพศชาย 2 คนลดการดื่มอยู่ในปริมาณที่ต่ำลงและพบการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่เพิ่มขึ้นโดยวัดจากคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) และการศึกษาของสิริพร ญาณจินดา, มานพ คณะโต^๗ ศึกษาประสิทธิผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่ตำบลนาแก อําเภอเมือง จังหวัดเลย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 20–30 ปี และไม่เคยเข้ารับการรักษามาก่อน เข้ารับการรักษาแบบ

บังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 การติดตามผลผู้ผ่านการบำบัดรักษาพบว่าส่วนใหญ่นัดให้ ผู้ผ่านการบำบัดมาพบที่หน่วยงานและทางจดหมาย/โทรศัพท์แต่มีเพียงร้อยละ 7.50 ที่ไปเยี่ยมบ้าน ผู้ผ่านการบำบัด โดยส่วนใหญ่ไม่ได้มีการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ และตรวจพบสารเสพติด เพียงร้อยละ 2.00 ส่วนการยอมรับจากสังคมพบว่าครอบครัวยอมรับ/ให้ความช่วยเหลือมากกว่าชุมชน ดังนั้นในการกำหนดรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดเพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำ การกำหนดนโยบายและมาตรการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ควรผลักดันมาตรการลดมลทินทางสังคม และเพิ่มการยอมรับของชุมชน มาตรการเหล่านี้จะช่วยให้ผู้มีประวัติเกี่ยวข้องกับยาเสพติดสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้รวมถึงสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติโดยไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขยายผลรูปแบบบริการไปยังหน่วยบริการระดับปฐมภูมิครอบคลุมทุกหน่วยบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบำบัด เน้นในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด ส่วนกลุ่มผู้เสพยาและผู้ติดส่งต่อเพื่อรับการบำบัดในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ
2. หน่วยบริการระดับทุติยภูมิควรดำเนินการจัดตั้งมินิธัญรักษ์ เพื่อให้บริการในการบำบัดผู้ติดสารเสพติดระยะต่อเนื่องจากกระยะถอนพิษ ในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทีมสุขภาพ ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ติดสารเสพติดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2560). รวมกฎหมายยาเสพติด พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (แก้ไขล่าสุด พ.ศ. 2560) และพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
2. อรทัย ธารแก้ว. (2562). การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 24. Journal of Graduate School SakonNakhon Rajabhat University, 16(72), 33-47.
3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2558). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด พ.ศ. 2558-2562. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
4. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560ก). คู่มือการดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดผู้ติดยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. นนทบุรี : ผู้แต่ง.
5. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
6. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.
7. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
8. ปิยนุช วิเศษกลิ่น. (2558). การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและเพิ่มการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา. การศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
9. สิริพร ญาณจินดา, มานพ คณะโต. (2558). ประสิทธิภาพการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่ตำบลนาแหม อำเภอมือง จังหวัดเลย. วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2558, หน้า 343-356.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ในชุมชน : กรณีศึกษา
Nursing pregnant women with high blood sugar levels during pregnancy in the community
: a case study.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

รุ่งฤดี เพ็งวิชัย¹
Rungluddee Phengvichai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ในชุมชน โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน การเยี่ยมบ้าน INHOMESS เป็นกรอบในการศึกษา เลือกแบบเฉพาะเจาะจง กระบวนการ 6 ขั้นตอนของการจัดการรายกรณี ของ pawell ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ ที่เข้ารับบริการที่ งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 มารดา G2P1A0L1 with previous c/s with GDMA2 วินิจฉัยเป็นเบาหวานอายุครรภ์ 9 สัปดาห์ 1 วัน ฝากครรภ์ 15 ครั้งครบเกณฑ์คุณภาพ ผลเลือด 2 ครั้งปกติ ผ่าตัดคลอด ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,230 กรัม APGAR score 8-9-9 สามารถดูลดาเบาหวานได้ กรณีศึกษาที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ G2P1A0L1with GDMA1 อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ฝากครรภ์ จำนวน 12 ครั้ง ครบเกณฑ์คุณภาพ ผลเลือด 2 ครั้งปกติ ผ่าตัดคลอดจากปากมดลูกไม่เปิด 1 กย 66 ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3210 กรัม APGAR score 8-10-10 ควบคุมอาหาร ไม่มีภาวะเบาหวานหลังคลอด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ประเมินผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน มีการเฝ้าระวังและติดตามการพยาบาลในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างใกล้ชิด จนสามารถคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอดและกรณีศึกษาทั้ง 2 รายติดตามเยี่ยมหลังคลอด 6 สัปดาห์ รายที่ 1 ตรวจ 75 gm ogtt postpartum สูงวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานรับการรักษา รายที่ 2 ผลปกติ ไม่มีภาวะเบาหวานหลังคลอด

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์ โรคเบาหวาน การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Abstract

This study was case study aimed to study nursing for pregnant women. with high blood sugar levels during pregnancy in the community By comparing two case studies using the concept of case management. Gordon's Health Model Community participation concept INHOMES home visits provide a framework for education. This is study purposive selection, 6-step process of Pawell's case management in pregnant women with high blood sugar levels during pregnancy. that received service at Primary and holistic services Primary and Holistic Services Group Somdej Phra Yupparat Kranuan Hospital Data were collected from medical records. Interview patients and relatives together with observation Set nursing diagnoses, plan nursing actions, and evaluate nursing outcomes. Content analysis was done by comparing 2 case studies.

Results: Case 1: Mother G2P1A0L1 with previous c/s with GDMA2 diagnosed with diabetes at 9 weeks 1 day of gestation, antenatal care 15 times, quality criteria met, blood results 2 times normal, cesarean section performed. Female infant weighing 3,230 grams, APGAR score 8-9-9, cesarean section on 22 May 2023. Case study 2, pregnant woman

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

G2P1A0L1with GDMA1, 11 weeks of pregnancy, 12 prenatal care visits, quality criteria met, blood results 2 times normal, cesarean section performed by mouth. The uterus did not open on 1 September 2023. Female baby weighs 3210 grams. APGAR score 8-10-10. Diet controlled. No postpartum diabetes. The two case studies assessed similar results. There is close surveillance and monitoring of nursing care in the community with family participation. Until being able to give birth safely No postpartum complications were found for mothers and infants, and both case studies followed up with a 6-week postpartum visit. Case 1 checked for 75 gm ogtt postpartum and was diagnosed with diabetes and received treatment. Case 2 had normal results, no post-diabetes condition. Giving birth.

Keywords: pregnant women, diabetes, nursing care for patients with gestational diabetes.

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคทางอายุรกรรมที่พบได้ขณะตั้งครรภ์ โดยพบประมาณร้อยละ 1.4-14 ของสตรีตั้งครรภ์ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 3.7-7.02-4 สตรีตั้งครรภ์ที่ควบคุมภาวะเบาหวานไม่ดีพอ จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อ สุขภาพทั้งของมารดาและทารก สำหรับมารดาจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 15-20¹⁶ ประมาณว่า มีจำนวนถึง 20.9 ล้านคน หรือร้อยละ 16.2 ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะน้ำตาลสูงในเลือด (ค.ศ. 2015)โดยร้อยละ 85.1 วินิจฉัยเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes) ร้อยละ 7.4 เป็นเบาหวานชนิดอื่นที่ตรวจพบตอนตั้งครรภ์ ในประเทศไทยรายงานอุบัติการณ์ของโรคนี้ร้อยละ 2.1-7 โรคเบาหวานมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์ทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก ดังนี้ 1.ผลต่อหญิงตั้งครรภ์มี อัตราเสี่ยงของภาวะดังต่อไปนี้เพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) ภาวะติดเชื้อของกรวยไต (Pyelonephritis) ภาวะครรภ์แฝดน้ำ (Hydramnios) การคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง (Cesarian delivery) เป็นต้น 2. ผลต่อทารก มีอัตราเสี่ยงของภาวะดังต่อไปนี้เพิ่มขึ้น ได้แก่ ทารกตายปริกำเนิด โดยเฉพาะในกรณี ที่ได้รับการดูแลรักษาไม่เหมาะสม การแท้ง (Spontaneous abortion) การควบคุมเบาหวานไม่ดี ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้งบุตรและความพิการแต่กำเนิด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์หากได้รับ

การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ซึ่งจะส่งผลดีต่อการลดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

จากการเปรียบเทียบข้อมูลของงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน พบหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ทั้งหมด ที่รับการประเมินการคัดกรอง โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ใน ปี พ.ศ. 2563- 2565 พบว่า ตรวจพบเสี่ยงเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 48.1 1 พ.ศ. 2566 ร้อยละ 76.24 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบปัจจัย สาเหตุ ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ ในชุมชน ปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 1. มีน้ำหนักเกิน 2. เคยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อนในครรภ์ก่อนหน้า 3. ครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2. 4. กลุ่มเสี่ยงมีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน (Prediabetes) ซึ่งหมายถึงมีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงกว่าปกติ แต่ไม่สูงพอที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ในชุมชน ผู้ศึกษาจึงสนใจเปรียบเทียบกรณีศึกษาเป็นแนวทางการดูแลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์โดยมี

ส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือหลังคลอดบุตร

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ในชุมชน โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการดำเนินการ

เป็นการศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง กระบวนการ 6 ขั้นตอนของการจัดการรายกรณี ของ pawell ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ ที่เข้ารับบริการที่งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	32ปี	27ปี
ส่วนสูง	158ซม.	161ซม.
น้ำหนัก	91 กก.	64กก.
BMI	36.45 โรคอ้วน	24.6 น้ำหนักตัวปกติ
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	ปวช	ม3
อาชีพ	ค้าขาย	เกษตรกร
ที่อยู่	ต หนองโก อ กระนวน จ ขอนแก่น	ต หนองโก อ กระนวน จ ขอนแก่น
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง

กรณีศึกษาที่ 1 มารดา อายุ 32 ปี G2P1A0L1 with previous c/s with GDMA2 วินิจฉัยเป็นเบาหวานอายุครรภ์ 9 สัปดาห์ 1 วัน ฝากครรภ์ 15 ครั้งครบเกณฑ์คุณภาพ ผลเลือด2 ครั้งปกติ ฝ่าตัดคลอด ทารกเพศหญิง น้ำหนัก3,230 กรัม APGAR score 8-9-9 สามารถลดยาเบาหวานได้ กรณีศึกษาที่ 2 มารดาอายุ 27 ปี G2P1A0L1with GDMA1 อายุครรภ์ 11สัปดาห์ ฝากครรภ์ จำนวน 12 ครั้งครบเกณฑ์คุณภาพ ผลเลือด2 ครั้งปกติ ฝ่าตัดคลอดจากปากมดลูกไม่เปิด 1 กย 66ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3210 กรัม APGAR score 8-10-10 ควบคุมอาหาร ไม่มีภาวะเบาหวานหลังคลอด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ประเมินผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน มีการเฝ้าระวังและติดตามการพยาบาลในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างใกล้ชิด จนสามารถคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอดและกรณีศึกษาทั้ง 2 รายติดตามเยี่ยมหลังคลอด 6 สัปดาห์ รายที่1 ตรวจ 75 gm ogtt postpartum สูงวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานรับการรักษา รายที่2 ผลปกติ ไม่มีภาวะเบาหวานหลังคลอด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ประจำเดือนไม่มา 2 เดือนจึงไปซื้อแผ่นตรวจการตั้งครรภ์มาตรวจด้วยตนเองผลตรวจพบว่าตั้งครรภ์จึงมาฝากครรภ์	เวียนศีรษะในสัปดาห์แรกพร้อมกับประจำเดือนไม่มา 2 เดือน
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	มารดา G2P1A0L1 อายุครรภ์ 9 สัปดาห์ 1 วัน มาฝากครรภ์ มารดา G2P1A0L1 อายุครรภ์ 9 สัปดาห์ 1 วัน ประวัติประจำเดือนวันแรกครั้งสุดท้าย	มารดา G2P1A0L1 อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ มีคลื่นไส้อาเจียน วันมาฝากครรภ์ มาฝากครรภ์
ประวัติการตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ G2P1A0L1 อายุครรภ์ 9 สัปดาห์ 1 LMP 28 สิงหาคม 2565 EDC 6 มิถุนายน 2566 มาฝากครรภ์ จำนวน 15 ครั้งครบเกณฑ์คุณภาพ ผลเลือดครั้งที่ 1 VRRL None reactive, Anti HIV Negative, HBsAg Negative, HCT 44vol% , OF Negative, DCIP Negative ผลเลือดครั้งที่ 2 VRRL None reactive, Anti HIV Negative, HCT 38 vol%	หญิงตั้งครรภ์ G2P1A0L1 อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ LMP 28 พฤศจิกายน 2565 EDC 4 กันยายน 2566 มาฝากครรภ์ จำนวน 12 ครั้งครบเกณฑ์คุณภาพ ผลเลือดครั้งที่ 1 1 VRRL None reactive, Anti HIV Negative, HBsAg Negative, HCT 37 vol% OF Negative, DCIP Negative ผลเลือดครั้งที่ 2 VRRL None reactive,) Anti HIV Negative, HCT 34 vol%,
โรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว
ประวัติแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยาใดๆ	ไม่มีประวัติแพ้ยาใดๆ
สิ่งเสพติด	ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา	ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา
ปัจจัยเสี่ยง	อ้วน BMI 36.45 ครรภ์แรกคลอด นน 4200 กรัม ตรวจ 50 กรัมสูง แต่ 100 กรัม 2 ครั้งปกติ รักษาแบบคุมอาหาร นน ก่อนท้องครรภ์แรก 70 กก	ตั้งครรภ์แรก GDMA1
อาการแรกรับและตรวจร่างกาย	รู้สึกตัวดี ถาม ตอบรู้เรื่อง น้ำหนัก 91 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) 36.45 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง อัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที สัมพันธ์กับการขยายของทรวงอก ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่หลอดเลือดแดงส่วนปลาย (SpO2) เท่ากับ 99% ตรวจร่างกายทั่วไปปกติ ฟังปอดทั้งสองข้างปกติ lung clear ตรวจ Urine dipstick ไม่พบโปรตีนและไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะ HEENT : not pale no jaundice jaundice - Heart : normal no murmur - Lung : Clear Abd : soft, not tender Ext : no edema Neuro = E4V5M6	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 161 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย(BMI) 24.6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/82 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่หลอดเลือดแดงส่วนปลาย (SpO2) เท่ากับ 99% ตรวจร่างกายทั่วไปปกติ ฟังปอดทั้งสองข้างปกติ lung clear ขาไม่บวม เปลือกตาไม่ซีด ตรวจ Urine dipstick ไม่พบโปรตีนและไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะ HEENT : not pale no jaundice - Heart : normal no murmur - Lung : Clear Abd : soft, not tender Ext : no edema Neuro = E4V5M6

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ตรวจครรภ์ U/S Echo	ระดับยอดมดลูก SP อายุครรภ์ 9 สัปดาห์ 1 วัน มีตรวจ fetal echo ตอน wk. ผล wnl วันที่ 20มค66 US NST ผลปกติ 140-150bpm	ระดับยอดมดลูก SP อายุครรภ์ 11สัปดาห์ มีตรวจ fetal echo ตอน 10 wk. ผล wnl วันที่ 25สค65 US NST ผลปกติ 140-150bpm
ประวัติฝากครรภ์	ฝากครรภ์คุณภาพ 15 ครั้ง	ฝากครรภ์คุณภาพ 12 ครั้ง
ผลการคลอด	ผ่าตัด คลอด ทารกเพศหญิง น้ำหนัก3230 กรัม APGAR score 8-9-9 วันที่คลอด 22พค66 ผ่าตัดคลอด	ผ่าตัดคลอดจากปากมดลูกไม่เปิด 1 กย 66 ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3210 กรัม APGAR score 8-10-10
การวินิจฉัย	G2P1A0L1 with previous c/s with GDMA2	G2P1A0L1with GDMA1
ยาที่ได้รับ	NPH 22 u hs RI 8 – 0 – 8 AC Obimin 1x1pc Caco3 1x1pc ASA81 2x1pc until 36 weeksเริ่มให้26มค66	Obimin 1x1pc Caco3 1x1pc Dietcontrol DM non MED

ผลลัพธ์ทางการแพทย์

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เปรียบเทียบ

กรณีศึกษาที่ 1 มารดา G2P1A0L1 with previous c/s with GDMA2 อายุครรภ์ 9 สัปดาห์ 1 วัน ประวัติประจำเดือนวันแรกครั้งสุดท้าย จำนวน 15 ครั้ง ควบคุมคุณภาพ ผลเลือด 2 ครั้งปกติ ผ่าตัดคลอด ทารกเพศหญิง น้ำหนัก3230 กรัม APGAR score 8-9-9 ผ่าตัดคลอดวันที่ 22 พค2566 ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ ควบคุมไม่ดี น้ำหนัก BMI มากกว่า36.45 รูปร่างอ้วน ชอบซื้ออาหารทานเองเคยมีการคลอดที่เสี่ยงต่อเบาหวานในครรภ์แรก จนปัจจุบัน ยาที่ได้รับ ฉีด NPH 22 u hs RI 8 – 0 – 8 AC

อาจมีภาวะแท้งคุกคามได้ จึงให้ยา ASA81 2x1pc until 33 weeks Obimin 1x1pc ยา ASA81 2x1pc until 36 weeks ซึ่งแตกต่างจากกรณีศึกษารายที่ 2 Dietcontrol DM non MED ควบคุมอาหารได้ดี รูปร่างสมส่วน BMI 24.6 ปกติ

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ G2P1A0L1with GDMA1 อายุครรภ์ 11สัปดาห์ มาฝากครรภ์ จำนวน 12 ครั้ง ควบคุมคุณภาพ ผลเลือด 2 ครั้งปกติ ผ่าตัดคลอด จากปากมดลูกไม่เปิด 1 กย 66 ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3210 กรัม APGAR score 8-10-10 ยาที่ได้รับ Obimin 1x1pc Caco3 1x1pc Dietcontrol DM non MED

กรณีศึกษารายที่ 1 มีวิตกกังวลกลัวอันตรายต่อตนเองและบุตร จากเคยเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์แรก ที่เคยคลอดผิดปกติจนต้องผ่าคลอด นนเด็กแรกคลอดมากกว่า 4200กรัม ส่งยารายที่ 2 ไม่เคยคลอดมาก่อนจึงมีความกังวลที่จะกระทบต่อบุตรตนเอง ขณะคลอดและหลังคลอด ผลการติดตามวัดความดันโลหิตของรายที่ 1 เฉลี่ย สูงกว่ารายที่ 2 และเคยมีอาการบวมที่ขา 2 ข้าง BMI รายที่ 1 สูงกว่ารายที่ 2 พบว่าขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการคุมอาหารและการออกกำลังกายผู้ป่วยกรณีศึกษาที่หนึ่งมีการซื้ออาหารกินเองและไม่ได้ออกกำลังกายเลยเพราะทำงานโรงงานเล็ก ดึกส่วนรายกรณีที่ 2 มีความรู้ในการปฏิบัติตัวในเรื่องควบคุมอาหารหลังจากรับทราบข้อมูลก็มีการควบคุม

น้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ยังขาดการออกกำลังกาย เช่นกันและยังซื้ออาหารรับประทานโดยไม่ได้ทำเองจึงทำให้เพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความตระหนักในการออกกำลังกาย

การติดตามเยี่ยมช่วงก่อนคลอดบุตร ผ่าครรภ์ ANC หลังจากที่มีการดูแลในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ได้อบรมไปร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและผู้ดูแลมีการให้ความรู้และติดตามเป็นระยะตามเกณฑ์ของการเยี่ยมบ้าน ผลการดูแลรายการณ์ในการศึกษารายการณ์ที่ 1 พบระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ศึกษาและนำทีมสุขภาพการติดตามเยี่ยมช่วงหลังคลอดบุตร คลอด 6 สัปดาห์ ทั้ง 2 ราย ผลตรวจกรณียายที่ 1 พบค่าทดสอบเบาหวาน 75 gm ogtt postpartum เริ่มให้ยาเบาหวานผลตรวจเลือดล่าสุด FBS 92 mg % HbA1C 4.9 mg % BUN 7.9 mg/dl Cr 0.35 mg/dl รายการณ์ที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้น้อยกว่า 50 gm ogtt postpartum ได้ซึ่งเป็นผลดีไม่ได้ใช้ยารักษาเบาหวานตลอดการผ่าครรภ์จนกระทั่งคลอด ผลการตรวจเลือดล่าสุดปกติ ติดตามพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมดีขึ้นในรายที่ 1 หลังเริ่มยาเบาหวาน มีการจดบันทึกมีการเจาะเลือดที่บ้านและมีการตัดติดตามผลและรายงานผลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน หลังจากนั้นปิดการเยี่ยมครั้งที่ 3 กรณียายทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน มีการเฝ้าระวังและติดตามการพยาบาลอย่างใกล้ชิด จนสามารถคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด มีภาวะเบาหวานหลังคลอด 1 ราย และดีขึ้น ส่วนอีก 1 รายติดตามต่อเนื่องผลตรวจเบาหวานปกติ

อภิปรายผล

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จะต้องใช้กระบวนการที่ถูกต้องครบถ้วนเพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ ในชุมชน โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ใช้แนวคิดการจัดการรายการณ์ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน การเยี่ยมบ้าน INHOMESS เป็นกรอบในการศึกษา² กระบวนการ 6 ขั้นตอนของการจัดการรายการณ์ ของ pawell ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ ที่เข้ารับบริการที่ งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน¹¹ ตั้งแต่การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การให้การพยาบาลและประเมินผลโดยยึดหลักแบบองค์รวม⁹ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี สามารถลดความรุนแรงของโรค จึงจำเป็นต้องใช้หลักทางวิชาการ การศึกษาจากประสบการณ์ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานนั้น จะต้องดูแลตนเองที่บ้าน หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคภาวะแทรกซ้อน การดูแล รักษา และสามารถประเมินสภาพเพื่อดูแลตนเองได้ หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ น้อยที่สุด เจ้าหน้าที่ต้องสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ คลายความกังวล เกิดกำลังใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเนื่องจากกรณียายทั้ง 2 ราย มารดาหญิงตั้งครรภ์เป็นเบาหวาน ภายหลังคลอดอาจส่งผลกระทบต่อเป็นเบาหวานต่อเนื่องในอนาคต ต้องเน้นย้ำและติดตามอย่างใกล้ชิด ทุกกระยะการผ่าครรภ์ จากการดูแลหญิงตั้งครรภ์พบภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงในช่วงท้ายสัปดาห์ที่ 33 ไม่รุนแรงและสามารถควบคุมภาวะดังกล่าวได้เกิดจากการติดตาม และเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยในการดูแล ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน¹²

ข้อเสนอแนะ

บทบาทพยาบาลในการจัดการรายกรณี การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ในชุมชน แบบมีส่วนร่วมดูแลและป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลสูงในเลือดพัฒนาแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์

เป็นมาตรฐาน ให้ความรู้คัดกรอง ตรวจประเมินจากชุมชน ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์จนคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัยมีมาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรรณธัช ปัญญาใส พิชามณูญ ภูเจริญ, ณิชกมล เปียอยู่.การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี2560;28(1):51-62.
2. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(2):50-9.
3. วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดิ์, มลิวลัย บุตรดำ, ทศณีย์ หนูนารถ, เบญจวรรณ ละหุการ. ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : บทบาทพยาบาลกับการดูแล. ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2562;9(2):100-13.1.
4. บุญสืบ โสโสม, เกศแก้ว วิมลมาลา, เยาวดี สุวรรณนาคะ,จุฬารัตน์ หัวหาญ. การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ:การดูแลที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์เบาหวานในยุคโควิด-19.วารสารแพทยธานี 2564;48(1):224-40.
5. บุญชม ศรีสะอาด. การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบบมาตราส่วนประมาณค่า. วารสารวัดผลการศึกษา 2539;2(1):64-70.
6. พรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์, เซษฐา แก้วพรม.ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560:27(3):91-106.
7. แสงดาว แจ้งสว่าง, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี.ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563 : 28 (3):79-89.
8. Pirdehghan A, Eslahchi M, Esna-Ashari F,Borzouei S. Health literacy and diabetescontrol in pregnant women. J Family MedPrim Care 2020;9(2):1048-52. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_891_19.
- 9.กนกรรณณ ฉันทะมณฑล. (2559). การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์.กรุงเทพฯ: ส.เจริญ การพิมพ์.
- 10.กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และอรพินท์ สีขาว. (2557) การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์.วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 50-59.
- 11.จุฑาทงศ์ เตชะสืบ วราภรณ์ บุญเชียงและรังสิยา นารินทร์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่ เป็นเบาหวาน. พยาบาลสาร ปีที่ 47 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2563 หน้า111-121.
- 12.ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล. (2550). แนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- 13.มานี ปิยะอนันต์ และคณะ. (2558). ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- 14.สายลม เกิดประเสริฐ. (2560) การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ในเพิ่มศักดิ์ สุมะสมศรี, นาเรศ วงศ์ไพฑูริย์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, และณัฐธินี ศรีสันติโรจน์ (บ.ก.), ก้าวหน้าไปด้วยกันเพื่อการบริบาลปริกำเนิด 4.0 (น. 129 -134). กรุงเทพฯ: เนียน ศรีเอชชั่น
- 15.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. (2558). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน. ใน เยาวเรศ สมทรัพย์,บรรณาธิการ. การผดุงครรภ์ เล่ม 1. สงขลา: หาดใหญ่; เบสท์เซลล์ แอนด์เซอร์วิส.
16. American Diabetes Association. (2012). Standards of Medical Care in Diabetes care 2009. Brussels:International Diabetes Federation.
- 17.Kendrick JM. (2011). Screening and diagnosing gestational diabetes mellitus revisited: implications from HAPO. J Perinat Neonatal Nurs, 25(3), 226-32.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลรูทะรูระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of patients with Enterocutaneous Fistula: 2 case studies.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

กาญจนา ขุ่มด้วง¹
Kanjana Khumduang¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลรูทะรูระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) 2 ราย คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีแผลรูทะรูระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 65 ปี มีประวัติเป็น CA sigmoid colon และประวัติเคยผ่าตัดส่อง ปวดท้องมาก ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับการผ่าตัด Explore laboratory with lysis adhesion with repair colon with repair small bowel with temporary closure หลังผ่าตัด ผู้ป่วยปวดท้องมากขึ้น ผลซีมตลอด แพทย์ประเมินผู้ป่วยมี Small bowel perforation ได้รับการผ่าตัดครั้งที่ 2: Abdominal toilet with temporary closure with tube enterostomy with Vacuum dressing เปลี่ยน vacuum dressing ไปทั้งหมด 86 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับ Total parenteral nutrition ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ และการจัดการสารคัดหลั่ง ผู้ป่วยปลอดภัย กลับบ้านได้ รวมอยู่รักษา 281 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 34 ปี มีประวัติเป็น Sigmoid Colon Cancer invade bladder S/P Loop transvers colostomy with Ureterostomy ผลบริเวณหน้าท้องมีสิ่งคัดหลั่งซีมเป็นเศษอาหารออกตลอดเวลา ร่วมกับมีไข้ ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน แกร็บ ความดันโลหิต 84/47 mmHg มีภาวะ Septic shock เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น มี Urinary tract infection, Severe malnutrition, Hypokalemia, Hypoalbuminemia และ Anemia ผู้ป่วยได้รับ Partial parenteral nutrition ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ และการจัดการสารคัดหลั่ง ผู้ป่วยปลอดภัย Refer กลับโรงพยาบาลชุมชน รวมอยู่รักษา 21 วัน

คำสำคัญ: แผลรูทะรูระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง

Abstract

This study was case study aimed to study and make a comparison to provide the nursing care guidelines for patients with septic shock. This was study of two case studies. Two patients with septic shock were selected. Data were collected from medical records. The concept of Gordon's 11 Functional Health Patterns was employed. The related literature was reviewed from documents, textbooks, academic works, articles and related research to find out patients' problems, formulate nursing diagnosis to plan nursing practice, make a summary and evaluate nursing outcomes.

Results:

The first case study was a 65 yearsold, with a history of CA sigmoid colon and history of brain surgery. He had severe abdominal pain 3 hours before coming to the hospital and was admitted to the surgery ward. Khon Kaen Hospital Had surgery. Explore laboratory with lysis adhesion with repair colon with repair small bowel with temporary closure. After surgery, the patient had more abdominal pain. The

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

wound was leaking. The doctor assessed the patient as having Small bowel perforation. Had a second surgery: Abdominal toilet with temporary closure. closure with tube enterostomy with Vacuum dressing. The vacuum dressing was changed a total of 86 times. The patient received total parenteral nutrition along with antibiotics. and management of secretions The patient was safe and was able to go home. Total treatment was 281 days.

The second case study was a 34 yearsold, with a history of Sigmoid Colon Cancer invading the bladder S/P Loop transvers colostomy with Ureterostomy. Abdominal wound has food secretions leaking out all the time. Along with having a fever 2 days before coming to the hospital, when first admitted, blood pressure was 84/47 mmHg, she had septic shock and was admitted to the surgical ward. Khon Kaen Hospital has Urinary tract infection, Severe malnutrition, Hypokalemia, Hypoalbuminemia and Anemia. Patients receive Partial parenteral nutrition along with antibiotics. and management of secretions The patient is safe. Refer back to the community hospital for a total of 21 days of treatment.

Keywords: Enterocutaneous Fistula

บทนำ

แผลรูทวารระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง (enterocutaneous fistula) เป็นแผลที่มีรูเชื่อมต่อกันระหว่างอวัยวะในระบบทางเดินอาหารกับผิวหนัง ทำให้มีสิ่งขับหลั่งไหลจากตำแหน่งทางเดินอาหารที่เกิดรูทะลุออกมาสู่ผิวหนังภายนอก⁶ จากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2563-2565 พบว่า มีผู้ป่วยที่มีแผลรูทวารระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนังมารับการรักษาในหอผู้ป่วย จำนวน 3, 1 และ 4 ราย ตามลำดับ แม้ว่าอุบัติการณ์เกิดแผลรูทวารระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนังจะมีจำนวนน้อยแต่ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น เสียสมดุลน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ผิวหนังรอบแผลรูทวารระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนังถูกทำลายมีภาวะทุพโภชนาการ มีกลิ่นเหม็นรบกวน⁷ มีอัตราการตายสูง โดยเฉพาะอัตราการตายจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดถึงร้อยละ 15-25³ ไม่สุขสบายจากสิ่งขับหลั่งเปรอะเปื้อน อาการปวด นอนไม่หลับ วิตกกังวล⁷ รวมทั้งต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายสูง⁵ ถ้าหากผู้ป่วยที่มีแผลรูทวารได้รับการดูแลโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญ นอกจากผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมแล้วยังมีโอกาสได้รับความรู้ เทคนิคต่างๆ และคำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี

คุณภาพชีวิตที่ดีปัจจุบันในต่างประเทศมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลรูทวารระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง จะช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและระบบสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลรูทวารระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง
2. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลรูทวารระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง
3. เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลรูทวารระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study)

1. คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีแผลรูทวารระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน จากเวชระเบียนผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการ

เจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ และแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ 2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลรูทะลุระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

ผลลัพธ์จากการศึกษานำเสนอโดย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การเจ็บป่วยและการรักษา 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3) การพยาบาลที่สำคัญ

1. การเจ็บป่วยและการรักษา นำเสนอข้อมูลการเปรียบเทียบ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน การวินิจฉัยโรค ผลการตรวจพิเศษ การรักษาที่ได้รับ และการจำหน่ายของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	65 ปี	34 ปี
อาการสำคัญ	ปวดท้องมาก ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	แผลบริเวณหน้าท้องมีสิ่งคัดหลังซึมเป็นเศษอาหารออกตลอดเวลา ร่วมกับมีไข้ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องมาก เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับการผ่าตัด Explore laboratory with lysis adhesion with repair colon with repair small bowel with temporary closure หลังผ่าตัด ผู้ป่วยปวดท้องมากขึ้น แผลซึมตลอด แพทย์ประเมินผู้ป่วยมี Small bowel perforation ได้รับการผ่าตัดครั้งที่ 2: Abdominal toilet with temporary closure with tube enterostomy with Vacuum dressing	2 วันก่อนมาโรงพยาบาล แผลบริเวณหน้าท้องมีสิ่งคัดหลังซึมเป็นเศษอาหารออกตลอดเวลา ร่วมกับมีไข้ ไปที่โรงพยาบาลชุมชน มีภาวะ Septic shock จึง Refer มารักษาตามสิทธิ์ที่โรงพยาบาลขอนแก่น
การวินิจฉัยแรกเริ่ม	Hollow viscus organ perforation Suspected Duodenal Ulcer Perforation	Enterocutaneous Fistula with Septic shock
การตรวจค้นเพื่อการวินิจฉัย (investigation)	- Colonoscopy - Long gastrointestinal study - CT whole abdomen	ไม่มี
การรักษาแผลรูทะลุระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง	Vacuum dressing ไปทั้งหมด 86 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับ Total parenteral nutrition ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ	Pouch with one piece ผู้ป่วยได้รับ Patial parenteral nutrition ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	281 วัน	21 วัน
สถานะการจำหน่าย	แพทย์อนุญาต	Refer โรงพยาบาลชุมชน
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	1,110,940 บาท	97,443 บาท
การนัดติดตามอาการ	2 สัปดาห์	2 สัปดาห์

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน^๖ เน้นการให้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการวินิจฉัยปัญหา ตามความต้องการ และการเฝ้าระวัง

ภาวะสุขภาพ เพื่อการดูแลในระยะวิกฤต ในบทความนี้ขอนำเสนอเฉพาะแบบแผนสุขภาพที่พบ ข้อวินิจฉัย การพยาบาลขณะอยู่รักษาที่หอผู้ป่วย ศ ล ย ก ร ร ม ตั ง ต า ร า ง ที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนกรณีศึกษา 2 ราย

ทฤษฎี	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผู้ป่วยมีความไม่สมดุลสารน้ำ และ อิเล็กโทรไลต์(electrolyte imbalance)	ผู้ป่วยมีความไม่สมดุลสารน้ำ และ อิเล็กโทรไลต์(electrolyte imbalance)	ผู้ป่วยมีความไม่สมดุลสารน้ำ และ อิเล็กโทรไลต์(electrolyte imbalance)
ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในช่องท้อง	ไม่พบปัญหา	ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในช่องท้อง
ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ	ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ	ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ
ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลรู ทะหลุมระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง	ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลรู ทะหลุมระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง	ไม่พบปัญหา
ผู้ป่วยมีผิวหนังรอบแผลรูทะหลุมระหว่าง ทางเดินอาหารกับผิวหนังถูกทำลาย	ผู้ป่วยมีผิวหนังรอบแผลรูทะหลุมระหว่าง ทางเดินอาหารกับผิวหนังถูกทำลาย	ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดผิวหนังรอบแผลรูทะลุม ระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนังถูกทำ ลาย
ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากสิ่งขับ หลั่งมีกลิ่นเหม็น	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากสิ่งขับ หลั่งมีกลิ่นเหม็น	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากสิ่งขับ หลั่งมีกลิ่นเหม็น
ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความ เจ็บป่วย	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความ เจ็บป่วย	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความ เจ็บป่วย
ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะใน การดูแลแผลรูทะหลุมระหว่างทางเดินอาหาร กับผิวหนังด้วยตนเอง	ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะใน การดูแลแผลรูทะหลุมระหว่างทางเดินอาหาร กับผิวหนังด้วยตนเอง	ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะใน การดูแลแผลรูทะหลุมระหว่างทางเดินอาหาร กับผิวหนังด้วยตนเอง
ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ บ้าน	ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ บ้าน	ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ บ้าน

3. การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผล รูทะหลุมระหว่างทางเดินอาหารและผิวหนัง การเกิด แผลรูทะหลุมระหว่างทางเดินอาหารและผิวหนังส่ง ผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยมีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะ ทุพโภชนาการ การติดเชื้อ การเจ็บปวดและความ ไม่สุขสบายจากแผลรูทะหลุม ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ของผู้ป่วยและครอบครัว⁷ โดยผู้ป่วยมีความและ วิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และ

ภาพลักษณ์จากการที่มีแผลรูทะหลุมที่หน้าท้องและ ช่องทางการขับถ่ายที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้ง ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและภาวะ เศรษฐกิจของครอบครัว นับเป็นความท้าทาย สำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การหายของแผลรูทะหลุมเป็นไปตามปกติ

3.1 การปกป้องผิวหนังด้วยผลิตภัณฑ์ ปกป้องผิวหนัง (skin barrier protection)⁵ ชนิด ต่างๆ โดยพิจารณาจากระดับการสูญเสียผิวหนัง

ดังต่อไปนี้ 1) ผิวหนังปกติหรือมีการสูญเสียระดับ 1 มีรอยแดง (hyperemic lesion) ใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดครีม (skin barrier cream) ใช้ทาบางๆ ปกป้องผิวหนังและช่วยให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง แต่หากใช้ในปริมาณที่มากเกินไป อาจทำให้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดแผ่นไม่ติดกับผิวหนังได้ หรือ ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดฟิล์ม (skin barrier film) เพื่อปกป้องผิวหนังไม่ให้สัมผัสกับสิ่งขับหลัง ป้องกันการฉีกขาดจากการลอกแผ่นปิดถูกรองรับสิ่งขับถ่าย อยู่ในรูปของเหลว (liquid) สเปรย์ (spray) หรือแผ่นเช็ด (wipes) เมื่อทาหรือสเปรย์เคลือบบนผิวหนังจะกลายเป็นฟิล์มปกป้องผิวหนัง (protective film) ใช้พ่นบนผิวหนังเพื่อเคลือบปกป้องผิวหนัง 2) การสูญเสียผิวหนังระดับ 2 เป็นแผลตื้น (erosive lesion) ใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดผง (skin barrier powder) ตามใช้โรยและเกลี่ยให้ทั่วรอยแผล ผงช่วยดูดซับสิ่งขับหลัง (exudate) จากแผล และส่งเสริมการหายของแผล ร่วมกับผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิด paste (skin barrier paste) ทาที่บริเวณที่รอยผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดผงไว้ เพื่อควบคุมความชื้น กระตุ้นการหายของแผลก่อนปิดครอบแผลรูลู โดยทาครั้งละน้อยๆ รอให้แห้ง และทาซ้ำเป็นชั้นๆ กระทั่งระดับแผลตื้น (erosive lesion) เสมอกับพื้นผิวรอบแผลรูลู ช่วยให้ถูกรองรับสิ่งขับถ่ายหรือผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดแผ่นยึดติดกับผิวหนังได้ดียิ่งขึ้น 3) มีการสูญเสียผิวหนังระดับ 3 เป็นแผล (ulcerative lesion) ใช้การดูแลเหมือนการดูแลแผล โดยประเมินปริมาณสิ่งขับหลังจากแผล คือ ถ้ามีปริมาณมากอาจใช้วัสดุปิดแผลกลุ่ม hydrofiber แต่ถ้ามีปริมาณปานกลางอาจใช้วัสดุปิดแผลกลุ่ม hydrocolloid หรือ skin barrier wafer หรือ foam ก่อนปิดครอบแผลรูลู 4) มีการสูญเสียผิวหนังระดับ 4 เป็นแผล (ulcerative lesion) ร่วมกับมีเนื้อตาย การดูแลแผลระดับนี้ต้องมีการกำจัดเนื้อตายและรักษาเหมือนการดูแลแผล ก่อนปิดครอบแผลรูลูโดยประเมินสิ่งขับหลังจากแผล ถ้ามีปริมาณมากอาจใช้

วัสดุปิดแผลกลุ่ม hydrofiber แต่ถ้ามีปริมาณปานกลางอาจใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดแผ่น (solid wafer หรือ occlusive dressing) มีพื้นผิวสำหรับติดกับผิวหนัง จะยึดติดได้ดีกับผิวหนังที่อุ่นและแห้ง ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดนี้จะทนต่อการกัดเซาะของสิ่งขับหลังได้

3.2 การใช้แรงดันลบ/ชุดปิดแผลสุญญากาศ (Negative Pressure Wound Therapy: NPWT)¹ โดยการใช้แรงดูดที่ต่ำกว่า 100-125 มิลลิเมตรปรอท สามารถดูดดูดสิ่งขับหลังออกจากบาดแผลผ่านทางเครื่องดูด เพื่อให้มีสภาวะแวดล้อมเหมาะสมกับการเจริญของเซลล์ และการหายของแผล ไม่ต้องเปลี่ยนแผลทุกวัน สามารถเปลี่ยนแผลทุก 2-3 วันต่อครั้ง

3.3 การดูแลโภชนาการ ภาวะทุพโภชนาการ เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีแผลรูลู โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปริมาณของเหลวออกมากกว่า 500 มิลลิตร/วัน² จะต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการเป็นระยะ ทั้งการชั่งและบันทึกน้ำหนักตัวทุกวัน ประเมินความยืดหยุ่นและความตึงตัวของผิวหนัง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การทำงานของตับ ระดับฮีโมโกลบิน ระดับฮีมาโตคริต ระดับอัลบูมินในเลือดซึ่งพบว่าระดับอัลบูมินในเลือดเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการปิดเองของแผลรูลู การดูแลภาวะโภชนาการสำหรับผู้ป่วยที่มีแผลรูลูมีทั้งการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral nutrition) และการให้อาหารในรูปของเหลวผ่านทางเดินอาหาร (enteral nutrition)

3.4 การแก้ไขความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีแผลรูลูและมีปริมาณสิ่งขับหลังออกปริมาณมาก⁶ ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้ง่าย หากแก้ไขไม่ทันเวลาอาจทำให้เกิดภาวะช็อค จำเป็นต้องให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำและปรับเปลี่ยนสูตรสารอาหารให้สอดคล้องกับความ

ต้องการของร่างกาย เพื่อคงความสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

3.5 การควบคุมการติดเชื้อ หลักการควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีแผลรูละลุอยู่ที่การทำควมสะอาดแผล การระบายสิ่งขับหลังกที่ออกมา และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม¹ ซึ่งแพทย์จะให้ยาที่ตอบสนองต่อการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร สำหรับกรณีที่มีการติดเชื้อที่รุนแรงอาจพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้าง เช่น Vancomycin และ Meropenem นอกจากนี้พยาบาลจะต้องแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัย เช่น การล้างมือ ไม่แกะเกาบริเวณแผลรูละลุ หรือผิวหนังรอบๆแผลรูละลุ

3.6 การดูแลความเจ็บป่วยและบรรเทาความไม่สุขสบายจากการระคายเคืองของผิวหนัง⁵ ดูแลไม่ให้วัสดุปิดแผลรั่วซึม หรือมีการเปลี่ยนวัสดุแผลบ่อยประเมินอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง โดยให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกเป็นตัวเลข (numerical rating scales) ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และสอนเทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น การหายใจช้าๆ เป็นจังหวะ การทำสมาธิ เพื่อส่งเสริมการผ่อนคลาย ลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ เบี่ยงเบนความสนใจ¹

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 เป็นผู้ป่วยปริมาณสารคัดหลั่งชนิด Low output- High output จำนวนสารคัดหลั่ง 200-500 ml/day ในช่วงแรก มีการเสียน้ำและโปรตีนไปกับสารคัดหลั่งโดยทุก 1 ลิตรของสารคัดหลั่งที่เสียไปจะมีการเสียไนโตรเจนประมาณ 2 กรัม และเนื่องจากปกติลำไส้เล็กจะดูดกลับโปรตีนได้ 75 กรัมต่อวัน⁷ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีแผลรูละลุจึงต้องการโปรตีนมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป การให้สารอาหารเข้าทางเดินอาหาร(enteral nutrition) พบว่าสามารถกระตุ้นการทำงานและรักษาระบบภูมิคุ้มกันของเยื่อบุทางเดินอาหาร ลดโอกาสการติดเชื้อลง ในกรณีผู้ป่วยไม่มีการอุดตันที่ลำไส้ส่วนปลายหรือ low output fistula สามารถให้กิน

อาหารทางปากได้ แต่หากการกินทำให้ปริมาณสารคัดหลั่งเพิ่มมากขึ้น สามารถให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำได้⁶ ซึ่งผู้ป่วยได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำทั้งสองรายได้ กรณีศึกษา รายที่ 1 การทำแผลด้วยความดันลบ (Negative pressure wound therapy; NPWT) ปริมาณสารคัดหลั่งปริมาณมาก 500 ml/day และการทำ NPWT ช่วยอำนวยความสะดวกในการจัดการสารคัดหลั่งลดการสัมผัสกับลำไส้ ปกป้องผิวหนัง และดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ปัจจุบันแนวโน้มเห็นด้วยกับการใช้ NPWT มากขึ้น เริ่มจากทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือ คลุมแผลด้วยผ้าเคลือบพาราฟิน (paraffin gauze) หากรูเปิดมีขนาดเล็กและไม่มีเนื้อเยื่อเย็บเกิน ให้คลุมอีกชั้นด้วย hydrophilic polyvinyl alcohol foam และวางแผ่น polyurethane (PU) foam⁶ หากรูเปิดมีขนาดใหญ่หรือมีเนื้อเยื่อเย็บเกินให้ตัดแผ่น PU foam ให้มีรูที่มีขนาดพอดีกับขนาดของรูเปิด ทา stomal paste บนแผ่น PU foam บริเวณที่ใกล้กับเนื้อเยื่อที่ยื่นออกมา ปิดทับด้วยแผ่นเทปใสเหนียว⁵ แนะนำให้ใช้การดูดสารคัดหลั่งแบบต่อเนื่อง (continuous suction) เพื่อลดโอกาสการบาดเจ็บต่อลำไส้โดยใช้แรงดันไม่เกิน -125 มิลลิเมตรปรอท ตักรูที่แผ่นเทปใสเหนียวตรง บริเวณที่เป็นรูเปิด และวางถุงทวารเทียมครอบรูเปิดแยกออกจากแผล ซึ่งการดูแลแผลในผู้ป่วยที่มีแผลรูละลุเป้าหมายเพื่อปกป้องผิวหนัง (skin protection) เพิ่มความสบาย เคลื่อนไหวได้ง่าย รวมทั้งกักเก็บของเหลวกลิ่น สามารถบันทึกปริมาณสารคัดหลั่งอย่างถูกต้องแม่นยำ ส่วนกรณีศึกษา รายที่ 2 ปริมาณสารคัดหลั่งน้อยกว่า 200 ml/day ควบคุมสิ่งคัดหลั่งโดยวางถุงทวารเทียมครอบรูเปิดแยกออกจากแผล สามารถบันทึกปริมาณของสารคัดหลั่งได้เช่นเดียวกัน การรักษาผู้ป่วยที่มีแผลรูละลุต้องให้ร่างกายผู้ป่วยมีเสถียรภาพด้วยการแก้ไขความผิดปกติของสารน้ำและเกลือแร่ การควบคุมการติดเชื้อ การให้ยาเพื่อควบคุมสารคัดหลั่ง การให้โภชนบำบัดด้วยวิธีการที่เหมาะสม และการดูแลแผลรูละลุ

เปิด ขั้นตอนถัดไปคือการตรวจเพิ่มเติมด้วยภาพรังสีที่เหมาะสม เพื่อประเมินกายวิภาคและพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้อง ก่อนการตัดสินใจเลือกการรักษาว่าจะเป็นการรอให้แผลรูทะลุปิดเองภายใน 4-6 สัปดาห์ หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดซ่อมแซม แนะนำให้ทำหลังการวินิจฉัยและฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างน้อย 6-12 เดือน ประกอบด้วยการเปิดช่องท้องเพื่อสำรวจ จัดการกับการปนเปื้อนหรือติดเชื้อที่ค้าง ตัดลำไส้ที่มีรูเปิด ต่อลำไส้ และปิดผนังหน้าท้องด้วยเทคนิคที่ปราศจากแรงดึง ขั้นตอนสุดท้ายคือฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจนกว่าจะมีภาวะโภชนาการปกติและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถกลับบ้านและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

1. Ghimire P. Management of Enterocutaneous Fistula: A Review. Nepal Med Assoc 2022; 60(245): 93-100.
2. Gribovskaja-Rupp I. & Melton GB. Enterocutaneous Fistula: Proven Strategies and Updates. Clinics in Colon and Rectal Surgery 2016; 19(2): 130-137.
3. Heimroth J., Chen E. & Sutton E. Management Approaches for Enterocutaneous Fistulas. THE AMERICAN SURGEON 2018; 84: 326-333.
4. กชวรรณ นงค์แย้ม และคณะ. ความก้าวหน้า: เครือข่ายและการจัดการดูแลแผล และออสโตมี 2563. เชียงใหม่: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.
5. กาญจนา รุ่งแสงจันทร์. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลรูทะลุระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง (Enterocutaneous Fistula). กรุงเทพมหานคร: งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
6. รัชพร พรเทวบัญชา และอมรพล กันเลิศ. แนวทางการรักษา Entero-Atmospheric Fistula. วารสารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 2565; 3: 111-124.
7. บุศรา ชัยทัศน์ และนันทกา สวัสดิพานิช. ประเด็นที่ควรตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีแผลทะลุระหว่างทางเดินอาหารและผิวหนัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2561; 30(2): 16-27.
8. แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน - ค้นหาด้วย Google [Internet]. [cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://www.google.com/search>

พยาบาลในหอผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมกับการพยาบาลออสโตมีและแผลในการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลแผลรูทะลุให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงการส่งต่อไปยังหน่วยบริการในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งต้องเริ่มวางแผนการสอนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก พยาบาลหอผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลออสโตมีและแผล ตั้งแต่วันแรกที่รับไว้ในความดูแล ซึ่งต้องครอบคลุม การดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น การทำความสะอาดและปิดครอบแผลรูทะลุ การเสริมพลังเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลแผลรูทะลุ การประคับประคองด้านอารมณ์ความรู้สึกให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวเองมีคุณค่าและสามารถควบคุมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้

การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care of Acute Cholecystitis for patient Undergoing Open Cholecystectomy : 2 cases study.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

สมปอง เทพศรี¹
SompongTepsri¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุอาการ อาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง กรณีศึกษา 2 ราย ศึกษาโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องจำนวน 2 ราย และเข้ารับการรักษาแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยอาการปวดท้อง อาเจียนร่วมกับมีไข้สูง หอบ ซึมลง มีภาวะ septic shock ส่วนรายที่ 2 มีอาการปวดท้อง มีไข้ ทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันจากนิ่ว (Acute Calculus Cholecystitis) และได้รับการรักษาผ่าตัดด้วยวิธี Open Cholecystectomy มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนการผ่าตัด ที่เหมือนกัน คือ ปวดท้องเนื่องจากการหดเกร็งของถุงน้ำดีจากการอักเสบเฉียบพลัน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรคและการผ่าตัด มีอุณหภูมิร่างกายสูง ส่วนระยะหลังผ่าตัดที่เหมือนกัน คือ ปวดแผลผ่าตัดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ท้องอืด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และขาดความรู้ในการจัดการตนเอง ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดที่ต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับรูสดีลดลง ขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะความดันโลหิตสูง ในระยะหลังผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนจากปอดติดเชื้อ ท้องอืด ขณะที่รายที่ 2 มีเพียงภาวะท้องอืด การพยาบาลที่สำคัญ คือ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดในภาวะฉุกเฉิน การจัดการปัญหาในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงสำคัญในการพยาบาล เพื่อบรรเทาความปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เสริมพลังผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพ และวางแผนการพยาบาลจนผู้ป่วยจำหน่าย หลังจากให้การพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 รายปลอดภัย มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ผู้ป่วยรายที่ 1 นอนโรงพยาบาล 10 วัน รายที่ 2 นอนโรงพยาบาล 7 วัน

คำสำคัญ: ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน, ผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดทางหน้าท้อง, การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

ABSTRACT

This study was case study aimed to study and compare the causes, symptoms, treatment and nursing diagnosis. Patients with acute cholecystitis undergoing open abdominal surgery, 2 case studies, studied by purposive selection. Patients diagnosed with acute cholecystitis Two patients who had open abdominal surgery and were admitted to the surgery department at Khon Kaen Hospital.

The results of the study found that case study number 1 came with abdominal pain. Vomiting along with high fever, panting, lethargy, and septic shock. The second case had abdominal pain and fever. Both cases were diagnosed with acute cholecystitis from gallstones (Acute Calculus Cholecystitis) and received surgical treatment. Open Cholecystectomy Method The nursing diagnosis in the preoperative period is the same: abdominal pain due to contraction of the gallbladder from acute inflammation. Anxiety about disease and surgery have a high body temperature The same thing in the postoperative period is pain in the surgical wound from tissue injured from surgery. Ineffective breathing pattern Electrolyte imbalance, bloating, and risk of complications after surgery. and lack of knowledge in self-management As for the nursing diagnosis in the different preoperative stages Case study

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

number 1 had septic shock. Expectoration is not effective due to decreased level of consciousness. While the second case study had high blood pressure. In the postoperative period Case 1 had complications from a lung infection and bloating, while case 2 had only bloating. Important nursing care is preparing patients who need surgery in emergencies. Managing problems in the preoperative period to prevent significant risks in Nursing care for pain relief Preventing complications after surgery Empowering patients to restore their condition and plan nursing care until the patient is discharged After providing nursing care, both patients were safe and confident in taking care of themselves. Can be sent home. Patient 1 stayed in the hospital for 10 days. Patient 2 stayed in the hospital for 7 days.

Keywords: acute cholecystitis, open cholecystectomy, nursing care for patients with acute cholecystitis

บทนำ

ภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมถูกกำหนดเป็นโรคสำคัญใน Service plan สาขาศัลยกรรม¹ และเป็น 1 ใน 3 อันดับแรกของกลุ่มโรคสำคัญทางศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่นสาเหตุร้อยละ 90-95 มีสาเหตุจากนิ่วไปอุดตันทางออกของถุงน้ำดี^{2,3} ทำให้ถุงน้ำดีโป่งพองและบวม ผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้องส่วนบนด้านขวา มีไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ถ้าไม่ได้รับการรักษา ระยะต่อมาถุงน้ำดีมีการขาดเลือดและเน่าเกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อรุนแรง โดยพบว่าถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันมีโอกาสพบเชื้อและเกิด sepsis เสียชีวิตได้โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ³ การรักษาในปัจจุบัน คือการผ่าตัดถุงน้ำดีทั้งแบบใช้กล้องและแบบเปิดหน้าท้องเพื่อขจัดสาเหตุการติดเชื้ออย่างไรก็ตามการประเมินการจัดการรักษาที่รวดเร็วเหมาะสมจะช่วยป้องกันหรือลดความรุนแรง

ภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิต ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้⁴ จากข้อมูลโรงพยาบาลขอนแก่นในปี 2561 พบมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดร้อยละ 5.6 ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.7 ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดแล้วภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อปอดอักเสบ มีความทุกข์ทรมาน

จากความปวด ภาวะท้องอืด ดังนั้นพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแล จึงต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ สามารถประเมิน วิเคราะห์ ประสานงาน และวางแผนในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะได้

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การพยาบาลที่สำคัญ ระยะแรกคือการประเมินเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อรุนแรง แก้ไขภาวะฉุกเฉิน บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวด และอาการคลื่นไส้ อาเจียน ประเมินและดูแลให้ได้รับสารน้ำที่เพียงพอ **ระยะก่อนผ่าตัด** เตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ **ระยะหลังผ่าตัด** พยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด การจัดการความปวด การส่งเสริมให้มีการลุกเร็วหลังผ่าตัด **ระยะวางแผนจำหน่าย** เป็นการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการตนเองเมื่อกลับบ้านเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา และการวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เลือกผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย แบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่าง

เดือน มิถุนายน 2566 ถึง ตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน สังเกตการปฏิบัติการพยาบาลซักถามผู้ป่วยและญาติ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Functional Health Pattern) ใช้

กระบวนการพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>หญิงไทยอายุ 85 ปี มีประวัติเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดแน่นท้องด้านขวา มีไข้ อาเจียน 5 ครั้ง ตาเหลือง ขณะอยู่รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีอาการเหนื่อย หอบ ไข้สูง และซีดลง ใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น Ultrasound พบ Pericholecystic fluid, Gall stone, Gall bladder distend, Intrahepatic duct dilated แพทย์วินิจฉัย Acute calculous Cholecystitis Grade III (Severe Form)⁵ With Sepsis ประเมินอาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ใส่ท่อช่วยหายใจ BT 39.5°C PR 128 ครั้ง/นาที BP 79/67 mmHg. O₂Sat 96 % Pain score 7 คะแนน ได้แก้ไขปัญหาระยะแรกเริ่ม ปัญหาเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด คือ 1)ภาวะ Septic Shock โดยให้สารน้ำ Acetar 500 ml. iv. Free flow ให้ยา Antibiotic คือ Meropenam 1 gm. iv ประเมินผลหลังให้การช่วยเหลือ BT 37.7°C PR 91 ครั้ง/นาที BP 99/70 mmHg. 2) ดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วย 3) บรรเทาความปวด โดยให้ยา Omeprazole 40 mg. iv ใส่สาย NG ต่อลงสู่ท้องให้ดื่มน้ำอาหารจัดทำ สังเกต Signs หน้าท้องให้ยา Antibiotic ประเมินอาการปวดต่อเนื่องและหลังให้การพยาบาล Pain Score 2-5 คะแนน แพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดฉุกเฉิน เตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัด โดยเจาะเลือด ส่งตรวจมีปัญหา ค่า K 2.8 Na 123.4 ให้ NSS 1000 ml + KCl 40 mmEqL iv drip ติดตามผล K 3.58 Na 136 ประสานคลังเลือดเตรียมเลือด PRC 4 unit FFP 4 unit ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความกังวล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Open Cholecystectomy with Explored Common Bile Duct with Remove Stone หลังการผ่าตัด On ET tube ใช้เครื่องช่วยหายใจ แผลผ่าตัดหน้าท้องเย็บ staple มีท่อระบาย 2 สาย คือ Jackson's Drain Content ออกสีปกติ 5-100 ml/เวร อีกสายคือ T-Tube ออกเป็น Bile 80-250 ต่อ/เวร มีปัญหาปวดแผลผ่าตัด มีภาวะช็อกหลังผ่าตัดวันที่ 2 ท้องอืดวันที่ 4 ภาวะโปรแทสเซียมต่ำ ปอดติดเชื้อ การพยาบาลที่สำคัญ คือ การแก้ไขภาวะช็อก ให้ยา Levophed (4:100) iv drip ดูแลขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ Wean off เครื่องช่วยหายใจได้หลังผ่าตัดวันที่ 6 การและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลแผลและท่อระบาย ส่งเสริมให้มีการลุกเร็ว การจัดการความปวด รวมทั้งวางแผนจำหน่ายจนผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมและมั่นใจ สามารถจำหน่ายได้ พร้อมคาสาย T-tube Drain รวมวันนอนโรงพยาบาล 10 วัน (30 กันยายน ถึง 10 ตุลาคม 2566)</p>	<p>หญิงไทยอายุ 69 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และ Old CVA อ่อนแรงซีกซ้ายมีอาการปวดแน่นท้องด้านขวา ร่วมกับมีไข้ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน มีประวัติเคยรักษานิ้วท่อน้ำดีโดยการส่องกล้อง (ERCP) เมื่อ 2 ปีก่อน Ultrasound Abdomen พบ Gall Stone ขนาด 2.6 cm. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Acute Calculous Cholecystitis Grade II (Moderate Form) ประเมินแรกเริ่ม รับ BT 38.8 oC PR 92 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 188/83 Pain Score 7 คะแนน แก้ไขปัญหาระยะแรก คือ บรรเทาอาการปวดอาการไข้ ให้ดื่มน้ำดื่มน้ำอาหาร ใส่ NG tube ให้ยา Losec 40 mg. iv ยา Antibiotic Cef-3 2 mg. iv, Metronidazole 500 mg. iv แก้ไขปัญหาความดันโลหิตสูง ให้ยา Nicadepine 1:5 iv drip Keep BP < 140/90 mmHg. วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด พยาบาลให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการ ผู้ป่วยมีอาการไข้สูงขึ้น BT 39.1oC ปวดท้องมากขึ้น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจผ่าตัดเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ประสานติดตามผลตรวจเลือด เตรียมเลือดเตรียมเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Open Cholecystectomy หลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ แผลผ่าตัดหน้าท้องเย็บ Staple มีสายระบาย Jackson's Drain Content สีปกติ ใน 2 วันแรกออกมาก 200 ml/เวร หลังจากนั้นออกลดลง การพยาบาลหลังการผ่าตัด การจัดการความปวด Morphine 3 mg iv ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลแผลและท่อระบาย Dressing แผลทุกวัน แก้ไขภาวะโปรแทสเซียมต่ำ ให้ Elixir KCl รับประทานแก้ไขอาการท้องอืดให้ยา Air-X 1x3 รับประทานหลังอาหาร Plasil 10 mg. iv ทุก 8 ชั่วโมง ช่วยเหลืออาการลุกจากเตียงเร็วหลังผ่าตัด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หลังให้การพยาบาล สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด 2 วัน แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีการติดเชื้อถอดสายระบายหลังผ่าตัด 4 วัน ลุกจากเตียง โดยมีผู้ช่วยได้หลังผ่าตัด 3 วัน วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ รวมนอนโรงพยาบาล 7 วัน (6 มิถุนายน ถึง 13 มิถุนายน 2566)</p>

2. การเปรียบเทียบตามแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ กอร์ดอน

วิเคราะห์กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยเป็นถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันสาเหตุเกิดจากนิ่ว ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ ของการอักเสบถุงน้ำดีจากการที่ก้อนนิ่วอุดตันทางออกของน้ำดีทำให้ถุงน้ำดีต้องบีบตัวอย่างรุนแรง ทำให้เกิดอาการปวด ความปวดจะกระตุ้นศูนย์การอาเจียน จะเห็นว่าทั้งสองรายมาด้วยอาการปวดและมีอาการอาเจียนในรายที่ 1 การอักเสบติดเชื้อทำให้ กรณีศึกษาทั้ง 2 มี

ใช้ แต่ระดับความรุนแรงของโรคมีความแตกต่างกัน โดยรายที่ 1 มีระดับความรุนแรงมากกว่า มีภาวะ Sepsis ภาวะเสี่ยงมากกว่า เช่น มีอายุมากกว่า มีนิ่วที่ถุงน้ำดีและที่ท่อน้ำดี ทำให้ต้องเข้ารับผ่าตัดด่วนเวลาในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดน้อยกว่ารายที่ 2 ทำให้ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจนาน การลุกจากเตียงหลังผ่าตัดช้า ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดติดเชื้อ และท้องอืด ได้ต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่ากรณีศึกษารายที่ 2 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูล

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health Perception-Health Management Pattern)	ญาติผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยว่ามีความรุนแรงที่คุกคามชีวิต ต้องเข้ารับการผ่าตัดด่วนมีความเสี่ยง	ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยแต่มีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากเคยรักษา นิ่วท่อน้ำดีแบบส่องกล้องไม่ได้ผ่าตัด จึงรู้ว่าการเจ็บป่วยนี้ไม่ต้องผ่าตัด ทำให้ปฏิเสธการผ่าตัด
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร (Nutritional -Metabolism Pattern)	ประวัติรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วันมีอาเจียน 5 ครั้ง ขณะรักษาในหอผู้ป่วย 4 วัน หลังผ่าตัด และได้รับอาหารทาง NG tube รับประทานได้ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ K 2.84 Na 123.4 Lactate 5.79 VS BT 39.1°C	ประวัติรับประทานอาหาร 3 มื้อ ขณะรักษาในหอผู้ป่วย 4 วันหลังอาการคงที่รับประทานอาหารได้ตามปกติ หลังผ่าตัด
3. แบบแผนการขับถ่าย (Elimination Pattern)	ประวัติการขับถ่ายปัสสาวะ 4-6 อุจจาระวันละ 1 ครั้ง ขณะรักษาใส่สายสวนปัสสาวะ หลังผ่าตัดวันที่ 6 ปัสสาวะออกน้อย ต้องให้ยาขับปัสสาวะ (Furosemide) เข้าห้องน้ำเองไม่ได้ขับถ่ายบนเตียง	ประวัติการปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง อุจจาระ 1-2 วันต่อครั้ง ขณะอยู่รักษาปัสสาวะปกติ เข้าห้องน้ำโดยมีผู้ช่วยเหลือ
4. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity-Exercise Pattern)	การทำกิจวัตรประจำวันทำได้บางส่วน ต้องมีผู้ช่วยและใช้อุปกรณ์ช่วย ขณะนอนรักษาไม่สามารถลุกจากเตียงได้มีอาการเหนื่อยหอบ RR 30 ครั้ง/นาทีก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ 7 วัน หลังจากอาการดีขึ้นผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงโดยมีผู้ช่วยเหลือ ผลตรวจ CXR P/O day 5 พบ Infiltration RLL ฟัง Lung มี fine Crepitation BLL	ก่อนการเจ็บป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ ขณะอยู่รักษา มีความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัด 200/90 mmHg. ใส่ท่อช่วยหายใจ 2 วัน หลังจากถอดท่อช่วยหายใจสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูล

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
5. การนอนหลับพักผ่อน (Sleep-rest Pattern)	ตอนกลางคืนนอนหลับวันละ 5-6 ชั่วโมง และนอนกลางวัน 30 นาที-1 ชั่วโมง ขณะอยู่รักษา นอนหลับได้เป็นพักๆ	นอนวันละ 8-10 ชั่วโมง ขณะอยู่รักษา นอนหลับได้เป็นพักๆ
6. สติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-Perceptual Pattern)	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีรับรู้วัน เวลา สถานที่ การอ่าน เขียนได้ ไม่มีปัญหาการมองเห็น และการได้ยิน มีอาการซึมก่อนมาโรงพยาบาล รับรู้ความเจ็บปวด	ผู้ป่วยอ่านออก เขียนได้ รับรู้วัน เวลา สถานที่ สามารถมองเห็น แต่มีหูตึง รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดได้
7. การรับรู้ตนเองและมโนทัศน์ (Self Perception -Self Concept Pattern)	ผู้ป่วยเป็นคนร่างเร็ง ใจเย็น มีภาวะต้องพึ่งพาตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย ขณะเจ็บป่วย ยอมรับสภาพว่ามีความเจ็บป่วย ต้องพึ่งพา	เป็นคนร่างเร็ง รับรู้สภาพการเจ็บป่วยต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล
8. บทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role - Relationship Pattern)	ผู้ป่วยอยู่กับลูกสาวและหลานๆ สัมพันธภาพครอบครัวรักใคร่กันดี ได้รับการดูแลจากลูกหลาน ขณะอยู่รักษามีญาติเฝ้าคอยดูแลตลอด	บทบาทเป็นแม่ เป็นภรรยาความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี ขณะนอนรักษามีลูกเฝ้าดูแล
9. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ (Sexuality Reproductive Pattern)	มีพฤติกรรมที่สมวัยเพศหญิง วัย 85 ปี ไม่มีประวัติโรคทางเพศสัมพันธ์ สามีเสียชีวิต มีลูก 3 คน	พฤติกรรมสมวัย อายุ 69 ปีหมัดประจำเดือน ไม่มีประวัติโรคทางเพศสัมพันธ์ มีลูก 4 คน
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด (Coping-Stress Tolerance Pattern)	ก่อนเจ็บป่วยเมื่อมีปัญหาจะพูดคุยกับลูกสาวและหลาน ขณะเจ็บป่วยญาติผู้ป่วย แสดงออกถึงความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา	ปรับตัวกับโรคที่เป็น แต่มีความกลัวและกังวลเมื่อทราบว่าต้องผ่าตัด
11. ความเชื่อและค่านิยม (Value-Believe Pattern)	ความเชื่อเรื่องเวรกรรม นับถือศาสนาพุทธ เชื่อในเรื่องบาปบุญ คุณความดี	ความเชื่อเรื่องเวรกรรม นับถือศาสนาพุทธเชื่อในเรื่องบาปบุญ คุณความดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการรวบรวมข้อมูลการประเมินสภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ทั้ง 2 รายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนผ่าตัด	1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ	1. ไม่สบายเนื่องจากปวดท้องจากภาวะอักเสบของถุงน้ำดี
	2. แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากระดับรับรู้สติลดลง	2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง
	3. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาและการผ่าตัดเนื่องจากขาดประสบการณ์และความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการผ่าตัด	3. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาและการผ่าตัดเนื่องจากขาดประสบการณ์และความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการผ่าตัด
	4. อุณหภูมิร่างกายสูงเนื่องจากการติดเชื้อ	4. อุณหภูมิร่างกายสูงเนื่องจากการติดเชื้อ

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะหลังผ่าตัด	1.แบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพจากปอด แผลผ่าตัดหน้าท้อง	1.แบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพจาก ปอดแผลผ่าตัดหน้าท้อง
	2.ปอดแฟบเนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาท ได้รับบาดเจ็บบริเวณแผลผ่าตัด	2.ปอดแฟบเนื่องจากเนื้อเยื่อและ เส้นประสาทได้รับบาดเจ็บบริเวณแผล ผ่าตัด
	3. ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ โพรแท สเซียมและโซเดียมต่ำ	3. ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์โพรแท สเซียมและโซเดียมต่ำ
	4.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะ ปอดติดเชื้อและประสิทธิภาพในการขับเสมหะ ลดลง	4.ท้องอืดหลังผ่าตัดเนื่องจากมีข้อจำกัด ในการลุกเร็วหลังผ่าตัด
	5.เสี่ยงต่อผิวหนังเสียหายจากการกดทับ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง หลังผ่าตัด	5.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ
	6.ท้องอืดหลังผ่าตัดเนื่องจากมีข้อจำกัดในการ ลุกเร็วหลังผ่าตัด	
	7.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น แผล ผ่าตัดติดเชื้อ หลอดเลือดดำอุดตัน (DVT)	
ระยะจำหน่าย	1.ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวและการ จัดการตนเองเมื่อกลับบ้าน	1. ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวและ การจัดการตนเองเมื่อกลับบ้าน

วิเคราะห์ จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของ
กรณีศึกษาแต่ละระยะ พบว่ามีทั้งความเหมือนและ
แตกต่างกัน ในรายที่ 1 มีปัญหาทางการพยาบาล
มากกว่ารายที่ 2 เนื่องจากมีความรุนแรง ความ
ซับซ้อนมากกว่าตั้งแต่แรกรับ โดยรายที่ 1 มีระดับ
วิเคราะห์ รายที่ 1 ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลา 7 วันซึ่ง
มีโอกาสเกิดปอดติดเชื้อมาก ขณะที่ 2 ใส่
ช่วยหายใจ 2 วัน นอกจากนี้กรณีศึกษารายที่ 1 มี
น้ำหนักมาก การเคลื่อนไหวร่างกายทำได้ยาก การใส่
คาสาย ท่อระบายต่างๆซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการ
เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้มากกว่า รายที่ 2 อย่างไรก็ตาม ทั้ง 2 รายต้องได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน
หลังการผ่าตัด รวมทั้งการสร้างเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย
และญาติเพื่อให้สามารถจัดการตนเองเมื่อกลับบ้าน
กิจกรรมการพยาบาล เป้าหมายสำคัญของการ
พยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน คือ 1)

ความรุนแรง Grade III (Severe) มีภาวะช็อก มีภาวะ
Respiratory Failure การผ่าตัดมีการทำหัตถการ
มากกว่ารายที่ 2 ประกอบกับเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า
ภายหลังการผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 1 มีปัญหาและ
ภาวะแทรกซ้อนมากกว่า จากการ
บรรเทาอาการรบกวนที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค
ได้แก่ ความปวด อาเจียน2) จัดการให้ผู้ป่วยได้รับ
การผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสมโดยการเตรียมความ
พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ลดความกังวลผู้ป่วย
และญาติ3) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลัง
ผ่าตัดมีความมั่นใจสามารถจัดการตนเองได้และ
กลับไปดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด ซึ่ง
พยาบาลจะต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแต่
ละระยะดังนี้

ตารางที่ 4 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองต่อเนื้องที่บ้านไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ	4.ระวังแผลเปียกน้ำไม่แกะเกาแผล สามารถอาบน้ำได้หลังตัดไหม 2 วัน 5. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมัน หรือ ที่มีไขมัน ที่ปรุงโดยใช้น้ำมัน เช่น การผัด การทอด เพราะจำทำให้จุกแน่นท้องได้ 6.แจ้งวันนัดและสถานที่มาตรวจตามนัด สังเกตอาการผิดปกติที่มาก่อนวันนัดได้แก่ อาการปวดท้องมาก คลื่นไส้ อาเจียน แผลมีน้ำหนอง เลือด หรือแผลอักเสบ มีไข้สูง

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายพบว่า มีความเหมือนกันคือ เป็นเพศหญิง สาเหตุการเกิดโรคคือสาเหตุจากนิ้วซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ การวินิจฉัย การผ่าตัดการพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัดมีความคล้ายคลึงกัน ส่วนที่แตกต่างกัน คือ ระดับความรุนแรงของโรค อายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน² ระยะวันนอนโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่ารายที่มีระดับความรุนแรงมากกว่าหรือมีการติดเชื้อที่รุนแรง พบเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่านอกจากนี้การส่งเสริมให้มีการลุกจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดช่วยลดภาวะแทรกได้^{8,10}

ปฏิบัติการพยาบาลต้องคำนึงความแตกต่างผู้ป่วยแต่ละราย ต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการประเมินที่รวดเร็ว จัดลำดับความสำคัญ การวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและสามารถแก้ไขปัญหา ภาวะฉุกเฉินทั้งก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายได้อย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงความแตกต่างและความปลอดภัย ของผู้ป่วยแต่ละราย

บทสรุป

ภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคและภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมระยะที่มีการอักเสบรุนแรงมี

โอกาสเกิดติดเชื้อในกระแสเลือดและเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การจัดการให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมโดยทีมที่มีศักยภาพ ถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วย พยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมดูแลมีบทบาทสำคัญจึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มีทักษะการประเมินคัดกรอง สามารถวิเคราะห์ความรุนแรงความเสี่ยงเฉพาะโรค จัดลำดับความสำคัญ วางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการทรุดลงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลผู้ป่วยญาติ ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการลุกเร็วหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ
- 2.ควรมีการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ได้ผล
3. จัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่าย
4. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิ่วถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน.(2561).แนวทางการดูแลผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน. สมุทรสาคร: บอรัณ ฟู บี พับลิชชิง.

2. สุริยาวิฑู แคนหมั่น.(2561).Acute Cholecystitis.โรงพยาบาลขอนแก่น,ประชุมวิชาการประจำปีชมรมศัลยแพทย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ครั้งที่ 25.(น.34-44), ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
3. สุกุรัตน์ เตียววานิช,ทัศนีย์ ตั้งตรงจิตต์.(2553).การพยาบาลทางศัลยกรรมผู้ที่มีความผิดปกติของถุงน้ำดีและท่อทางเดินน้ำดี. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์.
4. Ningning Zhou,Li Wang, Yu Lei, Minjie Tao, Qin Xu,Jia Ying. Effects of rapid rehabilitation nursing on postoperative complications and life quality of patients with cholecystitisInt. J ClinExp Med 2020;13(11):8259-8266 <https://e-century.us/files/ijcem/13/11/ijcem0114465.pdf>
5. MasamichiYokoe,JiroHata,TadahiroTakada,Steven M. Strasberg,HoracioJ.Asburn,Wakabayashi.....,MasakazuYamamoto(2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos) 16/09/2563.<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jhbp.515>.
6. พัชรี คำแก้ว. (2565) การพยาบาลระยะฉุกเฉินผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน;7(2) : 37-44.
7. บุญชู อนุศาสนนันท์, วันชัย เลิศวัฒนวิลาส.(2564) การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่มีภาวะกลุ่มอาการเมอร์ซี่ . พยาบาลสาร;48(1):341-354.
8. ศิริพรรณ ภมรพล.(2559).บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด.วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย;9(2) : 14-23
9. ดร.ณิ สมบูรณ์กิจ, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์,กมลรัตน์ สุปัญญาบุตรและรัชชยา มหาสิริมงคล(2561) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 15(3) : 24-34.
10. KadriyeAldemir ,AylinAydinSayilan.(2020).Effect of a mobilization program administered after open cholecystectomy on sleep duration and several other clinical variables.16/09/2020.<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1031754>

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care of Colorectal Cancer Patients with Colostomy and Ileostomy : Two case Studies.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

ศศิธร มงคลสวัสดิ์¹

Sasithorn Mongkhonsawat¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม กรณีศึกษา 2 ราย เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ชนิด colostomy และ ileostomy ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยอาการ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครั้งแรก ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และได้รับการรักษามาก่อน ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อรับการผ่าตัดทวารเทียม (Ostomy) ทั้งสองรายได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นชนิด Colostomy ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้อง เป็นชนิด Ileostomy มีการวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดที่เหมือนกันคือ ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะโรคและการรักษาที่ได้รับ ในระยะวิกฤต มีความไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ระยะต่อเนื่อง ได้รับการสอนโดยพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Entrostomal Therapy Nurse : ET Nurse) ระยะจำหน่าย ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านเนื่องจากมีทวารเทียม ส่วนการวินิจฉัยการพยาบาลที่ต่างกัน ระยะก่อนผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะซีดจากการดำเนินของโรค และไม่ได้รับการกำหนดตำแหน่งเปิดทวารเทียม ในขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการกำหนดตำแหน่งเปิดทวารเทียมโดยพยาบาล ET Nurse และเสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ในระยะวิกฤตกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัดได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนในระยะต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ การพยาบาลที่สำคัญคือ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทวารเทียม และผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการกำหนดตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสม การพยาบาลเพื่อแก้ไขและบรรเทาปัญหาเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิต การจัดการความปวดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน การพยาบาลเพื่อป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากมีทวารเทียม การให้ความรู้ ฝึกทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล เสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่, การผ่าตัดเปิดทวารเทียม, การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

Abstract

This study was case study aimed to study and compare the causes. Signs and symptoms, treatment, and nursing diagnosis Colon cancer patients who received artificial rectal surgery, a case study of 2 cases to propose nursing guidelines for colon cancer patients who had undergone colostomy and ileostomy surgery and were admitted to the Male Surgery Ward 1, Khon Kaen Hospital.

The results of the study found that the first case study presented with symptoms of fatigue and weight loss and was diagnosed with colon cancer for the first time. The second case study was diagnosed with colon cancer. and received treatment before The patient came for an appointment to receive an ostomy. Both patients

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

received treatment. by surgically opening the artificial anus The first case study was a Colostomy type. The second case study was operated by laparoscopy and was an Ileostomy type. The nursing diagnosis in the preoperative period was the same. Relatives and patients are worried about the condition of the disease and the treatment received. In the critical period, there is discomfort due to wound pain. continuous term Taught by a nurse specializing in ostomy wounds and inability to control bowel movements. During the discharge period, relatives and patients are worried about self-care when they return home because they have a fistula. Different nursing diagnosis sections preoperative period Case study number 1 had anemia from disease progression. and the location of the artificial anus was not determined. While the second case study was determined to have an artificial fistula positioned by an ET Nurse and was at risk from an electrolyte imbalance. In the critical phase, the second case study had hypoxia after surgery and was put on a ventilator. In the continuous period The second case study had hypokalemia. Important nursing care is Physical preparation and spirit for patients and relatives. By providing information about artificial anus and every patient should be determined for the proper placement of the prosthetic fistula. Nursing care to solve and relieve acute life-threatening problems. Pain management to reduce suffering Nursing care to prevent complications from having an artificial anus giving knowledge Training skills for patients and caregivers Empowering yourself to take care of yourself Both patients had no complications and were able to be discharged home.

Keywords: colon cancer, prosthetic fistula surgery, nursing care for colon cancer patients

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ปี2561 พบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบมากใน 5 อันดับแรกของโลก ในบรรดาผู้ป่วยใหม่จำนวน 18.1 ล้านราย พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านราย จำนวนผู้เสียชีวิต 9.6 ล้านคน เป็นผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ 881,000) และจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขปี 2560-2562 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4781, 5068 และ 5476 ราย อัตราตายต่อแสนประชากร คิดเป็น 7.3, 7.7 และ 8.4 ตามลำดับ^๑ ปัจจุบันการรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่มีหลายวิธี เช่นการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หากก้อนมะเร็งอยู่ใกล้หูดทวารหนัก ศัลยแพทย์จำเป็นต้องยกลำไส้มาเปิดทางหน้าท้องเป็นทวารเทียมเพื่อระบายอุจจาระเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร^๒ จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมของโรงพยาบาลขอนแก่นปี2564-2566 จำนวน 116, 126 และ117 รายตามลำดับ ผู้ป่วยที่เปิดลำไส้ทางหน้าท้องชนิด

colostomy และ ileostomy ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ การจัดการกับ กลิ่น ก๊าซ การมีเพศสัมพันธ์ การเดินทาง และข้อจำกัดด้านการรับประทานอาหาร¹² การดูแลผู้ป่วยตลอดจนการให้คำแนะนำ ให้ความรู้ความเข้าใจก่อนผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ควรคำนึงถึงความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม กับการยอมรับสภาพตนเอง หลังผ่าตัดจะต้องให้คำแนะนำ ประคับประคองให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้คลายความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือการรักษาพยาบาล จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และลดระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล⁵

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 2 ราย ที่เข้ามารับการรักษา โดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน พฤษภาคม-ตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

สังเกตการณ์ปฏิบัติการพยาบาล ชักถามผู้ป่วยและญาติ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบ แผนของกอร์ดอน (Functional Health Pattern) ใช้กระบวนการพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>ชายไทยอายุ 72 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล 4 เดือน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ถ่ายอุจจาระปกติ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยผ่าตัดสมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งลำไส้ การวินิจฉัยแรกรับ R/O CA sigmoid colon with colonic obstruction แกร็บรู๊สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ได้รับสารน้ำ Acetar 1000 ml vein drip 120 ml/hr. ส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte , Ca, Mg, PO₄, LFT, HIV G/M PRC 1 unit for OR Retain NG tube, Retain Foley's cath, set OR on call for Loop transverse colostomy ได้รับยา เป็น Ceftriaxone 2 gm vein OD และ Metronidazole 500 mg vein q 8 hr. Losec 40 mg vein OD พบว่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ HCT 24.3 vol% ได้รับ PRC 1 unit ก่อนเข้าห้องผ่าตัดไม่ได้เจาะซ้ำ เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explore Laparotomy with Loop left transverse colostomy หลังการผ่าตัด มีแผลผ่าตัดหน้าท้องและทวารเทียม ชนิด Loop colostomy ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีภาวะท้องอืด มีของเหลวออกจากทวารเทียมปกติ เริ่มรับประทานอาหาร ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีปัญหาปวดแผลหลังผ่าตัดการพยาบาลที่สำคัญคือการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด โดยให้ยา Morphine 3 mg iv ทุก 4 ชั่วโมง ส่งเสริมให้มีการลุกเร็ว มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เมื่อกลับบ้านเนื่องจากมีทวารเทียม แพทย์ส่งปรึกษาพยาบาล ET Nurse เพื่อวางแผนจำหน่ายและแนะนำการดูแลทวารเทียม ให้การพยาบาลโดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ สามารถจัดการปัญหาดูแลตนเองและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมวันอยู่รักษาในโรงพยาบาล 6 วัน</p>	<p>ชายไทย อายุ 65 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และได้รับการรักษามาก่อน ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อรับการผ่าตัดทวารเทียม (Ostomy) ระยะเวลาผ่าตัด ได้รับเตรียมลำไส้ โดยการให้ยาระบาย และรับประทานอาหารเหลวใส ได้รับการกำหนดตำแหน่ง โดยพยาบาล ET Nurse ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้อง และเปิดทวารเทียมชนิด Ileostomy หลังผ่าตัด on Endotracheal Tube ใช้เครื่องช่วยหายใจ สามารถย่ำเครื่องช่วยหายใจ และสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจวันที่ 2 หลังผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ มีปัญหาปวดแผลหลังผ่าตัด มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้ให้การเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ให้ EKCL 30 cc 1 dose แพทย์ส่งปรึกษาพยาบาล ET Nurse เพื่อวางแผนจำหน่ายและแนะนำการดูแลทวารเทียม ให้การพยาบาลโดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ จนสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมวันอยู่รักษาในโรงพยาบาล 7 วัน</p>

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสาเหตุการเกิดโรคไม่แน่ชัดและสมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดได้ทั้งจากพันธุกรรมและพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบโรคมะเร็งตั้งแต่อายุน้อยกว่า 45 ปีขึ้นไป แต่อุบัติการณ์จะเพิ่มเมื่ออายุมากขึ้นโดยเฉพาะจะเพิ่มมากเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี ส่วนสาเหตุจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์จะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งมากขึ้นกว่าบุคคลทั่วไป (จุฬารัตน์ ประสังสิต และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558) ซึ่งอาการที่พบได้แก่ อุดจากระเหลวกับอุจจาระแข็งสลับกัน เลือดปนอุจจาระ ท้องอืดแน่นท้อง น้ำหนักลด อาเจียน อาจตรวจพบว่ามีอาการซีด ซึ่งเกิดจากการเสียเลือดปนมาในอุจจาระแต่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า มักจะเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีการแตกเป็นแผล (ulcer) เกิดการเสียเลือดทีละน้อยจนเกิดอาการของโรคโลหิตจางได้ (จุฬารัตน์ วรศิริ, 2559) ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น ไม่มีแรง ซีด เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่อาการลุกลามมากมักมาด้วยอาการของลำไส้อุดตัน ซึ่งจะมีอาการปวดท้อง ท้องอืด อาเจียน และถ่ายอุจจาระหรือฝายลลดลง (จุฬารัตน์ ประสังสิต และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558)

กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยอาการ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด มา 4 เดือน ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครั้งแรก ได้รับการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยมาตาม

แพทย์นัดเพื่อผ่าตัด มีการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด จากการผ่าตัดพบว่า มีน้ำลำไส้เล็กมาเปิดทางหน้าท้อง เพื่อไม่ให้อุจจาระผ่านรอยต่อ นั้น โดยเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้อง การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยชนิดของการผ่าตัดมีทั้งการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องและแบบส่องกล้อง (จุฬารัตน์ วรศิริ, 2559) ซึ่งการผ่าตัดโดยใช้กล้องในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกขนาดเล็กทำให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กส่งผลให้อาการปวดแผลหลังผ่าตัดลดลง การผ่าตัดอาจต้องผ่าตัดเอาทั้งลำไส้ตรงและทวารหนักเพื่อนำส่วนที่มีพยาธิสภาพออกทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถต่อลำไส้เข้าหากันได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องสำหรับขับถ่ายอุจจาระ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม นับเป็นภาวะวิกฤตทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการตลอดจนวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์

จากการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพ โดยใช้การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนในทั้งสองราย ได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ครอบคลุม 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะวิกฤติ ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย เพราะจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำผ่าตัด และและหลังผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้การดูแลด้วยท่าที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือ 2. แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งการผ่าตัดจะมีท่อและสายต่าง ๆ ติดตัวผู้ป่วย ยาแก้ปวด ตำแหน่งของแผลผ่าตัดและทวารเทียม โดยกำหนดตำแหน่งทวารเทียมโดยการท่า Stoma siting ตำแหน่งบริเวณ Left Lower Quadrant (LLQ) และ Right Lower Quadrant (RLQ) บนกล้ามเนื้อ Rectus muscle การให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทวารเทียมและอุปกรณ์รองรับอุจจาระที่

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ส่วนการเตรียมด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดี มีการประเมินสภาพจิตใจระหว่างให้ข้อมูล โดยดึงญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลแก้ปัญหาไปด้วยกัน ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง</p>	<p>เหมาะสม การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด เพื่อไม่ให้มีสิ่งตกค้าง ลดแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายหลังผ่าตัดโดยเริ่มจากการรับประทานอาหารไม่มีกาก อาหารเหลวใส สารเกลือแร่ และยาระบายตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ (จุฬาพร ประสงค์, 2561)</p> <p>3.การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด เพื่อลดปริมาณอุจจาระ แบคทีเรียในลำไส้ วิธีการได้แก่ การจำกัดอาหารการรับประทานอาหาร และการสวนอุจจาระ ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่ต้องจำกัด ได้แก่ อาหารกากใยน้อย อาหารเหลว อาหารเหลวใส ประเมินการขับถ่าย ว่ามีอุจจาระใสหรือไม่ ประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (ไพบูลย์ จิวะไพศาลพงศ์, 2555)</p> <p>4. อธิบายการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด การประเมินโดยใช้ Pain rating scale และการจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา หากควบคุมความปวดได้ดี จะส่งผลให้การเคลื่อนไหว ลูกจากเตียงหลังผ่าตัดก็จะทำได้เร็ว</p> <p>5. สอนสาธิตการบริหารการหายใจและการไอ (Deep breathing and cough exercise) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด ร่วมกับการใช้เครื่อง Inspirometer (Tri-flow) ช่วยในการหายใจ โดยให้ปฏิบัติ 10 ครั้งทุกหนึ่งชั่วโมง</p> <p>6. สอนสาธิตการบริหารขา (Leg exercise) เมื่อเริ่มรู้สึกตัวหลังผ่าตัดให้เริ่มทำทันทีเพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น โดยปฏิบัติดังนี้ หมุนข้อเท้าทางด้านซ้าย วนด้านขวาสลับกัน กระดกข้อเท้าขึ้นลง และเกร็งขายืดขาเหยียดตรง ควรปฏิบัติ 4-5 ครั้ง ทุกครึ่งชั่วโมงในขณะที่ตื่น</p> <p>7. สร้างความเข้าใจเพื่อส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด ควรปฏิบัติให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มียาจำกัดในการลุกจากเตียงได้แก่ มีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 40 ครั้ง/นาทีหรือ มากกว่า 130 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจมากกว่า 35 ครั้ง/นาที เป็นระยะเวลา นานกว่า 30 นาทีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า 200 มิลลิเมตรปรอท พยาบาลจะช่วยกระตุ้นการบริหารขา ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลุกนั่งเพื่อส่งเสริมการทำงานของปอด กระตุ้นให้เดินอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559)</p> <p>8. อธิบายการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (Step diet) การเริ่มจิบน้ำอาหารเหลว อาหารอ่อนและอาหารธรรมดาที่เหมาะสมกับโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินการบริโภคอาหารและซักถามการทำงานจากระบบทางเดินอาหาร การผายลม อาการปวดแน่นท้อง และการเริ่มขับถ่ายอุจจาระทางทวารเทียม</p> <p>9. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม เรื่อง ดูแลและทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัดและทวารเทียม ให้คู่มือ แนะนำอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับทวารเทียมที่หน้าท้อง ได้แก่ แป้นและถุงรองรับอุจจาระจะเป็นชนิดขึ้นเดียวซึ่งในระยะแรกจะใช้ถุงรองรับอุจจาระชนิดขึ้นเดียวใส เพื่อสังเกตลักษณะของทวารเทียม คือ มีสีชมพูแดง รูปร่างกลม อยู่เหนือผิวหนังประมาณ 2.5 เซนติเมตร และมีรอยไหมเย็บรอบทวารเทียมกับผิวหนัง โดย 2-3 วันแรกหลังผ่าตัดจะไม่มีอุจจาระ แนะนำวิธีการถ่ายเทของเสียออกจากถุงรองรับอุจจาระ การแต่งกาย อาหาร การออกกำลังกาย การเตรียมอุปกรณ์ กรรไกรตัดแป้นปิดหน้าท้องน้ำยาทำความสะอาดถุงรองรับอุจจาระ (จุฬารักษ์ ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558) และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการสอนสาธิตการใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดทวารเทียมจากพยาบาลเฉพาะทางบาดแผลและทวารเทียมจนผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้</p>
<p>การพยาบาลระยะวิกฤติ</p> <p>เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อแก้ไขและบรรเทาปัญหาเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ ประเมินระดับความรู้สึกตัวลดลง ถ้าผู้ป่วยกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรมากกว่า 100 ครั้ง/นาที หายใจเร็วและลึกมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต <90/60 mmHg รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันที</p>

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนและปรับ setting ventilator ตามแผนการรักษา ติดตามค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95% ขึ้นไป หากผิดปกติรายงานแพทย์</p> <p>3. การประเมินลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ภายใน 24 ชั่วโมงแรกเพื่อสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดทันที ได้แก่ Stoma ischemia, necrosis, bleeding เป็นต้น</p> <p>4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดเป็นกรดจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ABG และอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ หายใจหอบ เหนื่อย กระสับกระส่าย สับสน หัวใจเต้นเร็ว ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา</p> <p>5. ติดตามความสมดุลของเกลือแร่เนื่องจากการตัดลำไส้ใหญ่ออกตามพยาธิสภาพ ทำให้การดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์ลดลง</p> <p>6. บันทึกสารน้ำเข้า-ออกทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำ</p> <p>7. แจงอาการของผู้ป่วยและอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงแผนการรักษา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย</p>
การพยาบาลระยะต่อเนื่อง	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>เป้าหมายระยะนี้คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว ปวด การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันลดลง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการหายใจ ดูแลการหยาเครื่องช่วยหายใจ 2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง 3. สังเกต Abdominal sign ได้แก่ ท้องอืด แน่นตึง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตผลข้างเคียง 5. ดูแลความสะอาดร่างกายและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน 6. ประเมินลักษณะของ stoma: end colostomy, round shape, pink color, size, mucocutaneous skin suture line intact, peristomal skin normal 7. ดูแลและสังเกตลักษณะ stoma ชุ่มชื้น ผิวมันวาว สีชมพูไม่มีสีแดงคล้ำ หรือสีซีด ความสูงอยู่เหนือผิวหนังประมาณ 2.5 เซนติเมตร ไม่ยื่นออกมามาก (prolapse) หรืออยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง (retraction) และผิวหนังรอบบริเวณstoma ไม่มีskin irritation หรือ skin excoriation 8. ประเมินการทำงานของลำไส้ในการขับถ่ายอุจจาระทางทวารใหม่ จากการผายลมหรืออุปกรณ์รองรับอุจจาระไป่ง 9. กระตุ้น early ambulation เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน 10. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการดูแลทวารใหม่เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อกลับบ้านในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการดูแลทวารใหม่เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การอุดตันของลำไส้แผลเย็บระหว่างผิวหนัง และ stoma แยก ผิวหนังรอบๆ stoma เป็นแผล stoma มีเลือดออกหรือมีสีคล้ำลง stoma prolapse หรือ retraction เป็นต้น 11. สอนและสาธิตขั้นตอนการเปลี่ยนและปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) เช็ดทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องและผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ด้วยน้ำสะอาด อาจใช้สบู่อ่อน ทำความสะอาดผิวหนังรอบๆเมื่อสกปรก น้ำจะไม่เข้าเพราะช่องเปิดลำไส้เปิดทางหน้าท้องจะมีแต่การบีบตัวไล่น้ำออกสามารถอาบน้ำได้ เช็ดผิวหนังรอบๆให้แห้งก่อนที่จะติดถุง ถ้ามีขนบริเวณรอบๆช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ควรตัดหรือโกนขนเพื่อป้องกันการอักเสบของรูขุมขนซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เมื่อติดถุงรองรับอุจจาระ การใช้สบู่ที่มีส่วนผสมของสารบำรุงผิวหนังพวกมอยเจอร์ไรเซอร์ ทำให้การยึดติดของถุงรองรับอุจจาระไม่แน่น หรือแนะนำให้ใช้สบู่อย่างอ่อน เช่น สบู่เด็ก ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันและล้างให้สะอาด เนื่องจากอาจมีการตกค้างของสบู่ ทำให้เกิดผิวหนังอักเสบได้ 2) การใช้ผลิตภัณฑ์เคลือบผิว/ปกป้องผิวรอบช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Skin protectant or Moisture barrier) ทาบริเวณรอบๆช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ผลิตภัณฑ์เคลือบผิวทำหน้าที่เหมือน

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>ผิวหนังชั้นบน ป้องกันการดูดซึมของสารระคายเคืองจากปัสสาวะและอุจจาระ ลดการเสียดสี ป้องกันการสูญเสียน้ำทางผิวหนัง สามารถให้ความชุ่มชื้น และช่วยป้องกันผิวหนังลอกหลุดจากการลอก เปลี่ยนถุงรองรับของเสีย มีอยู่หลายรูปแบบได้แก่ cream, liquid wipes, liquid spray ในกรณีที่ใช้ในรูปแบบ cream ต้องทาบางๆและรอให้แห้งก่อน จึงปิดถุงรองรับของเสีย</p> <p>3) การเทถุงรองรับอุจจาระเมื่ออุจจาระอยู่ในถุงประมาณ 1/3 ของถุง ถ้ามากกว่านี้ทำให้เกิดแรงดึงรั้ง เป็นสาเหตุให้ถุงรองรับอุจจาระแยกหลุดจากแผ่นรองที่ติดกับผิวหนังได้</p> <p>4) การเปลี่ยนและการติดถุงรองรับอุจจาระ มีวิธีการดังนี้คือ เช็ดผิวหนังรอบๆช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องให้แห้ง วัดขนาดของช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และตัดขนาดของถุงให้ใหญ่กว่าช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องประมาณ 2 มิลลิเมตร ไม่ติดถุงชิดกับช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมากเกินไปเพราะขอบถุงจะทำให้ช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องเกิดแผลได้ ไม่ติดถุงห่างกับช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมากเกินไป เพราะอุจจาระจะทำให้ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ระคายเคือง เกิดแผลได้</p>
<p>การพยาบาลระยะจำหน่าย</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>เป็นการเตรียมผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ให้มีความรู้ ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน สามารถใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายได้ด้วยความมั่นใจ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้เรื่องยา ข้อบ่งใช้ การออกฤทธิ์ วิธีการใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ผลข้างเคียงรวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและครบถ้วน 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งของ สถานที่ที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชนสังคม 3. ให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแผนการรักษา การปฏิบัติตัวการพักผ่อนนอนหลับ การลดความวิตกกังวลไม่เครียดทำอารมณ์ให้แจ่มใส 4. ให้ความรู้การสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ การมีอุจจาระออกน้อยลงหรือไม่ออกเลย ปวดเพิ่มขึ้น หรืออาการที่แสดงว่ามีอาการติดเชื้อ มีแผลรอบทวารเทียม ผิวหนังรอบๆ stoma บวมบวมหรือโป่งออกเมื่อนอนราบไม่กลับคืน stoma มีความผิดปกติ มีเลือดสดๆ ออกไม่หยุดเมื่อทำการห้ามเลือดที่ stoma หรือมีลำไส้ยื่นยาว stoma ตีบตัน หรือมีถ่ายเป็นเลือดออกมาจากลำไส้ 5. ให้คำแนะนำติดตามการรักษา การตรวจตามนัดหากมีอาการผิดปกติให้ไปพบแพทย์ก่อนวันนัด 6. ประเมินทักษะในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องและส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติ 7. ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับทวารเทียม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์, 2560) <ol style="list-style-type: none"> 1) สามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิด ควรดื่มน้ำสะอาดบางประเภท เช่น อาหารรสจัด อาหารหมักดอง อาหารที่ทำให้เกิด gas รวมทั้งการปรับเปลี่ยนสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ควรรับประทานอาหารเพียงพอแต่ละมือน้อย ไม่ควรอ้วนเกินไป ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียดโดยเฉพาะอาหารที่แข็ง และมีกากใยสูง โดยเฉพาะ ileostomy ควรเคี้ยวให้ละเอียดเพื่อป้องกันอาการท้องผูก ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ ควรหลีกเลี่ยงการพูดคุยขณะรับประทานอาหาร ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว สำหรับอาหารที่ไม่เคี้ยวเคี้ยวควรเริ่มรับประทานเพียงเล็กน้อย 2) การดูแลความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ตามปกติทั้งขณะใส่ถุงรองรับอุจจาระ ด้วยการปิดพลาสติกกันน้ำ เพื่อยืดระยะเวลาการเปลี่ยนแป้น และในวันที่ถอดถุงรองรับอุจจาระออกเพื่อเปลี่ยนแป้น โดยการตักน้ำอาบ หรืออาบด้วยฝักบัว แต่ไม่ควรใช้น้ำฉีดบริเวณ stoma หลังจากอาบน้ำเสร็จให้ซับน้ำบริเวณ stoma ให้แห้ง แล้วจึงเปลี่ยนอุปกรณ์ผู้รับบริการควรหลีกเลี่ยงการอาบน้ำคลอง 3) การป้องกันและดูแลรักษาผิวหนังโดยรอบ stoma ทำความสะอาดรอบๆ stoma ด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้ง ไม่ควรขัด ถูหรือเกาบริเวณรอบๆ stoma เพราะทำให้เกิดแผลและมีการติดเชื้อได้สังเกตอาการ

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>อັกเสบของผิวหนั่งเซ่น ผิวหนั่งมีผีนแดง มีอาการคัน ผิวหนั่งแห้ง แดก ลอกเป็นแผล ในระยะแรกที่ยังมี Mucocutaneous suture line หรือรอยแผลเย็บควรใช้ skin barrier powderโรยบางๆ ลูบผงแบ่ง ออกด้วยกระดาษชำระก่อนปิดแป้น</p> <p>4) การแต่งกาย สามารถแต่งกายได้ตามปกติ แนะนำผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าที่มีเนื้อผ้าหนา และสีเข้ม เพื่อไม่ให้ ลุงรอรับอุจจาระนูนออกมาให้เห็นชัดเจน และไม่กดบริเวณ stoma</p> <p>5) การเดินทาง สามารถเดินทางไกลได้ แต่ควรเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นไปด้วยตลอดเวลาและควรเตรียม ให้มีจำนวนมากเพียงพอในกรณีที่มีความจำเป็นใช้รับด่วนหรือฉุกเฉิน</p> <p>6) การทำงาน ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ปกติ งดเว้น การยกของหนักหรือภาวะที่ทำให้แรงดันในช่องท้อง สูง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ stoma ทำให้เกิด stoma herniation หรือ prolapse stoma</p> <p>7) การพักผ่อนและการออกกำลังกายสามารถออกกำลังกายเบาๆ เช่น การบริหารแขนและขา แต่ไม่ควร ทักโหม หรือเล่นกีฬาที่มีการกระทบกระแทกที่จะเป็นอันตรายต่อ stoma ได้</p> <p>8) การนอนหลับ ก่อนนอนควรทำความสะอาดลุงรอรับอุจจาระ หรือเทอุจจาระให้เรียบร้อย และไม่ ควรนอนทับบริเวณ stoma</p>

สรุป

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบ 2 กรณี พบว่า มีการวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดที่ เหมือนกันคือ ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับ สภาวะโรคและการรักษาที่ได้รับ ในระยะวิกฤต มีความไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ระยะต่อเนื่อง ได้รับการสอนโดยพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Entrostomal Therapy Nurse : ET Nurse) ระยะจำหน่าย ญาติ และผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับ บ้านเนื่องจากมีทวารเทียม และการสูญเสีย ภาพลักษณะ ส่วนการวินิจฉัยการพยาบาลที่ต่างกัน ระยะก่อนผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะซีดจาก การดำเนินของโรค และไม่ได้รับการกำหนดตำแหน่ง เปิดทวารเทียม ในขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการ กำหนดตำแหน่งเปิดทวารเทียมโดยพยาบาล ET Nurse และ เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะไม่สมดุลของ อิเล็กโตรไลต์ ในระยะวิกฤตกรณีศึกษารายที่ 2 มี ภาวะพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัดได้รับการใช้ เครื่องช่วยหายใจ ส่วนในระยะต่อเนื่อง กรณีศึกษา รายที่ 2 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ผล การศึกษาเปรียบเทียบ 2 กรณี พบว่า กรณีศึกษาราย

ที่ 1 มาด้วยอาการ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ได้รับการ วินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครั้งแรก ส่วน กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ ใหญ่ และได้รับการรักษามาก่อน ผู้ป่วยมาตามนัด เพื่อรับการผ่าตัดทวารเทียม (Ostomy) ทั้งสอง รายได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม กรณีศึกษารายที่ 1 พบพยาธิสภาพบริเวณ Sigmoid colon ได้รับผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป็นชนิด Colostomy ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีพยาธิสภาพ บริเวณ Rectum ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีผ่านกล้อง เปิดทวารเทียม เป็นชนิด Ileostomy ทั้งสองกรณี มีความแตกต่างในเรื่องวิธีการผ่าตัด และชนิดของ ทวารเทียม การได้รับการกำหนดตำแหน่งก่อนผ่าตัด และชนิดของทวารเทียมที่เปิดมีผลต่อการดูแลตนเอง กรณีศึกษาที่ 2 ใช้วิธีผ่าตัดผ่านกล้อง ต้องเฝ้าระวัง การเกิดภาวะ Co2 ในเลือดสูง และการเกิดมีลมรั่ว ตามชั้นใต้ผิวหนัง ดังกรณีศึกษารายที่ 2 เปิดทวาร เทียม ชนิด Ileostomy มีลักษณะอุจจาระเป็นน้ำ ผู้ป่วยมีโอกาสเสียน้ำและอิเล็กโตรไลต์ มากกว่า ทวารเทียมชนิด Colostomy และ ทวารเทียมชนิด Ileostomy มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรอบทวาร เทียมมากกว่า ชนิด Colostomy

อภิปรายผล

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายหลังได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาการขับถ่ายอุจจาระ ส่งผลกระทบ ทั้งด้านร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ต้องให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดตำแหน่งของการเปิดทวารเทียม การประเมินสภาพจิตใจ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และการเตรียมลำไส้ การดูแลระยะหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความเชี่ยวชาญ สามารถประเมินลักษณะของทวารเทียม ลักษณะของสิ่งขับถ่าย การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์การสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วย เพราะถึงแม้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดแล้ว เมื่อแพทย์พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ จะส่งพบพยาบาล ET Nurse เพื่อจัดการปัญหา และดูแลต่อเนื่อง^{1,2}

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา และไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา อีกทั้งยังสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีสุขภาวะ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลแผนกศัลยกรรมให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้
2. มีการดูแลต่อเนื่อง แลกเปลี่ยนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม กับทีมการพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระหว่างเข้าพักในโรงพยาบาล ทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในทุกระยะการรักษา
3. ควรมีการจัดบริการ เพื่อให้บริการพยาบาลกรณีจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง เช่น ไม่สามารถติดอุปกรณ์ได้ มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาร ประสงค์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ใน สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และ เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์. บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 18 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
2. จุฬาร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
3. ชิตวรรณ คงเกษม. (2017). โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง. *Journal of Public Health Nursing*, 31(1), 75-89.
4. ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์. (2555). *Colostomy/Ileostomy*. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร.
5. รัสวดี บุชยะจารุ. (2554). การดูแลผู้ป่วยที่มีทวารใหม่. การดูแลบาดแผลและออสโตมี, 74.
6. วันดี สาราณราชภูรี. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า*, 1(2), 96-111.
7. ศิริพรรณ ภมรพล. (2559). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริม การลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 9(2), 14-23.

8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข 2560-2562*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
9. สนธยา ทองรุ่ง จรรยา สนต์ยากร ยวยงค์ จันทรวิจิตร และปกรณ์ ประจันบาน. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับตัวต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 7(3), 88-97.
10. สุวรรณีย์ สิริเลิศระกุล. (บรรณาธิการ). (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สมุทรปราการ: สันทวิกิจพรีนติ้ง
11. เอ็มปภา ปรีชาธีรศาสตร์. (2560). บทบาทพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ : กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 10(1), 22-34.
12. Ron G Landmann. (2020). Ileostomy or Colostomy care and complications. 17 กันยายน 2563, www.Uptodate.Com 2020 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care of Patient Stroke: Case Study of 2 Cases.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

รุจน์นลิน พีระกมลโรจน์¹
Rujnalin Peerakamolroj¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 รายโดยศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลภูเวียง รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และแบบประเมินบ้านผู้ป่วยฉุกเฉิน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล กรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 39 ปี อาการสำคัญหน้ามืด ปวดศีรษะ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 5 นาที ได้รับการวินิจฉัย Ischemic stroke กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 14 ปี 10 เดือน อาการสำคัญ ซึม ไม่รู้สึกตัว ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ได้รับการวินิจฉัย Intracerebral Hemorrhage

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง , การประเมินผู้ป่วย, การพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care in stroke patients, 2 cases. Study 2 patients diagnosed with stroke undergoing treatments in the Phu Wiang Hospital. Sampling was collected from the database of outpatients' medical records and emergency patients. The interviewing and observations are used in the patients and their relatives to analyze comparisons in risk factors, etiology, signs and symptoms, treatment, issues, nursing diagnosis, and analysis of evaluation nursing outcomes. Study results: Case study 1: A Thai female patient, 39 years old, had chief complaints of headache, dizziness, and weakness in the left arm and leg for 5 minutes before arriving at the hospital. She was diagnosed with an ischemic stroke. Case study 2: A Thai male child, 14 years and ten months old, has chief complaints of drowsiness, numbness, and loss of consciousness for 30 minutes before arriving at the hospital. He was diagnosed with intracerebral hemorrhage.

Keywords: Stroke ,Triage, Nursing care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) หมายถึง ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก จนเกิดการทำลายเนื้อสมอง ทำให้สมองสูญเสียการควบคุมการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดความพิการในอัตราค่อนข้างสูง ทำให้ทั่วโลกตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพการดูแล

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke เป็นปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญของโลกและในประเทศไทย จากผลการศึกษาอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)ประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2560 – 2565 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากรทั้งประเทศเท่ากับ 278.49, 303.2, 318.89, 328.01,330.22 และ 330.72 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 11.02, 10.6,

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลภูเวียง จ.ขอนแก่น

10.24, 10.35, 11.0 และ 10.92 ตามลำดับ^(9,10) และยังพบว่าผู้ป่วย intracerebral hemorrhage มีโอกาสเสียชีวิตสูงมากกว่าผู้ป่วย ischemic stroke หลายเท่า ซึ่งปัจจัยเสี่ยง/กลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันสูง และการเต้นหัวใจผิดปกติ atrial fibrillation (AF) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้เป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ต้องร่วมมือกันรณรงค์และคัดกรองในกลุ่มดังกล่าว และสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ทันเวลาในกลุ่ม c และในกลุ่มผู้ป่วย intracerebral hemorrhage ได้รับการผ่าตัดปิดสมอง เพื่อนำก้อนเลือดออกจากเนื้อสมอง ปัจจุบันการพัฒนาระบบบริการ stroke fast track มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบันสามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญ⁹

ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันเวลา ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดความพิการถาวร ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ทิมสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย ในระยะวิกฤตฉุกเฉิน โดยเริ่มตั้งแต่การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) การดูแลขณะรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital care) และการส่งต่อ (Transfer) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ร่วมกับ

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้รับการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐานและมีคุณภาพ พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลทั้งในบทบาทอิสระ บทบาทวิชาชีพ และการประสานงานระหว่างสาขาวิชาชีพโดยไร้รอยต่อ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา : กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบ

เฉพาะเจาะจง เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง (Stroke) ทั้งที่มีภาวะ ischemic

stroke และ intracerebral hemorrhage เข้ารับการ

รักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

โรงพยาบาลภูเวียง อ.ภูเวียง จ.ขอนแก่น พ.ศ. 2665

และ 2566 จำนวน 2 ราย โดยศึกษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะ

ก่อนถึงโรงพยาบาล จนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

และระยะก่อนส่งต่อ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

นอกและแบบบันทึกผู้ป่วยฉุกเฉิน การสัมภาษณ์ผู้ป่วย

และญาติ และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหา

และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การติดตาม case และ

ใช้ 7 Aspects to care ในการวิเคราะห์ประเมิน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษา

ผู้ป่วย 2 รายดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>เป็นหญิงไทย สถานภาพสมรส อายุ 39 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลภูเวียง ในวันที่ 13 สิงหาคม 2565 เวลา 16.45 น. มาด้วยอาการหน้ามืดคล้ายจะวูบปวดศีรษะเวียน แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ลื่นแข็งพูดลำบากเป็นมา 5 นาที จึงนำผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินให้ระดับความแรงด่วน ESI 2 โรคประจำตัวผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทุติยภูมิรับประทานยาเอง ขาดการรักษาต่อเนื่องมา 8 ปี มีรูปร่างอ้วน น้ำหนัก 95 กิโลกรัม BMI 39.4 มีประวัติมารดาเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมื่อ 2 ปีที่แล้วเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ขณะขึ้นแวรซึกประวัติคัดกรองที่ opd นอกเวลา มีอาการหน้ามืดคล้ายจะวูบ ปวดศีรษะ เวียน แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ลื่นแข็งพูดลำบาก เพื่อนร่วมงานจึงรีบนำผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน แกร็บผู้ป่วย รู้สึกรู้สึกลื่นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง Glasgow coma scale 15 คะแนน (E4V5M6) มี dysarthria Pupil 3 mm reaction to light BE Motor power แขนขาข้างซ้าย Gr 4 แขนขาข้างขวา Gr 5 No facial palsy ประเมิน NIHSS แกร็บ 4 คะแนน อุณหภูมิ 36.4 °C ชีพจร 94 bpm หายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 222/124 mmHg ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (RA) ได้รับการวินิจฉัยเป็น Ischemic stroke (Fast track) ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางทางดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track โดยให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr เจาะ DTX 94 mg%, ATK negative , CBC ,BUN,Cr, Electolyte ,PT,INR (ผล lab ทุกตัวปกติ) ผล EKG :NSR ,CXR ปกติ จัดทำอนศิริษะสูง 30 องศา แพทย์เวร Consult แพทย์ รพ.ชุมแพ ดูแลให้ได้รับยาลดความดันตามแผนการรักษา (50mg) 1 tab และDoxazosin 2 mg 1 tab oral stat ก่อนส่งต่อ Refer โรงพยาบาลชุมแพ เวลา17.15 น.รวมระยะเวลาตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยจนถึงนำส่งผู้ป่วยใช้เวลา 30 นาที จากการติดตามอาการ CT Brain พบ Acute cerebellar infarction at right cerebellar hemisphere ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ทันเวลา นอนรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ 9 วันเพื่อควบคุมความดันโลหิต อาการดีขึ้น กลับมา กลับมาฟื้นฟูสมรรถภาพจนผู้ป่วยกลับไปทำงานได้ ใช้เวลา 2 เดือน</p>	<p>เป็นเด็กชายไทย อายุ 14 ปี 10 เดือน วันที่ 20 มีนาคม 2566 รับแจ้งจาก 1669 ว่า ซึม ไม่รู้สึกตัว ทีม advance ถูกเดินออกมารับผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุให้ระดับความเร่งด่วน ESI 1 โดยประเมินและการดูแลตามหลัก ABCD นำส่งโรงพยาบาลภูเวียง แกร็บที่ห้องฉุกเฉิน เวลา 12.30 น. ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว Glasgow coma scale 8 คะแนน (E2V1M5) Pupilข้างขวา 4 mm fixed ข้างซ้าย 4.5 mm reaction to light ,Drowsiness no facial palsy ,gag reflex positive ,DTR2+ all extremity BBK, Clonus negative อุณหภูมิ 36.5 °C ชีพจร 58 bpm หายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 127/ 61 mmHgความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 % (RA) ชักประวัติจากมารดาให้ประวัติว่า ผู้ป่วยบ่นปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง 2 ครั้ง จากนั้นไม่รู้สึกตัว ก่อนมาประมาณ 30 นาที ผู้ป่วยมีรูปร่างอ้วน น้ำหนัก100 กิโลกรัม BMI 33.02 ประวัติครอบครัวายเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตาเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกเสียชีวิตแล้ว ได้รับการวินิจฉัยเป็น Intracerebral hemorrhage ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่สายสวนปัสสาวะ จัดทำอนศิริษะสูง 30 องศา ดูแลให้สารน้ำ 5%DNSS 1000 ml iv drip 40 ml/hr และ 3%nacl 100 cc iv drip in 30 นาที then 3% Nacl 500 cc iv drip 50 cc/hr เพื่อลดภาวะ IICP เจาะเลือด DTX 114 mg% ,ATK negative, CBC ,BUN,Cr, Electolyte ,PT,INR (ผล lab ทุกตัวปกติ) ผล EKG :NSR ,CXR ปกติ แพทย์เวร Consult แพทย์ รพ.ศูนย์ขอนแก่น Refer โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เวลา 13.15 น.รวมระยะเวลาตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยจนถึงนำส่งผู้ป่วยใช้เวลา 45 นาที ขณะ refer พยาบาลส่งต่อเตรียมยากันชักฉุกเฉิน Dilantin 1,000 mg ใน NSS 100 cc iv drip in 30 นาที และ Valium 10 mgและ เครื่องติดตามสัญญาณชีพที่สามารถสื่อสารได้ (Telamed) กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสามารถนำส่งผู้ป่วยได้ปลอดภัย ไม่มีภาวะชัก จากการติดตามอาการ CT Brain พบว่า Acute IPH at right parietal lobe with acute IVH .Impending leftward brain herniation ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดกระโหลกศีรษะ 2 ครั้ง นอนโรงพยาบาล 1 เดือน อาการดีขึ้นกลับมา กลับมาฟื้นฟูสมรรถภาพจนผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ปกติใช้เวลา 5 เดือน</p>

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 39 ปี - มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง รักษาขาดการรักษาต่อเนื่อง - มีประวัติครอบครัว มารดาเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมื่อ 2 ปีที่แล้วเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ - ค่า BMI 39.54	ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 14 ปี 10 เดือน - ไม่มีประวัติดื่มสุรา/สูบบุหรี่ - มีประวัติครอบครัว ยายเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตาเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก เสียชีวิตแล้ว - ค่า BMI 33.0	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความแตกต่างกันเรื่อง เพศ อายุ แต่มีคล้ายกัน คือมีประวัติบุคคลในครัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ป่วยรายที่ 1 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงประมาณ 8 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง หยุดกินยาเอง จากข้อมูลดังกล่าวภาวะความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดเสื่อมเนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขนาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่าย พบว่า 35-73% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ⁴ และอีกปัจจัยของผู้ป่วยรายนี้คือภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ค่า BMI 39.54 ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัจจัยเรื่อง เพศ เพราะเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากรายงานในต่างประเทศพบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.25 เท่า ^{2,3)} และอีกและอีกปัจจัยของผู้ป่วยรายนี้ที่เหมือนกันคือภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ค่า BMI 33.02 จากการศึกษาวิเคราะห์กรณีศึกษา พยาบาลต้องสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง
2. พยาธิสภาพและอาการแสดง	- Glasgow coma scale 15 คะแนน (E4V5M6) มีภาวะ dysarthria - Pupil 3 mm reaction to light BE Motor power แขนขาข้างซ้าย Gr 4 แขนขาข้างขวา Gr 5 No facial palsy -ประเมิน NIHSS แกร็บ 4 คะแนน - CT Brain พบ Acute cerebellar infarction at right cerebellar hemisphere	- Glasgow coma scale 8 คะแนน (E2V1M5) - Pupilข้างขวา 4 mm fixed pupil ข้างซ้าย 4.5 mm reaction to light - Drowsiness no facial palsy ,gag reflex positive ,DTR 2+ all extremity BBK, Clonus negative - CT Brain พบว่า Acute IPH at right parietal lobe with acute IVH brain herniation	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการแสดงแตกต่างกันตามพยาธิสภาพ โดยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน เกิดจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดตีบประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เกิดจากหลอดเลือดเปราะบางร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงและการสะสมของไขมันในหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแตกง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เสียชีวิตได้ง่าย ⁹
3.การรักษา	-CBC ,BUN,Cr, Electrolyte ,PT,INR ,DTX,ATK -EKG ,CXR	- On ET tube no 7.5 ซีต 20	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการแสดงแตกต่างกันตามพยาธิสภาพ โดยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นหลอดเลือดสมองตีบ/

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
	<ul style="list-style-type: none"> - On 0.9 NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr - Consult แพทย์ รพ.ชุมแพ - Hydralazine (50mg) 1 tab และDoxazosin 2 mg 1 tab oral stat ก่อนส่งต่อ -Refer โรงพยาบาลชุมแพ 	<ul style="list-style-type: none"> - CBC ,BUN,Cr, Electrolyte ,PT,INR ,DTX,ATK - EKG ,CXR - On 5%DNSS 1000 ml iv drip 40 ml/hr -Retain foley cath - Consult แพทย์ รพ.ศูนย์ขอนแก่น - 3% Nacl 100 cc iv drip in 30 นาที then 3%nacl 500 cc iv drip 50 cc/hr เพื่อลดภาวะ IICP - Refer รพ.ศูนย์ขอนแก่น 	<p>ถอดต้น จากการติดตามอาการผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาที่ต่างกันตามพยาธิสภาพของโรค กรณีศึกษารายที่ 1 วินิจฉัย Ischemic Stroke ประเมิน Stroke Fast Track ส่งต่อโรงพยาบาลชุมแพ ได้รับยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2วินิจฉัย Intracerebral Hemorrhage ได้รับการผ่าตัด Craniotomy c clot removal</p>
<p>4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมอง 2.มีโอกาสดเกิดความดันในกระโหลกศีรษะสูง (IICP)จากภาวะสมองขาดเลือด 3. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการมีเส้นเลือดในสมองแตก 2.มีโอกาสดเกิดความดันในกระโหลกศีรษะสูง (IICP)จากภาวะสมองขาดเลือด 3. ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 รายในระยะวิกฤตมีความคล้ายกันเนื่องจากมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง แต่กิจกรรมการพยาบาลแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค และด้วยอายุที่ต่างกัน ในกรณีศึกษารายที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมการพยาบาล ให้ออกซิเจนสูง 30 องศา เพื่อลดแรงดันในกระโหลกศีรษะ - ดูแลให้ได้รับยาลดความดันตามแผนการรักษา (50mg) 1 tab และDoxazosin 2 mg 1 tab oral stat - ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที หลังได้ยาลดความดัน ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ดูแลให้ออกซิเจน cannula 3 LPM ตามแผนการรักษา - จัดเตรียมยา/เวชภัณฑ์ให้พร้อมขณะนำส่งผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 - เตรียมผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา suction clear air way ใส่สายสวนปัสสาวะ จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา - ดูแลให้สารน้ำ 5%DNSS 1000 ml iv drip 40 ml/hr และ 3%nacl 100 cc iv drip in 30 นาที then 3%nacl 500 cc iv drip 50 cc/hr เพื่อลดภาวะ IICP ตามแผนการรักษา สามารถนำส่งผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ทั้ง 2 ราย

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลลัพธ์การปฏิบัติตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ(7 aspect of care) ในการพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2 พบว่า มีการปฏิบัติตามหน้าที่หลักทางคลินิกที่เหมือนกันทั้ง 7 ข้อ

1. การประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินแรกรับตามเกณฑ์การคัดกรอง(Triage) รายที่ 1 ESI (Emergency Severity Index)อยู่ในระดับ 2 ให้การดูแลอย่างถูกต้องรวดเร็วตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(CPG : Stroke Fast Track) และผู้ป่วยรายที่ 2 ESI อยู่ในระดับ 1 ให้การดูแลอย่างถูกต้องรวดเร็วตามหลัก ABCD^(1,5)

2. การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ ผู้ป่วย รายที่ 1 มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน จากภาวะความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CPG : Stroke Fast Track) และได้ยาลดความดันโลหิตสูงคือ Hydralazine (50mg) 1 tab และDoxazosin 2 mg 1 tab oral stat ก่อนส่งต่อ จัดทำนอนสรีระสูง monitor BP ทุก 15 นาที อาการปวดศีรษะ วิงเวียนลดลง นำส่งโรงพยาบาลชุมชนแพ้อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับความรู้สึกตัวลดลง ได้ใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจ จัดทำนอนสรีระสูง 30 องศาเพื่อลดความดันในกระโหลกศีรษะ ผู้ป่วยมีเสมหะมาก ดูดเสมหะให้เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ monitor BP ทุก 15 นาที ดูแลให้สารน้ำ 3%nacl 100 cc iv drip in 30 นาที then 3%nacl 500 cc iv drip 50 cc/hr เพื่อลดภาวะ IICP

3. การดูแลความปลอดภัย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงและมีการเกิดพยาธิสภาพที่สมอง การให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้ได้รับปริมาณตามที่แพทย์สั่ง การดูแลผู้ป่วยขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ป้องกันท่อช่วยหายใจ

เลื่อนหลุด และป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ การเตรียมความพร้อมของรถพยาบาลในการนำส่งผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน จากภาวะความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^(5,6) (CPG : Stroke Fast Track) และได้ยาลดความดันโลหิตสูงคือ Hydralazine (50mg) 1 tab และDoxazosin 2 mg 1 tab oral stat ก่อนส่งต่อ จัดทำนอนสรีระสูง monitor BP ทุก 15 นาที อาการปวดศีรษะ วิงเวียนลดลง นำส่งโรงพยาบาลชุมชนแพ้อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับความรู้สึกตัวลดลง ได้ใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจ จัดทำนอนสรีระสูงเพื่อลดความดันในกระโหลกศีรษะ ผู้ป่วยมีเสมหะมาก ดูดเสมหะให้เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ monitor BP ทุก 15 นาที ดูแลให้สารน้ำ 3%nacl 100 cc iv drip in 30 นาที then 3%nacl 500 cc iv drip 50 cc/hr เพื่อลดภาวะ IICP

5. การให้การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การติดตามสัญญาณชีพ อย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงสามารถรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือได้ ตั้งแต่แรกรับจนผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนแพและโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นอย่างปลอดภัย

6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จากการติดตามอาการผู้ป่วยทั้ง 2 รายเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้ให้การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การทำกายภาพ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลที่รวดเร็ว นำส่ง

โรงพยาบาลชุมชนแพและโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นอย่างปลอดภัย และพยาบาลได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยกับญาติเป็นระยะๆ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติไว้วางใจต่อการรักษาและผลการรักษาที่ได้รับ

อภิปรายผล

ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศหญิงมาด้วยอาการหน้ามืด ปวดศีรษะ วิงเวียน แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง เป็นมา 5 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มาด้วยอาการ ซึม ไม่รู้สึกตัว เป็นมา 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าการพยาบาลในระยะวิกฤตฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญคือ การประเมินคัดแยกระดับความเร่งด่วน (Triage) โดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการคัดแยกเป็นความเร่งด่วนระดับ 2 และความเร่งด่วนระดับ 1 ได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลทุติยภูมิที่มีศักยภาพสูงกว่า ภายใน 30 นาที และ 45 นาที ตามลำดับ^{7,8} เพื่อทำ CT scan และให้การรักษาอย่างเร่งด่วน การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้คือการพยาบาลระยะส่งต่อ ซึ่งต้องเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง พยาบาลส่งต่อต้องสามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้ นอกจากนี้พยาบาลส่งต่อต้องเตรียมเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ระหว่างส่งต่อให้เหมาะสม เพียงพอและพร้อมใช้อยู่เสมอ^{2,3,4}

ทั้งนี้เพื่อใช้ในการฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลงขณะส่งต่อ ก็จะสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมสมรรถนะแก่บุคลากรได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้สม่ำเสมอเพื่อประสิทธิภาพและได้มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย
2. พัฒนาระบบ Fast Track ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เริ่มตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินอาการ การให้การรักษาเบื้องต้น และการส่งต่อที่รวดเร็วมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม รวดเร็ว ลดความพิการและลดการเสียชีวิตได้
3. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ได้รับการดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย
4. รณรงค์ใช้ระบบช่องทางด่วนของ 1669 แนวทาง BEFAST (BALANCE, Eyes, Face, Arm, Speech, Time) ให้มากขึ้น ให้ประชาชนตระหนักถึงอาการผิดปกติของระบบประสาท และสามารถเข้ารับการรักษษได้ทันเวลา
5. ควรเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA เป็นการพัฒนาเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดและเพิ่มการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วทันเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. ธนัท ทั้งไพศาล และคณะ . ER in One Page.สาขาวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2566.
2. นิภาพร บุตรสิงห์. (2562).การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล, 34 (3), 15-28.
3. วิไล สุรสาคร. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 19(3), 222-235.
4. ศิริอร สิ้นธุ, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สภาการพยาบาล:โรงพิมพ์อัมการพิมพ์. 2565.
5. เศรษฐพงษ์ ธนรัตน์.(2561). Safety transportation.วารสาร SAFETY ER Khon Kaen Hospital, 1(1),53-68.

6. สัตกช โพธิ์คำ. (2563). การรับรู้ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 15(4), 66-75.
7. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke): ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
8. สมศักดิ์ เทียมเก่า, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีมสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนวิทยา. 2563.
9. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 39(2), 39-46.
10. สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย)
<https://www.niems.go.th/1/uploadAttachfile/2022.คัณวันที่ 30 กย.2565>.
11. American Stroke Association.(2018). Guideline for the early Management of patient with Acute Ischemic Stroke. Retrieved January 10,2018,from
https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols.คัณวันที่ 30 กย.2565.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of Acute Stroke patient : Two case studies.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

อรัญญา ของศิริ¹
Aranya Songsiri¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาเปรียบเทียบประวัติ อาการ การดำเนินการของโรค การรักษาและการพยาบาล ศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กรณีศึกษา 2 ราย 2) พัฒนารูปแบบการให้ความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชื่นชม ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี มาด้วยอาการสำคัญ ซึม ไม่รู้สึกตัว เป็นก่อนมา 30 นาที โรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูง ไม่รู้สึกตัว มีชักเกร็ง E3V3M5 ความดันโลหิตสูง ระดับออกซิเจนในร่างกายน้อยกว่าปกติ ได้รับการคัดกรองและดูแลตามแนวทาง Stroke fast track แพทย์วินิจฉัย R/O Hemorrhagic stroke ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งตัวไปยังโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อให้ได้รับ CT scan อย่างรวดเร็ว เพื่อการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมต่อไป

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี มาด้วยอาการสำคัญ ปากเบี้ยว แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เป็นก่อนมา 20 นาที โรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ไม่มีชักเกร็ง E4V5M6 ความดันโลหิตสูง ระดับออกซิเจนในร่างกายปกติ ได้รับการคัดกรองและดูแลตามแนวทาง Stroke fast track แพทย์วินิจฉัย Stroke Fast Track ได้รับการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อให้ได้รับ CT scan อย่างรวดเร็ว เพื่อการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน, การพยาบาล

บทคัดย่อ

This study is a case study with two primary objectives. First, to 1) study and compare the history, symptoms, and disease progression, along with treatment and nursing care in patients with acute stroke through a comparative analysis of two case studies. Second, to 2) develop a model for imparting knowledge on self-management to prevent stroke in patients with diabetes and high blood pressure, targeting specifically those receiving treatment at the emergency department of a hospital. The study focused on patients diagnosed with a stroke at the emergency department, with the results revealing the following:

Case Study 1: A Thai female patient, aged 60, presented with crucial symptoms such as lethargy and loss of consciousness occurring 30 minutes prior. The underlying disease was high blood pressure, accompanied by convulsions, with an E3V3M5 assessment. The oxygen level in the body was below normal. Following the Stroke fast track guidelines, the doctor diagnosed a possibility of Hemorrhagic stroke, and the patient was intubated. She was then transferred to KhonKaen Hospital for a prompt CT scan to facilitate an accurate diagnosis and treatment.

Case Study 2: A Thai female patient, aged 65, exhibited significant symptoms of a crooked mouth and weakness in the left arm, occurring 20 minutes prior. The underlying diseases were high blood pressure and high blood fat, with no convulsions and an E4V5M6 assessment. The oxygen levels in the body were normal. Following the Stroke Fast Track guidelines, the doctor diagnosed the case and sent the patient to KhonKaen Hospital for a rapid CT scan to ensure timely and appropriate diagnosis and treatment.

Keywords : Acute Stroke, Nursing care

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ เนื่องจากมีผู้ป่วยเสียชีวิตและพิการเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (World stroke Organization : WSO) ได้รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับสองของโลก และประชากรทั่วโลกเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน (World stroke Organization : WSO, 2559) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถิติอัตราการตายต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศไทยในปี 2561-2563 เท่ากับ 8.27, 8.05 และ 8.01 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) จะเห็นได้ว่าการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2561-2563 พบผู้ป่วยใหม่ จำนวน 4,622, 4,252, 4,557 รายตามลำดับ ผู้ที่มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจ

โรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยสองกลุ่มโรค คือ 1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Cerebral infraction) และ 2.โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Non-traumatic intracerebral hemorrhage) ซึ่งหัวใจสำคัญของการรักษา คือ การเข้าสู่ระบบช่องทางด่วนโรคสมอง หรือ Fast track stroke เพื่อให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องอย่างรวดเร็วและรีบให้การรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติที่เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละกรณี ตามแนวทางการรักษาที่ได้มาตรฐานสากล คือ ระบบบริการ stroke fast

track การให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-pa ตลอดจนการทำ endovascular thrombectomy แต่ปัญหาที่พบคือ คนไทยยังเข้าถึงระบบบริการดังกล่าวน้อย เพียงร้อยละ 25 เท่านั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่คนไทยทุกคนที่เจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงการรักษานี้ได้ เพื่อลดความพิการและการเสียชีวิต เหนือสิ่งอื่นใด การรักษาที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคนี้ (Primary prevention) โดยการรักษาที่สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ภาวะอ้วน ตลอดจนการไม่ออกกำลังกายหรือสูบบุหรี่

โรงพยาบาลชินชมเป็นโรงพยาบาลระดับ F2 จากสถิติการดำเนินงานที่ผ่านมา 3 ปีย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2564 -2566 พบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดและสมองหลายประเด็น ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มมากขึ้น จำนวน 45, 44 และ 60 รายตามลำดับ 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าระบบ Fast track จำนวน 17, 13 และ 23 ราย ตามลำดับ 3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็น Non Fast track จำนวน 28, 31 และ 37 ราย ตามลำดับ 4) ประสิทธิภาพของ Door to refer ไม่เกิน 30 นาที พบว่า 25.53 นาที 18.15 นาที และ 27.70 นาที ตามลำดับ 5) ระยะเวลา Onset to Door อยู่ในเวลาที่กำหนดไม่เกิน 120 นาที พบว่า 46.72 นาที 50.57 นาที และ 61.59 นาที ตามลำดับ และ 6) Onset to Refer ไม่เกิน 4 ชั่วโมง 30 นาที พบว่า 75.77 นาที 74.53 นาที และ 107.05 นาที ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว พบได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มีเพิ่มมากขึ้น ทุกปี จำนวนการเข้าสู่ระบบการรักษา Stroke เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับประสิทธิภาพของ Door to refer ไม่เกิน 30 นาที ก็ดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็น Non Fast track สอดคล้องกับ Onset to Refer ที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี จากการทบทวนข้อมูล พบว่า มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งเข้ารับการ

รักษาล่าช้าและเวลาที่เห็นผู้ป่วยมีอาการปกติจะยาวนาน (last seen normal) ส่งผลให้ Onset to Door และ Onset to Refer กินระยะเวลายาวนานพลาดโอกาสการเข้ารักษาตามระบบ Stroke Fast track เพราะนั่นคือหน้าที่ทองของผู้ป่วย จึงต้องแข่งกับเวลา เพราะยังเข้ารับการรักษาล่าช้าโอกาสฟื้นตัวผู้ป่วยจะลดลง มีโอกาสพิการและเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในกระบวนการดูแลฟื้นฟูรักษา

จากการทบทวนข้อมูลด้านการดูแลรักษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชั้นนำส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ขณะมีอาการส่วนหนึ่งญาติจะพบเห็นและทราบขณะเกิดอาการ และมีส่วนมากที่เกิดอาการขณะอยู่คนเดียว ไม่มีญาติอยู่ด้วย ส่งผลให้การตัดสินใจที่จะนำพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า รวมถึงผู้ป่วยและญาติบางราย เผ่าสังเกตอาการ ให้การบรรเทาอาการโดยหวังว่าอาการจะดีขึ้น เช่น อาการปวดศีรษะ วิงเวียน หน้ามืด ตาลาย ปวดแขน ปวดขา อ่อนแรง พูดไม่ชัด ตักข้าวไม่เข้าปาก บางรายสังเกตอาการอยู่เป็นวัน จึงได้มาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น ในส่วนของการเข้าสู่ระบบการรักษา โดยส่วนใหญ่จะนำส่งผู้ป่วยโดยส่วนตัว บางรายเหมารลด ร่วมกับระยะทางห่างไกล เป็นพื้นที่ชนบท ใช้เวลาเดินทางนาน ขาดการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ขาดการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลเพื่อเตรียมการรักษาที่ทันที่ ดังนั้น ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้ประสบความสำเร็จ พบว่า ในส่วน ของ Pre-hospital การดูแล ก่อนถึงโรงพยาบาลหรือการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประวัติ การดำเนินของโรค การรักษาและการพยาบาล ในการดูแลรักษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันกรณีศึกษา 2 ราย

2. พัฒนารูปแบบการให้ความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
3. เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลเชิงวิชาการ แนวปฏิบัติการพยาบาลและแนวทางการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา

เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.ชั้นนำและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ราย ทำการศึกษาแบบ Case study report การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยศึกษาจากการซักประวัติ สัมภาษณ์ ข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติและสหวิชาชีพที่ร่วมดูแล ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและจากระบบ Hos.xp ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศหญิง อายุ 60 ปี เข้ารับการรักษา 18 กุมภาพันธ์ 2566 มาด้วยอาการสำคัญ ซึม ไม่รู้สึกตัว เป็นก่อนมา 30 นาที ได้รับการดูแลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.ชั้นนำตามแนวทาง Stroke fast track แพทย์วินิจฉัย R/O Hemorrhagic stroke ส่งตัวไปยังรพ.ศูนย์ขอนแก่น ผู้ป่วยรับการรักษาที่รพ.ศูนย์ขอนแก่น ระหว่างวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2566 – 9 มีนาคม 2566 เป็นระยะเวลาจำนวน 20 วัน ผล CT : Right basal ganglia hemorrhage ทำ Craniectomy แพทย์วินิจฉัย Hemorrhagic stroke with Craniectomy ส่งตัวกลับมารักษาต่อรพ.ชั้นนำ วันที่ 9-12 มีนาคม 2566 for continue ATB and Rehab จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต นัดติดตามอาการอีก 1 เดือน

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศหญิง อายุ 65 ปี เข้ารับการรักษา 30 เมษายน 2566 มาด้วยอาการ

สำคัญ ปากเบี้ยว แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เป็นก่อน
มา 20 นาที ได้รับการดูแลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
รพ.ชื่นชม ตามแนวทาง Stroke fast track แพทย์
วินิจฉัย Stroke Fast Track ส่งตัวไปยังรพ.ศูนย์
ขอนแก่น ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รพ.ศูนย์ขอนแก่น
ระหว่างวันที่ 30 เมษายน 2566 – 3 พฤษภาคม

2566 เป็นระยะเวลาจำนวน 4 วัน ผล CT : Right
basal ganglia hemorrhage ใ้ด้ รั บ ย า
Nicadipine และ Transamine จำหน่ายจากรพศ.
ขอนแก่นโดยแพทย์อนุญาต นัดติดตามอาการอีก 1
เดือน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการรักษา ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค	ผู้ป่วยหญิงไทย วัยสูงอายุอายุ 60 ปี U/D HT เป็น HT มา 17 ปี รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำงานเกษตรกร ชอบ รับประทานอาหารพื้นบ้านรส จัด ดื่มน้ำกาแฟทุกวันวันละ 1- 2 แก้ว BMI = 17.71 kg/mm ²	ผู้ป่วยหญิงไทย วัยสูงอายุอายุ 65 ปี U/D HT with Dyslipidemia เป็นHT มา 9 ปี รับประทานยาสม่ำเสมอ ทำงานแม่บ้าน ชอบ รับประทานรับประทานผัด ทอด ขนมปัง ดื่มน้ำกาแฟทุกวัน วันละ 1- 2 แก้ว BMI = 27.11 kg/mm ²	ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ : เป็นเพศ หญิง วัยสูงอายุ เชื้อชาติไทย ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ : มีโรคประจำตัวคือ HT ในรายที่1 ระดับไขมันปกติ รายที่2 มีภาวะ ไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย การรับประทานยาความสม่ำเสมอ แตกต่างกัน อาหารที่รับประทานเป็นประจำ ชอบรับประทานอาหารพื้นบ้านรส จัด รายที่ 2 ชอบรับประทาน รับประทานผัด ทอด ขนมปัง ทั้งสอง รายดื่มน้ำกาแฟทุกวัน รายที่ 2 BMI = 27.11 kg/mm ² เกินค่าปกติ (BMI ที่ เหมาะสมของคนไทยควรอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 kg/mm ²)
พยาธิสภาพของโรคและ อาการแสดง	มาด้วยอาการสำคัญ : ซึม ไม่รู้สึกตัว เป็นก่อนมา 30 นาที แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ไม่รู้สึกตัว E3V3M5 มี ชักเกร็ง 3 นาที น้ำหนัก 50 กก. ส่วนสูง 168 ซม. (BMI = 17.71 kg/mm ²) V/S BT = 36.8 °C, PR = 84 ครั้ง/นาที, RR = 20 ครั้ง/นาที, BP = 138/104 mmHg. O ₂ saturation 85 % DTX = 131 mg%	มาด้วยอาการสำคัญ :ปากเบี้ยว แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เป็น ก่อนมา 20 นาที รู้ตัวรู้เรื่อง พูดคุยได้ ถามตอบรู้เรื่อง ปาก เบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้าย อ่อนแรง ไม่มีชักเกร็ง E4V5M6 น้ำหนัก 61 กก. ส่วนสูง 150 ซม. (BMI = 27.11 kg/mm ²) V/S BT = 37 °C, PR = 70 ครั้ง/นาที, RR = 20 ครั้ง/นาที, BP = 217/105 mmHg. O ₂ sat 98 % Room air	ทั้งสองรายมีพยาธิสภาพที่สมอง แต่ ความรุนแรงแตกต่างกัน ใน กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่รู้สึกตัว มีชัก เกร็ง E3V3M5 ความดันโลหิตสูง ระดับออกซิเจนในร่างกายน้อยกว่า ปกติ แพทย์วินิจฉัย R/O Hemorrhagic stroke กรณีศึกษา รายที่ 2 รู้ตัวรู้เรื่องดี พูดคุยได้ ถาม ตอบรู้เรื่อง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง ไม่มีชักเกร็ง E4V5M6 ความดันโลหิตสูง ระดับ ออกซิเจนในร่างกายปกติ แพทย์ วินิจฉัย Stroke ทั้งสองรายเข้า ระบบการรักษาStroke fast track เพื่อรับการ CT scan อย่างรวดเร็ว เพื่อวินิจฉัยว่า หลอดเลือดสมอง ตีบ ตัน หรือแตก ทันต่อการให้rt-PA จึงได้รับการดูแลในระยะวิกฤต ฉุกเฉินที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชื่นชม โดยในรายแรก
การรักษา	at ER -NPO	at ER -CBC, E'lyte	

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการรักษา ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	-CBC, BUN, Cr, E'lyte -DTx. -CXR -EKG -On ETT No. 7 ซีด 20 -0.9 NSS IV rate 80 cc/hr. -Retained foley's cath urine ออก 400 cc. -Refer โรงพยาบาลขอนแก่น	-DTx. -CXR -EKG -0.9% NSS 1,000 cc IV rate 80 cc/hr. -Refer โรงพยาบาลขอนแก่น	ได้ On ETT ในรายที่ 2 ไม่ได้ On ETT ทั้งสองรายได้ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล
<p>1. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากหมดสติจากภาวะเลือดออกที่สมอง (กรณีศึกษาที่ 1)</p> <p>วัตถุประสงค์ 1. ป้องกันภาวะขาดออกซิเจน</p>	<p>1. ติดตามประเมินอาการพร่องออกซิเจน ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม หายใจลำบาก มี cyanosisริมฝีปาก เล็บ ปลายมือปลายเท้าเขียว</p> <p>2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 5-10 นาที โดยเฉพาะการนับอัตราการหายใจ (Respiratory rate) และรูปแบบการหายใจ</p> <p>3. ประเมิน O₂ saturation ทุก 5-10 นาที</p> <p>4. เตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อม ได้แก่ ถังออกซิเจน, Ambubag, endotracheal tube เบอร์ 7, Blade & laryngoscope, สารหล่อลื่น, syringe 10 cc. สำหรับ Blow cuff, oral airway (oro-pharyngeal airway) พลาสเตอร์ติด tube, เครื่องดูดเสมหะ, สาย suction และ stethoscope</p> <p>5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจตามแผนการรักษา โดยการช่วยเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมและช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ เสริฟอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจให้แก่แพทย์อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยจัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบ หน้าหงายใช้หมอนเตี้ยๆรองบริเวณ occiput เพื่อให้หลอดลมเหยียดตรง ventilate ด้วย ambubag ที่ต่อกับออกซิเจน เมื่อแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจได้แล้ว ใช้ stethoscope ทดสอบเสียงหายใจที่ปอด ดูดเสมหะ ใช้ syringe ใส่น้ำใน cuff 5-10 cc. ใส่ oro-pharyngeal airway ป้องกันผู้ป่วยกัดท่อช่วยหายใจ ติดพลาสเตอร์ที่ท่อช่วยหายใจกับผิวหนังมุมปาก</p> <p>6. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผ่านการใส่ ETT เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรักษาระดับออกซิเจนในกระแสเลือดให้มากกว่า 95 %</p>
<p>2. เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง (กรณีศึกษาที่ 1) (กรณีศึกษาที่ 2)</p> <p>วัตถุประสงค์ 1. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง</p>	<p>1. สังเกตและบันทึกอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure : IICP) เช่น ซึม สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาเจียนอย่างรุนแรง ชัก เกร็ง กระตุกมากขึ้น แขนขาอ่อนแรง หนังตาตก ปากเบี้ยว กลืนอาหารลำบาก แขนขาเหยียดเกร็งและลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ถ้าพบอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ทันที</p> <p>2. ระวังการอุดกั้นทางเดินหายใจจากภาวะต่างๆ จัดศีรษะให้ตรง ยกสูง 30 องศา และระวังไม่ให้คอหักพับงอ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง ลดความดันในกะโหลกศีรษะ</p> <p>3. ตรวจวัดความดันโลหิตและชีพจร เพื่อประเมินระบบการไหลเวียนเลือด ทุก 10 – 15 นาที</p> <p>4. ดูแลการได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา 0.9 % NSS 1,000 cc. IV rate 80 cc/hr. ให้เพียงพอ เพื่อรักษาระบบไหลเวียนเลือดและสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์</p> <p>5. ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วยทุก 10 – 15 นาที และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง</p>

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล
(Increase intracranial pressure : IICP) จากมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง	6. หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีช่วงพัก เช่น การดูดเสมหะ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่เนื้อสมองเพิ่มขึ้น 7. ให้การพยาบาลด้วยความรวดเร็ว ตระหนักถึงเวลาเวลาที่ทอง
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ (กรณีศึกษาที่ 1) (กรณีศึกษาที่ 2) วัตถุประสงค์ 1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อก่อนการส่งต่อผู้ป่วยและระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย 2. ญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยขณะส่งต่อ	1. ให้ข้อมูลแก่ญาติถึงแผนการรักษา อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องส่งต่อไปรักษาที่รพ. ขอนแก่น ซึ่งมีศักยภาพสูงกว่า เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล 2. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล 3. รายงานการส่งต่ออาการผู้ป่วยกับศูนย์ประสานงานการส่งต่อของรพ. ขอนแก่น 4. เตรียมอุปกรณ์ติดตัวไปกับผู้ป่วยตลอดจนการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้องและปลอดภัย 5. เตรียมผู้ป่วย ยา บุคลากร ยานพาหนะ เครื่องมือสื่อสาร ข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 6. ส่งต่อผู้ป่วย พร้อมแบบฟอร์มการส่งต่อทางการแพทย์ 7. ให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อเพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อสมองและให้เซลล์สมองได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ โดย 7.1 จัดศีรษะให้ตรงสูง 30 องศา และระวังไม่ให้คอหักพับงอ เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง 7.2 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนผ่านทางท่อช่วยหายใจอย่างเพียงพอ สังเกตท่อช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุด ปรับอัตราการช่วยหายใจของเครื่องให้อยู่ในช่วง 20 – 24 ครั้งต่อนาที พร้อมทั้งประเมินความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด รักษาระดับออกซิเจนในเลือดให้ได้มากกว่า 95 % 7.3 ประเมินอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ริมฝีปากเขียว ปลายมือปลายเท้าเขียวซีด 7.4 สังเกตและบันทึกอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure : IICP) เช่น Pulse pressure เพิ่มขึ้น อาเจียนอย่างรุนแรง ชัก เกร็ง กระตุกมากขึ้น และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รีบรายงานแพทย์ทันที 7.5 Monitor EKG ติดตามและบันทึกการเต้นของหัวใจทุก 10 – 15 นาที 7.6 ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60 – 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70-160/90 mmHg. 7.7 ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็นระยะทุก 15 – 30 นาที ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมลึก Glasgow Coma Scale < 8 รีบรายงานแพทย์ 7.8 ดูแลการให้ได้รับสารน้ำให้เพียงพอ 0.9 % Nss. 1,000 cc. IV Drip 80 cc/hr. เพื่อรักษาระบบการไหลเวียนเลือดและสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 7.9 ให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับอาการ สัญญาณชีพและการให้การพยาบาลในขณะส่งต่อ เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ (กรณีศึกษาที่ 1) (กรณีศึกษาที่ 2) วัตถุประสงค์	1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ สังเกตอาการที่ญาติแสดงออกซึ่งความวิตกกังวล เช่น กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง สีหน้าท่าทางมีความวิตกกังวล ร้องไห้ สอบถามอาการกับเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง 2. สร้างสัมพันธภาพกับญาติในการรับฟังและตอบข้อสงสัยต่างๆที่ญาติสอบถามด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความไม่สบายใจต่างๆ 3. อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อไปรักษาที่รพ. ขอนแก่น แนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ 4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล กระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล
1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง 2. ผู้ป่วยญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี	5. อธิบายให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ 6. แนะนำให้ญาติเห็นว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของครอบครัว ทุกคนต้องการให้ผู้ป่วยปลอดภัย

ตารางที่ 3 การวางแผนจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวางแผนจำหน่าย (กรณีศึกษารายที่ 1 เมื่อผู้ป่วยกลับมา admit) (กรณีศึกษารายที่ 2 จากการติดตามเยี่ยมบ้าน)	<p>วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติโดยใช้แผนการจำหน่ายรูปแบบ D -Method โดยประเมินสภาพทั่วไป วัดสัญญาณชีพก่อนกลับ</p> <p>1. Disease : ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็น หลอดเลือดสมองแตก ได้รับการผ่าตัด เมื่อกลับไปบ้านอาจเป็นซ้ำได้</p> <p>2. Medication : ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับและผลข้างเคียงของยา ได้แก่</p> <p>1) Amlol (5mg) 1x1 po OD.เช้า 2) Omeprazole (20mg) 1x1 po ac.เช้า 3) Lactulose 30 cc po hs. 4) Phenytoin syr. 2ชชx3 po ac. 5) Lorazepam (0.5mg) 1 po hs. 6) Phenytoin (100mg) 1tab q 8 hr.</p> <p>3. Enviroment & Economic : การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม กับสภาวะของโรค เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เติงนอน ที่นอนลง</p> <p>4. Treatment : แนะนำเรื่องการทำกายภาพบำบัด การช่วยเหลือกิจกรรม แนะนำเรื่องการรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ผักผลไม้ เพื่อช่วยเรื่องการขับถ่าย หลีกเลี่ยงการเบ่งอุจจาระ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว</p> <p>5. Health : แนะนำการออกกำลังกายบำบัด อาหารลดหวาน มันเค็ม โดยเฉพาะลดเค็มกับภาวะความดันโลหิตสูง งดดื่ม สุรา ชา กาแฟ</p> <p>6. Out patient referal : การมาตรวจตามนัด โดยแพทย์นัด 12 เมษายน 2566 ถ้ามีอาการผิดปกติให้มาก่อน</p> <p>7. แนะนำการใช้บริการ 1669 เมื่อมีอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ซึมลง สับสน พูดไม่ชัด พูดสับสน ชักเกร็ง แขนขาอ่อนแรงลง อาจกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติโดยใช้แผนการจำหน่ายรูปแบบ D -Method โดยประเมินสภาพทั่วไป วัดสัญญาณชีพก่อนกลับ</p> <p>1. Disease : ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็น คือ เลือดออกในสมอง ได้รับยาควบคุมความดันและยาลดอาการเลือดออกในสมอง การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน อาจเป็นซ้ำได้</p> <p>2. Medication : ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับและผลข้างเคียงของยา ได้แก่</p> <p>1) Lorsatan (50mg) 1x1 po OD.เช้า 2) Madiplot (20mg) 1x1 po OD.เช้า 3) Simvastatin (40mg) 1 po hs.</p> <p>3. Enviroment & Economic : การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม กับสภาวะของโรค เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม</p> <p>4. Treatment : แนะนำเรื่องอาหารอ่อน ย่อยง่าย การกินผักผลไม้ เพื่อช่วยเรื่องการขับถ่าย หลีกเลี่ยงการเบ่งอุจจาระ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว</p> <p>5. Health : แนะนำการออกกำลังกาย ด้วยการเดิน อาหารลดหวาน มันเค็ม โดยเฉพาะลดหวาน มันเค็มกับภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง งดดื่ม สุรา ชา กาแฟ</p> <p>6. Out patient referal : ผู้ป่วยเข้าระบบการรักษาของ รพ.ศรีนครินทร์ ไม่มีนัดที่รพ.ชื่นชม ได้แนะนำให้ผู้ป่วยไปตรวจตามนัด ถ้ามีอาการผิดปกติให้มา รพ.ชื่นชม ก่อน</p> <p>7. แนะนำการใช้บริการ 1669 เมื่อมีอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ซึมลง สับสน พูดไม่ชัด พูดสับสน ชักเกร็ง แขนขาอ่อนแรงลง อาจกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง</p>

บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke เป็นโรคทางระบบประสาทที่สำคัญ ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตของประชาชน การรักษาที่สำคัญคือการเข้าสู่ระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke Fast Track เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องรวดเร็ว และรีบให้การรักษาตามแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละกรณี ดังนั้น พยาบาลในหน่วยที่ให้การดูแลประชาชนในระดับปฐมภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีอายุรแพทย์ ไม่มีเครื่อง CT scan ไม่มี Stroke unit จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการทางระบบประสาทให้รวดเร็ว ให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและทันท่วงที่แข่งขันกับเวลานาทีชีวิต รวมถึงทักษะการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อที่ต้องเดินทางเป็นระยะทางไกล 40-70 กิโลเมตร เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดความพิการของผู้ป่วย

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยทั้งสองราย เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง มีโรคประจำตัว คือความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2 ที่ไม่มี Stroke unit จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญในการซักประวัติอาการเจ็บป่วยและคัดกรองอาการอย่างรวดเร็วทันเวลาตามที่ของ ซึ่งหัวใจสำคัญของการรักษา คือ การเข้าสู่ระบบช่องทางด่วนโรคสมอง หรือ Stroke Fast Track เพื่อให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องอย่างรวดเร็วและรีบให้การรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติที่เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละกรณีตามแนวทางการรักษาที่ได้มาตรฐานสากล^{5,6} คือระบบบริการ stroke fast track การให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-pa ผู้ป่วยทั้งสองรายมีพยาธินภาพที่สมอง แต่ความรุนแรงแตกต่างกัน ในกรณีศึกษา

รายที่ 1 ไม่รู้สึกตัว มีชักเกร็ง E3V3M5 ความดันโลหิตสูง ระดับออกซิเจนในร่างกายน้อยกว่าปกติ แพทย์วินิจฉัย R/O Hemorrhagic stroke กรณีศึกษา รายที่ 2 รู้ตัวรู้เรื่องดี พูดคุยได้ ถามตอบรู้เรื่อง ปากเปี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ไม่มีชักเกร็ง E4V5M6 ความดันโลหิตสูง ระดับออกซิเจนในร่างกายปกติ แพทย์วินิจฉัย Stroke ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.ชื่นชม อย่างรวดเร็วและทันเวลา เข้าระบบการรักษา Stroke fast track เพื่อรับการ CT scan อย่างรวดเร็ว เพื่อวินิจฉัยว่าหลอดเลือดสมอง ตีบ ตัน หรือแตก ทันต่อการให้ rt-PA จึงได้รับการดูแลในระยะวิกฤตฉุกเฉินที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชื่นชม โดยในรายแรกได้ On ETT ในรายที่ 2 ไม่ได้ On ETT ทั้งสองรายได้ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผู้ป่วยทั้งสองรายมีพยาธินภาพที่สมอง ผล CT Scan พบ Right basal gangial hemorrhage เหมือนกัน แต่การรักษาแตกต่างกัน รายแรกได้รับการผ่าตัด Craniectomy ส่วนกรณีศึกษา รายที่ 2 ได้รับยา Nicadipine และ Transamine ทั้งสองรายอาการดีขึ้นตามลำดับ จากการได้รับการดูแลภาวะวิกฤตที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างรวดเร็วทันเวลาตามแนวทาง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย เข้ารับการรักษาตามระบบ Stroke fast track เพิ่มโอกาสรอดชีวิต ลดความพิการ

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมาถึงโรงพยาบาลล่าช้า ดังนั้น ควรขยายการรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้กว้างขึ้น เข้าถึงชุมชน รณรงค์ให้ความรู้ประชาชน สร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระยะเริ่มแรก ผ่าน

กระบวนการจัดการตนเอง เพื่อให้ตระหนักในการ
เข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วทันที่

2. การจัดการปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นในการดูแลระดับปฐมภูมิ จึงควรมีการส่งเสริมความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ป่วย NCD

3. การจัดการตนเองและการตัดสินใจของประชาชนต่อการเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้ความรู้แก่ตัวผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล อสม. รวมถึง สถานพยาบาลในพื้นที่ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงได้ง่าย ช่วยดูแลและส่งเสริมการตัดสินใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2564). สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 37(4): 54-60.
2. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565). พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำไปปฏิบัติได้จริงใน ระดับ (กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น). <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/14904>
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, (2560). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
4. เสาวลักษณ์กอนนิล.การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย .2557; 4(1): 90-97.
5. Dr. Kasemsin Pavakul. Stroke X update 2021.[Internet].2021[cited2023Jan8]; Available from: <https://eacc.moph.go.th/bikk/person/docs/strokeupdate%202021.pdf>
6. World Stroke Organization.(2016). World stroke campaign. [cited July 3, 2016]. Available from: <http://www.worldstroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

The Development of guidelines to dressing wounds of burn patients in the operating room of Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham province.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

ทิพานันท์ แดงสีแก้ว¹ วาสนา อาจติก¹ ณัฐพร สายแสงจันทร์¹
Thipapan Daenseekaew¹ Vasana Adsuek¹ Natthaporn Saisangjan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษารูปแบบแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคามที่เหมาะสม โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้มีการมีการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาคุณภาพงานตามวงล้อ PAOR และใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมโดยเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการ จำนวน 9 คน และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มละ 21 คน จำนวน 42 คน วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Median) เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 จัดทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่าเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยหลังการทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจ ความถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม สำหรับเจ้าหน้าที่ พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 8.67 คะแนน (95%CI=8.16-9.17) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ เพิ่มขึ้น 5.47 คะแนน (95%CI=4.92-6.02) สำหรับผู้ป่วยแผลไหม้ พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล ลดลง 16.43 คะแนน (95%CI=15.12-17.72) และผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ เพิ่มขึ้น 17.71 คะแนน (95%CI=17.00-18.42) ตามลำดับ

คำสำคัญ : การพัฒนา, แนวปฏิบัติ, ผู้ป่วยแผลไหม้

Abstract

This research to The Development of guidelines to dressing wounds of burn patients in the operating room of Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham province. This is an action research to study the pattern of guidelines to dressing wounds of burn patients in the operating room of Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham province suitable. This study was conducted using an action research model to improving the quality of work according to the PAOR wheel and using a participatory process by selecting the target group as burn patients in the operating room of Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province. The target group used to develop the process consisted of 8 people and the target group used to collect data were staff and burn patients in the operating room of Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province to 21 people per group including 42 people, analyzed using descriptive statistics and presented as frequency (Frequency), percentage (Percentage), mean (Mean) and standard deviation (Standard Deviation). In the case of data that is not normally distributed, it is presented with median (Median), 25th and 75th

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

percentiles. Conduct data analysis by content analysis and compare mean differences. Before and after the experiment, the model was tested using paired t-test statistics, setting the significance level at 0.05.

The results of the study found that staff and patients after the experiment had different mean scores on cognition, accuracy in using equipment anxiety and the satisfaction of patients who received services at Chiang Yuen Hospital was higher than before the experiment with a statistical significance of 0.05. It was found that after the experiment using the practice model guidelines to dressing wounds of burn patients in the operating room of Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham province, it was found that the difference in average scores for knowledge and understanding increased more than before the experiment by 8.67 points (95%CI=8.16-9.17). The mean difference in accuracy scores in using equipment increased by 5.47 points (95%CI=4.92-6.02). For burn patients, it was found that The mean difference in anxiety scores decreased by 16.43 points (95%CI=15.12-17.72) and the mean difference in satisfaction scores of patients who received services at Chiang Yuen Hospital increased by 17.71 points (95% CI=17.00-18.42) respectively.

Keyword : Development, guidelines, burn patients

บทนำ

ปัจจุบันนี้พบว่า การบาดเจ็บจากแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นบาดแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุในการดำรงชีวิตประจำวันที่พบได้บ่อย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการถูก เปลวไฟลวก ถูกของเหลวร้อนลวก กระแสไฟฟ้าแรงสูงและสารเคมี ซึ่งสามารถพบได้ทุกเพศ ทุกวัย ผู้ป่วย แผลไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นปัญหาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย ในสหรัฐอเมริกามีการรายงานการเกิดแผลไหม้เกือบ 2000 รายทุกปี นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 15 ของอินเดียในกลุ่มโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุสำหรับประเทศไทยจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2532-2562 มีรายงานเหตุเพลิงไหม้และแก๊สระเบิดเกิดขึ้นมากกว่า 58,000 ครั้ง ตกเฉลี่ยปีละ 2,000 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บจากแผลไหม้ 4,532 คน และเสียชีวิต 1740 คน จากการรวบรวมข้อมูลของชุมชนนักปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยแผลไหม้แห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ.2560-2565 ที่ทำการศึกษานักศึกษาผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 20 แห่ง ทั่วทุกภาค พบว่าสาเหตุของการบาดเจ็บ - อันดับแรก ได้แก่ ไฟลวก (Flame burn) น้ำร้อนลวก (Scald burn) และกระแสไฟฟ้า (Electrical burn) ตามลำดับ¹ นอกจากนี้ ผู้ป่วยแผลไฟไหม้ยังมีความรุนแรงที่แตกต่างกัน โดยตามการแบ่งระดับความรุนแรงในผู้ป่วยแผลไหม้ของ American Burn Association : ABA แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามขนาดของ

บาดแผล (Total Body Surface Area : TBSA) ระดับความลึก ช่วงวัย สาเหตุ ตำแหน่งอวัยวะ ได้แก่ ใบหน้า ตา หู อวัยวะเพศ และข้อ และการบาดเจ็บร่วมอื่น ๆ² ตามข้อกำหนดของ ABA สำหรับแผลไฟไหม้ระดับรุนแรง นั้นต้องรับไว้ใน การดูแลในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้มาก และหากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วถูกต้องผู้ป่วยจะเสียชีวิต³ เมื่อเกิดการบาดเจ็บจากแผลไหม้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ⁴ โดยเฉพาะด้านร่างกายผู้ป่วยมักจะเกิดปัญหาด้านภาวะโภชนาการ ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรงขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรงทุกราย เนื่องจากการรักษาต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน เนียบปล้น การผ่าตัดแก้ไข ปัญหาบ่อยครั้งร่างกายมีภาวะ hyper-metabolism ที่สูงมากโดยจะมี Metabolism rate มากถึง 100 - 200% ของภาวะปกติ⁵

จากสถิติของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565 มีผู้ป่วยแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 28 ราย, 39 ราย, 49 ราย และ 21 ราย ตามลำดับ โดยโรงพยาบาลเชียงใหม่ เป็นสถานบริการทุติยภูมิ ระดับ F2 ประเภท ของผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดและให้ ยาระงับความรู้สึกที่ไม่มี ความซับซ้อนของโรค และการดูแลรักษา ได้แก่การผ่าตัด ทำหมันหญิงหลังคลอดและการผ่าตัดเล็ก แต่ก็

อาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดในการประเมิน ความเสี่ยงและการให้การดูแล การส่งต่อ ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ การประสานงานที่บกพร่อง การฟ้องร้อง ที่จะเน้นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยมีการประกันคุณภาพ บริการและการจัดการความเสี่ยง⁶ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย ตามระยะต่างๆของการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีระวิทยาที่ซับซ้อนทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะชุกเฉิน (Resuscitation) ปัญหาที่พบในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรก โดยเฉพาะใน 48 ชั่วโมงแรก เป็นระยะเร่งด่วนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้ชีวิตรอดที่ร่างกายสูญเสียของเหลวออกนอกหลอดเลือด จนเกิดภาวะช็อก (Hypovolemic shock) และการหายใจบกพร่อง พร้อมกับความเสี่ยงปวดทางร่างกายและทางจิตใจ 2) ระยะวิกฤติ (Acute phase) เป็นระยะหลังกู้ชีพ ปัญหาในระยะนี้เป็นผลต่อเนื่องมาจากระยะแรก ได้แก่ ปัญหาการเจ็บปวด การติดเชื้อของแผล ภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาทางด้านจิตใจรวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่นความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การติดเชื้อในระบบต่างๆของร่างกาย ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินเป็นระยะๆ เกี่ยวข้องกับการดูแลแผล ภาวะแทรกซ้อน และภาวะทุพโภชนาการ ดูแลด้าน โภชนาการ 3) ระยะฟื้นฟู (Rehabilitative phase) เป็นระยะที่แผลหาย ผู้ป่วยพร้อมให้ผู้ป่วยกลับบ้านไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติที่สุด ให้เกิดรูปแบบในการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคามที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมการดูแล รักษา เพิ่มศักยภาพให้หน่วยบริการ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ อีกทั้งยังช่วยลดความวิตกกังวลของป่วยในการเข้าทำการรักษาในห้องผ่าตัด ต้องให้เป็นไปอย่างราบรื่น ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในอนาคตและต่อ ๆ ไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตระหนักและสนใจที่จะศึกษาที่จะส่งเสริมและพัฒนา

รูปแบบแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1 เพื่อศึกษาบริบทแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม
- 2 เพื่อศึกษากระบวนการการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม
- 3 เพื่อศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁷ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในเขตโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 8 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม และ 3) การนำแนวปฏิบัติที่ผ่านการเห็นชอบไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการมีการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาคุณภาพ

งานตาม วงล้อ PAOR และใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมโดยเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้ป่วยแผลไหม้ที่มารับบริการในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคามจำนวน 9 คน ได้แก่ นายแพทย์โรงพยาบาลเชียงใหม่ 1 คน ตัวแทนพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน ตัวแทนนักกายภาพ 1 คน ตัวแทนพยาบาลห้องผ่าตัด 2 คน ตัวแทนพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 2 คน และตัวแทนพยาบาลตึกผู้ป่วยใน 2 คน และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ พยาบาลห้องผ่าตัด 5 คน และพยาบาลตึกผู้ป่วยในจำนวน 16 คน ทั้งหมดจำนวน 21 คน และผู้ป่วยแผลไหม้ที่มารับบริการในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคามทั้งหมด จำนวน 21 คน ตามระดับความรุนแรงแผลไหม้ ที่แบ่งตามเกณฑ์ ของ American Burn Association⁸

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ ใช้แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม มีประเด็นหลักดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด 2) ประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้อในการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด 3) แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วน

เกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายในการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม 1) แนวทางการสังเกตติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของ การดำเนินกิจกรรมทุกระยะสังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปสรรคที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้มีข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น 2) สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม ประกอบด้วย วิดีทัศน์แนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องการปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด เรื่องสั้นการป้องกันการติดเชื้อในการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด Role Model และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ คือ ความรู้ความเข้าใจ และความถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ และสำหรับผู้ป่วย คือ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ใช้รูปแบบการสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจ

ใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต และใช้แบบสอบถามการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลใหม่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อประเมินคะแนน คือ สำหรับเจ้าหน้าที่ คือ ความรู้ความเข้าใจ และความถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ และสำหรับผู้ป่วย คือ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ก่อนการทดลอง โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน โดยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลใหม่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคามของผู้ร่วมกระบวนการ

ระยะที่ 2 โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน ได้แก่ นายแพทย์โรงพยาบาลเชียงใหม่ 1 คน ตัวแทนพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน ตัวแทนนักกายภาพ 1 คน ตัวแทนพยาบาลห้องผ่าตัด 2 คน ตัวแทนพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 2 คน และตัวแทนพยาบาลตึกผู้ป่วยใน 2 คน รวม 9 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนที่ผู้ศึกษาเลือกมาเนื่องจากบุคคลนั้น มีคุณสมบัติที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้ศึกษาต้องการหรือมีประสบการณ์ต่างจากคนอื่น ๆ ซึ่งมีขั้นตอนตั้งแต่การแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจัดบันทึก และการสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบข้อมูลพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลใหม่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม และบริบทอื่น การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาข้อมูลจากกลุ่มที่ทุกคน

มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการวางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งให้มีผู้ร่วมสนทนาประมาณกลุ่มละ 4 คน โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนาม การส่งเสริมบรรยากาศของสนทนา คุณแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและประเด็นการสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมอง (brain storming) เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลใหม่ในห้องผ่าตัด โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลใหม่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้แนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลใหม่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคามที่ได้ และวัดผลโดยใช้แบบสอบถามการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลใหม่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม สำหรับเจ้าหน้าที่ จำนวน 21 เพื่อประเมินคะแนนความรู้ความเข้าใจ และความถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ และสำหรับผู้ป่วย จำนวน 21 คน เพื่อประเมินคะแนนความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ หลังการทดลอง โดยใช้ระยะเวลาเก็บรวบรวม 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ จากการแบบสอบถามการสัมภาษณ์แนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลใหม่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม จะทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (Standard Deviation) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Mean) เปอร์เซนไทล์ที่ 25 และ 75

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่ นายแพทย์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ตัวแทนพยาบาลห้องผ่าตัด ตัวแทนพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และตัวแทนพยาบาลตึกผู้ป่วยใน จากแนวทางการสังเกต ติดตามและบันทึกการเปลี่ยนแปลง จัดทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา และทำการตรวจสอบข้อมูล

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ประกอบด้วย คะแนนความรู้ความเข้าใจ ความถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ CY 12/2565 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2565

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยแผลไหม้ที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 21 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.9 มีอายุเฉลี่ย 35.28 ปี (S.D. = 6.81 ปี) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 62.0 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.7 ตามลำดับ

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 1 วันที่ 1-5 เดือน พฤศจิกายน 2565 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย นายแพทย์โรงพยาบาลเชียงใหม่ 1 คน ตัวแทนพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน ตัวแทนนักรายภาพ 1 คน ตัวแทนพยาบาลห้องผ่าตัด 2 คน ตัวแทนพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 2 คน และตัวแทนพยาบาลตึกผู้ป่วยใน 2 คน ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Plan) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม เริ่มต้นจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยกิจกรรมการแนะนำตัว การจำชื่อเพื่อนในกลุ่ม และการแลกเปลี่ยนข้อมูลของเจ้าหน้าที่ ปัญหาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ การป้องกันการติดเชื้อในแผลผู้ป่วยแผลไหม้ ประสิทธิภาพ การให้ความช่วยเหลือที่เกิดปัญหาและแรงบันดาลใจและแนวทางในการแก้ไขปัญหาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม และกระบวนการ Future Search Conference: FSC การมองอดีต เห็นปัจจุบัน และวาดภาพในอนาคตที่อยากให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย 2) การปฏิบัติตามแผน (Act) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการในการเสริมสร้างพลังให้กับเจ้าหน้าที่ ๆ เป็นตัวแทนคนทั้งพื้นที่ ประกอบด้วย นายแพทย์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ตัวแทนพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตัวแทนนักรายภาพ ตัวแทนพยาบาลห้องผ่าตัด ตัวแทนพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และตัวแทนพยาบาลตึกผู้ป่วยใน เข้ามามีส่วนร่วมและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่รู้จักคิดแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องผ่านกระบวนการเล่าสถานการณ์ทั่วไปและโยนคำถาม ผ่านกิจกรรมการสร้างตระหนักรู้ การรับรู้สถานการณ์ความเป็นจริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยจัดกิจกรรมการหาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด 3) การติดตามการปฏิบัติตามแผน (Observe) ตรวจสอบการจัดกิจกรรมและแผนการ

ควบคุมกำกับและติดตามผลแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด 4) การสังเกตการณ์ปฏิบัติการและการสะท้อนผล (Reflect) จากการประเมินติดตามกิจกรรมการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ พบประเด็นที่อาจต้องบันทึกเป็นกิจกรรมหลายประเด็นเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย การพัฒนาแผนการทำแผล การเพิ่มความตระหนักและการอบรม การจัดทำแผนการสื่อสาร การจัดทำกิจกรรมส่งเสริมทีม การตรวจสอบและปรับปรุงเทคโนโลยี การตรวจสอบนโยบายและขั้นตอน การตรวจสอบนโยบายและขั้นตอน และการสร้างมาตรฐานคุณภาพ

การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 2 วันที่ 1-5 เดือน ธันวาคม 2565 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย นายแพทย์โรงพยาบาลเชียงใหม่ 1 คน ตัวแทนพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน ตัวแทนนักกายภาพ 1 คน ตัวแทนพยาบาลห้องผ่าตัด 2 คน ตัวแทนพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 2 คน และตัวแทนพยาบาลตึกผู้ป่วยใน 2 คน เริ่มจากการทบทวนแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด ปัญหาอุปสรรค เครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนการป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด การติดตามดูแลจากเครือข่ายและผู้ปกครองที่ควบคุมเกิดความเข้าใจระหว่างเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ ที่จะต้องเข้ามาร่วมกันในการสอดส่องดูแลและรับผิดชอบปัญหาาร่วมกัน เกิดการประสานงานทั้งข้อมูลสถานการณ์ และการดำเนินกิจกรรมที่มีความต่อเนื่อง สิ่งที่ต้องเพิ่มเติมคือเรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของเจ้าหน้าที่ ที่ค่อนข้างยากในการดูแลกำกับเนื่องจากช่องทางการสื่อสารมีหลายช่องทาง และได้ข้อสรุปดังนี้

จากจัดประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง สะท้อนคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม

จนได้แนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ที่นำมาใช้แก้ปัญหาในพื้นที่ โดยมีรูปแบบ คือ

1) การพัฒนาแผนการทำแผล (Development) เน้นการปรับปรุงแผนการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัดให้มีความเป็นระบบและปฏิบัติตามมาตรฐานที่สูงขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

2) การเพิ่มความตระหนักและการอบรม (Awareness and Training) จัดการอบรมเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด และสร้างแนวทางการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่

3) การจัดทำแผนการสื่อสาร (Communication) พัฒนาแผนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมแพทย์และทีมพยาบาล เพื่อลดข้อขัดแย้งและเพิ่มความเข้าใจ และปรับปรุงกระบวนการรายงานข้อมูลเพื่อความเร็วและถูกต้อง

4) การตรวจสอบและปรับปรุงเทคโนโลยี (Enhancement) ตรวจสอบและปรับปรุงเทคโนโลยีที่ใช้ในการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและลดความเจ็บปวด และพิจารณานโยบายในการนำเอาเทคโนโลยีใหม่ที่สามารถช่วยพัฒนาการทำแผล

5) การตรวจสอบนโยบายและขั้นตอน (Policy) ตรวจสอบและปรับปรุงนโยบายและขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ เพื่อให้มั่นใจว่าได้ปฏิบัติตามมาตรฐานและนโยบายทางการแพทย์ และสร้างกระบวนการตรวจสอบเป็นประจำ เพื่อให้มั่นใจว่านโยบายถูกปฏิบัติอย่างถูกต้อง.

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2 วนรอบ ได้รูปแบบแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลใหม่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลใหม่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยสำหรับเจ้าหน้าที่ คือ คะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ และความถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ และสำหรับผู้ป่วย คือ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ ก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลใหม่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยหลังการทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจ ความถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลใหม่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม สำหรับเจ้าหน้าที่ พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 8.67 คะแนน (95%CI=8.16-9.17) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ เพิ่มขึ้น 5.47 คะแนน (95%CI=4.92-6.02) สำหรับผู้ป่วยแผลใหม่พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล ลดลง 16.43 คะแนน (95%CI=15.12-17.72) และผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ เพิ่มขึ้น 17.71 คะแนน (95%CI=17.00-18.42) ตามลำดับรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจ ความถูกต้องในการใช้อุปกรณ์
ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัด
มหาสารคาม ก่อนและหลังการทดลอง

แนวปฏิบัติการทำแผล ผู้ป่วยแผลไหม้	หลัง Mean (SD)	ก่อน Mean (SD)	Mean Diff	95%CI	t	p-value
เจ้าหน้าที่						
ความรู้ความเข้าใจ	14.19	5.52	8.67	8.16-9.17	35.76	<0.001**
ความถูกต้องในการใช้อุปกรณ์	9.80	4.33	5.47	4.92-6.02	20.75	<0.001**
ผู้ป่วยแผลไหม้						
ความวิตกกังวล	10.57	27.00	16.43	15.12-17.72	26.35	<0.001**
ความพึงพอใจ	28.90	11.19	17.71	17.00-18.42	52.24	<0.001**

**p-value<0.001

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2 ครั้ง โดยได้ข้อสรุปคือ การพัฒนาแผนการทำแผล (Development) การเพิ่มความตระหนักและการอบรม (Awareness and Training) การจัดทำแผนการสื่อสาร (Communication) การตรวจสอบและปรับปรุงเทคโนโลยี (Enhancement) และการตรวจสอบนโยบายและขั้นตอน (Policy) เพื่อให้เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบของการติดเชื้อในกระบวนได้ มีทักษะในการดูแลและรักษา และสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ โดยมุ่งเน้นไปที่การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย การพัฒนาแนวปฏิบัติการดังกล่าว ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ตั้งแต่การระบุปัญหา การหาแนวทางแก้ไข การพัฒนาแนวปฏิบัติการ และการติดตามประเมินผล เพื่อให้แนวปฏิบัติการที่จัดทำขึ้นนั้น สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยมากที่สุด การเน้นย้ำถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวปฏิบัติการดังกล่าว ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีการระบุขั้นตอนต่างๆ ในการทำแผลอย่างละเอียดและชัดเจน เพื่อให้

เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลของผู้ป่วย การสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย นอกจากความปลอดภัยแล้ว แนวปฏิบัติการดังกล่าว ยังให้ความสำคัญต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยมีการระบุขั้นตอนต่างๆ ในการทำแผลที่คำนึงถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและผ่อนคลายในระหว่างการทำแผล สอดคล้องกับการศึกษาของประยูร จำปาปี, วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา และชนะพล ศรีฤชา⁹ พบว่าหลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อการให้โปรแกรม สูงกว่าก่อนให้ไปแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กันทพร ยอดไชย และบุษผา ส่งศรีบุญสิทธิ์¹⁰ ผลการวิจัย พบว่าผู้ให้ข้อมูลให้คะแนนความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.71$, $SD=0.72$) ให้คะแนนความพึงพอใจรายด้านต่อประสิทธิผลด้านการใช้งาน ใช้งานง่าย ไม่มีความซับซ้อน ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=3.85$, $SD=0.67$) ด้านความปลอดภัย ($M=3.95$, $SD=0.76$) และด้านความคุ้มค่า คุ้มทุน ($M=3.65$, $SD=0.93$) มีคะแนนอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ด้านการออกแบบมีความเหมาะสมของขนาด รูปทรง และน้ำหนัก ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=3.75$, $SD=0.85$) สำหรับการทดสอบการแจ้งเตือนการส่งสิ่งส่งตรวจ จำนวน 20 ครั้ง พบว่า ร้อยละ 100 มีการแจ้งเตือนและ

ปรากฏสถิติการแจ้งเตือนถูกต้องสอดคล้องกับเวลาที่ปรากฏอยู่บนจอเครื่อง พจนี วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน¹¹ พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะแรกรับที่ห้องพักรักษา ระยะเวลาอยู่ที่ห้องพักรักษา และก่อนออกจากห้องพักรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยค่าคะแนนความปวดในระยะแรกรับที่ห้องพักรักษา ระยะเวลาอยู่ที่ห้องพักรักษา และก่อนออกจากห้องพักรักษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2) คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบระหว่างผู้ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอยู่ในระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.38 นัยนา ผาณิตบุศย์, วัลลภา ช่างเจริญ และสุนันท์ นกทอง¹² ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในการเข้ารับการ

ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลบึงกาฬโดยภาพรวมอยู่ในระดับคะแนนมากที่สุด($X=4.3$) ความพึงพอใจอยู่ในระดับคะแนนมากที่สุด($X=4.5$) คือ การอธิบาย ขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการจากการผ่าตัด และความพึงพอใจที่ได้ระดับคะแนนน้อยที่สุด($X=3.9$) คือ ความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรมีการทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติการอยู่เสมอ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาที่ทันสมัย มีการติดตามประเมินผลแนวปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการ ประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติการให้เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยทราบอย่างทั่วถึง และควรขยายผลการศึกษานำไปทดลองใช้กับพื้นที่อื่น ๆ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานปฏิบัติการทำผลผู้ป่วยผลใหม่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

- 1.Kagan RJ. et al.(2013). Surgical management of the burn wound and use of skin substitutes: an expert panel white paper. J Burn Care Res. 34(2):e60-e79.
- 2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2560). ข้อมูลอัครคิภย 2532-2560 [ออนไลน์]. สำนักงานสถิติแห่งชาติ: กรุงเทพฯ [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.baania.com/th/article>.
- 3.อุรวดี เจริญชัย.(2013). Nursing Care in Burn Wound. Srinagarind Med J 19-28.
- 4.Richardson P, Mustard L. The management of pain in the burns unit. BURNS 2009; 35(7): 921-36.
- 5.วารณี บุญช่วยเหลือ และคณะ.(2563). ภาวะทุพโภชนาการและผลกระทบในผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารเภสัชกรรมไทย. 12(2): 287-304.
- 6.โรงพยาบาลเชียงใหม่.(2566). รายงานสถิติผู้ป่วยแผลไหม้. มหาสารคาม: โรงพยาบาลเชียงใหม่.
- 7.Kemnis S, Mc Tagart R.(1998) The action research planner. Victoria: Deakin University.
- 8.American Burn Association White Paper.(2009) Surgical management of the burn wound and use of skin substitutes. American Burn Association.
- 9.ประยูร จำปาปี, วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา และชนะพล ศรีฤาชา.(2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ในโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 20(1): 97-110.
10. กันตพร ยอดไชย และบุปผา ส่งศรีบุญสิทธิ์. การพัฒนาเครื่องแจ้งเตือนการส่งส่งตรวจสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์: การทดสอบต้นแบบ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2566; 10(2): 1-11.

11. พจณี วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน. ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดต่อการลดความปวด ความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ ห้างพักฟื้น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562; 33(3): 441-460.
12. นัยนา ผาณิตบุศย์, วัลลภา ช่างเจรจา และสุนันท์ นกทอง. ผลการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา 2562; 2(4): 50-56.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of Septic shock patients : Two case studies.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

รุ่งทิวา ขันธมูล¹ ศิริประภา ทาธิ¹

Rungtiwa Khantamoon¹ Siraprapa Thati¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาเปรียบเทียบอาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค : กรณีศึกษา 2 ราย 2) เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลชินชม จังหวัดมหาสารคาม ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชินชม ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี อาการสำคัญ ใช้สูง หนาวสั่น เป็นก่อนมา 1 วัน โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบและหลอดเลือดสมอง ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแลมีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าได้กับเกณฑ์ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประเมิน SIRS เข้าเกณฑ์ 2 ใน 4 ข้อ S-NEWS 6 คะแนน ได้รับการดูแลตามแนวทาง Sepsis fast track หลังได้รับการดูแล ผู้ป่วยมีภาวะช็อคไม่ดีขึ้นยังคงมีความดันโลหิตต่ำ จึงส่งตัวรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 77 ปี อาการสำคัญ ปวดบิดท้อง ถ่ายเหลว เหนื่อยอ่อนเพลีย เป็นก่อนมา 1 วัน โรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแลมีอาการเปลี่ยนแปลง แม้จะไม่เข้าได้กับเกณฑ์ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (SIRS) แต่มีความดันโลหิตต่ำ S-NEWS 6 คะแนน ได้รับการดูแลตามแนวทาง Sepsis fast track หลังได้รับการดูแล ผู้ป่วยยังคงมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะช็อคและไตวายเฉียบพลัน จึงได้รับการส่งตัวรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

คำสำคัญ : ติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค, การพยาบาล

ABSTRACT

This study is a case study aimed at studying and comparing the symptoms, treatment, complications, and nursing care of patients with septic shock through two case studies. The goal is to develop guidelines for caring for patients with septic shock at Chuenchom Hospital. The study selectively chose two patients admitted to the Internal Patient Department at Chuenchom Hospital, diagnosed by a doctor with septic shock. The results of the study revealed the following

Case Study 1: A Thai male patient, aged 72, presented with a chief complaint of high fever with chills one day prior. Underlying diseases include hypertension, ischemic heart disease, and a history of Old CVA with full recovery. During the course of care, the symptoms changed, meeting the criteria for evaluating sepsis. The SIRS assessment showed 2 out of 4 criteria, with S-NEWS scoring 6 points. Following the Sepsis fast track guidelines, the patient's shock condition did not improve, and he still experienced low blood pressure. Consequently, he was transferred for treatment at Mahasarakham Hospital.

Case Study 2: A Thai female patient, aged 77, complained of stomach cramps, loose diarrhea, tiredness, and fatigue one day prior. Underlying diseases include diabetes and high blood pressure. While the patient was in care, symptoms changed, and although not fully compatible with sepsis assessment criteria (SIRS), she exhibited low blood pressure with an S-NEWS score of 6 points. Following the Sepsis fast track guidelines, the patient continued to have sepsis, shock, and acute kidney failure. Hence, she was transferred for treatment at Mahasarakham Hospital.

Keywords : Septic shock, Nursing care

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชินชม จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญ เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรง และต่อเนื่อง จนทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวเนื้อเยื่อต่างๆทั่วร่างกายขาดออกซิเจนจนทำให้เสียชีวิตตามมาและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นอยู่กับอายุ แหล่งการติดเชื้อ ชนิดเชื้อที่เป็นสาเหตุ และสุขภาพเดิมของผู้ป่วย

ปัจจุบันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก พบอุบัติการณ์ 77 รายต่อแสนประชากร และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากยิ่งขึ้น มียาต้านจุลชีพที่ดี มีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น แต่อัตราตายยังคงสูง โดยประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ปี เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี โดยอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในปี พ.ศ. 2562 – พ.ศ. 2564 เท่ากับ 32.92, 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร พบอัตราตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 156.5 หรือ 118 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จากข้อมูลดังกล่าว นับได้ว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของไทย เพราะพบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนด้านกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย มีตัวชี้วัดที่กำกับกระบวนการให้ได้คุณภาพ ประกอบด้วย 1) อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)

มากกว่าร้อยละ 95 2) อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ มากกว่าร้อยละ 95 3) ผู้ป่วยได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชั่วโมงแรก (กรณีไม่มีข้อห้าม) มากกว่าร้อยละ 95 และ 4) อัตราการทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตและผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 100 ซึ่งต้องได้รับการพัฒนากระบวนการต่างๆดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลชื่นชม เป็นโรงพยาบาลขนาด F2 ดูแล ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำนา ทำสวน ทำไร่ อ้อย ไร่น้ำส้มหลัง อยู่ห่างจากตัวจังหวัดมหาสารคาม 67 กิโลเมตร และห่างจากจังหวัดขอนแก่น 47 กิโลเมตร มีเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 แห่ง โรงพยาบาลชื่นชมเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง จากสถิติการดำเนินงานที่ผ่านมา 3 ปีย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2564 -2566 พบข้อมูลหลายประเด็น ได้แก่ 1) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น จำนวน 25, 47 และ 58 รายตามลำดับ 2) อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ร้อยละ 100 ทั้ง 3 ปี (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 95) 3) อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 100, 95.74 และ 91.18 ตามลำดับ (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 95) 4) อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชั่วโมงแรก (กรณีไม่มีข้อห้าม) ร้อยละ 100, 97.48 และ 100 ตามลำดับ (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 95) และ 5) ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีการทบทวนเคสผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ จำนวน 16 ราย

ดังนั้น ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ถ้าได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งมีการวางแผนการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญในทุกกระบวนการของการดูแลรักษา ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย โดยพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ดูแลครอบคลุมถึงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสี

ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลในระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่มีอายุระแพทย์และยังไม่มี การตรวจเพาะเชื้อในกระแสเลือด การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อในกระแสเลือด จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรีบคัดกรองอาการอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง Sepsis fast tract ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อภาวะวิกฤตของอาการเปลี่ยนแปลง ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ แม้จะยังรอผลการยืนยันการติดเชื้ออยู่ก็ตาม หลังจากนั้นจึงได้ติดตามผลตรวจเพาะเชื้อเพื่อยืนยันการติดเชื้อในกระแสเลือดเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารายกรณีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส

เลือดที่มีภาวะช็อค กรณีศึกษา 2 ราย โดยศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบอาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและพยาบาการระหว่างการดูแลรักษา

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลชั้นชม จังหวัดมหาสารคาม ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลเชิงวิชาการ แนวปฏิบัติการพยาบาลและแนวทางการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา

เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชั้นชม จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการรักษา ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี U/D IHD, HT, Old CVA (Full recovery) ทำงานไปไร่ไปนาทำสวนทุกวัน เลี้ยงวัว 13 ตัว เกี้ยวหญ้าให้วัวทุกวัน เลี้ยงไก่ 50 ตัว ให้อาหารไก่ทุกวัน	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 77 ปี U/D DM, HT เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน รับประทานแตงโมและกล้วยน้ำว้าก่อนมีอาการ
วิเคราะห์เปรียบเทียบ : ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่พบมากในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในส่วนของ Source ที่ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่สงสัยเข้าได้กับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รายที่ 1 มีปัจจัยจากการทำงาน เลี้ยงสัตว์ เกี้ยวหญ้า ตรวจพบว่าเกิดจาก Scrub typhus รายที่ 2 เกิดจากการรับประทานแตงโมและกล้วยน้ำว้า ทำให้เกิดอาการปวดท้อง ถ่ายเหลว แต่ในการตรวจพบข้างต้น ยังไม่สามารถระบุว่าการติดเชื้อ เนื่องจากอาการดังกล่าวอาจจะเป็นการอักเสบที่ยังไม่ได้มีการติดเชื้อ หรือไม่ใช้โรคติดเชื้อก็ได้ การตรวจพบเชื้อจุลชีพที่น่าจะเป็นสาเหตุ จะช่วยสนับสนุนว่ามีการติดเชื้อจริง ทำให้สามารถเลือกยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องตั้งแต่แรก		
2. พยาธิสภาพของโรคและอาการแสดง	มาด้วยอาการสำคัญ : ไข้สูง หนาวสั่น เป็นก่อนมา 1 วัน V/S BT = 38.8 °C, PR = 86 ครั้ง/นาที, RR = 24 ครั้ง/นาที, BP = 60/48 mmHg. MAP 52 mmHg. O2 saturation 92 % ประเมิน SIRS เข้าเกณฑ์ 2 ข้อ ใน 4 ข้อ ประเมิน S-NEWS แกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 8 คะแนน แกรับที่ตึกผู้ป่วยใน 4 คะแนน ขณะ admit S-NEWS 3 – 9 คะแนน ค่าคะแนน S-NEWS เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยไข้สูง หนาวสั่น ความดันโลหิตต่ำ ฟังปอดปกติ ปัสสาวะไม่มีแสบขัด ผล CXR no infiltration ค่า Serum lactate 3.6 และ 4.0 ผล Scrub typhus Positive แสดงว่ามีการติดเชื้อ	มาด้วยอาการสำคัญ : ปวดบิดท้อง ถ่ายเหลว หนึ่งย้อ่อนเพลียมาก เป็นก่อนมา 1 วัน V/S ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน BT 36.7 C PR 70 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 100/57 mmHg MAP 71 mmHg. O ₂ Sat 98 % Room air. ปวดบิดท้อง ไม่มีอาเจียน มีถ่ายเหลว 2 ครั้ง ปัสสาวะครั้งสุดท้ายเมื่อเช้านี้ แกรับรู้สึกตัวรู้เรื่อง ตามตอบรู้เรื่อง E4V5M6ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย วัดสัญญาณชีพแกรับที่ตึกผู้ป่วยใน (11.00 น.) BT 37.0 C PR 76 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 95/59 mmHg MAP 71 mmHg. O ₂ Sat 98

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการรักษา ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	Scrub typhus มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะช็อก	% Room air. Abdominal soft not tender no guarding Active bowel sound
<p>วิเคราะห์เปรียบเทียบ :</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1 จากอาการและอาการแสดงแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่ามีกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome : SIRS) เข้าเกณฑ์ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2 ใน 4 ข้อ คือ 1) อุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือน้อยกว่า 36 องศาเซลเซียส และ 2) อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที ร่วมกับมี Hypotension Systolic BP 60 mmHg. MAP 52 mmHg. Serum lactate 3.6 และ 4.0 mmol/L แพทย์จึงพิจารณาให้การรักษาตามแนวทางผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก เผื่อระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2 จากอาการและอาการแสดงแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ยังไม่พบว่าผู้ป่วยมีกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome : SIRS) ไม่มีไข้หรือไม่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำ อัตราการเต้นของชีพจรปกติ อัตราการหายใจปกติ ไม่หอบ ไม่มีหายใจเร็ว ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC ปกติ จึงได้ให้การรักษาตามอาการ แต่หลังจาก admit ไปที่ตึกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 14.00 น. วัดสัญญาณชีพ BT 36.0 C PR 88 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที BP 85/50 mmHg replete BP 78 / 51 mmHg. MAP 60 mmHg. ตรวจพบกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome : SIRS) 2 ใน 4 ข้อ 1) BT 36.0 C 2) RR 24 ครั้ง/นาที ร่วมกับมีความดันโลหิตต่ำ BP 78 / 51 mmHg. MAP 60 mmHg. ค่า Serum lactate 2.0, 2.3 และ 2.5 ตามลำดับ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr. O₂ Sat 95 % Room air ประเมิน S-NEWS 6 คะแนน แพทย์จึงพิจารณาให้การรักษาตามแนวทางผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก เผื่อระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด</p> <p>ในกรณีศึกษาทั้งสองราย แม้ในการตรวจพบพยาธิสภาพและอาการแสดงข้างต้น ยังไม่สามารถระบุว่าจะเกิดจากการติดเชื้อประเภทใด เนื่องจากอาการดังกล่าวอาจจะเป็นการอักเสบที่ยังไม่ได้รับการติดเชื้อ หรือไม่ใช่โรคติดเชื้อก็ได้ การตรวจพบเชื้อจุลินทรีย์ที่น่าจะเป็นสาเหตุจะช่วยสนับสนุนว่ามีการติดเชื้อจริงจากผล H/C ทำให้สามารถเลือกยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องตั้งแต่แรก แต่ในขั้นตอนของการดูแลรักษาผู้ป่วยลักษณะนี้ ต้องให้ความ Alert ในการ Early detect ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ Sepsis หรือ Septic Shock</p>		
การรักษา	<p>24 ต.ค.66 (9.22 น.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Admit - CBC,BUN, Cr, E'lyte - Liver function tess - DTX = 101 mg% - H/C x 2 spp. - Scrub typhus Ab - Leptospirosis Ab - Melioidosis titer - CXR - UA - Latate - Latata 14.00 น. - Nss. 1,000 ml. IV rate 100 ml/hr. -E.KCL 30 ml. po stat. - พรงนี้ CBC,BUN, Cr, E'lyte, Lactate <p>(10.15 น.)</p> <ul style="list-style-type: none"> -off Nss. - LRS 1,000 ml. IV load then 80 cc/hr. <p>(14.50 น.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - LRS 1,000 ml. IV 100 cc/hr. - Lactate 21.00 น. <p>(16.00 น.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - LRS 1,000 ml. IV load 500 ml. 	<p>5 พ.ย.65 (10.30 น.)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Admit -Hyoscine 1 amp IV stat. -0.9 Nacl 1,000 ml.+ KCL 40 mEq. IV drip rate 100 ml/hr. -CBC,BUN, Cr, E'lyte -DTx. 91 mg% <p>11.00 น.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Electrolyte พรงนี้เข้า -Then Nss. 1,000 ml. rate 100 cc/hr <p>14.00 น.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0.9 Nss. 1,000 ml IV load Then rate 100 cc/hr. (14.00น.) -CXR -KCL drip in hold หลัง Load ค่อย drip ต่อ -On Cannula 5 lite/min -Retained foley ' s cath -Cef-3 2 g. IV OD <p>(15.30 น.)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Levophed (4 : 250) IV drip 10 cc/hr. (15.30น.) <p>(16.00 น.)</p> <ul style="list-style-type: none"> -EKG 12 lead -DTX pre-meal hs. Keep 80 – 200 mg% -Serum lactate stat then อีก 6 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการรักษา ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	-then rate 100 cc/hr. -Levophed 4 mg + 5% DW 250 ml. IV rate 10 ml/hr. Titrate 3 ml/hr. keep MAP > 65 mmhg. (17.00 น.) Refer โรงพยาบาลมหาสารคาม Order for continuation 24 ต.ค.66 - Regular diet - Record V/S I/O - DTX Premeal, hs - on RI scale Medication -Ceftriaxone 2 gm IV OD -Doxycyclin (100) 1x2 po pc -Paracetamol (500) 1 tab po prn q 4-6 hrs -ORS จิบ pm -B Co 1x3 po pc -Folic 1x1 po pc -ASA (81) 1x1 po pc -Simvastatin (20) 1x1 po hs -Atenolol (50) ½ x 1 po pc -ISDN (10) 1x3 po ac	-Hydrocortisone 100 mg IV Slow push then 200 + 5%DW 250 ml IV drip in 24 hr. -Off IV 0.9 Nss. 1,000 ml.+ KCL 40 mEq. IV drip rate 100 ml/hr. -E.KCL 30 ml. X 2 dose ทุก 2 ชม. (16.40 น., 18.40 น.) -Electrolyteหลังแก้ K 2 hr. -0.9 Nss. IV rate 40 cc/hr. 6 พ.ย.66 (8.30น) -On O2 Canular 3 LPM -Levophed (4 : 250) IV drip 22 cc/hr. -Refer โรงพยาบาลมหาสารคาม Order for continuation 5 พ.ย.66 - Soft diet - Record V/S I/O Medication -Losec 1 x 2 po ac. -Hyoscine 1x3 po pc. ขมิ้นชัน 1x3 po pc. -Norflox 1 x 2 po pc. -ORS จิบบ่อยๆ ยาเดิม -Simvastatin (20mg) 1 tap po hs -Enalapril (5mg) 1 tap po OD เข้า -Metformin (500mg) 1 tap x 1 po pc. - off Amlodipine
<p>วิเคราะห์เปรียบเทียบ แบ่งเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> การแก้ไขภาวะวิกฤตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดภายใน 6 ชั่วโมง ตามเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 1) CVP มีค่าระหว่าง 8-12 มิลลิเมตรปรอท 2) MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท 3) จำนวนปัสสาวะ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง 4) ScvO₂ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤต โดยการดูแลระบบไหลเวียน ติดตามความดันโลหิต ติดตามค่า MAP ได้รับการ Retained foley's catch เพื่อติดตามปริมาณปัสสาวะ การให้สารน้ำทดแทน (Fluid Therapy of Severe Sepsis) กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่คัดกรองได้เข้าเกณฑ์ SIRS โดย กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับ RLS 1,000 ml IV load Total 1,500 cc. กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับ 0.9 Nacl 1,000 ml IV load Total 1,000 cc. การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและการให้ยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับ Levophed 4 mg + 5% DW 250 ml. IV rate 10 ml/hr. Titrate 3 ml/hr. keep MAP > 65 mmhg. การให้ยาสเตียรอยด์ (Corticosteroids) ให้ในรูปแบบของไฮโดรคอร์ติโซน (Hydrocortisone) ทางหลอดเลือดดำ เฉพาะผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำที่ไม่ตอบสนองต่อการให้ สารน้ำและการควบคุมระดับความดันโลหิต กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับ Hydrocortisone 100 mg IV Slow push then 200 + 5%DW 250 ml IV drip in 24 hr. กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่ได้ได้รับ การวัดระดับแลคเตทในเลือด จะเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญ โดยเมื่อผู้ป่วยมีการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด ระดับแลคเตทจะเริ่มสูงขึ้นถึงแม้ว่าจะยังไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกให้เห็นชัดเจน ถ้าระดับแลคเตทสูงมากกว่า 4 มิลลิโมลต่อลิตร แสดงว่าการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ จะบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งต้องรีบรักษาทันที ซึ่งในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการติดตามค่า Serum lactate พบว่า มีค่ามากกว่า 2 mmol/lite ทั้งสองราย 		

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการรักษา ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
6.	ส่งตรวจเพาะเชื้อจากเลือดก่อนเริ่มให้ยาปฏิชีวนะและอย่างน้อย 2 ตัวอย่าง โดยในกรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการเจาะเลือดส่งตรวจ Hemoculture เพื่อค้นหาและช่วยสนับสนุนว่ามีการติดเชื้อจริง ทำให้สามารถเลือกยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องเหมาะสมกับเชื้อ	
7.	การให้ยาปฏิชีวนะ (Antimicrobial Therapy) กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยา Ceftriaxone 2 gm IV stat ภายใน 1 ชั่วโมง ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หลังการส่งตรวจ H/C กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับยา Ceftriaxone 2 gm IV stat ภายใน 1 ชั่วโมง ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ก่อนการส่งตรวจ H/C เพราะเมื่อเข้ารับการรักษาแรกที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน อาการยังไม่เข้าเกณฑ์ SIRS ได้รับการรักษาตามอาการ แต่เมื่อ admit ที่ตึกผู้ป่วยใน มีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าได้กับเข้าเกณฑ์ SIRS จึงส่งตรวจ H/C ในเวลาต่อมา	
8.	การดูแลเพื่อ Support ได้แก่ การรักษาภาวะ Hypokalemia, การได้รับ Oxygen therapy รวมถึง ภาวะโภชนาการ ในกรณีศึกษาทั้งสองราย	

ตารางที่ 2 การวางแผนจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวางแผนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยrefer back กลับมา admit ที่ตึกผู้ป่วยใน	<p>วางแผนจำหน่ายโดยยึดหลัก D -Method โดยประเมินสภาพทั่วไป วัดสัญญาณชีพก่อนกลับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis : ให้ความรู้เรื่องโรคโดยกระบวนการทำ Nursing round ร่วมกันระหว่าง แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกันวางแผนการดูแล ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน 2. Medication : ให้ข้อมูลการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเมื่อกลับบ้านจนครบ 3. Enviroment : การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เน้นความสะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก พื้นไม่ลื่น ระวังการเกิดอุบัติเหตุ ใส่ผ้าปิดจมูกเมื่อไปสถานที่แออัด ใส่รองเท้าบูทเมื่อต้องเกี่ยวหญ้าและเข้าไปในลำไ้ 4. Treatment : สอนทักษะการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น หายใจหอบ กระสับกระส่าย ซึม เหนื่อยเพลีย ให้รับมาโรงพยาบาลหรือโทร 1669 ให้รถ EMS โรงพยาบาลออกมารับ 5. Health : การส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อสร้างเสริมความแข็งแรง มีสุขภาพที่ดีมีภูมิต้านทานโรค เช่นการออกกำลังกายเบาๆ เดินเล่นรอบบ้าน ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การอาบน้ำหลังเสร็จจากงานเกษตรกรรม การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ 6. Out patient : การมาตรวจตามนัด โดยแพทย์นัดติดตามอาการ วันที่ 23 พ.ย.2566 7. Diet : การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ควรเป็นอาหารที่ย่อยง่าย ข้าวควรเป็นข้าวสวย ลดอาหารหวาน มัน เค็ม อาหารต้องปรุงสุก 	<p>วางแผนจำหน่ายโดยยึดหลัก D -Method โดยประเมินสภาพทั่วไป วัดสัญญาณชีพก่อนกลับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis : ให้ความรู้เรื่องโรคโดยกระบวนการทำ Nursing round ร่วมกันระหว่าง แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกันวางแผนการดูแล ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน 2. Medication : ให้ข้อมูลการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเมื่อกลับบ้านจนครบ 3. Enviroment : การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เน้นความสะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก พื้นไม่ลื่น 4. Treatment : สอนทักษะการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น หายใจหอบ กระสับกระส่าย ซึม เหนื่อยเพลีย ให้รับมาโรงพยาบาลหรือโทร 1669 ให้รถ EMS โรงพยาบาลออกมารับ 5. Health : การส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อสร้างเสริมความแข็งแรง มีสุขภาพที่ดีมีภูมิต้านทานโรค เช่นการออกกำลังกายเบาๆ เดินเล่นรอบบ้าน ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ 6. Out patient : การมาตรวจตามนัด โดยแพทย์นัดติดตามอาการ 14 พ.ย.2566 7. Diet : การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ควรเป็นอาหารที่ย่อยง่าย ข้าวควรเป็นข้าวสวย ลดอาหารหวาน มัน เค็ม อาหารต้องปรุงสุก

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว คือ DM HT และโรคของหลอดเลือดหัวใจและสมอง ซึ่งนับว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะช็อคได้มาก เพราะในตัวผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ เมื่อเกิดโรคจะทำให้มีความรุนแรง ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวทาง CPG Sepsis ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2 ที่ไม่มีอายุรแพทย์และ H/C ส่งตรวจ Lab นอก จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังและสังเกตอาการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แม้ในการตรวจพบพยาธิสภาพและอาการแสดงในกรณีศึกษาทั้งสองราย ยังไม่สามารถระบุว่าจะเกิดจากการติดเชื้อประเภทใด เนื่องจากอาการดังกล่าวอาจจะเป็นการอักเสบที่ยังไม่ได้มีการติดเชื้อ หรือไม่ใช่โรคติดเชื้อก็ได้ การตรวจพบเชื้อจุลินทรีย์ที่น่าจะเป็นสาเหตุจะช่วยให้สามารถเลือกยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องตั้งแต่แรก แต่ในขั้นตอนของการดูแลรักษาผู้ป่วยลักษณะนี้ ต้องให้ความ Alert ในการ Early detect ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ Sepsis หรือ Septic Shock โดยใช้แนวทางการดูแลตาม Sepsis Fast tract³ ตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและคัดกรองซ้ำได้ในตึกผู้ป่วยในหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อให้การดูแลรักษากรณีศึกษาทั้งสองราย พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด¹ โดยในรายที่ 1 พบการติดเชื้อเบื้องต้นจาก Scrub typhus รายที่ 2 จาก Acute gastro enteritis แม้จะยังไม่มีผล H/C ยืนยัน แต่ผู้ป่วยมีอาการเข้าได้กับเกณฑ์ SIRS 2 ใน 4 ข้อ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง Sepsis Fast tract (6 Bundle protocol) ได้แก่ 1) เปิด IV เบอร์ 18-20 อย่างน้อย 2 เส้น ให้สารน้ำอย่างน้อย 30 ml/kg/hr. ภายใน 1 ชม.แรก 2) H/C 2 specimen, CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, DTX 3) ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำที่ครอบคลุมเชื้อหลัง Hemoculture ภายใน 1 ชม.แรก 4) หลังได้รับสารน้ำ 30 ml/kg/hr. แล้ว MAP <65 mmHg พิจารณาให้ vasopressor

โดยแนะนำความเข้มข้นที่เหมาะสมสำหรับ Peripheral line คือ Norepinephrine 8 mg + 5%DW 500 ml เริ่ม 10 ml/hr. titrate ทีละ 15 ml/hr. ทุก 15 นาที Keep MAP \geq 65 mmHg 5) ใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมง และ 6) บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกและประเมิน S-NEW score หลังให้การรักษาพยาบาลตามแนวทาง แต่เนื่องจากความรุนแรงของโรค กรณีศึกษา รายที่ 1 ยังคงมีภาวะช็อค ความดันโลหิตต่ำ กรณีศึกษา รายที่ 2 ยังคงมีภาวะช็อคร่วมกับปัสสาวะไม่ออกและจากผล CXR เสี่ยงต่อภาวะ Pleural effusion ร่วมกับข้อจำกัดในขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชน จึงได้ส่งต่อผู้ป่วยทั้งสองรายรับการรักษาต่อที่ รพ. มหาสารคาม จากการติดตามการรักษา ผู้ป่วยทั้งสองรายได้ส่งตัวกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชั้นชม เพื่อให้ Antibiotic จนครบ ติดตามผล H/C ที่ส่ง Lab นอก (รับแจ้งผล 72 ชั่วโมง) ทั้งสองราย ผล no growth ผู้ป่วยทั้งสองรายอาการดีขึ้น จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต ได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรค ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ถ้าได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งมีการวางแผนการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงของโรคและลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญในทุกกระบวนการของการดูแลรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย โดยพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ดูแลครอบคลุมถึงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสียหายทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. กนก พิพัฒน์เวชชม. (2551) การรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ : เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิต. วารสารวัณโรค โรคทางอกและเวชบำบัดวิกฤต, 29(3), 241-251.
2. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, สุรัตน์ ทองอยู่. (2558). ปัจจัยทำนายการเข้าสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะติดเชื้อ. วารสารสภาการพยาบาล, 30(1): 72-85.
3. อภรณ์ นิยมพฤษ, พิชญพันธ์ จันทระ, พัชรียัมแย้ม, น้ำอ้อย ภัคตังศ์. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารการพยาบาลและการดูแล, 31(2), 14-24.
4. Arnold, S.V., Spertus, J.A., Lipska, K.J., Lanfear, D.E., Tang, F., Grodzinsky, A. et al. (2013). Type of Beta-blocker Use Among Patients with Versus without Diabetes after Myocardial Infarction, Am Heart J, 168(3), 273-279.
5. Taylor, M.T., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J.E. (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. BMJ Qual Saf, 23(1), 290-298.
6. กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ตัวชี้วัดผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด <https://healthkpi.dms.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1735>

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและ นิติเวช โรงพยาบาลหนองเรือ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Acute ST- Elevation Myocardial Infarction at Emergency and Forensic Department, Nong Ruea Hospital: Two case studies

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

วิลาวัลย์ บุญมี¹
Wilawan Boonmee

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา 2 ราย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับรักษาในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การรักษา และการพยาบาล โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการแก้ปัญหา ตั้งแต่การประเมินปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มีความคล้ายคลึงของอาการแสดงที่ชัดเจน โดยอาการสำคัญนำมาโรงพยาบาล คือ แน่นหน้าอก เหงื่อออกตัวเย็น ทั้ง 2 ราย หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase มีภาวะแทรกซ้อน รายที่ 1 ความดันโลหิตต่ำ รายที่ 2 ความดันโลหิตต่ำ และระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง หลัง Resuscitate ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ได้รับการส่งต่อรักษาไปยังโรงพยาบาลขอนแก่น โดยระบบบริการช่องทางด่วน Fast track STEMI อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI , ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase, กระบวนการพยาบาล

ABSTRACT

This case study aimed to study nursing care of patients with acute myocardial infarction, type STEMI. Two patients admitted to emergency and forensic department at Nong Ruea Hospital, Khonkaen Province. This study was a descriptive study that compared the illness history, prognosis of disease, treatments, and nursing care using the nursing process to solve problems including, nursing assessment, diagnosis, planning, intervention, and evaluation.

The results showed that two case studies had underlying diseases both high blood pressure and high dyslipidemia. There were obviously symptoms of two cases including chest pain and sweating. After receiving anti-coagulant drug streptokinase, the complications found that case 1 showed low blood pressure and case 2 also presented low blood pressure, low level of consciousness, drowsy, hypoxia due to low efficiency breathing. Following resuscitation, the patient's condition were much better symptoms, and they were safely referred to Khonkaen Hospital through the Fast Track STEMI service system.

Keywords: ST-Elevation Myocardial Infarction, anti-coagulant drug streptokinase, nursing process

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (STEMI) เป็นภาวะที่หลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันแบบ

สมบูรณ์ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่รับเลือดอยู่เกิดการขาดเลือดแบบเฉียบพลัน โดยจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลาเป็นนาทีหรือไม่เกินชั่วโมง กลไกการเกิดโรค ส่วนใหญ่เกิดจากการปริแตกของตะกรันไขมัน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองเรือ

ที่เกาะในหลอดเลือด เมื่อมีการปริแตก ร่างกายจะระดมเกร็ดเลือดและสร้างลิ่มเลือดขึ้นมาอุดหลอดเลือดส่วนนั้น จนส่งผลให้หลอดเลือดมีการอุดตันโดยสมบูรณ์ ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอกหรือหน้ามืดเป็นลม บางรายอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน¹ ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินมีอันตรายถึงชีวิต อัตราการเสียชีวิตของโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 5-10 โดยจากการรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2563 พบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 17.9 ล้านคน และจากสถิติข้อมูลการเสียชีวิตของคนไทย ในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ร้อยละ 80 เสียชีวิตด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์ และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปีพ.ศ. 2554 มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด 22.5 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มมาเป็น 31.8 ในปีพ.ศ. 2560 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยเฉพาะผู้ป่วย ST elevation myocardial infarction (STEMI) ร้อยละ 10 ในปีพ.ศ. 2561 ติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไป 1 ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตยังคงค่อนข้างสูง โดยผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต ร้อยละ 14² อีกทั้งข้อมูลจากกรมการแพทย์ ปี 2562 พบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจถึง 6,906 ล้านบาทต่อปี การรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การเปิดหลอดเลือด วัตถุประสงค์เพื่อ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตันเร็วที่สุด โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เป็นการรักษาที่มีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้³

โรงพยาบาลหนองเรือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

Service plan เขตสุขภาพที่ 7 สาขาโรคหัวใจ โดยมีเป้าหมาย ลดอัตราการตายจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีการจัดระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้ระบบช่องทางด่วน (STEMI Fast Track) โรงพยาบาลหนองเรือสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้ โดยผ่านเกณฑ์ Fibrinolytic Checklist for STEMI ก่อนให้ยา ต้องได้รับคำสั่งการรักษาให้ยา Streptokinase จากอายุรแพทย์โรคหัวใจโรงพยาบาลขอนแก่น และนำผู้ป่วยส่งต่อรักษาไปยังโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีศักยภาพสูงกว่า จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ปี 2563 - 2565 จำนวน 24 ราย, 39 ราย และ 40 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI จำนวน 8 ราย, 12 ราย และ 13 ราย ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการตรวจ EKG และรายงานแพทย์ภายใน 10 นาที ร้อยละ 91.66 ,89.74 และ 92.68 ผู้ป่วย STEMI ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ทันเวลาภายใน 30 นาทีหลังแรกรับเมื่อมาถึงโรงพยาบาล ร้อยละ 87.5 , 83.33 และ 50 ผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตหลังส่งต่อ 24 ชั่วโมง จำนวน 1 ราย, 0 ราย และ 1 ราย (Clinical Tracer : AMI โรงพยาบาลหนองเรือ) ดังนั้นพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จึงมีหน้าที่สำคัญตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงแรกรับ มีการประเมินคัดกรองที่ถูกต้องรวดเร็ว ทำให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการวิกฤติและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง และมีระบบช่องทางด่วนในการส่งต่อรักษาผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI กรณีศึกษา 2 ราย

2. เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ศึกษาในระหว่างเดือนพฤษภาคม - กันยายน พ.ศ. 2566 โดยการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูล

จากเวชระเบียนผู้ป่วย เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต แบบแผนดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการต่าง ๆ และนำมาวางแผนการดูแลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 50 ปี เข้ารับการรักษาวันที่ 8 พฤษภาคม 2566 ได้รับการวินิจฉัย Anterior wall STEMI กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 65 ปี เข้ารับการรักษาวันที่ 26 ก.ย.2566 ได้รับการวินิจฉัย Inferior wall STEMI

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

ข้อมูลส่วนบุคคล	เป้าหมาย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
มาโรงพยาบาล		8 พ.ค.2566/14.10น.	26 ก.ย.2566 /17.14น.
เพศ		ชาย	ชาย
อายุ (ปี)		50	65
โรคประจำตัว		ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
1. การเข้าถึงบริการ	EMS	ญาตินำส่ง	ญาตินำส่ง
2. มาด้วยระบบ EMS	> 50 %	0	0
3. Door to EKG	≤ 10 นาที	14.11น. (2 นาที)	17.20 น. (6 นาที)
4. Door to Diagnosis time	<30 นาที	22 นาที	35 นาที
5. Door to Needle time <30 นาที	<30 นาที	30	41
6. Onset to needle < 6 ชั่วโมง	< 6 ชั่วโมง	90 นาที	150 นาที
7. อัตราการเปิดหลอดเลือด SK	>85%	100%	100%
8. ภาวะแทรกซ้อน	< 5%		
- GI Bleed		-	-
- Rash		-	-
- Hypotension		BP=74/53 mmHg	BP=88/44 mmHg
- Arrhythmia		-	-
- อื่น ๆ		SpO2 เดิม 98% ลดลงเหลือ 87%	ซีม ตาลอย E3V4M5 SpO2 เดิม 100% ลดลงเหลือ 92%
9. Refer รพ.ขอนแก่น ตามแนวทาง	รพ.ขอนแก่น	รพ.ขอนแก่น	รพ.ขอนแก่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตและต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม และมี

ประสิทธิภาพ จึงได้นำแนวคิด NANDA⁴ มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย โดยนำกระบวนการพยาบาล ซึ่งมีลำดับขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย มีการวางแผน และปฏิบัติอย่างเป็นระบบ เพื่อตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาตามสภาพผู้ป่วย⁵ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อลดภาวะการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงหรือลดลง เจ็บหน้าอก จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ลดลง หรือไม่เจ็บหน้าอก Pain score ลดลงและหรือ ≤ 5 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ <ul style="list-style-type: none"> อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 - 22 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต อยู่ในช่วง 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO₂) $\geq 90\%$ <p>กรณีศึกษาชายที่ 1 กรณีศึกษาชายที่ 2</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ดูแลให้นอนพักบนเตียง (Absolute bed rest) โดยให้นอนศีรษะสูง 30-60 องศา ลดกิจกรรม เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ Monitor ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO₂) ตลอดเวลา ถ้า $< 90\%$ ดูแลให้ออกซิเจน หรือถ้าผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และลดการทำงานของหัวใจทำให้อาการเจ็บหน้าอกลดลง ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5-10 นาที Monitor EKG ต่อเนื่อง เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลง อาการที่แสดงถึงภาวะ Cardiogenic Shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ถ้า Pain score > 7 คะแนน รายงานแพทย์เพื่อให้ยาลดปวด ทำให้เส้นเลือดคลายตัว ดูแลให้ยาASA (300mg) เคี้ยวก่อนกลืน 1 เม็ด เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดอุดตัน, ยา Clopidogrel (75 mg) 4 เม็ด รับประทาน และยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1,500,000 unit ผสมใน 0.9% NSS 100 ml IV drip in 1 hr ตามแผนการรักษา
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2</p> <p>เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ปลอดภัยเมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงหรือลดลง ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเพิ่มขึ้น ไม่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ไม่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 mL/kg/hr สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ <ul style="list-style-type: none"> อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 - 22 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> คัดกรองและจัดผู้ป่วยเข้าโซน Resuscitate เผื่อระวังอาการและอาการแสดงของการเกิด Cardiac arrest ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตต่ำ อาการเหงื่อออกตัวเย็น ซีดเขียว ประเมินสัญญาณชีพทุก 5-10 นาที และ EKG monitoring ต่อเนื่อง ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> ASA (300mg) เคี้ยวก่อนกลืน 1 เม็ด Clopidogrel (75 mg) 4 เม็ดรับประทาน Streptokinase 1,500,000 unit ผสมใน 0.9% NSS 100 ml IV drip in 1 hr โดยใช้เครื่อง Infusion pump ควบคุมการได้รับสารน้ำ ติดตามและประเมินอาการเจ็บหน้าอก จุกแน่นลิ้นปี่ เพื่อประเมินอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งส่งผลให้ Cardiac output ลดลง ติดตามและประเมิน Cardiac arrhythmia

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO₂) ≥ 90%</p> <p>กรณีศึกษาครั้งที่ 1 กรณีศึกษาครั้งที่ 2</p>	<p>6. ประเมินปริมาณปัสสาวะ หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5ml/kg/hr แสดงถึงเลือดมาเลี้ยงที่ไตน้อยลง จากการลดลงของ cardiac output และรายงานแพทย์</p> <p>7. เตรียมยาสำหรับฟื้นคืนชีพ ได้แก่ Adrenaline 1 mg, Atropine 0.6 mg, 10% Calcium gluconate และอุปกรณ์ต่างๆในการช่วยชีวิต เช่น เครื่อง Defibrillator Auto CPR และอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้มีความพร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่กรณีฉุกเฉิน</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับความรู้สึกตัว รู้สึกตัวดี 2. ไม่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ <ul style="list-style-type: none"> - อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส - อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที - อัตราการเต้นชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที - ความดันโลหิต อยู่ในช่วง 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท - ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO₂) ≥ 90% <p>กรณีศึกษาครั้งที่ 1 กรณีศึกษาครั้งที่ 2</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Cannula 5 ลิตรต่อนาที ตามแผนการรักษาเพื่อรักษาระดับความเข้มข้นของออกซิเจนให้อยู่ในระดับไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 2. เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำ ควบคุมอัตราการหยดของยาให้ช้าลงและรายงานแพทย์ทันที ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 3. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนโดย สังเกตสีผิวเย้น ชื่น เขียว การรับสัมผัส อาการซึม สัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO₂) ทุก 5-15 นาที 4. Monitor EKG ด้วยเครื่อง Telemedicine เผื่อระวังคลื่นหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจหยุดเต้น 5. ใช้เครื่อง Infusion pump ในการควบคุมอัตราการไหลของยา Streptokinase 1,500,000 unit ผสมใน 0.9% NSS 100ml IV drip in 1 hr ตลอดเวลา 6. เตรียมยา CPM 10 mg, Hydrocortisone 100 mg และยาสำหรับฟื้นคืนชีพ ไว้ข้างเตียง 7. เตรียมอุปกรณ์การช่วยชีวิต ได้แก่ เครื่อง Defibrillator Auto CPR และอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ 8. ประเมินอาการผิดปกติระหว่างการให้ยา ได้แก่ ผื่นคัน บวม ปวดศีรษะ วิงเวียน หายใจผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว หรือเต้นผิดปกติ มีเลือดออกตามร่างกาย ความดันโลหิตต่ำ เมื่อพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ตัวเย็น กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียว 2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO₂) ≥ 95% 3. หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสัญญาณของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว กระสับกระส่าย 2. ประเมินสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO₂) ทุก 5-15 นาที 3. เตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - Laryngoscope โดยเลือกใช้ blade โค้ง ขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยคือเบอร์ 4 และสำรองอีก 2 ขนาด ตรวจสอบความสว่างของหลอดไฟพบว่าไฟสว่างจ้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>กรณีศึกษาที่ 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมท่อช่วยหายใจชนิดมี cuff โดยต้องตรวจสอบก่อนว่า cuff ไม่รั่ว ขนาด 7.5 มิลลิเมตร และสำรองไว้ 2 ขนาด คือ ขนาดที่ใหญ่กว่าและเล็กกว่า 1 เบอร์ - เตรียมเครื่อง Suction พร้อมสายให้พร้อมใช้ - เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ตรวจสอบความสำเร็จของการใส่ท่อช่วยหายใจได้แก่ หูฟัง เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย 4. ประสานทีมช่วยชีวิตฉุกเฉินให้พร้อมช่วยเหลือผู้ป่วย 5. ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยแพทย์ใส่ท่อเบอร์ 7.5 ลึก 21 เซนติเมตร ปิดพลาสติกยึดท่อไม่ให้เลื่อนหรือหลุด และต่อกับเครื่องช่วยหายใจ 6. หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลท่อไม่ให้เลื่อนหรือหลุด และระวังท่อพับงอ 7. ประเมินการหายใจ จำนวนครั้ง จังหวะการหายใจ และสังเกตว่าผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจหรือไม่ เพื่อค้นหาสาเหตุป้องกันภาวะขาดออกซิเจน 8. ดูแล Suction เพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บหน้าอก จุกแน่นลิ้นปี่ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย เจ็บหน้าอก จุกแน่นลิ้นปี่ลดลง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เจ็บหน้าอก จุกแน่นลิ้นปี่ลดลง Pain Score ลดลง < 5 คะแนน 2. ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น 3. ไม่มีภาวะหายใจลำบาก อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที 4. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO₂) ≥ 90 % <p>กรณีศึกษาตอนที่ 1 กรณีศึกษาตอนที่ 2</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ตำแหน่ง ความรุนแรง อาการเจ็บร้าวไปตำแหน่งอื่น ระยะเวลาที่เป็นและอาการร่วมอื่นๆ เช่น เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย 2. ดูแลให้นอนพักบนเตียง หยุดการทำกิจกรรมต่าง ๆ (absolute bed rest) โดยจัดให้นอนศีรษะสูง 30 -60 องศา เพื่อลดการใช้ออกซิเจน 3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Cannula 5 ลิตรต่อนาที 4. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาคือ ASA (300mg) เคี้ยวกลืน 1 เม็ด และยา Clopidogrel (75 mg) 4 เม็ดรับประทาน Streptokinase 1,500,000 unit ผสมใน 0.9% NSS 100ml IV drip in 1 hr 5. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และตรวจเอนไซม์ของหัวใจ (troponin-T) เพื่อติดตามประเมินผลภาวะหัวใจขาดเลือด 6. ประเมินอาการ สัญญาณชีพ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO₂) และ Pain score ทุก 15 นาที 7. ประเมิน Pain score ถ้า > 7 คะแนน รายงานแพทย์เพื่อให้ยาลดปวดทางหลอดเลือดดำ
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะส่งต่อรักษาเนื่องจากอยู่ในระยะวิกฤติ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะส่งต่อรักษา</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้แก่ Cardiac arrest 2. มีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิตพร้อมใช้งานทันที 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่างนำส่ง 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินผู้ป่วย สรุปปัญหาให้การพยาบาล ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมพร้อมก่อนส่งต่อรักษา 2. ตรวจสอบความเรียบร้อยของเอกสารได้แก่ เอกสารส่งต่อรักษา แบบบันทึกทางการพยาบาล และการลงทะเบียนส่งต่อ เพื่อให้การส่งต่อครบถ้วน 3. ตรวจสอบรถพยาบาล อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ให้พร้อมใช้งาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>- อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส</p> <p>- อัตราการหายใจ 18 - 22 ครั้งต่อนาที</p> <p>- อัตราการเต้นชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที</p> <p>- ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO₂) ≥ 90%</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2</p>	<p>4. ประเมินความเสี่ยงรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างส่งต่อคือ มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น เตรียมทีมช่วยชีวิตฉุกเฉินไปพร้อมรถพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล พนักงานกู้ชีพ</p> <p>5. ใช้รถ Advance Ambulance นำส่งผู้ป่วย โดยติด Telemedicine เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถพูดคุยและให้คำปรึกษากันได้แบบ Real-time ระหว่างโรงพยาบาลที่ส่งและรับผู้ป่วย</p> <p>6. ประสานงานโรงพยาบาลที่จะรับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ก่อนส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบ Fast track โดยมีรายละเอียดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชื่อผู้ป่วย อายุ เพศ - การวินิจฉัยโรค - อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ - สาเหตุการส่งต่อรักษาและสิ่งที่จะต้องเตรียมรับผู้ป่วย <p>การพยาบาลขณะส่งต่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการ และวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 2. ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาจเกิดขึ้นขณะส่งต่อได้แก่ ภาวะหัวใจหยุดเต้น เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนหลังรับยาละลายลิ่มเลือด 3. หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤตให้ขอความช่วยเหลือเครือข่ายและนำส่งโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด 4. สรุปปัญหาการรักษายาพยาบาลผู้ป่วยระหว่างนำส่งและบันทึกข้อมูลเพื่อการที่ส่งต่อเมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทางส่งต่อข้อมูลอาการผู้ป่วยระหว่างนำส่งและเอกสารดังนี้ เวชระเบียนแบบบันทึกข้อมูลเอกสารส่งต่อ และผลการตรวจพิเศษ
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล 2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิตกกังวลลดลง เข้าใจอาการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา 2. สีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือในการรักษา <p>กรณีศึกษารายที่ 1</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายต่อเนื่องตั้งแต่แรกมาถึงจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวเพื่อให้ความร่วมมือ 3. ก่อนทำหัตถการหรือให้การพยาบาล แจ้งผู้ป่วยทราบทุกครั้ง 4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สุภาพ 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจนเข้าใจง่าย 6. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

ผลลัพธ์การพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 50 ปี โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มาด้วยอาการ ขณะขับรถยนต์ เจ็บหน้าอก จุกแน่น ลึ้นปี จุกแน่นลึ้นปีทันที ไม่มีอาการร้าวไปที่ใด มีเหงื่อออกตัวเย็น มีอาการชามือและเท้าทั้ง 2 ข้าง 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

แรกเริ่ม รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าไม่สุขสบาย บ่นเจ็บหน้าอก จุกแน่นลึ้นปี มีเหงื่อออก ตัวเย็น หน้าซีด หายใจหอบเหนื่อย ชาบริเวณมือและเท้าทั้ง 2 ข้าง ได้ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว (Early Detection) และจัดผู้ป่วยเข้าโซนหนัก Resuscitation ตามประเภทผู้ป่วย ดูแลให้นอนพักบนเตียง โดยให้นอนศีรษะสูง 30-60 องศา ลดกิจกรรม เพื่อลดการใช้

ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ประเมินสัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ Pain Score = 10/10 ตรวจ EKG ผล ST elevate V2-V3-V4 วินิจฉัย Anterior wall STEMI ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ASA (300mg) เคี้ยวก่อนกลืน 1 เม็ด Clopidogrel (75 mg) 4 เม็ดรับประทาน ได้เฝ้าระวังภาวะ Cardiac arrest ติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 5-10 นาที และ EKG monitoring อย่างต่อเนื่อง เตรียมยาสำหรับฟื้นคืนชีพ และอุปกรณ์ต่างๆในการช่วยชีวิต ให้มีความพร้อม เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1,500,000 unit ผสมใน 0.9% NSS 1000 ml IV drip in 1 hr ภายใน 30 นาทีหลังแรกรับตามแนวทาง (Door to Needle time \leq 30 นาที) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา คือ ความดันโลหิตต่ำ 74/53 มิลลิเมตรปรอท ค่า SpO₂ ลดลง จาก 98% เหลือ 87% ดูแลให้ออกซิเจน Cannula 5 ลิตรต่อนาทีและให้สารน้ำ 0.9 % NSS Load 500 ml เฝ้าประเมินอาการและให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังได้สารน้ำครบ 500 ml สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 110/84 มิลลิเมตรปรอท ค่า SpO₂ 96% ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อรักษาไปยังโรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้ระบบช่องทางด่วนโรคหัวใจ (STEMI Fast Track) เดินทางถึงโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพปกติ admit โรงพยาบาลขอนแก่น วันที่ 8 - 14 พฤษภาคม 2566 ขณะ admit ได้รับการสวนหัวใจ (CAG) และถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) อาการดีขึ้น และปลอดภัย จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 15 พฤษภาคม 2566

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 65 ปี โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันเลือดสูง มาด้วยอาการ ขณะเข็นผักขึ้นรถมีอาการวิงเวียน วูบ แน่นกลางหน้าอก เหงื่อแตก ปวดร้าวไปแขนซ้าย ไม่มีแขนขาอ่อนแรง 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

แรกรับ รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าไม่สุขสบาย แน่นกลางหน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น หน้าซีดริมฝีปากซีด หายใจเหนื่อย ได้ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จัดผู้ป่วยเข้าโซนหนัก Resuscitation ตามประเภทผู้ป่วย ดูแลให้นอนพักบนเตียง โดยให้นอนศีรษะสูง 30-60 องศา ลดกิจกรรม เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ประเมินสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ Pain Score = 3/10 ตรวจ EKG ผล ST elevate lead II III aVF วินิจฉัย Inferior wall STEMI ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ASA (300mg) เคี้ยวก่อนกลืน 1 เม็ด Clopidogrel (75 mg) 4 เม็ดรับประทาน ได้เฝ้าระวังภาวะ Cardiac arrest ติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 5-10 นาที และ EKG monitoring อย่างต่อเนื่อง เตรียมยาสำหรับฟื้นคืนชีพ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการช่วยชีวิตที่มีความพร้อม เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1,500,000 unit ผสมใน 0.9% NSS 1000 ml IV drip in 1 hr ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้าไม่ทันเวลาภายใน 30 นาที (41 นาที) นาทีหลังแรกรับ(เป้าหมาย Door to Needle time \leq 30 นาที) มีภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา คือ ซึม ตาลอย E3V4M5 ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO₂) 92% ได้เตรียมยาอุปกรณ์และช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลให้สารน้ำ 0.9 % NSS Load 500 ml ตามแผนการรักษา หลัง load IVF ครบ 500 ml สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 96/58 มิลลิเมตรปรอท ค่า SpO₂ 100% เฝ้าประเมินอาการและให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อรักษาไปยังโรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้ระบบช่องทางด่วนโรคหัวใจ (STEMI Fast Track) ถึงโรงพยาบาลขอนแก่น รู้สึกตัว E4VTM6 สัญญาณชีพปกติ admit วันที่ 26 กันยายน ถึงวันที่ 3 ตุลาคม 2566 ได้ทำการสวนหัวใจ (CAG) และถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) อาการดีขึ้น

และปลอดภัย จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 4 ตุลาคม 2566

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง และไขมันเลือดสูง ประวัติดื่มกาแฟมากกว่า 10 ปี และมีความคล้ายคลึงของอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน คือ แน่นหน้าอก เหงื่อออกและตัวเย็น สิ่งที่แตกต่างกัน คือ รายที่ 1 มีอาการแน่นหน้าอกไม่มีอาการปวดร้าวไปที่ใด รายที่ 2 มีอาการปวดร้าวไปแขนซ้าย รายที่ 1 EKG ผล ST elevate V2-V3-V4 การวินิจฉัย Anterior wall STEMI รายที่ 2 EKG ผล ST elevate lead II III aVF วินิจฉัย Inferior wall STEMI ทั้ง 2 รายได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI มีปัญหาวิกฤติที่เหมือนกันคือ มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้น มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ไม่สุขสบาย เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะส่งต่อรักษา และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase มีภาวะแทรกซ้อน รายที่ 1 ความดันโลหิตต่ำ รายที่ 2 ความดันโลหิตต่ำ และระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง หลัง Resuscitate ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ได้รับการส่งต่อรักษาไปยังโรงพยาบาลขอนแก่น โดยระบบบริการช่องทางด่วน Fast track STEMI อย่างปลอดภัย

พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ได้ประเมินคัดกรองผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ถูกต้อง รวดเร็ว (Early Detection) ให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI¹ และดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤติ มีการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง^{2,5} ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต และส่งต่อรักษาไปยังโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยใช้ระบบช่องทางด่วนโรคหัวใจ (STEMI Fast Track) ขณะนอนโรงพยาบาล ได้ทำการสวนหัวใจ (CAG) และถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) อาการดีขึ้น และปลอดภัย จำหน่ายกลับบ้านทั้ง 2 ราย

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ซึ่งเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง พยาบาลต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ทุกระยะของการดูแล ต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินคัดกรอง การซักประวัติอย่างรวดเร็ว และให้การดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่แรกเริ่มโดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ จะต้องมีความรู้และความชำนาญในการสังเกตการเฝ้าระวังอาการที่อาจเปลี่ยนแปลง รวมทั้งให้การพยาบาลแก้ไขภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิตร่วมกับทีมดูแล มีทักษะในการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ซึ่งเป็นยาเสี่ยงสูงจะต้องเฝ้าระวังป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะให้การรายงานแพทย์ การเก็บส่งตรวจ ตลอดจนการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมถึงความสามารถให้การพยาบาลระดับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

เอกสารอ้างอิง

1. นพดล ชำนาญผล.(2563). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI.กรุงเทพฯ: สหพัฒนาการพิมพ์.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.(2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์.
3. เกรียงไกร เสงี่ยมิ, กนกพร แจ่มสมบูรณ์.(2555). สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: สุขุมวิทย์ การพิมพ์.
4. NANDA International.(2017). Nursing Diagnosis Definitions and Classification 2015-2017. (3 th ed.) Oxford: Wiley Blackwell.
5. พัฒนพร สุปิณะ, นัตดา นาวุฒิ.(2566). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ .[อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้น เมื่อ 9 ตุลาคม 2566] เข้าถึงจาก<https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing.pdf>

การพยาบาลผู้คลอดติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of COVID -19 infections pregnant patients with postpartum hemorrhage: 2 Case Studies.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

รัตนา หาพนต์¹
Rattana Hathon¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด กรณีศึกษาเปรียบเทียบจำนวน 2 ราย ทำการศึกษาผู้คลอดที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลหนองเรือ การศึกษาครอบคลุมระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมถึงทารกแรกเกิด ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้คลอดอายุ 34 ปี G3P2A0L2 มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีถุงน้ำคร่ำแตกลักษณะน้ำคร่ำมีสีเขียวปน กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้คลอดอายุ 17 ปี G1P0A0L0 มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดจากการศึกษาเปรียบเทียบพบว่าผู้คลอดทั้ง 2 รายมาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีผล ATK positive ได้รับการดูแลท่าคลอดปกติทางช่องคลอดตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 ผู้คลอดทั้ง 2 รายมีภาวะตกเลือดหลังคลอดสาเหตุจากเศษรกค้าง ได้รับการทำหัตถการขูดมดลูกทั้ง 2 ราย ผู้คลอดและทารกทั้ง 2 รายได้รับการรักษาพยาบาลตามสาเหตุและอาการตามแผนการรักษา ได้รับการพยาบาลตามแนวคิดและแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีการพยาบาลของกอร์ดอน การประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดตามหลัก 13B รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทารกสุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายใต้การเสริมพลังจากพยาบาล วางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมส่งกักตัวเฝ้าระวังการติดเชื้อต่อที่บ้านให้ครบตามแนวทาง

คำสำคัญ : ติดเชื้อโควิด-19, ภาวะตกเลือดหลังคลอด, การพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to study the use of nursing processes in caring for births infected with COVID-19. along with postpartum hemorrhage A comparative case study of 2 cases, studying birth attendants who received services at the birth nursing center. Nong Ruea Hospital The study covered the waiting period, delivery period and postpartum period including newborns, According to the steps of the nursing process.

Results: Case study number 1, a 34-year-old birth attendant, G3P2A0L2, came to the hospital with symptoms of labor pain and a ruptured amniotic sac, with amniotic fluid mixed with meconium. Case 2: A 17-year-old birth attendant, G1P0A0L0, came to the hospital with symptoms of labor pain. From a comparative study, it was found that both births had labor pains and were ATK positive. They received normal vaginal delivery care according to guidelines for preventing the spread of COVID-19 germs. Both births had Postpartum hemorrhage caused by retained placenta Both cases received a curettage procedure. Both birth mothers and infants received medical treatment according to the cause and symptoms according to the treatment plan. Receive nursing care according to the concept and health model according to Gordon's nursing theory. Postpartum maternal health assessment according to 13B principles includes mental, emotional and social care, healthy babies. No complications Breastfeeding was promoted under the empowerment of nurses. Plan for distribution in preparation for sending to quarantine for further infection monitoring at home in accordance with guidelines.

Keywords: COVID-19 infection, postpartum hemorrhage, nursing

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคโควิด - 19 (Coronavirus Disease 2019 : COVID - 19) เป็นโรคติดต่ออันตราย และเป็นโรคอุบัติการณ์ใหม่ที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกว้างขวางไปหลายประเทศทั่วโลก มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน สามารถแพร่กระจายผ่านการสูดเอาละอองที่มีเชื้อไวรัสปะปนจากผู้ติดเชื้อที่ไอ หรือจาม หรือจากการสัมผัสพื้นผิวและสิ่งของที่ปนเปื้อนไวรัสจากผู้ติดเชื้อ ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก อาการของโรคมักมีความแตกต่างกันออกไป ผู้ป่วยบางรายที่ติดเชื้ออาจไม่แสดงอาการหรือบางรายอาจมีอาการที่รุนแรง ในรายที่ติดเชื้อรุนแรงอาจเกิดภาวะปอดอักเสบ การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีการติดเชื้อและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด และทารกแรกเกิด โดยข้อมูลของกรมควบคุมโรค (2565) ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563 - 7 สิงหาคม พ.ศ.2564 พบมีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ 1,801 ราย ปอดอักเสบ 391 ราย และเสียชีวิต 31 ราย โดยพบว่า ส่วนมาก (29 ราย) เสียชีวิตจากภาวะปอดอักเสบรุนแรง มีเพียง 2 รายที่เสียชีวิตจากภาวะทางสูติกรรม ส่วนทารกพบว่ามี การติดเชื้อ 110 ราย และเสียชีวิต 20 ราย² ทั้งนี้พบว่าทารกที่เกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า และมีภาวะน้ำหนักตัวน้อยเพิ่มขึ้น 9 เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่ติดเชื้อ¹

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในหญิงระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ที่ติดเชื้อโควิด - 19 ส่งผลต่อสุขภาพของทารกและการเลือกวิธีการคลอดของมารดา โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ปอดบวมรุนแรง หายใจลำบาก ส่งผลต่อรกทำให้ทารกขาดออกซิเจน แห้งและคลอดก่อนกำหนดได้⁴ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า หญิงระยะตั้งครรภ์มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 30 สัปดาห์หรือร้อยละ 15 และการติดเชื้อโควิด-19 เป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 10⁶ นอกจากนี้ จากการศึกษาในหญิง

ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด -19 จำนวน 435 ราย พบว่าได้รับการผ่าตัดคลอดมากถึงร้อยละ 84.7⁵ ยังไม่มีรายงานที่ชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการติดเชื้อโควิด -19 กับภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่อย่างไรก็ตามภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงทางสูติกรรม และเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก ในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่ามารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 1:1,000 ของการคลอด ในทวีปเอเชียพบว่าร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก ประเทศไทยปี พ.ศ. 2561 มีอัตราการตายของมารดาเท่ากับ 17.1 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และเป็นการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดถึงร้อยละ 22.5 จากมารดาหลังคลอดเสียชีวิตทั้งหมด³

จากสถิติเข้ารับบริการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 12 ราย คลอดปกติจำนวน 7 ราย มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 2 ราย และปีงบประมาณ 2565 จำนวน 3 ราย คลอดปกติจำนวน 3 ราย มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 2 ราย โดยทั้ง 3 ราย มีสาเหตุจากเศษรกค้าง รับการรักษาด้วยหัตถการขูดมดลูก ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม อีกทั้งส่งผลให้ระยะเวลาอนรรักษ์นานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาถึงขั้นเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังขัดขวางการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ อาการผิดปกติ ทั้งในสภาวะการคลอด สภาวะของการติดเชื้อโควิด-19 และสภาวะการตกเลือดหลังคลอด เผื่อระวังอันตรายที่อาจเกิดต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สามารถนำไปวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีการประสานงานกับทีมสหสาขาในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องครบถ้วนส่งผลให้หายจากการเจ็บป่วย ทารกปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อจากมารดา และลดอัตรา

การตายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลผู้คลอดติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด กรณีศึกษา 2 ราย

2. เพื่อเสนอแนวทางในการพยาบาลผู้คลอดติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจง ในผู้คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 2 ราย เข้ามารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ศึกษาในระหว่างเดือน เมษายน – ตุลาคม 2565 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้คลอดจากเวชระเบียนและจากการสัมภาษณ์ผู้คลอดและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้คลอดและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิผู้ป่วย ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับ และได้ขออนุญาตทบทวน

กรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์อายุ 34 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 สถานะภาพ สมรส อาชีพเกษตรกร รายได้ครอบครัวประมาณ 3,000 บาท/เดือน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวันที่ 29 เมษายน 2565 เวลา 08.30 น. ถึง วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 เวลา 09.00 น. วินิจฉัยโรคครั้งแรก : Labor Pain with covid-19 การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย : Spontaneous vertex delivery with Post partum hemorrhage with Covid-19

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์อายุ 17 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สถานะภาพ สมรส อาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ครอบครัวประมาณ 5,000 บาท/เดือน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวันที่ 8 ตุลาคม 2565 เวลา 06.30 น. ถึง วันที่ 10 ตุลาคม 2565 เวลา 10.00 น. การวินิจฉัยโรคครั้งแรก (First Diagnosis) : Labour Pain with Covid-19 infections การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis) : Spontaneous vertex delivery with Post partum hemorrhage with Covid-19 infections

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมือนกัน ในกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะรอคลอด	
<u>ด้านมารดา</u> ไม่สบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด	1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงกลไก และกระบวนการเจ็บครรภ์คลอด 2. ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูก 3. ติดตามประเมิน Pain Score และให้การดูแลตามความรุนแรงของความเจ็บปวด สอนเทคนิคการบรรเทาปวดที่ถูกวิธี ดูแลป้อนนวดบริเวณหลัง กระจกก้นกบและหน้าขาเพื่อบรรเทาอาการปวด 4. ดูแลผู้คลอดให้ได้รับความสบายทั่วไป เช่น จัดท่านอนตะแคงซ้าย เปลี่ยนเสื้อผ้าและเครื่องนอนให้สะอาด จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก 5. ดูแลระดับประคองด้านจิตใจ ปลอดภัยให้กำลังใจ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมือนกัน ในกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง และทารกในครรภ์เนื่องจากมารดาติดเชื้อโควิด-19	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอด แนะนำตัวเอง แนะนำการปฏิบัติตัวขณะนอนโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 3. อธิบายแผนการรักษา การตรวจความก้าวหน้าของการคลอดและสุขภาพทารกในครรภ์ให้ทราบเป็นระยะ 4. ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวของมารดาที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์ การคลอด และภาวะติดเชื้อโควิด-19 5. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด	
ด้านทารก ทารกมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ขณะเบ่งคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวถี่	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบสุขภาพทารกในครรภ์โดยการ On EFM และบันทึก FHS ทุก 5-10 นาที ขณะเบ่งคลอด ผิดปกติดูแล IUR 2. ประเมิน Uterine contraction ทุก 5-15 นาที เพื่อเฝ้าระวังภาวะ Tetanic contraction 3. วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที สังเกตสี ลักษณะของน้ำคร่ำ เพื่อเฝ้าระวังภาวะขาดออกซิเจน 4. สอนมารดาให้เบ่งอย่างถูกวิธี 5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและประเมิน APGAR score หากต่ำกว่า 7 คะแนน ให้รับทำการช่วยเหลือ เตรียมทีมและรถ Emergency ให้พร้อมเพื่อให้การพยาบาลทันทีหากทารกเกิดภาวะพร่องออกซิเจน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังคลอด	
ด้านมารดา มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากเศษรกค้างและมดลูกหดตัวไม่ดี	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินปริมาณการเสียเลือด รายงานแพทย์ และหาทีมช่วยเหลือ 2. หาสาเหตุของการตกเลือด 3. ประเมินสัญญาณชีพ พร้อมประเมินการหดตัวของมดลูก 4. ประเมินอาการและเฝ้าระวังภาวะช็อก 5. คลึงมดลูกทุก 5 นาทีจนกว่ามดลูกจะแข็งตัวดี 6. ช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการขูดมดลูก 7. ดูแลให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา คือ Oxytocin 10 unit IM หลังไหลหน้าคลอด, Methergin 0.2 mg IM จำนวน 2 dose ห่างกัน 15 นาที, Acetar 1000 mL+ Oxytocin 30 unit iv drip 120 cc/hr. , Cytotec 4 tab rectal suppository stat 8. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา คือ Acetar 1000 ml iv
มารดาเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการขูดมดลูก	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการเจ็บปวด 2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ 3. ใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตและประเมินปริมาณ ลักษณะ สี กลิ่นของเลือด 4. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น 5. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
มารดาเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากยา Pethidine	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว 2. อธิบายอาการไม่พึงประสงค์ให้ผู้ป่วยรับทราบก่อนได้รับยาทุกครั้ง 3. ประเมินสัญญาณชีพ 4. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา เช่น หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ หายใจช้า ใจสั่น มึนงงสับสน เพ้อคลั่ง ผื่น คัน คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์
ไม่สุขสบายเนื่องจากแผลฝีเย็บและปวดมดลูก	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายให้มารดาหลังคลอดรับทราบถึงสาเหตุของการปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ กลไกการหายของแผล 2. ประเมินอาการและอาการแสดง Pain Score และลักษณะแผลฝีเย็บ 3. แนะนำให้มารดาหลังคลอดนอนในท่าที่สุขสบาย หลีกเลี่ยงการเสียดสีแผลฝีเย็บและการกดทับแผลฝีเย็บ 4. แนะนำการทำความสะอาดแผลฝีเย็บ และเปลี่ยนผ้าอนามัย 5. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมือนกัน ในกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<ol style="list-style-type: none"> 6. พุดคุยเบี่ยงเบนความสนใจ และให้กำลังใจ 7. ดูแลให้มารดาได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
มีโอกาสดูดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลฝีเย็บและแผลในโพรงมดลูก	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด 3. ประเมินลักษณะแผลฝีเย็บและน้ำคาวปลาที่ออกมาจากทางช่องคลอด 4. Dressing episiotomy wound BID 5. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังคลอด 6. แนะนำให้มารดาสังเกตลักษณะและปริมาณของน้ำคาวปลา
มารดามีภาวะช็อค และเหนื่อยอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุของภาวะช็อค 2. ประเมินอาการและอาการแสดง เช่น หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย 3. ดูแลให้ได้รับ PRC 1 unit ตามแผนการรักษา (กรณีศึกษาที่1) 4. ดูแลให้ได้รับยาบำรุงเลือดตามแผนการรักษาคือ Obimin AZ 1x1 oral pc , FBC 1x3 oral pc 5. ดูแลให้ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยเลือกอาหารที่มีโปรตีน วิตามิน เกลือแร่ ธาตุเหล็ก สูง เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สูญเสียไป 6. แนะนำการดื่มน้ำ อย่างน้อย วันละ 8-10 แก้ว ต่อวัน 7. ดูแลให้มารดาได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ 8. แนะนำมารดาสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก
<u>ด้านทารก</u> ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 จากมารดา	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ข้อมูลและคำปรึกษากับมารดา/บิดาตั้งแต่ก่อนคลอดเกี่ยวกับความเสี่ยงและการดูแลทารกทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด-19 รวมทั้งการวางแผนการดูแลทารกหลังคลอด 2. วางเตียงรับเด็กห่างจากเตียงคลอดประมาณ 2 เมตร 3. สวมเครื่องป้องกันตามแนวทาง 4. 0หลังคลอดมารดาประสงค์อยู่ร่วมกับทารกจัดให้อยู่ในห้องแยกเดี่ยว negative pressure โดยมารดาต้องใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสทารก นำทารกอยู่ห่างจากมารดาอย่างน้อย 2 เมตรยกเว้นตอนให้นมบุตรและให้ญาติใกล้ชิด 1 คน คอยช่วยเหลือมารดาในการเลี้ยงดูทารก โดยญาติจะต้องปฏิบัติตัวตามหลักของ contact และ droplet precautions อย่างเคร่งครัด 5. ส่งตรวจ RT-PCR ทารกก่อนจำหน่ายกลับบ้าน
มีโอกาสดูดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกายทำงานไม่สมบูรณ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น ตัวลาย ซึม ไม่ดูดนม 2. ดูแลวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 30 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมง 3. เช็ดตัวทารกอย่างรวดเร็ว ทำความสะอาดร่างกายเท่าที่จำเป็นป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกาย 4. ทำให้มือและเครื่องใช้ต่าง ๆ อุ่นก่อนที่จะสัมผัสร่างกายทารก 5. ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายทารกด้วยการห่อผ้า
ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากภูมิต้านทานต่ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลความสะอาดร่างกายอาบน้ำให้ทารกวันละ 1 ครั้ง 2. เช็ดตาด้วย 0.9% NSS เช็ดสะดือด้วย 70% Alcohol ดูแลเปลี่ยนผ้าเมื่อเปียกชื้น ประเมินอาการของการติดเชื้อ เช่น ซึม ตัวเย็น ดุนนมไม่ดี น้ำหนักลด ดูแลความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ สิ่งแวดล้อม ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทารกทุกครั้งพร้อมให้คำแนะนำมารดาและญาติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทุกระยะของการคลอด	
<u>ด้านมารดา</u> มีภาวะติดเชื้อโควิด-19	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพยาบาลระยะก่อนคลอด ประเมินอาการหายใจเหนื่อยหอบ ติดตามวัดสัญญาณชีพและความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ให้ผู้คลอดสวมหน้ากากอนามัย บุคลากรแต่งกายด้วยชุด PPE ดูแลการเจ็บครรภ์ตามมาตรฐาน ให้ O2 canular 3 LPM ดูแลให้ยาต้านไวรัส Favipiravir ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมือนกัน ในกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>เลือดดำ RLS 1,000 ml iv drip 120 ml/hr ดูแลท่าคลอดปกติโดยใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พุดคุยกับผู้คลอดถึงเรื่องการติดต่อของโรคร่วมกับแพทย์อธิบายให้ผู้คลอดรับทราบและเข้าใจ เพื่อให้ผู้คลอดตัดสินใจเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการแยกทารกหลังคลอด ประสานทีมผู้ป่วยโควิดในการเตรียมรับผู้คลอดและทารกหลังคลอด</p> <p>2. การพยาบาลระยะหลังคลอด</p> <p>หลีกเลี่ยงการเข้าไปสัมผัสผู้คลอดอย่างใกล้ชิด ใช้การประเมินผ่านทาง video call โทรศัพท์มือถือแทน ถ้าจำเป็นต้องเข้าไปให้การพยาบาลควรใส่ชุด PPE ประเมินภาวะสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดเป็นระยะ ๆ หากพบภาวะเครียดหรือซึมเศร้า ให้รายงานแพทย์ทันที ให้การพยาบาลโดยใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จำกัดจำนวนบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยและเครื่องมือต่าง ๆ ให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น จัดเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้คลอดแต่ละรายให้เพียงพอ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง วัด O2 sat วันละ 2 ครั้ง อธิบายการดำเนินของโรคและแผนการรักษา</p>
เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 สู่บุคคลอื่น	<ol style="list-style-type: none"> 1. วางแนวทางปฏิบัติตั้งแต่ขั้นตอนแรกรับและการเข้าปฏิบัติกรพยาบาล 2. ปฏิบัติตามมาตรการเรื่องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ 3. จัดชุดการวัดสัญญาณชีพ และวัดความอึดตัวของ ออกซิเจนปลายนิ้ว และสอนการใช้อุปกรณ์กับผู้คลอดตั้งแต่แรกรับ 4. อธิบายการทิ้งขยะและเสื้อผ้าที่ใช้แล้วในถังที่จัดไว้ให้ในห้อง 5. ให้ผู้คลอดใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา 6. จัดการพยาบาลเท่าที่จำเป็น รวบรวมกิจกรรมการพยาบาลหลายอย่างที่สามารถปฏิบัติในเวลาเดียวกัน เพื่อลดการสัมผัส 7. กำหนดเวลาเก็บขยะและผ้าที่ใช้แล้วและส่งต่อเจ้าหน้าที่ที่มารับขยะและผ้า
ไม่สุขสบายเนื่องจากการไอ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการไอ ลักษณะของเสมหะ 2. แนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้ดื่มน้ำอุ่นบ่อย ๆ 3. แนะนำท่านอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ใช้ผ้าหนุนให้คอหงายเล็กน้อยเพื่อให้ออกซิเจนได้ดีและมีการระบายอากาศที่ดี 4. ประเมิน O2 sat ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการแลกเปลี่ยนออกซิเจน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง	
การเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายอย่างปลอดภัยไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนความเข้าใจโรค การติดต่อและการดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ให้เบอร์โทรศัพท์ โลก และเอกสารการปฏิบัติตัว 2. อธิบายการปฏิบัติตัวตามระยะเวลาการดำเนินโรคจนถึงระยะที่ปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อ 3. ประสานเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคลงพื้นที่ร่วมกับผู้ใหญ่บ้านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อแจ้งและทำความเข้าใจกับชุมชนรอบบ้านก่อนจำหน่ายผู้คลอดออกจากโรงพยาบาล และตรวจสอบบ้านพักเพื่อแนะนำการวางแผนจัดสรรพื้นที่ในบ้าน 4. สร้างความเข้าใจและมั่นใจกับครอบครัว ประสานยานพาหนะในการส่งผู้คลอดกลับบ้าน

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกัน ในกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด	
ด้านทารก กรณีศึกษา รายที่ 1 ทารกในครรภ์ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกและมีเชื้อแทปนในน้ำคร่ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจภายในเพื่อประเมินอาการ สังเกตลักษณะ สีน้ำคร่ำ 2. ประเมินการปลัดตัวของสายสะดือ 3. ตรวจสอบสุขภาพทารกในครรภ์โดยการ On EFM และบันทึก FHS 4. ดูทำ intrauterine resuscitation : IUR 5. ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียง ป้องกันสายสะดือปลัดตัว

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกัน ในกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6. ดูแลเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อมต่อการใช้งาน
กรณีศึกษารายที่ 2 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตก	1. ตรวจภายในเพื่อประเมินอาการ สังเกตลักษณะ สีน้ำคร่ำ 2. ประเมินการปลัดตัวของสายสะดือ ฟัง FHS ทันทีหลังถุงน้ำคร่ำแตก 3. ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียง ป้องกันสายสะดือปลัดตัว
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด	
ด้านมารดา กรณีศึกษารายที่ 2 มีโอกาสดังกล่าวการคลอดยาวนานเนื่องจากผู้คลอดไม่มีประสบการณ์ในการคลอด	1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ขณะเบ่งคลอด 2. ประเมินแรงเบ่งของผู้คลอด เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด แนวทางการเบ่งที่ถูกวิธีและแนวทางการช่วยเหลือของแพทย์ 4. ส่งเสริมให้ผู้คลอดเบ่งคลอดอย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ 5. ดูแล On EFM เพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ และบันทึก FHS 6. ดูแล On Oxygen mask with bag 10 LPM 7. ดูแลตัดแผลฝีเย็บช่วยคลอด ดูแลช่วยคลอดไหล่และลำตัวทารก
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังคลอด	
ด้านมารดา กรณีศึกษารายที่ 1 มารดามีโอกาสดังกล่าวการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดกิจกรรมการพยาบาล	1. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติทราบถึงเหตุผลในการให้เลือด 2. ตรวจสอบเลือดก่อนนำมาให้แก่ผู้ป่วยโดย ตรวจสอบชื่อ-สกุล เลขประจำตัวของผู้ป่วย ชนิดของเลือด หมู่เลือด หมายเลขเลือด อาร์เอช ตรวจสอบวันหมดอายุ 3. ตรวจสอบลักษณะเลือดดูความผิดปกติ ของเลือด 4. ห้ามผสมยาใด ๆ หรือสารน้ำเข้าไปในขวดเลือด 5. ดูแลให้ CPM 1 amp vein stat ก่อนให้เลือด 6. ประเมินสัญญาณชีพก่อนการให้เลือด ขณะให้เลือดและหลังให้เลือด 7. ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษาคือ PRC 1 unit โดยยึดหลัก Aseptic technique 8. เผื่อระวังอาการการแพ้เลือด เช่น ไข้ ทนาวสัน ปวดศีรษะ คลื่นไส้
กรณีศึกษารายที่ 2 มารดาพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการดูแลบุตรเนื่องจากครรภ์แรก	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลบุตร 2. สอนสุขศึกษามารดาเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอดอย่างน้อย 2 ครั้ง 3. แนะนำการทำความสะอาดแผลฝีเย็บอย่างถูกวิธี 4. แนะนำมารดาเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3-4 ชั่วโมง 5. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 6. สาธิตท่าให้นมบุตร แนะนำการให้บุตรดุนมอย่างถูกวิธีตามหลัก 4 ด. 7. ให้คำแนะนำมารดาในการสร้างความสัมพันธ์กับทารก ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด สาธิตวิธีการเช็ดตา เช็ดสะดือ การอาบน้ำบุตร พร้อมให้มารดาปฏิบัติ 8. ให้กำลังใจมารดา และช่วยเหลือมารดาในการดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด
ด้านทารก กรณีศึกษารายที่ 1 ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Meconium aspirate syndrome เนื่องจากมีซีพีเทาปนในน้ำคร่ำ	1. ดูแลใช้ลูกสูบบางแดง Suction ในปากในงมุกก่อนคลอดไหล่ 2. ดูแลจัดท่าเด็กเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง Suction ด้วยสาย Suction No.8 3. ประเมินการหายใจ วัดสัญญาณชีพ Monitor O2 sat 4. ดูแลเช็ดตัวกระตุ้นทารก ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยการห่อตัว 5. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ MAS อย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์การพยาบาล

ผลการศึกษา “การพยาบาลผู้คลอดติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ” กรณีศึกษา

ผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในการดูแล เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2565 เวลา 08.30 น. ถึง วันที่

1 พฤษภาคม 2565 เวลา 09.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 2 วัน ผู้คลอดรายนี้มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 19 ข้อ ให้การดูแลบรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกข้อ 18 ข้อ สามารถแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัยในทุกะระยะของการคลอด

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะช็อกจากตกเลือดหลังคลอด ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1 ข้อ ยังไม่บรรลุตามเกณฑ์ประเมินผลการพยาบาลทุกข้อ ได้แก่ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องข้อที่ 1 การเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายอย่างปลอดภัยไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม ได้ประสานส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคลงพื้นที่ร่วมกับผู้ใหญ่บ้านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตามเกณฑ์ประเมินผล

ผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในการดูแลเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2565 เวลา 07.00 น. ถึง 10 ตุลาคม 2565 เวลา 10.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 2 วัน ผู้คลอดรายนี้มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 18 ข้อ ให้การดูแลบรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกข้อ 17 ข้อ สามารถแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัยในทุกระยะของการคลอด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะช็อกจากตกเลือดหลังคลอด ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1 ข้อ ยังไม่บรรลุตามเกณฑ์ประเมินผลการพยาบาลทุกข้อ ได้แก่ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องข้อที่ 1 การเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายอย่างปลอดภัยไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม ได้ประสานส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคลงพื้นที่ร่วมกับผู้ใหญ่บ้านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตามเกณฑ์ประเมินผล

อภิปรายผล

การพยาบาลผู้คลอดติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย ได้ใช้กระบวนการพยาบาล และให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง 4 มิติ³ โดยผู้คลอดกรณีศึกษา 2 รายได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 จากการตรวจ ATK ผล Positive ผู้คลอดไม่เกิดภาวะปวดอักเสบ ไม่มีอาการ

หายใจเหนื่อยหอบ ผู้คลอดมาด้วยอาการเจ็บครรภ์ได้รับดูแลทำคลอดปกติทางช่องคลอด และมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด โดยมีสาเหตุจากเศษรกค้าง ได้รับการทำหัตถการขูดมดลูกและให้เลือดทั้ง 2 ราย การดำเนินของโรคคล้ายคลึงกันพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน 17 ข้อ ในผู้คลอดรายที่ 2 เป็นผู้คลอดวัยรุ่นและเป็นครรภ์แรก จึงมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นมา 2 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ ในส่วนทารกพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ต่างกันในระยะคลอด และระยะหลังคลอด เนื่องจากผู้คลอดรายที่ 1 ลักษณะน้ำคร่ำมีสีเขียวปน จึงมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นมา 1 รวมเป็น 18 ข้อ ผู้คลอดและทารกทั้ง 2 รายได้รับการรักษาพยาบาลตามสาเหตุและอาการตามแผนการรักษา ได้รับการพยาบาลตามแนวคิดและแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีการพยาบาลของกอร์ดอน การประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดตามหลัก 13B⁵ รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ให้การพยาบาลอย่างระมัดระวังตามหลักการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทารกสุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการจัดให้อยู่ในห้องเดียวกับมารดา ดูนมแม่ภายใต้การสอนและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล ส่งผลให้ทารกไม่ติดเชื้อโควิดจากมารดา ผู้คลอดกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ อากาของผู้คลอดและบุตรดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วางแผนการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องการประสานงานกับเจ้าหน้าที่รพ.สต.เพื่อเตรียมส่งผู้ป่วยไปกักตัวเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้านให้ครบ 7 วัน ส่วนด้านการปฏิบัติของบุคลากรเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พบว่าไม่พบการติดเชื้อของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

การประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้คลอดกรณีศึกษาได้ใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดตามหลัก 13B เป็นแนวทางในการ

ประเมินภาวะสุขภาพ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาและภาวะเสี่ยง ให้การวินิจฉัยทางการแพทย์ จำแนกความรุนแรงของปัญหาที่ซับซ้อน วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้คลอด ทารก และครอบครัว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอดกรณีศึกษาและทารกแรกเกิดมีความปลอดภัย ไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ส่งผลต่อชีวิต อีกทั้งได้นำผลการพยาบาลผู้คลอดกรณีศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าสำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนักศึกษา และผู้ที่มาศึกษาดูงาน รวมถึงใช้เป็นแนวทางประกอบการนิเทศและพัฒนาคุณภาพงานบริการทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้น ตุลาคม 2566 จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
- 2.กรมควบคุมโรค. (2565). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้น 20 ตุลาคม 2566 จาก <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/>
- 3.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. สืบค้น 9 มกราคม 2564 จาก <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-of-Postpartum-Hemorrhage.pdf>.
- 4.สุธิดา อินทรเพชร, เอมอร บุตรอุดม, สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล, และทิพวรรณ ทัพชัย. (2564). ผลกระทบของการติดเชื้อโควิด-19 และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 46(3), 253-262
- 5.Hapshy, V., Aziz, D., Kahar, P., Khanna, D., Johnson, K. F., & Parmar, M. S. (2021). Covid-19 and pregnancy: Risk, symptoms, diagnosis, and treatment. *Nature Public Health Emergency Collection*, 3(7), 1477-1483. <https://doi.org/10.1007/s42399-021-00915-2>
- 6.Huntley, B. J., Huntley, E. S., Di Mascio, D., Chen, T., Berghella, V., & Chauhan, S. P. (2020). Rates of maternal and perinatal mortality and vertical transmission in pregnancies complicated by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 136(2), 303–312. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004010>

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง : กรณีศึกษา Intermediate nursing care for stroke patients : A case study.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

นุชรินทร์ พลบำรุง¹
Nucharin Pholbumrung¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของโรงพยาบาลหนองเรือจังหวัดขอนแก่น โดยเลือกกรณีศึกษาจากแนวคิดการจัดการรายกรณี แนวคิดทางการพยาบาลของโอเร็ม กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นกรอบในการศึกษา คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงที่เข้ารับบริการที่ผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลหนองเรือจังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2565 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 เก็บข้อมูลจากการสถานการณ์สถิติโรงพยาบาล ปรีक्षाที่มสุขภาพ ศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียน แบบการสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต แบบประเมิน ADL แบบติดตามเยี่ยมบ้าน คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์ข้อมูลวิธีวิเคราะห์เปรียบเทียบ ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งทางโทรศัพท์ สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 2 รายดีขึ้นจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วขึ้นติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ญาติและผู้ป่วยสามารถดูแลที่บ้านได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระดับADL ดีขึ้นจากเดิม

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

Abstract

This study was a case study. The objective is to study and compare case studies of nursing care for stroke patients in Intermediate care and to obtain guidelines for caring for patients with Intermediate nursing care stroke at Nong Ruea Hospital, Khon Kaen Province. Method of study: Select a case study. From the concept of case management Orem's nursing concept 5 step nursing process, Gordon's health model framework It is a framework for studying. Select specific case studies that received services at the female inpatient building. Nong Ruea Hospital Khon Kaen Province Between 1 December 2022 - 31 May 2023, Collect data from hospital statistics situations Consult the health team Study from medical records Relative interview and observation form, ADL assessment form, home visit follow-up form Stroke Patient Care Manual Data analysis, comparative analysis methods Follow up with 1 home visit by telephone. Summarize and evaluate nursing results. Data analysis, comparative analysis methods Follow up with 1 home visit by telephone. Summary and evaluation of nursing results.

Results of the study: Case study of 2 Intermediate stage stroke patients who improved and were discharged home faster. Following up with home visits found that Relatives and patients can continue to be cared for at home. There were no complications. ADL levels improved from before. Keywords: Stroke. Nursing care for patients with stroke in Intermediate stage.

Keywords: cerebrovascular disease, Nursing care for patients with stroke in the medium term

บทนำ

ระเบียบวิธีศึกษาเป็นการศึกษารายกรณี (Casestudy)โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) หมายถึงโรคที่มีภาวะความเสียหายของระบบประสาทซึ่งอาจ

เป็นเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดของระบบประสาทโดยความเสียหายนั้นเกิดขึ้นทันทีทันใดและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง หรือถึงแก่ชีวิต โดยมีสาเหตุจากปัญหาของหลอดเลือดสมองโรคหลอดเลือดสมองแยกออกเป็น 3

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มได้แก่มีภาวะเลือดออกในสมองเอง (Spontaneous intracerebral hemorrhage), ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากหลอดเลือดตีตันหรืออุดตัน (Ischemic stroke) และ เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Subarachnoid hemorrhage)โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลก รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ2ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15 - 59 ปี ซึ่งในแต่ละปีมีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคน สำหรับประเทศไทยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2566 พบอัตราตาย 3.47 คน อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อประชากรแสนคนและปี2566 ขึ้นมาเป็น 9.29 ต่อประชากรแสนคน และข้อมูลจาก HDC ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2566 พบว่าจังหวัดขอนแก่น จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 24,866 28,352 31,944 35,430 38,779 42,086 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต 1,602 1,474 1,640 1,785 1,579 1,536 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.44 5.20 5.13 5.04 4.07 3.65 อำเภอหนองเรือ 2561 - 2566 มีจำนวนประชากร 93,719 93,614 93,574 93,067 92,652 92,327 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 145 108 153 144 132 และ 121 ราย คิดเป็นอัตราต่อแสน 154.72 115.37 163.51 154.73 142.47 131.06 ตามลำดับ

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการของโรงพยาบาลหนองเรือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 -2566 อำเภอหนองเรือ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 1,008 1,149 1,288 1,440 1,568 และ 1,695 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต 46 52 51 61 55 และ 43 รายคิดเป็นร้อยละ 4.56 4.53 3.96 4.24

3.51 และ 2.54 สถิติของโรงพยาบาลหนองเรือ 2562 - 2566 จำนวนป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับนอนรักษาในโรงพยาบาล 77 143 148 72 และ 116 ราย จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต 9 12 13 5 และ 11 รายตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นหลังความเจ็บป่วย แล้ว (Post stroke) ผู้ป่วยยังมีความพิการหลงเหลืออยู่และมีคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นการจัดการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากการดูแลตามแบบแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลปัจจุบันการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยที่ทีมสหวิชาชีพและครอบครัว ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ด้วยการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และมีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง อีกทั้งญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมั่นใจจากแบบแผนการดูแลแบบองค์รวมดังกล่าวจึงนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกรณีศึกษาซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยแบบเชื่อมโยงกันในระบบเครือข่ายและผลลัพธ์ที่ได้จากการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษานี้ พบว่าทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีจากผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถช่วยผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีนี้จึงนำบทเรียนที่ได้มาถ่ายทอดเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อไป

จากประสบการณ์ทำงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตกรณีที่เป็นอัมพาตเรื้อรังใช้เวลาพักฟื้นนานถ้าไม่ได้รับการจัดการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นผลกดทับสำคัญอาหารเกิดภาวะอุดตันทางเดินหายใจปอดอักเสบหรือโรคซึมเศร้าซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนนั้นทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแลและผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำใน

โรงพยาบาล ทำให้การดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูมักไม่ประสบความสำเร็จเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปจึงได้มีการวางแผนจำหน่าย(Discharge planning)โดยการนำรูปแบบการพยาบาลตามรูปแบบ DMETHOD เป็นแนวทางในการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และได้นำระบบ Intermediate Care หรือระบบการดูแลระยะกลาง หรือการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูคือการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการผ่านพ้นวิกฤตและมีอาการคงที่แล้วแต่ยังมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายโดยบุคลากรทางการแพทย์ เช่น นักกายภาพบำบัดแพทย์แผนไทยหรือพยาบาล ในช่วงเวลาสำคัญช่วงแรกไม่เกิน 6 เดือน หลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพตลอดชีวิตหรือการถูกปล่อยให้เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงพร้อมใช้เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัวINHOMESSS ประเมินเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดบริการแบบองค์รวม (Holistic Care)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ระยะกลางของโรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหนองเรือ ขอนแก่น ช่วงปี พ.ศ.

2565 - 2566 ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลประเมินผลการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายตามหลัก DMETHOD ระบบIntermediate Careและใช้เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัวINHOMESSS ในระยะการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการติดตามประเมิน Barthel Index

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 80 ปี รับส่งตัวมาจากโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองข้างขวา ตีบ ลิ่มแข็ง พุดไม่ชัด แขนขาซีกซ้าย อ่อนแรงหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด ดูแลแบบ Intermediate care ที่โรงพยาบาลหนองเรือต่อเรือ รวม 3 วัน รายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 68 ปี รับส่งตัวมาจากโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองข้างซ้ายตีบ ลิ่มแข็ง พุดไม่ชัด แขนขาซีกขวา อ่อนแรงได้ยาต้านเกล็ดเลือด ดูแลแบบ Intermediate care ที่โรงพยาบาลหนองเรือต่อ นอนโรงพยาบาลหนองเรือ รวม 3 วัน

ผลการศึกษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ได้นำกรอบได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพกายจิตสังคม อารมณ์และจิต วิญญาณ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ถ้าไม่ได้รับการจัดการการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน การพยาบาลที่สำคัญในระยะฟื้นฟู มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1	1.พร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง	1.พร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง
วัตถุประสงค์	1.ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อย่างสม่ำเสมอ	1.ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อย่างสม่ำเสมอ
การประเมินผลการพยาบาล	ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาด ไม่มีกลิ่นรบกวน ผิวหนังไม่มีคราบสกปรก ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางกระตือรือร้นในการทำกิจวัตรประจำวัน ในการเคลื่อนย้ายให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด	ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาด ไม่มีกลิ่นรบกวน ผิวหนังไม่มีคราบสกปรก ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางกระตือรือร้น ในการทำกิจวัตรประจำวันให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia)เนื่องจากเส้นประสาทสมองสูญเสียหน้าที่	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia)เนื่องจากเส้นประสาท สมองสูญเสียหน้าที่
วัตถุประสงค์	2.สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ หายใจปกติ ไม่เหนื่อยหอบ	2.สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ หายใจปกติ ไม่เหนื่อยหอบ
เกณฑ์การประเมิน	ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อและการสำลัก	ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อและการสำลัก
การประเมินผลการพยาบาล	ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ ไม่มีเหนื่อยหอบ	ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ ไม่มีเหนื่อยหอบ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3	มีโอกาสเกิดแผลกดทับ เนื่องจากการมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง	มีโอกาสเกิดแผลกดทับ เนื่องจากการมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง
วัตถุประสงค์	เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
การประเมินผล	ผู้ป่วยไม่มีรอยแดงหรือถลอก	ผู้ป่วยไม่มีรอยแดงหรือถลอก
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4	ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการขับถ่ายเนื่องจากเสียการรับรู้และอัมพาตครึ่งซีก	ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการขับถ่ายเนื่องจากเสียการรับรู้และอัมพาตครึ่งซีก
วัตถุประสงค์	1.ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นขับถ่ายได้โดยสะดวกและไม่รบกวนความสุขสบาย	1.ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นขับถ่ายได้โดยสะดวกและไม่รบกวนความสุขสบาย
การประเมินผลการพยาบาล	ผู้ป่วยสามารถควบคุมปัสสาวะได้บางครั้ง หลังจากผู้ป่วยได้คำแนะนำและรับยาระบายผู้ป่วยถ่ายอุจจาระไม่อึดแน่นท้องสุขสบายขึ้นไม่ทุกข์ทรมาน	ผู้ป่วยสามารถควบคุมการอุจจาระได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6	การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดอ่อนแรง	การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดอ่อนแรง
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้	ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้
การประเมินผลการพยาบาล	1.ผู้ป่วยพูดลำบากเนื่องจากกล้ามเนื้อในการพูดอ่อนแรง 2.ต้องใช้เวลาทำความเข้าใจในคำพูดของผู้ป่วยที่สื่อสารและดูท่าทางผู้ป่วยประกอบผู้ป่วย สามารถสื่อสารกันได้	1.ผู้ป่วยพูดลำบากเนื่องจากกล้ามเนื้อในการพูดอ่อนแรง 2.ต้องใช้เวลาทำความเข้าใจในคำพูดของผู้ป่วยที่สื่อสารและดูท่าทางผู้ป่วยประกอบผู้ป่วย สามารถสื่อสารกันได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7	เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากกล้ามเนื้อในการกลืนลดลง	เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากกล้ามเนื้อในการกลืนลดลง
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้นเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้นเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
การประเมินผลการพยาบาล	ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ครบตามแนวทางของแพทย์ สามารถปฏิบัติกิจวัตรกิจกรรมต่างได้เช่น พลิกคะ แคนตัว ได้ตามปกติ	ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ครบตามแนวทางของแพทย์ สามารถปฏิบัติกิจวัตรกิจกรรมต่างได้เช่น นั่ง พลิกคะ แคนตัว ได้ตามปกติ
รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 8	8 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากผลกระทบบจากการเจ็บป่วย	8 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากผลกระทบบจากการเจ็บป่วย
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
การประเมินผลการพยาบาล	1.ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น 2.ผู้ป่วยพูดคุยเรื่องของตนเองให้ฟังเท่าที่จำได้ 3.ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด	1.ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น 2.ผู้ป่วยพูดคุยเรื่องของตนเองให้ฟังเท่าที่จำได้ 3.ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 9	ญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมอาหารและการให้อาหารทางสายยาง	ขาดความรู้ ตระหนักเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค
ข้อมูลสนับสนุน	1.ผู้ดูแลจัดเก็บอาหารปั่นไม่ทำไม่ได้ 2.ญาติตวงปริมาณแบ่งอาหารในแต่ละมื้อไม่ถูกต้อง 3.ไม่ทราบส่วนประกอบที่ห้าม	ผู้ดูแลจัดทำอาหารไม่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยชอบทานหวาน มัน เค็ม ผู้ป่วยมีพฤติกรรม นิสัย ชอบการรับประทานอาหารหวานมันเค็มเหมือนกันเป็นปัจจัยที่ทำให้ความดันสูงและค่าน้ำตาลสูงมากกว่า 200 mg% ในเลือดทำให้หลอดเลือดสมองตีบ
ประเมินผลการพยาบาล	ผู้ดูแลหลานสาว การให้อาหารทางสายยาง ถูกต้อง ปั่นอาหารได้ตรงตามสูตร ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดไม่มีถ่ายเหลวไม่มีสำรอกหรือ อาเจียน ผู้ดูแลหรือญาติ ทำแบบทดสอบ สาธิตได้รู้วิธีการจัดเตรียมและให้อาหารทางสายยางเพื่อการได้รับอาหารที่ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้อาหาร	ผู้ดูแลจัดทำอาหารเหมาะสมกับโรค ผู้ป่วย ค่าน้ำตาล 142 mg% ในเลือด ประเมินค่า HbA1c 6.8 จาก 10.3 ตอบคำถามทดสอบความรู้ได้ถูกต้องตามแบบทดสอบ 10ข้อได้คะแนน9คะแนน สังเกตพฤติกรรมพบการรับประทานอาหารไม่กล้าทานหวานกลั้วเป็นซ้ำ ผู้ป่วยบอกพยาบาล จะปรับตัวในการรับประทานอาหารให้เหมาะสม

ผลลัพธ์ทางการแพทย์

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดที่สมอง ถ้าสามารถแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอ เนื้อสมองส่วนนี้จะสามารถกลับมาทำงานได้อีก และหากเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ หลัง 72 ชั่วโมง การดูแลระยะกลางเมื่ออาการเข้าสู่ระยะคงที่ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการวางแผนการพยาบาล จึงมุ่งการเฝ้าระวัง ติดตามเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วยได้แก่ การรับประทานครบถ้วน การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ การป้องกันอุบัติเหตุ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายทั้งด้าน Active และ passive movement ซึ่งจากการศึกษาคณบดีศึกษา

ทั้ง 2 รายที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าพยาบาลจะให้การพยาบาลที่มีภาวะติดเชื้อในปอดจากการสำลักแตกต่างกัน โดยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในรายที่ 2 คำนึงถึงสมรรถภาพและข้อจำกัด ของผู้ป่วยเป็นหลัก และเมื่อแพทย์วางแผนจำหน่ายใช้ DMETHOD แนวคิดของโอเร็ม พยาบาลได้ให้ความรู้ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้แก่ผู้ป่วย และญาติ พร้อมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์ใกล้บ้าน รวมไปถึงการติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESSS จากการศึกษา ดังที่กล่าวมานี้ จะเห็นว่าการทำงานของพยาบาลได้นำความรู้จากทฤษฎีของโรคหลอดเลือดสมองและหลักการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน รวมไปถึงการวางแผนดูแลระยะยาวตามกระบวนการดำเนินโรค ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมี Care giver เป็นกำลังสำคัญ ผู้ป่วยรายที่ 1 สภาพก่อน

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความต้องการช่วยเหลือในเรื่องของการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางหลังครบ 72 ชั่วโมง ดังนี้ กลืนการอาหารยังมีปากเบี้ยวกลืนไม่ได้สำคัญเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยต้องมี Care giver เป็นกำลังสำคัญช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและต้องการผู้ช่วยเหลือในแต่ละวันในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่ารายที่ 2 ส่วนรายที่ 2 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างยังมีปัญหาในเรื่องของการพูดไม่ชัดตอบโต้ช้า รวมถึงการเดินที่ยังไม่คล่อง กล้ามเนื้ออ่อนแออยู่ จึงต้องมีการติดตามต่อในชุมชนทั้งสองราย รายกรณีที่ 1 การทำกายภาพต่อเนื่องการกลืนดีขึ้นต่อมา off สาย NG ADL จาก 15 เป็น 75 รายที่ 2 การทำกายภาพต่อเนื่อง การเดินดี แขนขาอ่อนแรง ระดับ 4 สามารถเดินโดยใช้ walker ช่วยพยุง ADL จาก 65 เป็น 95 มีปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายกัน มีข้อที่แตกต่างกัน ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อมากกว่า จากการประเมิน ADL พบว่ากรณีศึกษา รายที่ 1 เท่ากับ 15/100 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นผู้ป่วยติดเตียงซึ่งเป็นภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ผู้ดูแลต้องดูแลตลอด จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่วนรายที่ 2 แตกต่างกันโดยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในรายที่ 2 คำนึงถึง ความตระหนักรู้ พฤติกรรม สมรรถภาพและข้อจำกัด ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นหลัก

ผู้ป่วย ทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น โดยดูจากระดับคะแนน ADL ที่เพิ่มขึ้น สามารถลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยได้พร้อมให้ความรู้คำปรึกษา คำแนะนำในการป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือทางสังคม การดูแลภาวะสุขภาพของครอบครัว เสริมพลังแก่ญาติและผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วย พร้อมสนับสนุน ให้ Care giver ในชุมชน ให้เข้ามาช่วยดูแล ตั้งชุมชนหรือองค์กรมาร่วมดูแลได้รับการดูแลในเรื่องอุปกรณ์ที่จำเป็น ลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่องทำให้ช่วยลด

สภาพความพิการผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับสภาพการเจ็บป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนสามารถพึ่งตนเอง และช่วยเหลือตนเองตามอัตภาพได้

อภิปรายผล

จากผลการศึกษารายกรณีผู้ป่วย 2 รายเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic stroke) ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติของระบบประสาท พยาธิสภาพของโรคนำไปสู่การขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมองหรือรอยโรคสมองตายส่งผลให้ร่างกายเกิดความผิดปกติในด้านการรับรู้สติปัญญา ปัญหาด้านการพูดและการสื่อสารความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง การกลืนลำบาก ถ้าไม่ได้รับการจัดการการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ต้องใช้เวลาในการรักษานาน เสียค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว (พรทิพย์ธาดา สุขรินทร์บุลภรณ์, 2564)² ดังนั้น เป้าหมายสูงสุดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการฟื้นฟูไม่สมบูรณ์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปดูแลต่อที่บ้าน และในชุมชน คือ การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การปรับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค การฟื้นฟูสภาพร่างกายช่วยเหลือตัวเองให้เร็วที่สุด ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน

การนำผลการศึกษาไปใช้

การประเมินเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องปฏิบัติอย่างครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยการกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรค การใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตามกระบวนการ Nursing processes ทุกระยะของการดูแล บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยเฉพาะความรู้และทักษะเฉพาะทางใน

การดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความสำคัญมาก ในการประเมิน การปฏิบัติตามแผนการรักษา การป้องกัน ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาในระยะ 3 - 5 วันขณะนอนรักษาใน

โรงพยาบาล การดูแลต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพภายในระยะ 6 เดือนแรก เพื่อลดความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน ภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตลงได้

เอกสารอ้างอิง

- 1.ปรมาภรณ์ คลังพระศรี. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(3), 119-130.
- 2.พรทิพย์ธรา สุขรินทร์บุลภรณ์. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสจ. 1(2), 113-129.
- 3.มณฑา สอนดา. (2563). กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(2), 327-333.
- 4.มาตี เหลืองทองเจริญ. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคร่วม: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2(1), 74-85.
- 5.มินตรา ธรรมกุล. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(2), 64-76.
- 6.วิมลพร ศรีโชติ, นัทธมน วุฒานนท์, ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และชมพูษุ ศรีรัตน์. (2563). การสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา.พยาบาลสาร, 48(3), 274-289.
- 7.ศีตภา พลแก้ว. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะท้าย: กรณีศึกษา 2 รายวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(2), 230-239.
8. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฝ่ายโภชนาการ รพ.ศิริราช Faculty of Medicine Siriraj Hospital คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สืบค้น วารสารออนไลน์วันที่ 6 กันยายน 2560 <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1298>
- 9.Hu, L., & Liu, G. (2021). Effects of early rehabilitation nursing on neurological functions and quality of life of patients with ischemic stroke hemiplegia. American Journal of Translational Research, 13(4), 3811.
- 10.Rohde D, Gaynor E, Large M, Conway O, Bennett K, Williams DJ, Callaly E, Dolan E, Hickey A. Stroke survivor cognitive decline and psychological wellbeing of family caregivers five years post-stroke: a cross-sectional analysis. Top Stroke Rehabil. 2019;26:180-186.
- 11.Sedova, P., Brown, R. D., Zvolosky, M., Belaskova, S., Volna, M., Baluchova, J.,... & Mikulik, R. (2021). Incidence of stroke and ischemic stroke subtypes: a community-based study in Brno, Czech Republic. Cerebrovascular Diseases, 50(1), 54-61.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลหนองเรือ : กรณีศึกษา 2 ราย

The nursing care of patient with Diabetes Mellitus and End Stage of Renal Disease at
Nongruea Hospital: 2 Case studies.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

บุษยามาศ แพงแสง¹
Busayamas Pangsang¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยคัดเลือกผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 2 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองเรือ โดยมีมุ่งหมายเพื่อที่จะเปรียบเทียบ อาการ, การรักษา,ภาวะแทรกซ้อนของโรค และแนวทางการพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยมีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้แนวคิด แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นกรอบในการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา :ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่นอาการน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดต่ำ ซีด เกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล มีอาการเหนื่อยเพลียวิงเวียน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยในภาวะเจ็บป่วยผู้ป่วยรายที่1 มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายน้อยลงหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น มีภาวะซีดดีขึ้น เหนื่อยวิงเวียนน้อยลงผู้ป่วยรายที่ 2 จะมีอาการรุนแรงกว่ารายแรกเนื่องจากได้รับการรักษาแบบประคับประคองไม่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไต และมีอาการตามองไม่ชัดไม่มีผู้ดูแลให้ทานยาอ่านฉลากยาไม่ได้ มีปัญหาเกี่ยวกับการไต่ถาม รับประทานอาหารที่คนในครอบครัวเตรียมให้ติดเตียง รับประทานอาหารได้น้อยเวลาเจ็บป่วย ไม่มีญาติดูแลหลัก บุตรสาวทำงานโรงงานพักในตัวอำเภอไปหาวันหยุดและเฝ้าเวลานอนรพ.หลานไปโรงเรียน ภรรยาสูงอายุมีปัญหาปวดหลัง คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล เบาหวาน ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

Abstract

This study is a case study. The objective is to study nursing care for diabetic patients with end-stage chronic kidney disease. Two patients with end-stage renal failure who came to receive services at the chronic non-communicable disease clinic were selected. Nong Ruea Hospital The aim is to compare symptoms, treatments, and complications of the disease. and nursing guidelines In patients receiving hemodialysis and patients receiving palliative treatment The information was collected from medical records. Interview patients and relatives together with observation, determine nursing diagnosis, and plan nursing action. and evaluate nursing outcomes using Gordon's health concept and model It is a framework for studying content analysis

Results: Both patients suffered from complications of diabetes and end-stage renal disease. such as symptoms of high blood sugar Low blood sugar, paleness, mineral salts in the body are not balanced. Feeling tired and dizzy Less able to help himself in patient 1's illness There are fewer complications from end-stage kidney disease after hemodialysis. Help yourself more Anemia has improved. Less tired and dizzy. The second patient will have more severe symptoms than the first because he received palliative treatment and did not

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

receive dialysis treatment. and had blurred vision, had no caregiver to take medicine, and could not read medicine labels have problems with hearing Eat food that family members prepare for you in bed. Eat less food when sick There are no relatives to take care of. The daughter works in a factory, stays in the district for holidays and watches over the hospital bed, the grandchild goes to school. Elderly wife has back pain problems

Keywords: nursing process, diabetes, end-stage renal failure

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของไตลดลงมากที่สุด อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตรซึ่งเมื่อพิจารณาจากอัตราการเกิดพยาธิสภาพของสภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆในร่างกาย ผ่าน 3 กลไก คือ 1. การกระตุ้น RAAS ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงและไปกรองที่หน่วยไต ส่งผลทำให้เกิด Hyper filtration ซึ่งจะทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น 2. การเกิดการอักเสบที่บริเวณหน่วยไตและท่อไต จากสารก่อเกิดการอักเสบ (Cytokines) ชนิดต่างๆ และกระบวนการ Oxidative stress เมื่อเกิดการอักเสบขึ้น จะส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง 3. เกิดความไม่สมดุลกันระหว่างการตายของเซลล์และสภาพแวดล้อมภายนอกเซลล์ (Extracellular Matrix) ส่งผลให้การการทำงานของไตค่อยๆลดลงอยู่ตลอดเวลา และจากการเกิด 3 กระบวนการที่กล่าวไปข้างต้นจะส่งผลให้ไตเกิดการทำงานได้ลดลง เกิดการรั่วของโปรตีนปะปนมากับปัสสาวะ และการขับของเสียต่างๆลดลง จนทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังในที่สุดซึ่งมีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

สถานการณ์ของสภาวะโรคไตวายเรื้อรังของโลก อ้างอิงจากบทความ Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022 พบว่าปัจจุบันมีประชากรประมาณ 800 ล้านคน และมีผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังถึง 1 ใน 10 ของประชากรทั้งหมด

เมื่อพิจารณาถึงด้ายระบาดวิทยาในไทยพบว่าจำนวนและอัตราการตายของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี และในปีล่าสุดที่มีการเก็บข้อมูลคือ มีอัตราการตายอยู่ที่ 16.49 คน ต่อ 100,000 คน และจากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า โรคไตในระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีคนผู้ป่วยมากที่สุดใน 5 ระยะ ซึ่งระยะที่ 3 จะมีค่าการทำงานของไตอยู่ในช่วง 30-59 mL/min/1.73m²ซึ่งในช่วงนี้ยังสามารถชะลอการดำเนินไปของโรคได้ด้วยการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตและ การใช้ยาจากข้อมูลทางสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ.2560-2565 พบว่ามีความชุกของประชากรที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในปีล่าสุดอยู่ที่ 2,580 คนต่อ 1 ล้านประชากร ซึ่งข้อมูลทางสถิติชุดนี้ แสดงให้เห็นถึงการดำเนินไปของโรคและภาระค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต้องใช้ ทั้งของผู้ป่วยเองและของสถานพยาบาล ทั้งทางตรงและทางอ้อมรวมไปถึงค่าเสียโอกาสของบุคคลนั้นๆ อีกทั้งยังส่งผลถึงงบประมาณของประเทศที่ใช้เกี่ยวกับการสาธารณสุขอีกด้วยสำนักโรคระบาดวิทยา รายงานว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นภาวะแทรกซ้อนทางไตถึง ร้อยละ 33.63 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน พบภาวะแทรกซ้อนทางไตถึงร้อยละ 40.36 (สำนักโรคระบาดวิทยา, 2558) หากผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายจะต้องได้รับการรักษาที่เรียกว่า การบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งต้นทุนการรักษาโรคไตเรื้อรังโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis-HD) ของหน่วยไตเทียม มีต้นทุนรวม (TDC) ต่อครั้งต่อผู้ป่วยหนึ่งราย เท่ากับ

2,394.85บาท หรือประมาณ 200,000บาท ต่อคน/ต่อปี (ศศิธร ดวนพล, อธิศักดิ์ พาจันทร์ และพิทยา ศรี เมือง, 2563) ในจำนวนนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต จำนวน40,000คน แบ่งเป็น การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 30,000คน ล้างไตทางหน้าท้อง7,000คน และผ่าตัดปลูกถ่ายไต 3,000คน ซึ่งค่าใช้จ่ายในกลุ่มที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ประมาณ300,000- 350,000บาทต่อคนต่อปี

ข้อมูลจังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังระยะ-3-5 ในปี 2566จำนวน 21,275 คนโดยแบ่งเป็นระดับ 3 จำนวน 15,083 คน ระดับ 4 จำนวน 4,130 คน และระดับ 5 จำนวน 2,062 คนตามลำดับ โดยมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น โรงพยาบาลหนองเรือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 ปัจจุบันผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่องในทุกปี พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังระยะ3-5 จำนวน 1,491 คน โดยแบ่งเป็นระดับ 3 จำนวน 1,132 คน ระดับ 4 จำนวน 275 คน และระดับ 5 จำนวน 84 คนตามลำดับ

จากข้อมูลพบว่าดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

การรักษาพยาบาลที่ทันต่วงที่การให้คำแนะนำและส่งเสริมการดูแลตนเองจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลงสะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลให้การพยาบาลที่มีคุณภาพส่งเสริมให้ผู้ป่วย

สามารถดูแลตัวเองได้ทั้งในผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการรักษาแบบประคับประครองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้

วัตถุประสงค์

1.การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลหนองเรือ จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจง ในผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 2 รายเข้ามารับการรักษา ใน โรงพยาบาลหนองเรือ จ.ขอนแก่น ศึกษาใน ระหว่างเดือน สิงหาคม – กันยายน 2566ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนและจากการ สัมภาษณ์ ผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดย ขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีผลกระทบสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษา เป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 67 ปี น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร สถานภาพสมรส หม้ายสามีเสียชีวิต เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมด 6 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วย บุตรสาว บุตรชาย และหลาน3 โดยบุตรสาวเป็นผู้ดูแล

วันที่เข้ารับการรักษา 28 สิงหาคม 2566 วันที่
จำหน่ายจากโรงพยาบาล 29 สิงหาคม พ.ศ. 2566 การ
วินิจฉัยโรค Anemia due to chronic disease
Chronic hyponatremia hypokalemia U/D DM2
HT DLP ESRD Cardiomegaly
กรณีศึกษา รายที่ 2 เพศชาย อายุ 79 ปี เพศชาย
บ้านเลขที่ 11/2 หมู่ 3 ต. กุดกว้าง อ. หนองเรือ
ขอนแก่น น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 170
เซนติเมตร อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากติด
เตียงตั้งแต่ปี 2563

การวินิจฉัยโรค UTI c Hypoglycemic coma
Upper gastrointestinal bleeding hyponatremia
hypokalemia DM2 HT CKD5 Anemia BPH Old
CVA

วันที่เข้ารับการรักษา นอนรักษาที่โรงพยาบาล
วันที่ 11 กันยายน 2566 จำหน่ายจากโรงพยาบาล วันที่
15 กันยายน การผ่าตัด ผ่าตัดตามเหล็กที่ขา 40 ปีที่
แล้ว

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปก
เลือดด้วยเครื่องไตเทียมเปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประครอง

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
1. พยาธิสภาพ อาการ และ อาการแสดง	ประเมินอาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยนอนบนรถ นอน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ตอบซ้ำ ดู เหนื่อยอ่อนเพลีย หน้าสีคล้ำ เปลือกตาซีด วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศา เซลเซียส ชีพจร 57 ครั้ง/ นาที หายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 117/52 มิลลิเมตร ปรอท SpO2 96% Room air พบแพทย์ ตรวจรักษาอาการ ส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ DTX 240 mg% BUN 85 mg/dl Cr 7.1 mg/dl Hct. 20 vol% Na 126 K3.31 พบว่ามีภาวะ เกลือแร่ในร่างกายโรงพยาบาล	ประเมินอาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยนอนบนรถนอน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ตอบซ้ำ ดูเหนื่อย อ่อนเพลีย หน้าสีหน้า เปลือกตาซีด วัด สัญญาณชีพ สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 69 ครั้ง/ นาที หายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 139/65 มิลลิเมตรปรอท O ₂ sat 97 % room พบ แพทย์ตรวจรักษาอาการ ส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ DTX 36 mg% BUN 78 mg/dl Cr 5.78 mg/dl Hct. 23 vol% Na 123 K3.2 พบว่ามีภาวะ เกลือ แร่ในร่างกายไม่สมดุล มีภาวะซีด แพทย์ พิจารณาให้นอนโรงพยาบาลห้องปฏิบัติการ พบค่า DTX 36 mg% BUN = 78 mg/dl creatinine 5.78 dl Hct 23 vol % Na 123 K 3.2 แพทย์ให้นอนรักษาที่โรงพยาบาล	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการ เจ็บป่วยจาก ภาวะแทรกซ้อนของ โรคเบาหวานและโรคไต วายเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่น อาการน้ำตาลในเลือด สูง น้ำตาลในเลือดต่ำ ซีด เกลือแร่ในร่างกายไม่ สมดุล มีอาการเหนื่อย เพลียวิงเวียน ช่วยเหลือ ตัวเองได้น้อยในภาวะ เจ็บป่วยผู้ป่วยรายที่ 1 มี ภาวะแทรกซ้อนจากโรค ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย น้อยลงหลังฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม ช่วยเหลือ ตัวเองได้มากขึ้น มีภาวะ ซีดดีขึ้น เหนื่อยวิงเวียน น้อยลง

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ระยะก่อนตรวจ</p> <p>1. ไม่สุขสบายเนื่องจากวิงเวียนศีรษะ เหนื่อย อ่อนเพลีย</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2</p>	<p>1. ประเมินอาการหายใจ หอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ</p> <p>2. จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา</p> <p>3. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา O2 Canular 5 lit/min</p> <p>Monitor O2 saturation</p> <p>4. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน</p>
<p>2. ผู้ป่วยมีโอกาสาทุลงขณะรถตรวจ</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2</p>	<p>1. จัดให้ผู้ป่วยนอนบนเปลรถตรวจที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และจัดเตรียมรถEmergencyให้ใกล้และพร้อมใช้</p> <p>2. คัดกรองและดูแลรักษาพยาบาลและได้รับการตรวจรักษาภายใน 15 นาที</p> <p>3. จัดพยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเฝ้าระวังดูแลโดย ประเมินด้วยสายตาค่อยๆ ทุก5-10 นาที ประเมินด้วยสัญญาณชีพทุก15-30 นาที</p> <p>4. แนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยให้แจ้งอาการผิดปกติแก่เจ้าหน้าที่ทันที</p> <p>ได้แก่ เหนื่อยหอบ ปวดจุกท้องมากขึ้น เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น</p> <p>5. ติดตามส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นและเร่งด่วนก่อนพบแพทย์</p>
<p>3. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2</p>	<p>1. ตรวจประเมินสัญญาณชีพแรกเริ่ม ร่วมกับประเมินลักษณะทางกายภาพภายนอก</p> <p>2. จัดให้ผู้ป่วยนอนเปลนอน ยกปลายเท้าสูงกว่าระดับหัวใจ</p> <p>3. ขณะรถตรวจ เฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ร่วมกับประเมินอาการผู้ป่วย และให้การพยาบาลเบื้องต้น</p> <p>4. ประเมินสัญญาณชีพและอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน</p>
<p>ระยะขณะตรวจ</p> <p>1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากมีพฤติกรรมงดดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1</p>	<p>1. แนะนำอาหารที่มีสัดส่วนเหมาะสมของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน</p> <p>รับประทานอาหารเป็นเวลา งดดื่มน้ำหวาน สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ</p> <p>2. แนะนำ การใช้ยาตามแผนการรักษา</p> <p>3. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p>4. แนะนำการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>5. และการมาพบแพทย์/พยาบาลตามนัด</p>
<p>2. มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุลเนื่องจากการทำงานของไตลดลง</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2</p>	<p>1. วัดสัญญาณชีพโดยประเมินทุกชั่วโมงในระยะแรก</p> <p>2. ประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย อาการปวดศีรษะ ชัก</p> <p>3. สังเกตระดับความรู้สึกตัว เช่น ทึม จากภาวะโซเดียมต่ำ</p> <p>4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>5. สังเกตอาการบวมของแขนและขา หน้าตาบวม ก้นคบเพื่อประเมินภาวะน้ำเก็บในร่างกาย</p> <p>6. ติดตามประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์</p>

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะขณะตรวจ 3. มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง กรณีศึกษารายที่ 1 กรณีศึกษารายที่ 2	1. สังเกตอาการของเสียคั่งในร่างกาย หรือ ยูเรียคั่ง ได้แก่ อ่อนเพลีย มีนงง เบื่ออาหาร อาเจียน นอนไม่หลับ ชักหมดสติ เพื่อประเมินความรุนแรงของของเสียคั่งในร่างกายและให้การรักษาที่เหมาะสม 2. จำกัดน้ำผู้ป่วยไม่เกิน ป้องกันภาวะบวม น้ำจากการที่ไตกรองได้ลดลง 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตาม แผนการรักษาเพื่อลดน้ำเกินในร่างกาย 4. สอนการบันทึกน้ำเข้า-ออกร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง 5. ชั่งน้ำหนักทุกวัน Body weight 6. ดูแลให้ได้รับอาหาร Low salt Diet และเพิ่มโปรตีนจากไข่ขาวเพื่อลด อาการบวมและของเสียคั่งตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการทำงานของไตเพื่อหา แนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป
ระยะขณะตรวจ 4. การขนส่งก๊าซบกพร่องเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรัง ทำให้มีภาวะซีด กรณีศึกษารายที่ 1 กรณีศึกษารายที่ 2	1. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา 2. Absolute bed rest ส่งเสริมให้มีการพักทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กิจกรรมต่างๆ 3. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง 4. ดูแลให้ Admit ให้เลือด PRC ตามแผนการรักษา
5. มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน กรณีศึกษารายที่ 2	1. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 2. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 3. ดูแลให้ได้รับ 50% glucose 50 ml ตามแผนการรักษา 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 5. เฝ้าระวังการเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ
6. มีภาวะติดเชื้อมากินปัสสาวะจากคาสายสวนปัสสาวะและเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย กรณีศึกษารายที่ 2	1. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะออกน้อย สีขุ่นหรือมีตะกอน 2. แนะนำการให้น้ำอย่างเพียงพอหลังรับประทานอาหาร และระหว่างมื้อ รวมแล้วไม่เกิน 1 ลิตร/วัน 3. แนะนำผู้ป่วยและญาติพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง 4. แนะนำญาติและผู้ป่วยสังเกตสายสวนปัสสาวะไม่ให้พับงอ ถ้ามีตะกอนอุดตัน แนะนำนำวดสายสวนปัสสาวะ 5. ติดตามการให้ยาตามแผนการรักษา ในตัวผู้ป่วยใน 6. สังเกตปัสสาวะเพื่อประเมินการติดเชื้อ ตามแผนการรักษา
3. ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาอ่อนแรงสองข้างกรณีศึกษารายที่ 2	1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือ Barthel ADL index 2. แนะนำญาติช่วยเหลือกิจกรรมและให้กำลังใจผู้ป่วย 3. สร้างเสริมพลังอำนาจส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง
4. วิดกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และกังวลเรื่องการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม กรณีศึกษารายที่ 1	1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. การเตรียมเงินในการใช้จ่ายเวลาเดินทางมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำเกิน การติดเชื้อเส้นเลือดสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4. ให้ความสำคัญในการมาฟอกเลือดตามนัด 5. แนะนำแหล่งให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยกรณีมีอาการผิดปกติหรือต้องการความช่วยเหลือ เช่น โทร 1669

บทสรุป

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) เป็นปัญหาที่สำคัญของทางสาธารณสุขใน ปัจจุบัน เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายสูงจากโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตในรายที่รักษาแบบประคับประครองต้องใช้พยาบาลยังต้องชำนาญในเรื่องการประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งก่อนขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรู้หลักการให้ความรู้ให้คำปรึกษาสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการดูแลแบบประคับประครอง เพื่อเพิ่มการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษา :ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่นอาการน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดต่ำ ซีด เกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล มีอาการเหนื่อยเพลียวิงเวียน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยในภาวะเจ็บป่วยผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายน้อยลงหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น มีภาวะซิดดีขึ้น เหนื่อยวิงเวียนน้อยลงผู้ป่วยรายที่ 2 จะมีอาการรุนแรงกว่ารายแรกเนื่องจากได้รับการรักษาควรส่งเสริมให้พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพที่เฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มนี้ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการแบบประคับประครองไม่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไต และมีอาการตามองไม่ชัดไม่มีผู้ดูแลให้ทานยาอ่านฉลากยาไม่ได้ มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน รับประทานอาหารที่คนในครอบครัวเตรียมให้ติดเตียง รับประทานอาหารได้น้อยเวลาเจ็บป่วย ไม่มีญาติดูแลหลัก บุตรสาวทำงานโรงงาน

พักในตัวอำเภอไปหาวันหยุดและเฝ้าเวลาก่อนนอนพ. หลานไปโรงเรียน ภรรยาสูงอายุมีปัญหาปวดหลังหลังค่อม

อภิปรายผล

จากการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ GORDON พบปัญหาและระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 1 และที่ 2 ได้ทั้งหมด 10 และ 11 ข้อ²

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้นำไปสู่การให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจ ได้อย่างครอบคลุม ระยะก่อนตรวจการดูแลลดความไม่สุขสบาย และลดภาวะคุกคามต่อชีวิตเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกนอกจากนั้นต้องดูแลให้การพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจการดูแลไม่ให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มขณะรอตรวจการดูแลให้การพยาบาลขณะตรวจ ผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการรับการรักษาแบบประคับประครอง การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลแนวทางการรักษา เป็นขั้นตอนที่สำคัญละจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการรักษาและให้การพยาบาล³ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาหลายอย่างผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิตเกิดความไม่สุขสบาย วิดกกังวล ซึ่งถ้ามีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ระยะหลังตรวจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเอง และเพื่อให้การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ ต้องส่งเสริมการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรังให้ได้ ซึ่งให้คำแนะนำครอบคลุมการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองใน

3 ด้านได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) เช่น การรับประทานยา, การ

รับประทานอาหารเฉพาะโรค การมาฟอกเลือด การมาพบแพทย์ตามนัด การดูแลเส้นฟอกเลือด 2) การจัดการกับบทบาท (role management) เป็นการคงไว้หรือการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมบทบาทตนเองให้เหมาะกับภาวะการเจ็บป่วย และ 3) การจัดการกับอารมณ์ (emotional)¹

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพที่เฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มนี้ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และพัฒนาเป็นมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดและการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

เอกสารอ้างอิง

1. กิติมา เศรษฐบุญสร้าง และ ประเสริฐ ประสมรักษ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4(4), 485-503.
2. ชัชวาลวงศ์สารี และอรนันท์หาญยุทธ. (2557). การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารพยาบาลตำรวจ, 2(6), 220-233.
3. มีติยะ เหมมาน และคณะ. (2560). การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 9(1), 50-59.
4. ภัทรพรรณ อุณาภาค และขวัญชัยรัตนมณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 10(2), 44-54.
5. ราชนิเวศน์อายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท รมย์เอ็น มีเดีย จำกัด; 2560.
6. สุรรัตน์ ปิงสุทธีวงศ์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน: Nursing Care for Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Community. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2(3), 59-73.
7. กิ่งกมล เพชรศรี, กัณฑพร ยอดไชย, ทิพย์มาส ชินวงศ์. (2560). การนอนไม่หลับ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและบทบาทของพยาบาลในการจัดการอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 7(1), 1-12.
8. วาสนี ชาญศรีและ พรเลิศ ชูชัย. (2562). บทบาทพยาบาลชุมชนในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว. เวชบัณฑิตศิริราช, 12(2), 10-107.
9. ปาร์ยชญาวงษ์ไตรรักษ์. (2561). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว (ดุชนิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม). คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. ชลบุรี.



ECH

Journal

of environmental and community health

VOL.8 NO.3 September - December 2023

**วารสาร
อนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน**

ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566

ISSN : 2672-9717

PART IV

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (SEPSIS) โรงพยาบาลสมเด็จ วิมลรัตน์ เสนาะเสียง	661
การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย กุลณา จรรย์การณ	668
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ต อาริยา แพนชัยภูมิ	675
การศึกษาเปรียบเทียบความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอท่ายอด จังหวัดตรัง วิชัย คุ่นเคย	685
การผ่าตัดตัดอ่อนส่วนหัวร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple procedure เพิ่มสุข มุขคำสิงห์	694
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอที่ได้รับบาดเจ็บความรู้อีกแบบทั่วร่างกาย เพื่อการผ่าตัดตามกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าและการเชื่อมต่อ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : 2 กรณีศึกษา อินทิรา สงเสริมฐ	702
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการชะลอความเสื่อมของไตระยะ 3 โรงพยาบาลคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ สุจิตรา ภัคดีจรง	712
การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองที่ได้รับบาดเจ็บความรู้อีกแบบทั่วร่างกาย เพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย ณภัค พิชร์พงษ์	718
กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไตที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยการส่องกล้องและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พานิ ชื่นชมภู	728
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เขตพื้นที่โรงพยาบาลสติงพระ อำเภอสติงพระ จังหวัดสงขลา ศิริลักษณ์ ช่วงมี	738
การพัฒนาแนวทางเพื่อลดความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์ มาตรา 41 ของหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดอุบลราชธานี ประภัสสร คันสนะพิทยากร ,ณัฐชานันท์ กมลฤกษ์	748
ประสิทธิผลการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrat Hosplus ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสระใคร จังหวัดหนองคาย นันทริกา มนตรี ,ชลการ ทรงศรี	758
กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกและมีภาวะหัวใจล้มเหลว ปานจิตต์ เอี่ยมสำอางค์	769
ผลของสื่อการสอนในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชันต่อความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกัน หัวใจห้องล่างรั่ว ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 วิกานดา วิริยานภาพงศ์ ,เรวัต วิชวลิตี ,ทิพย์เกษร วรณภักตร์ ,ณัชชา สุทธิรุ่งเรือง	779
ผลของการเตรียมความพร้อมโดยพี่สอนน้องและการใช้วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ ต่อทักษะการตรวจครรภ์และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ	787
ละอองดาว วรรณฤทธิ์ ,กรรณิกา วิชัยเนตร ,จิรปรียา โรจนเกียรติปรีดา ,กนกวรรณ กันธะวัง ,กัญญาพร ศัตร์ครุฑรัมย์ ,จิณมนัส สิริพัฒน์วรบุตร ,ชนานันท์ ทนง ,ชื่นกมล ศรีจันทร์ ,ธิดารัตน์ บุญสวน ,นุจร อินน้อย ,บุญญา สุตสาท	

สารบัญ

	หน้า
รายงานการวิจัย	
การพัฒนากระบวนการขยายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิททำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร	796
จุฑามาศ เจริญพร	
ผลของการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่องการใช้ SOS Score ต่อการปฏิบัติการประเมิน SOS Score	
ในผู้ป่วย Sepsis โรงพยาบาลหนองคาย	806
ลลิกิจ โหระอุฤทธิ์ ,มนฤดี ชัยหาทัพ	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม	
อำเภอละแม จังหวัดชุมพร	815
สุธีรา ศรีกาญจน์ ,ณิชากร เพิ่มพรสกุล ,วิชณู อนิลบล ,มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก	
ในโรงพยาบาลหนองคาย	824
สาธกา เรืองรัตนถาวร ,ยุภาพร จิตรจักษ์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อทำการ	
หยุด และระบายเลือดที่ออกในศีรษะในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: 2 กรณีศึกษา	833
อัญชญา ภูติโส	
การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว:กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	843
ศิริพร ลาสอน	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย	852
ทินกร นามนวด	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	862
ยุพดี ดูป้อง	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับภาวะโรคร่วมในระยะฟื้นฟูสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย ..	872
วิรัชพัชร ฆารวิวัฒน์	
ผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีผลต่อการรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมการออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์	
อาสาสมัครพระศรีนครินทร์บวรราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์	883
สุพัตรา เอกตาแสง ,ธีรนาถ สุวรรณเรือง	

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 23 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ธันวาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การทำแผลผู้ป่วยแผลไหม้ในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ผู้คลอดติดเชื้อโคโรนา-19 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (SEPSIS) ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุน การผ่าตัดตับอ่อนส่วนหัว ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ การจัดการตนเองต่อการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองที่ได้รับยากระตุ้นความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ผู้ป่วยโรคหัวใจในท่อไตที่ได้รับการสลายนิ่ว การจัดการตนเองต่อความรู้พฤติกรรม และระดับความดันโลหิต ลดความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์ การติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านแอปพลิเคชัน ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การสอนในรูปแบบการตูนแอนิเมชันต่อความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การเตรียมความพร้อมโดยพี่สอนน้องและการใช้วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่องการใช้ SOS Score เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (SEPSIS) โรงพยาบาลสมเด็จ DEVELOPMENT OF A SYSTEM OF CARE FOR SEPSIS PATIENTS IN SOMDET HOSPITAL.

(Received: December 21,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

วิมลรัตน์ เสนาะเสียง¹
Wimonrat Sanorsiang¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลตามมาตรฐาน CPG Sepsis, ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลตามมาตรฐาน CPG Sepsis และศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) จำนวน 128 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จช่วงเวลาเดือนตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566 ซึ่งการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามแนวทางการดูแลของ CPG Sepsis ร่วมกับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์อย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.78 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 60.15 และมีโรคประจำตัวหลายอย่าง การวินิจฉัยส่วนมากเป็น Sepsis ร้อยละ 60.15 โรคประจำตัว ส่วนมากเป็น Pneumonia ร้อยละ 32.03 และโรคร่วมกับการเสียชีวิตส่วนมากเป็น Pneumonia ร้อยละ 57.14 ผลลัพธ์การดำเนินงาน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 94.87 , อัตราการปฏิบัติตาม CPG ร้อยละ 97.52, อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 96.29, การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยร้อยละ 96.29, การให้สารน้ำ 30 ml/kg/hr ร้อยละ100, ส่วนอัตราการตายผู้ป่วย Sepsis ร้อยละ 5.19
คำสำคัญ : ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

Abstract

The objective this research is study of Sepsis Clinical Practice Guideline, Development and Outcome. This research is research and development. Study in sepsis patient 128 cases admit at somdet Hospital, duraion October 2022- March 2023. The development of Sepsis Clinical Practice Guideline by continuously reviewing the care process and care guidelines in collaboration with Kalasin Hospital.

The results of the study found that Most of the patients were male (50.78%), elderly people aged over 60 years old were 60.15%. Most of the diagnoses Sepsis had co-underlying were Pneumonia (32.03%), and diseases associated with death were Pneumonia (57.14%). The results of patients diagnosed within 1 hour were 94.87%, following practice guideline was 97.52%, Hemoculture before antibiotic administration rate was 96.29%, antibiotic administration within 1 hour after diagnosis was 96.29%, Fluid administration 30 ml/kg/hr 100 percent and the death rate of Sepsis patients was 5.19%. This outcome because of after the development the care process for sepsis patients using the SIRS Criteria and qSOFA score assessment from the first admission to the emergency department, it is fast, Increase efficiency in caring for patients and reducing the rate of misdiagnosis. Therefore, developing a patient care system that quickly assesses patients with sepsis will help in early diagnosis and treatment. Standard care procedures will result in a reduction in the number of patients with sepsis and the death rate. And the effective collaboration of the multidisciplinary team and related agencies is an important factor that helps develop successful patient care guidelines.

Keywords : Sepsis

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จ

บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่มีการติดเชื้อจากอวัยวะต่างๆของร่างกายและเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด หรือจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยตรงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยทั่วโลก รายงานสถิติองค์การอนามัยโลกพบการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 5,760 ล้านคน และมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่า 30 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้ในระยะหลังยังพบว่ามีอุบัติการณ์ (incidence) ของการติดเชื้อที่สูงมากขึ้นส่งผลให้เกิดทุพพลภาพรวมถึงมีอัตราการตายที่สูงมาก ปัญหาสาธารณสุขสำคัญในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในปี 2562-2565 พบร้อยละ 21.0, 18.36, 19.01 และ 20.09 ตามลำดับ และพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ในปี 2562-2565 พบร้อยละ 32.81, 31.91, 34.09 และ 35.35 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ 2 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากร ปัจจุบันมีความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย แต่อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ยังคงสูง ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวหลายอย่าง เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลรักษาที่ล่าช้า การประเมินเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงไม่เป็นตามมาตรฐานเพียงพอ

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดจันทบุรี จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วย Sepsis มีจำนวนมากและมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตสูง จึงมีการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย Fast Track sepsis ร่วมกับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มาอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการประเมินผู้ป่วย Sepsis ระยะเริ่มแรกโดยใช้ SIRS Criteria และ qSOFA score จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่ปี 2562-2565 คิดเป็นร้อยละ 8.15, 16.67, 7.65 และ 9.09 ตามลำดับ และ

พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ในปี 2562-2565 พบร้อยละ 5.88, 14.56, 8.04 และ 16.67 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์กระบวนการรักษาตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย Sepsis พบว่า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง, การปฏิบัติตาม CPG, การทำ H/C ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ, การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย, การให้สารน้ำ 30 ml/kg/hr. ขาดการประเมินซ้ำในเวลาที่เหมาะสม และยังไม่บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวและมีแนวคิดในการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลให้ได้มาตรฐานในยุคปฏิรูปสุขภาพ ทำให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการจากผู้ปฏิบัติงานผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานเดียวกัน ลดจำนวนวันนอน ลดค่ารักษาพยาบาล มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และได้แนวทางการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการและต้องมีการใช้หลักฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์และความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ โดยมีเป้าหมายเพื่อนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา และให้การดูแลต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ครอบครัวชุมชนและสังคมได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาและให้การดูแลต่อเนื่อง

จากปัญหาและการทบทวนการศึกษาดังกล่าว ทำให้ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ได้พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะ Sepsis นี้ขึ้น เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษา สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ที่ต้องให้การรักษาในภาวะเร่งด่วน มุ่งเน้นความปลอดภัย (Patient Safety Goals) และผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วทันเวลา โดยมีกระบวนการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลตามมาตรฐาน CPG Sepsis
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลตามมาตรฐาน CPG Sepsis
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลสมเด็จ

ระเบียบวิธีวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลสมเด็จ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ช่วงเวลา เดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือน มีนาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

- 1.1 การดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามมาตรฐาน CPG Sepsis
- 1.2 แบบประเมิน Sepsis โดยใช้แบบประเมิน SIREs Criteria และ qSOFA score
- 1.3 แบบบันทึกข้อมูล Admit/Refer ผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock โรงพยาบาลสมเด็จ
- 1.4 Standing order ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock
- 1.5 แบบประเมิน SOS Score (Search Out Severity)
- 1.6 แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis สำหรับพยาบาล (CNPG Sepsis)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD) และ เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระบบ/ตำแหน่งที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ เนื้อหา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำเครื่องมือทั้งหมดที่สร้างขึ้น นำไปตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญ 2 คน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาคำถาม (Item Content) กับเนื้อหาของมิติตัวแปร (Domain Content) ภายหลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้ศึกษาได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลสมเด็จ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย Sepsis โดยใช้สถิติพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ดังนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย ดังนี้ ผู้วิจัย ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย การดำเนินการได้รับการพิจารณาให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ กระทรวงสาธารณสุข และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามหนังสือหมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC 110/2566

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินงานและการวิเคราะห์ข้อมูล

กิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ช่วงปี 2561 – 2563

1. จัดตั้งคณะทำงานดูแลผู้ป่วย Sepsis ทั้งในโรงพยาบาลสมเด็จ และระดับจังหวัดกาฬสินธุ์

2. ประชุมชี้แจงทีมสหวิชาชีพ วางแผน ทบทวน ดูแล กำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงาน

3. จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis (CPG Sepsis) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ให้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยทีมสหวิชาชีพ ดำเนินการดังนี้

3.1. การดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามมาตรฐาน CPG Sepsis เครือข่ายจังหวัดกาฬสินธุ์

3.2. จัดระบบ Septic shock fast track มีระบบ triage โดยการใช้ quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA score) และ Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS Criteria) ในการ screening ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อ ที่ ER และ OPD เพื่อ Early detection ดำเนินการรักษาต่อ แบบ Fast track และรักษาได้ครบถ้วนตาม Sepsis 6 Bundles

3.3. มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและแบบฟอร์ม ข้อมูลการรักษา (แบบบันทึก Admit/Refer)

3.4. จัดทำ CPG Sepsis, Standing order และ Lab Sepsis ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis

3.5. จัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (Early warning sign) โดยใช้ SOS score

3.6. จัดทำแนวทางการพยาบาล Sepsis

3.7. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic shock ลงสู่ระดับ รพ.สต.

4. ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามแนวทางการดูแลของ Sepsis Guideline

5. ทบทวนเกณฑ์การส่งต่อและ ประสานงาน การดูแลการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างต่อเนื่อง

6. พัฒนาสมรรถนะให้กับพยาบาล เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย Sepsis การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ และการใช้เครื่องมือแพทย์

7. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic shock ลงสู่ระดับ รพ.สต.

8. พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลและการรายงาน ตามตัวชี้วัด

9. เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย Sepsis ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดกาฬสินธุ์

10. กำหนดการประเมินสมรรถนะของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย Sepsis

11. ติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาซับซ้อน โดย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และทีมสหวิชาชีพ

12. ติดตามผลการดำเนินงาน โดยจัดเก็บ ข้อมูลตามตัวชี้วัดรายเดือน วิเคราะห์ข้อมูล และส่ง ข้อมูลผู้ป่วยย้อนกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ทบทวนแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ปี 2564 – 2566

จากการทบทวนวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis ดำเนินการปรับปรุงพัฒนาระบบดังนี้

1. ปรับปรุงระบบ Septic shock fast track มีระบบ triage โดยการใช้ qSOFA score และ SIRS Criteria ในการ screening เพื่อ Early detection ที่ ER ,OPD, LR ,ARI ,CKD และ NCD

2. ปรับปรุงแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและแบบฟอร์ม ข้อมูล การรักษา (แบบบันทึก Admit/Refer)

3. ปรับปรุง CPG Sepsis ,Standing order และ Lab Sepsis ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis

4. ฟื้นฟูวิชาการการดูแลผู้ป่วย ให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมเด็จ ,โรงพยาบาลเครือข่าย และ รพ. สต. ได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย Sepsis

5. ใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวัง/แบบบันทึก อาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ตั้งแต่ ER เพื่อการประเมินซ้ำผู้ป่วย/การติดตามอาการและการเปลี่ยนแปลงของ ผู้ป่วย ตามประเภทผู้ป่วยและ severity ของ Sepsis

6. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis / Septic Shock ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ตามมาตรฐานวิชาชีพ Sepsis Guideline ให้เป็น ปัจจุบัน คือ

7. ติดตามและเฝ้าระวัง โดยกำหนดให้ผู้ป่วย ใน ใช้แบบประเมิน Search Out Severity (SOS Score) ประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (Early

warning sign) และแนวทางการรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

8. จัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือสำหรับการตรวจวินิจฉัย blood lactate ให้พร้อมใช้และเพิ่มอุปกรณ์ เช่น Ultrasound , Ventilator Mobile , Patient monitor , HFNC เป็นต้น

9. จัดซื้อเครื่องตรวจ Lactate จำนวน 2 เครื่อง (ปี 2564)

10. การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนให้เป็นแนวทางเดียวกันใช้รหัส ICD-10 Code โดย Sepsis ใช้รหัส A40.0-A41.9, Severe sepsis ใช้รหัส R65.1 และ Septic shock ใช้รหัส R57.2

11. ทบทวนกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วย Sepsis/ Septic shock ร่วมทบทวน Death case กับทีมสหวิชาชีพ

12. ปรับปรุงระบบ Consult อายุรแพทย์ และทบทวน การส่งต่อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

13. จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis สำหรับพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline Sepsis : CNPG Sepsis)

14. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis และแผนพัฒนาบุคลากรส่งเข้าอบรม เฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยปี 2566 ได้ส่งพยาบาลเข้าอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หลักสูตร 1 เดือนที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 คน

15. ติดตามผลการดำเนินงาน เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด วิเคราะห์ข้อมูล และส่งข้อมูลผู้ป่วยย้อนกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในโรงพยาบาลสมเด็จพระพยาบาลเครือข่าย และ รพ.สต.

ตารางที่ 2 ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลสมเด็จพระ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					
		2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65- มี.ค.66)
1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง	> 90%	90.47	95.45	98.08	95.54	95.04	94.87
2. อัตราการปฏิบัติตาม CPG	> 90%	90.97	90.91	96.15	94.69	95.04	97.52
2.1 อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	> 90%	NA	88.64	96.15	98.09	91.74	96.29
2.2 อัตราการให้ ATB ภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย	> 90%	79.50	95.45	98.07	95.54	98.35	96.29
2.3 อัตราการได้ IVF 30 cc/kg. ใน 1 ชม. แรก	> 90%	82.45	88.64	94.23	90.45	95.04	100
3. อัตราตายผู้ป่วย Sepsis	< 26%	5.10	8.15	16.67	7.65	9.09	5.19

จากตารางที่ 2 ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลสมเด็จพระ พบว่า มีการปฏิบัติตาม CPG อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic อัตราการได้ IVF 30 cc/kg. ใน 1 ชม. แรก เพิ่มขึ้น และ อัตราตายผู้ป่วย Sepsis ลดลง

อภิปรายผล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.78 เป็น

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 60.15 และมีโรคประจำตัวหลายอย่าง การวินิจฉัยส่วนมากเป็น Sepsis ร้อยละ 60.15 โรคประจำตัว ส่วนมากเป็น Pneumonia ร้อยละ 32.03 และโรคร่วมกับการเสียชีวิตส่วนมากเป็น Pneumonia ร้อยละ 57.14 การมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับพัฒนาระบบโดยทีมนำทางคลินิกสาขาอายุรกรรม และมีคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จังหวัดกาฬสินธุ์ (Service Plan Sepsis) โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นกรรมการทุกโรงพยาบาลและมี

แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน ทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าหลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แบบประเมิน SIRS Criteria และ qSOFA score ตั้งแต่แรกปฏิบัติงาน อุบัติเหตุฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงขวัญ คงเรือง (2563)⁵ พบว่าการใช้แบบคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ได้ง่ายและสะดวกขึ้นช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น ลดอัตราการวินิจฉัยผิดพลาดได้ ผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดภายในระยะเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้น การคัดกรองโดยใช้ qSOFA และเพื่อประสิทธิภาพในการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ควรใช้ qSOFA และ SIRS ร่วมกันเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและป้องกันการเกิดการวินิจฉัยผิดพลาดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รอดจินดา (2561)⁸ พบว่าขั้นตอนการสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น มีการปรับรูปแบบของกระบวนการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมภายในเวลาที่รวดเร็ว โดยการกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่พบบ่อยเพิ่มจากแนวทางการรักษาเดิมร่วมกับการกำหนดให้มีการใช้เครื่องมือในการช่วยประเมินคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือ ผู้ป่วยกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้ระยะเวลาในการค้นพบผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพพรรณ ฉายรัตน์ และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล (2560)¹⁰ ที่พบว่า การปรับระบบการคัดกรองให้ถูกต้อง ทำให้ดักจับอาการได้ทันเวลา และเข้าระบบ Fast Tract Sepsis รวดเร็ว เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และอัตราการตายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รอดจินดา (2562)¹¹ พบว่าอัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการคัดกรองในระยะเริ่มแรก เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการตายของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มลดลง และแพทย์และพยาบาลทีม ผู้ดูแล

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลรักษาได้เพิ่มขึ้น และการใช้ SOS score ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์การดำเนินงาน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมงร้อยละ 94.87 , อัตราการปฏิบัติตาม CPG ร้อยละ 97.52, อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 96.29, การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยร้อยละ 96.29, การให้สารน้ำ 30 ml/kg/hr ร้อยละ 100, ส่วนอัตราการตายผู้ป่วย Sepsis ร้อยละ 5.19 เป็นไปตามมาตรฐานการดูแล ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา เกียรติมานะโรจน์ (2562)¹² พบว่าผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น พบอัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงอัตราการเสียชีวิตลดลง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และติดตามผลลัพธ์ตัวชี้วัด เพื่อสะท้อนผลลัพธ์และพัฒนาแก้ไขให้บรรลุเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

2. พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โดยมีการประชุม อบรมพื้นฟูวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3. ติดตามกำกับดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นระยะ มีการสะท้อนกลับข้อมูล และประเมินผล กำหนดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าทีปังกรรัศมีโชติ มหารัชมงคล 156 และ รพ.สต.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมานมิตร อัฐนาค ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าทีปังกรรัศมีโชติ มหารัชมงคล 156, แพทย์หญิง อธิติยา ศรีละออน อายุรแพทย์, แพทย์และพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยใน พร้อมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าทีปังกรรัศมีโชติ มหารัชมงคล 156 ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานทางสถิติ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด [อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2566. จากเว็บไซต์ :<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>
- 2.ข้อมูลหน่วยงานเวชระเบียนและสถิติ. (2566). จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะมาทวัชโรจน์. โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะมาทวัชโรจน์.
3. จริยา พันธุ์วิฑูรย์ และจิราพร มณีพราย (2561) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต.วารสารกองการพยาบาล, 45(1), 86-104.
4. เนตรญา วิโรจวานิช. (2561). ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 12(1), 84-94.
5. ดวงขวัญ คงเรือง. (2563). ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อายุ ≥ 15 ปี ที่เข้ารับบริการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโคกโพธิ์.
- 6.ภัทรศร นพฤทธิ์ และคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(1), 221-231.
- 7.สมาคมเวชบำบัดวิกฤต. (2558). การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.
- 8.สมพร รอดจินดา. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน.
9. สมพร รอดจินดา. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2563 ; 31(1) : 212-231.
- 10.ประไพพรรณ ฉายรัตน์ และ สุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล. (2560). ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต The effectiveness of Nursing Care Model for Sepsis Patient. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36(1) : 224-231.
- 11.อังคณา เกียรติมานะโรจน์. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 5(9) : 27-43.

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of Postpartum Hemorrhage : 2 case studies.

(Received: December 21,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

กุลณา จรรยากรณ์¹
Kullana Chanyakorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอด 2 ราย กรณีศึกษาที่ 1 มารดาหญิงไทย อายุ 32 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 22 ก.พ. 2566 ด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บครรภ์คลอด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง กรณีศึกษาที่ 2 มารดาหญิงไทย อายุ 26 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 25 มิ.ย. 2566 เวลา 18.00 น. อาการสำคัญ มีน้ำเดิน เจ็บครรภ์คลอดก่อนมารพ. 1 ชั่วโมง 30 นาที

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 วันที่ 25 ก.พ. 2566 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดีอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทารกครบเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะตัวเหลือง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 10.4 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือดทารกเท่ากับ 58 เปอร์เซ็นต์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร นัดมารดาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ส่งต่อข้อมูลคลินิกเพื่อเข้ารับ การบำบัดยาเสพติด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและแนะนำให้ลูกดูดนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน กรณีศึกษาที่ 2 วันที่ 28 มิ.ย. 2566 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดีอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดูแลทำความสะอาดแผลทำหมัน แผลไม่มี Discharge ซีม Pain score 5 มารดาบอกปวดพอทน ไม่ขอยาแก้ปวด ทารกครบเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะตัวเหลือง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 11.1 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือดทารกเท่ากับ 51 เปอร์เซ็นต์ แพทย์มีแผนการรักษาอนุญาตให้กลับบ้าน พร้อมบุตร นัดตัดไหมแผลทำหมัน 7 วัน นัดมารดาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและแนะนำให้ลูกดูดนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน

คำสำคัญ : ภาวะตกเลือดหลังคลอด การพยาบาล

Abstract

This study was case study with the objective of studying nursing care for women with postpartum hemorrhage. By comparing two birth cases, case study 1, a 32-year-old Thai female mother came to the hospital on February 22, 2023 with the main symptom being labor pains. It happened 2 hours before coming to the hospital. Case 2: A 26-year-old Thai female mother came to the hospital on June 25, 2023 at 6:00 p.m. The main symptoms were water leaking, labor pains before coming to the hospital. 1 hour 30 minutes.

The results of the study found that in Case Study 1 on February 25, 2023, the mother felt good after giving birth, not tired, and not dizzy. Vital signs are within normal limits. The infant had blood drawn to assess jaundice. The jaundice value was 10.4 milligrams. The baby's blood concentration was 58 percent. The doctor allowed him to go home with the baby. Make an appointment for mothers to be examined 6 weeks after giving birth. Refer information to the clinic for drug treatment. Recommend postpartum behavior and encourage the baby to breastfeed for at least 6 months. Case Study 2, June 28, 2023, the mother felt fine after giving birth, not tired, not dizzy. Vital signs are within normal limits. Take care of cleaning the sterilization wound. The wound has no discharge, pain score of 5. The mother said the pain was tolerable. Don't ask for painkillers. The infant had blood drawn to assess jaundice. The jaundice value was 11.1 milligrams. The baby's blood concentration was 51 percent. The doctor had a treatment plan and allowed him to go home with the baby. Make an appointment to have the sterilization stitches cut within 7 days. Make an appointment for the mother to check after giving birth at 6 weeks. Recommend postpartum behavior and encourage the child to breastfeed for at least 6 months.

keywords: postpartum hemorrhage; nursing care

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระยีน จ.ขอนแก่น

บทนำ

การเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ข้อมูลการตายของมารดา(กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,2565)¹ พบอัตราส่วนการตายมารดาปี 2565 เท่ากับ 25.86 ต่อแสนการเกิดมีชีพ มารดาตายจากสาเหตุทางตรงร้อยละ 41.08 จากสาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 42.64 และไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ ร้อยละ 16.28 หากพิจารณาเฉพาะสาเหตุทางตรงจะพบว่าเกิดจากการตกเลือดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.45 ตามแนวคิดของ WHO (2012)² สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดจากมดลูกไม่หดตัว (uterine atony) การฉีกขาดของช่องทางการคลอด (genital tract laceration) ภาวะรกค้าง (retained placental tissue) หรือภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดในมารดา (maternal bleeding disorders) ซึ่งมดลูกไม่หดตัวเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 80 ของภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

จากสถานการณ์ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 ห้องคลอดโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น³ มีผู้คลอดทั้งหมด 65 ราย, 75 ราย ,70 ราย ตามลำดับ มีจำนวนมารดาตกเลือดหลังคลอด 1 ราย 0 รายและ 2 ราย โดยคิดเป็น ร้อยละ 1.42 ,0 และ3.92 ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้น จากปัญหาอัตราการตกเลือดหลังคลอดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และการตกเลือดหลังคลอดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินทางสูติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญ ทำให้มารดาเสียชีวิต ดังนั้น การให้การพยาบาลมารดาในระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและการเตรียมจำหน่ายที่ได้

มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพจะช่วยให้มารดาปลอดภัย ผู้ศึกษาจึงสนใจกรณีศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยการศึกษาและเก็บรวบรวมผู้คลอดที่รับบริการคลอดในโรงพยาบาลพระยีน ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 และเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวางแผนตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วย แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งให้การพยาบาลทั้งทางด้านกาย จิต สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาล รวมทั้งนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล เพื่อให้การบริการพยาบาลในหน่วยงานมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

2.เพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม โดยใช้กระบวนการพยาบาล

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ราย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบ แผนในประเมินภาวะสุขภาพและการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>มารดาหญิงไทย อายุ 32 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนา พุทธ จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพแม่บ้าน สามี อาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นคนหาเลี้ยงครอบครัว รายได้ 10,000บาทต่อเดือน ภูมิลำเนา ตำบล พระยีน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดขอนแก่น บุคคล ในครอบครัวแข็งแรงดี ไม่มีประวัติโรคติดต่อและโรคทางพันธุกรรม มาโรงพยาบาลวันที่ 22 ก.พ. 2566 ด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บครรภ์คลอด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง</p> <p>ประวัติการตั้งครรภ์ G2 P1 A0 L1 GA 37 สัปดาห์ 5 วัน by U/S กำหนด LMP จำไม่ได้ EDC 10 มีนาคม 2566 ผ่าครรภ์ 4 ครั้ง ไม่คุณภาพ ไม่เคยแท้งบุตร ผ่าครรภ์ครั้งแรกผ่าซ้า เมื่ออายุครรภ์ 28⁺2 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลพระยีน ขณะผ่าครรภ์ ไม่ได้ฉีด Tetanus toxoid เนื่องจากเคยได้รับครบ 3 เข็มแล้ว เมื่อตั้งครรภ์ครั้งก่อน(ไม่เกิน 10ปี)ก่อนตั้งครรภ์คุมกำเนิดโดยกินยาคุมกำเนิด บุตรคนสุดท้ายก่อนการตั้งครรภ์มีอายุ 6 ปี ประวัติการคลอดในครรภ์ก่อน คลอดปกติที่โรงพยาบาลพระยีน ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด</p> <p>จากสมุดผ่าครรภ์ครั้งนี้ผลการตรวจทางจากสมุดผ่าครรภ์ครั้งนี้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ผล Anti - HIV = Negative, HBsAg = Negative, VDRL = Nonreactive, Hct = 31% ซึ่งในการผ่าครรภ์ครั้งแรกตรวจพบมีภาวะโลหิตจาง ได้รับยาบำรุงเลือด Ferrous Sulfate 1x3 ๑pc ไปรับประทานที่บ้าน 2 เดือน เจาะเลือดครั้งที่ 2 พบความเข้มข้นของเลือด (Hct) เพิ่มขึ้นเป็น 33 %</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อ ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรมปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ ปฏิเสธการผ่าตัด หญิงตั้งครรภ์และสามีเคยเป็นผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่คลินิกยาเสพติดของโรงพยาบาลพระยีน มีการเสพยา ก่อนมา 10 วัน</p> <p>มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ เวลา 20.00 น. การประเมินสภาพร่างกายลักษณะทั่วไป ผิวดำแดง รู้สึกตัว สับสนมีรูปร่างปกติ ไม่มีก้อนนูน ผิดปกติ ผมน้ำตาลยาวประปรายไม่มีบาดแผลหรือผื่น ผิวหนังมีคราบเหลืองโคลมาบริเวณข้อพับต่างๆ ผมหงอกแตกปลายไม่สะอาด เล็บยาวสกปรกมีคราบดำในซอกเล็บ ใบหน้ามีรูปร่างปกติไม่บวม คิ้วดำตาเปลือกตาไม่ซีด รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง ต่อมไทรอยด์ ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต กระดูกไม่ผิดรูป เคลื่อนไหวได้ตามปกติ ทรวงอกมีรูปร่างปกติ และเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง หัวใจเต้นสม่ำเสมอปกติ ไม่มีเสียงฟู่ของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาทีตรวจหน้าท้องพบระดับของยอดมดลูก 3/4 เหนือ ระดับสะดือ ไม่มีตบม้ามโต เท้าบวม ไม่มีกตมูม ระบบประสาทและกล้ามเนื้อปกติ ไม่มีอาการคอแข็ง ผิวหนังแห้ง ไม่มีตุ่ม</p>	<p>มารดาหญิงไทย อายุ 26 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนา พุทธ จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพรับจ้าง สามีอาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นคนหาเลี้ยงครอบครัว รายได้ 15,000บาทต่อเดือน ภูมิลำเนา ตำบลพระบุ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดขอนแก่น บุคคล ในครอบครัวแข็งแรงดี ไม่มีประวัติโรคติดต่อและโรคทางพันธุกรรม มาโรงพยาบาลวันที่ 25 มี.ย. 2566 เวลา 18.00 น. อาการสำคัญ มีน้ำเดิน เจ็บครรภ์คลอดก่อนมารพ. 1 ชั่วโมง 30 นาที</p> <p>ประวัติการตั้งครรภ์ G3 P2 A0 L2 ตั้งครรภ์ครั้งนี้ไม่ได้ฝากครรภ์ LMP 16 ตุลาคม 2565 EDC 23 กรกฎาคม 2566 GA 36⁺2 wks by date ก่อนตั้งครรภ์คุมกำเนิดโดยฉีดยาคุมกำเนิด บุตรคนสุดท้ายก่อนการตั้งครรภ์มีอายุ 2 ปี ประวัติการคลอดในครรภ์ก่อน คลอดปกติ ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด น้ำหนัก 62 กิโลกรัม สูง 168 เซนติเมตร BMI 21.96 ผล lab แรกรับ Hct 31 vol% VDRL NR HBsag negative Anti HIV negative UA = WBC 3-5</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อ ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ ปฏิเสธการผ่าตัด</p> <p>การประเมินสภาพร่างกายลักษณะทั่วไป รู้สึกตัว สับสนมีรูปร่างปกติ ไม่มีก้อนนูน ผิดปกติ ผมน้ำตาลยาวประปรายไม่มีบาดแผลหรือผื่น ใบหน้ามีรูปร่างปกติไม่บวม คิ้วดำตาเปลือกตาไม่ซีด รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง ต่อมไทรอยด์ ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต กระดูกไม่ผิดรูป เคลื่อนไหวได้ตามปกติ ทรวงอกมีรูปร่างปกติและเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง หัวใจเต้นสม่ำเสมอปกติ ไม่มีเสียงฟู่ของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาทีตรวจหน้าท้องพบระดับของยอดมดลูก 3/4 เหนือ ระดับสะดือ ไม่มีตบม้ามโต เท้าบวม ไม่มีกตมูม ระบบประสาทและกล้ามเนื้อปกติ ไม่มีอาการคอแข็ง ประเมินสัญญาณชีพแรกรับวันที่ 25 มี.ย. 2566 เวลา 18.00 น. อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/75 มิลลิเมตรปรอท ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ร้อยละ 25 สรีระเป็นส่วนนำระดับส่วนนำ -2 ฤกษ์น้ำคร่ำยังไม่แตก มดลูกหดตัวทุก 3 นาที หดตัวนาน 30 วินาที ระดับความแรงของการหดตัว 2+ ,HF 28 cms ผลการคณน้ำหนักทารก 2557 กรัม ผลการตรวจประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 130-150 ครั้งต่อนาที NST ผล reactive ทารกตื่นดี รับผู้คลอดไว้ในห้องคลอด 25 มี.ย. 2566 เวลา 18.00 น. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดทุก 1-2 ชั่วโมง ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ Labour progress note และ WHO partograph ประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน</p>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>แรกรับเวลา 20.00 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี ชั่งน้ำหนัก 48 กิโลกรัม น้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ 7 กิโลกรัม ส่วนสูง 153 cm. ดัชนีมวลกาย (BMI) 20.4 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/90 มิลลิเมตรปรอท ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ร้อยละ 75 สีระจะเป็นส่วนนำ ระดับส่วนนำ -1 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก มดลูกหดตัวทุก 3 นาที หดตัวนาน 30 วินาที ระดับความแรงของการหดตัว 2+ NST ผล reactive ผลการคณน้ำหนักทารก 2700 กรัม ผลการตรวจประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 130-150 ครั้งต่อนาที ทารกตื่นดี มดลูกหดตัวทุก 3 นาทีนาน 30 วินาที ความเจ็บปวดระดับ 5 เวลา ตรวจ Urine Amphetamine ผลเป็นลบ ,Hct Stat 32 vol% ให้การดูแลขณะรอคลอด อธิบายผลการตรวจและแนวทางการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติทราบ ประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิดของการ์ดอน พบว่าแบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ รับรู้การตั้งครรภ์แต่ยังเสพยา เสพยาแอมเฟตามีนชนิดกินมาประมาณ 5 ปี</p> <p>เวลา 22.50 น. ปากมดลูกเปิดหมด ออกเบ่งจึงย้ายเข้าห้องคลอด เจาะถุงน้ำคร่ำ ลักษณะน้ำคร่ำใส ไม่มีกลิ่น ไม่มีสี ดูแลท่าคลอดปกติ (Normal labor c RML Episiotomy) โดยใช้วิธี Active Management of Third Stage of Labour เมื่อวันที่ 22 ก.พ. 2566 เวลา 23.13 น. ทารกแรกคลอดเพศชาย รูปร่างทั่วไปปกติ น้ำหนักแรกคลอด 2690 กรัม ตัวยาว 50 cm. หลังทารกคลอดไหล่หน้า ฉีด Oxytocin 10 unit IM ทารกประเมิน APGAR SCORE 9-10-10 เวลา 23.45 น. ทำคลอดรก รกไม่คลอด รายงานแพทย์ ให้ใส่สายสวนปัสสาวะ ตรวจดูการลอกตัวของรกวัดสัญญาณชีพความดันโลหิต 106/64 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที สังเกตอาการ 10 นาที รกยังไม่คลอด แพทย์จึงทำการล้วงรก เวลา 00.30น. น้ำหนักรก 660 gm. cordยาว 45 cm U/S พบว่าไม่มีเศษรกค้างในโพรงมดลูก ใช้ถุงตวงเลือดพบว่าปริมาณการเสียเลือด 600ml หลังล้วงรก ผู้คลอดเสียเลือด 300 มิลลิลิตร รวมเสียเลือด 900 มิลลิลิตร แพทย์วินิจฉัยว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแนวทางการรักษา คือ RLS 1000 ml +Oxytocin 20 unit IV 120 ml/hr. เจาะHct stat = 34 Vol% (ก่อนคลอด Hct 30Vol%) เจาะ Hct ซ้ำพุงนี้เช้า หลังให้ยา มดลูกหดตัวดี วัดสัญญาณชีพชั่วโมงแรกหลังคลอด จำนวน 4 ครั้ง และทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอดจำนวน 2 ครั้ง ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 109/68 - 110/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 - 88 ครั้งต่อนาที เฝาระวังการตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) อย่างใกล้ชิด suture แผลเสร็จเวลา 01.00น.</p>	<p>Uterine contraction และเสียงหัวใจทารก ทุก 1 ชั่วโมง มีการเปิดขยายของปากมดลูก เพิ่มขึ้นทุก 2 ชั่วโมง</p> <p>เวลา 23.50 น. ปากมดลูกเปิดหมด ออกเบ่งจึงย้ายเข้าห้องคลอด ถุงน้ำคร่ำแตก ลักษณะน้ำคร่ำใส ไม่มีกลิ่น ไม่มีสี ดูแลท่าคลอดปกติ (Normal labor c LML Episiotomy) โดยใช้วิธี Active Management of Third Stage of Labour ทารกคลอดวันที่ 26 มิ.ย. 2566 เวลา เวลา 00.16 น. ทารกเพศชาย รูปร่างทั่วไปปกติ น้ำหนักแรกคลอด 2950 กรัม ตัวยาว 50 cm. ประเมิน APGAR SCORE 9-10-10 หลังทารกคลอดไหล่หน้า ฉีด Oxytocin 10 unit IM เวลา 00.21 น. ทำคลอดรก รกคลอดครบ รกปกติ หลังรกคลอด วัดสัญญาณชีพ ความดัน โลหิต 121/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที เวลา 00.40 น. ประเมินการหดตัวของมดลูก พบการหดตัวของมดลูกไม่ดี มดลูกนี้มต้องคลึงอยู่นานจึงจะกลมแข็ง ให้การพยาบาลโดยการคลึงมดลูกพร้อมกดมดลูกส่วนล่าง ใช้ถุงตวงเลือดพบว่าปริมาณการเสียเลือด 500 ml มารดามีภาวะตกเลือด รายงานแพทย์ ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแนวทางการรักษา คือ ดูแลให้ Oxytocin 20 unit เพิ่มในสารน้ำ RLS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการหยุด 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Hct stat 33 vol% สวนปัสสาวะทิ้งเพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูกได้ 150 มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 124/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จำนวน 4 ครั้ง และ ทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอดจำนวน 2 ครั้ง ความดัน โลหิตอยู่ในช่วง 110 - 132 มิลลิเมตร หลังให้ยา มดลูกหดตัวดี เฝาระวังการตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) อย่างใกล้ชิด suture แผลเสร็จเวลา 01.30น.</p> <p>ประเมินอาการผู้คลอด 2 ชั่วโมงหลังคลอด ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/72 - 110/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 80-92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มี bleeding per vagina เพิ่ม พบว่ามดลูกหดตัวดีลักษณะกลมแข็ง ยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือ ประเมินการคั่งค้างของปัสสาวะ ไม่พบการปัสสาวะของกระเพาะปัสสาวะ ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย ประมาณ 50 มิลลิลิตร คลึงมดลูกกดไล่เลือดที่คั่งค้าง ในโพรงมดลูกออกทางช่องคลอดไม่พบก้อนเลือดคั่ง และทำความสะอาดช่องคลอด ตรวจแผลฝีเย็บไม่บวมปวดแผลฝีเย็บและมดลูกคะแนนความเจ็บปวดระดับ 3 วันที่ 26 มิ.ย. 2566 Hct 29 Vol% มดลูกหดตัวดี รู้สึกตัวดีอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 78- 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 112/70 - 124/80 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 99-100 % น้ำคาวปลาสีแดงจาง Locia Rubra เป็นผ้าอนามัย 1/2 ผืน มารดามีน้ำหนัก</p>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>ประเมินอาการผู้คลอด 2 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่มี bleeding per vaginalเพิ่ม รู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ วัดความดันโลหิต 117/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 110 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที พบวามตลกหดรีดตัวดีลักษณะกลมแข็ง ยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือ ประเมินการคั่งค้างของปัสสาวะไม่พบการโป่งตึงของกระเพาะปัสสาวะ ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย ประมาณ 50 มิลลิลิตร คลึงมดลูกกดไล่เลือดที่คั่งค้าง ในโพรงมดลูกออกทางช่องคลอดไม่พบก้อนเลือดคั่ง และทำความสะอาดช่องคลอด ตรวจแผลฝีเย็บไม่บวม ปวดแผลฝีเย็บและมดลูกคะแนนความเจ็บปวดระดับ 3</p> <p>วันที่ 23 ก.พ. 2566 Hct 27 vol% มดลูกหดรีดตัวดี รู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 69 - 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 104/70 - 110/80 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 99-100 % น้ำคาวปลาสีแดงจาง Locia Rubra เปื้อนผ้าอนามัย 1/2 ผืน เนื่องจากมารดามีประวัติเสพยาเสพติดชนิดยาบ้า ซึ่งมีผลทำให้ทารกเสี่ยงต่ออาการถอนยาเสพติดในระยะแรกเกิดได้ จึงต้องเฝ้าระวังและประเมินอาการถอนยาของทารกอย่างใกล้ชิด แพทย์ให้งดนมมารดาไว้ก่อน และตรวจ Urine Amphetamine ของมารดาและทารก ซึ่งผลตรวจเป็นลบ จึงให้นมบุตรได้ มารดามีหัวนมปกติ มีน้ำนมเหลือง (colostrum) สามารถดูดแลบุตรได้ รวมถึงคำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลทารก เช่นการอาบน้ำ เช็ดตา และเช็ดสะดือ การกระตุ้นดูดนมจากเต้าทุก 2-3 ชั่วโมง และสังเกตอาการผิดปกติ</p> <p>วันที่ 24 ก.พ. 2566 Hct 26 Vol มารดาหลังคลอด รู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 - 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70 - 110/80 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ไม่มีอ่อนเพลีย ปวดแผลฝีเย็บเล็กน้อย ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 2 คะแนน มดลูกหดรีดตัวดีกลมแข็งระดับต่ำกว่าสะดือ น้ำคาวปลาสีแดงจางไม่มีก้อนเลือด (rubra lochia) เปื้อนผ้าอนามัย 1/2 ผืน เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมออกดี</p> <p>วันที่ 25 ก.พ. 2566 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทารกครบเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะตัวเหลือง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 10.4 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือดทารกเท่ากับ 58 เปอร์เซ็นต์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร นัดมารดาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ส่งต่อข้อมูลคลินิกเพื่อเข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและแนะนำให้ลูกดูดนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน</p> <p>สรุปผลการศึกษา: ผู้คลอดรายที่ 1 ตั้งครรภ์ที่ 2 (G2 P1-1-0-1) GA 37 สัปดาห์ 5 วัน ฝากครรภ์ 4 ครั้ง มีภาวะซีด</p>	<p>ปกติ มีน้ำนมเหลือง (colostrum) สามารถดูดแลบุตรได้ รวมถึงคำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลทารก เช่นการอาบน้ำ เช็ดตา และเช็ดสะดือ การกระตุ้นดูดนมจากเต้าทุก 2-3 ชั่วโมง และสังเกตอาการผิดปกติ ต้องการทำหมัน แพทย์ Set TR พรุ้งนี้ เวลา 14.00 น.</p> <p>วันที่ 27 มิ.ย. 2566 Hct 28 Vol% มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 - 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70 - 110/80 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ไม่มีอ่อนเพลีย ปวดแผลฝีเย็บเล็กน้อย ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 3 คะแนน มดลูกหดรีดตัวดีกลมแข็งระดับต่ำกว่าสะดือ น้ำคาวปลาสีแดงจางไม่มีก้อนเลือด (rubra lochia) เปื้อนผ้าอนามัย 1/2 ผืน เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมออกดี ส่งห้องผ่าตัดเพื่อทำหมัน หลังกลับจากห้องผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม</p> <p>วันที่ 28 มิ.ย. 2566 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดูแลทำความสะอาดแผลทำหมัน แผลไม่มี Discharge ซึม Pain score 5 มารดาบอกปวดพอน ไม่ขอยาแก้ปวด ทารกครบเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะตัวเหลือง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 11.1 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือดทารกเท่ากับ 51 เปอร์เซ็นต์ แพทย์มีแผนการรักษาอนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร นัดตัดไหมแผลทำหมัน 7 วัน นัดมารดาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและแนะนำให้ลูกดูดนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน</p> <p>สรุปผลการศึกษา: ผู้คลอดรายที่ 2 มารดา G3 P2 A0 L2 ตั้งครรภ์ครั้งนี้ไม่ได้ฝากครรภ์ GA 36⁺² wks by date บุตรคนสุดท้ายก่อนการตั้งครรภ์มีอายุ 2 ปี เจ็บครรภ์คลอดก่อนมารดา 1 ชั่วโมง 30 นาที แรกรับวันที่ 25 มิ.ย. 2566 เวลา 18.00 น. ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ร้อยละ 25 ศีรษะเป็นส่วนนำ ระดับส่วนนำ -2 96 ผล lab แรกรับ Hct 31 vol% VDRL NR HBsag negative เวลา 23.50 น. ปากมดลูกเปิดหมด ออกกแบ่งจึงย้ายเข้าห้องคลอดคลอดปกติ (Normal labor c LML Episiotomy) วันที่ 26 มิ.ย. 2566 เวลา เวลา 00.16 น. ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2950 กรัม ตัวยาว 50 cm. ประเมิน APGAR SCORE 9-10-10 รกคลอดครบ รกปกติ หลังรกคลอด พบการหดรีดตัวของมดลูกไม่ดี มดลูกนิมตต้องคลึงอยู่นานจึงจะกลมแข็ง ให้การพยาบาลโดยการคลึงมดลูกพร้อมมดลูกส่วนล่าง ใช้ถุงตวงเลือดพบว่าปริมาณการเสียเลือด 500 ml มารดามีภาวะตกเลือด รายงานแพทย์ ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแนวทางการรักษาคือ ดูแลให้ Oxytocin 20 unit เพิ่มในสารน้ำ RLS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการหยุด 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Hct stat 33 vol% ประเมินอาการผู้คลอด 2 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่มี bleeding per vagina เพิ่ม พบวามตลกหดรีดตัวดีลักษณะ</p>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>ขณะฝากครรภ์ Hct = 31% ได้รับยาบำรุงเลือด Ferous Sulfate ไปรับประทานที่บ้าน 2 เดือน เจาะเลือดครั้งที่ 2 พบความเข้มข้นของเลือด(Hct) เพิ่มขึ้นเป็น 33 % มีประวัติใช้สารเสพติด มีการเสพยาก่อนมาโรงพยาบาล 10 วัน มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ เวลา 20.00 น. ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ร้อยละ 75 ศีรษะเป็นส่วนนำ ระดับส่วนนำ -1 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก มดลูกหดรัดตัวทุก 3 นาที หดรัดตัวนาน30 วินาที ตรวจUrine Amphetamine ผลเป็นลบ ,Hct Stat 32 vol% เวลา 22.50 น. ปากมดลูกเปิดหมด ออกกบ่งจึงย้ายเข้าห้อง คลอดปกติ (Normal labor c RML Episiotomy) เวลา 23.13 น. ทารกแรกคลอดเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2690 กรัม ตัวยาว 50 cm. ทำคลอดรก รกไม่คลอด รายงานแพทย์ แพทย์จึงทำการล้างรก หลังคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ใช้ถุงตวงเลือดพบว่าปริมาณการเสียเลือด รวมเสียเลือด 900 มิลลิลิตร แพทย์วินิจฉัยว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแนวทางการรักษาคือ RLS 1000 ml +Oxytocin 20 unit IV 120 ml/hr. เจาะHct stat = 34 Vol% (ก่อนคลอด Hct 32 Vol%) วันที่ 23-25 ก.พ. 2566 Hct 27 vol% หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวดี รู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ น้ำคาวปลาสีแดงจาง Locia Rubra ผื่น เนื่องจากมารดามีประวัติเสพยาเสพติดชนิดยาบ้า ซึ่งมีผลทำให้ทารกเสี่ยงต่ออาการถอนยาเสพติดในระยะแรกเกิดได้ จึงต้องเฝ้าระวังและประเมินอาการถอนยาของมารดาและทารกอย่างใกล้ชิด ผลการตรวจ Urine Amphetamine มารดาและทารก ผลเป็นลบ จึงให้นมบุตรได้ มารดามีหัวนมปกติ สามารถดูแลบุตรได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทารกครบเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะตัวเหลือง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 10.4 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือดทารกเท่ากับ 58 เปอร์เซ็นต์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร นัดมารดาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ส่งต่อข้อมูลคลินิกเพื่อเข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและแนะนำให้ลูกดูนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน</p>	<p>กลมแข็ง ยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือ คลึงมดลูกกดไล่เลือดที่ค้างค้าง วันที่ 26 มิ.ย. 2566 Hct 29 Vol% มดลูกหดรัดตัวดี รู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพ ต้องการทำหมันแพทย์ Set TR วันที่ 27 มิ.ย. 2566 Hct 28 Vol% มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ น้ำคาวปลาสีแดงจาง Locia Rubra มารดามีหัวนมปกติ สามารถดูแลบุตรได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สัญญาณชีพปกติ ทำหมันหลังคลอด ผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม วันที่ 28 มิ.ย. 2566 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวอ่อนเพลียไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทารกครบเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะตัวเหลือง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 11.1 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือดทารกเท่ากับ 51 เปอร์เซ็นต์ แพทย์มีแผนการรักษาอนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร นัดตัดไหมแผลทำหมัน 7 วัน นัดมารดาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดและแนะนำให้ลูกดูนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน</p>

อภิปรายผล

ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด และมีความแตกต่างในประเด็นความเสี่ยง โดยผู้คลอดรายที่ 1 มีประวัติเสพยาเสพติดขณะตั้งครรภ์ มีภาวะโลหิตจาง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด และทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนได้⁴ ส่วนผู้คลอดรายที่ 2 ขาดความตระหนักในการมาฝากครรภ์ ตั้งครรภ์ครั้งนี้จึงไม่ได้ฝากครรภ์

ไม่ได้รับการดูแลรักษาภาวะโลหิตจาง ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ควรดูแลตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์⁷ ได้แก่ การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด การดูแลเรื่องภาวะซีด การติดตามความเข้มข้นของเลือด การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดโดยเน้นการดูแลการคลอดระยะที่ 3 (Active management the third stage of labour) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือด ได้แก่

การดำเนินการจัดทำและแก้ไขเพิ่มเติม CPG⁶ การดำเนินการจัดทำแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด การอบรมความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ ควรมีการซ้อมทบทวนภาวะตกเลือดหลังคลอด ปีละ 1 ครั้งเช่นเดียวกับการซ้อมช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินภาวะเสี่ยง การวางแผนและเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แนวทาง early warning signs มีทักษะการแก้ไขภาวะช็อกอย่างรวดเร็วและเหมาะสม รวมทั้งมีทักษะการสื่อสารประสานงานกับทีม จะทำให้สามารถป้องกันและลดความรุนแรงภาวะตกเลือดหลังคลอดได้⁵

ข้อเสนอแนะ

1. มารดาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดตกเลือดหลังคลอด เช่น มีภาวะโลหิตจาง มีประวัติใช้สารเสพติด ต้องอยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อ

ประเมินการตกเลือดหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นทั้งตัวมารดาและบุตร พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่สำคัญจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญสามารถคาดการณ์และวางแผนแก้ไขล่วงหน้าประสานส่งต่อ ในทีมสุขภาพได้อย่างรวดเร็วเหมาะสม จึงจะสามารถช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารก นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

2. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ดูแล ต้องช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาเลิกเสพยา โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ให้มองเห็นโทษและพิษภัยจากการเสพยา และให้มารดาเห็นคุณค่าในตัวเอง และอนาคตของบุตร โดยยึดกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลเป็นหลักในการวางแผนให้การพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพ เสริมสร้างพลังอำนาจ ใช้เทคนิคการสื่อสารที่ดี การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้มารดาเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. ข้อมูลการตายมารดาปี 2565 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นจาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2022>
2. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartumhaemorrhage. Italy: WHO; 2012
3. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระยี่น. (2565). สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยี่น ประจำปี 2563 -2565. โรงพยาบาลพระยี่น
4. สินี แจ่มกระจ่าง (2565) . กรณีศึกษา: การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้สารเสพติด. Singburi Hospital Journal ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม 2565
5. พิรุฬห์ สิทธิพล (2563) .การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษาวารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม .ปีที่ 4 ฉบับที่ 8 : เมษายน - กันยายน 2563
6. สุนันทา ยงวนิชเศรษฐ, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร ฤกษ์เจริญ, ศศิกันต์ กาละ (2562) การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ เล่ม 2 . คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
7. สุภาวดี แถมเพ็ญ.(2550).“การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน” ในศรีเกียรติ์ อนันต์ สวัสดิ์.บรรณาธิการ.การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม3.พิมพ์ครั้งที่7.นนทบุรี:บริษัทยุทธรินทร์การพิมพ์จำกัด
8. นงนภัทร รุ่งเนย. (2560). การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
9. สุภาพ ไทยแท้. (2556). การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะผิดปกติในระยะคลอด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์ (2561) การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ปีที่19 ฉบับที่ 36

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ต

Factors Associated with Mortality in Patients with Coronavirus Disease 2019, Phuket Province.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

อาริยา แพนชัยภูมิ¹
ARRIYA PANCHAIYAPHUM¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตและวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่าง ศึกษาวินิจฉัยในช่วงเดือนมกราคมถึงกันยายน 2566 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตและเวชระเบียนของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุแบบโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 50.8 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 27.5 อายุเฉลี่ย 39.6 ปี สัญชาติไทย ร้อยละ 85.0ว่างงาน ร้อยละ 32.0 มีโรคประจำตัวร้อยละ 81.5 HRC ที่ทำงาน ร้อยละ 45.8 ได้รับความรักษาที่ HRC+PUI ร้อยละ 43.1 ผลการถ่ายภาพรังสี(X-ray)รอยโรคของเนื้อปอด พบปกติ ร้อยละ 83.3 ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด อยู่ระหว่าง 96-100 % ร้อยละ 86.5 ไม่ได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 83.3 และได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 51.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05) ได้แก่ อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 ปี(OR 2.80, 95% CI1.21-5.25, P-value <0.01) อาชีพรับราชการ/รับจ้าง (OR 2.63, 95% CI 1.45-5.11, P-value <0.01) มีโรคประจำตัว (OR 95.3, 95% CI 20.2-453.11, P-value <0.01) ผลการถ่ายภาพรังสี (X-ray)รอยโรคของเนื้อปอด ผิดปกติ (OR 5.6, 95% CI 2.96-8.52 , P-value <0.01) และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด \leq 95 % (OR 5.36, 95% CI 3.2-8.63, P-value <0.01) การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้มีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ : ปัจจัย, ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This study was survey research by retrospective analytical study aimed to describe the epidemiological characteristics of patients and deceased persons and analyze risk factors for death among patients with coronavirus disease 2019 in Phuket Province. sample group The study was conducted from January to September 2023. Data was collected using a form to report people infected with the 2019 coronavirus who had severe symptoms or died and hospital medical records. Data were analyzed by frequency distribution, finding percentages, and analyzing relationships using multiple logistic regression statistics.

The results of the study found that 50.8% of the sample were male, 27.5% were between 30-39 years old, with an average age of 39.6 years, 85.0% Thai nationality, 32.0% unemployed, 81.5% had chronic diseases, 81.5% HRC at work, 45.8% received treatment at HRC+PUI 43.1%. Radiographic results (X-ray) of lung lesions found normal 83.3%. Blood oxygen concentration between 96-100%. 86.5% did not receive antiretroviral drugs 83.3%. and received the 2019 coronavirus disease vaccine, 51.5 percent, factors associated with the death of patients with 2019 coronavirus disease that are statistically significant (P-value<0.05) including being younger than or equal to 59 years old (OR 2.80, 95% CI1.21-5.25, P-value <0.01), government service/employee occupation (OR 2.63, 95% CI 1.45-5.11, P-value <0.01) had congenital disease (OR 95.3, 95% CI 20.2-453.11, P-value <0.01) radiographic results (X-ray) abnormal lung tissue lesions (OR 5.6, 95% CI 2.96-8.52, P-value <0.01)

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

and blood oxygen concentration $\leq 95\%$ (OR 5.36, 95% CI 3.2-8.63, P-value < 0.01) This study found that having congenital disease It is a factor associated with death of patients with coronavirus disease 2019.

Keyword: Factors, patients with Coronavirus Disease 2019

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) หรือโรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ เกิดจากเชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ติดต่อกันจากคนสู่คนผ่านละอองฝอย(Droplet transmission) เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก หอบเหนื่อย บางรายมีอาการจุกไม่ได้อิ่ม กินไม่รับรส ผู้ติดเชื้อส่วนมากไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ส่วนน้อยมีอาการรุนแรงเกิดปอดอักเสบ(Pneumonia) ซึ่งพบในผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคกระดูกทุกชนิดที่อยู่ระหว่างการรักษาและโรคเบาหวาน เป็นต้น จากธรรมชาติของโรคทำให้มีการระบาดเป็นวงกว้างยากแก่การควบคุม^(1,2)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเกิดจากเชื้อโคโรนาชนิดใหม่ ตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา ณ เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน แพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วทำให้มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 (WHO, 2020) และประกาศเป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) ในวันที่ 11 มีนาคม 2563 แนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการระบาด เตรียมความพร้อมในการรองรับผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นจำนวนมาก⁽³⁾ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของ

คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติจึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID -19)) เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยประกาศราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563

อย่างไรก็ตามปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID -19)) ทั่วโลก มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลดลง รวมถึงการแพร่ระบาดและความรุนแรงของโรคทั่วโลกมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ประกอบกับจำนวนวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในประเทศไทยมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการของประชาชน และประชาชนในประเทศไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับความครอบคลุมสูง ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ประเทศไทยจึงประกาศยกเลิกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID -19)) เป็นโรคติดต่ออันตราย และประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID -19)) เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยประกาศราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2565 เช่นกัน

สถานการณ์การระบาดทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ 21 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 6 เมษายน 2566 มีผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 766,440,796 ราย ผู้เสียชีวิตสะสมทั้งหมด 6,932,591 รายจาก 231 ประเทศทั่วโลก โดยสถานการณ์ของประเทศไทย ข้อมูลจากระบบ API COVID-19 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ มีนาคม 2563 ถึง วันที่ 6 เมษายน 2566 มีผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 4,738,988

ราย ผู้เสียชีวิตสะสมทั้งหมด 34,053 ราย อัตรา
ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.72 สำหรับพื้นที่ภาคใต้
ตอนบน เขต 11 ข้อมูลตั้งแต่ มีนาคม 2563 ถึง
วันที่ 13 พฤษภาคม 2566 มีผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด
206,682 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม 1,074 ราย อัตรา
ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.52 และ จังหวัดภูเก็ต
ข้อมูลจาก งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุม
โรคติดต่อ และ ระบบ API COVID-19 ของกอง
ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ข้อมูลตั้งแต่ มีนาคม 2563 ถึง วันที่ 13 พฤษภาคม
2566 มีผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 65,477 ราย
ผู้เสียชีวิตสะสมทั้งหมด 381 ราย อัตราป่วยตาย
เท่ากับร้อยละ 0.59 สำหรับปี 2566 ข้อมูลตั้งแต่ 1
มกราคม 2566 – 13 พฤษภาคม 2566 ผู้ติดเชื้อ
สะสมทั้งหมด 2,184 ราย ผู้เสียชีวิตสะสมทั้งหมด
20 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.92 เมื่อ
แยกกลุ่มอายุพบอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 25-34
ปี รองลงมา คือ 65 ปีขึ้นไป , 0-4 ปี , 15-24 ปี ,
55-64 ปี , 35-44 ปี , 45-54 ปี , 5-9 ปี และ 10-
14 ปี ตามลำดับ (706.00 , 545.34 , 530.51 ,
480.43 , 468.97 , 388.07 , 151.70 และ 113.62)
จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่เดือน
เมษายน-พฤษภาคม 2566 สำหรับการให้บริการ
วัคซีนโควิด-19 ข้อมูล ณ วันที่ 12 พฤษภาคม
2566 จังหวัดภูเก็ตมีผู้รับวัคซีนโควิด-19 เข็ม 1
ร้อยละ 95.99 เข็ม 2 ร้อยละ 91.82 เข็ม 3 ร้อยละ
68.60 เข็ม 4 ร้อยละ 40.37

ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการได้
หลายแบบแตกต่างกัน ตั้งแต่ไม่มีอาการ มีอาการ
เล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก มีอาการรุนแรง
เป็นปอดอักเสบ จนกระทั่งเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับ
ปัจจัยต่าง ๆ ในแต่ละบุคคล⁽⁵⁻⁷⁾ ผลการศึกษาอาการ
และอาการแสดงของผู้ป่วย โรคปอดอักเสบจากเชื้อ
SARS-CoV-2 จำนวน 78 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่
สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค ประเทศไทย
พบอาการและอาการแสดง ดังนี้ ไอ ร้อยละ 83.3 ไข้
ร้อยละ 75.6 ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ ร้อยละ 47.4 มี
เสมหะ ร้อยละ 32.0 ปวดศีรษะ ร้อยละ 28.2 เจ็บคอ

ร้อยละ 25.6 มีน้ำมูก ร้อยละ 20.5 หอบเหนื่อย ร้อย
ละ 15.4 อ่อนเพลีย ร้อยละ 11.5 ท้องเสีย ร้อยละ 6.4
จุกไม่ไ้กลืน ร้อยละ 5.1 และคลื่นไส้อาเจียน ร้อย
ละ 3.8 ตามลำดับ⁽⁸⁾ ที่ผ่านมาในต่างประเทศ ได้แก่
อิตาลี อังกฤษและมาเลเซีย มีรายงานวิจัยถึงปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโร
นา 2019 เช่น สูงอายุ มีประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้น
ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด
ความดันโลหิตสูง โรคแพภูมิตัวเอง สูบบุหรี่
ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เป็นต้น⁽⁹⁻¹¹⁾ สำหรับใน
รายที่รุนแรงอาจพบภาวะหายใจลำบาก (Acute
dyspnea) ปอดอักเสบ (Pneumonia) รวมถึงระบบ
ทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory
failure)⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการ
เสียชีวิต มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของ
โรคและการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ทั้งแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย แนะนำการรักษาโรค
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ
หรือมีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรค
รุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือผู้ป่วยที่มีปอด
อักเสบเล็กน้อย แต่มีปัจจัยเสี่ยง โดยแนะนำให้ยาต้าน
ไวรัสโดยเร็ว เพื่อการลดอาการรุนแรงของโรค ถึงแม้
สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะถูกปรับ
เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง แต่ยังมีรายงานผู้ป่วย
และผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะช่วงที่มี
กิจกรรมที่มีการรวมตัวของคนจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงมี
ความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ
เสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
จังหวัดภูเก็ต ที่ผ่านมา อันจะเป็นประโยชน์ในการ
เสนอมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการ
เสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของ
ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ในจังหวัดภูเก็ต

2. เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analytic study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดภูเก็ต ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการตรวจด้วยวิธี Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) หรือ Antigen (SARS-CoV-2 Antigen) และเสียชีวิต ซึ่งยืนยันการเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคโควิด 19 (Dead form) ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2563 ถึง วันที่ 13 พฤษภาคม 2566 มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 381 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดภูเก็ตได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการตรวจด้วยวิธี Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) หรือ Antigen (SARS-CoV-2 Antigen) และเสียชีวิต ซึ่งยืนยันการเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคโควิด 19 (Dead form) ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2563 ถึง วันที่ 13 พฤษภาคม 2566 จำนวน 99 ราย คำนวณโดยใช้สูตร ยามาเน่¹³

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

โดยที่ n : คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N : คือ ขนาดของประชากร

e : คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ในที่นี้กำหนด 0.05

แทนค่าสูตร $n = 381/1 + 381(0.05*0.05)$

$$n = 99$$

และกลุ่มผู้ไม่เสียชีวิต สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) จากบัญชีรายชื่อของผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดภูเก็ต ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โดยการตรวจด้วยวิธี Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) หรือ Antigen (SARS-CoV-2 Antigen) จำนวน 65,096 ราย โดยผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างประมาณ 5 เท่าของกลุ่มป่วยที่เสียชีวิต ได้กลุ่มตัวอย่าง 495 ตัวอย่าง ทำการสุ่มลำดับเริ่มต้นลำดับที่ 1 แล้วนับไปตามช่วงของทุกๆ 131 คน เลือกมา 1 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า 2) ป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตรักษาโรงพยาบาลในจังหวัดภูเก็ต

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิตทุกราย มีการเปลี่ยนวินิจฉัยหรือพบสาเหตุการเสียชีวิตที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจากไวรัสโคโรนา 2019 และปรับใช้จากแบบรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต (Novelcorona 3.1) ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ จากฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช และเวชระเบียนของโรงพยาบาล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สัญชาติ อาชีพ โรคประจำตัว แผลงที่อยู่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ประเภทการรักษาครั้งแรก ผลการวินิจฉัย อาการและอาการแสดงเมื่อเข้ารับการรักษาครั้งแรก ผลการวินิจฉัย และสถานที่เสียชีวิตในประเทศไทย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจที่ยืนยันว่าเป็น SARS-CoV-2

ส่วนที่ 3 การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยยาต้านไวรัส และ ประสิทธิภาพการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยนำแบบบันทึกข้อมูลไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.6 – 1.0 แล้วจึงนำไปทดลองใช้ (try out) และความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (a-coefficient) ตามวิธีของ Cronbach¹⁵ ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากแบบรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต (Novelcorona 3.1) ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จากฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช

2. ทำหนังสือขอทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาลในจังหวัดภูเก็ต ประสานและนัดวันเวลาในการเข้าทบทวนเวชระเบียนในโรงพยาบาล

3. เก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นรวบรวมเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรค โควิด-19 สถิติเชิงวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก(Binary Logistic Regression Analysis) ด้วยสถิติ อัตราเสี่ยง (Odds ratio: OR) และการ

ประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น 95% (Confidence Interval: CI) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตที่ RKP 026/66 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ต พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 50.8 และเพศหญิงร้อยละ 49.2 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 27.5 รองลงมา 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 22.3 น้อยที่สุด 10-19 ปี และ 20-29 ปี ร้อยละ 7.4 เท่ากัน อายุเฉลี่ย 39.6 ปี สัญชาติไทย ร้อยละ 85.0 และต่างชาติ ร้อยละ 15.0 ส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 32.0 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 27.9 น้อยที่สุดทำสวน ร้อยละ 0.2 มีโรคประจำตัวร้อยละ 81.5 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 18.5 และประเภทผู้ป่วยส่วนใหญ่ HRC ที่ทำงาน ร้อยละ 45.8 รองลงมา HRC ที่บ้าน ร้อยละ 38.6 น้อยที่สุด เดินทางไปพื้นที่เสี่ยง ร้อยละ 15.7

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ต พบว่าประเภทการรักษาครั้งแรก ส่วนใหญ่รับการรักษาที่ HRC+PUI ร้อยละ 43.1 รองลงมา HRC+non PUI ร้อยละ 24.4 น้อยที่สุด ACF+non PUI และ Non PUI ร้อยละ 2.0 เท่ากัน ผลการถ่ายภาพรังสี (X-ray)รอยโรคของเนื้อปอด พบปกติ ร้อยละ 83.3 และผิดปกติ ร้อยละ 16.7 ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด อยู่ระหว่าง 96-100 % ร้อยละ 86.5 และ \leq 95 % ร้อยละ 13.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของของผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ต
จำแนกตามข้อมูลทางคลินิก

ข้อมูลทางคลินิก	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด		ป่วยและเสียชีวิต		ป่วยไม่เสียชีวิต	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทการรักษาครั้งแรก						
HRC+PUI	256	43.1	72	72.7	184	32.7
HRC+non PUI	145	24.4	0	0.0	145	29.3
PUI	92	15.5	27	27.3	65	13.1
ACF+PUI	61	10.3	0	0.0	61	12.3
ACF+non PUI	12	2.0	0	0.0	12	2.4
ACF	16	2.7	0	0.0	16	3.2
Non PUI	12	2.0	0	0.0	12	2.4
ผลการถ่ายภาพรังสี						
ปกติ	495	83.3	29	29.3	466	94.1
ผิดปกติ	99	16.7	70	70.7	29	5.9
ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด						
≤95 %	80	13.5	78	78.8	2	0.4
96-100 %	514	86.5	21	21.2	493	99.6

ส่วนที่ 3 การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยยาต้านไวรัส และ ประสิทธิภาพการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ต พบว่า

ไม่ได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 83.3 และได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 16.7 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 51.5 และไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 48.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของของผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ตจำแนกตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด		ป่วยและเสียชีวิต		ป่วยไม่เสียชีวิต	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยยาต้านไวรัส						
ได้รับยาต้านไวรัส	99	16.7	76	76.8	23	4.6
ไม่ได้รับยาต้านไวรัส	495	83.3	23	23.2	472	95.4
ประสิทธิภาพการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
ได้รับวัคซีน	306	51.5	28	28.3	278	56.2
ไม่ได้รับวัคซีน	288	48.5	71	71.7	217	43.8

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ต

โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก(Binary Logistic Regression Analysis) ด้วยสถิติ อัตราเสี่ยง (Odds ratio: OR) และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น 95%

(Confidence Interval: CI) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05) ได้แก่ อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 ปี(OR 2.80, 95% CI1.21-5.25, P-value <0.01) อาชีพรับราชการ/รับจ้าง (OR 2.63, 95% CI 1.45-5.11, P-value <0.01) มีโรคประจำตัว (OR 95.3, 95% CI 20.2-453.11, P-value <0.01) มีโรคประจำตัว(OR 95.3, 95% CI 20.2-453.11 , P-value <0.01) ผล

การถ่ายภาพรังสี (X-ray)รอยโรคของเนื้อปอด ผิดปกติ (OR 5.6, 95% CI 2.96-8.52 , P-value <0.01) และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด $\leq 95\%$ (OR 5.36, 95% CI 3.2-8.63, P-value <0.01) ส่วนการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยยาต้านไวรัส และประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ต ดังตารางที่ 3,4 และ 5

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะทั่วไปทางประชากรที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ต

ลักษณะทั่วไปทางประชากร	ป่วยและเสียชีวิต (n=99)		ป่วยไม่เสียชีวิต (n=495)		Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	54	54.5	248	50.1	1		
หญิง	45	45.5	247	49.9	1.52	0.77-2.49	0.19
อายุ(ปี)							
≤ 59	494	83.2	32	32.3	1		
60^+	100	16.8	67	67.7	2.80	1.21-5.25	<0.01*
สัญชาติ							
ไทย	93	93.9	412	83.2	1		
ต่างชาติ	6	6.1	83	16.8	2.54	0.66-13.51	0.59
อาชีพ							
ว่างงาน/งานบ้าน	18	18.2	354	51.3	1	1.45-5.11	<0.01*
รับราชการ/รับจ้าง	81	81.8	141	28.7	2.63		
โรคประจำตัว							
มี	95	96.0	15	3.0	1		
ไม่มี	4	4.0	480	97	95.3	20.2-453.11	<0.01*

$\alpha < 0.05$

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงด้านข้อมูลทางคลินิกที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยเสี่ยงด้านข้อมูลทางคลินิก (Risk Factors)	ป่วยและเสียชีวิต		ป่วยไม่เสียชีวิต		Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ผลการถ่ายภาพรังสี (X-ray)รอยโรคของเนื้อปอด							
ปกติ	29	29.3	466	94.1	1		
ผิดปกติ	70	70.7	29	5.9	5.6	2.96-8.52	<0.01*
ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด							
$\leq 95\%$	78	78.8	2	0.4	1		

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงด้านข้อมูลทางคลินิกที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยเสี่ยงด้านข้อมูลทางคลินิก (Risk Factors)	ป่วยและเสียชีวิต		ป่วยไม่เสียชีวิต		Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
96-100 %	21	212	493	99.6	5.36	3.2-8.63	<0.01*

$\alpha < 0.05$

ตารางที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงด้านการได้รับการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยยาต้านไวรัส และ ประสิทธิภาพ
ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยเสี่ยงด้านการได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสและประสิทธิภาพได้รับวัคซีน (Risk Factors)	ป่วยและเสียชีวิต		ป่วยไม่เสียชีวิต		Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยยาต้านไวรัส							
ได้รับยาต้านไวรัส	76	76.8	23	4.6	1	0.54-	0.23
ไม่ได้รับยาต้านไวรัส	23	23.2	472	95.4	0.70	1.69	
ประสิทธิภาพได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019							
ได้รับวัคซีน	28	28.3	278	56.2	1	0.74-	0.65
ไม่ได้รับวัคซีน	71	71.7	217	43.8	163	4.02	

$\alpha < 0.05$

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่ใช้ในการศึกษานี้ จำนวนทั้งหมด 495 ตัวอย่าง สรุปลงได้ดังนี้

เป็นเพศชายร้อยละ 50.8 สอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์ชัย สังข(2565)¹⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 53.68 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 27.5 อายุเฉลี่ย 39.6 ปี สัญชาติไทย ร้อยละ 85.0 ว่างาน ร้อยละ 32.0 มีโรคประจำตัวร้อยละ 81.5 HRC ที่ทำงาน ร้อยละ 45.8 การรักษาครั้งแรก รับการรักษาที่ HRC+PUI ร้อยละ 43.1 ผลการถ่ายภาพรังสี(X-ray)รอยโรคของเนื้อปอด พบปกติ ร้อยละ 83.3 ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด อยู่ระหว่าง 96-

100 % ร้อยละ 86.5 ไม่ได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 83.3 และได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 51.5 สอดคล้องกับการศึกษาของวิเศษ กำลัง และสุรชาติ โภยกุล (2565)¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก(Binary Logistic Regression Analysis)ด้วยสถิติ อัตราเสี่ยง (Odds ratio: OR) และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น 95% (Confidence Interval: CI) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05) ได้แก่ อายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 ปี(OR 2.80, 95% CI1.21-5.25, P-value <0.01) แตกต่างจากการศึกษาของธนสรณ์ ศรีใช้ประวัติ (2565)¹⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

ไวรัส โควิด-19 ในจังหวัดนนทบุรี พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) (OR 7.38, 95% CI 2.76 - 19.72) และพบว่าอาชีพรับราชการ/รับจ้าง (OR 2.63, 95% CI 1.45-5.11, P-value < 0.01) มีโรคประจำตัว (OR 95.3, 95% CI 20.2-453.11, P-value < 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ไทยเจริญ, สุภาญดา หมื่นราษฎร์, สุรชาติ โกยกุลย์, ละมุน แสงสุวรรณ (2565)¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการถ่ายภาพรังสี (X-ray)รอยโรคของเนื้อปอด ผิดปกติ (OR 5.6, 95% CI 2.96-8.52, P-value < 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ประภุภานวัตร (2565)²⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด $\leq 95\%$ (OR 5.36, 95% CI 3.2-8.63, P-value < 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของวิเศษ กำลิ่ง และสุรชาติ โกยกุล (2565)¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีโรคประจำตัวควรได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว และ ส่งเสริมการใช้มาตรการการป้องกันการติดเชื้อ โควิด-19 ทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไปและเน้นในกลุ่มประชากร ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) เป็นแนวทาง ปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงจากการระบาดของโรค โควิด-19 เช่น การสวมหน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่างทางสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์กัศักดิ์ กู้เกียรติกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต นายแพทย์อานนท์ แก้วบำรุง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) และแพทย์หญิงเหมือนแพรว บุญล้อม นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต นางศุภลักษณ์ ดำรงค์เชื้อ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะและให้คำแนะนำในการทำวิจัยนี้ ขอขอบคุณบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทุกโรงพยาบาลที่กรุณารวบรวมข้อมูลการป่วยและเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ที่คอยเป็นกำลังใจตลอดการทำงานวิจัย จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Novel Corona Virus 2019 [Internet]; 2563 [cited 2023 April 5]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
2. กรมควบคุมโรค. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแล รักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2565]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_health_care.php
3. World Health Organization. COVID-19 as a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) under the IHR. [Internet]; 2020 [cited 2022 Jan 5]. Available from: <https://extranet.who.int/sph/COVID19-public-health-emergency-international-concernpheic-under-ihp>

- 4.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง 27 วันที่ 18 เมษายน 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จากhttps://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=181
- 5.Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China [Internet]; The new england journal of medicine. 2020 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>
- 6.lanleng K, Yanopas A, Phaopraphat K. Nursing Care for COVID-19 Patients in Cohort Ward, Siriraj Hospital. Siriraj Medical Bulletin. 2021; 14: 12–8.
- 7.อำพวรรณ ยวนใจ, อุ๋นเรื่อน กลิ่นขจร, สุพรรณษา วรมาลี, จรินทร์รัฐธา วังระเกษมสุนทร. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ Coronavirus disease 2019: รายงานผู้ป่วย. เวชบัณฑิตศิริราช. 2563;13:155–63.
- 8.อนุตรา รัตน์นราทร. ลักษณะทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ที่สถาบันบำราศนราดูร. วารสารควบคุมโรค. 2563;46:540–50.
- 9.Grasselli G, Greco M, Zanella A, et al. Risk Factors Associated with Mortality Among Patients With COVID-19 in Intensive Care Units in Lombardy, Italy. JAMA Intern Med [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 16]; 180(10):1345–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32667669/>
- 10.Elliott J, Bodinier B, Zanella A, Whitaker M, et al. COVID-19 mortality in the UK Biobank cohort: revisiting and evaluating risk factors. European Journal of Epidemiology [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 16];36:299–309. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00722-y>
- 11.Orwa A, Ballouze R, Ooi P, Ghadzi SMS. Risk factors for mortality among COVID-19 patients. Diabetes Research and Clinical Practice [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 16]. Available from: <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S0168822720305453>
- 12.Grant MC, Geoghegan L, Arbyn M, Mohammed Z, McGuinness L, Clarke EL, et al. The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus (SARS-CoV-2;COVID-19): A systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries.PloS one. 2020;15(6):1-19
13. ศิริชัย กาญจนวาสิ ดิเรก ศรีสุขุโข และทวีวัฒน์ ปิตยานนท์.การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย ทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2535.
14. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แบบรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต (Novelcorona 3.1) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_surveillance/g_measures_150566.pdf
- 15.ธานินทร์ ศิลปจารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยSPSS. กรุงเทพฯ: บริษัท วี. อินเทอร์เน็ต; 2550.
- 16.ณรงค์ชัย สังขา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด.ศรีนครินทร์เวชสาร 2565; 37(5): 504-517.
- 17.วิเศษ กำลัง และสุรชาติ โกยกุล.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ 2565; 37(1): 53-72.
- 18.ธนสรณ์ ศรีใช้ประวัติ (2565)ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ในจังหวัดนนทบุรี.วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2566; 19(1) : 47-60.
- 19.ศิริลักษณ์ไทยเจริญ, สุกาญดา หมื่นราษฎร์, สุรชาติโกยกุล, ละมุน แสงสุวรรณ. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุราษฎร์ธานี.รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2565; 53(7).
- 20.ปิยนุช ประภุณีภานวัตร.ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565;7(1): 64-71.

การศึกษาเปรียบเทียบความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

The Comparative study about the happiness of Professional and Support personal that
work in health promoting hospital, Huai Yot District, Trang Province.

(Received: December 21,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

วิชัย คูนเคย¹
Wichai Koonkoey¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศึกษาระดับของความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ทั้ง 20 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 177 คน จำแนกเป็นบุคลากรสายวิชาชีพ จำนวน 111 คน และบุคลากรสายสนับสนุน จำนวน 66 คน โดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของบุคลากร โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุน โดยใช้สถิติ Independent Sample T-Test

ผลการวิจัยพบว่าเปรียบเทียบความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง พบว่าไม่แตกต่างกันที่ค่า $p\text{-value} = 0.328$ ส่วนระดับของความสุขของบุคลากร โดยหาค่าเฉลี่ย พบว่ามีความสุขอยู่ในระดับมีความสุขมาก ทั้ง 5 ด้าน ซึ่งด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน มีค่าเฉลี่ย 4.35 รองลงมาคือ ด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน ด้านการพัฒนามูลนิธิ ด้านความก้าวหน้าของบุคลากร และด้านค่าตอบแทนและผลประโยชน์ มีค่าเฉลี่ย 4.31 4.25 4.23 และ 4.17 ตามลำดับ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคล ออกแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขให้บุคลากร ให้มีความสอดคล้องกับบุคคล และหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ความสุขของบุคลากร บุคลากรสายวิชาชีพ บุคลากรสายสนับสนุน

Abstract

This study was survey research. The objective of this research was to compare the happiness of professional personnel with support group's personnel that working in Sub district Health Promoting Hospital and to study the level happiness of personnel working in Sub district Health Promoting Hospital. The sample in this research was personnel working in the Sub district Health Promotion Hospital, total number 177 persons, classified into professional personnel 111 persons and support groups personnel 66 persons .The tool that use in this research is a questionnaire, the statistics that use to analyze is Descriptive statistic for frequency, percentage, mean, and standard deviation, and comparative analysis the happiness of personnel working in Sub district Health Promotion Hospital. Use the Independent Sample T-Test

The results of the research showed that the happiness of professional personnel was compared with support group's personnel working in the Sub district Health Promotion Hospital. Using Independent t-test statistics, there was no difference. As for the level of happiness of personnel by finding the average, it was found that happiness is at the level of happiness in all 5 aspects, of which the highest average is the supervisor and colleagues. This was followed by work environment and atmosphere, personnel development, personnel advancement, and compensation and benefits with an average of 4.31, 4.25, 4.23

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

and 4.17. To use the information for human resource management. Design activities to enhance the happiness of personnel to be in line with individuals and departments appropriately.

Keywords: Happiness of personnel, professional personnel, support personnel

บทนำ

สภาพการณ์ของโลกในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยี สังคม วัฒนธรรม โรคติดต่อ และการสื่อสาร ทำให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัว เกิดการแข่งขันด้านเศรษฐกิจมากมาย เพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และมีแนวโน้มที่มีการแข่งขันเพิ่มขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องส่งผลทำให้ความสุขในการดำเนินชีวิตลดลง เกิดความเครียด เกิดความสุข และความพึงพอใจในการทำงานลดลง¹

สังคมในปัจจุบันเป็นสังคมที่มีการแข่งขันสูง การปฏิบัติงานจึงเต็มไปด้วยแรงกดดัน ผู้ปฏิบัติงานเองจึงเกิดความเครียดในการทำงาน ซึ่งส่งผลเสียต่องานที่ได้รับมอบหมาย องค์กรต่างๆ จึงให้ความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เนื่องจากเป็นพื้นฐานสำคัญในการแสดงพฤติกรรม² จึงมักเห็นว่าบางคนขยันทำงาน ในขณะที่บางคนเฉื่อยชาในการทำงาน ดังนั้น การสร้างแรงจูงใจที่ดีสามารถให้บุคคลทำงาน มีความอยากจะทำงาน และทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การทำงานอย่างมีความสุข³

ความสุขเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยามความสุขในชีวิตว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปราศจากความเจ็บป่วยใดๆ⁴ อนึ่งความสุขของคนทำงาน หมายถึง ประสบการณ์ และความรู้สึกของคนทำงานที่ต้องการให้ตนเป็นที่ยกย่องและยอมรับจากคนทั่วไป ได้ทำงานในที่ทำงานที่มั่นคง มีความก้าวหน้าเข้าถึงโอกาสในการพัฒนาอย่างทั่วถึง มีผู้บังคับบัญชาที่มีเมตตากรุณา มีเพื่อนร่วมงานที่จริงใจ ได้รับสวัสดิการที่พอเพียง ได้รับความปลอดภัยจากการทำงาน⁵

มนุษย์ทุกคนต้องการมีชีวิตที่ดีสมบูรณ์แบบพร้อมด้วยปัจจัยสี่ ซึ่งการทำงานเป็นวิธีการอันดับแรกที่จะนำมาซึ่งทรัพยากรเหล่านี้ ดังนั้น การทำงานจึงเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิต จึงควรมีสภาวะการทำงานที่เหมาะสม อันจะทำให้เกิดความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรู้สึกมั่นคงทั้งสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางอารมณ์ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะทางสังคม ความสุขเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา และพากันแสวงหา ด้วยวิธีการต่างๆ คนทุกคนพยายามจะหาความสุขในชีวิต การเข้าใจความสุขในการใช้ชีวิตกับสิ่งรอบข้าง จึงเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิตอย่างสมดุลไม่ว่าจะเป็นความสุขด้านสภาพแวดล้อม และบรรยากาศในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ด้านความก้าวหน้าของบุคลากร ด้านการพัฒนาบุคลากร ด้านค่าตอบแทนและผลประโยชน์ ซึ่งความสุขในการทำงานตามแนวคิดของ Diener (2003) จะต้องเป็นการประเมินของบุคคลถึงความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) และความพึงพอใจในงาน (Job Satisfaction) ที่มีต่อเป้าหมายหลักของชีวิต รวมถึงประสบการณ์หรือการกระทำในสิ่งต่างๆ ที่จะนำมาซึ่งสิ่งที่ใฝ่หาสามารถรับรู้ได้ว่าดี มีความสุข มีอารมณ์ทางบวกสูง และอารมณ์ทางลบต่ำ⁶

องค์กรจะประสบความสำเร็จได้นั้น ขึ้นอยู่กับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ถือเป็นหัวใจที่สำคัญที่สุดซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง และส่งผลต่อความสุขในการทำงาน ทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคล⁷ ได้แก่ อายุ และประสบการณ์ทำงาน ค่าตอบแทนที่คุ้มค่า ตำแหน่งงานที่มั่นคง แผนกที่ปฏิบัติงานมีบรรยากาศที่ดี ตลอดจนสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแหล่งของความรัก และปัญหาที่คอยสนับสนุนช่วยให้ความเครียดลดน้อยลง ส่งผลให้การปฏิบัติงานได้มากขึ้น ส่วนปัจจัยระดับองค์กรมีผลต่อการตัดสินใจทำงานของบุคลากร โดยลักษณะ

ขององค์กรที่มีความมั่นคง นโยบายที่ชัดเจน มีสวัสดิการดี บุคลากรมีโอกาสในการพัฒนาฝีมือ การศึกษาต่อมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ มีการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม ใช้หลักธรรมาภิบาล โปร่งใสตรวจสอบได้ มีเกณฑ์การพิจารณาความดี ความชอบ การให้รางวัล การยกย่อง ประกาศเกียรติคุณให้ปรากฏสภาพแวดล้อม⁶ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีความสุขและประสบความสำเร็จในการทำงาน ประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล และภายนอกตัวบุคคล โดยสามารถจำแนกเป็นด้านที่สำคัญได้ดังนี้คือ 1) ด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน 2) ด้านผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน 3) ด้านความก้าวหน้าของบุคลากร 4) ด้านการพัฒนาบุคลากร และ 5) ด้านค่าตอบแทนและผลประโยชน์ ซึ่งวิธีหนึ่งที่สามารถวัดความสุขในการทำงานสามารถทำได้โดยการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสิ่งผู้ปฏิบัติงานคิดว่าควรจะได้ และสิ่งที่ได้รับจริง⁸

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในความรับผิดชอบ ทั้งหมด 20 แห่ง บุคลากรปฏิบัติงานทั้งสิ้น 177 คน จำแนกเป็นบุคลากรสายวิชาชีพ (ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อม เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การตรวจประเมินและการบำบัดโรค การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพ การอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย การบรรเทา และการดูแลรักษาจากการเจ็บป่วยโดยนำหลักวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้) จำนวน 111 คน และจำแนกเป็นบุคลากรสายสนับสนุน (ผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการ ในหน้าที่สายสนับสนุนบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการกระทำต่อมนุษย์ ปฏิบัติงานเกี่ยวกับระบบงานบริหาร จัดการ การสนับสนุน การให้บริการของหน่วยงาน) จำนวน 66 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 28 เมษายน 2566) โดยมีวิสัยทัศน์คือ มีความเป็นเลิศด้านคุณภาพบริการ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง มุ่งสู่ประชาชนสุขภาพดี

เจ้าหน้าที่มีความสุข และพันธกิจที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) พัฒนาระบบบริการและคุณภาพบริการ 2) ส่งเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพ 3) พัฒนาระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล 4) พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข จากวิสัยทัศน์ที่ให้ความสำคัญกับเจ้าหน้าที่มีความสุข ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง เนื่องจากมีความแตกต่างในเรื่องรายได้และความก้าวหน้าในอาชีพที่ชัดเจน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคล ออกแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขให้บุคลากร ให้มีความสอดคล้องกับบุคคล และหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อบุคลากรจะได้ปฏิบัติงานอย่างมีความสุข เกิดประโยชน์สูงสุดกับบุคคลที่เกี่ยวข้องและความสำเร็จของงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ทำการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 20 แห่ง ระหว่างเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน 2566 โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมทั้งอธิบายชี้แจงการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วนเชิงเนื้อหาไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ทั้ง 20 แห่ง ในปีงบประมาณ 2566 จำนวนทั้งหมด 177 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ทั้ง 20 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 177 คน จำแนกเป็นบุคลากรสายวิชาชีพ จำนวน 111 คน และบุคลากรสายสนับสนุน จำนวน 66 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย เป็นแบบสอบถามความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ประกอบด้วยข้อคำถาม ปลายปิดและปลายเปิด โดยจำแนกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ประเภทของบุคลากร ประเภทสายงาน อายุ การปฏิบัติงาน และหน่วยงานสังกัด จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 สภาพจริงในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ประกอบด้วยข้อคำถามลักษณะเลือกตอบ มี 5 ตัวเลือก สร้างขึ้นตามแบบวัดเจตคติของ Likert's scale มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การตอบแบบสอบถาม จะมีข้อคำถามให้ผู้ตอบเลือกประมาณค่า 5 อันดับ ตัวเลือก คือ ความเป็นจริงในระดับมากที่สุด ความ

เป็นจริงในระดับมาก ความเป็นจริงในระดับปานกลาง ความเป็นจริงในระดับน้อย และความเป็นจริงในระดับน้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ความเป็นจริงในระดับมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง ความเป็นจริงในระดับมาก

ระดับ 3 หมายถึง ความเป็นจริงในระดับปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง ความเป็นจริงในระดับน้อย

ระดับ 1 หมายถึง ความเป็นจริงในระดับน้อยที่สุด

จากนั้นนำมาแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยซึ่งเกณฑ์การแปลผลเป็นระดับความสุข แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลางและต่ำ โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลดด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของเบสท์ (Best.1977)

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 = มีความสุขมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 = มีความสุขปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 = ไม่มีความสุข
ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ และสิ่งอื่นๆ ที่คาดหวังในการปฏิบัติงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบเครื่องมือก็มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) แบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่องความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ผ่านการทดลองใช้กับบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อนำผลการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาอำนาจจำแนกด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนราย

ข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item – Total Correlation) และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Reliability) ด้วยวิธีการสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach - Alpha Coefficient) มีค่าอำนาจจำแนก อยู่ระหว่าง 0.38 ถึง 0.74 มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) นำเสนอด้วย ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ SD (Std. Deviation) วิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้ Independent Sample T-Test นำเสนอค่าแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) และค่า p-value

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ เลขที่โครงการวิจัย CPH-EC-029/2566 วันที่ 6 มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล
กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ทั้ง 20 แห่ง ในปีงบประมาณ 2566 จำนวนทั้งหมด 177 คน โดยจำแนกตามคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ประเภทของบุคลากร ประเภทสายงาน อายุการปฏิบัติงาน และสังกัดหน่วยงาน จำนวน 4 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ จำนวน 89 คน ร้อยละ 50.28 รองลงมาเป็นพ.ส./

ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน จำนวน 55 คน ร้อยละ 31.07 ประเภทสายงาน สายวิชาชีพ จำนวน 95 คน ร้อยละ 53.67 และสายสนับสนุน จำนวน 82 คน และร้อยละ 46.33 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยนาง จำนวน 15 คน ร้อยละ 8.47 รองลงมาปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาวง จำนวน 14 คน ร้อยละ 7.91 และปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาขาวและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหมอน้อยที่สุด จำนวนแห่งละ 6 คน ร้อยละ 3.39

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านระดับของความสุขของบุคลากร

2.1 ความสุขด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน ภาพรวมมีความสุขอยู่ในระดับมาก (M = 4.31, SD = 0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อซึ่งทุกข้ออยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ สถานที่ทำงานมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (M = 4.41, SD = 0.66) รองลงมา ได้แก่ ฉันต้องการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในหน่วยงาน (M = 4.37, SD = 0.64) ในส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ฉันต้องการไปทำงานแต่เช้าทุกวัน (M = 4.25, SD = 0.73)

2.2 ความสุขด้านผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน โดยภาพรวมมีความสุขอยู่ในระดับมาก (M = 4.35, SD = 0.71) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้ออยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ฉันมีเพื่อนร่วมงานที่สามารถทำงานร่วมกันได้ดี (M = 4.40, SD = 0.78) รองลงมา ได้แก่ หัวหน้างานสามารถกระตุ้นให้ฉันทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (M = 4.37, SD = 0.72) ในส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ฉันมีเพื่อนร่วมงานที่พร้อมจะปกป้องฉันได้ทุกเมื่อ (M = 4.28, SD = 0.82)

2.3 ความสุขด้านความก้าวหน้า ภาพรวมมีความสุขอยู่ในระดับมาก (M = 4.23, SD = 0.66) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้ออยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การประเมินผลของหน่วยงานของฉันมีความโปร่งใส (M = 4.32, SD =

0.70) รองลงมา ได้แก่ งานที่ได้รับมอบหมายเหมาะสมกับความสามารถของฉัน ($M = 4.29$, $SD = 0.64$) ในส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การประเมินผลการปฏิบัติงานทำให้ฉันมีขวัญและกำลังใจ ($M = 4.17$, $SD = 0.86$)

2.4 ความสุขด้านการพัฒนาบุคลากร โดยภาพรวมมีความสุขอยู่ในระดับมาก ($M = 4.25$, $SD = 0.62$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้ออยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ฉันต้องการได้รับโอกาสในการศึกษาดูงานเพื่อเพิ่มประสบการณ์ ($M = 4.35$, $SD = 0.69$) รองลงมา ได้แก่ ฉันต้องการได้รับโอกาสในการตัดสินใจในการทำงาน ($M = 4.33$, $SD = 0.63$) ในส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ฉันมองเห็นอนาคตที่สดใสในการทำงาน ($M = 4.11$, $SD = 0.87$)

2.5 ความสุขด้านค่าตอบแทนและผลประโยชน์ โดยภาพรวมมีความสุขอยู่ในระดับมาก ($M = 4.17$, $SD = 0.58$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้ออยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ฉันต้องการมีรายได้พิเศษเพิ่มเติมจากเงินเดือน ($M =$

4.46, $SD = 0.68$) รองลงมา ได้แก่ ฉันต้องการให้คนเห็นคุณค่าของงานที่ฉันทำอยู่ ($M = 4.35$, $SD = 0.62$) ในส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ค่าตอบแทนที่ฉันได้รับคุ้มค่างับภาระงานที่ทำ ($M = 3.86$, $SD = 0.86$)

2.6 ระดับความสุขบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง โดยภาพรวมมีความสุขอยู่ในระดับมาก ($M = 4.26$, $SD = 0.55$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านอยู่ในระดับมากในทุกด้าน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ($M = 4.35$, $SD = 0.71$) รองลงมา ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน ($M = 4.31$, $SD = 0.51$) ในส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านค่าตอบแทนและผลประโยชน์ ($M = 4.17$, $SD = 0.58$)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ($n = 177$)

ตำแหน่ง	ความสุขของบุคลากร			
	n	M	SD	p-value
สายวิชาชีพ	95	4.29	0.51	0.328
สายสนับสนุน	82	4.23	0.60	

*p-value>0.05

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง พบว่าไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ระดับของความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ในภาพรวมอยู่ในระดับมีความสุขมาก เมื่อพิจารณา

รายได้ พบว่าทุกด้านทั้งด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ด้านความก้าวหน้าของบุคลากรด้านการพัฒนาบุคลากร และด้านค่าตอบแทนและผลประโยชน์ ระดับความสุขของบุคลากรอยู่ในระดับมากทุกด้าน และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง พบว่าตำแหน่งแตกต่างกัน ความสุขของบุคลากรไม่

แตกต่างกันอธิบายผลการศึกษา ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ ดังนี้

5.2.1 ระดับของความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

ระดับความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง โดยภาพรวมมีความสุขอยู่ในระดับมาก ($M = 4.26$, $SD = 0.55$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีวัฒนธรรมองค์กรและการเรียนรู้ร่วมกัน สร้างคนทำงานให้เหมาะสมกับตำแหน่ง มีวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม บุคลากรได้รับการพัฒนา และได้รับค่าตอบแทน ผลประโยชน์จากการทำงานอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ สืบสุข¹⁷ ได้ศึกษาและสรุปปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีความสุขและประสบความสำเร็จในการทำงาน ประกอบด้วย การที่บุคคลได้ทำงานที่ท้าทายความสามารถ บรรยากาศในการทำงานที่ดีมีสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน การมีส่วนร่วมในงาน มีโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน และการมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจงจิต เลิศวิบูลย์มงคล⁹ ได้สรุปปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีความสุขในการทำงานและประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย การที่บุคคลได้ทำงานที่น่าพึงพอใจ งานที่ท้าทายความสามารถงานที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ งานที่มีคุณค่า มีโอกาสก้าวหน้าในการงาน มีผลตอบแทนคุ้มค่า มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีมีคุณภาพชีวิตงานที่ดีและได้ปฏิบัติงานที่เกิดจากแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์

5.2.2 เปรียบเทียบความสุขของบุคลากรสายวิชาชีพกับสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง โดยใช้สถิติ

Independent Sample T-Test ในการทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการทดสอบพบว่า ค่า p -value = 0.328 มากกว่า 0.05 หมายความว่า ตำแหน่งแตกต่างกัน ความสุขของบุคลากรไม่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า องค์กรมีระบบการคัดเลือกบุคลากรจากวุฒิการศึกษาและประสบการณ์ทำงานให้เหมาะสมกับลักษณะของงานแต่ละตำแหน่ง บุคลากรจึงพอใจและมีความสุขในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ ประเสริฐสุข²⁴ กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ และปัจจัยเหล่านี้ใช้เป็นเครื่องมือชี้บ่งถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน ซึ่งมีปัจจัยอยู่ 3 ประการ คือ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors) ปัจจัยด้านงาน (Factors in the Job) และปัจจัยด้านการจัดการ (Factors Controllable by Management) การศึกษา จากงานวิจัยบางแห่งพบว่า การศึกษาไม่แสดงถึงความแตกต่างระหว่างความพึงพอใจในงาน แต่มักจะขึ้นอยู่กับงานที่ทำว่าเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของเขาหรือไม่ ในรายงานวิจัยหลายชิ้นพบว่า นักวิชาการวิชาชีพ เช่น แพทย์ วิศวกร ทนายความ มีความพึงพอใจในงานสูงกว่าคนงานและพนักงานลูกจ้างที่ใช้แรงงานทั่วไป รวมทั้งเสมือนพนักงานด้วย และฐานะทางวิชาชีพ จากการศึกษาวิจัยพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของพนักงาน มีความพึงพอใจในงาน แต่มีถึงร้อยละ 17 ที่พบว่า ถ้ามีโอกาสก็อยากเปลี่ยนงาน ในสถานะที่เศรษฐกิจดี มีงานให้เลือกทำ จะมีการเปลี่ยนงานบ่อย เพื่อจะเลื่อนเงินเดือนเลื่อนฐานะของตนเองดังนั้นตำแหน่งทางการงานที่มีฐานะทางวิชาชีพสูง เช่น การเป็นอาชีพต่ำกว่า ความจริงแล้วต้องพิจารณาควบคู่ไปกับความอิสระในงาน ความภาคภูมิใจในงานประกอบไปด้วย ทั้งนี้ก็เพราะฐานะทางอาชีพ นอกจากขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นเป็นผู้พิจารณาตัดสินใจในแต่ละสังคม แต่ละหน่วยงานให้ความสำคัญของฐานะทางวิชาชีพแตกต่างกันไป ระยะเวลาที่ผ่านมา ความคิดเห็นเกี่ยวกับฐานะทางวิชาชีพก็เปลี่ยนไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสุขจากความคาดหวังและสภาพจริงในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุเกี่ยวกับความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เอกสารอ้างอิง

- 1.กฤษณา บุญโยประการ. ระดับความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากร: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2561.
- 2.Saal, F. E., & Knight, P. A. . Industrial/organizational Psychology : Science and Practice. Brooks/Cole. 1995.
- 3.Chiumento Consulting. Survey spotlight : happiness at workplace. Bulletpointpublications Limited. 2007.
- 4.Keawnin T. Happy Workplace of Personal RajabhatChiangmai University, Chiangmai. Chiangmai University. 2011.
- 5.Kittisukasit S, Chamchan C, Tangchonlip K, Holomyong C. Quality of Life, Work and Happiness. NakhonPathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University, Bangkok. Mahidol University. 2013.
- 6.ปิยะธิดา ปัญญา และไพศาล วรคำ. ความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2560.
- 7.Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., & Kasri, F. “Responses to hedonically conflicting social comparisons: Comparing happy and unhappy people”. European Journal of Social Psychology. 2001; 31: 511-535.
- 8.Porter, L.W. “A study of perceived need satisfaction in bottom and middle management jobs”. Journal of Applied Psychology. 1961. 45, p.3.
- 9.จงจิต เลิศวิบูลย์มงคล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. 2547.
- 10.ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์. 2538.
- 11.พระพรหมคุณาภรณ์. ธรรมนุญชีวิต (ความสุขสี่ประการ). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2540.
- 12.พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาสภิกขุ). กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภาและสถาบันบันลือธรรม.
- 13.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิตงบประมาณ 2552. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2566. จาก: <https://www.dmb.go.th>
- 14.โปยเซียน. Be happy เพราะความสุขสร้างได้ด้วยตัวเอง. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนต พรอนเทียร์ มัลติมีเดีย. 2558.
- 15.กัลยาณี เสนาสุ. งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสุขของคนไทย (Factors Affect Happiness in Thailand). สืบค้นเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2566 จาก: <http://rc 2017. Nida.ac.th>
- 16.Gavin & Mason. The virtuous organization: The value of happiness in the work place. Organization Dynamics, 2004; 33(1): 379-392
- 17.พรรณิภา สืบสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ลักษณะงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาล ประจำการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการบริหารพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2548.
- 18.ปพิชญา วรรณสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของตำรวจกองบังคับ การอำนวยความสะดวกตำรวจภูธรภาค 5 จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต สาขาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2552.

19. Manion, J. Joy at work: Creating a positive workplace. *Journal of Nursing Administration*, 2003; 33(12): 652-655.
20. Diener, E. Frequently asked question (FQA'S) about subjective well-being (Happiness and life satisfaction). สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2566 จาก <http://psych.uiux.edu/nediener/fag>
21. ชาญวิทย์ วสันตธนารัตน. มาสร้างองค์กรแห่งความสุขกันเถอะ. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2566 จาก: <http://www.happy8workplace.com>
22. วิทยา พลอาวด และนภดล ละอองจิตร. ปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสตูล. *มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 2561; 6: 20-28.
23. สมศักดิ์ ประเสริฐสุข. *จิตวิทยาการจัดการองค์การอุตสาหกรรม*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์. 2554.

การผ่าตัดตับอ่อนส่วนหัวร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple procedure

Nursing care for Whipple procedure : 2 case study.

(Received: November 27,2023 ; Revised: December 11,2023 ; Accepted: December 18,2023)

เพิ่มสุข พุยกคำสิงห์¹Permsook Phuykhumsing¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Whipple procedure เปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย และวางแผนให้การพยาบาลทุกระยะของการผ่าตัดเพื่อให้ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ศึกษาเป็นรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง เลือกรณีศึกษาที่ผ่าตัด Whipple procedure ได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย, ประวัติครอบครัว, ข้อมูลทางจิตสังคม สาเหตุ อาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกายและการรักษาของแพทย์เพื่อเป็นข้อมูลนำไปวิเคราะห์ที่จะประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วย และวางแผนให้การพยาบาลทุกระยะของการผ่าตัด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยรายแรกได้รับวินิจฉัยเป็นมะเร็งแอมพูลลา รายที่สองได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเนื้องอกลำไส้เล็ก รักษาโดยการผ่าตัดส่วนหัวของตับอ่อนพร้อมทั้งตัดลำไส้เล็กส่วนบนร่วมกับท่อน้ำดี และถุงน้ำดีออก เป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน 4-12 ชม.และหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานประมาณ 2 สัปดาห์

คำสำคัญ: การผ่าตัด ตับอ่อนส่วนหัว ทางเดินน้ำดี วิธี Whipple procedure

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for patients undergoing the Whipple procedure, compare 2 patients, and plan nursing care for all stages of the surgery to ensure safety. No complications Study on a specific case-by-case basis A case study of the Whipple procedure was selected and basic data were collected. History of illness, family history, psychosocial information, causes and symptoms of disease Diagnosis The doctor's physical examination and treatment are used as data for analysis to evaluate the patient's situation and plan nursing care for all stages of surgery.

The results of the study revealed that the first patient was diagnosed with ampulla cancer. The second was diagnosed with cancer of the small intestine. Treated by surgery on the head of the pancreas and cutting the upper small intestine together with the bile duct. and the gallbladder removed It is a surgery that takes 4-12 hours and after surgery the patient must be hospitalized for approximately 2 weeks.

Keywords: surgery, pancreatic head, biliary tract, Whipple procedure

บทนำ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Whipple procedure สถิติของโรงพยาบาลมุกดาหาร มีการผ่าตัด 3 ราย (เฉลี่ย 1 ราย/ปี : rare case) ⁽¹⁵⁾ ทั้งสองรายนี้ผู้ป่วยปฏิเสธไปรักษาที่อื่น การตัดสินใจทำผ่าตัด จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อรักษาคุณภาพชีวิต และปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย แพทย์พิจารณาผ่าตัด “Whipple procedure” การ

ผ่าตัด ต้องตัดบางส่วนของอวัยวะทั้งหมด 5 อวัยวะโดยตัดเอาส่วนหัวของตับอ่อนพร้อมทั้ง ตัดลำไส้เล็กส่วนบนร่วมกับท่อน้ำดี ถุงน้ำดีและบางส่วนของกระเพาะอาหารไปพร้อมกัน ^(10,11) และเชื่อมต่อ (anastomosis) อวัยวะทั้งหมด 3 จุด ⁽⁹⁾ ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเลือดออกหลังผ่าตัด (post pancreatectomy hemorrhage: PPH) ภาวะที่มีการรั่วของน้ำย่อยตับ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมุกดาหาร

อ่อนหลังผ่าตัด (postoperative pancreatic fistula :POPF) สามารถพบได้ร้อยละ 30-60⁽⁵⁾ และการบีบตัวของกระเพาะอาหารเพื่อดันอาหารลงสู่ลำไส้เล็กนานกว่าปกติ (delay gastric emptying: DGE), ใช้เวลาผ่าตัดนาน แต่ถ้าการผ่าตัดในมือศัลยแพทย์ที่ชำนาญ และการดูแลจากพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างพิถีพิถัน แม่นยำ ใส่ใจและครอบคลุม ซึ่งนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ทั้งก่อน ขณะและหลังผ่าตัด ที่มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน บางรายงานมีอัตราการอยู่รอดชีพถึง 5 ปี สูงถึงร้อยละ 20-25^(6,11)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Whipple procedure เปรียบเทียบ ผู้ป่วย 2 ราย และวางแผนให้การพยาบาลทุกระยะของการผ่าตัดเพื่อให้ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วิธีดำเนินการศึกษา ศึกษาเป็นรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง

เลือกกรณีศึกษาที่ผ่าตัด Whipple procedure ได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย, ประวัติครอบครัว, ข้อมูลทางจิตสังคม สาเหตุ อาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกายและการรักษาของแพทย์เพื่อเป็นข้อมูลนำไปวิเคราะห์ที่จะประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วย และวางแผนให้การพยาบาลทุกระยะของการผ่าตัดเพื่อให้ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเรียนรู้จากศัลยแพทย์ ศึกษา ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะผ่าตัด การพยาบาลขณะผ่าตัด และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>การพยาบาล ในผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีที่เหมือนกัน</p> <p>ระยะก่อนผ่าตัด pre visit</p> <p>วินิจฉัยการพยาบาล : ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บอกกลัวการผ่าตัดนอนไม่หลับ</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล : ลดความวิตกกังวลการผ่าตัด มีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องทำตามคำแนะนำได้ดีในระยะเวลาการผ่าตัด มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจในการผ่าตัด ให้ความร่วมมืออย่างดี</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล : เตรียมด้านจิตใจ เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แนะนำตนเองและสถานที่ปฏิบัติงาน สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์การเยี่ยม เพื่อลดความวิตกกังวล และร่วมมือในการรักษา อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นของการรักษาในครั้งนี้ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน ผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิดให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ บรรยากาศในห้องผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตัวก่อน ผ่าตัด อธิบายถึงขั้นตอนการผ่าตัด และสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาการปวดแผลหลังผ่าตัด สายท่อระบายต่างๆ ออกจากช่องท้องเพื่อระบายเลือด น้ำเหลือง ออกจากแผล การใส่สายสวนทางจมูก เพื่อระบายน้ำย่อยต่างๆ จากกระเพาะอาหาร การงดน้ำและอาหาร จะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำจนกว่าลำไส้เริ่มทำงานแพทย์จะให้ดื่มน้ำ และรับประทานอาหารได้ตามลำดับ สังเกตการแสดง อารมณ์ ตลอดจนความผิดปกติทางด้านร่างกาย เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยและได้ระบายความรู้สึกโดยตอบข้อซักถามด้วยท่าที่เป็นมิตร นุ่มนวล ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อยู่ในขอบเขตหน้าที่ที่สามารถตอบได้ ตั้งใจฟัง ความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และเห็นใจ</p> <p>การเตรียมด้านร่างกาย และทั่วไป งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน ความสะอาดร่างกายอาบน้ำ สระผมสวมเสื้อผ้าที่สะอาดไปห้องผ่าตัด ถอดฟันปลอม และเครื่องประดับ การจองเลือด การเซ็นยินยอมผ่าตัด</p> <p>การประเมินผล : ผู้ป่วยคลายความกังวล สีหน้าแจ่มใส ให้ความร่วมมือเข้าใจเหตุผลของการผ่าตัด</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>การเตรียมห้องผ่าตัด ทำความสะอาด ตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัด วันหมดอายุ ตรวจสอบความเรียบร้อยให้เพียงพอ และพร้อมใช้ ก่อน ทำผ่าตัด ถ้าไม่พร้อม ข้าราชการต้องเปลี่ยน แก๊สทันที</p> <p>Immediately pre-op Surgical safety check list (sign in) ก่อนดมยาสลบกับทีมผ่าตัด ป้องกันผ่าตัดคนผิด operation Surgical safety check list (time out) ก่อนลงมีดผ่าตัด</p>
<p>การพยาบาลระยะผ่าตัด 2กรณี เหมือนกัน วินิจฉัยการพยาบาล 1 : เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : เป็นการผ่าตัดใหญ่มีTrauma ต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะที่สำคัญหลายระบบ HCT23.7%(รายที่1)</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล : การผ่าตัดมีการสูญเสียเลือดได้ภาวะที่สัญญาณชีพไม่เปลี่ยนแปลง V/S stable</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล : ศึกษาขั้นตอนการผ่าตัด เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมใช้เครื่องมือได้เหมาะสมกับขั้นตอนการผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นประสานงานกับวิสัญญีในการประเมินสัญญาณชีพ มีทีมเสริม เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เฝ้าระวังและ ประเมินสถานะการหมดเวลา เพื่อให้ความช่วยเหลือหรือตัดสินใจใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะวิกฤต พยาบาลช่วยแพทย์สังเกตจุดเลือดออกใน Field ผ่าตัด ช่วยแพทย์ในการ Stop bleeding ระวังเส้นเลือดสำคัญข้างเคียงที่สำคัญ เตรียมPRC 4u และFFP 4u ตรวจสอบปริมาณ สี ผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ บันทึกกิจกรรมพยาบาล</p> <p>การประเมินผล :กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วย EBL 500 ซีซี ระหว่างผ่าตัด Hb 7.2 g/dl ให้ PRC 2 ยูนิต หลังเลือดหมด Hb 10.7 g/dl , กรณีศึกษาที่ 2 Hct 36% EBL 250 cc สัญญาณชีพปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม สายระบายสีแดงจาง</p>
<p>วินิจฉัยการพยาบาล 2 : เสี่ยงต่อเกิดภาวะ Hypothermia</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : เป็นการผ่าตัดใหญ่และอาจมีการเสียเลือดมากขณะผ่าตัดได้ การเสียเลือดทำให้ อุณหภูมิร่างกายลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว การผ่าตัดใช้ เวลาผ่าตัดนาน 3.30 ชั่วโมง อุณหภูมิในห้องผ่าตัด 18° c แผลผ่าตัดขนาดใหญ่ อวัยวะภายในสัมผัสอากาศภายในห้องแอร์</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อรักษาภาวะอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ ในระดับปกติ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีภาวะ Hypothermia ตัวไม่เย็น อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 36.5 °c ไม่มีหนาวสั่น รุขมขนตั้ง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล : ควบคุมอุณหภูมิห้องให้ไม่ต่ำกว่า 18 องศาเซลเซียส คลุมผ้าผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัดเปิดเฉพาะส่วนที่ทำผ่าตัด ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วย โดยคลุมผ้าถึงปลายมือ ปลายเท้า ใช้Warmer ร่วมกับ ผ้าที่ปรองตัวผู้ป่วยแห้งเท่าที่ทำได้ การเทน้ำ ไม่ให้ไหลลงข้างลำตัวผู้ป่วย ต้องมีเครื่องมือกันน้ำไหลนอง ใช้น้ำอุ่นกับผู้ป่วย เช่นล้างช่องท้อง เสร็จการผ่าตัดเปลี่ยนผ้าที่คลุม ผ้ารองตัวผู้ป่วยที่เปียกพร้อมหม้อผ้าที่อุ่นทันที ประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วยว่ามีภาวะ Hypothermia หรือไม่ เช่น ผิวหนังเย็น ปลายมือปลายเท้าเย็น</p> <p>การประเมินผล : ผู้ป่วย ผิวหนังอุ่น ไม่มีปลายมือปลายเท้าเย็น อุณหภูมิกาย 36.8 °c ไม่มีอาการหนาวสั่น</p>
<p>วินิจฉัยการพยาบาล 3 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกาย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : เนื่องจากผิวหนังเป็นที่อยู่ของแบคทีเรียพวก Staphylococcus aureus species ,การผ่าตัดมีการสัมผัสกับ mucosa ของ Stomach และอาจมีการปนเปื้อนของ Content ออกมาที่ field ผ่าตัดได้ ,แผลผ่าตัดยาว 30 ซม.ระยะเวลาการผ่าตัดนาน มีโอกาสปนเปื้อนได้ ขณะผ่าตัดมีการเปิดประตูเข้าออกของทีมผ่าตัดรอบนอกบ่อยๆ , กรณีที่1ผู้ป่วยที่รักษา Sepsis ก่อนผ่าตัด ,ใส่สายสวนปัสสาวะ ร่างกายอ่อนแอทั้งสองราย</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล : ป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล : ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้หลัก Aseptic technique และSterile technique ตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้ไม่หมดอายุ , sterile tape ผ่านการทำปราศจากเชื้อ ประเมินสภาพผิวหนังของ ผู้ป่วยว่ามีผดผื่น เช่น ผื่นแดงหรือ ตุ่มหนอง หรือบาดแผลหรือไม่ ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ตามมาตรฐานการทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัด ทาน้ำยาฆ่าเชื้อให้ครอบคลุมตำแหน่งที่จะทำผ่าตัด การปูผ้าผ่าตัดปราศจากเชื้อให้ถูกต้องโดยเปิดเฉพาะส่วนที่จะลงมีดผ่าตัดเท่านั้น จำกัดการเข้าออกห้องผ่าตัดในขณะที่ผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา หลังเสร็จผ่าตัดปิดแผลด้วย Gauze ไม่ควรบังและให้คลุมห่างขอบแผล 1 นิ้วทุกด้าน สังเกตอาการปวดท้อง แน่นอึด ดูแลสายสวนปัสสาวะตามแนว</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>เกณฑ์การประเมินผล : แผลผ่าตัดไม่มีบวมแดง ร้อน ในระยะหลังผ่าตัด ไม่มีไข้ WBC 5-10 x10³u/ไม่ปวดท้องไม่แน่นอึดตึง อุณหภูมิ 37.4°C, Drain content ไม่เป็นหนอง</p>	<p>ปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และยา ลดไข้ เมื่อมีไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง</p> <p>การประเมินผล : แผลผ่าตัดไม่อักเสบ ไม่ปวดท้อง ผู้ป่วยไม่มีไข้สูง , WBC 6.6 x10³u/ WBC7.0 x10³u/</p>
<p>วินิจฉัยการพยาบาล 4 : เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยได้รับยาสลบ ก่อนการเคลื่อนย้ายจากเตียงผ่าตัด ฤทธิ์ของยาสลบยังไม่หมด , การติด Electric plate ของเครื่องใช้ไฟฟ้าถ้าไม่แนบสนิททั้งแผ่น จะทำให้ไม่ทำงานหรือเกิดรอยไหม้ที่ผิวหนังบริเวณนั้นได้</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล : ป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดจากการตกเตียงผ่าตัดของผู้ป่วย - เพื่อป้องกันการรอยไหม้ของผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นลื่อนไฟฟ้า</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่ตกเตียง และบริเวณผิวหนังไม่พองไหม้</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล : ใช้Safety belt รัดเหนือเข่า เหนือข้อมือ2ข้างของผู้ป่วยให้ติดกับเตียงผ่าตัดไม่ควรแน่นจนเกินไป ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่จะติดแผ่นลื่อนไฟฟ้าและวางแผ่นลื่อน วางในส่วนที่มีกล้ามเนื้อ ส่วนที่ไม่มีขนหรือขนน้อยที่สุด ติดในส่วนที่แห้ง ป้องกันการเปียกน้ำจากการทำผ่าตัดได้ ให้ใกล้บริเวณที่ทำผ่าตัดที่สุด และไม่วางบนปุ่มกระดูกต่างๆ ตรวจสอบการการพองไหม้บริเวณผิวหนังส่วนที่วางแผ่นลื่อน ลงบนที่ก บริเวณที่วางและลักษณะผิวหนัง ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเตียงผ่าตัดไปยังเปลนอนควรใช้แผ่น Pad slide ช่วยเคลื่อนย้าย ด้วยความนุ่มนวล ระมัดระวังสายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายระบายต่างๆที่ติดมากับตัวผู้ป่วยไม่ให้เลื่อนหลุด และอยู่ในสภาพที่ ทำงาน เหมาะสม</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเคลื่อนย้าย ผิวหนังไม่พองไหม้จากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า Surgical safety check list (sign out)</p>
<p>การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด</p> <p>วินิจฉัยการพยาบาล 1 : ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : เนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลายชอกช้ำจากการผ่าตัด ใช้อุปกรณ์ถ่างขยายช่องท้องขณะผ่าตัดนานระยะเวลาเจ็บปวดจะสูงสุดในระยะหลังผ่าตัดทันทีที่รู้สึกตัวและต่อไปอาจถึง 30 ชั่วโมงแรกของการผ่าตัด pain score 8-10 ผู้ป่วยนอนนิ่ง หน้าขาวเมื่อมีการขยับตัว ความดันโลหิตสูง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล : pain score < 5 ขยับตัว ช่วยตัวเองได้พอสมควร</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล : ให้อาแก้ปวด fentanyl (100) v drip 5 ml / hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามอาการปวดแผลหลังได้รับยา ไม่ควรบรรเทาเพื่อผู้ป่วยได้พักผ่อน ให้ออนใน Semi-fowler's position เพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง บรรเทาอาการปวด แนะนำให้ ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึก ๆ ยาว ๆ เมื่อปวด</p> <p>แผล ชัดสิ่งที่จะอาจทำให้เกิดอาการปวดแผลมากขึ้น แนะนำให้ ผู้ป่วยใช้มือประคองแผลเวลาไอเวลา ขณะ</p> <p>เคลื่อนไหวและระมัดระวังสายระบายต่างๆไม่ให้ดึงรั้ง ช่วยเหลือบางส่วนในการทำกิจกรรม</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล : ได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ตามแผนการรักษา นอนพักได้ pain score 4-7 ทั้งสองราย</p>
<p>วินิจฉัยการพยาบาล 2 : เสี่ยงต่อการรั่วของรอยต่อ(anastomosis) หลังผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : มีการต่อเชื่อมอวัยวะทั้งหมด3 จุด คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Choledochojejunostomy 2.Pancreaticojejunostomy 3. Gastrojejunostomy <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสามารถทราบและแก้ไขได้ทันเวลาที่</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล : Drain สีแดงจาง ปริมาณลดลง BP>120/80, <160/100 mmhg รู้สึกตัวดี T=37.5°C ท้องไม่แน่นอึดตึง รู้สึกตัวดี ไม่ซึม, content จาก drain สีแดงจางลง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล : วัตถุประสงค์ปฏิบัติตามแผนการรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัด สังเกตระดับความรู้สึกตัว สังเกตลักษณะ สี ปริมาณของน้ำที่ออกจากสายระบาย ทำ I/O ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบ แนะนำให้พลิกตะแคงตัวเอง ขยับแขนขา ลูกนั่ง กระตุ้นลำไส้ให้ทำงานท้องจะได้ไม่อืด</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล : รู้สึกตัวดี น้ำที่ออกจากสายระบายสีแดงจางลง ปริมาณลดลงเรื่อย ๆ สัญญาณชีพปกติ แผลไม่มีเลือดซึม พลิกตะแคงตัวเองได้บ้าง มีท้องอืดเล็กน้อย</p>
<p>วินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล 3 : เสี่ยงต่อการขาดสารน้ำเกลือแร่และสารอาหาร</p>	<p>การปฏิบัติการพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและความจำเป็นในการงดน้ำ และอาหารทางปาก ประเมินภาวะขาดน้ำและสารอาหาร เช่น ลิ้นแห้ง ปากแตก เยื่อบุปากแห้ง ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเช็ดบริเวณเยื่อบุช่องปาก ลิ้น กระพุ้งแก้มและริมฝีปากให้เกิดความชุ่มชื้น สังเกตอาการ</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยอ่อนเพลีย งตน้ำและอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร Kต่ำกว่า 3.5 mmol/L(2ราย),เสียเลือดจากการผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจ Na 135-145 mmol/L, K 3.5-5 mmol/L, Cl 96-113 mmol/L, CO2 22-26 mmol/L</p>	<p>โพแทสเซียม โซเดียม แคลเซียม และแมกนีเซียมต่ำ หากมีอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ ใส่สายยางจากจุกสู่กระเพาะอาหารตามแผนการรักษา ดึงสายยางให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการกดและระคายเคืองจุก บันทึกลักษณะ สี ปริมาณที่ออกดูและทำความสะอาดช่องปากบ่อย ๆ โดยเฉพาะหลังอาเจียน ให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนตามแผนการรักษา ให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและโพแทสเซียมตามแผนการรักษา สังเกตอาการขณะได้รับ KCl จัดบันทึกจำนวนน้ำเข้าออก สี ลักษณะ จำนวนของน้ำที่ออกมาจากกระเพาะอาหาร เพื่อประเมิน ความสมดุลของสารน้ำ ดูแลให้ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำและ B Fluid ตามแผนการรักษา ดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/ สูง ภาวะติดเชื้อ ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เมื่อผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้อาจเป็นการให้อาหารทางปาก ควรเป็น clear fluid ต่อมาอาหารอ่อนย่อยง่าย ติดตามอาการปวด ท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด และไขมันในอุจจาระ ชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ประเมินการทำงานของลำไส้ โดยฟัง bowel sound บันทึกสัญญาณชีพ อาการของผู้ป่วย ติดตามประเมินปริมาณน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชม. รายงานแพทย์ถ้าปัสสาวะออก น้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ ติดตามผลตรวจ BUN Cr., Hct, DTX</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ, ระดับน้ำตาล ในเกณฑ์ปกติ ,มีค่าทำให้ KClตามแผนการรักษา ไม่มีภาวะผิดปกติขณะและหลังได้ KCl</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างคือ กรณีศึกษาที่ 1</p> <p>วินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อภาวะหายใจบกพร่อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : อายุมาก หลังผ่าตัดวิสัญญีแพทย์ on ETT ไว้ก่อน แนะนำให้ดูแลที่ SICU 1 วันหลังผ่าตัด แพทย์ พิจารณา off ETT มีหายใจหอบ 22-24 b/m</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล : ป้องกันการเกิดหายใจล้มเหลว</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล : ในขณะที่ on ETT หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง , หลัง off ETT / O2 sat >95% ,BL no wheezing</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล : สังเกตอัตราและจังหวะการหายใจว่าสัมพันธ์กับเครื่องหรือไม่ , หลัง off ETT สังเกตการหายใจ มีหอบเหนื่อยหรือไม่ on O2 canular ,keep Sp O2 > 95% , Berodual 1NB ทุก 6ชม., Breathing exercise (tri flow) จัดให้อนไหวสูงเล็กน้อย 30 (post op) เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>การประเมินผล : ยังมีหายใจหอบเหนื่อยเล็กน้อย Sp O2 > 95% ,หลัง off ETT > on O2 canular ต่อ</p>
<p>วินิจฉัยการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 2 ที่แตกต่างจากกรณีที่ 1</p> <p>วินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : มีโรคประจำตัวเป็น HT, BP ก่อนมา 167/97 mmhg (ward), 140/90 mmhg (waiting room) ก่อนดมยาสลบ 195/115 mmhg , 232/118 mmhg (PACU)</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล : ป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP)</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล : BP 140/95 mmhg ไม่มี กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล : ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15นาทืx 4 ครั้ง, ทุก 30 นาทีx 2 ครั้งหาก อาการคงที่เปลี่ยนเป็นวัดทุก 4 ชั่วโมง,ให้ labetalol 25mg V ถ้ามีอาการกล้ามเนื้อที่หน้าอกรแรง ปากเปี้ยว หลับตาไม่สนิท มุมปากตก แขนหรือขาอ่อนแรง ยกไม่ขึ้น พุดไม่ชัด ต้องรายงานแพทย์ทราบ</p> <p>การประเมินผล BP 140/95 mmhg ไม่มีกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ไม่พบอาการผิดปกติ</p>

ตารางที่ 2 สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>หญิงไทย อายุ 58 ปี มาด้วย ปวดแน่นอึดท้อง อ่อนเพลีย มีไข้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ประวัติ 1 เดือนก่อนมา ปวดได้ชายโครงขวา ตัวตาเหลือง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มีโรคประจำตัว ไม่แพ้ยา อาหารไม่เคยผ่าตัด แรกรับที่อุณหภูมิ 38.2° C P= 94 b/m R=20 b/m BP=124/69mmhg ตรวจร่างกายพบ Murphy sign + วินิจฉัยเป็น cholangitis with sepsis แพทย์พิจารณาการรักษาในโรงพยาบาลมุกดาหาร การรักษา IV Fluid, Antibiotic คือ ceftriaxone 2 gm v OD และ metronidazole 500 mg v ทุก 8 ชม., H/C (no growth after 5 day) ผลทางห้องปฏิบัติการ Hct 19.7% ให้ PRC , K ต่ำ ให้ KCl ไซ้ลดลง สดขึ้นขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น ผล CTWA การวินิจฉัย CA ampulla แพทย์พิจารณาผ่าตัด Whipple procedure หลังผ่าตัดเสี่ยงต่อปัญหาการหายใจบกพร่อง ใส่ท่อหายใจดูแลในห้อง ICU 2 วัน เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 500 cc ให้เลือด Hct 31.9% , ค่า K ต่ำ ให้ KCl IV drip , ATB เป็น meropenem 1 gm ทุก 8 ชม. ระวังปวดโดยให้ fentanyl 100mg V drip 5 ml / hr., Thiamine (100mg) IV OD , Losec 40 mg IV ทุก 12 hr. ,B- Fluid, consult กายภาพบำบัด Breathing exercise ระหว่างดูแลยังมีปัญหาต่างๆ ได้แก้ไขไปบางส่วน เฝาระวังภาวะแทรกซ้อน PPH , POPF , DGE, ติดเชื้อในร่างกาย การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดทั่วไป แพทย์พิจารณาเห็นว่าผู้ป่วยสามารถ กลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ จำหน่ายวันที่ 20 เดือนกรกฎาคม พ.ศ 2565 รวมเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 18 วัน นัดติดตามการรักษา ในวันที่ 1 เดือนสิงหาคม พ.ศ 2565</p> <p>ยาที่ได้รับกลับไปรับประทานที่บ้าน 1. Cyproheptadine 1 tab bid. Pc /20 tablets 2. Paracetamol (500 mg) 1 tab p.r.n. for fever and pain q 4 – 6 hrs. / 20 tablets 3. Losec 1x2 oral ac / 30 tablets 4. MTV 1x2 oral pc / 30 tablets 5. Folic Acid 1 tap pc OD เข้า/ 20 tablets 6. Gasxym 1x3 oral pc / 45 tablets 7. Cefixime 2x2 oral pc/20 tablets</p> <p>คำแนะนำก่อนกลับบ้าน รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานครั้งละเล็กน้อย แต่บ่อยครั้งขึ้น ลดอาหารไขมันสูง เพิ่มผักผลไม้ที่มีกากใยมาก ลดของหวาน เพิ่มอาหารโปรตีนเช่นไข่ขาว เนื้อสัตว์ เนื้อปลา ถั่ว นม อาจมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลียหลังผ่าตัดบ้าง ร่างกายจะฟื้นฟูเต็มที่ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน ออกกำลังกายตามกำลัง งดทำงานหนักหลังผ่าตัด 1-2 เดือน รับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา มาตรวจ ฟังผลขึ้นเนื้อตามนัด</p> <p>อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อน ปวดท้องมากขึ้น กินยาแก้ปวดไม่หาย ตัว ตาเหลืองมากขึ้นเหนื่อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารแล้วแน่นอึดท้อง หรืออาเจียน ให้สังเกตแผลผ่าตัด และแผลรูระบายว่ามีเลือด น้ำใส</p> <p>เขียว หนองซึม มีปวดบวม แดงร้อนถ้ามีให้มาพบแพทย์ สอนและแนะนำผู้ป่วยให้ทราบถึงวิธีการปฏิบัติที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน</p>	<p>ผู้ป่วยชายไทย อายุ 46 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 4 เดือนก่อนมา อาเจียนและถ่ายเหลว มากกว่า 10 ครั้ง/วัน ถ่ายดำ อ่อนเพลีย เป็นโรคความดันโลหิตสูงรับยาประจำ ไม่แพ้ยา อาหาร เคยผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกต้นขาขวา ผู้ป่วยเข้าออกโรงพยาบาลประจำด้วยอาการอาเจียนและถ่ายเหลว 2 ปีก่อน EGD พบก้อนที่ลำไส้เล็ก ส่งตัวไป รพ ขอนแก่น ตรวจ EUS -FNB แรกรับแรกรับที่อุณหภูมิ 36.5° c , P= 86 b/m, R=20 b/m, BP=140/85mmhg ตรวจร่างกายไม่ปวดท้อง ถ่ายดำบางครั้ง วันนี้มาพบแพทย์ตามนัดเพื่อผ่าตัด ผล CT และ EUS -FNB การวินิจฉัย Duodenal NET แพทย์รับรักษาในโรงพยาบาลมุกดาหาร เตรียมการผ่าตัดด้วย IV Fluid, Antibiotic คือ ceftriaxone 2 gm v OD และ metronidazole 500 mg v ทุก 8 ชม., ผลทางห้องปฏิบัติการ Hct 39.8%, ALP 133 u/L, Cr 1.66 mg/dL, K 3.04 mmol/L แพทย์พิจารณาผ่าตัด Whipple procedure หลังผ่าตัดวิสัญญีแพทย์ให้ดูแลใน SICU 1 วัน เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 250 cc ให้เลือด Hct 31.9% , ค่า K ต่ำ ให้ KCl IV drip , ATB เป็น meropenem 1 gm ทุก 8 ชม. ระวังปวดโดยให้ fentanyl 100mg V drip 5 ml / hr., Thiamine (100mg) IV OD , Losec 40 mg IV ทุก 12 hr. B- Fluid , consult กายภาพบำบัดทำ Breathing exercise ระหว่างอยู่ในความดูแลผู้ป่วยมีปัญหาไข้ ปวดแผล อ่อนเพลีย ได้รับการแก้ไขไปบางส่วน ยังคงต้องดูแลภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น PPH , POPF , DGE, ติดเชื้อในร่างกาย การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดทั่วไป แพทย์พิจารณาเห็นว่าผู้ป่วยสามารถ กลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ จึงอนุญาตให้กลับบ้าน รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 15 วัน นัดมาตรวจรักษาต่อเนื่อง ในวันที่ 4 เดือน สิงหาคม พ.ศ 2566</p> <p>ยาที่ได้รับกลับไปรับประทานที่บ้าน 1. Ciprofloxacin (250mg) 2 tab bid. Oral pc / 40 tablets 2. Paracetamol (500 mg) 1 tab p.r.n. for fever and pain q 4 – 6 hrs. / 20 tablets 3. Losec 1x2 oral ac / 40 tablets 4. Air x 1x3 oral pc / 40 tablets 5. Motilium 1x3 oral pc / 40 tablets 6. MTV 1x2 oral pc / 40 tablets</p> <p>คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครั้งละเล็กน้อย แต่บ่อยครั้งขึ้น ลดอาหารไขมันสูง เพิ่มผักผลไม้ที่มีกากใย ลดของหวาน เพิ่มอาหารประเภทโปรตีนเช่นไข่ขาว เนื้อสัตว์ เนื้อปลา ถั่ว นม ลดอาหารรสเค็ม เพิ่มวิตามินให้ร่างกายช่วยฟื้นฟูหลังผ่าตัด ควรงด สุรา แอลกอฮอล์ทุกชนิด เพราะจะทำให้ลายตับอ่อนที่ผ่าตัดกำลังพยายามจะสมานตัวให้หายช้าลง ร่างกายจะฟื้นฟูเต็มที่ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน การพักผ่อนและหมั่นออกกำลังกาย งดการทำงานหนักหลังผ่าตัด 1-2 เดือน และเลิกสูบบุหรี่ รับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา และ มาตรวจ ฟังผลขึ้นเนื้อตามนัด</p> <p>อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ปวดท้องมากขึ้น กินยาแก้ปวดไม่หาย ตัว ตาเหลืองมากขึ้นเหนื่อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารแล้วแน่นอึดท้อง หรืออาเจียน ให้สังเกตแผลผ่าตัด และแผลรูระบาย</p>

ตารางที่ 2 สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ระบุว่ามึลเลือด น้ำใส เขียว ทองซีมี มีปวดบวม แดงร้อนถ้ามี ให้มาพบแพทย์

อภิปรายผล

ถึงแม้ผู้ป่วยสองรายจะวินิจฉัยคนละโรค แต่การรักษาผ่าตัดใช้วิธีเดียวกัน รายแรกมีภาวะ sepsis และ anemia อายุมาก ต้องระวังภาวะเสียเลือดขณะและหลังผ่าตัด รายที่ 2 มีภาวะความดันโลหิตสูงต้องควบคุมและเฝ้าระวังระหว่างและหลังผ่าตัด³ มีปัญหาเศรษฐกิจได้ความอนุเคราะห์จากสังคมสงเคราะห์ แนะนำเลิกสูบบุหรี่เพื่อลดค่าใช้จ่าย และดีต่อสุขภาพ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ซึ่งสำคัญทุกขั้นตอนจะต้องนำเอากระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานและแบบองค์รวม พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญ เพราะเป็นบุคลากรที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดกระบวนการรักษา การดูแลช่วยเหลือและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การให้คำแนะนำ ให้ความรู้และกำลังใจ การดูแลด้านจิตใจก็ถือเป็นสิ่งจำเป็น จะช่วยสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้ จากกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Whipple procedure ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรม บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดมีความสำคัญยิ่ง ต้องอาศัยทักษะความรู้ความชำนาญอย่างสูงในการปฏิบัติการ การประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด สร้างความเชื่อมั่นในการผ่าตัด มีความชำนาญและรอบรู้อุปกรณ์ที่ช่วยในการผ่าตัด ที่ใหม่และทันสมัย เพื่ออำนวยความสะดวกให้ทีมผ่าตัดสามารถทำงานได้สะดวกคล่องตัว หลังผ่าตัด(after

surgery) ได้ดูแลที่ SICU⁶ ตามมาตรฐานผ่าตัดใหญ่ ทั้ง 2 ราย การใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหา ใช้แนวคิดแบบแผนของกอร์ดอนมาประเมินวางแผนให้การพยาบาลให้ครอบคลุม (Holistic care)⁴ ประสานงานกับทีมงาน เช่น แพทย์ ทีมวิสัญญี พยาบาลหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ในส่วนหัวหน้าทีมพยาบาลผ่าตัด (surgical nurse) ต้องทำการ conference ก่อนผ่าตัด แก่ทีมพยาบาลผ่าตัด ที่ยังขาดความรู้ ความชำนาญ และเพิ่มทักษะการใช้เครื่องมือให้ผู้ป่วย ได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ ผ่านพ้นระยะวิกฤต การเจ็บป่วยครั้งนี้ สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ ตามปกติ ทั้งสองรายมีความพึงพอใจที่การผ่าตัดผ่านได้ด้วยดี แต่ต้องมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามโรค หรือต้องรักษาต่อเนื่อง ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยการผ่าตัด Whipple procedure
2. ผู้ป่วยผ่าตัด Whipple procedure ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะ และหลังผ่าตัด
3. ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด Whipple procedure เพื่อการศึกษาเพิ่มเติมของพยาบาล ช่วยเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษา และผู้ที่สนใจเพื่อนำมาพัฒนาให้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ญัฐพงศ์ โลกธรรมรักษ์.(2558).collective review Surgical Patient safety.ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.สืบค้น 8 กันยายน 2566 จาก <http://medinfo2>
2. ณรงค์ศักดิ์ รุ่งสกุลกิจ.Common Complications following Pancreaticoduodenectomy.สืบค้น 8 กันยายน 2566 จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/>

3. ริชนี ผิวม่วง.(2564).การประเมินภาวะสุขภาพ .เอกสารประกอบการสอนวิชา 9552203) . มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. สืบค้น 8 กันยายน 2566 จาก <http://www.dspace.bru.ac.th>
4. วีรวรรณ อุดมประภาพรทรัพย์.(2566).การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งส่วนหัวตบอ่อนที่ได้รับการผ่าตัด Whipple’s operation. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาปีที่ 8 ฉบับที่ 2 (2023) .สืบค้น8กันยายน 2566 จาก.<https://scholar.google.co.th/>
5. สุดปรีดา ชัยนิธิกรรณ.โรคมะเร็ง.Medpark hospital.สืบค้น 1 ตค 2566 จาก <https://www.medparkhospital.com/>
6. สุดสวาท เลหาวิณีจ.(2554).ความจริงเกี่ยวกับโรคนีต.สืบค้น 18 กันยายน 2566จาก <https://health.kapook.com/>
7. ศิริวัฒน์ แสนเฉย.(2553). Gastroenteropancreatic Neuroendocrine Tumors. Collective review.สืบค้น 8 กันยายน 2566 จาก <http://medinfo2.psu.ac.th/>
8. หน่วยสารสนเทศมะเร็ง.โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.(2556). มะเร็งเนตก่อนเนื้อร้ายอาการคล้ายโรคอื่น.สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.สืบค้น 1 ตค 66 จาก <http://medinfo2.psu.ac.th/>
9. Jason R. D’Cruz; Subhasis Misra; Shafeek Shamsudeen. 2023. Pancreaticoduodenectomy. national library of medicine.สืบค้น 8 กันยายน 2566 จาก <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560747>
10. Johns Hopkins Medicine. The Whipple Procedure.สืบค้น 8 กันยายน 2566 จาก <https://www.hopkins>
11. mayoclinic.(2566).whipple procedure. สืบค้น 8 กันยายน 2566 จาก <https://www.mayoclinic.org/>
12. Michael J. Raphael, MD, David L. Chan, MBBS, Calvin Law, MD, and Simron Singh.(2560). Principles of diagnosis and management of neuroendocrine tumours.สืบค้น 18 กันยายน 66 จาก <https://www.nhsinform.scot/>
13. National Health Service (NHS). Neuroendocrine tumours.สืบค้น 8 กันยายน 2566 จาก <https://www.nhs.uk/>
14. Tanawat Sutacheewa.2560. Surgical management of chronic pancreatitis.คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สืบค้น 15 กันยายน 2566.จาก<http://medinfo2.psu.ac.th/surgery>
15. งานเวชระเบียนและสถิติ.สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหารประจำปี 2563 - 2566. โรงพยาบาลมุกดาหาร.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
เพื่อการผ่าตัดตามกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าและการเชื่อมข้อ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : 2 กรณีศึกษา
Nursing care of patients with cervical spine injuries who receive general anesthesia
for ACDF operation Kalasin Hospital : 2 Case Studies.

(Received: November 27,2023 ; Revised: December 11,2023 ; Accepted: December 23,2023)

อินทิรา สงเสฐ¹
Intira songset¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดตามกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าและการเชื่อมข้อ เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2566 รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและนำทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรมมาใช้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีประเด็นปัญหาที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลแบบองค์รวม นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ตลอดจนนำความรู้ ทักษะและประสบการณ์จากการปฏิบัติงานในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอมาใช้ พบว่า ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย , กระดูกสันหลังระดับคอ , การพยาบาล

Abstract

The purpose of this study was to study nursing care for patients with cervical spine injuries who received general anesthesia for ACDF operation. Comparing 2 case studies in patients admitted to Kalasin Hospital in 2023. Data were collected from inpatient medical records and interviewing patients and relatives. Data were analyzed using Gordon's health model and Orem's self-care deficiency theory. The results showed that the two patients had the same and different problems. The researcher therefore analyzed the problems of nursing in a holistic care used to define the nursing diagnosis and nursing process both before, during and after anesthesia that covers physical, mental, emotional and social as well as bringing knowledge skills and experiences from the practice of anesthesia to patients with cervical spine injuries were used. It was found that the patients were safe and no complication.

Keywords: general anesthesia , cervical spine , nursing care

บทนำ

การบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการได้รับอุบัติเหตุทางจราจร, ตกจากที่สูง และการถูกทำร้ายร่างกาย บางรายอาจพบไขสันหลังส่วนคอบาดเจ็บร่วมด้วย ทำให้เกิดการบวมของประสาทไขสันหลังร่วมกับการตายของเซลล์ประสาทจากการเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุลและขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเองในการทำ

กิจวัตรประจำวันหลายด้าน เกิดความบกพร่องการทำงานของระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะและการขับถ่าย ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบสืบพันธุ์ ระบบหลอดเลือดและการไหลเวียน เป็นต้น การบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายอย่าง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทั้งในระบบทางเดิน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ปัสสาวะและภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ความเจ็บปวด ภาวะเส้นเลือดดำอักเสบอุดตัน เป็นต้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ อารมณ์และสังคม เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล การสูญเสียภาพลักษณ์ การสูญเสียอาชีพการงาน ขาดรายได้ รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว¹ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันการเสียชีวิต การเกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการรักษาอาจใช้วิธีการผ่าตัดตามกระดูกสันหลังระดับคอ โดยมีหลายวิธีทั้ง anterior approach และ posterior approach แต่ละวิธีจะมีจุดเด่นและข้อพึงระวังแตกต่างกันไปซึ่งแพทย์ผู้ให้การรักษาจะพิจารณาเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมที่สุด

จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2564 , 2565 และ 2566 พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัดตามกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าและการเชื่อมข้อ จำนวน 37 ราย , 42 ราย และ 51 ราย ตามลำดับ² ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุมักพบปัญหาในหลายระบบรวมด้วย เช่น ระบบสมองจากการที่สมองได้รับความกระทบกระเทือน ระบบการหายใจจากภาวะซีโครงหักหรือมีภาวะน้ำ/เลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น ในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ วิทยาลัยพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในด้านกายวิภาค กลไกการบาดเจ็บและการดูแลตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ เทคนิคต่างๆในการใส่ท่อช่วยหายใจที่ไม่ทำให้กระดูกสันหลังส่วนคอได้รับการกระทบกระเทือนและบาดเจ็บรุนแรงมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือเกิดความพิการเพิ่มขึ้นในภายหลัง อีกทั้งในการผ่าตัดส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลานานจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องคาท่อช่วยหายใจไว้ เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแล

ระบบการหายใจให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะการเคลื่อนย้ายกลับไปยังหอผู้ป่วย^{3,4,5,7}

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงตระหนักเห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดตามกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า จึงได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมความรู้ด้านวิชาการ ประสบการณ์จากการทำงาน ร่วมกับการนำแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเรมมาใช้ วิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม⁶ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอที่ต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดตามกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าและการเชื่อมข้อ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอที่มาผ่าตัดตามกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าและการเชื่อมข้อ มีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาที่จะให้การพยาบาล จำนวน 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปวิเคราะห์และประเมินสภาพของผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าความรู้จากตำรา เอกสารทางวิชาการ สืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นให้ครอบคลุม 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

4. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้และประเมินผล

5. สรุปและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

6. เขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

1. รายงานข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรายงานข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

หัวข้อประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศและอายุ	เพศชาย อายุ 55 ปี	เพศชาย อายุ 53 ปี
อาการสำคัญ	ขับมอเตอร์ไซด์ล้มเอง สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ แขนขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เป็นก่อนมา 6 ชั่วโมง	ขับรถกระบะชนกับรถเก๋ง จำเหตุการณ์ไม่ได้ แขนขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เป็นก่อนมา 6 ชั่วโมง
โรคประจำตัว	ปฏิกิริยาโรคประจำตัว	เบาหวาน ขาดการรักษาต่อเนื่อง
ศรัทธา ใบหน้า	ปกติ	ปกติ
ตา หู คอ จมูก	ตามองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง หู คอและจมูกปกติ	ตามองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง หู คอและจมูกปกติ
ริมฝีปากและฟัน	ปกติ	ริมฝีปากปกติ ไม่มีฟันโยกหรือฟันผุ
ทรวงอกและการหายใจ	On O ₂ mask with bag 6 L/M อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที มีภาวะซีโครงหัก On ICD ข้างซ้าย	On O ₂ canular 3 L/M อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
หัวใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นสม่ำเสมอ 70 ครั้งต่อนาที BP 96/57 mmHg EKG ปกติ	อัตราการเต้นไม่สม่ำเสมอ 80 ครั้งต่อนาที BP 98/57 mmHg EKG ปกติ
ระบบประสาทและการเคลื่อนไหว	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง แขนและขาอ่อนแรง	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง แขนและขาอ่อนแรง
สภาพจิตใจและอารมณ์	การรับรู้ปกติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัด	การรับรู้ปกติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัด
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Hb 10.1gm/dl , Hct 29.1vol% , Platelete 218,000 cell/mm ³ , BUN 12.62 gm/dl , Creatinine 0.61gm/dl , Na 138.0 mol/L , K 3.71 mol/L , Chloride 108.4 mol/L, HCO ₃ 21.3 mol/L, PT 13.6 sec , PTT 26.0 sec , INR 0.98 sec , DTX 151 mg%	Hb 13.2 gm/dl , Hct 40.4 vol% , Platelete 226,000 cell/mm ³ , BUN 15 gm/dl , Creatinine 0.63 gm/dl , Na 129.7 mol/L , K 4.30 mol/L , Chloride 100.0 mol/L , HCO ₃ 26.8 mol/L , PT 13.1sec , PTT 26.5 sec , INR 0.95sec , DTX 320 mg%
การวินิจฉัย	C ₃ – C ₅ spine injury , closed fracture left 3,4,5,8,9 rib , cerebral concussion , Pneumohaemotharax	C ₃ – C ₅ spine injury , Spinal cord contusion C ₂ – C ₇ , intramedullary hematoma at C3/4 , cerebral concussion , DM Type II
การผ่าตัด	ACDF C ₃ – C ₅	ACDF C ₃ – C ₅
การระงับความรู้สึก	General anesthesia	General anesthesia
ระยะเวลาในการผ่าตัดและการสูญเสียเลือด	ระยะเวลาทำผ่าตัด 5 ชั่วโมง ได้ PRC 2 unit สูญเสียเลือดประมาณ 150 ml	ระยะเวลาทำผ่าตัด 4 ชั่วโมง สูญเสียเลือดประมาณ 20 ml
สภาพหลังผ่าตัด	หลังผ่าตัดคาทอช่วยหายใจควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจที่ตักผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หลังผ่าตัด 2 วันสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ จากนั้นย้ายกลับไปดูแลต่อที่ตักศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หลังผ่าตัด รู้สึกตัวดี คาทอช่วยหายใจต่อออกซิเจน T-piece 10 L/M หายใจได้เองไม่หอบ ดูแลอยู่ที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง จากนั้นย้ายกลับไปดูแลต่อที่ตักศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย หลังผ่าตัด 1 วันสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรายงานข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

หัวข้อประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ระยะเวลาในการรักษา	ระยะเวลาอนโรพยาบาล 15 วัน	ระยะเวลาอนโรพยาบาล 14 วัน
สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ แผลแห้ง ไม่บวมแดง มีอาการชาขาทั้ง 2 ข้าง เดินไม่ได้ ต้องใช้รถเข็นนั่ง	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แผลแห้ง ไม่บวมแดง แขนขยับได้ มีอาการชาขาทั้ง 2 ข้าง เดินไม่ได้ ต้องใช้รถเข็นนั่ง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก	รับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ บางครั้งไม่ตรงเวลา	รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ตรงเวลา
3. การขับถ่าย	การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระปกติ	การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระปกติ
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกาย	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกาย
5. การพักผ่อนนอนหลับ	เข้านอนเวลาประมาณ 21.00 น. ประมาณไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ	เข้านอนเวลาประมาณ 22.00 น. ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ
6. สถิติปัญญาและการรับรู้	จบการศึกษา ป.6 สามารถสื่อสารและตัดสินใจได้ดี	จบการศึกษา ม.6 สามารถสื่อสารและตัดสินใจได้ดี
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุและรับทราบเกี่ยวกับแผนการรักษา	ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุและรับทราบเกี่ยวกับแผนการรักษา
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	เป็นหัวหน้าครอบครัว อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร	เป็นหัวหน้าครอบครัว อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร
9. เพศและการเจริญพันธุ์	พฤติกรรมการแสดงออกเหมาะสม ความสัมพันธ์กับภรรยาเป็นไปด้วยดี	พฤติกรรมการแสดงออกเหมาะสม ความสัมพันธ์กับภรรยาเป็นไปด้วยดี
10. การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด	มีความเครียดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ถ้ามีเรื่องเครียดมักจะปรึกษาภรรยา	มีความเครียดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย กลัวพิการ ถ้ามีเรื่องเครียดจะปรึกษาภรรยาและเพื่อนสนิท
11. ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบุญกรรม ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นเหตุสุคติ	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบุญกรรม ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นเหตุสุคติ

2. กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก</p> <p>1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อลดความวิตกกังวลและเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง</p> <p>(กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p>	<p>1. ตรวจสอบก่อนการระงับความรู้สึกและแนะนำตนเองเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก การคาดการณ์ถึงสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ประสพการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ผ่านมาและแหล่งสนับสนุนทางสังคม</p> <p>2. ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความวิตกกังวล เช่น สีหน้าตึงเครียด หงุดหงิด นอนไม่หลับ</p> <p>3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ แผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึก ขั้นตอนการระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะได้รับ</p>

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการระงับความรู้สึกที่ห้องพักฟื้นและเมื่อกลับมายังหอผู้ป่วย รวมถึงอธิบายเรื่องความจำเป็นที่หลังผ่าตัดต้องคาบช่วยหายใจไว้ก่อนเพื่อความปลอดภัย</p> <p>4. สอนวิธีการหายใจ ให้หายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ โดยหายใจเข้าลึกๆ ค้างไว้ 30 วินาที แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วหายใจตามปกติ</p> <p>5. แนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายและให้อิสระในการเลือกตามความสนใจ เช่น การฟังดนตรี การทำสมาธิ การบริหารการหายใจ เป็นต้น</p> <p>6. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าตลอดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี ทุกทีมพร้อมจะให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย</p> <p>7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยต่างๆ ตอบข้อซักถามด้วยความใส่ใจและนุ่มนวล</p> <p><u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u></p> <p>- ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในแผนการรักษา ผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้น ให้ความร่วมมือในการรับการรักษา ครั้งนี้ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์</p> <p>- ผู้ป่วยและญาติบอกวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง</p>
<p>2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณต้นคอ</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>- เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการปวด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p>	<p>1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้เกิดอาการปวด</p> <p>2. ประเมินระดับความปวดโดยการซักถามเป็นตัวเลข สังเกตอาการ</p> <p>3. สอนวิธีการลดปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การจัดทำ การทำสมาธิ การบริหารการหายใจ การฟังดนตรี หากอาการไม่ดีขึ้นแนะนำญาติ ให้แจ้งพยาบาลให้ทราบ เพื่อให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา</p> <p><u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u></p> <p>- ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวด</p> <p>- ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีคะแนนระดับความปวดอยู่ในช่วง 5 – 6 คะแนน</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับยาแก้ปวด คือ Tramadol 50 mg IV</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาแก้ปวด คือ Morphine 3 mg IV</p> <p>หลังได้รับยาแก้ปวด มีอาการปวดลดลง Pain score = 3</p>
<p><u>ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก</u></p> <p>1. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นและใส่ท่อช่วยหายใจยากเนื่องจากการจัดทำขณะใส่ท่อช่วยหายใจและมีภาวะบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังส่วนคอ</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอเพิ่มขึ้น</p> <p>- เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนขณะใส่ท่อช่วยหายใจ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p>	<p>1. เตรียมอุปกรณ์พิเศษในการใส่ท่อช่วยหายใจยากให้พร้อมใช้งาน ได้แก่ video laryngoscope , ET Tube หลายขนาด , Gum Bougie , สาย Suction เป็นต้น</p> <p>2. ให้ออกซิเจน 100 % ก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจนาน 5 นาที</p> <p>3. จัดทำในการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้คออยู่ในท่าปกติ (natural position) ร่วมกับการจับยึดศีรษะและคอ (Manual in line stabilization) เพื่อลดการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอ</p> <p>4. ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความรวดเร็วและนุ่มนวล ตรวจสอบตำแหน่งที่จะใส่ท่อผ่านหน้าจอบ video laryngoscope โดยไม่ต้องทำการกดคอ ขยับคอและแขนคอ</p> <p>5. สังเกตและประเมินการเคลื่อนไหวของแขนขา การรับรู้ความรู้สึกเจ็บหลังจากพ้นจากการระงับความรู้สึก</p> <p><u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u></p> <p>- ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ใช้ video laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จในครั้งเดียว</p> <p>- ไม่พบภาวะบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอเพิ่มขึ้น</p> <p>- ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดออกซิเจน หลังใส่ท่อช่วยหายใจ SpO₂ 99 %</p> <p>- สีของริมฝีปากและเล็บ ไม่เขียวคล้ำ</p>
<p>2. มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสาส์กน้ำย่อยเข้าปอดเนื่องจากต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p>	<p>1. ตรวจสอบระยะเวลาการงดน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัด</p> <p>2. ตรวจสอบเช็คและเตรียมเครื่องมือยาสลบ อุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ สาย Suction และยาที่จำเป็นให้พร้อมใช้งาน</p> <p>3. ให้ออกซิเจน 100 % ก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจนาน 5 นาที</p>

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>-เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ไม่มีภาวะสำลักน้ำย่อยเข้าปอดขณะให้การระงับความรู้สึก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p>	<p>4.เฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ติดเครื่องวัดออกซิเจนในเลือด เครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกตลอดเวลา 5.ปรับระดับการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม 6.สังเกตเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด สีเล็บ ริมฝีปากไม่เขียวคล้ำ</p> <p>การประเมินผลทางการพยาบาล -ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดออกซิเจน SpO₂ 99-100% ตลอดการผ่าตัด -สีของเลือด ริมฝีปากและเล็บ ไม่เขียวคล้ำ</p>
<p>3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะให้การระงับความรู้สึก วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p>	<p>1.สังเกตและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา 2.ปรับระดับความรู้สึกของการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม เพื่อรักษาระดับสัญญาณชีพให้คงที่ 3. หากพบ EKG ผิดปกติ ให้รายงานวิสัญญีแพทย์ทันทีเพื่อประเมินและให้การรักษา</p> <p>การประเมินผลทางการพยาบาล -ผู้ป่วยไม่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะให้การระงับความรู้สึก - EKG ปกติ</p>
<p>4. เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากการจัดท่าและนอนท่าเดิมเป็นเวลานานขณะผ่าตัด วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีการบาดเจ็บจากการจัดท่า (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p>	<p>1.ดูแลศีรษะและลำคอให้อยู่ในแนวที่ถูกต้องตามกายวิภาค 2.จัดแขนทั้งสองข้างแนบชิดลำตัว ใช้พลาสติกหุ้มข้อนิ้วมือทั้งสองข้างกับเตียงด้วยขนาดแรงที่พอเหมาะไม่ตึงเกินไป 3. ดูแลไม่ให้ข้อมือตกหรือกดทับกับขอบเตียงโดยใช้ผ้ารองก่อนใช้ผ้ามัดแขนผู้ป่วย 4. ใช้ผ้ารองใต้เข่าทั้ง 2 ข้างเพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาท 5.ปิดเปลือกตาด้วยพลาสติกเพื่อป้องกัน comea abrasion</p> <p>การประเมินผลทางการพยาบาล -ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า ได้แก่ แผลกดทับ , ulnar nerve injury , comea abrasion</p>
<p>5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypothermia ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะ Hypothermia (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p>	<p>1.สังเกตและประเมินภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เฝ้าระวังตลอดการผ่าตัด 2.ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้ผ้าห่มเปาลมร้อนคลุมบริเวณลำตัวและขา 3.ควบคุมอุณหภูมิของห้องผ่าตัดให้อยู่ในช่วง 18 – 22 องศาเซลเซียส</p> <p>การประเมินผลทางการพยาบาล -ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Hypothermia อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.3 – 36.8 องศาเซลเซียส - ผิวหนังและปลายนิ้วมือไม่ซีดเย็น</p>
<p>6. เสี่ยงต่อการเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและเลือดในร่างกายเนื่องจากการสูญเสียเลือดและเลือดขณะผ่าตัด วัตถุประสงค์ -เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากการสูญเสียเลือดและเลือดขณะผ่าตัด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p>	<p>1.ประเมินและบันทึกปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการผ่าตัด และให้สารน้ำหรือเลือดทดแทนให้เหมาะสม 2.บันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะขาดสารน้ำ 3. สังเกตและเฝ้าระวังสัญญาณชีพ เมื่อพบความผิดปกติหรือมีการสูญเสียเลือดมากกว่าค่าที่ยอมรับได้ พิจารณารายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อให้การรักษาหรือให้เลือดทดแทน</p> <p>การประเมินผลทางการพยาบาล -ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดสารน้ำและเลือด ปริมาณปัสสาวะที่ออกขณะผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>กรณีศึกษาที่ 1 ระยะเวลาในการผ่าตัด 5 ชั่วโมง เสียเลือด 150 ml ได้สารน้ำไปทั้งหมด 2500 ml PRC 2 unit (510 ml) ปัสสาวะออกเพิ่ม 300 ml</p> <p>กรณีศึกษา ที่ 2 ระยะเวลาในการผ่าตัด 4 ชั่วโมง เสียเลือด 20 ml ได้สารน้ำไปทั้งหมด 1200 ml ปัสสาวะออกเพิ่ม 400 ml</p>
<p>7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจเนื่องจากมีน้ำและเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ (กรณีศึกษาที่ 1)</p>	<p>1.ดูแลและตรวจสอบให้ขวระบยทรวงอกทำงานอยู่ในสภาพปกติ 2.ขณะเคลื่อนย้ายหรือจัดท่า ดูแลให้ขวระบยทรวงอกอยู่ต่ำกว่าตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการไหลย้อนคืน 3.ดูแลและเฝ้าระวังขณะให้การระงับความรู้สึกอย่างใกล้ชิด บันทึก Airway pressure และสัญญาณชีพของผู้ป่วย หากพบความผิดปกติรายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อประเมินและให้การรักษา</p> <p>การประเมินผลทางการพยาบาล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ - Airway pressure ขณะให้การระงับความรู้สึก อยู่ในช่วง 21 – 25 cmH₂O</p>

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
8.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเนื่องจากมีภาวะเบาหวาน วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ (กรณีศึกษาที่ 2)	- SpO ₂ 98 -100 % ตลอดการผ่าตัด 1.สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น 2.ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ โดยการเจาะน้ำตาลในเลือดขณะผ่าตัด หากสูงหรือต่ำกว่าปกติรายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อให้การรักษา 3.ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่เหมาะสม <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> -ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ - DTX ขณะผ่าตัด 153 mg%
ระยะหลังให้การระงับความรู้สึก 1.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากการอุดตันทางเดินหายใจ ท่อหายใจเลื่อนหลุดและออกซิเจนในปอดลดลง วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะเคลื่อนย้าย (กรณีศึกษาที่ 1)	1.การดูแลก่อนการเคลื่อนย้าย 1.1 ดูแลทางเดินหายใจในให้โล่งโดยการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปาก 1.2 ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและการติดตรึงท่อช่วยหายใจ 1.3 เตรียมและตรวจสอบอุปกรณ์ที่จะใช้ในการเคลื่อนย้ายให้พร้อมใช้งาน ได้แก่ Self – inflating bag , ถังออกซิเจน , Monitor transfer 2.การดูแลระหว่างการเคลื่อนย้าย 2.1 นำส่งผู้ป่วยและช่วยหายใจด้วย Self – inflating bag ออกซิเจน 10 L/M 2.2 ติดตามสัญญาณชีพได้แก่ EKG , NIBP , SpO ₂ ตลอดการเคลื่อนย้าย 2.3 สังเกตสีผิวหนังบริเวณริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า 2.4 ให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้ผ้าห่มอุ่น ห่มให้ผู้ป่วย 2.5 ดูแลท่อช่วยหายใจไม่ให้ตึงรั้ง เลื่อนหลุดหรือหักพับงอ <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยไม่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน SpO ₂ 99 -100 % ตลอดการเคลื่อนย้าย ท่อช่วยหายใจไม่มีการเลื่อนหลุด
2.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากการอุดตันทางเดินหายใจ ท่อหายใจเลื่อนหลุด วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะเคลื่อนย้าย (กรณีศึกษาที่ 2)	1.การดูแลก่อนการเคลื่อนย้าย 1.1 ประเมินระดับการฟื้นจากการระงับความรู้สึก (Post Anesthesia Recovery Score) โดยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นควรมีคะแนน ≥ 9 1.2 ดูแลทางเดินหายใจในให้โล่งโดยการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปาก 1.3 ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและการติดตรึงท่อช่วยหายใจ 1.4 เตรียมและตรวจสอบอุปกรณ์ที่จะใช้ในการเคลื่อนย้ายให้พร้อมใช้งาน ได้แก่ Self – inflating bag , ชุดต่อออกซิเจน T – piece 10 L/M , ถังออกซิเจน , Monitor transfer 2.การดูแลระหว่างการเคลื่อนย้าย 2.1 นำส่งผู้ป่วยและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทาง T – piece 10 L/M 2.2 ติดตามสัญญาณชีพได้แก่ EKG , NIBP , SpO ₂ ตลอดการเคลื่อนย้าย 2.3 สังเกตอัตราการหายใจ สีผิวหนังบริเวณริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า 2.4 ให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้ผ้าห่มอุ่น ห่มให้ผู้ป่วย 2.5 ดูแลท่อช่วยหายใจไม่ให้ตึงรั้ง เลื่อนหลุดหรือหักพับงอ <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยไม่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน หายใจได้เองไม่หอบ SpO ₂ 99 -100 % ตลอดการเคลื่อนย้าย ท่อช่วยหายใจไม่มีการเลื่อนหลุด
2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoxia และ Hypoventilation หลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย วัตถุประสงค์	1. ให้ออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจด้วยออกซิเจน T – piece 10 L/M 2. ดูแลไม่ให้ท่อช่วยหายใจหักพับงอ 3. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ (กรณีศึกษาที่ 2)	4. ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดอาการหนาวสั่น ซึ่งจะทำให้ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น 5. สังเกตและฟังเสียงหายใจของผู้ป่วย ถ้ามีเสียงเสมหะใช้เครื่องดูดเสมหะดูดออก 6. สังเกตอาการเขียวคล้ำของผิว ปลายมือ ปลายเท้า <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> -ผู้ป่วยหายใจผ่านทางท่อช่วยใจได้เอง ไม่หอบ ไม่มีอาการปลายมือ ปลายเท้าเขียว SpO2 99-100% -ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น
3. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> -เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ -เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการเจ็บปวด (กรณีศึกษาที่ 2)	1. ประเมินสภาวะการรับรู้ สภาวะสุขภาพและผลกระทบ เช่น การปวดแผลทำให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออก ตื่น 2. จัดทำศีรษะสูงเล็กน้อยเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกและสุขสบาย 3. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีเสียงรบกวน 4. ประเมินระดับความปวดจากสีหน้าและท่าทางเป็นระยะ เพื่อให้ยาตามแผนการรักษา 5. หลังให้ยาแก้ปวดสังเกตและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา 5. พุดจาปลอดภัยและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ขณะอยู่ในห้องพักฟื้น Pain score = 6 ได้รับยาแก้ปวดคือ fentanyl 50 mcg iv หลังให้ปวดลดลง Pain score = 2 - ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ยาแก้ปวด
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะ <u>วัตถุประสงค์</u> -เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์วันละ 2 ครั้งและทุกครั้งหลังขับถ่าย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 2. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร 3. ดูแลให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับเอวเพื่อป้องกันการปัสสาวะไหลย้อนกลับ 4. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะไม่ให้หักพับงอเพื่อป้องกันการคั่งค้างของปัสสาวะ 4. สังเกตสีของปัสสาวะ ความเข้มข้น มีหนองหรือตะกอนหรือไม่ หากพบความผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอนขุ่นหรือมีหนอง
5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> -เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแผลติดเชื้อ เช่น ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล หากแผล เฝื่อนซึมพิจารณาเปลี่ยนผ้าพันแผลใหม่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 2. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจและแพทย์ให้รับประทานอาหารได้ แนะนำการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริมการหาย ของแผล <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> กรณีที่ 1 - แผลแห้งดีไม่ซึม อุณหภูมิกาย 36.0 – 37.2 องศาเซลเซียส , ชีพจร 60 – 90 ครั้งต่อนาที , ความดัน โลหิต 116/90 – 143/72 mmHg กรณีที่ 2 - แผลแห้งดีไม่ซึม อุณหภูมิกาย 36.5 – 37.3 องศาเซลเซียส , ชีพจร 64 – 80 ครั้งต่อนาที , ความดัน โลหิต 122/72 – 133/65 mmHg
6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากต้องนอนบนเตียงนานและมีการจำกัดการเคลื่อนไหว <u>วัตถุประสงค์</u>	1. ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ สอนวิธีการบริหารปอดด้วยการหายใจเข้า-ออกลึกๆ ซ้ำๆ โดยหายใจ เข้าลึกๆ ค้างไว้ 30 วินาที แล้วพ่นลมหายใจออกซ้ำๆ ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วหายใจตามปกติ เพื่อ ป้องกันการภาวะปอดแฟบ 2. ช่วยในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 3. ดูแลผิวหนังให้สะอาด ไม่เปื่อยขึ้น

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนานขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	4. จัดผู้ป่วยให่นอนที่นอนลมเพื่อลดแรงกดทับ <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยไม่มีภาวะปวดอวัยวะหรือปวดแสบ หายใจปกติ ไม่หอบ - ผิวหนังปกติ ไม่มีรอยแดง ไม่มีแผลกดทับ
7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการระงับความรู้สึก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การมาตรวจตามแพทย์นัด 3. ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนย้าย การพลิกตัว การทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ตอบข้อซักถามได้ถูกต้อง มีสีหน้าวิตกกังวลลดลง

อภิปรายผล

การบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ บางรายอาจพบไขสันหลังส่วนคอบาดเจ็บร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันหลายด้าน เกิดความบกพร่องการทำงานของระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบสาเหตุการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ มีแผนการรักษาพยาบาลที่เหมือนกัน¹ คือ ได้รับการผ่าตัด ACDF ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ใช้ video laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจ กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะกระดูกซี่โครงหักร่วมกับมีเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ใส่สายระบายทรวงอกด้านซ้าย ระยะเวลาในการทำผ่าตัด 5 ชั่วโมง ได้ PRC 2 unit สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 150 ml หลังผ่าตัดคาท่อช่วยหายใจควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจที่ตีผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม จากนั้น 2 วันถอดท่อช่วยหายใจ เมื่ออาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลังและมีโรคประจำตัวเบาหวานรับยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้พบปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ระยะเวลาในการทำผ่าตัด 4 ชั่วโมง สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 20 ml หลังผ่าตัดคาท่อช่วยหายใจต่อออกซิเจน T-piece 10 L/M หายใจได้เอง จากนั้น 1 วันถอดท่อช่วยหายใจได้

เมื่ออาการดีขึ้นแพทย์จึงส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพเนื่องจากมีภาวะ quadriplegia ในการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย วัตถุประสงค์พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและการตัดสินใจในการพยาบาล การเฝ้าระวังและการแก้ไขปัญหาวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและทัน่วงทีอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่ระยะก่อน ขณะและหลังให้การระงับความรู้สึก³ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งในช่วงหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมถึงการมาตรวจตามนัด มีการประสานงานและการทำงานเป็นทีมกับทุกสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังให้การระงับความรู้สึก รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ควรมีการจัดทำวีดิทัศน์หรือเอกสารแผ่นพับ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ศึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

2. ควรมีการเพิ่มช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติ เช่น การโทรศัพท์ หรือ Application line เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถขอ

คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือเมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับแผลผ่าตัด อีกทั้งยังเป็นช่องทางที่ให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมประเมินผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการยิ่งขึ้น

3. ควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรในหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ โดยเฉพาะเทคนิคการจัดท่าขณะใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา

เอกสารอ้างอิง

1. จุฑามาศ คงกลางและพัชรี บุตรแสนโคตร. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อกจากไขสันหลัง. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2565 ; 15(2) : 55-74.
2. สถิติผู้รับบริการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ; 2566.
3. มานี รักษาเกียรติศักดิ์ , เบญจรัตน์ หยกอุบล, กำแพง วัชรรักษะ, ขนิษฐา ไกรประสิทธิ์, ปารีชาต อภิเดชากุล. ตำราวิสัญญีพื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2560.
4. วิมลรัตน์ ศิริราช, อักษร พูลนิตพร, เบญจรัตน์ หยกอุบล, สุรัชชา เลิศศิริโสภณ. ก้าวไกลวิสัญญี 4.0 เล่ม 2. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส จำกัด ; 2562.
5. บุศรา ศิริวันสาณท์, พิชญา ไททยะวิญญู, นฤนาท โลมะรัตน์. Anesthesia & Perioperative Care. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2563.
6. สุปาณี เสนาดิสัย, วรรณภา ประไพพานิช. การพยาบาลพื้นฐาน ปรับปรุงครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ : จุดทองจำกัด ; 2560.
7. Barry N. Singleton , Fiachra K. Morris , Barbaros Yet , Donal J. Buggy and Zane B. Perkins. Effectiveness of intubation devices in patients with cervical spine immobilisation : a systemic review and network meta – analysis. British Journal of Anesthesia. 2021 ; 126(5) : 1055-1066.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการชะลอความเสื่อมของไตระยะ 3 โรงพยาบาลคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

The effectiveness of self-management program for delayed the progression of stage 3 Chronic kidney disease Khon Sawan Hospital Khon Sawan District Chaiyaphum Province.

(Received: December 21,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

สุจิตรา ภัคดีจรุง¹
Sujitra Pakjarung¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีต่ออัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคไตระยะ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(quasi –experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี 50 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม 2566 ถึง กรกฎาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ 1) โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง (self – management concepts) ของแคนเฟอร์และแกลิกค์ -บาย (Kanfer & Gaelick Bay,1991) มาบูรณาการร่วมกับรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 เอ (5 A s Behavior Chage Model Adapted for Self-Management Support)ของ กลาสโกว อีมอนท์และมิลเลอร์ (Glasgow,Emont, & Miller,2006 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ 2.2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 2.3) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง 3) เครื่องตรวจ/อ่านค่าผลซีรัมครีเอตินินและอัตราการกรองของไต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pair t-test ผลการศึกษาพบว่า คะแนนทดสอบเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.452, p<0.001$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.563, p<0.001$) และพบว่า อัตราการกรองของไตหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.725, p<0.001$)

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง การจัดการตนเอง รูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 เอ อัตราการกรองของไต

Abstract

The purpose of this research was to study the effect of a self-management program on self-care knowledge and behavior on the glomerular filtration rate of patients with stage 3 kidney disease. It was a quasi-experimental research. One group Measure results before and after the experiment. The sample group consisted of 50 patients. Data was collected between January 2023 and July 2023. The tools used in the study were 1) A self-management program to delay kidney deterioration. That the researcher developed according to the self-management concepts of Kanfer and Gaelick Bay (1991) integrated with a model to support behavior change with techniques Glasgow, Eamont and Miller's 5 A's Behavior Chage Model Adapted for Self-Management Support (Glasgow,Emont, & Miller,2006 2) Tools used to collect data using 3 sets of questionnaires: 2.1) Personal and health information questionnaire 2.2) Self-management behavior assessment form to delay kidney deterioration 2.3) Evaluation form Knowledge about chronic kidney disease 3) Machine to measure/read the results of serum creatinine and glomerular filtration rate. Data were analyzed using Pair t-test statistics. The results found that The mean test score after participating in the self-management support program increased significantly ($t=5.452, p<0.001$). The mean self-management behavior score after participating in the self-

¹ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

management support program increased. Statistically significant ($t=12.563$, $p<0.001$) and it was found that the glomerular filtration rate after participating in the self-management support program had a statistically significant average increase ($t=3.725$, $p <0.001$)

Keywords: Chronic kidney disease, Self management Model for supporting behavior change using 5A techniques, Glomerular filtration rate

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เพราะมีความชุกที่สูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคไตเรื้อรังแบ่งตามความรุนแรงของโรคเป็น 5 ระยะ ซึ่งจากการศึกษาาระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรังในชุมชนของประเทศไทย (Thai SEEK Study) โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี 2552 พบความชุกของโรคจากระยะที่ 1-5 เท่ากับร้อยละ 3.3, 5.6, 7.5, 0.8 และ 0.3 ตามลำดับและพบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบมากที่สุด และมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานมากที่สุดร้อยละ 37.5 ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) หมายถึง ความผิดปกติของหลอดเลือดฝอยในโกลเมอรูลัสของไตและเกิดการอุดตันจากการสะสมของน้ำตาล ซึ่งเป็นผลจากการเป็นเบาหวานระยะเวลานาน ทำให้ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง โดยไตเสื่อมจากเบาหวานที่เกิดจากการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งระดับน้ำตาลที่สูงเรื้อรังทำให้ระดับกลูโคสสูงขึ้นจะสร้างความเสียหายให้แก่เส้นเลือดฝอยในไต เนื่องจากความหนืดของน้ำตาลที่ผสมในเลือด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการไหลของเลือด ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งส่งผลให้เส้นเลือดแดงขนาดเล็กที่ไตเสื่อม มีความดันและความเร็วเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นเกิดการหนาตัวของเส้นเลือด การทำงานของไตจึงเสื่อมลงไม่สามารถกรองของเสียออกทางปัสสาวะได้ จนกลายเป็นโรคไตวายเรื้อรัง นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจทำงานหนักและในระยะยาวทำให้หลอดเลือดเสื่อมทั่วร่างกาย (นพ.ทวี ศิริวงศ์ 2558:22)

สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า โรงพยาบาลคอนสวรรค์ อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวนผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรัง ตั้งแต่ ปี 2562-2565 เท่ากับ 803, 1,106, 1,187 และ 1,559 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และ ในปี 2562 - 2565 พบว่าโรคไตระยะที่ 3 มีจำนวน 76, 451, 505 และ 808 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง กล่าวคือ การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ 25 ยารักษาเบาหวานไม่ถูกต้อง ร้อยละ 20 การใช้ยาสมุนไพรบางชนิด ร้อยละ 5 และนอกจากนี้ผู้ป่วยยังขาดความรู้และทักษะการจัดการตนเองยังไม่เหมาะสม จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จนเป็นผลให้เกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน บุคลากรทางสุขภาพจึงต้องให้ความสำคัญกับสาเหตุและปัจจัยเหล่านี้รวมทั้งร่วมค้นหาแนวทางช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองโดยเฉพาะการจัดการเรื่องอาหารและยา จนผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้และช่วยชะลอการเสื่อมของไตในระยะยาว

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำกระบวนการจัดการตนเองและรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 เอมาสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการชะลอความเสื่อมของไตระยะ 3 โรงพยาบาลคอนสวรรค์ อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่ยังไม่มีอาการแต่เริ่มมีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของไตและเป็นระยะที่สามารถฟื้นฟูสภาพไตให้กลับมาในสภาพปกติเพื่อเป็นการช่วยชะลอไตเสื่อมได้เร็วขึ้น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคอนสวรรค์

ด้านสถานที่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคอนสวรรค์

ด้านเวลา ข้อมูลเก็บระหว่าง 4 มกราคม 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2566

ด้านตัวแปร

ตัวแปรอิสระ ได้แก่โปรแกรมการจัดการตนเองต่อการชะลอความเสี่ยงของไต

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไต

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี 50 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม 2566 ถึง กรกฎาคม 2566

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) 0.95 และค่าอิทธิพล (Effect size) คำนวณโดยใช้ตัวแปรจากการศึกษาของสำราญ พูลทอง และคณะ(2561) ได้ค่าเท่ากับ 0.50 คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 44 ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 50 คน เพื่อให้ขนาดตัวอย่างเพียงพอตลอดระยะเวลาการทำการศึกษาระดับที่กลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่น้อยกว่า 5 ปี (เป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว หรือเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมกัน

2. อายุ 45 - 59 ปี

3. อัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR 30 - 59 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร/ปี

4. อยู่ในพื้นที่ขณะเข้าร่วมโปรแกรม

5. สามารถติดตามนัดทุกครั้งขณะเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดการทดลอง

6. สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือมีญาติช่วย และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

7. สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปซึ่งกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

1. ข้อมูลทางคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองในเรื่องการรับรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกัน ด้วยการพิจารณาจากกราฟฮิสโตแกรม และสถิติทดสอบ Shapiro-wilk test

2.2 หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ทำการทดสอบด้วยสถิติ paired t-test

2.3 หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบอื่นที่ไม่ใช่แบบปกติทำการทดสอบด้วยสถิติ non-parametric

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการ พิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ (เอกสาร รับรองเลขที่ 101/2565 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2565)

ผลการวิจัย

ผลศึกษาครั้งนี้พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80.40 อายุเฉลี่ย 68.52 ปี(SD=6.31) อายุมากที่สุดคือ 75 ปีอายุน้อยที่สุด 45 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 65-74 ปี จำนวน 32คน(ร้อยละ 64) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72 ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 100 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่

เป็นเกษตรกร ร้อยละ 70 ซึ่งต้องออกไปประกอบกิจกรรมนอกบ้าน ต้องตื่นแต่เช้า ต้องทำงานจนมืดค่ำถึงจะกลับบ้าน ทำให้กลุ่มนี้จึงมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาหารไม่ครบมื้อและไม่ตรงเวลาเนื่องภาระงาน ระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นเบาหวานเท่ากับ 13.92 ปี (SD=6.58 Min=6.00 Max=30) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 90) ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความเสื่อมของไต (สมาคมโรคไตคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558)

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดการทดลองพบว่า ความรู้เรื่องไตเสื่อมหลังการทดลองเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.452, p<0.001$) พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t=12.563, p<0.001$) อัตราการกรองของไตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.725, p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ประเด็น	ก่อน(n=50)	หลัง(n=50)	t	p
	Mean(SD)	Mean(SD)		
ความรู้เรื่องไตเสื่อม	16.82(1.30)	17.18(1.65)	5.452	<0.001
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต	62.10(8.58)	74.45(3.95)	12.563	<0.001
GFR	48.19(7.43)	54.56(15.21)	3.725	<0.001

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า จะเห็นได้ว่าแนวคิดการจัดการตนเอง¹ เน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งด้านการจัดการด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยาให้เหมาะสมในการควบคุมโรคและการออกกำลังกาย การติดตามเยี่ยมบ้านหรือการเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นผลสำเร็จ³ ส่งผลให้อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น สามารถฟื้นฟูสภาพไตให้กลับเป็นปกติและเพื่อเป็นการช่วยชะลอไตเสื่อมได้เร็วขึ้น² ผู้วิจัยเห็นว่าการนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต มาใช้ในการศึกษาทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทำความเข้าใจในโรคของตนเอง เรียนรู้ทักษะการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง จัดการตนเองทั้งในด้านการรับประทานอาหารและการใช้ยาอย่างเหมาะสม โดยพยาบาลจะสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและชะลอการเสื่อมของไตในระยะยาวส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีอายุยืนยาว

ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

1. จันจิรา หินขาว.ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม .2562
2. ชลาภัทร คำพิมาน.ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ตำบลทอง อำเภอมะนัง จังหวัดนครพนม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.2560;4(2):42-48
3. นพ.ทวี ศิริวงศ์(2548). กลเม็ดเคล็ดลับทำอะไรได้ไม่ว้าย(พิมพ์ครั้งที่ 5).กรุงเทพฯแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565
4. ศิริลักษณ์ ถุงทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้.วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.2557
5. ศิริลักษณ์ ถุงทอง, ทิพมาส ชิมวงศ์และเพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์. (2558). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์, 35(1): 67-84.

1. หลังสิ้นสุดโปรแกรมการวิจัยควรมีการจัดระบบติดตามเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองอย่างยั่งยืน สามารถรักษาอัตราการกรองของไตอยู่ระดับคงที่ เพราะผู้ป่วยมีโอกาสที่จะกลับไปสู่ภาวะไตเสื่อมได้อีกและการติดตามผลอัตราการกรองของไต ควรมีการติดตามเผื่อระวังภาวะไตเสื่อมอย่างน้อยทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี

2. สนับสนุนการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะไตเสื่อม เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตเสื่อมในอนาคต

3. พื้นที่ที่สามารถสนับสนุนการนำโปรแกรมการดูแลตนเองไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่นๆได้

4. สามารถใช้โปรแกรมการดูแลตนเองกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่ออาการแทรกซ้อนอื่นๆจากโรคเบาหวาน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia)

6. ศรีสมัย วิบูลยานนท์และสุพัฒน์วานิชย์การ. (2553). อาหารผู้ป่วยโรคไต. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย.เอกสารอัดสำเนา. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2557).
7. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ.2560
8. Glasgow, R. E., Funnell, M. M., Bonomi, A. E., Davis, C., Beckham, V. & Wagner, E. H. (2002). Self-Management Aspects of the Improving Chronic Illness Care Breakthrough Series: Implementation with Diabetes and Heart Failure Teams. *Annals of Behavioral Medicine*, 24: 80-87.
9. Ingsathit, A., Thakkinstian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthom, K. & et al. (2010). Prevalence and Risk Factors of Chronic Kidney Disease in the Thai Adult Population: Thai SEEK Study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25(5): 1567-1575.

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
เพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients with meningiomas who receive general anesthesia for craniotomy in
Kalasin Hospital: Two case Studies.

(Received: November 27,2023 ; Revised: December 9,2023 ; Accepted: December 11,2023)

ณภัค พัชรชพงษ์¹

Naphak Patcharatchaphong¹

บทคัดย่อ

การศึกษาผู้ป่วยจำนวน 2 รายที่มารับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม พ.ศ.2566 โดยทำการศึกษาจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ถึงปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศหญิงเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตรวจพบเป็น Meningioma at Right frontal ทำผ่าตัด Craniectomy with removal tumor ในระหว่างการผ่าตัดมีการสูญเสียเลือดน้อย สัญญาณชีพคงที่ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ย้ายกลับหอผู้ป่วยสามัญได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิงเป็นผู้ป่วยอายุน้อย ไม่มีโรคประจำตัว ตรวจพบเป็น Right frontal meningioma with brain herniation ทำผ่าตัด Right Craniectomy with tumor removal with cranioplasty ใช้เวลาผ่าตัดนาน ระหว่างการผ่าตัดมีการเสียเลือดปริมาณมาก สัญญาณชีพไม่คงที่ หลังผ่าตัดสำเร็จถอดท่อช่วยหายใจนำส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรม หลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถพักฟื้นและจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายเข้ารับการผ่าตัด โดยวิสัญญีแพทย์วางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเหมือนกันทั้ง 2 ราย แต่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรค ความรุนแรง โรคประจำตัว อายุ ที่แตกต่างกัน วิสัญญีพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ยาระงับความรู้สึกและวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายทั้งก่อน ขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อลดความเสี่ยงและการเกิดอุบัติเหตุที่มิพึงประสงค์จากการให้ยาระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง,การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ,การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย,การพยาบาล

Abstract

A study of 2 patients who received craniotomy at Kalasin Hospital in May - August 2023 by studying medical records. Interviewing patients and relatives including participatory observation Gather information and analyze problems. Nursing diagnosis and anesthesia administration Patient 1 is female and elderly. Have diabetes High blood pressure, diagnosed as Meningioma at Right frontal, performed Craniectomy with tumor removal. During the surgery, there was little blood loss. Stable vital signs The breathing tube can be removed. Can be transferred back to the general ward The second patient, female, is a young patient. diagnosed as Right frontal meningioma with brain herniation, right craniectomy with tumor removal with cranioplasty, surgery took a long time. During surgery, a large amount of blood was lost. unstable vital signs After successful surgery, the patient was intubated and transferred to the surgical intensive care unit. After surgery, both patients were found to be able to recuperate and were discharged home. No complications were found from surgery and anesthesia.

The results of the study revealed that both patients had undergone surgery. The anesthesiologist planned the same general anesthesia for both cases, but the patients had different disease pathologies, severity, congenital diseases, and ages. Anesthetist nurses therefore play an important role in helping to administer anesthesia and plan appropriate nursing care for each patient before and after. During and after anesthesia is given To reduce the risk and occurrence of adverse events from anesthesia.

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Keywords: meningioma, craniotomy, general anesthesia, nursing

บทนำ

เนื้องอกสมอง (Brain tumor) เป็นเนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะอาจเกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ประสาทสมอง เยื่อหุ้มสมอง เซลล์โพรงสมอง ตลอดจนความผิดปกติที่มีต้นกำเนิดจากเซลล์ภายในระบบประสาทเอง หรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งจากอวัยวะอื่น¹ เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) เป็นเนื้องอกสมองที่พบได้มากที่สุด เกิดขึ้นในชั้นเยื่อหุ้มสมองและเนื้อเยื่อหุ้มไขสันหลัง เป็นเนื้องอกชนิดที่เติบโตช้าและอาจใช้เวลาหลายปีกกว่าผู้ป่วยจะมีอาการ จึงทำให้เป็นเนื้องอกที่ยากต่อการวินิจฉัย ในบางครั้งอาจส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อสมอง เส้นประสาท และหลอดเลือดโดยรอบ ทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ โดยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองสามารถเกิดขึ้นได้ทุกเพศทุกช่วงอายุ แต่ส่วนใหญ่มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ถึง 2 เท่าอายุที่พบบ่อยพบในช่วงอายุ 50-60 ปี อาจมีก้อนเดียวหรือหลายก้อน สาเหตุของการเกิดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองยังไม่ทราบแน่ชัด เนื่องจากเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองเกิดอยู่ภายในกะโหลกศีรษะที่มีพื้นที่จำกัด อาการจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอกกดทับเนื้อเยื่อข้างเคียง เช่น อาการชัก ปวดหัวอาเจียน ตา มัว เห็นภาพซ้อน เดินเซ ไบหน้าชา หูหนวก แขนขาไม่มีกำลัง^{3,4} หรืออื่นๆ เนื้องอกเยื่อหุ้มสมองมีผลต่อสมองได้แก่ ทำลายกดเบียดเนื้อสมอง กดทับเส้นประสาทสมอง ทำให้เกิดภาวะสมองบวม(Brain edema) เกิดความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม (Increased intracranial pressure) และภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง(Hydrocephalus) เกิดการเคลื่อนตัวของสมอง(Brain herniation) เนื้องอกกดทับหลอดเลือดเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง(Brain infarction) ทำให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท และอาจทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตได้ หากไม่ได้ทำการรักษาอย่างทันท่วงที การรักษาเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมองที่ดีที่สุด คือการผ่าตัดเอาออกให้หมด จะสามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดจาก

โรคได้ แต่บางครั้งแพทย์ไม่สามารถผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองออกได้หมดจากการที่เนื้องอกไปหุ้มรอบเส้นเลือดสมองหรือเส้นประสาทที่สำคัญ ดังนั้นจึงใช้การฉายรังสีเพื่อรักษาเนื้องอกส่วนที่เหลือซึ่งจะช่วยชะลอไม่ให้ก้อนเนื้องอกเติบโตขึ้นใหม่^{3,4}

แม้การเกิดเนื้องอกสมองมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 1.4 แต่อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 60⁵ ในด้านอุบัติการณ์การเกิดทั่วโลกพบว่าเนื้องอกสมองชนิดร้ายแรงประมาณ 11.52 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี เนื้องอกไม่ร้ายแรงประมาณ 7.19 ต่อประชากรแสนคนต่อปี⁶ สำหรับในประเทศไทยพบประมาณ 18.71 ต่อประชากรแสนคนต่อปี และพบว่าเป็นเนื้องอกสมองชนิด Meningioma ถึงร้อยละ 60² จะเห็นได้ว่าเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง เป็นพยาธิสภาพที่สำคัญซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิด หากไม่ได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม จะทำให้มีอาการความดันในกะโหลกศีรษะสูง สมองเคลื่อน ไม่รู้สึกตัวและเสียชีวิตในที่สุด¹ ซึ่งการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองออกจึงมีความสำคัญมาก เพราะขณะผ่าตัดมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากกการสูญเสียเลือดและสารน้ำ การเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง การบาดเจ็บจากการจัดท่า การกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคร่วม เป็นต้น อีกทั้งภายหลังการผ่าตัดอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการหรือเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต วิทยาลัยพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ยาระงับความรู้สึกช่วยให้การผ่าตัด สำเร็จราบรื่น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญในงาน มีการพัฒนาทักษะความรู้อยู่เสมอ ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจศึกษารณศึกษานี้เพื่อวางแผนจัดทำแนวทางให้การพยาบาลระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้ ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยแบบองค์

รวมอย่างต่อเนื่องทั้งก่อน ขณะและหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง 2 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โดยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

2. เพื่อศึกษาและรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดกะโหลกศีรษะ และนำมาจัดทำแผนการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกต่อไป

วิธีดำเนินการ

ทำการศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองจำนวน 2 รายที่มารับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2566 กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาและได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ โดยทำการศึกษาจากเวชระเบียนการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล รวมถึงการสังเกตการจากการให้การพยาบาลระงับ ความรู้สึกทั้งระยะก่อน ขณะและหลังการระงับความรู้สึก ศึกษารวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากตำราเอกสารวิชาการ บทความ งานวิจัย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงปัญหาเปรียบเทียบกับทฤษฎีและสรุปผล

การรักษาเนื้องอกในเยื่อหุ้มสมอง ด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (craniectomy with removal tumor) เป็นการผ่าตัดใหญ่และอวัยวะสำคัญ ต้องได้รับการระงับความรู้สึก

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1.การพยาบาลระยะก่อนให้บริการวิสัญญี
วิสัญญีพยาบาลประเมินปัญหา ความต้องการ และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับบริการทางวิสัญญีดังนี้ การตรวจร่างกาย ประวัติโรคประจำตัว

ความเสี่ยงก่อนการผ่าตัด ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ประเมินสภาพจิตใจ ความกลัว ความเครียด และการรับรู้เกี่ยวกับอาการของตนเองและประเมินความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

2.การพยาบาลระยะให้บริการทางวิสัญญี

วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติการให้บริการทางวิสัญญี โดยการเผ่าระงับและการดูแลการให้ยาระงับความรู้สึกสอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยหลังจากประเมินผู้ป่วยและร่วมปรึกษากับวิสัญญีแพทย์เพื่อเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การเลือกวิธีการระงับความรู้สึกไม่มีหลักเกณฑ์จำเพาะ แต่พิจารณาตามชนิดของการผ่าตัด และโรคประจำตัวของผู้ป่วย

3.การพยาบาลระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี

วิสัญญีพยาบาลให้การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยและสุขสบายของผู้ป่วยในห้องพักฟื้นและติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังได้รับยาระงับความรู้สึกและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากบริการวิสัญญี

จากแผนการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รักษาด้วยการผ่าตัดและใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ และไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ใช้ในการทำผ่าตัดใหญ่บริเวณร่างกายส่วนบน เช่น ศีรษะ คอ บริเวณหลัง เป็นต้น⁸

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 เพศหญิง อายุ 63 ปี ระดับการศึกษามัธยม 6 สถานภาพสมรส สมรสอาชีพ ชาวนา ภูมิลำเนา อำเภอมือเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 21 พฤษภาคม 2566 วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 24 พฤษภาคม 2566 การวินิจฉัยโรค Meningioma at Right frontal การผ่าตัด Craniectomy with tumor removal การตรวจพิเศษCT brain ให้การพยาบาลระงับความรู้สึก

แบบท้าวร่างกาย นำสลบด้วย Propofol ผู้ป่วยหลับ ใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Non depolarized (Cisatracurium) เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ควบคุมการให้ยาระงับความรู้สึกโดยใช้เทคนิค Balance Anesthesia ด้วย Volatile agent และ Opioid คือ O₂ : air : sevoflurane และ Fentanyl monitor ด้วย EKG , Invasive(A-line) ,Pulse ,ETCO₂ ,Urin out put, Temperature และทดแทนสารน้ำและเลือด ตามที่สูญเสียจากการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด 2 ชม. เสียเลือดประมาณ 300 cc. ให้สาร NSS 1200 cc . Urin ออกชั่วโมงละ 30 cc. ตรวจน้ำตาลได้ 120 mg% สิ้นสุดการผ่าตัดสามารถแก้ฤทธิ์ยาสลบ ผู้ป่วย หายใจดี v/s ปกติคงที่ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ย้ายผู้ป่วยสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้น ให้ O₂ mask with Bag 10 L/min keep warm บันทึกสัญญาณชีพ ประเมิน GCS ประเมินความเจ็บปวด ประสาน หอผู้ป่วยสามัญ รายงานอาการส่งต่อข้อมูล หลังจากสังเกตอาการหลังผ่าตัด 1 ชม. ที่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วย รู้สึกตัวดีทำตามคำบอกได้ v/s ปกติ แผลผ่าตัดไม่ซึม จำหน่ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยสามัญได้โดย ให้ O₂ mask with Bag 10 L/min มีวิสัญญีนำส่ง หลังผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีสามารถจำหน่าย กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน แพทย์ นัดF/U 2 สัปดาห์

กรณีศึกษาที่ 2 เพศหญิง อายุ 30 ปี ระดับ การศึกษา ปริญญาตรี สถานภาพสมรส สมรส อาชีพ

ค้าขาย ภูมิลำเนา อำเภอดำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 5 สิงหาคม 2566 วันที่จำหน่าย จากโรงพยาบาล 10 สิงหาคม 2566 การวินิจฉัยโรค Meningioma at Rt.frontal lobe with brain edema การผ่าตัด Craniectomy with tumoral การตรวจพิเศษ CT brain ให้การพยาบาลระงับความรู้สึกแบบท้าวร่างกาย นำสลบด้วย Propofol ผู้ป่วยหลับใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Non depolarized (Cisatracurium) เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ควบคุมการให้ยาระงับความรู้สึกโดยใช้เทคนิค Balance Anesthesia ด้วย Volatile agent และ Opioid คือ O₂ : air : sevoflurane และ Fentanyl monitor ด้วย EKG , Invasive(A-line) ,Pulse ,ETCO₂ ,Urin out put, Temperature และทดแทนสารน้ำและเลือด ตามที่สูญเสียจากการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด 4 ชม. เสียเลือดประมาณ 1000 cc. ได้ PRC 2 u ,FFP 2 u ให้สาร NSS 3600 cc . Urin ออกชั่วโมงละ 50 cc. บันทึกสัญญาณชีพ BP 130/80 PR 80 /min spo₂ 100 หลังทำการผ่าตัดเสร็จ ผู้ป่วยยังใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยมายังหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง on Bird ventilator เนื่องจากเตียง ICU เต็ม หลังผ่าตัดไม่พบ ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีสามารถจำหน่ายกลับ บ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน แพทย์ นัดF/U 2 สัปดาห์

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก		
-ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ขาดความรู้ความเข้าใจ	- มีความวิตกกังวลลดลง มีความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมในการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ไม่ถูกกดหรือเลื่อนผ่าตัด	1.ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยก่อนวันทำการผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและรวบรวมปัญหาและวางแผนการรักษาร่วมกันกับทีมแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ตลอดจนทีมผ่าตัดห้องปฏิบัติการ, การเตรียมหอผู้ป่วยหนัก ตลอดจนเครื่องช่วยหายใจให้พร้อมใช้หลังผ่าตัด 2.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการแนะนำตนเองอธิบายเกี่ยวกับความเป็นไปของโรคตามแผนการรักษาของแพทย์ 3.กระตือรือร้น สนใจต่อความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยบอกเล่าเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
		<p>4.ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยโดยประสานทีมในการดูแลรักษาทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด</p> <p>5.อธิบายขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นขณะให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดว่าจะมี วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลดูแลตลอดเวลาไม่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกเจ็บ</p> <p>6.แนะนำการงดน้ำ-งดอาหาร อย่างน้อย 8 ชม. เพื่อป้องกันการสำลัก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>7.ประเมินความยุ่งยากในการใส่ท่อช่วยหายใจตามวิธี Mallampati จำแนกผู้ป่วยตาม American society of anesthesiologist ตรวจวัด สัญญาณชีพ จอเลือดและส่วนประกอบของเลือด (PRC 4 u, FFP 4 u) จอ ICU</p> <p>8.รายงานข้อมูลผู้ป่วยกับวิสัญญีแพทย์เกี่ยวกับโรคประจำตัวผู้ป่วย คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (กรณีศึกษารายที่ 1) ตลอดจนผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด การตรวจร่างกาย, CXR, CT, EKG เพื่อ วางแผนในการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>9.มีการทำ Mask size หลังโกนศีรษะโดยแพทย์เจ้าของไข้</p> <p>10.อธิบายกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการผ่าตัดจะต้องใช้เวลาผ่าตัดนานไม่ ต่ำกว่า 3 ชม. ตลอดจนหลังผ่าตัดอาจต้องย้ายไปสังเกตอาการที่หอ ผู้ป่วยหนักและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยจะมีแพทย์และพยาบาลดูแล อย่างใกล้ชิด</p> <p>11.ตรวจเช็คการลงนามใบยินยอมการผ่าตัด ใบยินยอมให้ระงับความรู้สึก ของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>12.อธิบายแนวทางการลดอาการปวดแผล</p> <p>13.ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติถึงภาวะเฝ้าระวังการเข้าเยี่ยม</p>
<p>ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1:ผู้ป่วยได้รับการตรวจเยี่ยมประเมิน ASA class 3 ไม่มีปัญหาเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจยาก วางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบ ทัวร่างกายได้ เตรียมเปิด IV fluid เบลอร์ใหญ่เพิ่มอีก 1 เส้น หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง มีความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมในเข้ารับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ไม่ถูกงดหรือเลื่อนผ่าตัด</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2:เยี่ยมตรวจประเมินผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ASA class 4 วางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทัวร่างกายได้ G/M PRC เพิ่ม 2 u จอ ICU วางแผนเตรียมทำ invasive monitor (A-Line) C- Line เตรียมเปิด IV fluid เบลอร์ใหญ่เพิ่มอีก 1 เส้น หลังให้การพยาบาลญาติมีความวิตกกังวล ลดลง มีความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมในเข้ารับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ไม่ถูกงดหรือเลื่อนผ่าตัด</p>		
ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก		
1.เสี่ยงต่อการเกิดความดันใน กะโหลกศีรษะสูงจากเซลล์ สมองได้รับบาดเจ็บ	-เพื่อไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนจาก การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกจาก ความดันในกะโหลกศีรษะสูง - เพื่อส่งเสริมศัลยแพทย์ให้ทำการ ผ่าตัดได้สะดวกราบรื่น	<p>1.วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ควบคุมความดันโลหิตตลอดเวลา (Arterial line) ประเมิน Glasgow coma scale ตามมาตรฐานการพยาบาล ตาม แผนการรักษา</p> <p>2.ติดตามค่า CO2 ควบคุม Paco2 30-35 mmHg</p> <p>3.วัดและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก ทุก 2-4 ชม.</p> <p>4.จัดทำนอนยกศีรษะสูง 15-30 องศา ไม่ให้ศีรษะพับงอ</p> <p>5.บริหารยา Dilantin 100 mg iv และ Dexa 4 mg iv ให้ได้ตามแผนการ รักษา</p> <p>6.ดูแลการให้สารน้ำที่เป็น Isotonic cystaliod 0.9% NSS 1000 ml ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา</p> <p>7.หลีกเลี่ยงการใช้ยาระงับความรู้สึกที่ทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น Ketamine</p>
ประเมินผลการพยาบาล		

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษา รายที่ 1: ไม่พบภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดได้ราบรื่น กรณีศึกษา รายที่ 2: ไม่พบภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดได้ราบรื่น		
2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการสูญเสียสารน้ำและเลือดขณะผ่าตัด	- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการผ่าตัด	1.ดูแลและควบคุมสัญญาณชีพตลอดจนวิสัญญีแพทย์จะใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ (Central line) เพื่อประเมินการให้สารน้ำตลอดเวลา 7 2.ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินให้สารน้ำเข้า-ออก ปัสสาวะออกมากกว่า 30 cc/hr 3.เจาะหาค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ทุก 1 ชม.รวมทั้งเจาะภาวะความเป็นกรดต่าง (Blood gas analysis) สายสวนหลอดเลือดแดง (Arterial line) 4.ตรวจเช็คเตรียมความพร้อมของเลือดที่จองไว้สำหรับการผ่าตัดให้พร้อมใช้ 5.ลงบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือด ระหว่างการผ่าตัดเพื่อประเมินการให้สารน้ำและเลือดทุก 1 ชม.
ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษา รายที่ 1: ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการผ่าตัด เสียเลือด 300 cc ได้รับสารน้ำทดแทนเพียงพอเหมาะสม สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ กรณีศึกษา รายที่ 2: ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการผ่าตัด เสียเลือด 1000 cc ได้รับสารน้ำทดแทนเพียงพอให้ PRC 2 U FFP 4 U สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติเฝ้าติดตามด้วย invensive monitor A-Line		
3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ อุณหภูมิร่างกายต่ำ	-ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ	1.คลุมผ้าปราศจากเชื้อในบริเวณผ่าตัด และไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น รวมทั้งคลุมปลายมือทั้งสองข้างเพื่อรักษาระดับอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย 2.วางผ้าห่มอุ่นไฟฟ้าที่ให้ความอบอุ่นร่างกายบริเวณลำตัวผู้ป่วย รวมถึงการใช้เครื่องอุ่นสารน้ำและเลือด 3.ใช้เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย Monitor ไว้ตลอดเวลาขณะผ่าตัด 4.ปรับอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศให้อยู่ในช่วงไม่ต่ำกว่า 20 องศาเซลเซียส ปิดเครื่องปรับอากาศเมื่อผ่าตัดเสร็จ 5.เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด เช็คทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยบริเวณที่เปียกให้แห้ง เปลี่ยนเสื้อผ้า ห่มผ้าห่ม
ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษา รายที่ 1: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ T=37 องศาเซลเซียส กรณีศึกษา รายที่ 2: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ T=36.8 องศาเซลเซียส		
4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ น้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดต่ำ (Hyper-Hypoglycemia) (กรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยเป็นเบาหวาน)	-ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะ Hyper-Hypoglycemia	1.ให้สารน้ำทดแทนตลอดระยะเวลาที่งดน้ำ อาหารให้ถูกต้องและเพียงพอ 2.เจาะตรวจหาค่าน้ำตาลในเลือดทางปลายนิ้วทุก 1 ชม.ในขณะที่ให้ยาระงับความรู้สึก 10 3.ตรวจสอบสัญญาณชีพในขณะที่ให้ยาระงับความรู้สึก (ผู้ป่วยรายนี้วัดค่าความดันโลหิตจาก Arterial line) 4.สังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง-ต่ำ ซึ่ม ไม่มีเหตุออกตัวเย็น
ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษา รายที่ 1: ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะ Hyper-Hypoglycemia เจาะ DTX ก่อนมาผ่าตัด = 130 mg% -ขณะดมยา 120 mg หลังดมยา 124mg%		
5.เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากการจัดท่า	- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นประสาทจากการจัดท่าผ่าตัด	1.ประเมินความพร้อมของเตียงผ่าตัด อุปกรณ์เสริมในการจัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสม ครอบคลุมก่อนการจัดท่า

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
		2.ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และปัจจัยเสี่ยงในการจัดทำร่วมกับแพทย์ 3.จัดทำผู้ป่วยร่วมกับศัลยแพทย์ วิชาญแพทย์ วิชาญพยาบาล ทีมผ่าตัด 4.จัดทำนอนหงาย จับยึดศีรษะด้วย Pin skull clamp ต่อกับอุปกรณ์ May filed หมุนข้อต่อให้แน่น 5.หนุนปมประดุกต่างๆด้วยผ้าหนานุ่ม จัดแขนทั้งสองข้างแนบลำตัว 6.สำรวจร่างกายทุกส่วนให้อยู่ในแนว Body alignment แยกขาออกเล็กน้อย 7.หลังผ่าตัดประเมินอาการบาดเจ็บของเส้นประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อ และผิวหนัง
ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษารายที่1:ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นประสาทจากการจัดทำผ่าตัด กรณีศึกษารายที่2:ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นประสาทจากการจัดทำผ่าตัด		
ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก		
1.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการหายใจลดลง	-เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน	1.ประเมินลักษณะการหายใจ ประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจจากการมีเสมหะคั่งค้าง โดยสังเกตจากอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจเร็ว ตื้น กระสับกระส่าย ขณะหายใจการเคลื่อนไหวของทรวงอกไม่สัมพันธ์กัน ริมฝีปาก เล็บมือปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ 2.ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องโดยการฟังเสียงลมเข้าปอดเท่ากันทั้ง 2 และดูดเสมหะออกเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง 3.วัดสัญญาณชีพโดยเครื่องมือที่อ่านค่าO2 ค่าปกติ 95-100% 4.ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจโดยแจ้งให้ญาติรับรู้ว่าต้องมีการผูกมัดข้อมือผู้ป่วยทั้ง 2 ข้าง 5.จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศาหรือตะแคงไปด้านที่ไม่กดทับแผล จะช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น 6.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างพอตามแผนการรักษาของแพทย์ 7.ให้ความอบอุ่นร่างกาย ไม่ให้เกิดภาวะหนาวสั่นเพราะจะทำให้มีการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น 8.ดูดเสมหะ ทุก 2 ชม. เพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง 9.ติดตามผล Arterial Blood gas ,ติดตามผลทางรังสีวิทยาตามแผนการรักษา
ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษารายที่1:ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด on o2 mask c Bag 10 LPMที่ห่อผู้ป่วย ไม่มีหอบเหนื่อยไม่มี cyanosis Spo2 100% กรณีศึกษารายที่2: :ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด on ET tube กลับ หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ไม่หอบไม่มีหอบเหนื่อยไม่มี cyanosis Spo2 100% หลังผ่าตัดในระยะพักฟื้นสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ หายใจได้เองไม่หอบเหนื่อย		
2.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อสมองถูกทำลายมากขึ้น	-ป้องกันภาวะเนื้อสมองถูกทำลาย	1.วัดสัญญาณชีพและอาการแสดงทางระบบประสาททุก GCS ½ - 1 ชม. 2.จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา. 3.ดูแลการไหลของถุงระบายเลือดจากศีรษะ (Drain) ไม่ให้มีการอุดตัน 4.ดูแลการให้ยาลดความดันกะโหลกศีรษะ กันชัก ตามแผนการรักษา 5.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อต้องทำกิจกรรมทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วย
ประเมินผลการพยาบาล		

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
<p>กรณีศึกษารายที่1:ไม่พบภาวะเนื้อสมองถูกทำลาย ไม่มีเลือดออกเพิ่มในสมอง แผลผ่าตัดไม่ซึม Drain ไม่อุดตัน V/S ดี</p> <p>กรณีศึกษารายที่2:ไม่พบภาวะเนื้อสมองถูกทำลาย ไม่มีเลือดออกเพิ่มในสมอง แผลผ่าตัดไม่ซึม Drain ไม่อุดตัน V/S ดี ผู้ป่วยฟื้นคืนสติ GCS 15 สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้</p>		
3.เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด	-ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล ประเมินแผลผ่าตัดว่ามีอาการ บวม แดง ร้อน มี Discharge ซึมหรือไม่ ประเมินประสิทธิภาพของท่อระบาย ว่าคงสภาพ Vacuum และ Close system พร้อมทั้งสังเกตลักษณะของสารคัดหลั่ง เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพป้องกันการคั่งของเลือด แนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลไม่ให้เปียกน้ำ ห้ามแคะแกะเกาแผล และไม่นอนกดทับแผล เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคเข้าสู่แผล แนะนำญาติดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วย เพื่อความสะอาด ลดปริมาณการปนเปื้อนเชื้อและเพื่อความสะดวกสบาย ประเมินภาวะติดเชื้อจากระดับอุณหภูมิกาย ลักษณะแผลผ่าตัดจากการบันทึกทางการพยาบาล
<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>กรณีศึกษารายที่1: ไม่พบการติดเชื้อ ไม่ปวด บวม แดง ร้อน แผลแห้งดี ไม่มีไข้ T=37 ได้รับยาฆ่าเชื้อแก้อักเสบตามแผนการรักษา</p> <p>กรณีศึกษารายที่2:ไม่พบการติดเชื้อ แผลแห้งดีไม่ซึม ไม่มีหนอง ไม่บวม ไม่มีไข้ T=36.8 ได้รับยาฆ่าเชื้อแก้อักเสบตามแผนการรักษา</p>		
4.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ทุเลापวดแผล ระดับความปวดลดลง น้อยกว่า 3 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินคะแนนความปวด(Pain score) โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด (Visual analog scale)และสังเกตอาการสีหน้า อาการกระสับกระส่าย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ภายหลังจากให้ยาแก้ปวด ประเมินและบันทึกอาการปวดของผู้ป่วย และสังเกตอาการข้างเคียงของยา จัดท่านอนให้สุขสบาย จัดหัวเตียงสูง 15-30 องศาเพื่อลดแรงดันในกะโหลกศีรษะ หรือให้ผู้ป่วยนอนตะแคง เพื่อหลีกเลี่ยงการนอนกดทับแผลผ่าตัดหรือดึงรั้งสายท่อระบาย ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อต้องทำกิจกรรมทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วย
<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>กรณีศึกษารายที่1:ผู้ป่วยสุขสบาย ปวดแผลเล็กน้อย Pain scale 2 ไม่ได้ขอยาแก้ปวด นอนหลับพักผ่อนได้</p> <p>กรณีศึกษารายที่2:ผู้ป่วยสุขสบาย ในระยะแรกปวดแผลมาก Pain scale 5 ขอยาแก้ปวดหลังได้ยาแก้ปวด นอนหลับพักผ่อนได้ pain scale 2</p>		
5.วิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านเนื่องจากขาดความรู้	-เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการกลับไปดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน	<ol style="list-style-type: none"> ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก อาเจียน ชักเกร็ง การเคลื่อนไหวผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวลดลง แผลผ่าตัดอักเสบบวมแดง ต้องรีบมาพบแพทย์ ให้คำแนะนำการรับประทานให้ครบ5 หมู่ งดการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา กินชั๊ก ยาเบาหวาน ยาความดันตามแผนการรักษา แนะนำการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง ระวังการลื่นล้ม ให้คำแนะนำการดูแลทำความสะอาดร่างกาย และการพักผ่อน
<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>กรณีศึกษารายที่1:ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการกลับไปดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน สีหน้าสดชื่นสอบถามวิธีดูแลตนเองที่บ้านสามารถตอบได้ นัด F/U 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตามนัด</p> <p>กรณีศึกษารายที่2:ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการกลับไปดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน สีหน้าสดชื่นสอบถามวิธีดูแลตนเองที่บ้านสามารถตอบได้ นัด F/U 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตามนัด</p>		

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองที่ ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เปรียบเทียบกับกรณีศึกษา 2 ราย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความผิดปกติจากการการมีเนื้องอกในสมอง⁶ พยาธิสภาพของโรคทำให้เริ่มมีอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายและส่งผลต่อจิตใจเกิดความกังวลใจต่อผู้ป่วยและญาติ² เหมือนกันทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวรักษาต่อเนื่อง เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ได้พบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยวางแผนการรักษาและยอมรับการเจ็บป่วยจึงมาตามนัดเพื่อรับการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ มีการเตรียมตัวและมีการรับรู้ถึงกระบวนการรักษา กรณีศึกษารายที่ 2 อายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน ไม่มีโรคประจำตัวเป็นมารดาหลังคลอด เมื่อเริ่มมีอาการปวดศีรษะซ้ายแก้มปวดมารับประทานเอง ไม่ไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา และใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายความเครียด จนอาการกำเริบรุนแรงมาด้วยปลุกไม่ตื่น ไม่รู้สึกตัว แขนขาอ่อนแรง เป็นผู้ป่วยในระยะวิกฤติเสี่ยงต่อการพิการและเสียชีวิต อาการรุนแรงมากกว่า รายที่ 1 จะเห็นได้ว่าพยาธิสภาพของโรคเดียวกัน ความรุนแรงของโรคประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่างที่เป็นตัวส่งเสริม เพศ อายุ โรคประจำตัว ขนาดและตำแหน่งของก้อนเนื้องอก สิ่งสำคัญที่เรียนรู้ได้จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายคือการสังเกตอาการและการได้รับการตรวจวินิจฉัยวางแผนการรักษาอย่างรวดเร็วในระยะแรกจะทำให้พยาธิสภาพของโรคไม่รุนแรงรักษาได้อย่างทันท่วงที

เมื่อเริ่มเข้าสู่กระบวนการผ่าตัด การวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเหมือนกันทั้ง 2 ราย⁷ กรณีศึกษารายที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะผู้สูงอายุและโรคประจำตัว ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จากมีก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่สมองบวม เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสียเลือดมาก Hypovolemic shock

การวางแผนการพยาบาลในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึกจะต้องพิจารณาตามพยาธิสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยอาการวิกฤติจะมีการเตรียมเลือดเพิ่มจากปกติ การเตรียม Invasive monitor การเตรียม ICU post op การเตรียมการระงับความรู้สึกของวิสัญญีนอกจากจะวางแผนให้ยาระงับความตามพยาธิสภาพของคนไข้แล้วยังมีการเตรียมในกรณี Elective case และ Emergency case ด้วย

ในขณะที่ทำการผ่าตัด ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายผู้ป่วยทั้ง 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดได้เหมือนกัน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เสียเลือดน้อยไม่ต้องให้เลือด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด รายที่ 2 เสียเลือดมาก ต้องได้รับเลือดเพิ่มเติม การวางแผนการพยาบาลที่เตรียมไว้ก่อนผ่าตัดทำให้มีเลือดพร้อมใช้ได้ทันท่วงที ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเลือดทดแทนจึงไม่เกิดภาวะHypovolemic shock จะเห็นว่าในขณะที่ผ่าตัด ทั้ง 2 รายมีโอกาสเกิดภาวะshockจากการเสียเลือด สมองขาดออกซิเจนจากการเสียเลือดมาก ความดันตก และมีโอกาสเสียเลือดได้มากจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง วิสัญญีมีบทบาทสำคัญในการช่วยเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะนี้ขณะให้การระงับความรู้สึก เพื่อการผ่าตัดสำเร็จราบรื่นไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว ความสูงอายุ ได้รับการพยาบาลระงับความรู้สึกตามแผนที่วางไว้ ผู้ป่วยสามารถทอดต่อช่วยหายใจ ย้ายกลับตึกศัลยกรรมหญิง V/S stable ปกติและสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี ผู้ป่วยรายที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน Bleeding มี Hydrocephalus มีโอกาสกลับมาผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง ผู้ป่วยต้องได้รับการเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่จะเกิดได้จริง คาท่อช่วยใจและเตรียมย้าย ICU แต่ ICU ไม่สามารถรับย้ายได้ในขณะนั้นเนื่องจากมีคนไข้วิกฤติฉุกเฉินกว่าที่ต้องเข้า ICU จึงย้ายผู้ป่วยกลับตึกศัลยกรรมหญิง สังเกตอาการต่อ ผู้ป่วยรายที่ 2 หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านได้

เอกสารอ้างอิง

1. นลินี พสุคันธภักดิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : ธนาพรเส; 2557.
2. พิมพ์กาญจน์ ทรัพย์มีชัย. ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมจัดการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง.[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก:http://etesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/TU_2018_5814032040_10679_11254.pdf
3. รุ่งศักดิ์ ศิวานวัฒน์. Central Nervous System tumor. ใน : สิทธิพร จิตตมิตร, พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์ ภาค 2. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพมหานคร : ไพลินบุ๊คเน็ต; 2558. หน้า 501-2.
4. Kaye AH. Brain tumor. 2nd ed. New york: Churchill Livingstone, 2002.
5. Armstrong TS, Cron SG, Bolanos EV, Gilbert MR, Kag D-H. Risk factors for fatigue severity in primary brain tumor patients. Cancer 2010;1:2707-15.
6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. นนทบุรี: สถาบันประสาทวิทยา; 2557
7. สุจิตรา ลิ่มอำนวย, ขวณพิศ ทำนอง. การพยาบาลผู้ป่วยที่วิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่ 7 ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2556
8. อังคณา เหลืองนทีเทพ. การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับศัลยกรรมออร์โธปิดิก. ใน: อังกาบปรากฏรัตน์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, ปฏิภาณ ตุ่มทอง, บรรณาธิการ. ตำราวิสัยวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เอพลัสพรินท์; 2556. หน้า 418-22.
9. อัศตพร บุญเกิด. โรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://med.mahidol.ac.th/surgery/site/default/files/pupbic/pdf/PDFneuro/4.pdf>
10. longo DL. 369 Seizures and Epilepsy. Harrison's principles of internal medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2021. P.3258.

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยการส่องกล้อง และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Case study: Nursing care of patient with Ureteral calculi who underwent a Ureterorenoscope with Lithotripsy and sepsis.

(Received: November 27,2023 ; Revised: December 9,2023 ; Accepted: December 11,2023)

พานี ชื่นชมภู¹
Panee Chunchompu¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็น กรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาและการวางแผนพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยการส่องกล้องและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิง อายุ 52 ปี มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 5 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้อง มีไข้ หนาวสั่น แพทย์ส่งตรวจ CT KUB

ผลการศึกษา พบว่า วินิจฉัยโรคครั้งแรกเป็นนิ่วในไตข้างขวา และวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้ายเป็นนิ่วในท่อไตข้างขวา ให้รักษาด้วยวิธีทำผ่าตัดสลายนิ่วโดยการส่องกล้องเข้าไปในท่อไต โดยมีแผนการพยาบาลที่สำคัญในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การลดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ลดความปวดจากก้อนนิ่ว การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง ได้แก่ การเฝ้าระวังอันตรายจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึกตกค้าง ลดความปวดจากการสลายนิ่ว การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการสลายนิ่วโดยการส่องกล้อง การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมด อยู่ในความดูแลและระหว่างการเคลื่อนย้ายไปหผู้ป่วยหนัก ระยะจำหน่าย ได้แก่ การดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกาย และแก้ไขกับปัญหาที่เหลืออยู่ ได้แก่ โลหิตจาง ท้องผูก ขาดความรู้ในการป้องกันกลับเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะซ้ำ ซึ่งทุกปัญหาได้รับการแก้ไขจนหมดไป แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

คำสำคัญ : โรคนิ่วในท่อไต, การสลายนิ่วด้วยการส่องกล้อง, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study was case study with the objective To study problems and nursing planning for patients with ureteral stones who have undergone endoscopic lithotripsy and have sepsis in the bloodstream. The study was conducted on a 52-year-old female patient with underlying diseases such as diabetes and high blood pressure 5 weeks before coming to the hospital. Had abdominal pain, fever, chills. Doctor sent for CT KUB examination.

The results of the study found that first diagnosis was right renal calculi and the last diagnosis was right ureteral calculi. The treatment was surgery to Ureterorenoscope with Lithotripsy. Important nursing care plan in the preoperative period includes reducing urinary tract infections, reducing pain caused by calculi, and preparing for mental and physical pre-operation. The 1-hour post-operative period includes monitoring for dangers from the effects of residual drug anesthesia, reducing pain caused by Ureterorenoscope with Lithotripsy, monitoring for complications from Ureterorenoscope with Lithotripsy, preventable harm to patients with sepsis while in care and during transfer to the intensive care unit. The patient discharge period includes rehabilitation and correcting with remaining problems including anemia, constipation, and Inappropriate of knowledge urolithiasis prevent recurrence. The problems were completely resolved by the doctor then the patient was discharged from the hospital to home.

Keywords: Ureteral calculi, Ureterorenoscope with Lithotripsy, Sepsis

¹ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

บทนำ

โรคนิ่วในท่อไต (Ureteric calculi) เป็นนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urolithiasis) เกิดจากนิ่วในไตเคลื่อนหลุดลงมาที่ท่อไต เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่พบในประชากรทุกเพศทุกวัย โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 50^{1,2} สาเหตุเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น กรรมพันธุ์ เพศ อายุ ปริมาณน้ำดื่ม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นต้น โดยกลไกการเกิดนิ่วท่อไตปัจจุบันยังมาทราบชัดเจน แต่พบว่าหากก้อนนิ่วอุดตันทางเดินปัสสาวะจะส่งผลให้มีปัสสาวะคั่งค้างและท่อไตบวมเจ็บ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องรุนแรงอย่างกะทันหัน และมีไข้จากติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมักเป็นอาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้อาจนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะไตวายได้³ การรักษาก่อนนิ่วที่ขนาดเล็กอาจหลุดออกมาเองได้ แต่หากก้อนนิ่วมีขนาดใหญ่ จะไม่สามารถหลุดออกเองได้ ต้องให้การรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งมีหลายวิธี โดยวิธีที่นิยมในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้อง (URSL) โดยใช้กล้องส่องผ่านทางท่อปัสสาวะ เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะจนถึงท่อไต และทำการสลายนิ่วออกจากท่อไต ซึ่งมีข้อดีกว่าการทำผ่าตัดเปิดหน้าท้อง เช่น การเสียเลือดน้อย ไม่มีบาดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวดน้อย และสามารถกลับบ้านได้ภายใน 1 – 2 วัน หากผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน⁴ ได้แก่ ท่อไตทะลุ ท่อไตตีบ ท่อไตฉีกขาด เลือดออก และติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ³

จากสถิติผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 37 ราย ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 78 ราย และในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 126 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนิ่วในท่อไต ร้อยละ 75.68, 67.95, และ 74.60 ตามลำดับ⁵ โดยการรักษาโรคนิ่วในท่อไตแต่เดิมก่อนปี 2562 จะใช้วิธีผ่าตัดเปิดหน้าท้อง แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลมีแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะ จึงได้นำวิธีการสลายนิ่ว

ด้วยการส่องกล้องมาใช้รักษาผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในท่อไต หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมเป็นหน่วยงานหนึ่งที่รับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้ดูแล โดยพบว่ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และบริบทขององค์กร รวมทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้ มาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะจำหน่าย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม เล็งเห็นถึงความสำคัญ จึงได้คัดเลือกผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตที่ได้รับการผ่าตัดสลายนิ่วโดยใช้การส่องกล้องและติดเชื้อในกระแสเลือดมาเป็นกรณีศึกษา โดยค้นคว้าหาความรู้จากแหล่งต่างๆ และนำมาเป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพโรคและการรักษา สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ไม่กลับเป็นโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะซ้ำอีก

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาและการวางแผนพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตที่ได้รับการสลายนิ่วด้วยการส่องกล้องและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงอายุ 52 ปี มาพบศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยให้ประวัติว่า 2 ปีก่อนมักเป็นโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบบ่อย 2-3 เดือนก่อน เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคกรวยไตอักเสบ จำนวน 2 ครั้ง และ 5 สัปดาห์ก่อน ปวดท้อง เอวข้างขวา และร้าวไปหลัง มีไข้หนาวสั่น แพทย์ส่งตรวจ CT KUB วินิจฉัยโรคว่าเป็นนิ่วในไตข้างขวา ให้ยาปฏิชีวนะกลับไปรับประทานที่บ้าน และนัดให้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อทำผ่าตัดสลายนิ่วด้วยการส่องกล้องเข้าไปในไต (PCNL) ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยปัจจุบันได้รับยา Metformin (500 mg) 1 tab ◉ pc เช้า, Losartan (100 mg) 1/2 tab ◉ pc

เข้า สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ภายหลังจากเข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ในระยะก่อนผ่าตัดพบผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง บั้นเอว ปวดหลัง โดยมีความปวดระดับเล็กน้อย ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ มีแนวโน้มความดันโลหิตสูงขึ้น และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ซึ่งการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว คือ Cef-3 2 gm ⑤ OD, 5%D/N/2 1,000 ml + RI 5 unit ⑤ rate 80 ml/hr, Losartan (100 mg) ½ tab ⑥ เข้าวันผ่าตัด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อคลายความวิตกกังวล เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจก่อนผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยเข้าผ่าตัดแพทย์พบว่า ก้อนนิ่วในไตได้เลื่อนลงมาอยู่บริเวณท่อไต 2 ตำแหน่ง คือ proximal ureter และ distal ureter จึงต้องเปลี่ยนวิธีการสลายนิ่วเป็น Right Ureterorenoscope with Lithotripsy (URSL) with Double J stent ซึ่งสูญเสียเลือดเล็กน้อย สัญญาณชีพปกติ ในระยะหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว หายใจเหนื่อยหอบ ไข้สูง หนาวสั่น ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำ ให้ O₂ cannula และ keep warm ไว้ รายงานแพทย์ทราบวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ให้ NSS loading และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Meropenem 1 gm ⑤ q 8 hr ส่ง Hemo culture เมื่อผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำประมาณ 1,000 มิลลิลิตร ความดันโลหิตยังต่ำ แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) พิจารณาย้ายไปดูแลที่ ICU ระหว่างอยู่ ICU ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ การหายใจล้มเหลว มีภาวะน้ำเกินของเสียคั่งในเลือด การแข็งตัวของเลือดต่ำ เกิดเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง โลหิตจาง และ

ระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ได้รับแก้ไขโดยการให้ Levophed ⑤ drip keep BP และ Hydrocortisone ⑤ q 8 hr ใส่ ET. Tube และต่อ Ventilator ฉีด Lasix 40 mg ⑤ ทำ C-line วัด CVP ส่งตรวจและติดตาม CXR เป็นระยะๆ ให้ PRC, Plt. Concentrate, E. KCL 30 ml เจาะ DTX เป็นระยะๆ และฉีด RI / HN ตาม sliding scale, MO ⑤ prn for abdominal pain ติดตามผล Hemo culture และ Urine culture พบว่าติดเชื้อ Escherichia coli ได้รับการรักษาด้วย Meropenem ⑤ ต่อ ตาม sensitivity ของเชื้อก่อโรค ซึ่งหลังได้รับการดูแลรักษาดังกล่าว ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ มีภาวะน้ำเกินลดลง ระดับความดันโลหิต เกล็ดเลือด ระดับโปแตสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลในเลือด และของเสียในเลือดลดลง ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงในเลือดเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการปวดท้อง สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจออก และหยุดการให้ Levophed ได้ จึงย้ายผู้ป่วยออกมาอยู่ที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ซึ่งภายหลังจากย้ายมาผู้ป่วยมีปัญหาลมหายใจจาง ท้องผูก ได้รับการดูแลรักษาโดยส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ให้ยาระบาย MOM ตามแผนการรักษา และคำแนะนำในการฝึกสูชนิสัยการขับถ่าย ส่วนสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัสสาวะออกดี แพทย์พิจารณาถอดสาย C-line ออก เมื่อฉีดยา Meropenem ครบ 14 วัน พร้อมถอดสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ สีเหลืองใสไม่มีเลือดหรือลิ่มเลือดปน ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม คือ 80-130 mg/dl หยุดให้อินซูลินฉีด เปลี่ยนเป็นยารับประทาน Metformin และเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้ว แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอนพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล 15 วัน

การวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจาก	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย 2. ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 ml ⑤ drip rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ปัสสาวะคั่งค้างจากก้อนนิ่วการอุดตันทางเดินปัสสาวะ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน การวินิจฉัยโรคเป็น Rt. Proximal ureteric calculi, Rt. Distal ureteric calculi ปัสสาวะสีเหลืองขุ่น ผลการตรวจปัสสาวะพบ Blood= 1+, WBC =10-20 cell/HD, Epithelial cell =10-20 cell/HD, Bacteria= few</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ กำจัดเชื้อก่อโรคออกจากทางเดินปัสสาวะ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค</p>	<p>3. ให้คำแนะนำดื่มน้ำมากๆ ถ่ายปัสสาวะทุกครั้งที่อยู่สัปดาห์ ไม่กลั้นปัสสาวะ และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังขับถ่าย</p> <p>4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย</p> <p>5. สังเกตและบันทึกลักษณะ ปริมาณ กลิ่นของปัสสาวะ</p> <p>6. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย</p> <p>7. ดูแลให้ยา Cef-3 2 gm (V) OD</p> <p>8. เก็บปัสสาวะส่งตรวจเพาะเชื้อและติดตามผล</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ BT=36-36.7°C ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่แสบขัด ปวดหลังช่วงล่างเล็กน้อย ผล urine culture พบ Escherichia coli > 10⁵ CFU/ml</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2</p> <p>ปวดท้องเนื่องจากการอุดตันของนิ่วในทางเดินปัสสาวะ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบ่นปวดท้องบริเวณบั้นเอวด้านขวา ร้าวไปหลัง และต้นขา pain score 3 คะแนน จากการตรวจร่างกายพบบริเวณหลังด้านขวาเบาๆ ผู้ป่วยบอกว่าปวดบั้นเอวและหลังมากขึ้น</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการปวดท้อง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินอาการปวดโดยใช้แบบประเมิน NRS ทุก 4 ชั่วโมง หากอาการปวดรุนแรงมากขึ้น รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระงับอาการปวด</p> <p>2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>3. จัดท่า fowler's position</p> <p>4. แนะนำการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ</p> <p>5. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยวางแผนการพยาบาลให้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด และดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง บั้นเอวด้านขวา ร้าวไปหลังและต้นขา นานๆ ครั้ง แต่ละครั้ง pain score 1- 2 คะแนน ไม่ต้องใช้ยาระงับอาการปวด นอนหลับพักผ่อนได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3</p> <p>ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ และได้รับสารละลายเด็กซ์โทรสทางหลอดเลือดดำ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานมา 3 ปี ได้รับ 5%D/N/2 1,000 ml (V) rate 80 ml/hr ผล FBS = 170 mg/dl</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กระหายน้ำ ทิวบ่อย ปัสสาวะบ่อย ตาพร่ามัว</p> <p>2. เจาะ DTX และดูแลให้อินซูลินตาม sliding scale เฝ้าระวังอาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ</p> <p>3. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนจืด</p> <p>4. ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 ml + RI 5 unit (V) rate 80 ml/hr</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผล DTX ก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด 138 mg/dl</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4</p> <p>ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวการทำผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยซักถามว่า “มีผู้ป่วยคนอื่นที่ทำผ่าตัดแบบเดียวกับตนเอง แล้วเกิดอันตรายในขณะทำ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ได้แก่ อธิบายเกี่ยวกับวิธีและขั้นตอนการสลายนิ่วโดยการส่องกล้องให้ผู้ป่วยฟังพอสังเขป ชี้แจงเหตุผลในการที่ต้องเตรียมส่งตรวจต่างๆ เช่น CXR, EKG, Lab จัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยหรือยกตัวอย่างผู้ป่วยอื่นที่ทำผ่าตัดแบบเดียวกัน และผลหลังทำผ่าตัดเป็นที่พอใจ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อข้องใจต่างๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด แนะนำการเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ นั่งสมาธิ อ่านหนังสือ สวดมนต์</p> <p>2. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ได้แก่ ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจพิเศษ และติดตามผลก่อนวันทำผ่าตัด ส่งปรึกษาอายุรแพทย์</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ผ่าตัดหรือไม่” ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p>นอนกระสับกระส่าย พลิกตัวไปมาบ่อยครั้ง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ลดความวิตกกังวลและความกลัวในการทำผ่าตัด</p>	<p>Group match จอง PRC 2 unit ดูแลทำความสะอาดร่างกายทั่วไปและบริเวณผิวหนังทำผ่าตัด สอนอุจจาระก่อนนอน งดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เปิดเส้นให้ 5%D/N/2 1,000 ml (V) rate 80 ml/hr ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากพบ systolic blood pressure > 180 mmHg หรือ diastolic blood pressure > 110 mmHg รายงานแพทย์ ดูแลให้ยาลดความดันโลหิต Losartan (100 mg) ½ tab (C) เข้าวันผ่าตัด สอน แนะนำ สาธิต การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด เช่น การหายใจลึกๆ หรือการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง การไออย่างมีประสิทธิภาพ การลุกเดินโดยเร็ว</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่นขึ้น พักผ่อนได้ มีสมาธิ ตั้งใจรับฟังการสอน คำแนะนำ สาธิตต่างๆ และซักถามเมื่อมีข้อสงสัย ให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวเพื่อทำผ่าตัด เป็นอย่างดี สภาพร่างกายและจิตใจมีความพร้อมที่จะทำการผ่าตัด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>
<p>ระยะหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5</p> <p>เนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน เนื่องจากการไหลเวียนเลือดลดลง จาก ติดเชื้อในกระแสเลือด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผลการตรวจปัสสาวะพบมีการ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ severe sepsis ผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่น BT= 37.6°C, PR= 120 beat/min, RR = 26 beat/min, BP = 85/56 mmHg, O₂ sat = 80 % , SOS score = 5 คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายเพียงพอ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 2. ประเมิน SOS score ทุก 1 ชั่วโมง 3. ตรวจวัดและติดตามค่า O₂ sat อย่างต่อเนื่อง 4. ทดสอบและประเมิน Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง 5. จัดให้ออนศิรัชสูง 30-45 องศา 6. ดูแลให้ O₂ cannula 3 lit/min 7. ติดตามและประเมินลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง 8. ดูแลให้ NSS 1,000 ml (V) load และ fluid challenge keep mean arterial pressure (MAP) ≥ 65 mmHg และเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเกิดภาวะน้ำเกิน ได้แก่ กระสับกระส่าย ไอ เสมหะเป็นฟองสีชมพู ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation 9. ประเมิน บันทึกปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง 10. ประเมินและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะสมองขาดเลือด ภาวะไตวาย ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 11. ส่งตรวจ Hemoculture 2 specimen 12. ดูแลให้ยา Meropenem 1 gm (V) stat หลัง Hemoculture <p>ประเมินผลการพยาบาล ภายหลัง load NSS (V) ไป 1,000 ml BP ยังกต่ำ = 93/35 mmHg, PR เร็วขึ้น= 140 beat/min, หายใจเหนื่อย RR= 24 beat/min, BT= 39°C, O₂ sat= 99 % , SOS score = 4 คะแนน, urine output 60 ml/hr, Capillary refill time = 2.20 วินาที รายงานแพทย์รับทราบให้กรวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ septic shock พิจารณาย้ายผู้ป่วยไปดูแลที่ ICU คัลยกรรม</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6</p> <p>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำผ่าตัดในระยะแรกจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึกตกค้าง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสลายนิ่วด้วยการส่องกล้อง (Right Ureterorenoscopy with Double J stent โดยให้การระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia ได้รับยานาสลบและยาสลบชนิดสุดคม ที่มีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนปกติ 2. ประเมินอาการที่บ่งชี้ว่าเกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนถูกอุดกั้น ได้แก่ หายใจเสียงดัง (Stridor) การหายใจถูกกด ได้แก่ หายใจเข้าหรือหายใจเข้าลำบากแบบ Paradoxical breathing 3. ติดตามและบันทึก O₂ sat อย่างต่อเนื่อง 4. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ กระสับกระส่าย ซีม หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ปวดศีรษะ ผิวหนังซีด เย็น หรือเขียวคล้ำ 5. ประเมิน Sedative score ทุก 30 นาที จน ผู้ป่วยตื่นดี 6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะออกเองอย่างมีประสิทธิภาพ 7. จัดให้ออนศิรัชสูงเล็กน้อย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาาระงับความรู้สึก ได้แก่ ทางเดินหายใจส่วนบนถูกอุดกั้น การหายใจถูกกด ภาวะขาดออกซิเจน คลื่นไส้ อาเจียน ทนาวสัน ภาวะปัสสาวะคั่ง</p>	<p>8. ดูแลห่มผ้าให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย</p> <p>9. ดูแลป้องกันการสำลักกรณีมีคลื่นไส้ อาเจียน โดยจัดท่าให้นอนตะแคงด้านที่ไม่ได้รับการผ่าตัด</p> <p>10. ประเมินและบันทึกปริมาณ ลักษณะปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง และประเมินความตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล หลังกลับจากห้องผ่าตัดในช่วง 45 นาทีแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ Sedative score = 0, O₂ sat = 97 – 98 % หายใจสะดวก ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน และทนาวสัน ปัสสาวะออกทาง Foley’s cath 100 ml กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์การพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อเกิดอันตรายจากการมีเลือดออกในทางเดินปัสสาวะ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสลายนี่วโดยการส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะเข้าไปในท่อไต อาจทำให้เนื้อเยื่อ และเส้นเลือดบริเวณท่อไตฉีกขาดได้ ปัสสาวะเป็นเลือดสีแดง และมีลิ่มเลือดในสายสวนปัสสาวะ</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดอันตรายจากการมีเลือดออกในทางเดินปัสสาวะ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนปกติ และต่อไปทุก 4 ชั่วโมง อย่างต่อเนื่อง 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องปริมาตรสารน้ำในระบบไหลเวียนเลือด จากการสูญเสียเลือดในทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ใจสั่น ตาพร่า ชีพจรเบา เร็ว ความดันโลหิตต่ำ ผิวหนังซีด 3. ประเมินปริมาณปัสสาวะ โดยเฝาระวังปริมาณปัสสาวะลดลง < 30 ml/hr หรือปัสสาวะมีสีแดงสด เป็นเลือดใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา 4. ประเมินอาการและอาการแสดงของเยื่อช่องท้องที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกมากผิดปกติในช่องท้อง เช่น ปวดท้อง ท้องอืด หน้าท้องแข็งตึง (Guarding) กดหน้าท้องเจ็บและเมื่อปล่อยมือจะเจ็บมากขึ้น (Rebound tenderness) 5. ดูแลให้ NSS 1,000 ml (V) drip rate 60 ml/hr 6. ติดตามผลการตรวจ Hematocrit ทุก 4 – 6 ชั่วโมง <p>ประเมินผลการพยาบาล หลังกลับจากห้องผ่าตัดในช่วง 45 นาทีแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ มีอาการปวดท้อง pain score = 2 - 3 คะแนน ท้องไม่อืด ไม่แข็งตึง ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลอ่อน ออกปริมาณ 100 ml Hematocrit = 39.5%</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์การพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะจากลิ่มเลือดและเศษนิ่ว</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสลายนี่วโดยวิธีส่องกล้องผ่านท่อไต อาจมีเศษนิ่วตกค้างและมาอุดตันท่อไต ปัสสาวะเป็นเลือดสีแดง และมีลิ่มเลือดในสายสวนปัสสาวะ</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะจากลิ่มเลือดและเศษนิ่ว</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดท่านอนให้เหมาะสม ระวังไม่ให้สายยางสวนปัสสาวะ หัก พับ งอ หรือผู้ป่วยนอนทับ 2. หมั่นบีบรูดคั่งสายยาง สายสวนปัสสาวะบ่อยๆ 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 2,500-3,000 มิลลิลิตร และดูแลให้ NSS 1,000 ml (V) drip rate 60 ml/hr ตามแผนการรักษา 4. เฝาระวังและสังเกตอาการปัสสาวะคั่ง ได้แก่ ปวดท้อง ท้องโป่งตึง ไม่มีปัสสาวะออกหรือออกน้อย <p>ประเมินผลการพยาบาล ปัสสาวะไหลออกตามสายสวนปัสสาวะได้อย่างสะดวกสีน้ำตาลอ่อน มีลิ่มเลือดปนเล็กน้อย ไม่พบเศษนิ่ว</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์การพยาบาลที่ 9 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากเนื้อเยื่อบริเวณท่อไตได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสลายนี่วออกโดยการส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะเข้าไปในท่อไต ทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการถ่างขยายของท่อปัสสาวะและท่อไต ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง pain score = 3</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความเจ็บปวด โดยใช้แบบประเมิน Numeric rating scale ทุก 4 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา คือ Paracetamol (500 mg) 1 tab (O) pm q 8 hr หรือ MO 3 mg (V) pm q 6 hr หากมี pain score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน 3. แนะนำเทคนิคลดความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น หายใจเข้า-ออกลึกๆ ซ้ำๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ 4. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30- 45 องศา 5. แนะนำการเปลี่ยนท่าที่ถูกต้อง โดยใช้วิธีการตะแคงตัวแล้วใช้มียอนที่นอน ในการเปลี่ยนท่านอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นนอน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>คะแนน และขณะพลิกตะแคงตัวหรือขยับตัว จะปวดและเจ็บในท้อง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการปวดท้อง และผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น</p>	<p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องลดลง pain score = 2 คะแนน ไม่ต้องใช้ยาระงับความปวด นอนหลับได้เป็นพักๆ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10</p> <p>มีโอกาสเกิดอันตรายจากการเคลื่อนย้ายเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน แพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม สัญญาณชีพก่อนเคลื่อนย้าย BP ต่ำ = 93/35 mmHg, PR เร็ว = 140 beat/min, หายใจเหนื่อย RR= 24 beat/min, BT= 39°C ผู้ป่วยต้องได้รับการให้ IV. Fluid ในอัตราเร็วอย่างต่อเนื่อง และให้ O₂ ตลอดเวลา</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดอันตรายจากการเคลื่อนย้าย</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย โดยตรวจวัดสัญญาณชีพ ไม่น้อยกว่า 15 นาที 2. เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในการเคลื่อนย้าย 3. ตรวจสอบตำแหน่ง การยึดตรึง (Strap) ของสายเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ให้มั่นคง 4. ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนัก 5. ประสานเจ้าหน้าที่เวรเปล เตรียมความพร้อมของเปล และ O₂ วางแผนการเคลื่อนย้าย 6. ให้การดูแลระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้แก่ <p>จัดท่านอนศีรษะสูง ดูแลตำแหน่งสายอุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่ให้ดึงรั้ง หรือหัก พับ งอ</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. ดูแลให้ได้รับ O₂ cannula 3 lit/min ตลอดเวลา การเคลื่อนย้าย 8. ดูแลให้ IV. Fluid ในอัตราเร็วอย่างต่อเนื่อง 9. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ O₂ sat และระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ในระหว่างเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงจากเดิมเล็กน้อย BP= 95/67 - 101/66 mmHg, P= 132 - 142 beat/min, R=26 beat /min, O₂ sat = 97-99% ได้รับ IV. Fluid loading ไป 250 ml สายให้สารน้ำ สาย O₂ และสายสวนปัสสาวะ อยู่ในตำแหน่งเหมาะสม ไม่เลื่อนหลุด</p>
<p>ระยะฟื้นฟูสภาพและจำหน่าย</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11</p> <p>เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (C-line) นาน 7 วัน และได้รับสารน้ำ ฉีดยา และดูแลเพื่อส่งตรวจทางสาย</p> <p>สวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (C-line)</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดการติดเชื้อของบาดแผลหรือตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การอุดตันของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และการเลื่อนหลุดของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ป้องกันการติดเชื้อ โดยทำความสะอาดแผล ด้วยหลัก Aseptic technique และใช้ Tegaderm ปิดแผลให้แนบสนิทกับผิวหนัง ทุก 7 วัน ระวังอย่าให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของสายสวนหลุดเลือดดำส่วนกลาง เปียกชื้น ประเมินแผลและบริเวณรอบๆ ที่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางทุกเวร และทุกครั้งที่ทำแผล หากพบอาการผิดปกติที่แสดงถึงการติดเชื้อ ได้แก่ บวมแดง ร้อนกดเจ็บของผิวหนังรอบๆ มีสารคัดหลั่งเป็นหนอง คลำหลอดเลือดได้เป็นลำ ให้รายงานแพทย์ กรณีให้สารน้ำ ยา และดูแลเลือดส่งตรวจทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ต้องเช็ดข้อต่อที่มี stericap ด้วย Alcohol pad อย่างน้อย 15 วินาที ก่อนทุกครั้ง และดูแลให้เป็นระบบปิดอยู่ตลอดเวลา 2. การป้องกันการอุดตัน โดยระวังไม่ให้สายหัก พับ งอ ริว หลุด หรือมีลิ่มเลือดในระบบ flush Heparin ทั้ง 2 เส้น ทุก 8 ชั่วโมง ในกรณีให้ยา ดูแลเลือดดูก่อนว่าสายไม่ตัน และก่อน หลังให้ยาให้ไล่ NSS 5 ml ด้วยวิธี push-pause technique กรณีดูแลเลือดส่งตรวจ หลังดูแลเลือดเสร็จ ไล่ด้วย NSS 5 ml และ clamp สายทุกครั้ง 3. ป้องกันการเลื่อนหลุด โดยตรวจดูตำแหน่งของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ส่วนที่พันผิวหนังว่าอยู่ตำแหน่งที่ถูกต้องเหมาะสม และลงบันทึกตำแหน่งของสายใน Nurse's Note เพื่อส่งต่อข้อมูลกับทีมการดูแล จัดเก็บสายส่วนที่ไม่ได้ปิด พลาสเตอร์ และอยู่นอกตัวผู้ป่วย ให้เรียบร้อย และเป็นอิสระ ไม่พันกัน และไม่ดึงรั้งกับอุปกรณ์อื่นในขณะที่เปลี่ยนท่า พลิกตะแคงตัว หรือทำกิจกรรม ให้ผู้ป่วยใช้มือจับตรึงสายและตรวจดูไม่ให้ดึงรั้งอุปกรณ์ต่างๆ <p>ประเมินผลการพยาบาล ไม่พบการอักเสบหรือการติดเชื้อของผิวหนังบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ไม่เกิดการเลื่อนหลุดหรืออุดตัน แพทย์พิจารณาถอดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางออกหลังฉีดยาปฏิชีวนะครบ 14 วัน</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 มีภาวะโลหิตจาง เนื่องจากการสร้าง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>เม็ดเลือดแดงลดลงจากภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้ระดับธาตุเหล็กในเลือดลดลง การสร้างและหลั่ง ฮอ ร์ โม น erythropoietin ลดลง อายุของเม็ดเลือดแดงเฉลี่ยสั้นลงจากเดิม ผล Hemoglobin =10.5 g/dl, Hematocrit =31.4% สเมียร์เลือดพบเม็ดเลือดแดงมีขนาดไม่เท่ากันและติดสีจาง เยื่อปูด และริมฝีปากซีดเล็กน้อย</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงในเลือด และไม่เกิดอันตรายจากภาวะโลหิตจาง</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีภาวะโลหิตจางมากขึ้น ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เวียนศีรษะ หายใจสั้น หอบ ง่วงซึม หัวใจเต้นเร็ว มีปลายมือปลายเท้า เยื่อปูด ริมฝีปากซีด มี Postural Hypotension ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ แนะนำการปรับเปลี่ยนท่าควรทำอย่างช้าๆ ดูแล ให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก หลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ติดตามผลการตรวจหาค่า Hemoglobin, Hematocrit <p>ประเมินผลการพยาบาล ผล Hematocrit ก่อนจำหน่ายปกติ = 36.2% ไม่เกิดอุบัติเหตุตุลั ก ตก หกล้ม</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลที่ 13 ท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยและรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระมา 4 วัน แน่นท้อง ท้องอืด การเคลื่อนไหวของลำไส้ 4-5 ครั้ง/นาที่ รับประทานอาหารอ่อน ซึ่งมี ส่วนของอาหารที่มีกากใยน้อย ไม่ค่อยคลุกนึ่ง ยืน เดิน</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยท้องไม่ผูก ขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> กระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ โดยจัดสภาพแวดล้อมขณะขับถ่ายให้เป็นส่วนตัวมิดชิด นวดหน้าท้องเบาๆ และผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องบ่อยๆ ขณะถ่ายอุจจาระ ดูแลให้ยา MOM 30 ml ☉ hs ป้องกันการเกิดท้องผูก โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา หลังตื่นนอนตอนเช้า ทุกวัน <p>กระตุ้นให้ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง หากแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารธรรมดา แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 3,000 มิลลิลิตร</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระวันเว้นวัน ลักษณะนิ่มขึ้น สีเหลืองปนน้ำตาล ไม่ ต้องออกแรงเบ่งขณะถ่ายอุจจาระ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลที่ 14 เสี่ยงต่อการกลับเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะซ้ำ เนื่องจากมีปัจจัยส่งเสริมการเกิดก้อนนิ่ว</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยดื่มน้ำน้อยวันละประมาณ 1,000 มิลลิลิตร มีประวัติ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะบ่อย ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรวยไตอักเสบ มีประวัติโรคเบาหวาน ค่า คี ช นี ม ล กาย เกินค่ามาตรฐาน 31.25 กิโลกรัม / ตา ร า ง เม ต ร ชอบรับประทานอาหารหวาน และเค็ม</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะซ้ำ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ให้ความรู้เรื่องโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ สาเหตุของการเกิดโรคและการเกิดเป็นซ้ำ อาการของโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดเป็นนิ่วซ้ำ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ควบคุมน้ำหนัก ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 18.50- 22.90 กิโลกรัม/ตารางเมตร 2.2 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 2.3 ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 มิลลิลิตร 2.4 นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง/วัน 2.5 หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีออกซาเลต วิตามินซี พิวรีนสูง ไขมันจากสัตว์ อาหารหวาน และรสเค็ม 2.6 รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง ไขมันจากพืช ไขมันจากปลา ผัก และผลไม้ 2.7 คลายเครียดด้วยการบริหารร่างกาย การทำสมาธิ หรือใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อลดความเครียด <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการนิ่วในทางเดินปัสสาวะซ้ำได้ อย่างถูกต้อง จากการติดตามผู้ป่วยเมื่อมาพบแพทย์หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 15 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายนิ่วในท่อไตเมื่อกลับไปบ้าน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้องเพื่อสลายนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ชักถามถึงระดับกิจกรรมที่สามารถทำได้หลังผ่าตัด และอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายนิ่วในท่อไต</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าจากการผ่าตัด แพทย์ได้ใส่สายสวนท่อไต (Double-j stent) ไว้เพื่อระบายน้ำปัสสาวะจากกรวยไตลงมาในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ แผลที่เนื้อเยื่อท่อไตหายเร็วขึ้น ซึ่งแพทย์จะถอดออก ประมาณ 1 เดือน หลังผ่าตัด 2. ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 3,000 มิลลิลิตร 3. รับประทานยาตามคำแนะนำแพทย์ 4. ในช่วง 2- 4 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด ไม่ควรออกกำลังกายมากหรือยกของหนัก จนกว่าปัสสาวะจะใส 5. ออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินหรือวิ่งเบาๆ 6. ไม่กลั้นปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะทุกครั้งที่ปวด 7. รับประทานอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม ไม่ควรรับประทานอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งซ้ำๆ เป็นเวลานาน รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีออกซาเลตสูง พิวรีนสูง หรือแคลเซียมสูง(ในผู้ป่วยเป็นนิ่วชนิดแคลเซียม) อาหารที่มีโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ยกเว้นเนื้อปลา 8. สามารถมีเพศสัมพันธ์ ได้ตามความเหมาะสมของร่างกาย ไม่มีข้อห้ามใด ๆ 9. สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด หรืออาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่น แสบขัด ปวดบั้นเอว เป็นต้น 10. มาตรวจตามแพทย์นัด <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายนิ่วในท่อไตเมื่อกลับไปบ้านได้อย่างถูกต้อง จากการติดตามผู้ป่วยเมื่อมาพบแพทย์หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ที่เกิดจากการผ่าตัด สลายนิ่ว ปัสสาวะเอง สีเหลืองใส แพทย์นัดมาถอดสายสวนท่อไต (Double-j stent) ออก อีก 2 สัปดาห์ต่อมา</p>

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการวางแผนการพยาบาลพบว่า แผนการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ส่วนแผนการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง เกือบทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ยกเว้นปัญหาเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ การแก้ไขปัญหามิบรรลุตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากการประเมิน คัดกรองการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดล่าช้า ทำให้ไม่สามารถดักจับการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (Early sepsis) จึงเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงขึ้น นำไปสู่การเกิดภาวะช็อกและการทำงานของอวัยวะในหลายระบบล้มเหลวตามมา จึงต้องย้ายผู้ป่วยไปดูแลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และได้รับการดูแลรักษาจนพ้นภาวะวิกฤต สำหรับในระยะฟื้นฟูสภาพและจำหน่าย ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป แต่อย่างไรก็ตามปัญหาเสี่ยงต่อการ

กลับเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะซ้ำ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความรู้ในการดูแลตนเอง แต่ยังคงติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ ประวัติติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะบ่อย ทำให้เยื่อของทางเดินปัสสาวะถูกทำลาย มีผลถลอกส่งผลให้ผลึกแร่ธาตุต่างๆ มาเกาะและรวมตัวกันเกิดเป็นก้อนนิ่วได้ง่าย⁶ ดื่มน้ำน้อย ทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นของสารประกอบเกลือแร่ต่างๆ เกิดการจับรวมตัวเป็นผลึกนิ่ว ประวัติเป็นโรคเบาหวาน ทำให้ปัสสาวะมีความเป็นกรด และมีปริมาณออกซาเลตในปัสสาวะสูง ค่าดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐานทำให้มีภาวะแคลเซียมและออกซาเลตในปัสสาวะสูง จึงเสี่ยงต่อการจับรวมตัวเป็นผลึกนิ่ว ชอบรับประทานอาหารหวานและเค็ม เนื่องจากอาหารที่มีปริมาณโซเดียมมากเกินไป จะทำให้การดูดซึ่มกลับของแคลเซียมลดลง ส่งผลให้ในน้ำปัสสาวะมีแคลเซียมเพิ่มขึ้น ง่ายต่อการเกิดนิ่วตามมา⁷

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตและมีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ควรได้รับการประเมิน คัดกรองเพื่อตัดกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดความถี่ในการประเมินให้มีความไวเพียงพอสำหรับการดักจับตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดสลายนิ่ว โดยใช้

เครื่องมือประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต เช่น SOS score หรือ qSOFA หรือเครื่องมืออื่นๆ ที่องค์กรพัฒนาขึ้น

2. ควรมีทีมดูแลสำหรับการติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่กลับเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะซ้ำ เมื่อกลับบ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. เชษฐา ฐานคร. ผลการรักษาผู้ป่วยนิ่วในท่อไตด้วยวิธีส่องกล้องท่อไตและวิธีการสลายนิ่วด้วยคลื่นความถี่ต่ำที่มีพลังงานสูงในโรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2564; 30-41.
2. Rashid AO. Largest ureteric stone in Iraq. [internet]. 2020 [cited 2023 January 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7573823/pdf/main.pdf>
3. พลอยรัตน์ อุทัยพัฒนาศักดิ์ และสมพร กิจนุกูล. คู่มือการพยาบาล การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัด งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2560.
4. มนิต สงกันหา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อ ไตที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด: กรณีศึกษา วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2564; 6(4); 75-82.
5. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2562- 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
6. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคนิ่ว. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/HpH/admin/download_files/135_49_1e0Vk9X.pdf
7. นัทธมน วุทธานนท์. การป้องกันการกลับเป็นนิ่วในไตซ้ำ : คำแนะนำการพยาบาลตามสมัย. พยาบาลสาร 2560; 44(2): 192-199.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เขตพื้นที่โรงพยาบาลสติงพระ อำเภอสติงพระ จังหวัดสงขลา

Effects of Self-Management Program on Behavior Modification of Hypertensive Patients with Uncontrolled Blood Pressure in Ja thing Phra Sub-District, Sathing Phra District, Songkhla Province.

(Received: November 28,2023 ; Revised: December 9,2023 ; Accepted: December 11,2023)

ศิริลักษณ์ ช่างมี¹
Siriluck Chaungmee¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 40 คน มีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ค่าระดับความดันโลหิตก่อน – หลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 6 สัปดาห์ เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และวัดความดันโลหิตก่อนและหลัง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Paired sample t-test, Independent t-test, Wilcoxon Sing Rank test และ Man – Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ 2) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ 3) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ 4) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับค่าความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, พฤติกรรมการออกกำลังกาย

Abstract

This was quasi-experimental research to study the results of a self-management program on the behavior modification in patients with uncontrolled hypertension. The samples included 40 male and female patients with BP values $> 140/90$ mmHg. They were divided into the treatment and the control groups, 20 participants per group. The means of knowledge about hypertension, food consumption behavior, exercise behavior, and pre- and post-program BP values were compared between the two groups. The treatment group received the self-management program for six weeks. Their data were collected from a questionnaire and a behavior record form. The level of the blood pressure between the two groups was measured before and after the program. The data were analyzed by statistics, i.e., paired sample t-test, independent t-test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

The findings revealed the following. 1) After the program, the means of knowledge about hypertension, food consumption behavior, and exercise behavior in the treatment group were significantly higher than the pre-program phase ($p < 0.05$). 2) After the program, the means of knowledge about hypertension, food consumption behavior, and exercise behavior in the treatment group were significantly higher than the control group ($p < 0.05$). 3) After the

¹ โรงพยาบาลสติงพระ จังหวัดสงขลา

program, the blood pressure in the treatment group was significantly lower than the pre-program phase ($p < 0.05$). 4) After the program, the blood pressure in the treatment group was significantly lower than the control group ($p < 0.05$).
Keywords: Self-management program, uncontrolled hypertension, food consumption behavior, exercise behavior

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร มักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ เช่น หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ หากไม่ได้รับการรักษาอาจรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้² จังหวัดสงขลา พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 29.07 โรคเบาหวานร้อยละ 12.17 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 1.74 ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคกระจายกระจายทั่วไปทุกพื้นที่ของจังหวัดสงขลา อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป อัตราป่วยของประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2561 – 2565) คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร 29985.31, 31197.21, 32060.23, 32684.54, 32721.26 ตามลำดับ³ และพบว่าตำบลจะทิ้งพระ เป็นพื้นที่พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นอันดับต้นๆ ของอำเภอสิงหนคร เป็นกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ ร้อยละ 49.38 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตตำบลจะทิ้งพระ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

ในตำบลจะทิ้งพระ สาเหตุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม นิยมบริโภคอาหารที่มีรสหวาน รสเค็ม อาหารที่มีส่วนผสมของแป้ง น้ำตาล น้ำมัน เช่น ข้าวยา ขนมจีน หมี่กะทิ ก๋วยเตี๋ยว ขนมปังจาวตาลเชื่อม ขนมไทย ซาเย็น ปลาเค็ม

บุก กุ้งส้ม ปลาแห้ง แดง ปลาจิ้งจั้ง ไตปลา และผลไม้รสหวาน เช่น ขนุน จำปาตะ พุเรียน เป็นต้น และขาดการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย ผู้วิจัยตระหนักดีว่าโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความรุนแรงทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน เกิดความพิการจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ จึงจัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิค⁴ เป็นแนวคิดที่ได้การยอมรับและนำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองนี้ประกอบด้วย การติดตาม การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแนวคิดการจัดการตนเองได้นำมาประยุกต์ใช้ในการ พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ชุมชนโรงพยาบาลสิงหนคร ตำบลจะทิ้งพระ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและให้มีค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ตำบลจะทิ้งพระ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดัน

โลหิตสูงและพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลอง มีระดับค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อน - หลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Two - Group Pretest - Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อายุ 40 ปีขึ้นไป ในตำบลจันทองพร อำเภอสังขละ จังหวัดสงขลา จำนวน 360 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อายุ 40 ปีขึ้นไป ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่มีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ที่มารับบริการศูนย์บริการชุมชน โรงพยาบาลสังขละ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในตำบลจันทองพร ทั้งหมด 7 หมู่บ้าน ว่าหมู่ใดเป็นกลุ่มทดลอง หมู่ใดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ตามประชากรในหมู่บ้านที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกัน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ จากทั้ง 2 หมู่บ้านให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของงานด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลสังขละ จังหวัดสงขลา จำนวนกลุ่มละ 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 6 เดือน

2. ผู้ป่วยที่รับการรักษาโดยรับประทานยา แต่มีประวัติค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และยังไม่มีการแทรกซ้อนต่างๆ จากโรค

3. มีสติสัมปชัญญะ สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง และสมัครใจ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้ทุกขั้นตอน

2. ต้องการออกจากการศึกษาระหว่างการดำเนินการวิจัย

3. มีเหตุจำเป็นให้ต้องออกจากการศึกษา เช่น มีความเจ็บป่วยอื่นเกิดขึ้น

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม⁵ จากสูตร $n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(z_\alpha + z_\beta)2\sigma}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$ ได้เท่ากับ 10 และกำหนด

อัตราการสูญเสียร้อยละ 40 โดยใช้สูตร $n_{adj} = \frac{n}{1-R}$ ได้กลุ่มตัวอย่าง 17 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดระดับความดันโลหิตสูง

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำสั้นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำสั้นๆ

ส่วนที่ 3 ความรู้ทั่วไปโรคความดันโลหิตสูง 15 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด เลือกตอบ ใช่ (ถูกได้ 1 คะแนน ผิด 0 คะแนน) หรือ ไม่ใช่ (ถูกได้ 0 คะแนน ผิด 1 คะแนน) และไม่ทราบ (ถูกได้ 0 คะแนน ผิด 0 คะแนน) แปลผลระดับความรู้ 3 ระดับ คือ ระดับดี (มากกว่าร้อยละ 80) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60 - 79) และควรปรับปรุง (ต่ำกว่าร้อยละ 60) โดยใช้

เกณฑ์การแบ่งระดับที่ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bloom⁶

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย 18 ข้อ แบ่งเป็นการบริโภคอาหาร 12 ข้อ การออกกำลังกาย 6 ข้อ เป็นความถี่ในการปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล⁷ ข้อคำถามเชิงบวก ปฏิบัติ 5 – 7 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ 4 คะแนน ปฏิบัติ 3 – 4 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติ 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ปฏิบัติ 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติ 3 – 4 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติ 5 – 7 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย ให้ 4 คะแนน และแปลผลระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 55 – 72) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 37 – 54) ระดับควรปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 18 – 36)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการจัดการตนเอง ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ในการจัดโปรแกรม

2. สมุดเล่มเล็กเกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิต ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุของโรคอาการของโรคภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมความดันโลหิตสูง ในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิต

3. แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง 1) การบริโภคอาหาร บันทึกอาหารที่รับประทานเข้า เทียง เย็น สัดส่วนอาหาร ปริมาณ เครื่องปรุง 2) การออกกำลังกาย ความถี่ในการออกกำลังกาย ประเภท ระยะเวลา

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความดันโลหิต

เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ ที่ผ่านการสอบเทียบเครื่องมือไม่เกิน 1 ปีที่ผ่านมา ในการทดลองครั้งนี้ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดิมทุกครั้ง และผู้วัดเป็นคนเดิม ซึ่งไม่ใช่ผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รูปแบบของโปรแกรมการจัดการตนเอง จัดลำดับเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษา เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ค่า Index of item objective congruence หรือ IOC การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นำแบบสอบถามไป Try out กับผู้ช่วยความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินความรู้ใช้สูตรของ Kuder-Richardson (KR-20)⁸ ได้ค่าเท่ากับ 0.71 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁹ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดระยะดำเนินการกิจกรรม 6 สัปดาห์ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการรวบรวมข้อมูล จากโรงพยาบาลสติงพระ ขอความร่วมมือจากนายกองค้การบริหารส่วนตำบลจะทิ้งพระ ผู้ใหญ่บ้าน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และนัดวัน เวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการเก็บข้อมูล

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงสิทธิการเข้าร่วม และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ตั้งแต่การแนะนำตัว จัดบันทึก ชั่งน้ำหนัก วัดค่าความดันโลหิต ทำแบบประเมินความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อน - หลัง การเข้าร่วมโปรแกรม การ

ให้ความรู้ และติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติใน สัปดาห์ที่ 6

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับบริการปกติจาก โรงพยาบาลสติงพระ และผู้วิจัยแจกแบบประเมิน ความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 1 วัดความดันโลหิต ซั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และประเมิน ความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 6

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics) เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ค่าระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test ภายในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา

ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในกลุ่มปกติ ร้อยละ 30 และน้ำหนักเกิน อ้วน ระดับ 1 ร้อยละ 25 พิจารณารอบเอวพบว่า เพศชาย รอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 100 เพศหญิงรอบ เอวมีภาวะเสี่ยงเกินกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 75 ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) อยู่ในระดับ 140 – 159 mmHg ร้อยละ 65 รองลงมา 160 – 179 mmHg ร้อยละ 25 และมากกว่า 180 mmHg ร้อย ละ 10 ส่วนระดับความดันตัวล่าง (Diastolic) อยู่ใน ระดับ 90 – 99 mmHg ร้อยละ 55 รองลงมา มากกว่า 100 mmHg ร้อยละ 40 และน้อยกว่า 80 mmHg

ร้อยละ 5 ค่าซีพจร (ครั้งต่อนาที) อยู่ในระดับ 60 – 100 ร้อยละ 80 และมากกว่า 100 ร้อยละ 20 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 8 ปี รักษาโดยการรับประทานยาอย่างเดียว ร้อยละ 55 รับประทานยาร่วมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 40 และไม่ได้รับประทานยา ร้อยละ 5 เป็นกลุ่มที่ไม่ สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราร้อยละ 100 มีโรคประจำตัวอื่น ร่วมด้วย ร้อยละ 25

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน และอ้วนระดับ 2 ร้อย ละ 25 อ้วนระดับ1 ร้อยละ 20 เพศชายมีรอบเอวอยู่ใน เกณฑ์ปกติร้อยละ 57.14 เพศหญิงรอบเอวมีภาวะ เสี่ยงเกินกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 69.23 ระดับ ความดันโลหิตตัวบน (Systolic) อยู่ในระดับ 140 – 159 mmHg ร้อยละ 85 รองลงมา 160 – 179 mmHg ร้อยละ 15 ส่วนระดับความดันตัวล่าง (Diastolic) อยู่ในระดับ 90 – 99 mmHg ร้อยละ 50 รองลงมา มากกว่า 80 - 84 mmHg ร้อยละ 20 85 - 86 mmHg ร้อยละ 15 และต่ำกว่า 80 mmHg ร้อยละ 10 ค่าซีพจร (ครั้งต่อนาที) อยู่ในระดับ 60 – 100 ร้อยละ 100 ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 85 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.2 ปี รักษาโดยการรับประทานยาร่วมกับปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ร้อยละ 60 และรับประทานยาอย่างเดียว ร้อยละ 40 สูบบุหรี่ ร้อยละ 10 ดื่มสุรานานๆ ครั้ง ร้อยละ 10 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 40

ระดับความรู้โรคความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม จากการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 ในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า หลังการ ทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.00 เป็นร้อยละ 70.00

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการ ออกกำลังกายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรม จากการศึกษาในกลุ่มทดลอง พบว่า หลัง การทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภค

อาหารดีขึ้นจากระดับปานกลาง ร้อยละ 95.00 เป็นระดับดี ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่ต่างกัน ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.00 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 65.00

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม

ความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

การศึกษาในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นจาก 11.50 เป็น 14.00 ค่าพิสัยควอไทล์เพิ่มขึ้นจาก 10.00 – 13.00 เป็น 14.00 – 15.00 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูงก่อน - หลังในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	Median	IQR	Z	p-value
ก่อนทดลอง	11.50	10.00 – 13.00	-3.828	< 0.001
หลังทดลอง	14.00	14.00 – 15.00		

ในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 10.25 ± 3.226 เป็น 11.90 ± 1.804 เมื่อทดสอบด้วย paired Sample t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ย

ความรู้โรคความดันโลหิตสูงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.033) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูงก่อน - หลังในกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean different	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง	10.25	3.226	1.650	0.145-3.155	0.033
หลังทดลอง	11.90	1.804			

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อน - หลังในกลุ่มทดลอง จากการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.90 ± 3.417 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 44.60 ± 2.683 เมื่อทดสอบสถิติ paired Sample t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = <

0.001) ในกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.55 ± 3.663 และภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 20.00 ± 2.152 เมื่อทดสอบสถิติ paired Sample t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = < 0.014) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อน - หลังในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean different	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง					
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร					
ก่อนทดลอง	31.90	3.417	12.700	11.143 - 14.257	< 0.001
หลังทดลอง	44.60	2.683			
กลุ่มทดลอง					
พฤติกรรมการออกกำลังกาย					
ก่อนทดลอง	17.55	3.663	2.450	0.551 - 4.349	0.014
หลังทดลอง	20.00	2.152			

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อน - หลังในกลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นจาก 30.50 เป็น 32.00 ค่าพิสัยควอไทล์เพิ่มขึ้นจาก 28.00 - 33.75 เป็น 31.00 - 35.50 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังในกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks

Test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.050) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นจาก 16.00 เป็น 20.50 ค่าพิสัยควอไทล์เพิ่มขึ้นจาก 13.00 - 18.00 เป็น 17.00 - 23.00 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.009) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อน - หลังในกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	Median	IQR	Z	p-value
กลุ่มเปรียบเทียบ				
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
ก่อนทดลอง	30.50	28.00 to 33.75	-1.957	0.50
หลังทดลอง	32.00	31.00 to 35.50		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
พฤติกรรมการออกกำลังกาย				
ก่อนทดลอง	16.00	13.00 to 18.00	-2.618	0.009
หลังทดลอง	20.00	17.00 to 23.00		

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic พบว่าหลังการร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยลดลงจาก 155.00 เป็น

126.50 ค่าพิสัยควอไทล์ลดลงจาก 148.25 - 166.75 เป็น 121.75 - 130.75 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = <0.001) ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดัน

โลหิต Diastolic พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic ลดลงจาก 90.00 เป็น 74.00 ค่าพิสัยควอไทล์ลดลงจาก 94.25 - 101.75 เป็น 70.0 - 80.0 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน

และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Willcoxon Signed Rank Test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = <0.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	Median	IQR	Z	p-value
ความดัน Systolic				
ก่อนการทดลอง	155.0	148.2 – 166.7	-3.9222	< 0.001
หลังการทดลอง	126.5	121.7 – 130.7		
ความดัน Diastolic				
ก่อนการทดลอง	90.0	94.2 – 101.7	-3.921	< 0.001
หลังการทดลอง	74.0	70.0 – 78.0		

และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดัน Diastolic ของกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic เท่ากับ 74.15 ± 5.994 และภายในกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต

Diastolic เท่ากับ 86.30 ± 7.277 ทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = <0.001) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean different	95%CI	p-value
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม					
กลุ่มทดลอง	74.15	5.994	-12.150	-16.418 to 7.882	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	86.30	7.2777			

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เขตพื้นที่โรงพยาบาลสติงพระ อำเภอสติงพระ จังหวัดสงขลา สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการให้โปรแกรม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าการทดลองสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมตามแนวคิด Kanfar & Gaelick⁴ แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะจัดการตนเอง ระยะติดตามผล ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับความรู้ทั้งในส่วนของ การอธิบาย และสมุดบันทึกที่มีความรู้โรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่เริ่มทำการทดลอง อาจทำให้

กลุ่มทดลองมีการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจมากขึ้น ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุชนฤภา ภาคปิยพัชร และคณะ¹⁰ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเคร่งครัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าการทดลอง และพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าการทดลองเช่นเดียวกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้โรคความดันโลหิตสูง ความสำคัญการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง จากนั้นกลุ่มทดลองมีการสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง กำหนดเป้าหมายเอง ติดตามและประเมินตนเอง รวมถึงการแลกเปลี่ยนความเห็น ให้กำลังใจ และการเสริมแรง การให้รางวัลตนเองนั้น อาจส่งผลให้กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น

และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับค่าความดันโลหิตลดลงทั้ง Systolic และ

Diastolic ลดลง เพราะเป็นผลมาจากการให้ความรู้ของโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบกับการเสริมแรงส่งผลให้เกิดกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ทำให้ค่าความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ นพภรณ์ จันทร์ศรี และคณะ¹¹, สุพัตรา สิทธิวง และคณะ¹², บุษยา เพชรธณี และคณะ¹³ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีค่าระดับความดัน Systolic และ Diastolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบนั้น พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในแผนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนและนำผลไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนในการเสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565[สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25290&dept code=brc>
2. พัทธวิภา สุวรรณพรหม สุกัญญา ลิ้มรังสรรค์. แบบจำลองการอธิบายเรื่องโรคความดันโลหิตและการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลทางดง จังหวัดเชียงใหม่. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2556;8:66-77.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. Health Data Center. [อินเทอร์เน็ต]. 2566[สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://ska.hdc.moph.go.th/hdc/reports/>
4. Kanfer, F.H., & Gaelick-Bays, L. Self management method. In F.H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.). Helping people change: A textbook of methods (305-360). New York: Pergamon press.1991.
5. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์;2552.
6. Bloom, B.S, Hastings, T. J, Madaus, G. F. Hand Book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York, McGraw – Hill Book Company Inc. 1971.
7. กุลนิตา สายนุ้ย. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2553.

8. Kuder Frederic G, Richardson M.W, The Theory of the Estimation of Test Reliability. *Psychometrika*:1937;151-160.
9. Cronbach L.J, Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*:1951;297-334.
10. ดุชนฤภา ภาคปิยะวัชร. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้อย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต].กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยคริสเตียน.2560.
11. นพภรณ์ จันทร์ศรี, กนกพร นทีธนสมบัติ และทวิศักดิ์ กสิผล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*.2563;6:58-68.
12. สุปัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อังวัฒนา, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร*.2563;47:85-97.
13. บุษยา เพชรมณี, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, พัชรพร เกิดมงคล, กมลรัตน์ กิตติพิมพ์พานัน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*.2565;36:85-101.

การพัฒนาแนวทางเพื่อลดความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์ มาตรา 41 ของหน่วยบริการสุขภาพ ภาครัฐ จังหวัดอุบลราชธานี

Developing Practice Guideline for Reduce Medical Conflicts under Act Section 41 in Government Public Health Service, Ubon Ratchathani Province, Thailand.

(Received: November 28, 2023 ; Revised: December 6, 2023 ; Accepted: December 9, 2023)

ประภัสสร ศันสนะพิทยากร¹, ณัฐชานันท์ กมลฤกษ์²

Prapassorn Sansanaphitthayakorn¹ Nutchanan Kamonroekn²

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ พัฒนาแนวทางและประเมินผลการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์ ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จังหวัดอุบลราชธานี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นหน่วยบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 6 แห่ง รวม 130 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และแบบประเมินผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่ยื่นคำร้องเพื่อขอความช่วยเหลือเบื้องต้น ส่วนใหญ่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์และได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น ในประเภทที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 53.81 ส่วนใหญ่อุบัติการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่แผนกสูติกรรม คิดเป็นร้อยละ 45.57 ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ขาดแนวทางในการดำเนินงานเพื่อป้องกันความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์ จึงมีการพัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงานฯขึ้น ซึ่งผลการประเมิน พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อคู่มือแนวทางการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: ความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์, การลดความเสียหายแบบไม่พึงประสงค์, มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ABSTRACT

The objectives of this research were to study the context and situation, develop guidelines and evaluate the development of an operating model to reduce conflicts from medical services according to Section 41 of the National Health Security Act 2002, Ubon Ratchathani Province. A Survey research, Mixed Methods Data analysis was conducted to collect quantitative and qualitative data. The sample group was a health service unit of Ubon Ratchathani Provincial Health Office, purposive sampling in 6 Hospitals, totaling 130 peoples. Data were collected using a questionnaire, Focus group and Evaluation forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, maximum and minimum value. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The results of the study found that those who submitted a request for preliminary assistance Most of them received effects from medical services and received initial relief assistance. In category 1, accounting for 53.81%, most of the incidents that affected or caused effects from medical services. It mostly happens in the maternity ward. Accounting for 45.57 percent, most practitioners lack guidelines for their work to prevent conflicts from medical services. Therefore, a manual of operational guidelines has been developed.

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี

The results of the evaluation found that the majority were satisfied with the operational guidelines at a high level.

Keyword: Medical Conflicts, No – Fault Compensation System, Section 41 of the National Health Security Act 2002

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลต้องให้ความสำคัญ ตระหนักและปฏิบัติในทุกกระบวนการส่งมอบบริการให้ผู้มารับบริการด้านสุขภาพมีความปลอดภัยสูงสุด และยังเป็นนโยบายสำคัญทั้งในระดับสากลและประเทศไทย ตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เพื่อให้ผู้รับบริการทางการแพทย์เกิดความปลอดภัย⁽¹⁻¹¹⁾ ในการให้บริการสุขภาพ อาจเกิดอุบัติเหตุความผิดพลาดทางการแพทย์ขึ้นได้แม้แพทย์จะพยายามรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถแล้วก็ตาม ภายใต้ความคาดหวังของอาจนำไปสู่ความขัดแย้งเกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรม นำไปสู่การเกิดข้อพิพาทและการฟ้องร้องทางการแพทย์ขึ้น⁽¹²⁾⁽¹³⁾ กระบวนการช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ เป็นอีกหนึ่งกลไกหนึ่งที่ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการ หน่วยบริการและผู้รับบริการ หรือญาติในระบบบริการสุขภาพภาครัฐภายใต้ข้อจำกัดเฉพาะผู้ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลกองทุนหลักประกันสุขภาพหรือบัตรทองเท่านั้น ซึ่งแนวทางการลดความขัดแย้งในระบบบริการทางการแพทย์นอกจากการควบคุมคุณภาพบริการและความปลอดภัยแล้ว การชดเชยความเสียหายอันเกิดจากบริการทางการแพทย์โดยไม่พิสูจน์ถูกผิด น่าจะเป็นทางเลือกที่ส่งผลดีทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการทั้งในด้านของคุณภาพ คุณธรรม จริยธรรม และเป็นที่ยอมรับในหลายประเทศ⁽¹⁶⁾

ประเทศไทยได้มีแนวทางการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ที่มีเจตนารมณ์เพื่อกันงบประมาณส่วนหนึ่งไว้ในการ

ช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของผู้ให้บริการสาธารณสุข⁽¹⁷⁾ โดยมีสาระสำคัญของข้อบังคับฯ ให้ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือบัตรทอง ที่ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ทายาท หรือ ผู้อุปการะหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยสามารถยื่นคำร้องภายใน 2 ปีนับแต่วันที่ทราบความเสียหาย⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾

ถึงแม้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาภายใต้นโยบายดังกล่าว จะส่งผลดีต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการในระบบสุขภาพภาครัฐ ทั้งยังช่วยลดการฟ้องร้องบุคลากรและหน่วยบริการสุขภาพ อย่างเป็นรูปธรรมก็ตาม แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเสียหายในระบบบริการสุขภาพ ก็ยังมีข้อพิพาทเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾ ทั้งจากสาเหตุความเสียหายๆ อาจเกิดจากปัจจัยที่ควบคุมได้หรือควบคุมไม่ได้ก็ตามล้วนส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพ จิต กาย รวมทั้งสภาพเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์อันดีของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการด้านสุขภาพอีกด้วย⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญและตระหนักในปัญหานี้ จึงพัฒนาแนวทางการดำเนินงานตามมาตรา 41 ของหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดอุบลราชธานีขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดข้อพิพาท ลดความขัดแย้งและการฟ้องร้องระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในระบบสุขภาพภาครัฐ ตลอดจนส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีต่อกันภายใต้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยบริการได้มีแนวทางปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ในการดำเนินงานการช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานการช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์ ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method) แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และ เชิง คุณ ภาพ (Qualitative Data)

ประชากรที่ศึกษา คือ เป็นผู้บริหาร และ / หรือคณะกรรมการใกล้เคียงกรณีพิพาททางการแพทย์ และ / หรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ ภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 26 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้บริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการใกล้เคียงกรณีพิพาททางการแพทย์ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ ภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 6 แห่ง (130 คน) ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้บริหาร / คณะกรรมการใกล้เคียงกรณีพิพาททางการแพทย์/ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
2. มีประสบการณ์การทำงานในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการใกล้เคียงกรณีพิพาททางการแพทย์ และ / หรือเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ของหน่วยบริการที่ศึกษาวิจัย มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี
3. พื้นที่ที่ศึกษาวิจัย มีอุบัติการณ์ที่ส่งผลให้เกิดการร้องเรียนหรือข้อพิพาทจากบริการทางการแพทย์ ในปีงบประมาณ 2564 – 2566 ที่มีความถี่มากกว่า 3 ครั้งต่อปีงบประมาณ
4. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาโดยมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการสุขภาพนอกหน่วยงานบริการสุขภาพภาครัฐ (เอกชน) และนอกหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
2. ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่เป็น ผู้บริหาร คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการใกล้เคียงข้อพิพาทของหน่วยบริการสุขภาพ ใดๆ หนึ่ง
3. มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการที่ศึกษาวิจัย น้อยกว่า 3 ปี
4. มีความผิดปกติด้านการฟัง การพูด การมองเห็น และการสื่อสาร ใดๆ หนึ่งหรือทั้งหมด
5. ไม่อยู่ในพื้นที่ ในช่วงของการเก็บรวบรวมข้อมูลศึกษาวิจัย
6. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

กรกฎาคม – ธันวาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบรวบรวมข้อมูล แบบประเมินผล และแบบสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (IOC = 0.89, Alpha coefficient = 0.84) ดังนี้

เชิงปริมาณ

1. รวบรวมข้อมูล โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ของหน่วยบริการสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 – 2566 วิเคราะห์จำแนกเป็นระดับความรุนแรง, รายหน่วยบริการ, รายแผนกที่เกิดอุบัติการณ์

2. แบบประเมินผล เป็นลักษณะคำถาม กำหนดคำตอบไว้ล่วงหน้าให้เลือกตอบ (Close – Ended Question) และเติมคำ (open – Ended Question)

1) ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามทั้งปลายเปิดและปลายปิด ประกอบไปด้วยข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งงาน ระยะเวลาในการทำงานในพื้นที่ บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง สถานะศูนย์รับเรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์ ผู้รับผิดชอบหลักกรณีเกิดข้อพิพาทจากบริการทางการแพทย์ ผู้รับผิดชอบหลักกรณีเกิดข้อพิพาทจากบริการทางการแพทย์ มาตรา 41ฯ การมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ เป็นลายลักษณ์อักษร การอบรมหลักสูตรเจรจาไกล่เกลี่ย หรือหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง จำนวนครั้งที่เข้ารับการอบรมฯ ปีล่าสุดที่เข้ารับการอบรม หน่วยงานที่จัดการอบรมฯ

2) การประเมินผลแนวทางการดำเนินงาน เพื่อลดความขัดแย้ง จากบริการทางการแพทย์ มาตรา 41 ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่พัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย 1) ด้านการออกแบบ 2) ด้านเนื้อหา 3) ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ และ 4) ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน

เชิงคุณภาพ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง คำถามปลายเปิด โดยแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1.1) มุมมองด้านนโยบายในการดำเนินงาน (Policy Perspective)

1.2) มุมมองด้านการบริหารจัดการด้าน “คน เงิน ของ” ที่ใช้ในการดำเนินงาน (Health Workforce and Financial Perspective)

1.3) มุมมองด้านกระบวนการ การบริหารจัดการ การจัดระบบการให้บริการ ในระบบบริการสุขภาพ (Process Perspective) และมุมมองด้านผู้ให้บริการ Provider Perspective)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและ ขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบ

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ออกแบบขึ้นตามวัตถุประสงค์งานวิจัย

3. รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล หากยังไม่เรียบร้อย ประสานผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการให้เสร็จเรียบร้อย ภายในระยะเวลาที่กำหนด

4. วิเคราะห์ และสรุปผลข้อมูล

5. รายงานผลการวิจัย

6. เผยแพร่ผลงานวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

ในส่วนแบบประเมินผลแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดความขัดแย้ง จากบริการทางการแพทย์ มาตรา 41 ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่พัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย (2.1) ด้านการออกแบบ (2.2) ด้านเนื้อหา (2.3) ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ (2.4) ปัญหา / อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานฯ

ด้านการออกแบบ ด้านเนื้อหา และด้านการนำไปใช้ประโยชน์ โดยกำหนดแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ แบ่งระดับการวัดออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

- น้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน
- น้อย ได้ 2 คะแนน
- ปานกลาง ได้ 3 คะแนน
- มาก ได้ 4 คะแนน
- มากที่สุด ได้ 5 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการประเมินผลแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์ มาตรา 41 ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบประเมินผล โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น (Best, 1977: 174; Daniel, 1995: 19) สรุปผลเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์ช่วงค่าเฉลี่ย ดังนี้

- ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.24 - 5.00 = มากที่สุด
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.43 - 4.23 = มาก
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.62 - 3.42 = ปานกลาง
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.61 = น้อย
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 = น้อยที่สุด

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี SSJ.UB2566-108

ผลการศึกษาวิจัย

การวิจัยเรื่อง พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์ มาตรา 41 ของหน่วยบริการสุขภาพภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบคำถามการวิจัย ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นไปตาม

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย โดยแบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 ผลการศึกษาบริบท สถานการณ์ในการดำเนินงานการช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ที่ยื่นคำร้องเพื่อขอความช่วยเหลือเบื้องต้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 - 2566 จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งสิ้น จำนวน 531 ราย เข้าเกณฑ์การพิจารณาตามมาตรา 41 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จำนวน 485 ราย คิดเป็น ร้อยละ 91.34 ของคำร้องทั้งหมด ส่วนใหญ่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ประเภทที่ 1 เสียชีวิต หรือทุพพลภาพถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบต่ออาการรุนแรงต่อการดำรงชีวิต คิดเป็นร้อยละ 53.81 รองลงมาเป็นประเภทที่ 2 สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต คิดเป็นร้อยละ 14.44 ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุในโรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 84.95 ใช้งบประมาณในการช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ทั้งสิ้น 94,462,200 บาท แยกตามประเภทความเสียหาย พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ในประเภทที่ 1 เสียชีวิตและทุพพลภาพถาวรฯ คิดเป็นร้อยละ 51.65 รองลงมาประเภทที่ 2 สูญเสียอวัยวะหรือพิการฯ คิดเป็นร้อยละ 9.54 และประเภทที่ 3 บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.99 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุขึ้นในแผนกศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 45.57 รองลงมาเป็นแผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 20 แผนกศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 16.70 และแผนกอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 17.73 ตามลำดับ

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า นโยบายในการคุ้มครองสิทธิประชาชน ภายใต้มาตรา 41 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 มีความชัดเจน และมีการบังคับใช้เชิงนโยบายเอื้อต่อระบบบริหารจัดการอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นช่องทางที่ช่วยลดข้อขัดแย้งจากบริการทาง

การแพทย์ให้กับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการหรือหน่วยบริการได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องความครอบคลุมของการบังคับใช้ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา

ผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 ผลการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานการช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จังหวัดอุบลราชธานี

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ได้พัฒนาจากข้อเสนอแนะจากการดำเนินการทบทวนทฤษฎี วรรณกรรม เอกสารรายงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนนำข้อเสนอแนะที่ได้จากกระบวนการวิจัยในระยะที่ 1 มาพัฒนาขึ้น ผลการศึกษาวิจัย พบว่า หน่วยบริการมีความมุ่งหวังให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ มีการรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นในการปฏิบัติงานมาเผยแพร่เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ที่สนใจได้นำแนวทางการดำเนินงานไปใช้ประโยชน์ร่วมกันและเป็นแนวทางเดียวกัน โดยการพัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงานขึ้น ซึ่งองค์ประกอบของคู่มือในการดำเนินงานประกอบไปด้วย 1) บทสรุปสำหรับผู้บริหาร 2) แนวความคิดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย 3) กลไกการคุ้มครองสิทธิ ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 4) แนวคิดการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงและจัดการข้อขัดแย้งจากระบบบริการสุขภาพในยุค VUCA World / ผลการดำเนินงาน มาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 – 2566 5) กรณีศึกษาและแนวทางป้องกันเหตุเกิดซ้ำ ภายใต้สถานการณ์ 6) ช่องทางการติดต่อสื่อสารและฐานข้อมูลผู้รับผิดชอบงาน มาตรา 41 ฯ จังหวัดอุบลราชธานี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลทุกแห่ง) 7) แบบฟอร์มและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการพัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงานนี้ ถูกออกแบบให้เป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์สามารถเรียกใช้งานได้ตลอดเวลาทั้งในรูปแบบ

OFFLINE และ ONLINE บนโปรแกรมหนังสือออนไลน์ สามารถดาวน์โหลดเพื่อจัดพิมพ์ได้ในรูปแบบ PDF ไฟล์ เรียกใช้งานได้ง่าย เก็บรักษาได้ง่าย สามารถแบ่งปันให้ผู้ที่สนใจได้อย่างไม่จำกัด ประหยัดงบประมาณและสถานที่ในการจัดเก็บ

ผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 3 ผลการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์ ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.5 ส่วนอายุ 40 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.36 ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมา คือระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 7.2 ส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานหรือหัวหน้างาน คิดเป็นร้อยละ 55.4 รองลงมา เป็น พยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 38.6, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือตัวแทน (แพทย์) คิดเป็นร้อยละ 3.6 และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 2.4 ตามลำดับ บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะกรรมการใกล้เคียง คิดเป็นร้อยละ 37.3 รองลงมา เป็น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะกรรมการใกล้เคียง คิดเป็นร้อยละ 65.1, เป็นคณะกรรมการใกล้เคียงอย่างเดียว ร้อยละ 30.2 ตามลำดับ หน่วยบริการส่วนใหญ่มีการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานตามมาตรา 41 ที่เป็นปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 91.6 บุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่เป็นนักใกล้เคียงส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรที่จำเป็นและเกี่ยวข้อง คิดเป็นร้อยละ 79.5

ผลการประเมินคู่มือแนวทางการดำเนินงานฯ พบว่า 1) ขนาดของรูปเล่ม ส่วนใหญ่คิดว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 68.7 รองลงมา มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.5 2) สีและการออกแบบ ส่วนใหญ่ คิดว่ามีความเหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ

65.1 รองลงมา คือ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ร้อยละ 19.3 3) รูปแบบตัวอักษร อ่านง่าย และสวยงาม ส่วนใหญ่คิดว่าเหมาะสมระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 56.6 รองลงมา เหมาะสมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 22.9 4) คู่มือมีความทันสมัย ใช้งานง่าย สะดวก รวดเร็ว ส่วนใหญ่คิดว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 61.4 รองลงมา คือ ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.1

ส่วนใหญ่เห็นว่า 5) เนื้อหาของคู่มืออ่านแล้ว เข้าใจง่าย ครอบคลุม ชัดเจน ตรงประเด็น ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.5 รองลงมา คือระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.5 6) เนื้อหาของคู่มือมีความทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์ ส่วนใหญ่ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.3 รองลงมาคือระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.3 7) เนื้อหาของคู่มือตรงต่อความต้องการใช้งาน ส่วนใหญ่เป็นระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.4 รองลงมาคือระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.5 8) การจัดเนื้อหาเป็นหมวดหมู่ เข้าใจง่าย ส่วนใหญ่คิดว่าเหมาะสมในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.9 รองลงมาคิดว่าเหมาะสมในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.1 9) การจัดเนื้อหาเป็นลำดับขั้นตอน สอดคล้อง

และเชื่อมโยงกัน ส่วนใหญ่คิดว่าเหมาะสมในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมาคิดว่าเหมาะสมในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.7 10) การนำคู่มือไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานได้จริง ส่วนใหญ่คิดว่ามีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.2 รองลงมา คือระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.3 11) การนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ส่วนใหญ่นำไปใช้ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.7 รองลงมา คือ ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.7 12) ความพึงพอใจของท่านโดยรวมต่อคู่มือฯ ฉบับนี้ ส่วนใหญ่พอใจในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมาคือระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.7 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.2 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการประเมินผลคู่มือแนวทางฯ ส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการนำข้อมูลในระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์

ในการบริหาร บริการและวิชาการด้านสุขภาพที่คุ้มค่า และควรมีการติดตามผลการดำเนินงานและประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ เพื่อทราบปัญหาและพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขอเสนอสรุปผลและการอภิปรายผลตามลำดับดังต่อไปนี้

การศึกษาริบท สถานการณ์ในการดำเนินงานการช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จังหวัดอุบลราชธานี จากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ประเภทที่ 1 เสียชีวิต หรือทุพพลภาพถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต และเกิดอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่ และอยู่ในแผนกสูติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผลการยื่นคำร้องฯ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในแผนกสูติกรรม อายุรกรรมและศัลยกรรมตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของเสน่ห์ ไชยโพธิ์ศาล ที่ทำการศึกษากการพัฒนากระบวนการความขัดแย้งด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มาตรา 41 ของโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดหนองบัวลำภู³⁰ พบว่าส่วนใหญ่ความเสียหายจากบริการทางการแพทย์จากแผนกที่มีผู้ยื่นคำร้องและได้รับผลกระทบมากที่สุด คือแผนก อายุรกรรม สูตินรีเวช และศัลยกรรมตามลำดับ

จากผลการสนทนากลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่มีมุมมองในการขับเคลื่อนนโยบายว่ามีความชัดเจนประเด็นของความขัดแย้งหรือข้อร้องเรียนส่วนใหญ่เป็นข้อขัดแย้งระหว่างบุคคล ซึ่งเกิดจากการสื่อสารและผู้ที่ให้บริการขาดแนวทางในการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kenneth Watson and Rob Kottenhagen (2018)³¹ ในประเด็นสิทธิของผู้ป่วย ข้อผิดพลาด

ทางการแพทย์ ความเชื่อมโยงและกลไกการชดเชย ในยุโรป พบว่า การเสียหายจากบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ มีความเกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการ ความขัดแย้งมักเกิดจากการสื่อสารที่คลาดเคลื่อน ตลอดจนผู้ให้บริการยังขาดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ขาดความเชื่อมโยงเป็นแนวทางเดียวกันทั้งในระบบการบริการและกฎหมายความรับผิดชอบที่อิงตามความผิดเกี่ยวกับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ขาดคำจำกัดความที่ชัดเจนทำให้เกิดการดำเนินคดีทางกฎหมายแก่ผู้ปฏิบัติงานและทำให้เกิดความซับซ้อนขึ้น จึงควรมีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับการการชดเชย ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบที่มีความรวดเร็วและเหมาะสม เพื่อลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kathryn M Kellogg (2016)³² ที่ทำการวิเคราะห์รากของปัญหา พบว่า ปัญหาการผิดพลาดจากบริการทางการแพทย์จนอาจนำไปสู่การร้องเรียนบริการ ส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ (คุณภาพบริการ) การขาดแนวทางปฏิบัติที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งจากการศึกษาวิเคราะห์ฐานรากแห่งปัญหา ทำให้ได้แนวทางการแก้ไขคือ การเพิ่มศักยภาพบุคลากร ได้แก่ การจัดอบรมเพิ่มเติมฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เป็นระยะสม่ำเสมอ มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร และการศึกษาวิจัยของ กิตติธรร ปานเทศ (2561) ที่ได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไว้ว่า ควรมีแนวทางจัดการความขัดแย้งที่ชัดเจน มีหน่วยงาน กลุ่มงานที่เป็นทีมเจรจาไกล่เกลี่ยเมื่อเกิดข้อพิพาท เจรจาไกล่เกลี่ยเมื่อเกิดข้อพิพาทและปรับปรุงแนวทางการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทที่มีอยู่ โดยเพิ่มบุคลากรที่มีความรู้ด้านกฎหมายทางการแพทย์ เพิ่มบุคลากรที่มาจากภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและมีทัศนคติที่เป็นกลางทั้งสองฝ่าย

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จังหวัดอุบลราชธานี จากผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นแนวทางหนึ่งที่ใช้ในการพัฒนางาน ซึ่งหากผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน สอดคล้องกับกฎหมาย นโยบายต่างๆแล้ว ก็จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อิศวรรณ์ ชาวเงินยวง(2565)³⁴ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

การประเมินผลการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์ ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จังหวัดอุบลราชธานี จากผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ประเมินการพัฒนาฯ มีความเหมาะสมและใช้ประโยชน์ได้จริงและตรงกับความต้องการในการใช้งาน ในระดับมาก ซึ่งการออกแบบและพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานที่ดี ควรมีความตรงต่อความต้องการของผู้ใช้งาน ใช้งานง่าย เนื้อหาครอบคลุมและตรงตามวัตถุประสงค์ของงาน สอดคล้องกับนโยบายในการขับเคลื่อนงานและกฎหมาย ระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการพัฒนาแนวทางฯนั้นควรมีการปรับปรุงและติดตามพัฒนาข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

- 1.ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มผู้ให้บริการ เพื่อการพัฒนาแนวทางที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ควรมีการจัดทำแผนการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานเพื่อลดความเสียหายที่จะเกิดจากระบบบริการสุขภาพ มีการประเมิน ทบทวน พัฒนากลไก/กระบวนการทำงานร่วมกันทั้งในองค์กร และ

ระหว่างองค์กร และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อลดความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และมีการจัดทำแนวทางการดำเนินร่วมกันระหว่างองค์กร ตลอดจนสนับสนุนให้มีการสร้างเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อสื่อสารความเข้าใจร่วมกัน

3. ควรมีการนำข้อมูลในระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ในบริหาร บริการและวิชาการด้านสุขภาพที่คุ้มค่า และควรมีการติดตามผลการดำเนินงานและประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ เพื่อทราบปัญหาและพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Mello MM, Frakes MD, Blumenkranz E, Studdert DM. Malpractice liability and health care quality: a review. *Jama*. 2020;323(4):352–66.
- Adams MA, Elmunzer JB, Scheiman JM. Effect of a health system’s medical error disclosure program on gastroenterology-related claims rates and costs. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG*. 2014;109(4):460–4.
- Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med*. 2006;354(19):2024–33.
- เผ่าพงศ์ เอกสายธาร. การแก้ไขปัญหาผู้ได้รับผลกระทบจากการรับบริการสาธารณสุข ด้วยระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด. วารสารผู้ตรวจราชการแผ่นดิน [Internet]. 2562; Available from: http://ombstudies.ombudsman.go.th/ewt_news.php?nid=1434&filename=index
- Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. Strategic risk management: reducing malpractice claims through more effective patient-doctor communication. *Am J Med Qual*. 1999;14(4):153–9.
- ศรีเรือน ตีพูน, วิไลลักษณ์ ชัยมงคล. การ พัฒนา คุณภาพ งาน อนามัย แม่ และ เด็ก เพื่อ ลด ความ ขัดแย้ง ทาง การ แพทย์ งาน บริการ สาธารณสุข จังหวัด ศรีสะเกษ. วารสาร การ แพทย์ โรง พยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2018;33(1):23–36.
- ปิ่นวดี เกสรินทร์ และบรรเจิด สิงคะเนติ. ปัญหา กฎหมาย เกี่ยว กับ การ ค้ำครอง สิทธิ กรรม ที่ ได้ รับ ความ เสียหาย จาก การ รักษา พยาบาล. 2017;
- The Guardian. Medical error is third biggest cause of death in the US, experts say [Internet]. 3 May 2016. 2016 [cited 2023 May 5]. Available from: <https://www.theguardian.com/society/2016/may/03/cause-of-death-united-states-medical-error>
- Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM, Klemann D, Mertens H, van Merode F. Strategic risk management: reducing malpractice claims through more effective patient-doctor communication. *Am J Med Qual*. 1999;14(4):153–9.
- ปาจรรย์ ส้าราญ จิตต์. แนวทาง จัดการ แก้ไข ปัญหา ความ เสียหาย ทาง การ แพทย์: ความ ปลอดภัย ผู้ ป่วย และ ระบบ การ ชดเชย ความ เสียหาย โดย ไม่ พิสูจน์ ถูก ผิด. *Public Heal Policy Laws J*. 2018;4(2):223–35.
- Limpanyalert P. Patient safety in Thailand. In: *Global Patient Safety*. Routledge; 2018. p. 175–89.
- McLennan S, Shaw D, Leu A, Elger B. Professional liability insurance and medical error disclosure. *Swiss Med Wkly*. 2015;145(2728):w14164–w14164.
- De Feijter JM, de Grave WS, Muijtjens AM, Scherpbier AJA, Koopmans RP. A comprehensive overview of medical error in hospitals using incident-reporting systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths. *PLoS One*. 2012;7(2):e31125.
- พร เทพ อ่อน รัตน์, บุญ ชนะ ยี่ สาร พัฒน์, & สุข ชาติ เลิศ วุฒิ รักษ์. การ ชดเชย ความ เสียหาย จาก การ ใช้ บริการ สาธารณสุข โดย ไม่ ต้อง พิสูจน์ ความ รับผิด เปรียบเทียบ ไทย-อังกฤษ. วารสาร สห วิทยาการ จัดการ มหาวิทยาลัย ราช ภัฏ บุรีรัมย์. 2022;6(1):45–66.
- วนิชา สุขไมตรี. ปัญหา ความ รับผิด ของ แพทย์ ใน คดี ทาง การ แพทย์. มหาวิทยาลัย ศรีปทุม; 2021.

16. รัตน์สิทธิ์ ทิพวงศ์, วิเชียร ชูเสมอ, ทวีวิทย์ ภควินิตย์, พนิดา แซ่ม ข้าง, ณรงค์ บุญ สาย ขวัญ, & วิรุฬห์ ฉายา รักษา. ระบบชดเชย ภาวะ ไม่ พึ่ง ประสงค์ จาก บริการ สุขภาพ ของ ประเทศไทย ที่ ควร จะ เป็น: กรณี ศึกษา จาก ปραกฏการณ์ ของ โรง พยาบาล ร่อนพิบูลย์. 2009;
17. สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. ระบบชดเชยความเสียหาย จากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด [Internet]. [cited 2023 Mar 1]. Available from: http://web.senate.go.th/lawdatacenter/includes/FCKeditor/upload/Image/b/b133_jul_8_3.pdf
18. ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤ พงศ์ ภักดี, จิรา พรหม ศรี, & จเร วิชชา ไทย. ประสบการณ์ ต่าง แแดน ระบบ ชดเชย ความเสียหาย จาก การ รับ บริการ สาธารณสุข. 2010;
19. Nelson E. Commentary: Some Questions about No-Fault Reform of the Medical Liability System. *Healthc Policy*. 2021 Aug 10;17:42–7.
20. Lee S, Rowe B, Flood C, Mahl S. Canada’s System of Liability Coverage in the Event of Medical Harm: Is It Time for No-Fault Reform? *Healthc Policy*. 2021 Aug 10;17:30–41.
21. จุฬสมา โพธิ์มงคล, ลาววัลย์ หอนพรัตน์, & สิริพันธ์ พลรบ. หลักเกณฑ์ การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ เบื้องต้น และเงินชดเชยตามร่างพระราชบัญญัติ คุ่มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ. ศ..... *J Thai Justice Syst*. 2011;4(2):53–66.
22. สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 3). 2564. 103 เล่ม 138 ตอนพิเศษ 119 ง ประกาศ ณ วันที่ 9 เมษายน.
23. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กฎ ระเบียบ ที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 5th ed. สำนักกฎหมาย, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, editors. บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด;
24. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565. 1st ed. ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์;
25. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. บอร์ดควบคุมคุณภาพฯ สปสช. 2 ปี จ่ายช่วยเหลือผู้ป่วยเสียหายจากบริการสาธารณสุข 373 ล้านบาท [Internet]. 18 December 2017. [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2017/12/15099>
26. กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. สรุปผลการดำเนินงานการช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 ปีงบประมาณ 2547 - 2565 จังหวัดอุบลราชธานี. 2566.
27. Boonsirikamchai P. การ คุ่มครอง ผู้เสียหาย จาก การ รับ บริการ ทาง การ แพทย์ ประเทศ สวีเดน. *Rangsit J Law Soc*. 2019;1(2):14–31.
28. Chaiphosan S. การ พัฒนา ระบบ จัดการ ความ ชัดแย้ง ด้าน บริการ ทาง การ แพทย์ และ สาธารณสุข มาตรา 41 ของ โรง พยาบาล ภาค รัฐ จังหวัด หนองบัวลำภู. *วารสาร การ พยาบาล สุขภาพ และ การ ศึกษา*. 2018;1(2):10–7.
29. Viscusi WK, McMichael BJ, Van Horn RL. “ Sorry ” Is Never Enough: How State Apology Laws Fail to Reduce Medical Malpractice Liability Risk. *Stanford Law Rev*. 2019;71:341. 2017;5(1):95–118.
30. เสน่ห์ ไชยโพธิ์ ศาล. (2561). การพัฒนาระบบจัดการความขัดแย้งด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มาตรา41ของ โรง พยาบาลภาครัฐ จังหวัดหนองบัว ลภู. *วารสารการพยาบาล สุขภาพและการ ศึกษา*, 1(2), 10-17.
31. Kenneth Watson and Rob Kottenhagen. (2018). Patients’ Rights, Medical Error and Harmonisation of Compensation Mechanisms in Europe. *European Journal of Health Law Vol. 25, No. 1 (2018)*, pp. 1-23 (23 pages)
32. Kathryn M Kellogg. (2016). National Center for Human Factors in Healthcare, *MedStar Annals of Emergency Medicine* 68 (4), S111-S112, 2016. 5, 2016. 337
33. กิตติธร ปานเทศ. (2561). โรคที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขและการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท. *Public Health & Health Laws Journal Vol. 4 No.1 January - April 2018*
34. อิตารัตน์ ขาวเงินยวง. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 1(3) 196-207.

ประสิทธิผลการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrai Hosplus ศูนย์สุขภาพ
ชุมชนโรงพยาบาลสระใคร จังหวัดหนองคาย

Effectiveness of monitoring and caring for dependent elderly people through the LTC
Sakhrai Hosplus application. Community Health Center, Sakhrai Hospital Nong Khai Province.

(Received: November 28,2023 ; Revised: December 9,2023 ; Accepted: December 11,2023)

นันทริกา มนตรี¹ ชลการ ทรงศรี²
Nantarika Montri¹, Chonlakarn Songsri²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrai Hosplus กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านจำนวน 50 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 60 คน เครื่องมือประกอบด้วย 1)แอปพลิเคชัน LTC Sakhrai Hosplus 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชัน เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับเครื่องมือมีความเชื่อมั่นของอัลฟาครอนบาคที่ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแล ผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrai Hosplus มีคะแนน Barthel ADL ก่อนและหลังการติดตามดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ความพึงพอใจผู้สูงอายุโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\mu= 4.47, \sigma=0.57$) มิติทางจิตใจ ($\mu= 4.55, \sigma=0.52$) มิติทางสิ่งแวดล้อม ($\mu=4.51, \sigma=0.52$) มิติทางสังคมระบบบริการ ($\mu=4.48, \sigma=0.58$) มิติทางกาย ($\mu= 4.39, \sigma=0.62$) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำแอปพลิเคชันไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu=4.34, \sigma=0.60$) และมากที่สุดคือคุณลักษณะของแอปพลิเคชัน Sakhrai Hosplus มีข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง มีความสอดคล้องกับความรู้ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\mu=4.64, \sigma=0.60$)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง,ประสิทธิผล,แอปพลิเคชัน

Abstracts

The objective of this Quasi-experimental research was to study the effectiveness of monitoring and caring for dependent elderly people through the LTC Sakhrai Hosplus application. The sample group consisted of elderly caregivers, 50 village volunteers, and 60 dependent elderly people. Tools include: 1) LTC Sakhrai Hosplus application 2) Assessment of ability to perform daily activities 2) Satisfaction questionnaire of the dependent elderly persons 3) Satisfaction questionnaire of app users Application It is a 5-level estimation tool with Cronbach's alpha reliability values of 0.85 and 0.87, respectively. Data was analyzed using descriptive statistics, frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The results of the study found that the elderly are dependent on receiving care. Through the LTC Sakhrai Hosplus application, Barthel ADL scores before and after follow-up care were significantly different (p-value = 0.001), overall elderly satisfaction at the highest level ที่สุด ($\mu=4.47, \sigma=0.57$) Psychological dimension ($\mu=55, \sigma=0.52$) Environmental dimension ($\mu=4.51, \sigma=0.52$) Social dimension or service system ($\mu=4.48, \sigma=0.58$) Physical

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย

² Ph.D. อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Corresponding author E-mail: noya2599@bcnu.ac.th

dimension ($\mu=4.39$, $\sigma=0.62$). The sample group who used the application to care for dependent elderly people was satisfied with the overall application at a high level ($\mu=4.34$, $\sigma=0.60$) the greatest feature of the Sakhrai Hosplus application is that it has complete, accurate information and is consistent with operational knowledge. Caring for the elderly has the highest level of satisfaction ($\mu=4.64$, $\sigma=0.60$)

Keywords : dependent elderly, effectiveness, application

บทนำ

จากแนวโน้มประชากรโลก (World Population Prospects 2022) คาดการณ์ว่าจำนวนประชากรบนโลกนี้มีมากถึง 8 พันล้านคน โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีอยู่ราว 10 เปอร์เซ็นต์ และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 16 เปอร์เซ็นต์ภายในปี 2050 ซึ่งมีจำนวนมากกว่าสองเท่าของจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และจำนวนผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปก็จะเพิ่มเป็นสามเท่าจาก 157 ล้านคนเป็น 459 ล้านคนในอีก 30 ปีข้างหน้า จากข้อมูลประมาณการประชากรในปี 2022 สำนักสถิติกระทรวงกิจการภายในและการสื่อสารมาแนะนำให้เห็น ประเทศที่มีจำนวนประชากรของผู้สูงอายุเกิน 65 ปีสูงสุด และทุกประเทศล้วนเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดแล้วทั้งสิ้น ได้แก่ญี่ปุ่น 36.27 ล้านคนจากประชากรทั้งหมด 124.71 ล้านคน (29.1%) อิตาลี 14.20 ล้านคนจากประชากรทั้งหมด 59.04 ล้านคน (24.1%) ฟินแลนด์ 1.29 ล้านคนจากประชากรทั้งหมด 5.54 ล้านคน (23.3%)จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในไทย จากรายงานของระบบสถิติทางการทะเบียนแฉกแจงข้อมูลให้เห็นว่าในปี 2022 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เห็นได้จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากถึง 12,116,199 คน (18.3%) ของประชากรทั้งหมดประมาณ 70,080,000 คนแบ่งตามช่วงอายุของผู้สูงวัยได้เป็น 3 กลุ่มคือ 1) อายุ 60 – 69 ปี จำนวน 6,843,300 คน 2) อายุ 70 – 79 ปี จำนวน 3,522,778 3) อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,750,121 คน¹ แม้ภาครัฐตระหนักและเห็นความสำคัญการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรเป็นสังคมสูงวัยซึ่งเห็นได้จากนโยบาย แผนงาน กฎหมายที่เกี่ยวข้อง แต่จากการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างเร็วหากเปรียบ

เทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ทำให้ยังไม่มีความพร้อมเชิงนโยบาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ยังขาดความชัดเจน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมีสาเหตุจากการเจ็บป่วย และ/หรือมีอายุมาก การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังเป็นบทบาทของครอบครัว² จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของขนาดครัวเรือนมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ที่อยู่คนเดียวสูงขึ้น³ ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของภาครัฐยังมีขีดจำกัด ถึงแม้รัฐจะได้กำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุโดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการขยายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุลงในระดับชุมชน โครงการจัดส่งเสริมสุขภาพการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จัดให้มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแล 70 ชั่วโมง คอยช่วยเหลือดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง Care giver 1 คน จะดูแลผู้สูงอายุ 5-10 คน โดยมี Care manager จัดทำแผนดูแลประจำวันและติดตามและให้คำแนะนำด้านสุขภาพ รวมทั้งกำกับการทำงานของผู้ดูแล

จังหวัดหนองคายประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากปี พ.ศ. 2562 - 2565 ร้อยละ 15.75, 16.27, 16.63 และ 17.41 ตามลำดับ ส่วนในปี พ.ศ.2566 มีประชากรทั้งหมด จำนวน 515,795 คน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 93,866 คน (ร้อยละ

18.20) จัดอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งจังหวัดค้าย์สูงอายุจังหวัดหนองคาย ปี 2566 ทั้งหมด 86,693 คน พบป่วยและมีปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากปี พ.ศ. 2562 - 2566 ร้อยละ 48.64, 49.16, 49.75, 43.76 และ 43.33 ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุติดสังคม 95.78% ติดบ้าน 3.63% และ ติดเตียง 0.58%⁴ อากาศระใคร มีประชากร 19,738 คน มีผู้สูงอายุที่ อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 3,479 คน คิดเป็นร้อยละ 17.63 ข้อมูลจากกรมอนามัย⁵ พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 170 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่ม 1 จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 87.06 กลุ่ม 2 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 กลุ่ม 3 จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 7.06

ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศได้กลายมาเป็นเครื่องมือสำคัญ ในการให้บริการด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อการดำเนินการด้านสุขภาพ ดังปรากฏจากหลักฐานงานวิจัย⁶ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น การให้บริการข้อมูลสุขภาพทางไกล การจัดทำเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือการให้ความรู้ด้านการใช้ยาผ่านอินเทอร์เน็ตทั้งในรูปแบบของอุปกรณ์การแพทย์และโมบายแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำไปสู่การดูแลและรักษาตนเองอย่างต่อเนื่องเช่น การกระตุ้นกิจกรรมทางกายภาพโดยอาศัยความตระหนักส่วนบุคคล⁷ หรือการกระตุ้นการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยา⁸ เป็นต้น การใช้โมบายแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์เคลื่อนที่ติดตามตัวในการดูแลสุขภาพ ได้กลายมาเป็นเทคโนโลยีที่มีแนวโน้มความสำคัญในการใช้เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุ อีกทั้งยังการคาดการณ์ว่า จะมีจำนวนผู้ใช้งานโมบายแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ

สูงถึง 500 ล้านคนทั่วโลกภายในปี ค.ศ.2015⁹ นอกจากนี้จากการคาดการณ์ให้เห็นว่าการใช้งานผ่านอุปกรณ์ดังกล่าว จะส่งผลดีต่อการลดค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุสามารถลดลงได้ถึงร้อยละ 25 สำหรับประเทศไทยจากรายงานเรื่อง The Socio-Economic Impact of Mobile Health¹⁰ ได้แสดงให้เห็นว่าการใช้งานเทคโนโลยีดังกล่าวจะเข้ามามีบทบาทสำคัญในการเผชิญหน้ากับปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรบุคคลและงบประมาณของประเทศไทยที่เกิดจากการขยายตัวมากขึ้นของโรคเรื้อรัง ดังตัวอย่างการใช้ SMS ช่วยรักษาวัณโรค โครงการ JHCIS และ FFC¹¹ ที่เป็นระบบสารสนเทศซึ่งใช้เก็บเพิ่มข้อมูลของผู้เข้ารับบริการสุขภาพ แต่ทั้งนี้แอปพลิเคชันดังกล่าวเป็นการใช้งานโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้บันทึกข้อมูลเองทางสุขภาพมีการนำเทคโนโลยีมาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรคภัยไข้เจ็บและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายทั้งนี้เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีนโยบายได้สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสาธารณสุข ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนมีความเชี่ยวชาญในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัยสูงสุด¹²

แอปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus เป็นเทคโนโลยีที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลสระใครเพื่อใช้ประโยชน์ในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ใช้ติดตามและบันทึกผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสระใคร ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร

จังหวัดหนองคาย แอปพลิเคชัน LTC Sakhrat Hosplus จะประกอบด้วยระบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เชื่อมโยงกับการแพทย์ทางไกล ผู้ดูแลหรือผู้สูงอายุสามารถพูดคุยปรึกษากับแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลได้ มีฐานข้อมูลใน HosXP ที่ใช้ในโรงพยาบาลสระใคร แอปพลิเคชันนี้สามารถใช้บนโทรศัพท์มือถือ สมาร์ทโฟนในระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ ผู้ดูแลสามารถดูผลการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา และบันทึกผลการดูแลได้ ข้อมูลก็จะบันทึกไว้ในประวัติของผู้สูงอายุ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง สามารถเข้าถึงและทราบประวัติการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยคาดหวังเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการดูแลมีความสะดวกสบายในการทำงานดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะช่วยประหยัดทั้งแรงงานและเวลาในการทำงาน รวมถึงช่วยให้บุคคลสามารถใช้เวลาในการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังได้รับการดูแลจากผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการบริการของผู้ดูแล
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชัน LTC Sakhrat Hosplus

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาศัยอยู่ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสระใคร การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ครอบคลุมใน 4 หมู่บ้านได้แก่ ม.3 บ้านสระใคร ม.4 บ้านไชยา ม.7 บ้านโนนหวาย และ ม.10 บ้านสระ

ใครได้ และศึกษาความพึงพอใจในเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสระใคร ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเองซึ่งประเมินจากแบบประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่า 12 คะแนน รวม 60 คน

2. ผู้ใช้แอปพลิเคชัน LTC Sakhrat Hosplus ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสระใคร ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. แอปพลิเคชัน LTC Sakhrat Hosplus พัฒนาโดยงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลสระใครและผู้วิจัยได้วางแผนออกแบบให้สอดคล้องกับความต้องการในการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสระใคร ซึ่งแอปพลิเคชันนี้ สามารถใช้ในสมาร์ตโฟนที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต สามารถบันทึกปิกหมุดพิกัดบ้านผู้สูงอายุได้ บันทึกผลการดูแล เชื่อมโยงกับ Google map เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถเรียกรถพยาบาลฉุกเฉิน 1669 ในแอปพลิเคชันได้ และเจ้าหน้าที่ผู้ออกเหตุสามารถทราบพิกัดบ้านผู้ป่วยและเดินทางไปในเวลาอันรวดเร็วได้ และข้อมูลสามารถเชื่อมกับการแพทย์ทางไกลได้ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ญาติ สามารถเห็นหน้าและพูดคุยผ่านแอปพลิเคชัน ปรึกษาเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสระใครได้

2. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง มีคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน มีรายละเอียดคือ การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (2คะแนน) การล้างหน้า หวีผม การ

ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (3 คะแนน) การใช้ห้องน้ำ (2 คะแนน) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (3 คะแนน) การสวมใส่เสื้อผ้า (2 คะแนน) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (2 คะแนน) การอาบน้ำ (1 คะแนน) การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (2 คะแนน) การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (2 คะแนน)

การแปลผล คะแนนรวม ADL 20 (เต็ม)คะแนน

0-คะแนน 4 ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

คะแนน 8 - 5 ภาวะพึ่งพิงรุนแรง

คะแนน 11 - 9 ภาวะพึ่งพิงปานกลาง

คะแนน 20 - 12 ไม่เป็นการพึ่งพิง

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลผ่าน แอปพลิเคชัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นข้อคำถามข้อมูลพื้นฐานที่เป็นลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นข้อคำถามผู้สูงอายุ ประเมินความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุ เลือกตอบคำถามหรือความคิดเห็นของตนเอง ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ มิติทางกาย มิติทางจิตใจ/จิตวิญญาณ มิติทางสังคม/ระบบบริการ มิติทางสิ่งแวดล้อม

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) มี 5 ระดับ โดยกำหนดระดับการให้

คะแนน จะได้คะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนน การแปลผลคะแนนที่ได้มากำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อใช้ในการแปลความโดยใช้อันตรภาคชั้น

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus

ส่วนที่ 1.ข้อมูลพื้นฐานของผู้ใช้แอปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus เป็นข้อคำถามข้อมูลพื้นฐานที่เป็นลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2.ความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus ในการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง มีคำถาม 10 ข้อถามถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาหลังจากที่ผู้ดูแลได้ใช้แอปพลิเคชัน มีคำถาม 10 ข้อ ดังนี้ 1) คุณลักษณะของแอปพลิเคชัน **Sakhrail Hosplus** มีข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง มีความสอดคล้องกับความรู้ในการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุ 2) คุณภาพขององค์ประกอบแอปพลิเคชัน **Sakhrail Hosplus** มีวัตถุประสงค์ เป้าหมายของแอปพลิเคชัน สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ เนื้อหาสาระของแอปพลิเคชัน ถูกต้องตามหลักวิชาการ3)การออกแบบแอปพลิเคชัน มีแนวคิดสมเหตุสมผล มีความเป็นไปได้ในการพัฒนาให้สัมฤทธิ์ผล ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก4)ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน มีกระบวนการนำมาใช้กับการปฏิบัติได้จริง5)ความสามารถในการใช้การดูแลผู้สูงอายุ/ผู้รับบริการ สอดคล้องกับเป้าหมายที่ระบุได้ครบถ้วน แก้ปัญหาได้ตรงกลุ่มเป้าหมาย 6)ประโยชน์ต่อบุคคล ผลการใช้งานแอปพลิเคชัน ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้เจ้าหน้าที่ที่ดูแล/ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ 7) ประโยชน์ต่อหน่วยงานหรือชุมชน ผลการใช้งานแอปพลิเคชัน ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานและชุมชน 8)ความแปลกใหม่ของแอปพลิเคชัน เกิดจากแนวคิดแปลกใหม่ไม่เคยปรากฏมาก่อน มีการพัฒนาต่อยอดจากแนวคิดเดิม และนำมาพัฒนาใหม่ 9)จุดเด่นของแอปพลิเคชัน น่าสนใจ ใช้งาน ประหยัด สะท้อนถึงการมีแนวคิดใหม่ ที่นำมาใช้สนับสนุนการ

ดูแลผู้สูงอายุ 10)การนำแอปพลิเคชันนี้ไปใช้บูรณาการกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆได้

แบบสอบถามความพึงพอใจทั้งสองชุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) มี 5 ระดับ โดยกำหนดระดับการให้คะแนน จะได้คะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนน การแปลผลคะแนนที่ได้มากำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อใช้ในการแปลความโดยใช้สูตรภาคพื้น

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง พึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง พึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

คุณภาพของเครื่องมือ นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คนตรวจสอบ เพื่อหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าระหว่าง 0.67 - 1.00 แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามที่ได้กลับมาและนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปทดลองใช้ (try -out) ในพื้นที่อำเภอสระใคร จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ($\alpha - Coefficient$) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.เสนอโครงร่างวิจัยไปยังสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เพื่อขอรับรองจริยธรรมในการวิจัย

2.ดำเนินการตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสระใคร ที่ได้ดำเนินการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel Activities of Daily Living :ADL) น้อยกว่า 12 คะแนน

3.จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ

4.ประสานเจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลสระใครร่วมพัฒนาและออกแบบแอปพลิเคชัน LTC Sakhrai Hosplus

5.ประสานกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น ในการเข้าร่วมงานวิจัย และแจ้งวัน เวลา ในการเข้าชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

6.ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการเข้าร่วมงานวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วัน เวลา สถานที่ ในการเก็บข้อมูล วิธีเก็บข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์ ช่องทางที่สามารถติดต่อได้

7. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 วัน ในการใช้แอปพลิเคชัน LTC Sakhrai Hosplus

9.ทีมวิจัยร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปักหมุดแผนที่บ้านผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง บันทึกผลการประเมิน ADL ในแอปพลิเคชัน LTC Sakhrai Hosplus

10.กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้แอปพลิเคชันปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตาม Care plan ที่ Care manager วางแผนการดูแลรายบุคคลไว้และบันทึกการดูแลในแอปพลิเคชัน LTC Sakhrai Hosplus

11.การเก็บข้อมูลในพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยทีมวิจัยเก็บข้อมูล ด้วยตนเอง ประกอบด้วย

11.1 การใช้แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลดีแอล(Barthel

Activities of Daily Living :ADL) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 60 ชุด

11.2 การใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 60 ชุด

11.3 การใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus จำนวน 50 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่อนุมัติจริยธรรมในการวิจัยที่ 63/2566 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 สิ้นสุดวันที่ 26 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 35 คน (58.3%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี จำนวน 27 คน (45 %) ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย จำนวน 27 คน (45%)

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการดูแลผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus (N=60)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%	Mean diff	t	p-value
ADLก่อนการดูแล	8.21	2.47	7.57-8.85	2.58	10.59	0.001
ADLหลังการดูแล	10.8	2.52	10.14-11.45			

3. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแล จากการประเมิน

ส่วนมากมีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 50 คน (83.3%) และมีโรคประจำตัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานเท่ากัน จำนวน 19 คน (31.7%) และปัจจุบันส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ บุตรธิดา จำนวน 27 คน (45.0%) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,500 -3,000 บาท จำนวน 38 คน (63.3% (มีรายได้เพียงพอและไม่เพียงพอเท่ากัน จำนวน 30 คน (50.0%) ส่วนใหญ่มีรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน (75.0%) ส่วนมากใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง/โครงการ 30 บาท จำนวน 45 คน (81.6.0%) มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีโอกาสออกนอกบ้านร่วมกิจกรรมในชุมชน จำนวน 34 คน (56.7%)

2. ความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังใช้แอปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus ในการดูแลมีค่าคะแนนเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชันในการดูแล) $\mu=10.24$, $\sigma=1.77$ และ $\mu = 8.28$, $\sigma = 2.32$ ตามลำดับจาก (การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน ADL ก่อนและหลังการดูแลผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = (0.001 ดังตารางที่ 1

ความพึงพอใจโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชัน LTC

Sakhrail Hosplus พบว่าระดับความพึงพอใจด้านมิติทางจิตใจ/จิตวิญญาณ/ปัญญา อยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.55, \sigma = 0.52$) รองลงมาเป็นมิติทางสิ่งแวดล้อม ($\mu = 51, \sigma = 0.52$) มิติทางสังคม/ระบบบริการ ($\mu = 4.48, \sigma = 0.58$) และมิติทางกาย ($\mu = 4.39, \sigma = 0.62$) และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.47, \sigma = 0.57$)

ความพึงพอใจมิติทางกาย ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus พบว่าระดับความพึงพอใจมิติทางกายในภาพรวมในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.39, \sigma = 0.62$) ประเมินในแต่ละเรื่องพบว่า ผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจในเรื่องคำแนะนำเรื่องอาหาร โภชนาการในผู้สูงอายุ มากที่สุด ($\mu = 4.53, \sigma = 0.59$) รองลงมาคือเรื่องการจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ($\mu = 4.47, \sigma = 0.62$) เรื่องการช่วยในผู้สูงอายุ และเรื่องการดูแลคำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\mu = 4.28, \sigma = 0.67$)

ความพึงพอใจมิติทางจิตใจ/จิตวิญญาณ/ปัญญา ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus พบว่าระดับความพึงพอใจมิติทางจิตใจ/จิตวิญญาณ/ปัญญา ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.55, \sigma = 0.52$) ผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจในเรื่องความมั่นคง ปลอดภัย เมื่อได้รับการดูแลจากผู้ดูแลมากที่สุด ($\mu = 4.67, \sigma = 0.47$) รองลงมาคือเรื่องทำให้เชื่อว่าผู้ดูแลจะดูแลเป็นอย่างดี เมื่อป่วยหนัก ($\mu = 4.55, \sigma = 0.50$) ผู้ดูแลทำให้รู้สึกยอมรับได้ในปัญหาที่ยากจะแก้ไข ($\mu = 4.43, \sigma = 0.52$)

ความพึงพอใจมิติทางสังคมระบบบริการ / ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus พบว่าระดับความพึงพอใจมิติทางสังคม ระบบบริการ / ในภาพรวมมากที่สุด ($\mu = 4.48, \sigma = 0.58$) ผู้สูงอายุและบุคคลที่

มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจในเรื่องกรียา วาจาของผู้ดูแลมากที่สุด ($\mu = 4.52, \sigma = 0.57$) รองลงมาคือเรื่องความต่อเนื่องของการดูแลตามความต้องการ ($\mu = 4.48, \sigma = 0.50$) เรื่องความรวดเร็วในการดูแลที่บ้าน ($\mu = 4.47, \sigma = 0.53$) เรื่องอุปกรณ์ / เครื่องมือที่ให้บริการตรงกับความต้องการของท่าน เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน อุปกรณ์ทำแผล เวชภัณฑ์อื่นๆ มีค่าเฉลี่ย 4.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63 ($\mu = 4.42, \sigma = 0.63$)

ความพึงพอใจมิติทางสิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus พบว่าระดับความพึงพอใจมิติทางสิ่งแวดล้อม ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.51, \sigma = 0.52$) ผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อทั่วไป การสำรวจ การจัดการลูกน้ำมากที่สุด ($\mu = 4.53, \sigma = 0.53$) รองลงมาคือเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านป้องกันการทกล้ม ($\mu = 4.48, \sigma = 0.50$)

4. ความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชัน LTC Sakhrail Hosplus ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.34, \sigma = 0.60$) คุณลักษณะของแอปพลิเคชัน Sakhrail Hosplus มีข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง มีความสอดคล้องกับความรู้ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\mu = 4.64, \sigma = 0.60$) รองลงมาประโยชน์ต่อหน่วยงานหรือชุมชน ผลการดำเนินงานแอปพลิเคชัน ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานและชุมชน มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\mu = 4.38, \sigma = 0.60$) และการนำแอปพลิเคชันนี้ไปใช้บูรณาการกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ หรือการบริการอื่น ๆ ได้ มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\mu = 4.38, \sigma = 0.63$) จุดเด่นของแอปพลิเคชัน น่าสนใจ ใช้ง่าย ประหยัด สะท้อนถึงการมีแนวคิดใหม่ ที่นำมาใช้สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\mu=4.36$, $\sigma=0.62$) คุณภาพขององค์ประกอบแอปพลิเคชัน มีวัตถุประสงค์เป้าหมายของแอปพลิเคชัน สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ เนื้อหาสาระของแอปพลิเคชัน ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\mu=4.34$, $\sigma=0.55$) ความแปลกใหม่ของแอปพลิเคชัน เกิดจากแนวคิดแปลกใหม่ไม่เคยปรากฏมาก่อน มีการพัฒนาต่อยอดจากแนวคิดเดิม และนำมาพัฒนาใหม่ มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\mu=4.34$, $\sigma=0.59$) ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน มีกระบวนการนำมาใช้กับการปฏิบัติได้จริง มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\mu=4.32$, $\sigma=0.51$) ความสามารถในการใช้การดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับเป้าหมายที่ระบุได้ครบถ้วน แก้ปัญหาได้ตรงกลุ่มเป้าหมาย มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\mu=4.30$, $\sigma=0.54$) ประโยชน์ต่อบุคคล ผลการใช้งานแอปพลิเคชัน ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้/ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/เจ้าหน้าที่ที่ดูแลมีระดับความพึงพอใจมาก ($\mu=4.42$, $\sigma=0.60$) การออกแบบแอปพลิเคชัน มีแนวคิดสมเหตุสมผล มีความเป็นไปได้ในการพัฒนาให้สัมฤทธิ์ผล ใช้งานง่าย ระดับความพึงพอใจมาก ($\mu=4.14$, $\sigma=0.63$)

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน ADL การดูแลผ่านแอปพลิเคชันพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) โดยที่มีค่าคะแนน ADL ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น และยังพบว่าระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrui Hosplus โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ไม่ว่าจะป็นด้านมิติทางจิตใจจิตวิญญาณ มิติทางสิ่งแวดล้อม มิติทางสังคมและระบบบริการ และมิติทางกาย ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเรื่องคำแนะนำเรื่องอาหาร โภชนาการ การจัด

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การใช้ยาตลอดจนการให้คำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสม นอกจากนี้แอปพลิเคชันยังทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรู้สึกยอมรับได้ในปัญหาที่ยากจะแก้ไขจากการได้รับคำอธิบายจากบุคลากรผ่านแอปพลิเคชัน นอกจากนี้ยังสะดวกในเรื่องความต่อเนื่องของการดูแลมีความรวดเร็วในการดูแลที่เจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลสามารถให้คำแนะนำในการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านป้องกันการหกล้มได้ สอดคล้องกับ ฌอนมรัตน์ ประสิทธิเมตตา และเพชรชวณะพันธ์¹³ ได้ศึกษาประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 ตัวผู้สูงอายุเองมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50 โดยที่ มิติด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมีความพึงพอใจสูงกว่ามิติอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากซึ่งแอปพลิเคชันนี้ สามารถใช้ในสมาร์ตโฟนสามารถบันทึกปิกหมุดพิกัดบ้านผู้สูงอายุมีการบันทึกผลการดูแล เชื่อมโยงกับแผนที่บ้านเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถเรียกรถพยาบาลฉุกเฉิน 1669 ในแอปพลิเคชันได้ทันที และเจ้าหน้าที่ผู้ออกเหตุสามารถทราบพิกัดบ้านผู้ป่วยและเดินทางไปในเวลาอันรวดเร็วได้ นอกจากนี้ข้อมูลในแอปพลิเคชันสามารถเชื่อมกับการแพทย์ทางไกลได้ ระบุผู้ดูแล ชื่อผู้สูงอายุและญาติ และยังพึงพอใจที่สามารถเห็นหน้าและพูดคุยผ่านแอปพลิเคชัน ทำให้สะดวกทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชัน LTC Sakhrui Hosplus กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชัน LTC Sakhrui Hosplus ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด จากคุณลักษณะของแอปพลิเคชันมีข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง มีความสอดคล้องกับความรู้ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานหรือชุมชนอย่างแท้จริง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังเห็นว่าสามารถนำแอปพลิเคชันนี้ไปใช้บูรณาการกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ได้ จุดเด่นของแอปพลิเคชันนี้กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า

มีความน่าสนใจ ใช้งาน ประหยัด สะท้อนถึงการมีแนวคิดใหม่ ที่นำมาใช้สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ มีระดับความพึงพอใจในระดับมากนอกจากนี้ องค์ประกอบแอปพลิเคชัน Sakhrat Hosplus วัตถุประสงค์ เป้าหมายของแอปพลิเคชัน ยังสอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ และนำมาใช้กับการปฏิบัติได้จริงสามารถแก้ปัญหาได้ตรงกลุ่มเป้าหมาย เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและเจ้าหน้าที่ที่ดูแล ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากมีส่วนช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโชติเคราะห์ในครอบครัว เข้าไปแบ่งเบาภาระการดูแลผู้สูงอายุนำไปสู่การดูแล และฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย¹⁴ ได้ศึกษา การพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงด้วยเทคโนโลยีความเป็นจริงเสริม ผลการวิจัยพบว่า 1) ได้แอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงด้วยเทคโนโลยีความเป็นจริงเสริม ประกอบด้วยข้อมูลการทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยติดเตียงสำหรับผู้สูงอายุจำนวน 12 ท่า นำเสนอในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชัน 2 มิติ วิดีโอ และภาพนิ่ง แอปพลิเคชันที่พัฒนาได้ผ่านการประเมินประสิทธิภาพจากผู้เชี่ยวชาญ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากก่อนนำไปใช้งาน 2) ความพึงพอใจโดยผู้ใช้งานอยู่ในระดับมากที่สุด และ 3) ผู้ใช้ระบบยอมรับระบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดแอปพลิเคชันสามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุได้ และสอดคล้องกับการติดตามการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ของเทศบาลตำบลยางเนิ้ง ผ่านแอปพลิเคชัน LTC Smart Yangnoeng ซึ่งเป็นแอปฯ ติดตามการทำงานของผู้ดูแล (CG) รวมไปถึงถ้าผู้ป่วยหรือญาติมีปัญหาก็สามารถบันทึกลงไปแอปฯ ได้ พบว่ามีประสิทธิภาพสูง ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสอดคล้องกับชลการ ทรงศรีและคณะ¹⁵ ที่พบว่าเทคโนโลยีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุผู้สูงอายุจึงควรมีโอกาสเข้าถึงและใช้ประโยชน์สารสนเทศได้โดยเท่าเทียมการส่งเสริมผู้สูงอายุให้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต

ที่ดีขึ้นผู้สูงอายุนับเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อติดต่อสื่อสาร การใช้โปรแกรมการสนทนาหรือเว็บไซต์ที่เป็นเครือข่ายสังคมและการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่สนใจ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและช่วยลดภาวะซึมเศร้าและปัจจุบันพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้นซึ่งจากงานวิจัยนี้ยังเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่ติดบ้านได้ใช้ แอปพลิเคชันในการดูแลตนเองและสอดคล้องกับวิชาชีพ ก้าวไกล¹⁶ ที่ได้นำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในคู่มือแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง มีการกรบันทึกข้อมูลใน Home care program และมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Smart COC ซึ่งเป็นโปรแกรมเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลและติดตามข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากโปรแกรม Smart COC

อย่างไรก็ดีเนื่องจากปี 2566 เป็นปีแรกของการดำเนินการติดตามดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrat Hosplus ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย และเป็นพื้นที่แรกที่ดำเนินการในจังหวัดหนองคาย ดังนั้นจึงพบข้อจำกัดของการปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดย ผู้ดูแล ที่มีอายุมากมีประสบการณ์การใช้สมาร์โฟนไม่คล่อง และไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต ซึ่งส่งผลให้ความพึงพอใจการใช้แอปพลิเคชัน เรื่องการออกแบบแอปพลิเคชัน มีแนวคิดสมเหตุ สมผล มีความเป็นไปได้ในการพัฒนาให้สัมฤทธิ์ผล ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก และเรื่องประโยชน์ต่อบุคคล ผลการใช้งานแอปพลิเคชัน ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจไม่สูงมากนัก

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพการติดตามดูแลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrat Hosplus ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสระใคร ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่

เพิ่มขึ้น และยังมีประสิทธิผลมากกว่าการติดตามดูแล โดยไม่มีแอปพลิเคชัน ดังนั้นควรขยายการติดตามดูแล ผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่าน แอปพลิเคชัน LTC Sakhrat Hosplus ไปให้ครอบคลุม ทั้งอำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย

2. การประเมินการเปลี่ยนแปลง ต้องมีความต่อเนื่อง อาจต้องใช้เวลายาวนานในระดับหนึ่ง การ

เปลี่ยนแปลงในระยะเวลา 4 เดือน อาจจะยังไม่เห็นผลชัดเจน ควรมีการเก็บข้อมูลต่อเนื่องไปอีก

3. ควรมีการสนับสนุนอุปกรณ์สื่อสารของผู้ดูแล เช่น ระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต และควรมีการศึกษาทักษะของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. อธิวัฒน์ อุตัน. สังคมสูงอายุ: เมื่อคนเกิดน้อยกว่าคนแก่ ปี 2030 ไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด. เข้าถึงจาก <https://urbancreature.co/aged-society/> January 27, 2023.
2. ศิราณี ศรีมหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และนางสาวคณิศร เต็งรัง. ผลกระทบและภาระการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). มูลนิธิสถาบันวิจัยและ พัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2556
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.(2558).รายงานผลการดำเนินงานประจำปี งบประมาณ 2557.
4. เอกสารรับการตรวจราชการและนิเทศงาน จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1/2566 วันที่ 16 - 17 กุมภาพันธ์ 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย: หนองคาย
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรม Long Term Care กรมอนามัย (3C) เข้าถึงได้จาก <https://ltc.anamai.moph.go.th/> ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565.
6. Soar, J., Swindell, R. and Tsang, P. (2011). Intelligent technologies for bridging the grey digital divide. PA: Information Science Reference
7. Albaina, I. M., Visser, T., Van der Mast, C. A. P. G. and Vastenburg, M. H. (2009). Flowie: A persuasive virtual coach to motivate elderly individuals to walk. Pervasive Computing Technologies for Healthcare. (pp. 1-7).
8. Oliveira, R., Cherubini, M. and Oliver, N. (2010). MoviPill: improving medication compliance for elders using a mobile persuasive social game. Proceedings of the 12th ACM international conference on Ubiquitous computing. (pp. 251-260)
9. Kratzke, C. and Cox, C. Smartphone Technology and Apps: Rapidly Changing Health Promotion. International Electronic Journal of Health Education 2012
10. Telenor. The Socio-Economic Impact of Mobile Health, 2012.
11. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน 2556 เข้าถึงจาก <http://neo.moph.go.th/jhcis/index.php>
12. บุษยรัตน์ ศิลปวิทยาทร ,บุญพิชชา จิตต์ภักดี.การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพในการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย,วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563,38(2) 6-14.
13. ถนอมรัตน์ประสิทธิ์เมตต์, เพชรา ชวนะพันธ์. ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 ศูนย์อนามัยที่ 4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(เอกสารอัดสำเนา); 2559
14. จุฬาวลี มณีเลิศ.การพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงด้วยเทคโนโลยี ความเป็นจริงเสริม,วารสารวิชาการการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ. 2564; 7(2) : 84-95.
15. ชลการ ทรงศรี ภัณทิรชา เฟื่องทอง และทรงสุดา หมั่นโฮงสงค์. ผู้สูงอายุในสังคมสารสนเทศ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี . 2561; 26(3): 116-227.
16. ขนิษฐา แก้วกัลยา ติว เตื่อนแก้ว และ ชลการ ทรงศรี. การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา . 2566; 6(1): 55-64.

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก
และมีภาวะหัวใจล้มเหลว

Case study: Nursing care of patient ST-Segment Elevation Myocardial Infarction
with Congestive heart failure.

(Received: November 28,2023 ; Revised: December 9,2023 ; Accepted: December 11,2023)

ปานจิตต์ เอี่ยมสำอางค์¹
Panchit Eamsuang¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหา การวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกและมีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 65 ปี มาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออก ใจสั่น 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST elevate ที่ V₂-V₄ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก พบ pulmonary congestion both lung และ pericardial effusion

ผลการศึกษา พบว่า แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Antero- lateral wall ST Segment Elevation Myocardial Infarction with Congestive heart failure ให้การรักษาด้วยยา Isordil (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ด อมใต้ลิ้นทันที ASA gr.V 1 เม็ด และ Clopidogrel (75 มิลลิกรัม) 4 เม็ด รับประทานทันที เปิดเส้นเลือดให้ 0.9% NSS ฉีด Morphine 3 มิลลิกรัม Lasix 40 มิลลิกรัม ให้ Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต เข้าทางหลอดเลือดดำ และเข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม เนื่องจากหอผู้ป่วยหนักเต็ม ในระหว่างเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การระงับอาการชัก การเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง การเพิ่มปริมาณเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที การเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในถุงลมปอด การป้องกันอันตรายและหยุดเลือดที่ออกในระบบทางเดินอาหาร การลดการติดเชื้องทางเดินหายใจ การรักษาความสมดุลของเกลือแร่ไปแต่สเซียมในเลือด การให้ความรู้การดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ภายหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลดังกล่าว พบว่าทุกปัญหาได้รับการแก้ไขจนหมดไป แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก, ภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

This study was case study with the objective to study the problem Nursing planning in patients with acute myocardial infarction and congestive heart failure. The study was conducted in a 65-year-old male patient who came to the accident and emergency room with symptoms of chest pain, sweating, and palpitations 1 hour before coming to the hospital. Have a history of high blood pressure, diabetes, and stroke. An electrocardiogram revealed ST elevation at V₂-V₄. A chest radiograph revealed pulmonary congestion in both lungs and pericardial effusion.

The results of the study found that doctor diagnosed anterolateral wall ST-Segment Elevation Myocardial Infarction with Congestive heart failure. give treatment with stat Isordil (5 mg) 1 tab sublingual, ASA gr.V 1 tab oral, Clopidogrel (75 mg) 4 tab oral, keep vein open with 0.9% NSS. Injection of Morphine 3 mg, Lasix 40 mg, drip Streptokinase 1.5 mu, and Admission to the medical ward because the intensive care unit is full. During admission from the first receive until discharge the patient received an important nursing care plan including suppressing seizures, increasing the blood supply to the brain, increasing blood circulation and oxygen supply to the cardiac muscle, increasing cardiac output, increasing the efficiency of gas exchange in alveoli, preventing harm and stopping bleeding from gastrointestinal bleeding. Reducing respiratory tract infection,

¹ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

maintaining the balance of potassium in the blood. Providing knowledge about self-care when going home. After the patient received nursing care according to the nursing care plan it was found that all problems were resolved. The doctor advises patients to be discharged to home.

Keywords: ST-Segment Elevation Myocardial Infarction, Congestive heart failure

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST-segment elevation myocardial infarction: STEMI) เป็นภาวะวิกฤติที่อันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาล่าช้า จะส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายถาวร และเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมา เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลว ภาวะช็อกจากหัวใจ และหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น อันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก¹ โดยมีรายงานของประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ได้แก่ มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลี และญี่ปุ่น พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ภายใน 1 ปี ร้อยละ 17.9, 11.2, 8.1, และ 6.2 ตามลำดับ² อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 47.2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ภาวะหัวใจล้มเหลว³ โดยพบร้อยละ 15 - 25 ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 15 - 40⁴ สำหรับประเทศไทยพบโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของประชากรในประเทศ รองจากโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง 2563 พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.84, 8.85, และ 10.45 ตามลำดับ⁵ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้ป่วย STEMI ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ ภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพบในปี 2553 ถึง 2539 ร้อยละ 4 และปี 2544 ถึง 2554 ร้อยละ 12⁶

จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 69., 49 และ 37 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วย STEMI 14, 6 และ 8 ราย ตามลำดับ

ผู้ป่วย STEMI เกิดภาวะแทรกซ้อนหัวใจล้มเหลวจำนวน 5, 2 และ 2 ราย ตามลำดับ และเสียชีวิตในปี 2562 จำนวน 1 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1 ราย⁷ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI ย้อนหลังพบผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับย้ายจากหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งพ้นระยะวิกฤตแล้ว การดูแลหลักจะเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ และเฝ้าระวัง ติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แต่ในช่วงปีที่ผ่านมา หอผู้ป่วยหนักก็มีผู้ป่วยเต็ม ผู้ป่วย STEMI ที่มารับการรักษา ต้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมแทน ซึ่งจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย STEMI กลุ่มนี้ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย พบว่า การดูแลมีความหลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นกับความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และความชำนาญของพยาบาลแต่ละบุคคล การดูแลขาดความครอบคลุม ปัญหา ความต้องการเฉพาะโรค และการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น จากข้อมูลเกี่ยวกับโรค สถิติการเกิดโรค สถิติการเกิดภาวะแทรกซ้อน สถิติการเสียชีวิต และปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยภายในหน่วยงาน ผู้ขอประเมินในฐานะพยาบาลหัวหน้างานหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จึงสนใจศึกษาผู้ป่วย STEMI ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงระยะจำหน่าย เพื่อการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเชื่อมโยงกับเหตุผลทางคลินิก และวางแผนการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ และปัญหาที่มีความเสี่ยงหรือโอกาสเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม และทันต่อเหตุการณ์ โดยนำหลักทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ที่ดี สามารถนำความรู้ที่ได้รับ และการวางแผนการพยาบาลจากกรณีศึกษานี้ ไปเผยแพร่แก่บุคลากรทางการพยาบาลทั้งภายในและภายนอก

หน่วยงาน เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างครอบคลุม ปัญหา ความต้องการ เป็นไปตามมาตรฐาน และ ปฏิบัติอย่างเป็นแนวทางเดียวกันต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหา การวางแผนการ พยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกและมีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 65 ปี ญาตินำส่งโรงพยาบาล ด้วย 1 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออก ใจสั่น มีประวัติเป็น HT c DM c old CVA ผลการตรวจประเมินแรกพบพบความผิดปกติ ดังนี้ มี Crepitation both lungs มี pitting edema เท้าทั้ง 2 ข้าง 1+ CXR พบ pulmonary congestion both lung c pericardial effusion EKG พบ ST elevate V₂-V₄ cardiac marker พบ Trop - I เกิน ค่าปกติ CK-MB positive แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Antero- lateral wall STEMI c CHF ให้การรักษา ด้วย ASA gr.V 1 tab \odot stat, Clopidogrel 4 tab \odot stat, Isordil (5mg) 1 tab อมใต้ลิ้น stat , MO 3 mg dilute 10 ml \odot push ซ้ำๆ, SK 1.5 mu + NSS 100 ml \odot drip 1 hr Lasix 40 mg \odot stat then q 8 hr, On O₂ cannula 4 lit/min และ ให้ Admit ICU แต่เตียงเต็มจึง Admit ที่หอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 2 แรกรับที่หอผู้ป่วยมีอาการชัก เกร็ง และหยุดหายใจ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้ตัว หายใจไม่ สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ จึงปรับ setting ให้ เหมาะสมกับผู้ป่วย ร่วมกับดูแลให้ DZP 10 mg \odot x 3 dose และ Domicum 10 mg + NSS 100 ml \odot rate 10 ml/hr ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยกลับ

ได้ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ทำ EKG ซ้ำ หลัง SK หมด ยังพบ ST elevate V₂-V₄ และมี อาการเจ็บหน้าอกเป็นพักๆ หลัง Admit 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีเลือดออกในช่องปากและทางเดินอาหาร จำนวนมาก ได้ Transamine 1 amp \odot q 8 hr, Losec 40 mg \odot q 12 hr. On 0.9% NSS 1,000 ml \odot 60 ml/hr, FFP 4 unit, Vit K 10 mg \odot retained NG. tube observe content เจาะ Hct q 8 hr ได้ส่ง CT scan brain พบมี old infraction at left cerebellar hemisphere, no hemorrhage ในระยะต่อมาผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ติด เชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ระดับโปแตสเซียม ในเลือดต่ำ ได้รับการรักษาด้วย RI \odot ตาม sliding scale, Cef-3 2 gm \odot OD, E. KCl 30 ml \odot x 1 dose ซึ่งภายหลังได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยมี อาการดีขึ้นตามลำดับ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถถอดท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจได้ หายใจไม่เหนื่อย O₂ sat 99% ไม่มีเลือดที่ออกใน ช่องปากหรือในระบบทางเดินอาหาร และตาม อวัยวะอื่น ๆ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก EKG พบ normal sinus rhythm ไม่มี ST elevate CXR พบ pulmonary congestion both lung c pericardial effusion ลดลง ไม่มีภาวะชืด ระดับ น้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ระดับ โปแตสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์จึง อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดติดตามผลการรักษา ที่คลินิกโรคหัวใจ ภายหลังจำหน่าย 3 วัน นัดพบ แพทย์อายุรกรรม ภายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ รวม ระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

การวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยชักเกร็งเนื่องจากสมองขาด ออกซิเจนจากปริมาตรเลือดที่ ออกจากหัวใจไปเลี้ยงสมองลดลง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้การดูแลขณะมีอาการชักเกร็ง ดังนี้ จัดท่านอนหงนคอเล็กน้อยและตะแคงหน้าไปด้านใด ด้านหนึ่ง ใส่ Oropharyngeal airway และดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ประเมินอัตราการหายใจ สังเกตลักษณะการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก สังเกตและบันทึกลักษณะอาการชัก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Antero-lateral wall STEMI with CHF แรกเริ่ม ผู้ป่วยมีอาการชักรเกร็ง ตาค้าง ไม่รู้สึกตัว และหยุดหายใจ O₂ sat = 92%</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการชักรเกร็ง ไม่เกิดการชักรเกร็งซ้ำ และเพิ่มปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง</p>	<p>ระยะเวลาชักรเกร็งและระดับความรู้สึกตัว ดูแลให้ออกซิเจนโดยบับ Ambu bag with O₂ 10 lit/min</p> <p>ดูแลให้ DZP 10 mg (V) stat ตามแผนการรักษา</p> <p>2. ให้การดูแลหลังมีอาการชักรเกร็ง ดังนี้ เตรียมและช่วยแพทย์ใส่ ET.Tube และต่อ Ventilator mode VC A/C setting TV 500 ml, FiO₂ 0.4, RR= 20 beat/min ตรวจสอบวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก ½ - 1 ชั่วโมง จนปกติและคงที่ ประเมิน O₂ sat ทุก ½ - 1 ชั่วโมง ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าสมองยังมีภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ตื่น ชักรเกร็งซ้ำ ซึม ไม่รู้สึกตัว รูม่านตาไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง หายใจเองไม่ได้ แขน ขาอ่อนแรง</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ภายหลังได้รับ DZP 10 mg (V) x 1 dose ผู้ป่วยหยุดชักรเกร็ง เริ่มรู้สึกตัว ซึม GCS = 9T คะแนน (E₃V₄M₆) pupil BE Ø 2 mm RTL แขน ขา 2 ข้าง motor power เกรด 5 ไม่มีชักรเกร็งซ้ำ สัญญาณชีพ BP= 149/87- 154/84 mmHg, PR = 78- 90 beat/min, RR= 20-22 beat/min, O₂ sat = 97% หายใจเองได้ แต่ไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 การกำซาบของเนื้อเยื่อหัวใจลดลง เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบมี ST elevate V₂-V₄ ผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอก ประเมินระดับความปวด (Pain scale) = 4 คะแนน ผลการตรวจ Cardiac biomarker พบ Troponin I = 0.15 -> 50 ng/dl ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Antero-lateral wall STEMI with CHF</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพิ่มการกำซาบของเนื้อเยื่อหัวใจและการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ความรุนแรงหรือระดับความปวด ระยะเวลาที่เกิด และความถี่ของการเกิด รวมทั้งอาการอื่นที่เกิดร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เป็นลม เวียนศีรษะ หายใจเหนื่อย 2. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และ O₂ sat ทุก ½ - 1 ชั่วโมง 3. ตรวจ EKG 12 lead ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก และติดตาม EKG monitor จัดให้นอนพักผ่อนบนเตียงและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ส่งตรวจและติดตามผล Cardiac biomarker (CK-MB, cardiac Troponin I หรือ T) ดูแลให้ on ventilator setting mode VC- A/C TV=500 ml, FiO₂ = 0.4, RR = 20 beat/min 4. ดูแลให้ยา Isordil 5 mg อนุมัติลิน เวลาเจ็บหน้าอก 5. ดูแลให้ยา ASA (81mg) 1 tab (O) OD และ Clopidogrel 1 tab (O) OD, Isordil (10 mg) 1 tab (O) tidpc ตามแผนการรักษา <p>ประเมินผลการพยาบาล ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังรับไว้ในหอผู้ป่วย ทำ EKG 12 lead ซ้ำ ยังพบ ST elevate คงที่ หลังจากนั้น ST มี elevate น้อยลงตามลำดับ จนอยู่ในระดับปกติ ในวันที่ 5 หลังรับไว้ อาการเจ็บหน้าอกทุเลาลง pain scale อยู่ในระหว่าง 0-3 คะแนน นอนหลับได้ BP=120/90 -133/90 mmHg, PR =74-78 beat/min, RR = 20 beat/min O₂ sat=97 - 99%</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงเนื่องจากมีน้ำคั่งในปอดจากมีปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มขึ้น</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ฟังเสียงปอดพบ crepitation both lungs CXR พบ pulmonary congestion both lung with pericardial effusion O₂ sat =92% ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Antero-lateral wall STEMI with CHF</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว หายใจหอบเหนื่อย ระดับความรู้สึกตัวลดลง บริเวณเล็บ ปลายมือปลายเท้า และเยื่อปิวหนัง 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา หรือท่านั่ง 4. ดูแลให้ผู้ป่วย on ventilator setting mode VC- A/C,TV=500 ml, FiO₂= 0.4, RR = 20 beat/min 5. ดูแลให้ยา Lasix 40 mg (V) q 8 hr 6. ดูแลให้ได้รับ MO 3 mg (V) ถ้ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ และลดแรงดัน preload ทำให้ปริมาณเลือดกลับเข้าสู่หัวใจลดลง 7. ดูแลให้ยา Isordil (10 mg) 1 tab (O) tid pc เพื่อขยายและลดแรงดันในหลอดเลือดแดง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอด</p>	<p>8. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>9. ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีเลือดคั่งในปอดเพิ่มขึ้นและรายงานแพทย์ ได้แก่ หอบเหนื่อยนอนราบไม่ได้ ตื่นมาหอบเหนื่อยกลางดึก ไอ มีเสมหะเป็นฟองสีชมพู เส้นเลือดดำที่คอโป่ง ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitations หรือ Rhonchi ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าเขียว</p> <p>10. ประเมินเสียงหายใจและติดตามผล CXR</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย ฟังปอดไม่พบเสียง Crepitation both lung, Chest x-ray พบ pulmonary congestion both lung และ pericardia effusion ลดลง BP=120/90 -133/90 mmHg, PR=74-78 beat/min, RR = 20 beat/min O₂ sat=97 - 99% output (urine) 1,050 - 2,000 ml > intake 300 - 900 ml off ventilator ได้</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อเกิดภาวะช็อกเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อ 1 นาทีลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผล EKG 12 lead พบ ST elevate V₂-V₄ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Antero- lateral wall STEMI with CHF</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพียงพอต่อการไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ systolic BP < 90 mmHg หรือลดลง > 40 mmHg จากความดันโลหิตเดิมของผู้ป่วย, diastolic BP < 60 mmHg, pulse pressure < 20 mmHg, MAP < 65 mmHg, PRเบา เร็ว > 100 beat/min หายใจหอบเหนื่อย, urine < 0.5 ml/kg/hr ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผิวหนังเย็นชื้นและซีด ริมฝีปากซีด เล็บมือเล็บเท้าเขียว capillary refill > 2 วินาที 3. ดูแลให้ผู้ป่วย on ventilator setting mode VC- A/C TV= 500 ml, FiO₂=0.4, RR = 20 beat/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด 4. ดูแลให้ 0.9% NSS $\text{\textcircled{V}}$ drip rate 40 ml/hr เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในหลอดเลือด โดยต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกินร่วมด้วย 5. จัดให้นอนพักผ่อนบนเตียงและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน 6. ประเมินและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการทำงานของไตผิดปกติ 7. ทดสอบ capillary refill ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อ 8. ประเมิน O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ T=36.0°C, BP=120/90 -133/90 mmHg, PR=74 - 78 beat/min, RR = 20 beat/min, MAP=100-104 mmHg, pulse pressure = 30 -33 mmHg, O₂ sat = 97 - 99% capillary refill = 1.3 -1.5 วินาที urine output =1,050 -2,000 ml/24 hr (0.7 - 1.5 ml/kg/hr)</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย กระสับกระส่าย หายใจตื้น เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยเอามือชี้บริเวณหน้าอก แล้วส่ายหน้าไปมา ผู้ป่วยได้รับการใส่ ET. Tube และ on Ventilator</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ค้นหาและจัดการกับสาเหตุการหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 บีบ Ambu bag with O₂ 100% ตามจังหวะการหายใจของผู้ป่วย ระหว่างที่บีบช่วยหายใจ สังเกตดูว่าการบีบลมเข้าสู่ปอดได้ง่ายหรือไม่ ต้องใช้แรงมากหรือไม่ เพื่อประเมินว่ามีการอุดตันของ ET. Tube จากการมีเสมหะอุดตัน พร้อมกับฟังปอดทั้งสองข้างว่าเท่ากันดีหรือไม่ เพื่อตรวจดูว่าท่อลึกลงไปหรือไม่ กรณีพบสาเหตุให้จัดการแก้ไขตามสาเหตุนั้นๆ เช่น มีเสมหะให้ดูดเสมหะ ตำแหน่ง ET tube ลึกลงไปเป็นต้น 1.2 ตรวจสอบการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ ต่าง ๆ ว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ ได้แก่ tidal volume 8 ml/kg, RR =10-16 beat/min, PEEP 5 cmH₂O, Peak inspiratory pressure < 30 cmH₂O, Inspiratory time (Tin) 1 วินาที Expiratory time (Tex) 2 วินาที Trigger sensitivity -1 ถึง -2 cmH₂O 1.3 ประเมินอาการและอาการแสดงของPneumothorax Tension pneumothorax หรือไม่ เช่น หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก ทรวงอกสองข้างไม่เท่ากัน หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง กรณีพบอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ทันที 1.4 ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมิน Behavioral Pain Scale (BPS) กรณีความปวดระดับเล็กน้อยดูแลให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา กรณีความปวดระดับ ปานกลางและระดับรุนแรง รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระงับความปวด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น रिमฝีปากเขียวคล้ำ ปลายมือปลายเท้าเขียว เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซีพจรเบาเร็ว</p> <p>3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์และกลไกการทำงานของเครื่องช่วยหายใจพอสังเขป การปฏิบัติตนขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ</p> <p>4. ดูแลให้ได้รับ DZP 10 mg (V) prn และ Dormicum 10 mg in NSS 100 ml (V) drip 1 mg/hr ตามแผนการรักษา</p> <p>5. ตรวจวัด O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล จากการค้นหาสาเหตุไม่พบการอุดตันของ ET.Tube ตำแหน่งของ ET.Tube เหมาะสม เสี่ยงลมเข้าปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยรู้สึกหายใจสะดวกเมื่อได้รับการบีบ Ambu bag with O₂ 10 lit/min ตามจังหวะการหายใจ 16 beat/min จึงปรับ Respiratory rate ของ ventilator เป็น 16 beat /min ใช้ PEEP 5 cmH₂O pain scale = 2 คะแนน ผู้ป่วยหลับได้หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน O₂ sat =97 - 99%</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารจากผลข้างเคียงจากยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน มีเลือดสีแดงสดออกในช่องปากจำนวนมาก ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml (V) drip in 1 hr มาจาก ER ผล Hb= 11.2 g/dl, Hct = 34.3%</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันอันตรายและหยุดเลือดที่ออกจากเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ใช้น้ำยาบ้วนแทนการแปรงฟันปาก</p> <p>2. ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ใส่สายดูดเสมหะไม่ควรลึกเกินความยาวของท่อช่วยหายใจ ดูดเสมหะไม่ควรเกิน 2 ครั้งต่อรอบ ด้วยความนุ่มนวล พร้อมสังเกตสี ลักษณะของเสมหะ</p> <p>3. ใส่ NG. tube และดอลงดู</p> <p>4. ดูแลให้ Transamine 1 amp (V) q 6 hr , Losec 40 mg (V) q 12 hr</p> <p>5. ดูแลให้ FFP 4 unit (V) drip, Vit K 10 mg (V)</p> <p>6. ติดตามผล Hct ทุก 8 ชั่วโมง และ Coagulopathy test</p> <p>9. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกภายในช่องปาก content จาก NG. tube เป็นสีเหลือง แพทย์พิจารณา off NG. tube สัญญาณชีพปกติ BP=120/90 -133/90 mmHg, PR=74 - 78 beat/min, RR = 20 beat/min ผล Hct ปกติ =38%</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ มีข้อจำกัดการออกกำลังกาย และมีความเครียดจากการเจ็บป่วย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยเจ็บป่วยอยู่ในภาวะ Stress crisis ทำให้ร่างกายหลังฮอร์โมนคอร์ติซอล ตอบสนองต่อความเครียดเพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกายถูกจำกัดเนื่องจากต้อง absolute bed rest ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น DTX= 223 mg/dl</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ ปวดศีรษะ และอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย</p> <p>2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ DKA เช่น ขาดน้ำ หายใจหอบลึกแบบ Kussmaul breathing คลื่นไส้ อาเจียน และปวดท้อง ระดับความรู้สึกตัวลดลง</p> <p>3. ดูแลให้ diabetic BD (1:1) 150 ml x 4 feed ในช่วง 3 วันแรก และอาหารอ่อนจัดตั้งแต่วันที่ 3 หลังรับไว้ จนถึงจำหน่าย</p> <p>4. เจาะ DTX premeal & hs และฉีด RI ตาม sliding scale</p> <p>5. ฝ้าระวังภาวะขาดน้ำ โดยบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ T= 36.0°C, BP= 120/90 - 133/90 mmHg, PR = 74 -78 beat/min, RR = 20 beat/min DTX premeal เข้า อยู่ในช่วง 113 - 145 mg/dl</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับสู่ภาวะปกติ</p>	
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ เนื่องจากประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจลดลงจากการใส่ท่อช่วยหายใจและภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการใส่ ET. Tube และ on Ventilator มีไข้ T=37.8 - 38.0 °C ไอมาก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย มีเสมหะปริมาณมาก สีขาวขุ่น ฟังเสียงการหายใจ พบ Crepitation both lungs ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการเกิดอันตรายจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย และฟังเสียงหายใจ ทุก 4 ชั่วโมง 2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique และ technique universal precaution 3. ดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากและฟัน 4. สอนวิธีการไอที่มีประสิทธิภาพ 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Cef-3 2 gm (V) OD 7. กรณี BT > 38°C ดูแลเช็ดตัวลดไข้ BT > 38.5°C ดูแลให้ Paracetamol (500mg) 1 tab q 4-6 hr 8. สังเกตปริมาณ และลักษณะของเสมหะ 9. ติดตามผลการตรวจ CBC, sputum culture, sputum gram stain, CXR <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ T= 36.0°C ไอน้อยลง เสมหะปริมาณลดลง สีขาวใส หายใจไม่เหนื่อย ฟังเสียงหายใจไม่พบ crepitation both lung CXR ไม่พบ infiltration both lungs ผล CBC พบ WBC, Neutrophil, Lymphocyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาขับปัสสาวะ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CHF และได้รับการรักษาด้วย Lasix 40 mg (V) q 8 hr ผลตรวจ Electrolyte พบ K ต่ำกว่าค่าปกติ =3.3 mmol/L</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันอันตรายจากภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ และเพิ่มระดับ โปแตสเซียมในเลือด</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 4 ชั่วโมง 2. ประเมิน ติดตามผลการตรวจ EKG ว่ามีลักษณะของ ST-segment depression, T-wave flattening, T-wave inversion หรือมี U-wave หรือไม่ 3. ประเมินอาการของภาวะโปแตสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ ท้องอืด deep tendon reflex ลดลง 4. ดูแลให้ Elixer KCl 30 ml (C) 5. เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง ดูแลให้อาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่นกล้วย ส้ม ผักใบเขียว เป็นต้น 6. ติดตามผลการตรวจระดับโปแตสเซียมในเลือดซ้ำ <p>ประเมินผลการพยาบาล กำลังกล้ามเนื้อแขน ขา เกรด 5 ผลการตรวจ EKG normal sinus rhythm wave ผลการตรวจโปแตสเซียมซ้ำ อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 3.6 mmol/L</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคเนื่องจากการเจ็บป่วยกระทันหัน และมีภาวะความเครียด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน แหวดาคำรุ่นคิด และมักถอนหายใจบ่อยครั้ง สี</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้ป่วย โดยปลอดภัยด้วยท่าทางเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความเอาใจใส่ หมั่นตรวจเยี่ยมผู้ป่วย 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการดำเนินของโรค การรักษา ให้ผู้ป่วยทราบถึงความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการรักษาอย่างย่อๆ พอเข้าใจ โดยใช้ภาษาต่างๆ และชัดเจน 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และอธิบายเพิ่มเติมอย่างชัดเจน 4. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ ไหว้พระ สวดมนต์ ทำสมาธิ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>หน้าไม่สบายใจ เขียนข้อความใส่กระดาษว่า “กลัว เครียด”</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรค</p>	<p>5. ดูแลให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p>6. แนะนำให้ญาติมาเยี่ยม และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงการพูดคุยในสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย</p> <p>7. สร้างความมั่นใจ ให้แก่ผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และมีเครื่องมือ อุปกรณ์ ยาที่ทันสมัยสำหรับการช่วยวินิจฉัย และรักษาโรค รวมทั้งมีระบบส่งต่อหากเกินศักยภาพของโรงพยาบาล</p> <p>8. ดูแลให้ยา Ativan (0.5 mg) 1 tab \odot hs</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีสีหน้าสบายใจขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลที่ 13 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้านเนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกวังกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตัวเองเกี่ยวกับโรคหัวใจเมื่อกลับไปบ้าน</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยตนเองอย่างช้าๆ ทีละน้อย จนกระทั่งมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นลำดับ โดยเริ่มทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัว เช่น แปรงฟัน ล้างหน้า รับประทานอาหาร ลงนั่งเก้าอี้ข้างเตียง เดินระยะใกล้ๆ และไกลมากขึ้นเรื่อยๆ รวมถึงการขึ้นและลงบันไดที่มีจำนวนขั้นมากขึ้น หากขณะออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมถ้ารู้สึกเหนื่อย เจ็บ หน้าอกควรหยุดพัก และอมยาใต้ลิ้น และเริ่มต้นออกกำลังกายและ ทำกิจกรรมใหม่ในวันถัดไป โดยลดระยะทางเดินหรือการขึ้นขั้นบันไดลงจากเดิม 2. ปรับปริมาณน้ำดื่มให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของหัวใจที่มีประสิทธิภาพการบีบตัวลดลงให้เหลือประมาณวันละ 1,000- 1,500 ml เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ 3. รับประทานอาหารที่มีรสจืด หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม เนื่องจากจะทำให้เพิ่มการดูดน้ำกลับเข้าสู่หัวใจ ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น เช่น ของดองเค็มหรือหมักดอง อาหารแปรรูปหรือสำเร็จรูป การเติมเครื่องปรุงรสในอาหารที่รับประทาน 4. รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว อาหารที่มีแปงและแคลอรีสูง งดรับประทานของหวาน เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น ยกเว้นผลไม้ที่มีรสหวาน 5. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มความดันโลหิต ได้แก่ สารจำพวกคาเฟอีน เช่น น้ำอัดลม ชา กาแฟ 6. ควรนอนหลับพักผ่อนในช่วงเวลากลางคืนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง หากนอนไม่หลับให้ใช้ยานอนหลับช่วยได้ และนอนพักในเวลากลางวัน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และสงวนพลังงานที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรมและออกกำลังกายในวันต่อไป 7. ดูแลให้มีการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ด้วยการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ หากมีปัญหาท้องผูกให้รับประทานยาระบายหรือยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ได้แก่ MOM, มะขามแขก ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ 8. ให้ความรู้การใช้ยามใต้ลิ้น Isordil ดังนี้ หากมีอาการเจ็บหน้าอกให้ออมยาใต้ลิ้นครั้งละ 1 เม็ดอมยาซ้ำ ได้อีก 5 นาที และมาโรงพยาบาลทันที ไม่ควรใช้ยามใต้ลิ้นมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ขณะอมยาใต้ลิ้นนอนศีรษะสูงเล็กน้อย ไม่ควรยืนขณะอมยาใต้ลิ้น เพราะอาจทำให้หน้ามืดเป็นลมได้ หลังอมยาใต้ลิ้นควรนั่งพักหรือนอนและค่อยเปลี่ยนอิริยาบถ สังเกตว่ายามใต้ลิ้นยังมีประสิทธิภาพดีหรือไม่ โดยเมื่ออมยาจะรู้สึกซ่าใต้ลิ้น หากอาการไม่ดีขึ้นหลังอมยาใต้ลิ้น ให้รีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ควรเปลี่ยนยามอมใต้ลิ้นใหม่ทุก 3 เดือนหรือเมื่อยาเสื่อมสภาพ เก็บยาในขวดสีเข้มให้พ้นจากแสงแดด แสงไฟหรือความร้อน ห้ามเก็บในตู้เย็น 9. สังเกตอาการผิดปกติที่ควรรับมาโรงพยาบาล ได้แก่ หายใจเหนื่อยง่าย เหนื่อยเพิ่มขึ้นเมื่อออกกำลังกาย หายใจไม่สะดวก ไอบ่อย ไอมาตอนกลางคืน นอนราบไม่ได้ อาการเจ็บหน้าอกเป็นบ่อยขึ้น และรุนแรง ใจสั่น หน้ามืดเป็นลม อัตราการเต้นชีพจรมากกว่า 100 ครั้ง/นาทีขณะนอนพักหรืออยู่เฉยๆ น้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัมภายใน 1 วัน หรือมากกว่า 2-3 กิโลกรัม /สัปดาห์ บวมตามแขน ขา ท้องและเท้า เวียนศีรษะ อ่อนเพลียโดยหาสาเหตุไม่ได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>10. ควรมาตรวจและพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ หากพบอาการผิดปกติจะได้รับการรักษา และแก้ไขได้ทันเวลา</p> <p>11. ควรควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงสูดควันบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 19-23 kg/m² รวมถึงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 130-180 mg/dl และค่า HbA1C < 7% ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับ 130/80 mmHg ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้ LDL-C < 100 mg/dl โดยการงดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างสม่ำเสมอและครบถ้วน</p> <p>12. ลดความเครียดและความคาดหวัง สอนเทคนิควิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดให้กับผู้ป่วย เช่น การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกที่ใช้การจินตนาการและใช้คำพูด การทำสมาธิ การควบคุมร่างกาย Biofeedback การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (Diaphragmatic breathing) และการเจริญสติ เป็นต้น</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง</p>

อภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจากพยาธิสภาพของทั้งสองโรคนี้ ทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงชั้นในถูกทำลายและเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Arthrosclerosis) และตีบแคบลง เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial ischemia) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ตามมา⁸ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่ผู้ป่วยรายนี้มาพบแพทย์ โดยระยะเวลา นับตั้งแต่เริ่มมีอาการอยู่ในช่วง golden period คือ ภายใน 6 ชั่วโมง⁹ ผู้ป่วยจึงได้รับการประเมินและวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว และได้รับการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือดแดงที่อุดตันด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ทันทีที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังได้รับการประเมิน คัดกรองภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ (Lasix) และส่งผู้ป่วยเข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการชั้ และหยุดหายใจเมื่อถึงหอผู้ป่วย สาเหตุเกิดจากเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัว

เพื่อส่ง เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ร่วมกับประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลง เนื่องจากมีเลือดคั่ง ทำให้เนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ ได้รับเลือด ออกซิเจนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะสมอง ซึ่งเป็นส่วนที่มีความไวต่อการขาดเลือดเร็วที่สุด¹⁰ ดังนั้นการดูแลที่หอผู้ป่วยในระยะแรกรับที่สำคัญ คือ การระวังอาการชั้ การเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง การเพิ่มปริมาณเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที การเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในถุงลมปอด โดยช่วยใส่ท่อช่วยหายใจและดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจอย่างปลอดภัย ร่วมกับการประเมินการเปิดของหลอดเลือดหัวใจ การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาละลายลิ่มเลือด ยาขับปัสสาวะ ซึ่งในระยะต่อมาพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกผิดปกติในทางเดินอาหาร ติดเชื้อทางเดินหายใจ ไปแต่สเซียมในเลือดต่ำ ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ได้รับการดูแลรักษาจนมีปริมาณเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะสมอง และหัวใจ สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจออกได้ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นปกติ ไม่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร หายจากการติดเชื้อ

ทางเดินหายใจ ระดับโปแตสเซียมในเลือดปกติ และผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกและมีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ควรพัฒนาความรู้ ทักษะพยาบาลหอผู้ป่วย

อายุรกรรมหญิงในการปรับตั้งค่าการทำงานของเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหรือเลือดคั่งในปอดจากหัวใจล้มเหลว

3. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและภาวะหัวใจล้มเหลว หากดูแลตนเองไม่ถูกต้องเมื่อกลับไปบ้าน มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ จึงควรประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมฝึกทักษะ สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง (ST-elevation myocardial infarction: STEMI) ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. อัลติเมท พรินต์. 2564.
2. Tern PJW, Ho AKH, Sultana R, AhnY, Almahmeed W, Brieger D, Chew DP, Fong AYY,... , Yeo KK. Comparative overview of ST-elevation myocardial infarction epidemiology, demographics, management, and outcomes in five Asia-Pacific countries: a meta-analysis. *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes* 2021; 7(1): 6-17.
3. Bono LA, Puente LJ, Szarfer J, Estrella, LM, Doppler EM, Napoli Llobera ME, Ulmete ER, Gagliardi JA. In-hospital complications of acute myocardial infarction. Incidence and timing of their occurrence. *Medicina (B Aires)* 2021; 81(6): 978-985.
4. Chacón-Díaz M, Aroz-Tarco O, Alarco-León W, Aguirre-Zurita O, Rosales-Vidal M, Rebaza-Miyasato P. Heart failure complicating myocardial infarction. A report of the Peruvian Registry of ST-elevation myocardial infarction (PERSTEMI). *Arch Cardiol Max* 2018; 88(5): 447-453.
5. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. Health KPI: อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1514>
6. Ominik Jenča D, Melenovský V, Stehlik J, Staněk V, Kettne J, Kautzner J, Adámková V, and Wohlfahrt P. Heart failure after myocardial infarction: incidence and predictors. *ESC Heart Failure* 2021; 8: 222-237.
7. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2562- 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
8. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์. 2563.
9. สกสรรรัฐ ห้วยธาร. ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 2563; 5(3): 28-36.
10. Wang WZ, Liu X, Yang ZY, Wang YZ, Lu HT. Diffusion tensor imaging of the hippocampus reflects the severity of hippocampal injury induced by global cerebral ischemia/reperfusion injury. *Neural Regen Res* 2022; 17(4): 838-844.

ผลของสื่อการสอนในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชันต่อความรู้เรื่องพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
ชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566

The Effect of Animated learning media on Nursing for Pediatric Patients with Ventricular
Septal Defect of 3rd years Air Force Student Nurse Academic year 2023.

(Received: November 30,2023 ; Revised: December 9,2023 ; Accepted: December 11,2023)

วิกานดา วิริยานุภาพพงศ์¹ เรวัต วัชรสิทธิ์² ทิพย์เกษร วรณภักตร์¹ ณัชชา สุตธิรุ่งเรือง³
Wikanda Wiriyanupappong¹ Rawat Watcharasit² Thipkasorn Wannaphak¹ Natcha Suttirungreang³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างการใช้สื่อการสอนในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชันกับเอกสารความรู้ต่อความรู้เรื่องพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ สื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว” และแบบประเมินความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว หาค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.704 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิตินัยพารามेटริกซ์ ได้แก่ Wilcoxon Signed Rank test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : สื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชัน, ความรู้เรื่องพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว, นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ

ABSTRACT

This research was conducted in a quasi-experimental research design, aiming to compare the results between the use of teaching materials in the form of animated cartoons and educational learning document on knowledge about nursing for pediatric patients with a ventricular septal defect among third-year Air Force Student Nurse in the academic year 2023. The sample included third-year Air Force Student Nurse in the academic year 2023. The sample was purposively selected. There were totally 60 people in the sample, consisting of 30 people in an experimental group and 30 people in a control group. The research instruments included teaching materials in the form of animated cartoons titled “Nursing for pediatric patients with a ventricular septal defect”, and knowledge assessment form on nursing for pediatric patients with a ventricular septal defect. The KR-20 reliability value turned out to be 0.704. Data were analyzed using descriptive statistics and nonparametric statistics, namely, Wilcoxon Signed Rank test and Mann-Whitney U Test.

The results revealed that the experimental group significantly had a higher average score of knowledge about nursing for pediatric patients with a ventricular septal defect than before the experiment ($p < .05$), and the experimental group significantly had a higher average score of knowledge about nursing for pediatric patients with a ventricular septal defect than the control group ($p < .05$).

¹ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

² พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

³ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

Keywords: Teaching materials in the form of animated cartoons, knowledge about nursing for pediatric patients with a ventricular septal defect, Air Force Student Nurse

บทนำ

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นสถาบันสมทบของมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผลิตนักเรียนพยาบาลตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ประกอบด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงวัยรุ่นและครอบครัวในภาวะเจ็บป่วยและสุขภาพปกติ รวมทั้งการเสริมสร้างสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม สำหรับเนื้อหาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาาระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นเนื้อหาที่ครอบคลุมถึงการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและโรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง โดยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในทารกและเด็กเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศที่กำลังพัฒนา¹ เป็นโรคที่เกิดความผิดปกติของการสร้างหัวใจตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาภายใน 4-8 สัปดาห์หลังปฏิสนธิ โดยกลุ่มโรคหัวใจที่พบโดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่ไม่มีอาการเขียว และชนิดที่มีอาการเขียว ซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือพยาธิสภาพที่ผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดที่จะนำไปสู่ปัญหาที่เป็นภาวะวิกฤตอาจทำให้เสียชีวิตได้ เช่น ภาวะหัวใจวาย และภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน เป็นต้น²

โรครูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องล่าง (Ventricular Septal Defect) เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 25-30³ ซึ่งเด็กที่ป่วยด้วยโรคหัวใจจะได้รับผลกระทบทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวของเด็กที่ป่วยด้วยโรคหัวใจในเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมทั้งกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว⁴ ดังนั้น

นักเรียนพยาบาลทหารอากาศในฐานะพยาบาลวิชาชีพในอนาคตจึงต้องมีความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาาระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างถูกต้อง เพื่อพร้อมสำหรับการให้คำแนะนำบิดามารดาในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งเสริมสร้างพลังกายและพลังใจให้ผู้ดูแล มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ

จากแบบสำรวจของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 และ 3 ในปีการศึกษา 2565 จำนวนทั้งหมด 118 คน พบว่า เนื้อหาเรื่องโรคหัวใจในเด็กมีความยากต่อการจดจำ คิดเป็นร้อยละ 44.07 และจากผลการสอบประเมินความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาาระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่านักเรียนพยาบาลทหารอากาศไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 70.00 ดังนั้นหากนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นฝึกภาคปฏิบัติอาจส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจที่จะนำความรู้มา ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพทางผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาวิธีการสอนให้มีความแตกต่างจากรูปแบบเดิมเพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในเนื้อหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะวิธีการเรียนรู้ที่เห็นภาพ สามารถเข้าใจได้ง่ายและตรงประเด็น จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลและการสอบมากยิ่งขึ้น

สื่อแอนิเมชันเป็นสื่อการเรียนมีประโยชน์อย่างมาก เนื่องจากเป็นสื่อที่น่าสนใจและสามารถเป็นตัวช่วยในการจดจำและเรียนรู้ได้ดี มีภาพและเสียงประกอบ ช่วยสร้างความสนใจให้กับผู้เรียน และเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหา⁵ ดังนั้นผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการเรียนรู้ผ่านสื่อการสอนแอนิเมชันว่าเป็นการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการเรียนรู้ของผู้เรียนให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น จากการศึกษางานวิจัยเรื่องการพัฒนาสื่อ

แอนิเมชัน เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบในผู้ป่วยได้รับการสวนหัวใจ พบว่าหลังการรับชมสื่อแอนิเมชันกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตัว และการรับรู้ความสามารถ ตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁶

ผู้วิจัยจึงได้มีการออกแบบสื่อแอนิเมชัน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (Ventricular Septal Defect) ในนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 เพื่อต้องการศึกษาผลของการใช้สื่อการสอนในรูปแบบแอนิเมชัน และนำผลวิจัยที่ได้ในครั้งนี้เป็นข้อมูลไปพัฒนาสื่อการสอนในรายวิชาอื่นๆต่อไป อีกทั้งเพื่อให้นักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว ในรายวิชาการพยาบาลเด็ก และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ปีการศึกษา 2566 รวมทั้งสิ้น 246 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ปีการศึกษา 2566 จำนวน 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติการคัดเลือกได้แก่ 1) ผ่านการเรียนในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ในปีการศึกษา 2565 โดยไม่คำนึงถึงพื้นฐานและความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล 2) ให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกได้แก่ 1) ผู้ที่มีปัญหาภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมในการทำวิจัยและการเรียนรู้แบบปกติได้ตามเวลาที่กำหนดไว้ เช่น ผู้ที่มีการติดเชื้อโควิด -19 หรือติดเชื้อไขหวัดใหญ่ 2) ผ่านการฝึกวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นมาแล้ว

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของ Polit & Hungler (1999)⁷ โดยกำหนดว่าการวิจัยแบบกึ่งทดลองควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน ถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ สื่อการสอนในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วเป็นสื่อการสอนที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นมา โดยประยุกต์แนวคิดการ สร้างสื่อ ADDIE Model 5 ขั้นตอน โดยขั้นที่ 1 ถึง 4 เป็นขั้นตอนของ

การพัฒนาสื่อแอนิเมชันและการตรวจสอบ คุณภาพสื่อและขั้นตอนที่ 5 ตาม ADDIE Model ประยุกต์เป็นขั้นตอนของการทดสอบประสิทธิภาพของสื่อโดยการทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว ประกอบไปด้วยหัวข้อพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจที่ผิดปกติ สาเหตุของการเกิดโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การพยาบาล และคำแนะนำเมื่อกลับบ้าน ซึ่งการสร้างสื่อแอนิเมชันใช้โปรแกรม flip clip สำหรับวาดรูป โปรแกรม canva สำหรับตัดต่อและรวบรวมภาพประกอบและโปรแกรมบันทึกเสียง รวมระยะเวลาของสื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชัน 16 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และผลการเรียนเฉลี่ยสะสม เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน มีค่า คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน โดยใช้การแบ่งเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนดังนี้⁸

0-5 คะแนน หมายความว่า ระดับความรู้ต่ำ

6-7 คะแนน หมายความว่า ระดับความรู้ปานกลาง

8-10 คะแนน หมายความว่า ระดับความรู้สูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข จำนวน 3 ท่าน แล้วปรับแก้ข้อที่ผิดหรือข้อที่ไม่เหมาะสมทั้งในด้านเนื้อหา ข้อความชัดเจนและภาษาที่ใช้ เพื่อให้แบบประเมินที่มีเนื้อหาถูกต้องและชัดเจน ดำเนินการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามแต่ละข้อกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ หรือ IOC ได้เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำแบบประเมินความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ KR - 20 ได้เท่ากับ 0.704

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. เข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มเพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของงานวิจัย และให้ลงลายมือชื่อยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

2. ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มทำแบบประเมินความรู้ Pre-test จำนวน 10 ข้อ โดยใช้เวลาในการทำแบบประเมิน 10 นาที ผ่านระบบการจัดเก็บข้อมูล Google form และสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัย

3. ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มควบคุม : ผู้วิจัยให้เอกสารความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว ให้ศึกษาความรู้ด้วยตนเอง 3 วัน

กลุ่มทดลอง: ผู้วิจัยให้รับชมโดยใช้สื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว เนื้อหาประกอบด้วย พยาธิสรีรวิทยาของหัวใจที่ผิดปกติ สาเหตุของการเกิดโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การพยาบาล และคำแนะนำเมื่อกลับบ้าน โดยให้รับชมทั้งหมด 3 วัน วันละ 1 ครั้ง

4. นัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มทำแบบประเมินความรู้ Post-test เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว หลังจากจัดกิจกรรม 2 สัปดาห์

5. รวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความรู้ก่อนและหลังเรียนเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิตินันทาราเมตริกซ์แบบ Wilcoxon signed Rank test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิตินันทาราเมตริกซ์ แบบ Mann-Whitey U test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีผลใด ๆ กับคะแนนหรือการเรียนการสอนของกลุ่มตัวอย่างในปัจจุบัน ข้อมูลส่วนบุคคลรวมถึงคำตอบในแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างรับทราบรายละเอียดการวิจัย แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ในกลุ่มทดลอง พบว่า เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10 ช่วงอายุ พบว่า อายุ 20 ปี เป็นช่วงอายุที่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคืออายุ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.33 โดยอายุเฉลี่ยคือ 20.57 ปี ส่วนผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) พบว่า ส่วนใหญ่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมช่วง 2.50 - 2.99 คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือผลการเรียนเฉลี่ยสะสมช่วง 3.00-3.49 คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.00 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10.00 ช่วงอายุ พบว่า อายุ 20 ปี เป็นช่วงอายุที่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคืออายุ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.67 โดยอายุเฉลี่ยคือ 20.43 ปี ส่วนผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) พบว่า ส่วนใหญ่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมช่วง 3.00 - 3.49 คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาคือผลการเรียนเฉลี่ยสะสมช่วง 2.50 - 2.99 คิดเป็นร้อยละ 36.67

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed Rank test เนื่องด้วยผู้วิจัยทำทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ซึ่งมีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.735, p < .001; Z = -4.210, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Wilcoxon signed Rank test (n=60)

คะแนนความรู้	Mean Rank	Sum of Ranks	Z test	Asymp. Sig (2-tailed)
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง - หลังทดลอง	15.00	435.00	-4.735 ^a	<.001*
กลุ่มควบคุม				
ก่อนทดลอง - หลังทดลอง	14.33	387.00	-4.210 ^a	<.001*
*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05				

^a Base on Negative Ranks = คะแนนความรู้หลังการทดลอง > ก่อนการทดลอง

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องด้วยผู้วิจัยทำทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ซึ่งมีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และเมื่อพิจารณาหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.694$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

คะแนนความรู้	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U test	Z test	Asymp. Sig (2-tailed)
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	34.08	1022.50	342.50	-1.647	.100
กลุ่มควบคุม	26.92	807.50			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	40.87	1226.00	139.00	-4.694	<.001*
กลุ่มควบคุม	20.13	604.00			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 ในกลุ่มทดลองที่ได้รับสื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับเอกสารความรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว พบว่า ภายหลังจากทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องด้วย การเรียนรู้โดยใช้สื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชันมีส่วนช่วยเสริมการเรียนรู้ที่นำเอาขั้นตอนของแบบจำลอง ADDIE model มาเป็นแนวทางในการผลิตสื่อ ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้จากการลงมือทำและตอบสนองวัตถุประสงค์การเรียนรู้ รวมทั้งตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียนแต่ละคน ซึ่งแนวทางการเรียนการสอนโดยใช้สื่อเทคโนโลยีมาช่วยในการบูรณาการในการเรียนยังเป็นการพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถของผู้เรียนให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้นอีกด้วย อีกทั้งสื่อการสอนแอนิเมชันมีเนื้อหาที่ครอบคลุม สื่อความหมายเข้าใจง่าย ช่วยจดจำ และดึงดูดความสนใจผู้เรียน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถอธิบายเนื้อหาที่มีความซับซ้อนเข้าใจยากให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ ภควลัญช์ เพสอุณ, มณีนรัตน์, ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ⁶ ที่ศึกษาการพัฒนาสื่อแอนิเมชันเรื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ ในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ พบว่า หลังการรับชมสื่อแอนิเมชัน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงหลังทำการสวนหัวใจ ดีกว่าก่อนชมสื่อแอนิเมชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะรัตน์ แสงบำรุง, ธณัฐภรณ์ กุลแสนเตา และศักดิ์ธัช ทิพย์วัฒน์⁷ ที่

ศึกษาเรื่องการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนอิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการตรวจร่างกายทารกแรกเกิดสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการตรวจร่างกายทารกแรกเกิดของนักศึกษาระหว่างก่อนเรียน กับหลังเรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการตรวจร่างกายทารกแรกเกิด พบว่ามีระดับคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq .05$) ดังนั้นการเรียนรู้ผ่านรูปแบบสื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชันมีส่วนช่วยเพิ่มสมรรถนะผู้เรียนให้มีความรู้เพิ่มขึ้นได้

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 ภายหลังจากทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับสื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.694, p < .001$) เนื่องด้วยความรู้ที่ได้รับจากสื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชันเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ดีขึ้น เป็นการนำเสนอโดยใช้ภาพเคลื่อนไหว พร้อมทั้งมีคำบรรยายที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ถ่ายทอดโดยตัวการ์ตูนบอกเล่าเหตุการณ์ต่างๆ เนื้อเรื่องครอบคลุมเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว กระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจเนื้อหา ซึ่งการเรียนผ่านสื่อการสอนการ์ตูนมีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มทดลองสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายส่งผลให้คะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล สมชื่อ, วนิตา เสนะสุทธิพันธ์ และอรุณรัตน์ ศรีจันทน์⁸ ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่เขียวสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้นสื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชันจึงมีส่วนช่วยเพิ่มความรู้

ความเข้าใจเนื้อหา สามารถเข้าใจได้ง่ายและตรง
ประเด็น จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการขึ้นฝึก
ปฏิบัติการพยาบาลและการสอบมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

อาจารย์พยาบาลสามารถนำสื่อการสอนใน
รูปแบบการตูนแอนิเมชัน เรื่องการพยาบาลผู้ป่วย
เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้อง
กลางรั่วไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน รายวิชา การ
พยาบาลเด็กและวัยรุ่น ในหลักสูตรมุ่งผลลัพธ์การ
เรียน รู้ Outcome Based Education (OBE) ที่
มุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลใช้องค์ความรู้ ความคิด
สร้างสรรค์ และนวัตกรรม เป็นเครื่องมือในการ
ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพผู้เรียนในทุกมิติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงผลของสื่อการ
สอนในรูปแบบการตูนแอนิเมชัน เรื่องการพยาบาล
ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจ
ห้องกลางรั่วในตัวแปรอื่น ได้แก่ ความมั่นใจของ
นักเรียนพยาบาลในการให้คำแนะนำมารดาผู้ป่วยเด็ก
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว
ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยการ
สนับสนุนจาก นาวาอากาศโทหญิง ดร.ละอองดาว
วรรณฤทธิ์ ซึ่งเป็นผู้ให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางที่
เป็นประโยชน์ รวมทั้ง นพอ. ชนิศรา พิณฑา, นพอ.
ชุติกานุจน์ อินปัน, นพอ. ญัฐธัญญา อยู่เฉื่อง, นพอ.
ญัฐชยา เหลือวงศ์, นพอ.ญัฐธัญญา สุดสวาท, นพอ.
บรรณสรณ์ บุญสุข และนพอ.ปานิสรา อยู่พีช
รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บ
ข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Congenital anomalies [Internet]. 2014 [cited 2023 Oct 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>
2. ญัฐธัญญา ศรีบุญยวัฒน์. (2562). การพยาบาลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. พยาบาลสาร, 46(พิเศษ), 128-138.
3. วรณไพโร ไย้มมา และสุพัตรา นุตรัถย์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัท นีโอดีจิตอล จำกัด.
4. ศิริธร ยิ่งแรงเรือง และประกริต รัชวรัตน์. (2557). การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 20(1), 5-14.
5. วราพร คำจับ. (2566). การออกแบบสื่อแอนิเมชันเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน. วารสารสหศาสตร์ศรีปทุม ชลบุรี, 9(1), 1-20.
6. ภควลัญช์ เพสออน, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามิ. (2560). การพัฒนาสื่อแอนิเมชันเรื่อง การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ. วารสารสาธารณสุข ศาสตร์, 47(3), 315-325.
7. Polit, D. and Hungler, B. (1999). Nursing Research: Principle and Method, 6th ed.; Philadelphia: Lippincott Company, P.P. 416-417.
8. เสรี ลาขโรจน์. (2537). หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
9. นฤมล สมชื่อ, วนิตา เสนะสุทธิพันธุ์ และอรุณรัตน์ ศรีจันทน์นิตย์. (2559). ผลของโปรแกรมการสอนต่อ ความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว. วารสารพยาบาลศาสตร์, 34(3), 79-93

ผลของการเตรียมความพร้อมโดยพี่สอนน้องและการใช้วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์
ต่อทักษะการตรวจครรภ์และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์
ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ

Effects of Preparation by Senior Tutoring and Interactive Video on Leopold Maneuver
Examination Skills and Confidence in Practicing Maternal-Newborn Nursing and Midwifery among
Air Force Student Nurses

(Received: December 6,2023 ; Revised: December 20,2023 ; Accepted: December 22,2023)

ละอองดาว วรรณฤทธิ¹ กรรณิกา วิชัยเนตร² จิรปริยา โจนเกียรติปรีดา² กนกวรรณ กันธะวัง³ กัญญาพร ศัตร์คร้าม³ จิณมนัส
สิริพัฒน์วรบุตร³ ชนายนันท์ หนก³ ชื่นกมล ศรีจันทร์³ อิศารัตน์ บุญสวน³ นุจพร อินน้อย³ ปุญญา สุตสวาท³
La-Ongdao Wannarit^{1*}, Kannika Wichainate², Chirapriya Rodchanakiatprida²Kanokwan Kantawang³, Kanyaphon
Satrukram³, Jinmanus Siripatworabut³, Chananun Honkong³, Chuenkamon Srichan³, Thidarat Bunsuan³,
Nutjaporn Innot³, Punyisa Sudsawhad³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมโดยพี่สอนน้องและการใช้วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ต่อ
ทักษะการตรวจครรภ์และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปี
ที่ 3 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 56 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล
มารดา-ทารกและการผดุงครรภ์มี ค่าความตรงเท่ากับ 1.00 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบวัดทักษะการตรวจครรภ์
และแบบประเมินความมั่นใจ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.84 และ 0.91 และค่าความเที่ยง (Cronbach α -Coefficient)
เท่ากับ 0.82 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์คะแนนทักษะการตรวจครรภ์และคะแนนความมั่นใจด้วยสถิติค่าที (T-test)

ผลการวิจัยพบว่าหลังการเตรียมความพร้อม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการตรวจครรภ์สูงกว่าก่อนได้รับการเตรียมความพร้อม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีคะแนนความมั่นใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์สูงกว่าก่อนได้รับ
การเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ตามลำดับ ผลการศึกษาแสดงว่าการเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่ม
ทักษะการตรวจครรภ์และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล มารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศได้
ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม, พี่สอนน้อง, วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์, ปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์, ทักษะการ
ตรวจครรภ์, ความมั่นใจ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of preparation by senior tutoring and interactive
video on Léopold's maneuver examination skills and confidence in maternal-newborn nursing and midwifery practicum
among third-year Air Force Student Nurses in the academic year 2022, totaling 56 samplings. The research instruments
include 1) preparation for practicing maternal-newborn nursing and midwifery; the content validity (CVI) was 1.00. 2) The
instruments used to collect data were Léopold's maneuver examination skills and confidence in nursing practice

¹ Ph.D, Instructor, Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force

²M.N.S, Instructor, Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force

³Registered nurse, Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force

*Corresponding author, Email: Lchumthi@gmail.com

questionnaires. The CVI was 0.84 and 0.91, and the reliability (Cronbach α -Coefficient) was 0.82 and 0.96, respectively. Léopold's maneuver examination scores and confidence scores were analyzed using t-test statistics.

The results found that after preparation, the research samplings had a higher score of Léopold's maneuver examination skills than before receiving preparation with a statistically significant significance of 0.05. The sample group also had a higher confidence score in practicing maternal-infant nursing and midwifery than before receiving preparation, with a statistical significance of .05, respectively. The study results show that the preparedness developed can increase Léopold's maneuver examination skills and confidence in maternal-newborn nursing and midwifery among Air Force Student Nurses, which achieved results as the objectives set.

Keywords: Preparation, Senior Tutoring, Interactive Video, Maternity-Newborn Nursing and Midwifery Practicum, Léopold's maneuver examination skills, Confidence

บทนำ

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นสถาบันที่ผลิตพยาบาลวิชาชีพ จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตแก่นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ครอบคลุมผลลัพธ์การเรียนรู้ ได้แก่ คุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะด้านปัญญา และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ เป็นต้น^{1,2} โดยจัดการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศมีทักษะการพยาบาลและดูแล ผู้รับบริการอย่างมั่นใจ บรรลุวัตถุประสงค์ตามผลลัพธ์การเรียนรู้ดังกล่าว มีสมรรถนะตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่สามารถให้การพยาบาลแก่ข้าราชการ ครอบครัวของกองทัพอากาศและประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป^{3,4}

วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ 1 เป็นวิชาถูกบรรจุไว้ในหลักสูตรเพื่อให้ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ได้ฝึกปฏิบัติที่โรงพยาบาลในภาคเรียนที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศมีทักษะวิชาชีพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งรายที่เสี่ยงต่ำและเสี่ยงสูง ส่งเสริมการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระจิตสังคม และให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกได้อย่างเหมาะสมตาม ไตรมาสและภาวะสุขภาพ ครอบคลุมกายและจิตสังคม^{5,6} ดังนั้นก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติวิชานี้จึงอาศัยการเตรียมความพร้อมในทักษะการพยาบาล เพื่อให้ นักเรียนเกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่าง

ถูกต้อง ผู้รับบริการปลอดภัย และบรรลุวัตถุประสงค์ การเรียนรู้ของรายวิชา

การเตรียมความพร้อมให้นักเรียนพยาบาลในระดับบัณฑิตศึกษาเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาศักยภาพ สร้างเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ และการปฏิบัติการพยาบาล⁷ จากการสำรวจ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 จำนวน 58 คน พบว่าร้อยละ 90 ขาดความมั่นใจก่อนการขึ้นฝึก โดยขาดความมั่นใจในการประเมินส่วนนำและท่าตำแหน่งของทารกในการโดยการคลำหน้าท้อง (Leopold Maneuvers) ถึงร้อยละ 64.3

การตรวจครรภ์เป็นการประเมินส่วนนำและท่าตำแหน่งของทารก โดยการคลำหน้าท้อง (Leopold Maneuvers) เพื่อหาตำแหน่ง (Position) ส่วนนำ (Presentation) และการลงสู่ช่องเชิงกรานของทารกในครรภ์ (Engagement of the fetus in utero) อีกทั้งยังสามารถประมาณขนาดของทารกในครรภ์ได้^{8,9} ทำที่ใช้ ได้แก่ 1) The first maneuver หรือ Fundal grip คือ การที่ผู้ตรวจหันหน้าไปทางศีรษะของมารดาและใช้มือทั้งสองข้างคลำที่ยอดมดลูก ทำให้สามารถระบุได้ว่า บริเวณยอดมดลูกเป็นส่วนหัวหรือก้นของทารก รวมถึงสามารถประเมินอายุครรภ์จากการวัดความสูงของยอดมดลูก หรือ McDonald's rule¹⁰ 2) The second maneuver หรือ Umbilical grip คือการวางฝ่ามือไว้ที่ข้างใดข้างหนึ่งของช่องท้องของมารดาและออกแรงกดเบา ๆ แต่ลึก ผู้ตรวจจะพบด้านหลังของทารกและระบุ

ทิศทางของทารกในครรภ์ได้ 3) The third maneuver หรือ Pawlik's grip คือการใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วมือข้างหนึ่งจับส่วนล่างของช่องท้องของมารดาเหนือหัวหน้า (Symphysis pubis) เพื่อตรวจการลงสู่กระดูกเชิงกรานของส่วนหน้า และ 4) The fourth maneuver หรือ Bilateral inguinal grips คือการที่ผู้ตรวจหันหน้าไปทางเท้าของมารดา และใช้ปลายสามนิ้วแรกของมือแต่ละข้างออกแรงกดลึกไปในทิศทางของแกนของช่องอุ้งเชิงกรานเมื่อศีรษะลงไปถึงกระดูกเชิงกราน สามารถพบไหล่ด้านหน้าของทารกและแยกความแตกต่างจากการตรวจท่าที่ 3 ได้^{8,9}

ด้วยเหตุนี้การเตรียมความพร้อมในด้านทักษะการตรวจครรภ์ทางหน้าท้องจึงมีความจำเป็น ส่งผลให้เกิดทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น อย่างไรก็ตามหากนักเรียนพยาบาลขาดความพร้อมจะส่งผลให้ปฏิบัติการพยาบาลไม่ถูกเทคนิค ขาดความมั่นใจและเกิดความวิตกกังวลตามมา การศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่านักเรียนพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในทักษะที่จำเป็นในห้องทดลองก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติก่อนเจอสถานการณ์จริงในคลินิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฝึกปฏิบัติในคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งเป็นสถานที่แรกที่นักเรียนพยาบาลจะได้ฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ หากนักเรียนพยาบาลมีความพร้อม หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีและมีคุณภาพ ส่งผลดีต่อสุขภาพมารดาและทารก อีกทั้งนักเรียนพยาบาลจะได้เพิ่มพูนความรู้ทัศนคติ และทักษะก่อนการฝึกปฏิบัติ เกิดความมั่นใจและลดความเครียดความวิตกกังวล¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝึกปฏิบัติที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Psychomotor Domain) ซึ่งได้แก่การใช้มือ/การใช้ร่างกายในการทำคลอดบนคลินิคนั้น Gerdprasert et al (2021) พบว่าวิธีการเตรียมความพร้อมที่นักเรียนพยาบาลเห็นว่ามีส่วนต่อการฝึกปฏิบัติทักษะการทำคลอดมากที่สุดคือการทำคลอดกับหุ่นร่วมกับเพื่อนหรือรุ่นพี่

(Peer tutoring) ถึงร้อยละ 85^{12,13} รวมถึงบริบทของวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ รุ่นพี่และรุ่นน้องอาศัยอยู่ร่วมกันในหอพักวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศอย่างน้อย 5 วันทำการ ทำให้รุ่นพี่ได้มีโอกาสช่วยรุ่นน้องในการทบทวนความรู้และการฝึกปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เช่น พี่สอนน้องในการทำคลอดกับหุ่นนอกเหนือจากเวลาเรียนขึ้น การจัดให้นักเรียนรุ่นน้องอยู่ในความดูแลของรุ่นพี่ที่มีผลการเรียนดีและมีความประพฤติดีเป็นผู้สอน ส่งผลให้รุ่นน้องได้มีโอกาสเรียนรู้ทำซ้ำและสอบถามเพิ่มเติมระหว่างการฝึก รู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวล ในขณะเดียวกันรุ่นพี่ได้ฝึกภาวะผู้นำ มีความเสียสละ ตลอดจนได้รับการฝึกฝนกระบวนการทางความคิดที่จะช่วยพัฒนารุ่นน้องให้มีความรู้ความสามารถ ตลอดจนสร้างความสามัคคีระหว่างรุ่นพี่รุ่นน้องอีกด้วย^{14,15} นอกจากนี้ การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง ฝึกตรวจกับหุ่นจำลอง¹⁶ และการเรียนรู้ผ่านสื่อวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Video) ส่งผลให้นักเรียนพยาบาลมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลและการทำคลอด¹⁶⁻¹⁸ จากการศึกษาของ Kaplan et al (2022) พบว่านักเรียนพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการสอนตรวจครรภ์โดยใช้สถานการณ์จำลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้สื่อวิดีโออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกทั้งพบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.496, p < .05$)¹⁹

อย่างไรก็ตาม ในการเตรียมความพร้อมแบบเดิมยังไม่เคยมีการนำกิจกรรมพี่สอนน้องมาใช้ในการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ อีกทั้งพบข้อจำกัดของวิดีโอที่ใช้คือการสื่อสารทางเดียว ไม่สามารถโต้ตอบ หรือประเมินความรู้ความเข้าใจขณะใช้สื่อได้ ซึ่งหากเป็นวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ นักเรียนพยาบาลจะสามารถหยุด ทำแบบฝึกหัด หรือตอบคำถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจได้ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการ

เตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ที่ประกอบไปด้วยพี่สอนน้อง โดยใช้สถานการณ์จำลอง และการใช้วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ ให้กับนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ เพื่อพัฒนาการเตรียมความพร้อมจากรูปแบบเดิมให้นักเรียนพยาบาลเกิดทักษะการตรวจครรภ์และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติต่อไป ส่งผลให้นักเรียนพยาบาลสามารถนำทักษะที่ได้ไปดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีคุณภาพ ส่งผลดีต่อสุขภาพมารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการตรวจครรภ์ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมโดยพี่สอนน้องและการใช้วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมโดยพี่สอนน้องและการใช้วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ One group pretest – posttest design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 58 คน

กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) เป็นผู้สอบผ่านภาคทฤษฎีรายวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และ 2) สนใจเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์การ

คัดออกคือ 1) มีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมฯ จนจบได้ และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ และเพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ของนักเรียนพยาบาล ผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้นักเรียนพยาบาลทหารอากาศทุกคนได้มีโอกาสเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมฯ ตามความสะดวกและสมัครใจ ซึ่งพบว่ามึนักเรียนพยาบาลทหารอากาศอาสาสมัครเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมฯ จำนวน 58 คน แต่ไม่สามารถอยู่ร่วมกิจกรรมจนจบจำนวน 2 คน เนื่องจากเจ็บป่วย 1 คน และติดภารกิจ 1 คน ดังนั้น จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอยู่ร่วมการเตรียมความพร้อมฯ จนสิ้นสุดการศึกษาจำนวน 56 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) พี่สอนน้องตรวจครรภ์ และ 2) การทบทวนความรู้โดยใช้วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 1 พี่สอนน้องตรวจครรภ์ ได้แก่ การจัดให้นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 5 คน ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์และมีผลการเรียนในระดับดีขึ้นไป และมีจิตอาสาสอนน้องตรวจครรภ์โดยใช้หุ่นจำลอง โดยพี่ทุกคนผ่านการทบทวนขั้นตอนและวิธีการตรวจครรภ์ และการเป็นผู้สอนตรวจครรภ์ เป็นเวลา 60 นาที และจากนั้นตรวจสอบความเที่ยงโดยอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์จำนวน 2 คน ประเมินการตรวจครรภ์ของรุ่นพี่ 5 คน โดยสามารถสอบผ่านและนำผลคะแนนจากอาจารย์ทั้งสองคนมาหาความเห็นพ้องกันระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater agreement) ได้ค่าเท่ากับ 0.88-0.95 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงสูง²⁰ กิจกรรมพี่สอนน้องจะเป็นการสอนแบบกลุ่มย่อย อัตราส่วนที่ 1 คนต่อน้อง 5-7 คน ใช้เวลากลุ่มละ 30 นาทีต่อหนึ่งกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การทบทวนความรู้โดยใช้วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ สื่อวิดีโอที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับขั้นตอน

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตามนัด ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ การให้คำแนะนำ และการนัดตรวจครั้งต่อไปสร้างโดยผู้วิจัย มีความยาว 15 นาที โดยผู้ชมสามารถคลิกตอบคำถาม คลิกหยุด หรือทำกิจกรรมตามที่กำหนด ผู้ชมก็สามารถวัดประเมินความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาไปในระหว่างที่รับชมได้ด้วย เครื่องมือได้รับตรวจสอบประสิทธิภาพทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบ และด้านกราฟฟิก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 จากนั้นหาประสิทธิภาพของสื่อ E1/E2 ได้ค่าเท่ากับ 80.40/89.50 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ 80/80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินทักษะการตรวจครรภ์ จำนวน 25 ข้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางของ DeVellis โดยมีลำดับขั้นตอนตามหลักการสร้างเครื่องมือวิจัยและหาคุณภาพเครื่องมือ²¹⁻²⁴ แบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า คะแนน 1-5 คือ จากปฏิบัติไม่ได้ถึงปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่อง และเป็นแบบอย่างได้ 2) แบบประเมินความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 12 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินความมั่นใจของ Khamrath and Ritudom (2019) ที่ใช้ศึกษาในบริบทของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ^{22,25} แบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า คะแนน 1-5 คือ จากความมั่นใจอยู่ในระดับน้อยที่สุดถึงความมั่นใจอยู่ในระดับมากที่สุดตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญสาขาการผดุงครรภ์ มีประสบการณ์สอนมากกว่า 10 ปี

ได้ค่า CVI ของแบบประเมินทักษะการตรวจครรภ์ เท่ากับ 0.84 และของแบบประเมินความมั่นใจเท่ากับ 0.91 ตามลำดับ¹⁴ ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินทักษะการตรวจครรภ์ เท่ากับ 0.82 และของแบบประเมินความมั่นใจเท่ากับ 0.96 ตามลำดับ^{15,16}

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมรายวิชาการผดุงครรภ์โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และการรักษาความลับโดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ก่อนเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้อ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเข้าใจ และสมัครใจก่อนลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 50 คน (ร้อยละ 89.29) เพศชาย 6 คน (ร้อยละ 10.71) อายุเฉลี่ย 21 ปี 6 เดือน มีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.50-4.00 จำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.36) 3.00-3.49 จำนวน 28 คน (ร้อยละ 50.00) 2.50-2.99 จำนวน 24 คน (ร้อยละ 42.86) และ 2.00-2.49 จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.79) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงผลเปรียบเทียบคะแนนทักษะการตรวจครรภ์และคะแนนความมั่นใจก่อนและหลังการเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมฯ (n=56)

ตัวแปร	Pretest	Posttest	Paired t-test	df	p-value	95%CI	
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)				lower	upper
ทักษะการตรวจครรภ์	26.32 (0.47)	120.41(5.69)	123.471	55	.000*	92.562	95.616
ความมั่นใจ	26.96 (7.89)	47.45(5.62)	18.637	55	.000*	18.279	22.684

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 1 พบว่าก่อนเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการตรวจครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 26.32 (SD=0.47) และหลังเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการตรวจครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 120.41 (SD=5.69) ซึ่งมากกว่าก่อนเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงก่อนเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความมั่นใจเฉลี่ยเท่ากับ 26.96 (SD=7.89) และหลังเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความมั่นใจเฉลี่ยเท่ากับ 47.45 (SD=5.62) ซึ่งมากกว่าก่อนเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าหลังการเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการตรวจครรภ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอธิบายได้จากกิจกรรมการเตรียมความพร้อมฯ ได้แก่ พี่สอนน้องตรวจครรภ์ คือกระบวนการที่รุ่นพี่ได้พยายามใช้ความรู้และประสบการณ์เพื่อสนับสนุนให้รุ่นน้องเกิดการเรียนรู้และมีทักษะการตรวจครรภ์ โดยเริ่มจากพี่วางแผนสอนน้องตรวจครรภ์ด้วยหุ่นจำลอง 30 นาที จากนั้นให้โอกาสน้องในการปฏิบัติด้วยตนเอง มีการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ทำให้รุ่นน้องรู้สึกสบายใจ ความใกล้ชิดสนับสนุนให้น้องถามเมื่อสงสัย ซึ่งการตรวจครรภ์นี้ใช้เป็นการใช้มือและร่างกายตรวจ รุ่นน้องสามารถเรียนรู้จากรุ่นพี่ในแต่ละขั้นตอน จากนั้นลงมือตรวจกับหุ่นจำลองหญิง

ตั้งครรภ์ ฝึกฝนซ้ำๆ จนสามารถจำขั้นตอนและมีทักษะการตรวจครรภ์ได้^{14,15} อีกทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างรุ่นพี่และรุ่นน้องพยาบาลทหารอากาศ ทำให้พี่เข้าใจพื้นฐานของน้องถึงความต้องการ ความสามารถและประสบการณ์ จึงปรับใช้เทคนิคในการสอน ให้คำปรึกษาให้กำลังใจและให้คำแนะนำเมื่อต้องการ จนน้องสามารถตรวจครรภ์ได้²⁶ สอดคล้องกับแนวคิดของ Benner นักทฤษฎีพยาบาลที่กล่าวว่าการสอนและการให้คำปรึกษาเป็นรากฐานในการสอนพยาบาลจบใหม่ (Novice) สู่การเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Expert)²⁷ รวมถึงการศึกษาของ Roldán-Merino et al (2019) ที่พบว่า การสอนแบบตัวต่อตัวเป็นการส่งเสริมให้นักเรียนพยาบาลได้เรียนรู้และสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น²⁸ นอกจากนี้ในกิจกรรมการทบทวนความรู้โดยใช้วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ ทำให้นักเรียนพยาบาลทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตามนัด ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ การให้คำแนะนำ และการนัดตรวจครั้งต่อไป โดยนักเรียนพยาบาลสามารถเปิดวิดีโอทบทวนความรู้ซ้ำๆ สามารถคลิกตอบคำถามและตอบคำถาม เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาไปในระหว่างที่รับชมได้ด้วยเพื่อทบทวน รวมทั้งสามารถฝึกปฏิบัติตามขั้นตอนและรายละเอียดที่แสดงไว้ในวิดีโอ ส่งผลให้เกิดทักษะปฏิบัติที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nakanakupt and Jaichaun (2022) ที่ศึกษาผลของสื่อวีดิทัศน์แบบมีปฏิสัมพันธ์การทำคลอดต่อทักษะปฏิบัติการทำคลอดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ชั้นปีที่ 4 จำนวน 46 คน ผลพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการทำคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05¹⁷ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการการฝึกตรวจครรภ์ในห้องฝึกปฏิบัติการสามารถสร้างเจตคติที่ดีต่อการฝึกปฏิบัติได้ ส่งผลให้ผู้เรียนมีความมั่นใจ ลดความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งวีดิโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ที่พัฒนาขึ้นนั้นได้แสดงถึงการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างละเอียดของแต่ละหัวข้อ โดยเป็นสถานการณ์จำลองของหญิงตั้งครรภ์ที่มากฝากครรภ์ในโรงพยาบาล มีคำถามตามวัตถุประสงค์ซึ่งนักเรียนพยาบาลจะมีการโต้ตอบขณะเรียนรู้ เมื่อนักศึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาและขั้นตอนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ จะทำให้มีความมั่นใจในตนเองในการฝึกปฏิบัติได้ เป็นไปในทิศทางเดียวกับ Khamrath and Ritudom (2019) ที่พบว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนได้รับการเตรียมความพร้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ

Nakanakupt and Jaichau (2022) ที่พบว่าหลังการเตรียมความพร้อม หลังการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติทำคลอด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการทำคลอดมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรนำกิจกรรมที่สอนน้องตรวจครรภ์และใช้วิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์เรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นสื่อเสริมการเรียนรู้สำหรับนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการเตรียมความพร้อมฯ ในชั้นเรียนและแบบออนไลน์ เพื่อให้เกิดความสะดวกแก่นักเรียนพยาบาลในกรณีเจ็บป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมูลนิธิจอมพลอากาศ เฉลิมเกียรติพัฒนางกูร ที่สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ตลอดจน นักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2565 ที่เข้าร่วมวิจัย ส่งผลให้การศึกษานี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Pungsawang N, Booncharoenpanich S. The Quality of Graduates according to Thai Qualifications Framework for Higher Education and Desirable Characteristics according to Royal Thai Air Force Nursing College *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2017;44(2):1-17.
2. Ministry of Education. Announcement of the Ministry of Education on Higher Education Standards B.E.(in Thai). 2019.
3. Royal Thai Air Force Nursing College. Bachelor of Nursing Science (Revised Curriculum, 2018). Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force. 2018.
4. Khamchan P, Thailek T, Thasaneesuan S. Learning Outcome according to Thai Qualifications Framework for Higher Education as Perceived by Nursing Students regarding the Hybrid Learning Approach in an Elementary Nursing Research Subject. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*. 2022;42(3):63-73.

5. Udompornthanakij P, Kongsomboon K, Hanprasertpong T. Accuracy and factors influencing Leopold's manoeuvres in determining vertex presentation during late third trimester of pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2020;40(5):639-643.
6. Celik M, Ergin A. The effect on pregnant women's prenatal attachment of a nursing practice using the first and second Leopold's maneuvers. *Jpn J Nurs Sci*. 2020;17(2):e12297.
7. Jamjang S, Atthamaethakul W, Pitaksin D. The Effect of Readiness Preparation for Nursing Practice in Ward of 2nd year nursing students, Borommarajonnani college of Nursing, Ratchaburi. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University*. 2018;20(3):147-163.
8. Leopold Maneuvers. Treasure Island (FL); 2023. Accessed November 30, 2023.
9. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. *Williams obstetrics*. Vol 7: McGraw-Hill Medical New York; 2014.
10. McCowan LM, Figueras F, Anderson NH. Evidence-based national guidelines for the management of suspected fetal growth restriction: comparison, consensus, and controversy. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(2s):S855-s868.
11. Chotechuen K. Readiness Preparation of Nursing Students for Practice in Antenatal Clinic According to the Concept of VARK. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*. 2021;4(3):15-25.
12. Gerdprasert S, Sukontrakoon P, Pranee Pongrua P. Nursing Students' Preparations and Satisfactions on Experiential Learning Strategies for the Conduct of Labor before Clinical Practice. *Rama Nursing Journal*. 2021;27(1):136-149.
13. Begam AAA, Tholappan A. Psychomotor domain of Bloom's taxonomy in teacher education. *Shanlax International Journal of Education*. 2018;6(3):11-14.
14. George T, Gainey K, Kershner S, Weaver D, Hucks J. Junior and Senior Nursing Students: A Near-Peer Simulation Experience. *Journal of Nursing Education*. 2020;59:54-56.
15. Sweeney AB. Lab mentors in a two-plus-two nursing program: A retrospective evaluation. *Teaching and Learning in Nursing*. 2018;13(3):157-160.
16. Sopha N, Udomkitpipat J. Preparative Method Development of Delivery by using Interactive Online e-Learning and Practice Simulation for labor room of Third-Year Students in Bachelor of Nursing Science Program, Borommarajonani College of Nursing Suratthan. *Research and Development Health System Journal*. 2020;13(2):334-344.
17. Nakanakupt M, Jaichuan P. Impact of Interactive Delivery-Demonstration Video on Undergraduate Nursing Students' Knowledge, Confidence, Delivery Skills, and Satisfaction with the Video. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2022;37(2):81-94.
18. Charoenwong Z, Pattanasith S, Rampai N. The effect of using a virtual simulation environment model to enhance nursing competency and self-efficacy of nursing students. *Journal of the Police Nurses*. 2020;12(2):409-416.
19. Kaplan S, Peksoy-Kaya S, Başkaya E, Şahin S, Ariöz-Düzgün A, Dumo AM. Evaluation of the Effectiveness of Different Training Techniques in the Development of Leopold's Maneuver Skills: A Randomized Controlled Trial. *Simul Healthc*. 2023;18(2):108-116.
20. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med (Zagreb)*. 2012;22(3):276-282.
21. Stewart AL, Thrasher AD, Goldberg J, Shea JA. A framework for understanding modifications to measures for diverse populations. *J Aging Health*. 2012;24(6):992-1017.
22. Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*. 2004;126:S124-S128.

23. Mason TC. Cross-cultural instrument translation: assessment, translation, and statistical applications. *Am Ann Deaf*. 2005;150(1):67-72.
24. DeVellis RF. *Scale development: Theory and applications*. 4th ed. Los Angeles: SAGE; 2017.
25. Khamrath J, Ritudom B. The Effects of The Readiness of Nursing Practice in Adult Nursing Practicum 1 on Knowledge and Confident in Nursing Practice among Air Force Student Nurses, Academic year 2018. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*. 2019;65(3):45-53.
26. Navarra A-M, Stimpfel AW, Rodriguez K, Lim F, Nelson N, Slater LZ. Beliefs and perceptions of mentorship among nursing faculty and traditional and accelerated undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. 2018;61:20-24.
27. Foster K, Galakatos T. Learner Centered Teaching: Seniors Mentor Junior Nursing Students in Skills Lab. *International Journal of Nursing and Health Care Research*. 2020;4(3):2-8.
28. Roldán-Merino J, Miguel-Ruiz D, Roca-Capara N, Rodrigo-Pedrosa O. Personal tutoring in nursing studies: A supportive relationship experience aimed at integrating, curricular theory and professional practice. *Nurse Education in Practice*. 2019;37:81-87.

การพัฒนาระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้อง ทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร

Development of dental room ventilation systems for closed dental units and rooms

General Sakon Nakhon Hospital

(Received: December 29,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

จุฑามาศ เจริญพร¹

Jutamas Charoenporn

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร และเพื่อศึกษาผลการพัฒนาพัฒนาระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึก แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย 1) ห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร ได้แก่ ยูนิตทำฟันในห้องปิด จำนวน 1 ห้อง ยูนิตทำฟันในห้องทั่วไป Type B จำนวน 13 ห้อง ได้รับการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 100 2) การประเมินผลการพัฒนาระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไป โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า จำนวนผู้มารับบริการทันตกรรม เพิ่มขึ้น 54.17 % จำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับบริการอุดฟัน เพิ่มขึ้น 43.83 % จำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับบริการขูดหินปูน เพิ่มขึ้น 42.40 % อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการทันตกรรม เพิ่มขึ้น 8 % อัตราความพึงพอใจของทันตบุคลากร 100%

คำสำคัญ: ห้องทันตกรรม, ยูนิตทำฟัน

Abstract

This research is action research. Its purpose is to Developed a dental room ventilation system for dental units in closed rooms and general rooms at Sakon Nakhon Hospital. and to study the results of developing a dental room ventilation system for dental units in closed rooms and general rooms at Sakon Nakhon Hospital. The tools used to collect data include recording forms, questionnaires, and data were analyzed using descriptive statistics such as frequency and percentage.

Research results 1) Dental rooms for dental units in closed rooms and general rooms at Sakon Nakhon Hospital, including 1 closed dental unit and 13 type B general room dental units have been developed. Accounting for 100 percent 2) Evaluation of the development of dental room ventilation systems for dental units in closed rooms and general rooms. Sakon Nakhon Hospital found that the number of people who received dental services increased by 54.17%. The number of people who received dental filling services increased by 43.83%. The number of people who received dental scaling services increased by 42.40%. Satisfaction rate of people receiving dental services increased by 8%. Satisfaction rate of dental personnel 100%

Keywords: dental room, dental unit

บทนำ

โรคโควิด-19 (Covid-19) เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจส่งผลให้เกิดโรคปอดอักเสบสามารถ แพร่กระจายจากคนสู่คน โดยเชื้อแพร่กระจายได้จากการสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วย มีงานวิจัยระบุว่า ไวรัสโคโรนา มีชีวิตอยู่นอกร่างกายมนุษย์บนวัสดุสิ่งของต่างๆ เช่น โลหะ แก้ว หรือพลาสติกนานถึง 9 วัน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่

ที่ 4-5 วัน³ ตัวแปรอยู่ที่อุณหภูมิและความชื้น จากผลการวิจัยที่พบในครั้งนี ทำให้เราต้องเพิ่มความระมัดระวังในการสัมผัสสิ่งของต่างๆ เช่น ปุ่มลิฟต์ ราวบันได เงิน โตะ แก้วน้ำ จานชามและสิ่งของต่างๆ ซึ่งอาจมีการปนเปื้อนไวรัสต่างๆ อยู่ก่อนแล้ว ซึ่งการให้การรักษาทางทันตกรรมนั้นก่อให้เกิดละอองกระเด็นและละอองลอยได้มากกว่าการให้การรักษาโรคทั่วไป

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม) กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสกลนคร

เนื่องจากในการรักษาทางทันตกรรม มีการใช้เครื่องกรอ ฟัน ทั้งแบบที่มีน้ำหล่อเย็นและไม่มี นอกจากนี้ยังมีการ ใช้หัวฉีดน้ำและลมในการล้างฟัน ดังนั้นบุคลากรทาง ทันตกรรม รวมทั้งผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการจึงมีโอกาส เสี่ยงต่อการรับเชื้อที่ฟุ้งกระจายออกมาขณะให้การ รักษา ละอองกระเด็นและละอองลอยที่เกิดขึ้นนี้อาจ ประกอบไปด้วยเลือด น้ำลายและอนุภาคที่เกิดจาก บริเวณที่ทำหัตถการร่วมกับน้ำที่ถูกฉีดพ่นออกจาก ระบบน้ำของยูนิตทำฟัน โดยอนุภาคนี้สามารถลอยฟุ้ง อยู่ในอากาศได้นานก่อนที่จะตกลงสู่พื้นผิวสิ่งแวดล้อม และสามารถถูกสูดดมเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้ โดยเฉพาะละอองลอยที่มีขนาดเล็กกว่า 0.5 - 10 ไมโครเมตร มีขนาดเล็กพอที่จะถูกสูดดมเข้าถึงถุงลม ปอด ซึ่งอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค ระหว่างทันตบุคลากรและผู้ป่วยที่มารับการรักษา

ดังนั้นกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลสกลนคร จึงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงระบบระบายอากาศ สำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและในห้องทั่วไป เพื่อ ควบคุมคุณภาพของอากาศในคลินิก ป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ ให้มีระบบควบคุมอากาศในห้องทันต กรรมที่มีมาตรฐาน ลดหรือกำจัดการฟุ้งกระจาย การ จัดการกับอากาศในคลินิก เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการทางทันตกรรมและช่วยสร้าง สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบระบายอากาศห้อง ทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไป โรงพยาบาลสกลนคร
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบระบายอากาศ ห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้อง ทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร

ขั้นตอนดำเนินการ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อ พัฒนาระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิต ทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร ประกอบด้วย

1. ปรับปรุงระบบปรับอากาศและระบายอากาศ ห้องทันตกรรมแบบปิดเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อโควิด-19

1.1 กรณีภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน (Emergency)^{1,2} ได้แก่ ภาวะเลือดออกที่ควบคุมไม่ได้ การอักเสบติดเชื้อ ที่ก่อให้เกิดการบวมของเนื้อเยื่ออ่อนทั้งในหรือนอกช่อง ปาก ซึ่งอาจก่อให้เกิด อันตรายถึงชีวิต การได้รับ อุบัติเหตุกระแทกบริเวณใบหน้าที่มีความเสี่ยงต่อการ ชัดขวางการหายใจ

1.2. กรณีภาวะเร่งด่วนทางทันตกรรม (Urgency)^{1,2} คือ ภาวะที่ควรได้รับการดูแลทันที โดยยึด หลัก minimally invasive เช่น ปวดฟันจากการอักเสบ ของเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันและเนื้อเยื่อรอบปลาย รากฟัน ปวดฟันคุด ภาวะกระดูกงอกเข้าฟันอักเสบหลัง การถอนฟัน การอักเสบติดเชื้อที่ก่อให้เกิดหนองหรือ อาการปวดบวมแบบเฉพาะที่ ฟันหัก/แตกที่ทำให้เกิด อาการเจ็บปวดหรือการบาดเจ็บที่เนื้อเยื่อ อุบัติเหตุฟัน หลุดหรือขยับออกจากตำแหน่งเดิม ครอบฟันชั่วคราว หลุด หาย หรือฟันปลอมแตกหักหรือคม ซึ่งก่อให้เกิด อาการบาดเจ็บที่เนื้อเยื่ออ่อน ฟันผุสึกที่ส่งผลให้ผู้ป่วย มีอาการเจ็บปวดจนไม่สามารถใช้งานฟันชิ้นนั้นได้ การ ปรับแก้ไขฟันปลอมในกรณีที่ส่งผลกระทบต่อการใช้งาน ของผู้ป่วย การให้การรักษาทางทันตกรรมที่จำเป็นต้อง ทำก่อนและหลังการรักษาทางการแพทย์ที่สำคัญ หรือ กรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัวรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษา เช่น การเตรียมช่องปากเพื่อการรักษามะเร็ง ศีรษะและ ลำคอ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ปลุก ถ่ายไขกระดูก การหลุดของวัสดุอุดชั่วคราวระหว่างการ รักษา รากฟันจนเกิดการรั่วเข้าไปในคลองราก ความ ผิดปกติของลวดจัดฟัน หรืออุปกรณ์จัดฟัน ที่ส่งผลให้ เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออ่อน

2. ปรับปรุงระบบปรับอากาศและระบายอากาศ ห้องทันตกรรมแบบทั่วไป เพื่อรองรับการรักษาทันต กรรมให้แก่ผู้ป่วยทั่วไปที่ผ่านการคัดกรอง ตรวจหรือกัก ตัวและผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าสามารถให้การ รักษาทันตกรรมได้ ได้แก่ งานทันตกรรมที่ไม่เร่งด่วน (Elective)^{1,2} คือ ภาวะการเจ็บป่วยที่สามารถรอได้ ได้แก่ ตรวจฟันและวางแผนการรักษาผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วย recall ผู้ป่วยทุกสาขาที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง

แต่ไม่มีเหตุเร่งด่วนให้ต้องทำการรักษาในขณะนี้ ชุด หินปูน ถอนฟันที่ไม่มีอาการ ทันตกรรมหัตถการต่างๆ รวมถึงกรณีฟันผุแต่ไม่มีอาการ งานทันตกรรมเพื่อความสวยงาม ทันตกรรมรากเทียม ทันตกรรมจัดฟัน ทันตกรรมป้องกัน งานทันตกรรมประดิษฐ์ที่ไม่ส่งผลต่อความเจ็บปวดหรือการใช้งานอย่างเร่งด่วน

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมีนาคม 2564 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2564

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนา ระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกนนคร ได้แก่ ยูนิตทำฟันในห้องปิด จำนวน 1 ห้อง ยูนิตทำฟันในห้องทั่วไป Type B จำนวน 13 ห้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การพัฒนาพัฒนาระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกนนคร
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึก แบบสอบถาม

วิธีการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ขึ้นวางแผนการปรับปรุงระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกนนคร

- 1.1 ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกันในกลุ่มงานทันตกรรมและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- 1.2 ประสานงานกับกองแบบแผน กระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอแบบแปลน ประมาณการราคากลาง
- 1.3 จัดทำแผนงานโครงการและเสนอแผนงานโครงการการปรับปรุงระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกนนคร กับผู้บริหารโรงพยาบาล
- 1.4 แต่งตั้งคณะทำงานตามแผนงานโครงการ
- 1.5 ติดต่อประสานงานหน่วยงาน/ ผู้เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ การปรับปรุงระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกนนคร

- 2.1 ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding)
- 2.2 ดำเนินการปรับปรุงระบบระบายอากาศสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและในห้องทั่วไปให้ได้มาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์

- 3.1 การติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเป็นระยะ
- ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการดำเนินการ
 - 4.1 ประชุมทีมและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน
 - 4.2 สรุปรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานให้ผู้บริหารทราบเมื่อสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 แผนการปรับปรุงระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกนนคร กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลสกนนครมีห้องให้บริการทันตกรรมจำนวน 14 ห้อง ซึ่งแต่ละห้องเป็นห้องกันแยกและมีขนาดโดยประมาณใกล้เคียงกันคือมีขนาดความกว้าง 2.9 เมตร ความยาว 4.2 เมตรและความสูง 3 เมตร ซึ่งมีขนาดใกล้เคียงกับแบบปรับปรุงระบบระบายอากาศของกองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดขนาดห้องทันตกรรมในการคำนวณระบบปรับอากาศและระบายอากาศไว้ที่ขนาดกว้าง*ยาว*สูง เท่ากับ $3*4*2.8$ เมตร⁴ ดังนั้นการปรับปรุงระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมจึงได้ใช้หลักการเดียวกันดังนี้

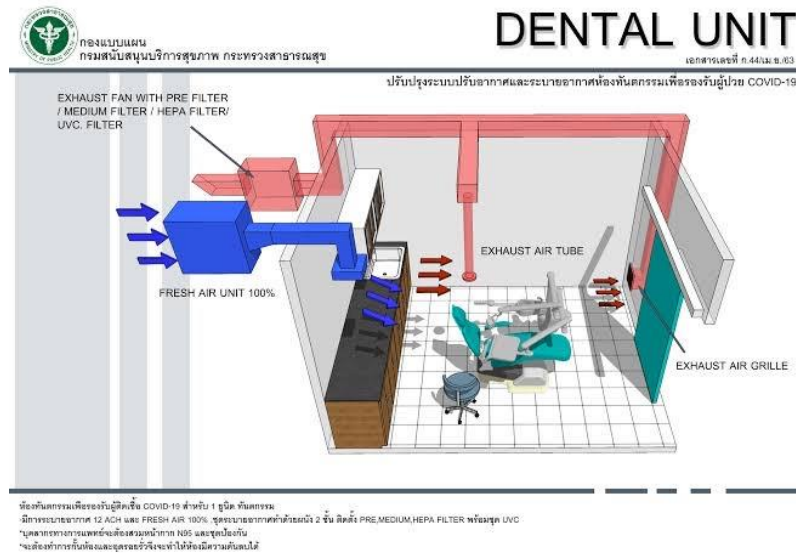
1. การปรับปรุงระบบปรับอากาศและระบายอากาศห้องทันตกรรมแบบปิดเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อโควิด-19 หรือโรคติดต่อทางเดินหายใจอื่นๆและผู้ป่วยกรณี

เร่งด่วนที่ไม่ผ่านการคัดกรองโดยใช้หลักการ Modified AIR^{4,5,7}

1.1 สำหรับห้องทันตกรรมแบบปิดจะต้องปรับปรุงให้เป็นแบบปิดเพื่อกันอากาศรั่วไหล

1.2 ระบบ Ventilation ต้องมีปริมาณไม่น้อยกว่า 12 ACH โดยทำการเติมอากาศเข้าและดูดอากาศออกดังนี้

1) การเติมอากาศ หรือการเติม Fresh Air 100%
1.1) ใช้อุปกรณ์ OAU (Outdoor Air Unit), HEPA FFU (Fan Filter Unit) หรือ Fresh Air Unit เป็นต้น โดยอุปกรณ์มี HEPA Filter เพื่อเป็นการป้องกันฝุ่นขนาดเล็กเข้ามาในห้อง 1.2) ตำแหน่งของช่องเติมอากาศ ควรอยู่บริเวณหัวเตียงด้านหลังของทันตบุคลากร (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แบบห้องทันตกรรม ปรับปรุงระบบปรับอากาศและระบายอากาศสำหรับห้องทันตกรรมแบบปิด

2) การระบายอากาศออก (Exhaust) 2.1) อย่างน้อย 12 ACH 2.2) พัดลมระบายอากาศ (Fan Filter Unit) โครงสร้างเป็นผนัง 2 ชั้น วัสดุภายนอกเป็นแผ่นเหล็กเคลือบสี วัสดุภายในเป็นสังกะสี และมีฉนวนอยู่ตรงกลาง มีความหนาไม่น้อย 50 มิลลิเมตร 2.3) ใช้แผงกรองอากาศจำนวน 3 ชั้น ได้แก่ Pre filter, Medium filter, Hepa filter 2.4) มีหลอด UVC 2 จุด 2.5) ตำแหน่งที่ดูดอากาศออกหรือจุดดูดอากาศเสียออกจากห้องทันตกรรม ให้อยู่บริเวณปลาย เฝ้าผู้ป่วยทันตกรรม เพื่อช่วยให้อากาศที่ไหลออกจากผู้ป่วยไม่ผ่านบุคลากรทันตกรรม 2.6) จุดดูดสูงจากพื้นไม่เกิน 80 เซนติเมตรและอยู่ฝั่งตรงข้ามกับเครื่องปรับอากาศ 2.7) จุดระบายอากาศให้อยู่ด้านตรงข้ามกันกับตำแหน่งที่ติดตั้งเครื่องปรับอากาศและหากทำได้ ควรจัดให้ยูนิทอยู่ในทิศทางขนานกับทิศทางไหลของอากาศภายในห้องทิศทางของ อากาศดูจากเครื่องปรับอากาศภายในห้อง

3) ทิศทางการไหลของอากาศ 3.1) ควรให้ไหลจากบริเวณสะอาดมาก ไปยังบริเวณที่สะอาดน้อย 3.2) ในกรณีที่ เป็นเครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วน (Split Type) ลมที่ออกจากเครื่องปรับอากาศ จะเป็นตัวกำหนดทิศทางไหลของอากาศภายในห้อง (1) หากติดตั้งเครื่องปรับอากาศด้านหลังของทันตบุคลากร ให้ปรับกระบังลมตกลงมาเพื่อให้อากาศไหลผ่านบุคลากรก่อนที่ จะไปยังผู้ป่วย (2) หากติดตั้งเครื่องปรับอากาศด้านปลายเท้าของผู้ป่วย ให้ปรับกระบังลมขึ้นเพดานให้อากาศไหลขนานกับเพดานห้อง เพื่อให้ไหลย้อนมายังทันตบุคลากรก่อนที่ จะผ่านไปยังผู้ป่วย

1.3 การทำ Circulation โดยใช้ HEPA Filter (High Efficiency Particulate Air Filter)

1) ตำแหน่งการวางของเครื่องกรองอากาศอยู่ชิดเก้าอี้ทันตกรรมบริเวณหัวเข้าผู้ป่วยหรือปลายเตียง

2) ใช้ HEPA Filter ชนิด Industrial Grade FFU ได้แก่ H13 หรือ H14 ที่สามารถกำจัดอนุภาค ที่มีขนาด 0.1 ไมครอน ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 99.95 %

3) การกรองอากาศจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อบริเวณหรือห้องต่างๆเป็นห้องปิดไม่ควรมีรอยรั่วหรือรูรั่วที่ไม่จำเป็น มิฉะนั้น HEPA Filter ของเครื่องกรองอากาศจะตันเร็ว และการกรองจะไม่มีประสิทธิภาพตามที่ควร

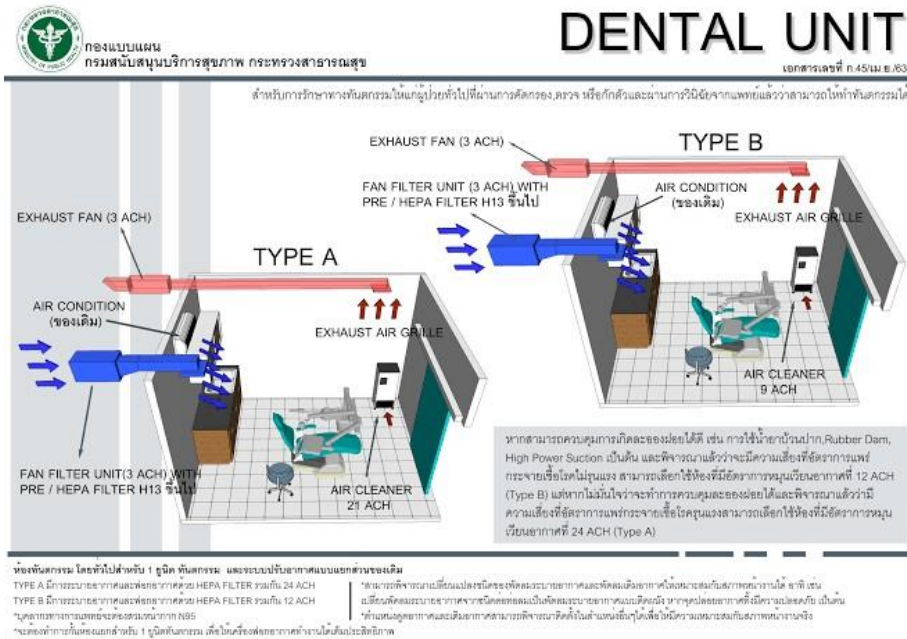
2. การปรับปรุงระบบปรับอากาศและระบายอากาศห้องทันตกรรมแบบทั่วไปเพื่อรองรับผู้ป่วยทันตกรรมทั่วไป

2.1. การทำระบบ Ventilation ทำการเติมอากาศเข้าและดูดอากาศออกดังนี้^{4,6,7}

1) การเติมอากาศ หรือการเติม Fresh Air 1) อย่างน้อย 3 ACH 2) ใช้อุปกรณ์ OAU (Outdoor Air Unit), HEPA FFU (Fan Filter Unit) หรือ Fresh Air Unit เป็นต้น โดยอุปกรณ์มี HEPA Filter เพื่อเป็นการป้องกัน

ฝุ่นขนาดเล็กเข้ามาในห้อง 1.3) ตำแหน่งของช่องเติมอากาศ ควรอยู่บริเวณหัวเตียงด้านหลังของทันตบุคลากร

2) การระบายอากาศออก (Exhaust) 2.1) อย่างน้อย 3 ACH 2.2) ตำแหน่งที่ดูดอากาศออกหรือจุดดูดอากาศเสียออกจากห้องทันตกรรม ให้อยู่บริเวณปลายเท้าผู้ป่วยทันตกรรม เพื่อช่วยให้อากาศที่ไหลออกจากผู้ป่วยไม่ผ่านบุคลากรทันตกรรม 2.3) จุดดูดสูงจากพื้นไม่เกิน 80 เซนติเมตรและอยู่ฝั่งตรงข้ามกับเครื่องปรับอากาศ 2.4) จุดระบายอากาศให้อยู่ด้านตรงข้ามกับจุดเติมอากาศ 2.5) จุดระบายอากาศให้อยู่ด้านตรงข้ามกับตำแหน่งที่ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ และหากทำได้ ควรจัดให้อยู่ในทิศทางขนานกับทิศทางการไหลของอากาศภายในห้อง ทิศทางของ อากาศออกจากเครื่องปรับอากาศภายในห้อง (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 แบบห้องทันตกรรม ปรับปรุงระบบปรับอากาศและระบายอากาศสำหรับห้องทันตกรรม TYPE A และ TYPE B

3) ทิศทางการไหลของอากาศ 3.1) ควรให้ไหลจากบริเวณสะอาดมาก ไปยังบริเวณที่สะอาดน้อย 3.2) ในกรณีที่เป็นเครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วน (Split Type) ลมที่ออกจากเครื่องปรับอากาศจะเป็นตัวกำหนดทิศทาง การไหลของอากาศภายในห้อง (1) หากติดตั้งเครื่องปรับอากาศด้านหลังของทันตบุคลากร ให้ปรับกระแสลมตกลงมาเพื่อให้อากาศไหลผ่านบุคลากรก่อนที่จะไปยังผู้ป่วย (2) หากติดตั้งเครื่องปรับอากาศด้าน

ปลายเท้าของผู้ป่วย ให้ปรับกระแสลมขึ้นเพดานให้ อากาศไหลขนานกับเพดานห้อง เพื่อให้ไหลย้อนมายังทันตบุคลากรก่อนที่จะผ่านไปยังผู้ป่วย

2.2 การทำ Circulation โดยใช้ HEPA Filter (High Efficiency Particulate Air Filter)

1) ใช้ HEPA Filter ชนิด Industrial Grade FFU ได้แก่ H13 หรือ H14 ที่สามารถกำจัดอนุภาคที่มีขนาด 0.1 ไมครอน ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 99.95 %

2) ตำแหน่งการวางเครื่องกรองอากาศให้อยู่ชิด
เก้าอี้ที่อันตรายบริเวณหัวเข้าผู้ป่วยหรือปลายเตียง

3) สามารถเลือก HEPA FFU ที่จะหมุนเวียน
อากาศได้ 9 ACH หรือ 21 ACH โดยพิจารณาจาก
- ห้องที่มีละอองฝอยระดับสูง (TYPE A) หรือ ไม่มั่นใจ
ว่าจะทำการควบคุมละอองฝอยได้และพิจารณาแล้วว่า
มีความเสี่ยงที่อัตราการแพร่กระจายเชื้อโรครุนแรง
สามารถเลือก HEPA FFU ที่หมุนเวียนอากาศได้ 21
ACH เพื่อให้ได้ห้องที่มีอัตราการหมุนเวียนอากาศที่ 24
ACH (รูปที่ 2) - ห้องที่มีละอองฝอยระดับต่ำ (TYPE B)
หรือ สามารถควบคุมการเกิดละอองฝอยได้ดี เช่น การ
ใช้น้ำยาบัวรดน้ำ การใส่ Rubber Dam การใช้ High
Power Suction เป็นต้น และพิจารณาแล้วว่าจะมีความ
เสี่ยงที่อัตราการแพร่กระจายเชื้อโรครุนแรง สามารถ
เลือก HEPA FFU ที่หมุนเวียนอากาศได้ 9 ACH เพื่อให้
ได้ห้องที่มีอัตราการหมุนเวียนอากาศรวมทั้ง exhaust
และ circulation ที่ 12 ACH (รูปที่ 2)

4) การทำความสะอาดและเปลี่ยนไส้กรอง
กำหนดให้แต่งชุด PPE ที่เหมาะสม 1) การทำความสะอาด
หากมีการใช้งานเป็นประจำทุกวัน ก็ควรทำ
ความสะอาด แต่เนื่องจาก ส่วนใหญ่แล้วแผ่นกรอง
อากาศ HEPA Filter มักจะทำมาจากวัสดุไฟเบอร์กลาส
(Fiberglass) ดังนั้นจึงไม่สามารถทำความสะอาดได้ด้วย
การซักล้างและใช้ผงซักฟอกหรือน้ำยาทำความสะอาด
ต่างๆ เพราะอาจจะทำลายเส้นใยของแผ่นกรองได้
แนะนำทำความสะอาดโดยการใช้ แปรงปัดฝุ่นที่อยู่ตาม
ร่อง และเคาะเบาๆ ให้ฝุ่นหลุดออกมาจากแผ่นกรอง 2)
การเปลี่ยนไส้กรองอากาศ โดยปกติแล้วแผ่นกรอง
อากาศ HEPA Filter จะมีอายุการใช้งาน ประมาณ 4-5
ปี ทั้งนี้หากพบว่าแผ่นกรองอากาศเริ่มดำจนแทบจะไม่

มีพื้นที่ที่เป็นสีขาวแล้ว ก็ควรจะเปลี่ยนใหม่ ซึ่งโดย
เฉลี่ยแล้วคนส่วนใหญ่มักจะเปลี่ยนทุก 1-2 ปี

2.3 อุณหภูมิภายในห้อง ควรควบคุมให้อุณหภูมิ
ระหว่าง 21-24 องศาเซลเซียส⁵

2.4 การเว้นระยะเวลาช่วงเปลี่ยนคนไข้

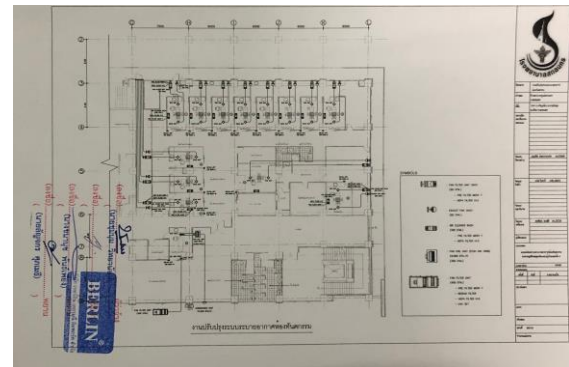
1) ห้อง Type A เว้นระยะเวลา 17.5 นาที

2) ห้อง Type B เว้นระยะเวลา 35 นาที หรือตาม
ความสามารถในการปรับปรุงอากาศ

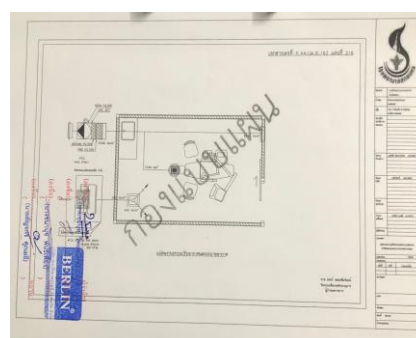
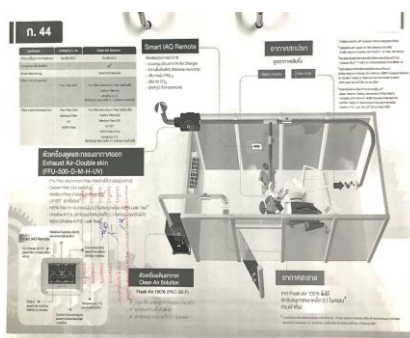
2.5 มีการปรับเปลี่ยนแผนการบำรุงรักษา
เครื่องปรับอากาศให้ถี่ขึ้นจาก 6 เดือนครั้งเป็นเดือนละ
1 ครั้งแทน เพื่อช่วยลดสิ่งปนเปื้อนต่างๆ ในระบบ
ระบายอากาศภายในอาคาร⁶

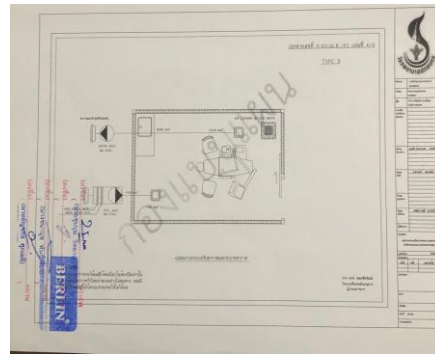
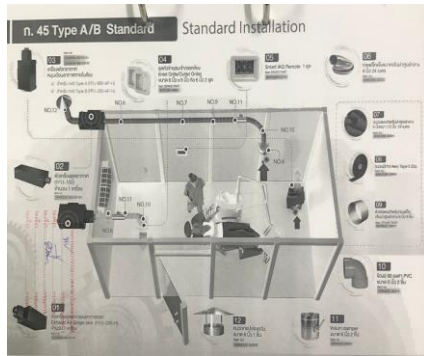
ตอนที่ 2 ผลการ การปรับปรุงระบบระบาย อากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิด และห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร

1. แบบและตรวจสอบแปลนการปรับปรุงห้อง
ทันตกรรม สำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไป
โรงพยาบาลสกลนคร

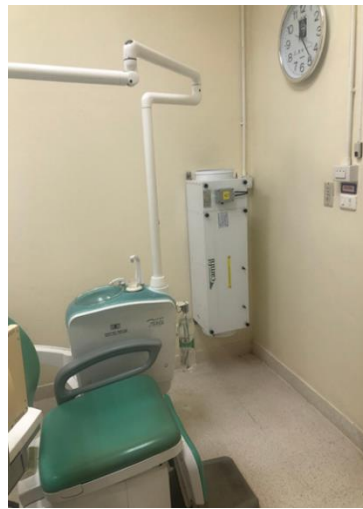


รูปแสดงแปลนการปรับปรุงห้องทันตกรรม
โรงพยาบาลสกลนคร





รูปแสดงแบบปรับปรุงห้องทันตกรรมตามเอกสารเลขที่ ก44/เม.ย./63 และ เลขที่ ก45/เม.ย./63
2. ดำเนินการปรับปรุงระบบระบายอากาศสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและในห้องทั่วไปให้ได้มาตรฐาน



รูปแสดงการปรับปรุงระบบระบายอากาศในห้องทันตกรรมทั่วไป



รูปแสดงเครื่องฟอกอากาศสำหรับห้องทันตกรรมทั่วไป



รูปแสดงการปรับปรุงยูนิตทันตกรรมในห้องทันตกรรมแบบปิด



รูปแสดงตู้ระบายอากาศ (EXHAUST FAN) และการติดตั้งตู้ระบายอากาศสำหรับห้องทันตกรรมแบบปิด

ตอนที่ 3 ผลการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเป็นระยะ

ในการดำเนินงานเป็นไปตามระยะเวลาของผังปฏิบัติงานเว้นแต่ระยะเวลาในการก่อสร้างได้ดำเนินการแล้วเสร็จล่าช้าไปประมาณ 1 เดือน เนื่องจากพนักงานของบริษัทผู้รับเหมาบางส่วนติดเชื้อไวรัสโคโรนา ทำให้ต้องได้รับการรักษาตัวและกักตัว อย่างไรก็ตามกลุ่มงานทันตกรรมก็ได้รับการส่งมอบงานในไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2565

ตอนที่ 4 ผลการพัฒนาระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไป โรงพยาบาลสกลนคร



ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลสกลนครได้จัดการให้บริการทันตกรรมที่เกิดละอองฟุ้งกระจายเช่น การอุดฟัน การขูดหินน้ำลายและการผ่าฟันคุด เป็นต้นและหลังจากการปรับปรุงระบบระบายอากาศแล้วเสร็จ จึงได้เริ่มให้บริการทันตกรรมที่เกิดละอองฟุ้งกระจายในผู้มารับบริการที่มีการตรวจคัดกรองเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลเป็นลบและปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการทันตกรรมในช่วงที่มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของหน่วยงาน โดยได้ติดตามและเก็บข้อมูลดังนี้

4.1 ผลการพัฒนาระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไป โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า

1) ผลลัพธ์ที่ชัดเจนจากการดำเนินงานพัฒนาระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร พบว่าห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้อง

ทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร ได้แก่ ยูนิตทำฟันในห้องปิดจำนวน 1 ห้อง ยูนิตทำฟันในห้องทั่วไป Type B จำนวน 13 ห้อง ได้รับการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ที่ชัดเจนจากการดำเนินงานพัฒนาระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร

กิจกรรม	ผลลัพธ์
1. การปรับปรุงระบบระบายอากาศสำหรับยูนิตทำฟันในห้องทั่วไป จำนวน 13 ห้อง	1. มีห้องทันตกรรมที่มีระบบระบายอากาศสำหรับยูนิตทำฟันในห้องทั่วไป จำนวน 13 ห้อง ทำให้สามารถให้บริการผู้ป่วยทันตกรรมจำนวนมากในช่วงที่ยังมีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. การปรับปรุงระบบระบายอากาศสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิด จำนวน 1 ห้อง	2. มีห้องทันตกรรมที่มีระบบระบายอากาศสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิด(ห้องปลอดเชื้อ) จำนวน 1 ห้อง ทำให้สามารถให้บริการผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจอื่นๆ กรณีที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน

2) การประเมินผลการพัฒนาระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไป โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า จำนวนผู้มารับบริการทันตกรรม เพิ่มขึ้น 54.17 % จำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับบริการอุดฟัน เพิ่มขึ้น 43.83 %

จำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับบริการชุดหินปูนเพิ่มขึ้น 42.40 % อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการทันตกรรม เพิ่มขึ้น 8 % อัตราความพึงพอใจของทันตบุคลากร 100%

ตารางที่ 2 การประเมินผลการพัฒนาระบบระบายอากาศห้องทันตกรรมสำหรับยูนิตทำฟันในห้องปิดและห้องทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร

ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์		
	ปี 2564	ปี 2565	การเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)
1. จำนวนผู้มารับบริการทันตกรรม	15,446	23,813	เพิ่มขึ้น 54.17 %
2. จำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับบริการอุดฟัน	5,984	8,607	เพิ่มขึ้น 43.83 %
3. จำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับบริการชุดหินปูน	1,882	2,680	เพิ่มขึ้น 42.40 %
4. อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการทันตกรรม	83%	91%	เพิ่มขึ้น 8 %
5. อัตราความพึงพอใจของทันตบุคลากร	-	100%	-

สรุปและอภิปรายผล

การให้บริการทันตกรรมในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเสี่ยงสูงมากที่จะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจทั้งทางตรง (contact transmission) และทางอ้อมผ่านละอองฝอยขนาดใหญ่ (droplet transmission) และละอองฝอยขนาดเล็ก (aerosol procedures)⁹ ซึ่งหัตถการทางทันตกรรม

สามารถก่อให้เกิดละอองฝอยทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็กได้ ไม่ว่าจะเป็น การชุดหินปูนด้วยเครื่องชุดหินปูน ความถี่สูง การอุดฟันหรือกรอฟันด้วยหัวกรอความเร็วสูง ดังนั้นทันตบุคลากรจึงมีความเสี่ยงสูงมากในการสัมผัสและรับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยเหตุนี้ กลุ่มงานทันตกรรมจึงได้มีแนวทางการให้บริการทันตกรรมในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของทันตบุคลากร

แนวทางการคัดกรองผู้ป่วย แนวทางการเตรียมผู้ป่วย และนัดหมายผู้ป่วย การฆ่าเชื้อพื้นผิวสัมผัสและการเตรียมเครื่องมือ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม การควบคุมการเกิดละอองฝอย เช่น การใส่แผ่นยางกันน้ำลาย (rubber dam) การใช้ high power suction เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าการควบคุมการเกิดละอองฝอยด้วยวิธีดังกล่าวสามารถลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอยได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ละอองฝอยส่วนที่เหลือจะเกิดการฟุ้งกระจายอยู่ในห้องทันตกรรมและแพร่กระจายออกไปสู่บริเวณข้างเคียงได้โดยที่อากาศเหล่านั้นยังมีการปนเปื้อนของเชื้ออยู่ ดังนั้นกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลสกลนครจึงได้ดำเนินการโครงการปรับปรุงระบบระบายอากาศภายในห้องทันตกรรมเพื่อที่จะช่วยลดหรือเจือจางจำนวนเชื้อโรคในอากาศและเพิ่มความปลอดภัยของทันตบุคลากร ผู้มารับบริการ ตลอดจนประชาชนทั่วไปที่สัญจรอยู่บริเวณนั้น ซึ่งนอกจากจะได้รับความพึงพอใจจากผู้มารับ

บริการแล้วยังทำให้เกิดความมั่นใจในการให้บริการของทันตบุคลากรอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ความไม่สะดวกในการปฏิบัติงานให้บริการผู้รับบริการทันตกรรม ในระหว่างที่กำลังดำเนินการปรับปรุงห้องทันตกรรม
2. ในการควบคุม กำกับและตรวจรับงานต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในงานโครงสร้าง ดังนั้นควรมีวิศวกรเครื่องกลหรือนายช่างอยู่ในคณะกรรมการตรวจรับปฏิบัติงานก่อสร้างปรับปรุงระบบปรับอากาศและระบายอากาศห้องทันตกรรมด้วย
3. ในช่วงระยะเวลาก่อสร้างเป็นช่วงที่ยังมีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีพนักงานของบริษัทผู้รับเหมาบางส่วนติดเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งทำให้ต้องได้รับการรักษาและกักตัว เป็นผลให้เกิดความล่าช้าในการก่อสร้างและส่งมอบงานออกไปประมาณ 1 เดือน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ (2020). แนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 30 มีนาคม 2563. https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=32 (Accessed: 8 July 2020)
2. กรมการแพทย์ (2020). แนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 14 พฤษภาคม 2563. https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=72 (Accessed: 8 July 2020)
3. Dan Brennan, MD. 2022.Surface Cleaning and COVID-19: What You Should Know. <https://www.webmd.com/covid/how-long-covid-19-lives-on-surfaces>. (Accessed:30 Dec 2022)
4. กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบปรับปรุงหอผู้ป่วยเพื่อรองรับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 7 ธ.ค. 2563 [สืบค้นเมื่อ 30 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://dcd.hss.moph.go.th/web/attachments/article/476/071220_100828.pdf
5. กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ปรับปรุงระบบปรับอากาศและระบายอากาศห้องทันตกรรมเพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19 เอกสารเลขที่ ก.44/เม.ย./63 [อินเทอร์เน็ต]. 22 พ.ค. 2563 [สืบค้นเมื่อ 30 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2020-05-22-1-20-52081364.pdf
6. กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ปรับปรุงระบบปรับอากาศและระบายอากาศห้องทันตกรรมเพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19 เอกสารเลขที่ ก.45/เม.ย./63 [อินเทอร์เน็ต]. 4 มิ.ย. 2563 [สืบค้นเมื่อ 30 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2020-06-04-1-20-52081444.pdf
7. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Guidance for Dental Settings During the COVID-19 .2020 May 3 [สืบค้นเมื่อ 2021 Aug 30]. แหล่งข้อมูล: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/dental-settings.html>
8. วุฒิไกร กันทะสอน. การศึกษาคุณภาพอากาศภายใน กรณีศึกษา: โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2551. 73 หน้า
9. World Health Organization. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions [Internet]. 2020 July 9 [สืบค้นเมื่อ 2021 Aug 30]. แหล่งข้อมูล: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>

ผลของการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่องการใช้ SOS Score ต่อการปฏิบัติการประเมิน SOS Score ในผู้ป่วย Sepsis โรงพยาบาลหนองคาย

Effects of participatory knowledge on the use of SOS Score on SOS Score assessment practices in Sepsis patients Nong Khai Hospital.

(Received: December 23,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ลิกิจ โหระฤทธิ์¹ มนฤดี ชัยหาทัพ¹
Likit Horarit¹ Manarudee Chaiyahatup¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่อง Sepsis ต่อความรู้ของพยาบาล การใช้ SOS Score ในประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม จำนวน 4 หน่วยงาน รวมพยาบาลทั้งหมดจำนวน 82 คน โดยแบ่งหน่วยงานออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ซึ่งการแบ่งกลุ่มทำโดยวิธีการสุ่มแบบจับฉลาก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบวัดความรู้เรื่อง Sepsis และแบบประเมินการใช้ SOS Score ในประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ของพยาบาล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธี อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.61 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้พยาบาลทำแบบวัดความรู้เรื่อง Sepsis ก่อนและหลังการทดลอง และผู้วิจัยบันทึกแบบประเมินการใช้ SOS Score ในประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ของพยาบาล และอัตราการรายงานแพทย์ของพยาบาลเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีคะแนน SOS Score ≥ 5 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 พฤศจิกายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired samples t-test , Independent samples t-test และ Chi-square

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.54 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.73 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้ SOS score ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้ SOS score ร้อยละ 72.7 และ 89.8 ตามลำดับ การปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ร้อยละ 14.1 และ 25 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม การใช้ SOS Score ผู้ป่วย Sepsis

Abstract

This study was Quasi-experiment Research aimed to study the effect of participatory education on Sepsis on nurses' knowledge on the use of SOS Score in patient assessment. Nurses' compliance with the Bundle Sepsis. Sample groups include: Professional nurses working in general medical wards in 4 units, totaling 82 nurses, divided into 2 groups: control group and experimental group. The division into groups is done by drawing lots. The tools used in the research include: Sepsis knowledge test and SOS score assessment for patient evaluation Nurses' compliance with the Bundle Sepsis, which has been checked for content validity by experts and tested for reliability by means of Cronbach's alpha was equal to 0.61. Data were collected by having nurses complete a knowledge test about Sepsis before and after the experiment. and the researcher recorded an evaluation form using the SOS Score to evaluate patients. Nurses' compliance with Bundle Sepsis and the nurse's reporting rate to doctors when it was found that a patient had an SOS Score >5 between October 1, 2023

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

- November 30, 2023. Data were analyzed using descriptive statistics, including number, percentage, mean, and deviation. Standard and inferential statistics include Paired samples t-test, Independent samples t-test and Chi-square.

The results of the research found that the knowledge score of the experimental group before the experiment had a mean of 14.54 and after the experiment had a mean of 15.73, which increased with statistical significance. The use of SOS score between the control group and the experimental group after The experimental results were significantly different. The control group and experimental group had an SOS score of 72.7% and 89.8%, respectively. The compliance with Bundle Sepsis between the control group and the experimental group after the experiment was significantly different. The control group and experimental group followed the Bundle Sepsis at 14.1% and 25%, respectively.

Keywords: Participation, use of SOS Score, Sepsis patients

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (severe sepsis) และ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) เป็นกลุ่มอาการการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis syndrome) ที่มีพยาธิสภาพซับซ้อนและคุกคามต่อชีวิตที่ส่งผลให้มีอัตราการตายสูงติดหนึ่งในห้าของอัตราการตายทั่วโลก (Husak, et al., 2010) จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี 2000-2008 พบผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นจาก 11.6 เป็น 24 ต่อผู้ป่วย 10,000 คน (Hall, et al., 2011) ในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2007 ในประเทศแคนาดาปี 2008-2009 ผู้ป่วยที่มีประเทศอังกฤษ ในช่วงปี 2001 – 2010 พบอัตราการตาย 4.7% เฉพาะ ปี 2010 อัตราการตายร้อยละ 5.1 (McPherson, et al., 2013) สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของ sepsis ประมาณ 75-150 รายต่อ 100,000 ประชากร หรือมากกว่า 5,000-10,000 รายต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 62-73.95 สำหรับโรงพยาบาลหนองคาย เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และรุนแรงโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรงและผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่ามีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิต จากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในปีงบประมาณ 2557-2559 ตามลำดับดังนี้ 1,422 (74.54%), 1,036(75%), 1,210 (77.60%)

ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ การได้รับการ

วินิจฉัยที่ล่าช้า การได้รับการรักษาออกหอดูแลผู้ป่วยวิกฤต การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้ากว่า 3 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การได้รับยาปฏิชีวนะไม่เพียงพอ และการมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ซึ่งปัจจุบันมีความก้าวหน้าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป รวมทั้งมีการกำหนดเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เน้นกระบวนการค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตตั้งแต่วะระยะเริ่มแรก (early detection) ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจนเพื่อหาสาเหตุของการติดเชื้อ มีการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและรวดเร็วภายในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มตรวจพบ โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย และหลังได้รับการส่งเลือดเพาะเชื้อ กำจัดแหล่งของการติดเชื้อในร่างกาย ดูแลให้มีการปรับการไหลเวียนโลหิตให้คงที่โดยการบริหารสารน้ำและยาตีบหลอดเลือด และให้การรักษาโดยเน้นการประคับประคองไม่ให้เกิดความล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ และด้วยเทคโนโลยีด้านกรดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น (Dellinger et al., 2008) โดยมีเป้าหมายให้อัตราตายลดลง และพบว่าปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตดังกล่าว สามารถกำหนดเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบโดยทีมสหสาขาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพโดยเร็ว ซึ่งพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24

ชั่วโมง สามารถเป็นแกนกลางของการสื่อสารและประสานงานกับบุคลากรต่าง ๆ ในทีมทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนได้ (นาตยา คาสว่าง , ปัญญา เกื้ออนต์วงศ์, และ พรพิศ ศรีบุพชาติสกุล, 2552; Carter, 2007; Pichard, O'Donoghue, Young-Kershaw, & Russel, 2006; Smeltzer, 2011; Tromp et al., 2010อ้างใน จีราพรธน์ อันบุร, 2555:2) และยังสามารถค้นหาอาการตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่บ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อในกระแสโลหิต และประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยเร็ว และรายงานอาการเมื่อผู้ป่วยมีความผิดปกติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีซึ่งจะสามารถลดความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลว และการเสียชีวิตที่ตามมา แต่ด้วยภาระงานที่มากของเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยที่มารับบริการหลากหลายประเภท มีอาการตั้งแต่เบาจนถึงขั้นรุนแรงทำให้อาจมีปัญหาในการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จนนำไปสู่ความผิดพลาด ที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ จากงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง จนเสียชีวิตในโรงพยาบาลมีมากกว่าร้อยละ 50 เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งเหมือนเป็นอาการบ่งบอกถึงภาวะอันตรายของผู้ป่วย สัญญาณเตือนนั้นไม่สามารถส่งต่อไปยังทีมแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยได้ก่อให้เกิดความสูญเสีย ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่จะแก้ไขปัญหานี้ในส่วนนี้เรียกว่า Early warning score (EWS) หรือคะแนนแจ้งสัญญาณเตือนอันตราย ถูกคิดค้นขึ้นจากการนำค่าสัญญาณชีพ ข้อมูลความรู้สึกตัว และปริมาณปัสสาวะของผู้ป่วย นำมาคิดเป็นคะแนน เพื่อใช้ในการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยทุกราย ที่มีโอกาสทรุดลงในโรงพยาบาล โดย สามารถปฏิบัติงานได้ง่าย และไม่เพิ่มภาระงานมากเกินไป จาก Early warning score ได้กลายมาเป็น Modified Early Warning Scores (MEWS) และถูกพัฒนาเป็น SOS Score เพื่อให้เข้ากับบริบทการทำงานมากยิ่งขึ้น

โรงพยาบาลหนองคายมีการใช้ SOS score (search out severity score) มาช่วยในการประเมินและค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะ sepsis ในระยะเริ่มต้นเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต โดยได้ดำเนินการมาประมาณ 8 ปี ผลการจากการติดตามพบว่า อัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยไม่ลดลงทำให้ผู้วิจัยไปศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ SOS Score ในการ Early warning sign ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ SOS Score ในการ Early warning sign ของพยาบาลวิชาชีพ คือความรู้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษาดังกล่าวมาทำการศึกษาต่อโดยผู้วิจัยต้องการศึกษา ผลของการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่องการใช้ SOS Score ต่อการปฏิบัติการประเมิน SOS Score ในผู้ป่วย การปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ของพยาบาล ซึ่งสำนักพัฒนาสุขภาพจิต(1998) ให้ความหมายของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ไว้ว่า เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เกิดมาจากความเชื่อที่ว่า การเรียนรู้ของเราเป็นกระบวนการสร้างความรู้ด้วยตัวของผู้เรียนเอง โดยมีวิทยากรหรือผู้สอนจัดกระบวนการเรียนการสอนที่เอื้ออำนวยให้เกิดการสร้างความรู้มากกว่าการถ่ายทอดความรู้จากวิทยากรสู่ผู้เรียนแต่เพียงอย่างเดียว ดังนั้น กระบวนการสร้างความรู้จึงต้องอ้างอิงจากประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นฝ่ายกระทำอันจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง (พลวัตรของการเรียนรู้) การเรียนรู้ลักษณะนี้จึงย้าถึงลักษณะทางสังคมของการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองและระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง โดยอาศัยการแสดงออกทางได้แก่ การพูดและการเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลังให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่อง Sepsis
2. เพื่อเปรียบเทียบการใช้ SOS Score ในการประเมินผู้ป่วย หลังให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่อง Sepsis ในกลุ่มที่ให้ความรู้ และกลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้
3. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ของพยาบาล หลังให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่อง Sepsis ในกลุ่มที่ให้ความรู้และกลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาผลของการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่องการใช้ SOS Score ต่อการปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ของพยาบาล ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง และอายุรกรรมรวม โรงพยาบาลหนองคาย ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่มคือ

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการวินิจฉัยโรค Pneumonia และหรือ Sepsis ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลหนองคาย ที่เข้ารับการรักษาในวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 พฤศจิกายน 2566
2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลหนองคาย ที่ปฏิบัติงานอยู่ใน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 พฤศจิกายน 2566

กลุ่มตัวอย่างคือ

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการวินิจฉัยโรค Pneumonia และหรือ Sepsis ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง และอายุรกรรมรวม และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง และอายุรกรรมรวม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 พฤศจิกายน 2566 เป็นกลุ่มควบคุม

2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการวินิจฉัยโรค Pneumonia และหรือ Sepsis ในหอผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง และอายุรกรรมรวม และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง และอายุรกรรมรวม ระหว่างวันที่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 พฤศจิกายน 2566 เป็นกลุ่มทดลอง โดยทำการศึกษาจากประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ (1.1) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานโรงพยาบาลหนองคายอย่างน้อย 1 เดือน (1.2) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบวัดความรู้เรื่อง Sepsis โดยเป็นข้อคำถามแบบแสดงความคิดเห็นจำนวน 20 ข้อ
2. แบบประเมินการใช้ SOS Score ในประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ของพยาบาล และอัตราการรายงานแพทย์ของพยาบาลเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีคะแนน SOS Score >5
3. โปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มโดยมีรายละเอียดดังนี้
 - 3.1 แนะนำตัวผู้ดำเนินกิจกรรม และแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำงาน
 - 3.2 ให้ความรู้ด้านวิชาการเรื่องการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และ แบบประเมิน SOS Score
 - 3.3 ให้ข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของการดูแลผู้ป่วย Sepsis ของโรงพยาบาลหนองคาย ใน 1 ปีที่ผ่านมา และให้ข้อมูลรายละเอียดการปฏิบัติตาม Bundle Sepsis และอัตราการเสียชีวิตของหอผู้ป่วย ใน 1 เดือนที่ผ่านมา
 - 3.4 ให้สมาชิกคิดทบทวนข้อมูลที่ผู้ทำกลุ่มแจ้งและร่วมกันเสนอปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วย Sepsis ในหอผู้ป่วย แล้วเอาปัญหาที่ได้ทั้งหมดมาเรียงลำดับ 1,2,3...

3.5 แจกกระดาษให้สมาชิกกลุ่มทุกท่านลงข้อมูลความคิดเห็นจากปัญหาที่กลุ่มเสนอมาทั้งหมดให้ทุกคนให้คะแนน 2 หัวข้อ

3.5.1 ปัญหาที่มีความสำคัญและมีความยุ่งยากโดยมีระดับคะแนนคือ

- 5 มีความสำคัญและมีความยุ่งยากมากที่สุด
- 4 มีความสำคัญและมีความยุ่งยากมาก
- 3 มีความสำคัญและมีความยุ่งยากปานกลาง
- 2 มีความสำคัญและมีความยุ่งยากน้อย
- 1 มีความสำคัญและมีความยุ่งยากน้อยที่สุด

3.5.2 สามารถแก้ปัญหาได้ระดับใด โดยมีระดับคะแนนคือ

- 5 สามารถแก้ปัญหาได้ง่ายที่สุด
- 4 สามารถแก้ปัญหาได้ง่ายมาก
- 3 สามารถแก้ปัญหาได้ง่ายปานกลาง
- 2 สามารถแก้ปัญหาได้ยาก
- 1 สามารถแก้ปัญหาได้ยากที่สุด

3.6 นำปัญหาทั้งหมดมาจัดลำดับการให้คะแนนความสำคัญและความยุ่งยาก และคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหา โดยปัญหาที่มีคะแนนสูงที่สุดจะได้รับแก้ไขก่อน

3.7 ให้กลุ่มช่วยกันออกความคิดเห็นวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละปัญหาที่มีคะแนนสูงสุดก่อน

3.8 ให้ทุกคนในกลุ่มร่วมกันสัญญาว่าจะช่วยกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย Sepsis และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลง

3.9 มีการบันทึกกิจกรรมทั้งหมดไว้ให้สมาชิกกลุ่มได้อ่านเพื่อทบทวนปัญหาและทบทวนกิจกรรม

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการให้ความรู้ที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content

Validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.91 แล้วนำไปปรับปรุงตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่า มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงหน่วยงานแผนกอายุรกรรมเพื่อขออนุญาตทำกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่อง Sepsis ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง และอายุรกรรมรวม และเก็บข้อมูลความรู้เรื่อง Sepsis การปฏิบัติการประเมิน SOS Score ในผู้ป่วย การปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ของพยาบาล ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง และอายุรกรรมรวม

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมโครงการวิจัยโดยใช้สถิติ จำนวน และร้อยละ
2. ผู้วิจัยนำผลการทำ Pre-test และ Post-test มาเปรียบเทียบกันใช้สถิติ จำนวน และร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired samples t-test
3. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบประเมินการปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ของพยาบาล และติดตามอัตราการรายงานแพทย์ของพยาบาลเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีคะแนน SOS Score ≥ 5 มาเปรียบเทียบก่อนและหลังการทำกิจกรรมกลุ่ม ใช้สถิติ จำนวน และร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent samples t-test และ Chi-square

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่ม

ตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 97.83 และ 88.89, อายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 30 ปี ประสิทธิภาพการทำงานของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี ประสิทธิภาพทำงานต่ำกว่า 3 ปี

2. ความรู้เรื่อง Sepsis ผลการทดลองพบว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.54 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.73 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	SD	t	p
ก่อนทดลอง	14.54	2.114	-3.835	.000
หลังทดลอง	15.73			

ผลการทดลองพบว่าคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน โดยคะแนนความรู้ก่อนทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 14.83 และ 14.54 ตามลำดับ

หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน โดยคะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 15.86 และ 15.73 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	SD	t	p
ก่อน	กลุ่มควบคุม	14.83	1.444	.863	.391
	กลุ่มทดลอง	14.54	1.559		
หลัง	กลุ่มควบคุม	15.86	1.55	.377	.707
	กลุ่มทดลอง	15.73	1.37		

3. การใช้ SOS Score ในการประเมินผู้ป่วย ผลการทดลองพบว่า การใช้ SOS score ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้ SOS

score ร้อยละ 53.1 และ 54.7 ตามลำดับ หลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้ SOS score ร้อยละ 72.7 และ 89.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบร้อยละการใช้ SOS score ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

กลุ่ม	ตัวแปร	ร้อยละ		x ²	df	p
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง	SOS score			.016	1	.802
	ใช้	68(53.1)	70(54.7)			
	ไม่ใช้	60(46.9)	58(45.3)			
หลังการทดลอง	SOS score			12.410	1	.000
	ใช้	93(72.7)	115(89.8)			
	ไม่ใช้	35(27.3)	13(10.2)			

4. การปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ผลการทดลองพบว่า การปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองปฏิบัติตาม

Bundle Sepsis ร้อยละ 14.1 และ 10.9 ตามลำดับ หลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ร้อยละ 14.1 และ 25 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การใช้ Bundle Sepsis ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ตัวแปร	ร้อยละ		x ²	df	p
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง	Bundle Sepsis			1.110	3	.775
	ปฏิบัติ	18(14.1)	14(10.9)			
	ไม่ปฏิบัติ	12(9.4)	15(11.7)			
	ไม่จำเป็น	38(29.7)	42(32.8)			
	ไม่ทำ	60(46.9)	57(44.5)			
หลังการทดลอง	Bundle Sepsis			19.416	3	.000
	ปฏิบัติ	18(14.1)	32(25)			
	ไม่ปฏิบัติ	17(13.3)	8(6.3)			
	ไม่จำเป็น	58(45.3)	75(58.6)			
	ไม่ทำ	35(27.3)	13(10.2)			

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.54 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.73 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้ SOS score ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้ SOS score ร้อยละ 72.7 และ 89.8 ตามลำดับ

การปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองปฏิบัติตาม Bundle Sepsis ร้อยละ 14.1 และ 25 ตามลำดับ การรายงานแพทย์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการรายงานแพทย์ร้อยละ 14.1 และ 25

ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากได้จัดเตรียมทำเอกสารความรู้ เอกสารข้อมูลการปฏิบัติงาน อัตราการปฏิบัติของ พยาบาลต่อการปฏิบัติการประเมิน SOS Score และการ ปฏิบัติตาม Bundle Sepsis และข้อมูลอัตราการรายงาน แพทย์ของพยาบาลเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีคะแนน SOS Score >5 โปรแกรมการให้ความรู้มีส่วนร่วมเรื่อง Sepsis^{3,4} ในการทำกิจกรรมกลุ่ม 2 โดยที่ ครั้งที่ 1 ตาม รายละเอียดในโปรแกรมการทำกลุ่ม ครั้งที่ 2 ติดตาม การแก้ไขปัญหาที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 และร่วมกันสรุปปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น หลังจากการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1^{6,8}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่ทำให้ เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด รวมถึงการป้องกัน

2. จัดทำแนวทางการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสม ทั้งชนิดยา และระยะเวลาในการให้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่รุนแรง

3. ควรมีการนิเทศติดตามการใช้ SOS score การปฏิบัติตาม Bundle sepsis ของพยาบาลทั่วทั้ง องค์การอย่างต่อเนื่อง

4. เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย Sepsis มีความสำคัญ คือ ต้องค้นหาผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการได้เร็ว และรักษาให้ ทัน จึงจะลดการเสียชีวิตลงได้ ดังนั้นควรมีการศึกษา เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยต่อ ใช้ SOS score การปฏิบัติตาม Bundle sepsis ของพยาบาล และการรายงานแพทย์ทันที เมื่อพบผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ Sepsis

เอกสารอ้างอิง

1. กนก พิพัฒน์เวช. “การรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวทางที่กำหนดในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์: เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิต.” *วารสารร่วมโรค โรงพยาบาลทรงวงและเวชบำบัดวิกฤติ*. 29 (กรกฎาคม-กันยายน 2551), 242-251.
2. กรมสุขภาพจิต. คู่มือฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. 2544. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร:วงศกมลโปรดักชั่น.
3. จีราพรรณ อันนุรี, นิตยา พงษ์ประมุข, พิไลพร ลักษณะภิรมย์, สุชาติ ทาโคตร, วิภาวี นิลชิต, ณัฐพล บ่อน้อย, และคณะ. (2555) *แนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามการบำบัดตามเป้าหมายตั้งแต่เริ่มแรกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต*. กาแพงเพชร: กลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลกาแพงเพชร
4. นาดยา คำสว่าง, ปัญญา เกื้อณดั่ง, และ พรพิศ ตริบุพชาติสกุล. (2552). ผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวเวชปฏิบัติหลังใช้ระบบพยาบาลผู้ประสานงาน. *พุทธชินราชเวชสาร*, 26(1), 29-36.
5. เพ็ญศรี อุ่นสวัสดิพงษ์. (2553). *ผลของกิจกรรมพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรกต่อความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ SEPSIS*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. สถาบันส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. การจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. 2544. เชียงใหม่: เชียงใหม่ บี เอส การพิมพ์.
7. สมพร ศรีทันดร. (2556). *การพัฒนากระบวนการปฏิบัติการพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรังสิต.
8. สุตจิต ผ่าไทย. (2556). *การจัดการความรู้ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
9. สุรัตน์ ทองอยู่ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2554). ในสุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์ และดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร.(2554). *แนวทางการวินิจฉัยและคัดกรองผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ Severe sepsis/septic shock*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. หน้า 6-7.
10. สุรัตน์ ทองอยู่. (2553). Central venous pressure. ใน เอกกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และ ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤตพื้นฐาน* (หน้า 71-90). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

11. Annane, D., Aegerter, P., Jars-Guinestre, M. C., & Guidet, B. (2003). Current epidemiology of septic shock: The CUB Rea Network. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 168, 165-172.
12. Annane, D., Bellissant, E., Bollaert, P. E., Briegel, J., Confalonieri, M., De Gaudio, R., et al. (2009). Corticosteroids in the treatment of severe sepsis and septic shock in adults: Asystematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 301(22), 2362-2375.
13. Carter, C. (2007). Implementing the severs sepsis cae bundles outside the ICU by outreach. *British Association of Critical Care Nurses*, 12(5), 225-230.
14. Claessens, Y. E., & Dhainaut, J. F. (2007). Diagnosis and treatment of severe sepsis. *Critical Care*, 11(Suppl. 5), S2.
15. David Kolb(1984) Kolb's Learning Styles and Experiential Learning Cycle ,38. From <http://www.simplypsychology.org/learning-kolb.htm/>
16. Dellinger R.P., et al. "Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe sepsis and Septic shock: 2008." *Crit Care Med*. 36 (January 2008) : 296-327.
17. Kleinpell, R. M., Graves, B. T., & Ackerman, M. H. (2006). Incidence, pathogenesis, and management of sepsis. *American Association of Colleges of Nursing Advanced Critical Care*, 17(4), 385-393.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะ
เมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร

The relationship between health literacy and lifestyle patterns of public health personnel
with metabolic syndrome, Lamae District, Chumphon Province.

(Received: December 23,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

สุธีรา ศรีกาญจน์¹ นิชากร เพ็ชรสกุล¹ วิษณุ อนิลบล² มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์³
Sutheera Srikarn¹ Nichakorn Pempornsakul¹ Witsanu Aninlabon² Monthipa Taptaemtut³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์คือศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร จำนวน 35 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามที่ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการตรวจร่างกายและประเมินสุขภาพแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมร้อยละ 85.72 มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ ด้านการเข้าใจข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงสูงร้อยละ 51.43 และด้านการบริโภคอยู่ในระดับมีความเสี่ยงต่ำร้อยละ 34.29 นอกจากนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตทั้งด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาและการป้องกันโรค และสุขภาพโดยรวม ยกเว้นด้านการจัดการความเครียดที่มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r=0.396$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.018$) ซึ่งสรุปได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขควรปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพไม่ให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: เมตาบอลิกซินโดรม ความรู้ด้านสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to investigate the relationship between health literacy and lifestyle patterns of public health personnel with metabolic syndrome at Lamae District, Chumphon Province. Thirty-five medical workers with metabolic syndrome were enrolled. Research tools included personal information form, lifestyle assessment form, physical examination and health assessment records, health literacy assessment and lifestyle patterns.

The study revealed that 85.72 % of the public health personnel with metabolic syndrome had a very good level of health knowledge, data understanding, and access to health information and services. Among the lifestyle patterns, 51.43 % of them had the high risk level in exercise pattern, whereas a low risk level in consumption pattern was found in 34.29 %. In addition, health literacy level was not related to any lifestyle pattern such as consumption, exercise, smoking, drinking alcohol, medication use, disease prevention and overall healthcare, except for stress management that showed a low correlation level ($r=0.396$) with statistical significance ($p=0.018$). Conclusion, that public health personnel should adjust their health lifestyles patterns to prevent increased risk.

Keywords: Metabolic syndrome, health literacy, lifestyle patterns.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลละแม

² นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลละแม

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละแม

บทนำ

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาแนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคไตวาย¹ จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 ซึ่งบูรณาการโครงการสำรวจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพหรือดื่มสุรา พฤติกรรมการบริโภค กิจกรรมทางกาย และการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 17.4 อัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 28.0 ความถี่ในการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เครื่องดื่มบรรจุขวด กลุ่มอาหารแปรรูปจากเนื้อสัตว์ และกลุ่มอาหารไขมันสูง ร้อยละ 14.3, 9.0 และ 8.2 ตามลำดับ ส่วนการสำรวจผู้ที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 57.5 และด้านสัดส่วนของระดับสุขภาพจิตในแต่ละเกณฑ์ พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีมีสัดส่วนผู้ที่มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป² ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยน้อยหรือมีไขมันสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุง³ โดยภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) หรือภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย มีผลทำให้พบความผิดปกติของระดับไขมันและระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน รวมถึงมีการอักเสบของหลอดเลือดและส่งผลให้เกิดลิ้มเลือด เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด^{4,5} โดย การเกิดภาวะอ้วนลงพุงจะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นและพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁶ พบว่าผู้มีน้ำหนักเกิน มีกลุ่มอาการเมตาบอลิกสูงกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ โดยมีภาวะอ้วนลงพุง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีอัตราสูงกว่าผู้ป่วยน้ำหนักปกติ⁷ พบความชุกของภาวะอ้วน (Body mass index หรือ BMI ≥ 25 กิโลกรัม/เมตร²) ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ

42.2 ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงในเพศชาย (รอบเอว มากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร) ร้อยละ 27.7 และในเพศหญิง (มากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร) ร้อยละ 50.4⁸

กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหลักด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P Excellence) ระบบบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน การดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนแผนงานและนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคลงสู่ระดับพื้นที่⁹ และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ^{10,11} โดยยุทธศาสตร์สาธารณสุข มุ่งเป้าหมายให้ประชาชนและชุมชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของประชาชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน มุ่งเน้นความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส¹² แต่จากการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนพบว่ายังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพ โดยความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.4 ของประชาชนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านสูบบุหรี่ และด้านการดื่มสุรา¹ สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ด้านความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยพบว่าร้อยละ 50 ของคนไทยมีความรู้ด้านสุขภาพไม่ดีเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ สูบบุหรี่ และสุรา¹³ ซึ่งมีการศึกษาที่แสดงว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น พฤติกรรมสุขภาพจะดีขึ้น เมื่อคุณคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม พบว่าร้อยละ 73.81 อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-80 ของคะแนน

เต็ม) มีค่าเฉลี่ย 48.04 อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อดูแต่ละองค์ประกอบย่อยทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ¹⁴ ประเด็นความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ด้วยเช่นกัน¹⁵

การที่ประชาชนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ยังสามารถสะท้อนได้ว่าระบบบริการและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพมีความซับซ้อนเกินกว่าที่ประชาชนจำนวนหนึ่งจะสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ การให้ความสำคัญส่งเสริมความรู้ของประชาชนทั่วไป โดยผ่านกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้รับบริการ และให้ความสนใจตระหนักถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการเสมอ¹ การคำนึงถึงปัจจัยภายในและภายนอกที่สำคัญ และส่งผลต่อระบบสุขภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย การเกิดโรคอุบัติใหม่ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องลดการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ เพื่อเพิ่มอายุขัยเฉลี่ยของคนไทย โดยการส่งเสริมให้คนไทยมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลตนเองและคนในครอบครัวได้¹⁵ มีข้อเสนอแนะว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย โดยใช้กระบวนการต่างๆ สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพประชาชนและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นได้¹⁶ นอกจากนี้ผู้บริหารมีบทบาทเป็นผู้นำองค์กรที่ต้องประพฤติตนเป็นตัวอย่างให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติตาม การมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้น่าจะไม่เพียงพอ จึงควรผลักดันให้ทุกคนในองค์กรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีด้วย^{14,15} ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข

ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอละแม จังหวัดชุมพร การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.2^{17,18} โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือบุคลากรสาธารณสุขที่มีอายุ 20-59 ปี และมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เข้าเกณฑ์ประเมินตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เกณฑ์ประเมินของสหพันธ์เบาหวานโลก (International Diabetes Federation หรือ IDF)¹⁹ ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าต้องมีภาวะอ้วนลงพุง (คือการมีเส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตรในเพศชาย และมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง) ร่วมกับความผิดปกติทางภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอีกอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือ มีระดับไขมันเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย ต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง และ/หรือ มีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 มิลลิเมตรปรอท (ค่าใดค่าหนึ่งผิดปกติถือว่าเข้าเกณฑ์) และ/หรือ มีระดับน้ำตาลใน

เลือดขณะอดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นเครื่องมือแบบสอบถามที่ขออนุญาตใช้เครื่องมือจากผู้พัฒนา²⁰ แบ่ง ออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการตรวจร่างกายและประเมินสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส แผนกที่ปฏิบัติงาน ความเจ็บป่วยของญาติสายตรง โรคประจำตัว การรักษา การกินยา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ รวมคำถามจำนวน 16 ข้อ กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คำนวณแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale)²¹ ประเมินคำตอบโดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว และแปลผลเป็นระดับคะแนนรวม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล แยกเป็นแต่ละด้าน ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมคำถามจำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ประมาณค่า 5 ระดับ สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต²¹ ประเมินคำตอบโดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว และแปลผลเป็นระดับคะแนนรวม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การวัดความตรง (Validity) โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item object congruence: IOC) และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) และปรับแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของ

ผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการตรวจสอบได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และค่า CVI เท่ากับ 0.82 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือต่อไป การวัดความเที่ยง (Reliability) คำนวณด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายในของมาตร (Internal consistency reliability) แบบครอนบาค (Cronbach's alpha formula) เป็นการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (Coefficient of reliability) และวัดความเที่ยง โดยการทดสอบแบบสอบถาม (Try out) ในประชากรกลุ่มที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมจำนวน 30 คนในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา แต่ไม่ใช่กลุ่มที่ได้รับคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้และคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ผลการตรวจประเมินสุขภาพ ระดับความรู้ด้านสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis statistics) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขอหนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ 055/2566

ผลการศึกษา

ผลการประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะเมแทบอลิซึมผิดปกติ พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 85.71 เพศชายร้อยละ 14.29 ส่วนใหญ่ร้อยละ 28.57 มีอายุระหว่าง 50-54 ปี รองลงมาคือร้อยละ 25.71 มีอายุ 55-59 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 54.28 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.00 ปฏิบัติงานฝ่ายบริหารร้อยละ 31.43 รองลงมาคือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อยละ 20.00 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของญาติสายตรงร้อยละ 91.43 การมีโรคประจำตัวร้อยละ 85.71 มีไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ 68.57 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 37.14 โรคเบาหวานร้อยละ 28.57 มีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 14.29 ปัญหาเส้นเลือดสมองร้อยละ 11.43 รับการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 83.34 กินยารักษาโรคร้อยละ 70.00 ผลการตรวจประเมินสุขภาพพบว่าเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่คือร้อยละ 91.43 มีดัชนี

มวลกายในระดับอ้วน ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 29.22 กิโลกรัม/เมตร² ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ร้อยละ 91.43 รองลงมาคือระดับความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์ร้อยละ 68.57 ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงผิดปกติร้อยละ 57.14 และระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลผิดปกติร้อยละ 48.57

ผลการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 71.43 โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.12 คะแนน เมื่อแยกเป็นแต่ละด้าน พบว่าร้อยละ 85.72 มีความรู้ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.27 และ 4.19 คะแนน ตามลำดับ รองลงมาคือด้านการตัดสินใจใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 82.86 และ 77.15 ตามลำดับ โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.09 และ 3.95 คะแนน ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

ความรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย (mean ± SD)	จำนวนของระดับ (ร้อยละ)			
		ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.19 ± 0.81	30 (85.72)	0 (0)	3 (8.57)	2 (5.71)
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.27 ± 0.78	30 (85.72)	2 (5.71)	1 (2.86)	2 (5.71)
การตัดสินใจใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.09 ± 0.80	29 (82.86)	1 (2.86)	2 (5.71)	3 (8.57)
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.95 ± 0.85	27 (77.15)	4 (11.43)	2 (5.71)	2 (5.71)
ความรู้ด้านสุขภาพรวม	4.12 ± 0.74	25 (71.43)	7 (20.00)	1 (2.86)	2 (5.71)

ผลการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2) พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 45.71 มีแบบแผนการดำเนินชีวิตรวมอยู่ในระดับไม่มีความเสี่ยง รองลงมาคือร้อยละ 34.29 อยู่ในระดับมีความเสี่ยงต่ำ เมื่อศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตแต่ละด้านพบว่าส่วนใหญ่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตการ

จัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยาอยู่ในระดับไม่มีความเสี่ยงร้อยละ 88.57, 88.57, 80.00 และ 71.43 ตามลำดับ ด้านการบริโภคส่วนใหญ่คือร้อยละ 34.29 อยู่ในระดับมีความเสี่ยงต่ำ ในขณะที่ด้านการออกกำลังกายส่วนใหญ่คือร้อยละ 51.43 อยู่ในระดับมีความเสี่ยงสูง

ตารางที่ 2 ผลการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

แบบแผนการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย (mean \pm SD)	จำนวนของระดับความเสี่ยง (จำนวน/ร้อยละ)			
		สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ไม่มี
การบริโภคอาหาร	3.57 \pm 0.59	4 (11.43)	10 (28.57)	12 (34.29)	9 (25.71)
การออกกำลังกาย	2.67 \pm 0.85	18 (51.43)	7 (20.00)	8 (22.86)	2 (5.71)
การจัดการความเครียด	4.57 \pm 0.78	1 (2.86)	2 (5.71)	1 (2.86)	31 (88.57)
การสูบบุหรี่	4.45 \pm 1.01	2 (5.71)	2 (5.71)	3 (8.58)	28 (80.00)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4.57 \pm 0.95	1 (2.86)	1 (2.86)	2 (5.71)	31 (88.57)
การैयाและการป้องกันโรค	4.11 \pm 0.62	3 (8.58)	2 (5.71)	5 (14.28)	25 (71.43)
การมีส่วนร่วม	2.14 \pm 0.48	8 (22.86)	6 (17.14)	11 (31.43)	10 (28.57)
แบบแผนการดำเนินชีวิตรวม	3.56 \pm 0.39	1 (2.86)	6 (17.14)	12 (34.29)	16 (45.71)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 3) พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r=0.396$)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.018$) ส่วนแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านอื่นๆ ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การैयाและการป้องกันโรค และสุขภาพโดยรวม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพเลย

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (n=35)

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
แบบแผนการดำเนินชีวิตรวม	0.318	0.063	ไม่มีความสัมพันธ์
แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบริโภค	0.189	0.276	ไม่มีความสัมพันธ์
แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกาย	0.162	0.351	ไม่มีความสัมพันธ์
แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการจัดการความเครียด	0.396*	0.018	ระดับต่ำ
แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการสูบบุหรี่	0.147	0.400	ไม่มีความสัมพันธ์
แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0.285	0.097	ไม่มีความสัมพันธ์
แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการैयाและการป้องกันโรค	0.163	0.350	ไม่มีความสัมพันธ์

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 50–59 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาในระดับที่สูงถึงปริญญาตรี ปฏิบัติงานฝ่ายบริหาร ซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะนั่งทำงานคอมพิวเตอร์และเอกสารมากกว่างานที่ใช้พลังงานร่างกาย มีญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตนเองมีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาเส้นเลือดสมอง มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ต้องรับการรักษาโรคและกินยารักษาโรคดังกล่าว ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ ประวัติโรคไขมันในเลือดสูงของคนในครอบครัวและกิจกรรมทางกาย

ผลการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ทั้งด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ รองลงมาคือด้านการตัดสินใจใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข จึงเป็นกลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนพบว่ายังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมส่วนใหญ่คือร้อยละ 59.4 ของประชาชนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ¹ สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยพบว่าร้อยละ 50 ของคนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดี¹³

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการจัดการ

ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยาอยู่ในระดับไม่มีความเสี่ยงร้อยละ 71.43-88.57 (ตารางที่ 2) ส่วนด้านการบริโภคส่วนใหญ่ร้อยละ 34.29 อยู่ในระดับมีความเสี่ยงต่ำ ในขณะที่แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกายส่วนใหญ่คือร้อยละ 51.43 อยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงสูง สอดคล้องกับผลการตรวจประเมินสุขภาพ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วนสูงถึงร้อยละ 91.43 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 29.22 กิโลกรัม/เมตร² เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 100.00 มีระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ และระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลสูงเกินเกณฑ์หรือผิดปกติร้อยละ 48.57-91.43 ซึ่งเหล่านี้ล้วนเป็นอาการแสดงของภาวะอ้วนลงพุงตามเกณฑ์ประเมินของกระทรวงสาธารณสุข และทุกข้อของเกณฑ์ดังกล่าวเกิดขึ้นจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อาจเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภค การทำงานที่เร่งรีบ ไม่มีเวลา และต้องการความสะดวกรวดเร็วในการรับประทานอาหาร ผลการวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหารนี้ เป็นไปตามงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับเสี่ยงมาก โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องของการเติมเครื่องปรุง รองลงคือการรับประทานอาหารประเภททอด ผัด และอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง²² และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มที่เกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเกิดจากการใช้ชีวิตอย่างไม่เหมาะสม มีการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง ทำให้ร่างกายได้รับพลังงานจากสารอาหารมาก และใช้พลังงานในชีวิตประจำวันน้อยลง ใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ ไม่ค่อยออกกำลังกาย พลังงานส่วนเกินจึงถูกสะสมอยู่ในรูปของเนื้อเยื่อไขมันที่พอกพูนอยู่ในช่องท้อง รวมทั้งส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ส่งผลให้เกิดความผิดปกติอื่นๆ ตามมาอย่างต่อเนื่อง²³ และพบว่าผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกายถึงร้อยละ 62.6²⁵ ส่วนใหญ่กลุ่มที่เกิด

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเกิดจากการใช้ชีวิตอย่างไม่เหมาะสม ใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ ไม่ค่อยออกกำลังกาย ใช้พลังงานในชีวิตประจำวันน้อยลง²⁶ มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติทั้งในการทำงาน การเดินทาง หรือนันทนาการน้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 49.8 สถานที่ออกกำลังกายมีน้อย ไม่มีเวลา ภาระงานมาก ส่งผลต่อการออกกำลังกายน้อยลง²⁷ และสรุปการปฏิบัติตนส่วนใหญ่ไม่ดีด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา^{1,13}

การศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรู้ด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตพบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับความรู้ด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁸ การศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนพบว่ายังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัย

เสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพ โดยความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมส่วนใหญ่ร้อยละ 59.4 ของประชาชนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ สุขบุหรี และการดื่มสุรา¹ โดยมีการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น พฤติกรรมสุขภาพจะดีขึ้น เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม พบว่าร้อยละ 73.81 อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็ม) มีค่าเฉลี่ย 48.04 อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อดูองค์ประกอบย่อยทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจพบว่าทุกประเด็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ด้วยเช่นกัน¹⁴

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน รวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. วัชรพร เษยสุวรรณ. ความรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยธานี. 2560; 44(3): 183-197.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.สรุปผลสำหรับผู้บริหารสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรพ.ศ.2564. <https://www.trc.or.th/th/attachments/article/618/สถิติ%202564.pdf>. 192 หน้า
3. ละอองดาว คำซาดา, เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, อัมพรพรรณ ธีรานุต. โรคอ้วนลงพุง: สัญญาณอันตรายที่ต้องจัดการ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2561; 33(4): 386-395.
4. Grundy SM, Brewer JB, Cleeman JI, et al. Definition of metabolic syndrome: report of the National Heart, Lung and Blood Institute/ American Heart Association Conference on scientific. Issues related to definition. Circulation. 2014; 109: 433-438.
5. วราพรรณ วงษ์จันทร์. ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมวัยผู้ใหญ่: การจัดการตนเอง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; 19(ฉบับพิเศษ): 16-24.
6. กิตติคุณ ยิ่งยิม. (2559). ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. R&D Newsletter, 23(2), [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.gpo.or.th/Portals/6/Newsletter/>
7. ชนม์ชนก บุญสุข, จอม สุวรรณโณ. ความชุกของกลุ่มอาการเมตาบอลิกและชนิดปัจจัยเมตาบอลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่อ้วน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2562; 30(2): 94 -110.

8. วิชัย เอกพลาการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษากราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 2564.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560–2564. 2560; 190 หน้า.
10. World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, concepts and examples in the eastern Mediterranean region. Individual Empowerment Conference Working Document. The 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya; Author. 2009.
11. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2560.
12. กองสุศึกษา. แนวทางการดำเนินงานสุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo/>.
13. กองสุศึกษา. รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ปีงบประมาณ 2559. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2561]. เข้าถึง http://www.hed.go.th/news/3857.file:///C:/Users/Admin/Downloads/100320161639408186_news.pdf
14. พิทยา ไพบูลย์ศิริ. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561; 8(1): 97–107.
15. วิมล โรมา และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://164.115.27.97/digital/files/original/a6e73814efb58a07991c5be54b1498d1.pdf>.
16. รณนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, กมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564; 8(1): 250–262.
17. Heinrich Heine Universitat. G*Power Statistical Power Analysis for Mac and Windows. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbei-_tspsychologie/gpower
18. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร, ญาดา นภาพารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://so04.tci.thaijo.org>.
19. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. 2005.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก www.idf.org/e-library/consensus-statements/60-idfconsensus-worldwide-definition-of-the-metabolic-syndrome.
20. มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์. แบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละมั่ง จังหวัดชุมพร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2566; 6(1): 145–159.
21. Likert R. The method of constructing and attitude scale. In: Fishbein M. (Ed.). Reading in attitude theory and measurement. New York: Wiley & Son. 1967; 90-95.
22. นิชาธิย์ ใจคำวัง. พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากกะยาง จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2558; 3(2): 157-165.
23. มยุรี หอมสนิท. รู้ได้อย่างไร..อ้วนลงพุง. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/>.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรก ใน โรงพยาบาลหนองคาย

Results of the program to promote breastfeeding competency of mothers after first pregnancy cesarean section In Nong Khai Hospital.

(Received: December 24,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

สาธกา เรืองรัตนถาวร¹ ยูภาพร จิตรจักษ์¹
Sathaka Ruangrattanathaworn¹ Yupaporn Jitchak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pre-test post-test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรกในโรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรก อายุ 18-35 ปี ที่มาคลอดในหอผู้ป่วยพิเศษสูติเวช และหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย จำนวนทั้งหมด 30 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - พฤศจิกายน 2566 คัดเลือกแบบเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เครื่องมือ คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรก ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอนและสาธิตการอุ้มบุตร นำบุตรเข้าเต้านมดูนม การดูแลบุตร และแจกแผ่นพับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะในตนเองความเชื่อมั่นและมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ด้วยข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square

ผลการศึกษา พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรกมีคะแนนความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น โดยก่อนเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.033 (SD = 0.182) หลังเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 (SD = 0.434) มีความมั่นใจในความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นโดยก่อนเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.433 (SD = 0.504) หลังเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.7 (SD = 0.702) ส่วน และมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้นโดยก่อนเข้าโปรแกรมคะแนนพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.266 (SD = 0.52) หลังเข้าโปรแกรมคะแนนพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.666 (SD = 2.564) และการรับรู้สมรรถนะในตนเองเรื่องความเชื่อมั่นและมั่นใจสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P = .04)

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรก

Abstract

This research was quasi-experimental research one-group pre-test post-test design aimed to study the results of the program to promote breastfeeding competency of mothers after cesarean section in the first pregnancy. Nong Khai Hospital Sample group of mothers aged 18-35 years after cesarean section with first pregnancy who gave birth in the Suwan Special Ward. and the obstetrics and gynecology ward Nong Khai Hospital, total number of 30 people between October 2023 - November 2023. Purposefully selected and qualified according to the criteria. The tool is a program to promote competency in breastfeeding of mothers after first-time cesarean section. It consists of providing knowledge about breastfeeding. Teaching and demonstrating how to hold a child Bring your child to the breast to suckle, care for your child, and distribute breastfeeding pamphlets. Data were collected using a personal information questionnaire. Self-efficacy,

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

confidence and confidence in breastfeeding and breastfeeding behavior Statistical data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Chi-square statistics.

The results of the study found that mothers who had a cesarean section in their first pregnancy had increased confidence in breastfeeding. Before entering the program, the mean was 0.033 (SD = 0.182). After entering the program, the mean was 2.86 (SD = 0.434). Confidence in the ability to breastfeed increased. Before entering the program, the mean was 1.433 (SD = 0.504) after entering the program, the mean score was 2.7 (SD = 0.702) and had more breastfeeding behavior. Before entering the program, the mean breastfeeding behavior score was 10.266 (SD = 0.52). After entering the program, the score The mean breastfeeding behavior was 30.666 (SD = 2.564) and the self-efficacy perception of confidence and confidence in being able to breastfeed had a statistically significant effect on breastfeeding behavior. 0.05 (P = .04)

Keywords: Program to promote breastfeeding competency, Mother after first pregnancy cesarean section.

บทนำ

ปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานวิจัยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก 169 ประเทศ ตั้งแต่ ค.ศ. 2015 พบว่า ประเทศโดมินิกันมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงถึงร้อยละ 58.10 รองลงมาคือประเทศ บราซิลและอียิปต์ ร้อยละ 55.50 (Boerma, Ronsmans, & Melesse, 2018) ในขณะที่ประเทศไทยพบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในสถานพยาบาลของรัฐสูงถึงร้อยละ 30-50 และยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (การุณ เก่งสกุล, 2562) ซึ่งอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในประเทศไทยสูงเป็นอันดับสองของเอเชียรองจากประเทศจีน (ภิเศก ลุมพิกานนท์, 2561) ในขณะที่องค์การอนามัยโลกกำหนดเกณฑ์อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไว้ไม่ควรเกินร้อยละ 10-15 ซึ่งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการคลอดปกติ (WHO, 2020)

มารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องต้องเผชิญกับประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยในระหว่างการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การได้รับยาระงับความรู้สึกทำให้มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่ตื่นตัวหรือง่วงซึม ไม่สามารถ

ตอบสนองได้เต็มที่ส่งผลให้ทารกดูดนมครั้งแรกล่าช้า มารดามีอาการเหนื่อยล้าจากกรงดน้ำงดอาหารในระหว่างการผ่าตัดส่งผลกระทบทำให้มารดาไม่สามารถดูแลทารกได้ และภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมารดายังต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนปัสสาวะควาไว้ภายหลังผ่าตัด 1 วัน และมีอาการปวดแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งความเจ็บปวดและความไม่สบายที่เกิดขึ้นส่งผลให้มารดาทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้จำกัด ไม่สามารถให้ทารกดูดนมได้เต็มที่ อีกทั้งอาการปวดแผลผ่าตัดยังส่งผลให้มารดาเกิดความวิตกกังวล และความเครียด ส่งผลกระทบให้หลังฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin) ลดลง ทำให้การกระตุ้น การสร้างและการหลั่งน้ำนมล่าช้าส่งผลให้มารดาน้ำนมไหลช้า (พรนภา ตั้งสุขสันต์, 2554; กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และ อุษา เชื้อหอม, 2558) ปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะกลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

สำหรับประเทศไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) การรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพเด็กไทยทำให้ทราบสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย โดยสำนักสถิติ

แห่งชาติ พบว่า พ.ศ. 2555 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยในช่วงอายุ 0 - 1, 3 และ 6 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 30, 15, และ 12.3 ตามลำดับ ซึ่งสถิติดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสถิติจากองค์การอนามัยโลก ในปี 2555 ที่รายงานว่า ร้อยละ 15 ของสตรีไทยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน ในปัจจุบันมีเพียง 26 ประเทศทั่วโลกที่มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน เป็นไปตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก สำหรับประเทศไทยตามแผนเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2557 - 2559) ได้กำหนดเป้าหมายเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนร้อยละ 50 เมื่อพิจารณาสถิติและสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่าประเทศไทยยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (พรพิมล อาภาสสกุล, 2559) เนื่องจากปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีไทยที่ประเมินหรือรับรู้ไว้ว่าปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอจะมีความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ในระดับต่ำ และมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ที่ 6 สัปดาห์หลังคลอดต่ำ (Hill & Humanick, 1996 อ้างถึงใน โบว์ชมพู บุตรแสงดี และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของเดนนิส (Dennis, 2002) พบว่าความมั่นใจในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของมารดาถึงความไม่เพียงพอของปริมาณน้ำนมและเป็นสาเหตุที่ทำให้บุตรได้รับนมผสม

จากสถิติการผ่าตัดคลอดครั้งแรกย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่า การผ่าตัดคลอดครั้งแรก จำนวน 564, 565 และ 517 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 36.74, 37.74, และ 38.35 ตามลำดับ มารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรกอายุ 20 - 35 ปี จำนวน 369, 318 และ 312 คน คิดเป็นร้อยละ 64.53, 56.28 และ 60.34 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถิติการตั้งครรภ์ท้องแรกมีจำนวนมาก จากสถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยจนถึงทารกอายุ 6 เดือน ของ

โรงพยาบาลหนองคาย ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2564 - 2566 คิดเป็นร้อยละ 88.89, 94.58 และ 79.41 ตามลำดับ จึงเล็งเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้มารดามั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เกิดทักษะและสมรรถนะในการเลี้ยงลูก และมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถดูแลลูกได้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด ดังนั้น ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนวรรณกรรม และจัดทำวิจัยเรื่องนี้ขึ้นโดยการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในโรงพยาบาลหนองคาย โดยใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1991) นำมาบูรณาการด้วยการให้ความรู้เรื่องนมแม่ การสาธิตการอุ้มบุตร การนำบุตรเข้าเต้า และแจกแผ่นพับ เพื่อพัฒนาเรื่องการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เกิดแนวทางในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกเกิดทักษะและสมรรถนะในการเลี้ยงลูก และมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมาตรฐานการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สมมติฐาน

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมมีคะแนนความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนม มีพฤติกรรมและทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในโรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก อายุ 18-35 ปี ที่มาคลอดในโรงพยาบาลหนองคาย จำนวนทั้งหมด 30 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - พฤศจิกายน 2566 คัดเลือกแบบเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกที่มาคลอดและพักรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษสู่วัยและหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกที่มาคลอดและพักรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษสู่วัยและหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - พฤศจิกายน 2566 จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (Purposive sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก อายุ 18 – 35 ปี

2. มารดาคลอดครบกำหนด อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป โดยทารกมีความพร้อมในการดูดนมแม่ ได้แก่ Rooting reflex, Sucking reflex และ Swallowing และไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น

3. มีห้วงมปกติทั้งสองข้างไม่มีน้ำนมไหลก่อนคลอด หลังผ่าตัดคลอดน้ำนมไหลระดับคะแนน 0-1 และมีความตั้งใจว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4. เป็นมารดาและทารกที่อยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง (Rooming in)

5. เป็นมารดาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Spinal block) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอดและไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ติดเชื้อ HIV ใช้สารเสพติด มีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะตกเลือดหลังคลอดและให้เลือด ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น

6. BMI 24-30

7. สามารถอ่านภาษาไทยได้

8. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้เต็มเวลา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. มีข้อห้ามให้นมมารดาแก่ทารกแรกเกิด

2. มีภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอด

3. มีอาการของภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด คลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ โดยวิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบอ้างอิงขนาดอิทธิพลประชากรจากงานวิจัยของ ดาริน ด่านเทศ (2559) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทำงานนอกบ้านต่อเจตคติและความตั้งใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ โดยใช้

โปรแกรม G* power version 3.1 สำหรับการวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha=0.05$ และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ทำให้มีขนาดกลุ่มเป็น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

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

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในโรงพยาบาลหนองคาย โดยสร้างเครื่องมือจากแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1991) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาสภาพการณ์จริง เป็นการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัย และมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการเสริมสร้างพลังความเชื่อมั่นให้แก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก สะท้อนความรู้สึก ทบทวนปัญหา วางแผนในการดูแลจากประสบการณ์ของตนเอง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและมั่นใจลูกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น และเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ คือ การดำเนินการกระทำได้ด้วยตนเองในการจัดการดูแลตนเองและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง นำมาบูรณาการด้วยการให้ความรู้เรื่องนมแม่ การสาธิตการอุ้มบุตร การนำบุตรเข้าเต้า และแจกแผ่นพับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองความเชื่อมั่นและมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาประยุกต์ใช้ ตามบริบทของโรงพยาบาล มีทั้งหมด 10 ข้อ โดยให้คะแนนตามระดับคะแนน 1=ทำได้น้อย 2=ทำได้ปานกลาง 3=ทำได้ดี 4=ทำได้ดีมาก ผลรวมของคะแนน คะแนน 1 – 10 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำได้น้อย คะแนน 11 – 20 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำได้ปานกลาง คะแนน 21 – 30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำได้ดี คะแนน 31 – 40 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ทำได้ดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในโรงพยาบาลหนองคาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลเชี่ยวชาญนมแม่ 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมดังกล่าวมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาคัดเลือกตามจุดประสงค์

เครื่องมือที่มีคุณภาพค่า CVI ไม่ต่ำกว่า 0.80 ซึ่งจากการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 0.86 อยู่ การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองความเชื่อมั่นและมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หาความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .98, และ .93 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .86, และ .71 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และชี้แจงมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย จำนวนทั้งหมด 30 คน ประเมินก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสมรรถนะในตนเองตามโปรแกรม จากนั้นเก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่ได้จัดทำขึ้น ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - พฤศจิกายน 2566 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ระบุขอบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ข้อมูล ทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2. ระยะเวลาการนำโปรแกรมการเสริมสมรรถนะมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในการ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลหนองคาย มาใช้ โดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมจำนวนทั้งหมด 30 คน โดยการเสริมสมรรถนะในตนเองตามโปรแกรม ให้กำลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอนและสาธิตการอุ้มบุตร นำบุตรเข้าเต้านมดูดนม การดูแลบุตร และแจกแผ่นพับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากนั้นเก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่ได้จัดทำขึ้น

1.3. ระยะเวลาผล โดยการนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ อภิปราย สรุปผลวิจัย

1.4. นำเสนอข้อมูลวิจัยในรูปแบบหลักฐานเชิงประจักษ์

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1. อธิบายมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกเพื่อตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจง และขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ชี้แจงเรื่องการปกปิดข้อมูลที่เป็นอันตราย และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่เกิดผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

2.2. ดำเนินการโดยโปรแกรมการเสริมสมรรถนะมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลหนองคาย มาใช้ โดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมจำนวนทั้งหมด 30 คน ในระยะก่อนการใช้โปรแกรมประเมินตามปกติ สังเกตและบันทึกข้อมูล และระยะการใช้โปรแกรมทำตามแนวทางของโปรแกรม โดยการสร้างความเชื่อมั่น มั่นใจ เสริมพลัง ให้แก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก การอธิบายเรื่องนมแม่ การสอนและสาธิตอุ้มบุตร นำบุตรเข้า เต้านมดูดนม การดูแลบุตร และแจกแผ่นพับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เปิดโอกาสให้ซักถามและวางแผนการดูแลพร้อมกัน เพื่อให้เหมาะสม ให้สาธิตย้อนกลับ ติดตามก่อนจำหน่ายโดยการประเมินซ้ำก่อนจำหน่าย

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหนองคาย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาซึ่งข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำมาใช้สำหรับการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น โดยการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมหากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัย แม้อยู่ระหว่างการให้ข้อมูล ผู้วิจัยยินดียุติการสัมภาษณ์โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรก

มารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรก อายุระหว่าง 18 - 35 ปี อายุเฉลี่ย คือ 26.066 ปี เรียงลำดับจำนวนจากน้อยไปมาก ดังนี้ อายุระหว่าง 31 - 35 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 อายุ 20 - 25 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และอายุ 26 - 30 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 ตามลำดับ จากการศึกษา พบว่า อายุไม่มีผลกับพฤติกรรมการเล่นลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ระดับการศึกษาของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรก จบระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.34 รองลงมา ได้แก่ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน

12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 และชั้นประถมศึกษา จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ จากการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลกับพฤติกรรมการเล่นลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

รายได้ครอบครัวของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรก รายได้อยู่ระหว่าง 2,000 - 30,000 บาท รายได้เฉลี่ย 15,700 บาท เรียงลำดับรายได้จากน้อยไปมาดังนี้ รายได้ 15,001 - 20,000 บาท จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 รายได้ 10,001 - 15,000 บาท จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท มีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 รายได้ 5001 - 10,000 บาท จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 และรายได้มากกว่า 20,000 บาท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 จากการศึกษา พบว่ารายได้ไม่มีผลกับพฤติกรรมการเล่นลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ลักษณะครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์อยู่แบบครอบครัวใหญ่มากที่สุด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 และอยู่แบบครอบครัวเดี่ยว จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 จากการศึกษาพบว่าการศึกษาลักษณะครอบครัวไม่มีผลกับพฤติกรรมการเล่นลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ส่วนที่ 2 ผลการทดลอง

2.1 การรับรู้สมรรถนะในตนเองความเชื่อมั่นและมั่นใจในการเล่นลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเรื่องความเชื่อมั่นและมั่นใจในการเล่นลูกด้วยนมแม่ พบว่า หลังเข้าโปรแกรมฯ มารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรกมีความมั่นใจมากขึ้น จากข้อมูลก่อนเข้าโปรแกรมฯ พบว่า ไม่มั่นใจ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.76 และมั่นใจเล็กน้อย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 เมื่อหลังเข้าโปรแกรมฯ มีความมั่นใจมาก จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มั่นใจปานกลาง จำนวน 5 คน คิด

เป็นร้อยละ 16.67 และมั่นใจมากที่สุด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองเรื่องความเชื่อมั่นและมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีผลกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การรับรู้สมรรถนะในตนเองเรื่องความเชื่อมั่นและมั่นใจสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า หลังเข้าโปรแกรมฯ มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น จากข้อมูลก่อนเข้าโปรแกรม พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนมผสม จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือนคิดเป็นร้อยละ 43.33 หลังใช้โปรแกรมฯ พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกมีความมั่นใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน มากขึ้น เป็นจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.34 มั่นใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 3 เดือน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 มั่นใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และมั่นใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนมผสม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองเรื่องความเชื่อมั่นและมั่นใจสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2.2 พฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกหลังเข้าโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ จากการศึกษา ก่อนเข้าโปรแกรมฯ ประเมินพฤติกรรมพบว่าระดับคะแนนน้อยที่สุด คือ 10 คะแนน มากที่สุด 12 คะแนน แปลผลมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้น้อย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 และมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำได้ปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 แต่หลังจากเข้าโปรแกรม

ฯ ประเมินพฤติกรรม พบว่า ระดับคะแนนน้อยที่สุด คือ 25 คะแนน มากที่สุด 38 คะแนน แปลผลมารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำได้ดี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำได้ดีมาก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40

อภิปรายผล

จากการศึกษา มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกหลังเข้าโปรแกรมฯ มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเรื่องความเชื่อมั่นและมั่นใจสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเรื่องความเชื่อมั่นและมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมการเสริมสมรรถนะมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลหนองคาย⁵ โดยการสร้างความเชื่อมั่น มั่นใจ เสริมพลัง ให้แก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก การอธิบายเรื่องนมแม่ การสอนและสาธิตอุ้มบุตร นำบุตรเข้า เต้านมดูดนม การดูแลบุตร และแจกแผ่นพับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เปิดโอกาสให้ซักถามและวางแผนการดูแลพร้อมกันเพื่อให้เหมาะสม ให้สาธิตย้อนกลับ ติดตามก่อนจำหน่าย โดยการประเมินซ้ำก่อนจำหน่าย⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการต่อยอดพัฒนานำโปรแกรมฯ มาใช้ในมารดาตั้งครรภ์แรก และครรภ์หลังเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ
2. งานวิจัยนี้ไม่ได้ประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจำหน่ายกลับบ้านควรมีการต่อยอดพัฒนา โดยติดตามหลังจำหน่ายเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง และเสริมทักษะ กำลังใจ มารดาให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. การุณ เก่งสกุล. (2562). ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ระบุผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เพิ่มความเสี่ยงจากการคลอด. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2019/08/17586>
2. ภิศก ลุมพิกานนท์. (2561). หญิงไทยผ่าคลอดสูงอันดับ 2 ของเอเชียรองจากจีนเร่งรณรงค์ลดผ่าคลอดที่ไม่จำเป็น. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2018/02/15385WHO>, 2020
3. พรนภา ตั้งสุขสันต์. (2554). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสตรีตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 25(3), 103-119.
4. กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์และอุษา เชื้อหอม. (2558). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 24(1), 13-26.
5. Gibson. CH. (1991). A concept analysis of empowerment. Journal of Advance Nursing, 16. 354-361.
6. World Health Organization. (2020). WHO statement on caesarean section rates. Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อทำการหยุด และระบายเลือดที่ออกในศีรษะในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: 2 กรณีศึกษา

Nursing care of hemorrhagic stroke patients who received General anesthesia of craniectomy with clot removal in Kalasin Hospital : 2 Case Studies.

(Received: December 24,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อัญชญา ภูติโส¹
Unchana phutiso¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อทำการหยุด และระบายเลือดที่ออกในศีรษะ และ เพื่อรายงานการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อทำการหยุด และระบายเลือดที่ออกในศีรษะ (Nursing care of hemorrhagic stroke patients who received General anesthesia of craniectomy with clot removal) จำนวน 2 รายตั้งแต่ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก และระยะหลังให้การระงับความรู้สึก รวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียน โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม และการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 30 ปี มาด้วยอาการแขนขาขวาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การวินิจฉัยโรค Left Basal ganglion hemorrhage ได้รับการผ่าตัด craniectomy with clot removal โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ระยะเวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 40 นาที การสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด (Blood loss) 300 ml มีโรคประจำตัว HTขาดยาและ Gout รักษาไม่ต่อเนื่อง และสูบบุหรี่วันละ 20 มวน นาน 15 ปี หลังผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจ ฟันฟู ประคับประคอง ภายภาพบำบัด จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ดูแลต่อเนื่อง ประเมินสภาพผู้ป่วย (Barthel Activity of Daily Living Index หรือ ADL index) = 9/20 คะแนน ต้องได้รับการช่วยเหลือบ้างมีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษารายที่ 2 เพศหญิง อายุ 40 ปี มาด้วยอาการแขนขาขวาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง มาด้วยอาการแขนขาขวาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การวินิจฉัยโรค Left Basal ganglion hemorrhage ได้รับการผ่าตัด craniectomy with clot removal โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ระยะเวลาในการผ่าตัด 45 นาที การสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด (Blood loss) 50 ml มีโรคประจำตัว HTขาดยา หลังผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจ แขนขาอ่อนแรงฟันฟู ภายภาพบำบัด จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ดูแลต่อเนื่อง ประเมินสภาพผู้ป่วย ADL มากกว่า 12 คะแนน สามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้

คำสำคัญ:การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย, โรคหลอดเลือดสมองแตก. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อทำการหยุด และระบายเลือดที่ออกในศีรษะ

Abstract

This study was case study aimed to study nursing practice with hemorrhagic stroke patients who received General anesthesia of craniectomy with clot removal and to report a comparative study of Nursing care of hemorrhagic stroke patients who received General anesthesia of craniectomy with clot removal , 2 cases since

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

before , during and the post anesthesia. Collect historical data and medical treatment form medical records. Using the concept of patient assessment according to Gordon 's 11 health models, Orem 's Theory of self – Care and palliative care to find patient problems and determine nursing diagnosis to nursing planning and practice.

Result : Case Study 1 , male, 30 years old, presented with weakness in his right arm. Two hours before coming to the hospital, the patient's level of consciousness decreased. was intubated Diagnosis: Left Basal ganglion hemorrhage received surgery. Had craniectomy with clot removal surgery under general anesthesia. Surgery time is 1 hour 40 minutes. Blood loss 300 ml. Has congenital disease, HT, lack of medication and Gout, treatment is not continuous. and smoked 20 cigarettes a day for 15 years , the breathing tube can be removed, rehabilitated, supported, and given physical therapy until it can be discharged home. Continuous care Evaluate the patient's condition (Barthel Activity of Daily Living Index or ADL index) = 9/20 points, need some help, are dependent. Case Study 2, Female, 40 years old, presented with weakness in his right arm. Two hours before coming to the hospital, the patient's level of consciousness decreased. was intubated Diagnosis: Left Basal ganglion hemorrhage received surgery. Had craniectomy with clot removal surgery under general anesthesia. Surgery time is 45 minutes. Blood loss 50 ml. If you have chronic disease, HT is missing medication, after surgery you can remove the breathing tube. Weak limbs were rehabilitated and given physical therapy until they were able to be discharged home. Continuous care Evaluate the condition of patients with ADL more than 12 points, able to help themselves in daily life.

Key words : General anesthesia , Hemorrhagic stroke , Nursing care of patients who received of craniectomy with clot removal

บทนำ

การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ในผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมระบบประสาทที่เข้ามารับการผ่าตัดนั้นถือเป็นเรื่องใหญ่แม้ในปัจจุบันวงการแพทย์ได้มีการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการผ่าตัดผู้ป่วยและญาติยังมีความกังวล เรื่องความเสี่ยงต่อความพิการและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การผ่าตัดนั้นเพื่อทำการหยุดระบายเลือดที่ออกในศีรษะและลดความดันในกะโหลกศีรษะลงซึ่งปัญหานี้ อาจทำให้เกิดการเสียชีวิต เกิดความผิดปกติทางระบบประสาทได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกการประเมินความระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow Coma Scale) อยู่ระดับ 9 –12 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลง และสับสนมักหลับเกือบตลอดเวลาจะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งหรือตอบ

คำถามง่าย ๆ ได้ถูกต้อง แต่ใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลงมากผู้ป่วยอาจเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวด หรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเป็นการประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก โดยทั่วไปเหมือนกับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดอื่น ๆ และที่ต้องประเมินอย่างละเอียด คือผู้ป่วยที่มีปัญหาความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือไม่ได้รับการรักษาอย่างไรมาก่อน , มีความผิดปกติทางระบบประสาทอะไรบ้าง เช่น แขนขาอ่อนแรง, ม่านตาขยายไม่เท่ากัน 2 ข้าง เป็นต้น

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพาต เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก ปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกกว่า 80 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5.5 ล้านคน สำหรับใน

ประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย จากรายงานข้อมูลโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ.2562 -2563 จำนวน 355,671 ราย และ 800,749 รายตามลำดับ ซึ่งมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่ในปี พ.ศ.2562 -2563 จำนวน 34,728 ราย และ 41,840 ตามลำดับ คิดเป็น ร้อยละ 9.7 และ 5.58 จะเห็นได้ว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปีและยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.5-2 เท่าตัว

จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้เพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้จะได้รับ ผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จึงเป็นปัญหาที่ทุกคนควรตระหนักและร่วมกันดูแลป้องกัน โดยในปี 2564 องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) ได้กำหนดประเด็นสำคัญในการรณรงค์แก่ประชาชน ครอบครัวชุมชน รวมทั้งภาครัฐ ให้มีความตระหนักและร่วมกันป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง การสังเกตสัญญาณเตือนของโรค แนวทางการรับบริการเมื่อพบอาการของโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำไปใช้ในการดูแลป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยง ลดความพิการและเสียชีวิตจากโรค หลอดเลือดสมองต่อไป (ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก 2564 สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค เผยแพร่ทางwww.thaincd.com)

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 540 เตียง กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เปิดให้บริการทุกวัน 24 ชั่วโมง มีห้องผ่าตัดจำนวน 11 ห้อง ให้บริการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเฉลี่ย 30-60 คนต่อวัน มีวิสัญญีแพทย์ 7 คน วิสัญญีพยาบาล 24 คน จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2562 , 2563 และ 2564 มีจำนวน 1,231 คน, 1,265 คน และ 1,343 คน ตามลำดับ แยกเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ปี 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวน 368 คน, 439 คน และ 484 คน ตามลำดับโดยผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อทำการหยุดและระบายเลือดที่ออกในศีรษะ 3 ปีย้อนหลัง ปี 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวน 21 คน, 19 คน และ 20 คน ตามลำดับ

การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อทำการหยุดและระบายเลือดที่ออกในศีรษะ (Nursing care of hemorrhagic stroke patients who received General anesthesia of craniectomy with clot removal) จำนวน 2 รายตั้งแต่ระยะก่อนการได้ยาระงับความรู้สึก ระหว่างการได้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด และระยะหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก รวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียน โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และการดูแลแบบประคับประครอง เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการการปฏิบัติการพยาบาลโดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ระหว่างการดูแลระงับความรู้สึกซึ่งเป็นการดำเนินการพยาบาล ระบุนโยบายที่ชัดเจน นำปัญหามาวางแผนการพยาบาล ตามลำดับปัญหาที่เร่งด่วน

และสำคัญ รวมถึงการมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตหลังการได้รับการผ่าตัดร่วมกับปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพยาบาลให้มากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อทำการหยุด และระบายเลือดที่ออกในศีรษะ

2) เพื่อรายงานการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อทำการหยุด และระบายเลือดที่ออกในศีรษะ

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาเข้ารับการผ่าตัดและได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อทำการหยุด และระบายเลือดที่ออกในศีรษะ ที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยการรักษายาพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ในระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2565 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 จากญาติและเวชระเบียนของผู้ป่วย มีการประเมินสภาพซักประวัติตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนเพื่อให้การพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแล

ตนเองของโอเร็ม การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ศึกษารวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสารวิชาการ และนำข้อมูล มาวิเคราะห์ปัญหาเปรียบเทียบกับทฤษฎีและสรุปผล โดยนำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนใช้เป็นแนวทางในการจัดการและคิดอย่างเป็นระบบในการให้การพยาบาลผู้รับบริการ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 30 ปี น้ำหนัก 75 Kg ส่วนสูง 164 Cm BMI 27.88 kg/m² สถานภาพ โสด ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปลาย อาชีพรับจ้าง สิทธิการรักษาบัตรทอง ภูมิลำเนา อ.เมืองกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์ มีผู้ดูแลคือบิดามารดา มีโรคประจำตัว HT และ Gout มาด้วยอาการแขนขาขวาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง การวินิจฉัยโรคแรกรับ R/O Stroke fast tact เวลาเริ่มมีอาการ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 17.30 น. วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 10 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 25 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ได้รับการวินิจฉัย Left Basal ganglion hemorrhage ได้รับการผ่าตัด craniectomy with clot removal การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ระยะเวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 40 นาที การสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด (Blood loss) 300 ml

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 40 ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง/BMI น้ำหนัก 61 Kg ส่วนสูง 160 Cm BMI 23.8 kg/m² สถานภาพสมรส ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปลาย อาชีพเกษตรกรกรรม สิทธิการรักษาบัตรทอง ภูมิลำเนา.นาคู จ.กาฬสินธุ์ มี

ผู้ดูแลสามีและบุตรชาย โรคประจำตัว มีโรคประจำตัว HT มาด้วยอาการแขนขาขวาอ่อนแรงก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง การวินิจฉัยโรคแรกรับ R/O Stroke fast tact เวลาเริ่มมีอาการ 5 พฤศจิกายน 2565 เวลา 13.00 น.วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 5 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 10 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ได้รับการวินิจฉัย Left Basal ganglion hemorrhage ได้รับการการผ่าตัด

craniectomy with clot removal การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ระยะเวลาในการผ่าตัด 45 นาที การสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด (Blood loss) 50 mlการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก และระยะหลังให้การระงับความรู้สึก ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การนำมาวิเคราะห์และนำไปสู่การพยาบาล
ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก (Preoperative Evaluation and Preparation)	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 30 ปี น้ำหนัก 75 Kg ส่วนสูง 164 Cm BMI 27.88 kg/m ² อยู่ในเกณฑ์ ปกติ	ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 40 ปี น้ำหนัก 61 Kg ส่วนสูง 160 Cm BMI 23.8 kg/m ² อยู่ในเกณฑ์ ปกติ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันเรื่องเพศ เพศชายจะเกิดโรคมกกว่าเพศหญิง จากการรายงานในต่างประเทศ พบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดในสมองได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.25 เท่า มีโรคประจำตัว HT ขาดยาและ loss F/U จากข้อมูลดังกล่าวภาวะความดันโลหิตสูง ที่ไม่ได้รับการควบคุมทำให้หลอดเลือดเสื่อมเนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อม ในผู้ป่วยรายที่ 1 การสูบบุหรี่ จากงานวิจัยในประเทศญี่ปุ่นพบว่าความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง subarachnoid hemorrhage ในผู้ชายคิดเป็น 3.6 เท่า ดังนั้นการสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองและการตีบสุราซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ก็เป็นความเสี่ยงประการหนึ่งของหลอดเลือดสมองอยู่แล้ว การตีบสุราในปริมาณมาก ๆ นั้นส่งผลให้เลือด “อ่อนตัว” เลือดออกง่าย แต่หยุดยากเมื่อเกิดการปริแตกของหลอดเลือด
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Hb 19.2 g/dl ,Hct 59.8 % Plt count 226,000 BUN 9.28 mg /dL Creatinine 0.47 mg /dL Sodium 140.9 mmol/L Potassium 4.6 mmol/L Chloride 104.9 mmol/L CO ₂ 25.5 mmol/L PT13.2 ,PTT 28.1,INR 0.95	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb 13.1 g/dl ,Hct 39.4 % Plt count 338,000 BUN 9.44 mg /dL Creatinine 0.37 mg /dL Sodium 136.6 mmol/L Potassium 2.96 mmol/L Chloride 99.9 mmol/L CO ₂ 22.0 mmol/L PT ,PTT,INR	
งดน้ำงดอาหาร > 8 hr	งดน้ำงดอาหาร > 8 hr	งดน้ำงดอาหาร > 8 hr	
Pre - op Problem list - On ETT GCS E2VTM5 - ผล CT scan Brain non contrast พบ Left Basal ganglion hemorrhage ขนาด 6.7 x 3.0 x 4.8 cm - มีโรคประจำตัว HTขาดยาและ Gout รักษาไม่ต่อเนื่อง	Pre - op Problem list - On ETT GCS E3VTM5 - ผล CT scan Brain non contrast พบ Left Basal ganglion hemorrhage ขนาด 3.6 x 4.1 x 4.3 cm - มีโรคประจำตัว HTขาดยา - ความดันโลหิต 154/90 มีลิเทียมปรอท on Nicardipine (1:5) IV drip 10 ml/hr		

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การนำวิเคราะห์และนำไปสู่การพยาบาล
	<ul style="list-style-type: none"> - ความดันโลหิต 184/110 มิลลิเมตรปรอท on Nidardipine (1:5) IV drip 10 ml/hr - Heavy smoking > 10 pack year - Alcohol drinking <p>ประเมินผู้ป่วยรายนี้ตาม American Society of Anesthesiologists: ASA อยู่ใน ระดับ ASA Class 3E</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hypokalemia (2.96 mmol/L) <p>ประเมินผู้ป่วยรายนี้ตาม American Society of Anesthesiologists: ASA อยู่ใน ระดับ ASA Class 3E</p>	<p>เลือดในสมอง ประกอบกับความดันโลหิตสูง และภาวะเลือดออกง่ายจากการตีมนูรา ความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองย่อมต้องมากขึ้น</p> <p>จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาการประเมินเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรคที่มากกว่า และจากผล CT scan Brain non contrast พบ Left Basal ganglion hemorrhage เหมือนกันแต่ผู้ป่วยรายที่ 1 มีขนาดรอยโรคที่ใหญ่กว่า ในผู้ป่วยทั้ง 2 รายป้องกันการทำให้เลือดออกเพิ่มด้วยการให้ยา Nidardipine (1:5) IV drip 10 ml/hr ควบคุมความดันโลหิตที่สูง ให้ลดลง</p>
<p>ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก (Intraoperative evaluation)</p>	<p>ผู้ป่วยชาย อายุ 30 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรค Left Basal ganglion hemorrhage มารับการผ่าตัด On ETT วิสัญญีแพทย์พิจารณาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) เพื่อผ่าตัด craniectomy with clot removal โดยผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจเดิมทางปาก ใช้เทคนิค Balance Anesthesia เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่เจ็บ และสงบ ขณะทำผ่าตัด ศัลยแพทย์ระบบประสาททำผ่าตัดได้ การเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วย (Monitoring)ระหว่างผ่าตัด ตามมาตรฐานได้แก่ NIBP (noninvasive blood pressure), pulse rate, EKG, peripheral oxygen saturation และ ETCO2</p> <p>ผู้ป่วยเข้ามายังห้องผ่าตัด โดยการ sign in / sign out ร่วมกัน</p>	<p>ผู้ป่วยหญิง อายุ 40 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรค Left Basal ganglion hemorrhage มารับการผ่าตัด On ETT วิสัญญีแพทย์พิจารณาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) เพื่อผ่าตัด craniectomy with clot removal โดยผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจเดิมทางปาก ใช้เทคนิค Balance Anesthesia เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่เจ็บ และสงบ ขณะทำผ่าตัด ศัลยแพทย์ระบบประสาททำผ่าตัดได้ การเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วย (Monitoring)ระหว่างผ่าตัด ตามมาตรฐานได้แก่ NIBP (noninvasive blood pressure), pulse rate, EKG, peripheral oxygen saturation และ ETCO2</p> <p>ผู้ป่วยเข้ามายังห้องผ่าตัด โดยการ sign in / sign out ร่วมกัน</p>	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนมารับการผ่าตัดจาก Glasgow coma scale ลดลง ซีมลง ผู้ป่วยรายที่ 1 on ETT no.7.5 ลึก 21 cm</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 on ETT no.7.5 ลึก 21 cm</p> <p>จงเลือดไว้ G/M PRC 4 unit , FFP 4 unit , Plt. Conc 10 unit</p> <p>ระหว่างการผ่าตัดได้รับขดเชยสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (crystalloid solution) โดยขดเชย 3 ซีซี/การสูญเสียเลือด 1 ซีซีส่วนสารน้ำกลุ่ม (colloid solution) ขดเชย 1 ซีซี/การสูญเสียเลือด 1 ซีซีเหมือนการให้เลือด รวมทั้งบันทึกปริมาณของสารน้ำที่ได้รับและออกจากร่างกาย</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปริมาณ Urine ออก 10 ml</p> <p>ซึ่งถือว่าปริมาณที่น้อย ต้องมีการประเมินดูแลส่งต่อข้อมูลแก่หอผู้ป่วยที่ดูแลหลังผ่าตัด</p>

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การนำมาวิเคราะห์และนำไปสู่การพยาบาล
	ระหว่างทีมแพทย์ผู้ผ่าตัดและทีมให้การระงับความรู้สึก ประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกโดยให้ผู้ป่วยยืนยันชื่อ การผ่าตัดและแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด แล้วควบคุมระดับสัญญาณชีพให้คงที่สม่ำเสมอ ปรับลด Nicardipine (1:5) IV drip 10 ml/hr ตามแผนการรักษา ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 40 นาที สารน้ำที่ได้รับ 1,200 ml Blood loss 300 ml Urine ออก 500 ml	และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกโดยให้ผู้ป่วยยืนยันชื่อ การผ่าตัดและแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด แล้วควบคุมระดับสัญญาณชีพให้คงที่สม่ำเสมอ ปรับลด Nicardipine (1:5) IV drip 10 ml/hr ตามแผนการรักษา ใช้เวลาในการผ่าตัด 45 นาที สารน้ำที่ได้รับ 500 ml Blood loss 50 ml Urine ออก 10 ml	จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาในระหว่างการผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่ 1 จากขนาดรอยโรคที่ใหญ่กว่า ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดที่นานกว่า ผู้ป่วยรายที่ 2 สูญเสียเลือด 300 ml ในการ Monitors สำหรับผู้ป่วย ASA 3, 4 ควรมี invasive hemodynamic monitoring ได้แก่ arterial line สำหรับวัดความดันโลหิตโดยตรง และค่า PaCO ₂ โดยเฉพาะค่า PaCO ₂
ระยะหลังให้การระงับความรู้สึก (Postoperative evaluation)	หลังการผ่าตัด on ETT กลับตึกโดยวิสัญญีพยาบาลนำส่ง ไม่ Reverse ยาหย่อนกล้ามเนื้อ on Nicardipine (1:5) IV drip 10 ml/hr ตามแผนการรักษา สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ฟื้นฟู ประคับประครอง กายภาพบำบัด จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ดูแลต่อเนื่อง ประเมินสภาพผู้ป่วย (Barthel Activity of Daily Living Index หรือ ADL index) = 9/20 คะแนน ต้องได้รับการช่วยเหลือบ้างมีภาวะพึ่งพิง รวมวันนอนโรงพยาบาล 15 วัน	หลังการผ่าตัด on ETT กลับตึกโดยวิสัญญีพยาบาลนำส่ง ไม่ Reverse ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Hold Nicardipine (1:5) IV drip 10 ml/hr ตามแผนการรักษา หลังผ่าตัดสามารถหายใจได้ดีแข็งแรงฟื้นฟู กายภาพบำบัด จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ดูแลต่อเนื่อง ประเมินสภาพผู้ป่วย ADL มากกว่า 12 คะแนน สามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ รวมวันนอนโรงพยาบาล 5 วัน	หลังผ่าตัด ย้ายกลับตึก Stroke unit ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถถอดท่อช่วยหายใจ ฟื้นฟู ประคับประครอง กายภาพบำบัด จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ดูแลต่อเนื่อง ประเมินสภาพผู้ป่วย (Barthel Activity of Daily Living Index หรือ ADL index) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำ ได้แก่เรื่อง การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ ให้มาตามนัดพบแพทย์ และนัดเดิมของโรคประจำตัว

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีเลือดออกในสมองและบวมของเนื้อเยื่อสมอง 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง 	<p>ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีเลือดออกในสมองและบวมของเนื้อเยื่อสมอง 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง</p> <p>4. ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยและจะได้รับการผ่าตัด</p> <p>ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดหัตถการ 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ <p>ระยะหลังให้การระงับความรู้สึก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการชักภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บกระทบกระเทือน 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 3. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด 4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลผ่าตัด 5. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน 	<p>4. ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยและจะได้รับการผ่าตัด</p> <p>ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดหัตถการ 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ 5. มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte imbalance) และอาจเกิดอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ <p>ระยะหลังให้การระงับความรู้สึก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการชักภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บกระทบกระเทือน 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 3. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด 4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลผ่าตัด 5. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหากระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow Coma Scale) อยู่ระดับ 9 -12 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลง ต้องได้รับการแก้ไขรักษาเร่งด่วน การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อทำการหยุด และระบายเลือดที่ออกในศีรษะ ที่ต้องยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจึงจะสามารถผ่าตัดได้นั้น การมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตที่มารับการผ่าตัดร่วมกับปฏิบัติการพยาบาล² เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพยาบาลให้มากที่สุด ให้ผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล⁷

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 30 ปี หลังผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจ ฟันฟู ประคับประคอง กายภาพบำบัด จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ดูแลต่อเนื่อง ประเมินสภาพผู้ป่วย (Barthel Activity of Daily Living Index หรือ ADL index) = 9/20 คะแนน ต้องได้รับการช่วยเหลือบ้างมีภาวะพึ่งพิง รวมวันนอนโรงพยาบาล 15 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำ ได้แก่ เรื่อง การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ ให้มาตามนัดพบแพทย์ และนัดเดิมของโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง และเก๊าท์

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศหญิง อายุ 40 ปี หลังผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจ แขนขาอ่อนแรง ฟันฟู กายภาพบำบัด จนสามารถจำหน่ายกลับบ้าน

ได้ ดูแลต่อเนื่อง ประเมินสภาพผู้ป่วย ADL มากกว่า 12 คะแนน สามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ รวมวันนอนโรงพยาบาล 5 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก ได้รับคำแนะนำ ได้แก่ เรื่อง การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ มาตรฐานพบแพทย์ และการรักษาโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ต่อเนื่องไม่ให้ขาดยา

ข้อเสนอแนะ

1. สาเหตุปัจจัยส่งเสริมหลักในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือขาดความตระหนักในการดูแลตนเองในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง จนทำให้เกิดหลอดเลือดในสมองแตกได้ การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้ความมั่นใจในการกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเรื่องของการปฏิบัติตัว รวมทั้งอาการผิดปกติต่างๆที่ควรมา

พบแพทย์ก่อนนัด และมาตามนัด การรับประธานยาต่อเนื่อง

2. ในการ Monitors สำหรับผู้ป่วย ASA 3, 4 ควรมี invasive hemodynamic monitoring ได้แก่ arterial line สำหรับวัดความดันโลหิตโดยตรง และดูค่า ABG โดยเฉพาะค่า PaCO₂

3. การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในบ้าน (care giver) เป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาล

วิชาชีพ จะต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ด้านการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจประเมินคัดกรอง การฟื้นฟูสภาพ แก่ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย

4. การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติให้สามารถเผชิญปัญหาและดูแลตนเองได้ การป้องกันการเกิดโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564) สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
2. จุฬารวี ชัยวงค์นาคพันธ์ และคณะ. (2561). บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาความสามารถและลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนูตรดิตถ์. ฉบับพิเศษ.
3. เฉง นิลบุหงา. (2561). ระบบประสาทและการทำงาน : Functional Neuroanatomy. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. ฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2561). ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง: มิติของ พยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสภาการพยาบาล, 33(2), 15-28.
5. ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์. ทฤษฎีการพยาบาลของไอเร็ม จาก <https://www.google.com/search>.
6. ธเนศ ชาญด้วยกิจ และศศิธร ศิริกุล. (2561). การฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิด (Cognitive function) ดีขึ้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury) อย่างรุนแรงโดยใช้ sensory stimulation program. เวชศาสตร์แพทยทหารบก, 2551;61:93-9.
7. นครชัย เมื่อนปฐม และธีระเดช ศรีกิจวิไลกุล. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical practice guidelines for traumatic brain injury). (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี : บริษัท พรอส เพอร์สพลัสจำกัด.
8. บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ. (2564). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สำหรับผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
9. วิจิตรา กุสุมภ์. (2560). ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์.

- 10.โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2563, ตุลาคม) สถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถิติประจำปี ปี 2563. เอกสารอัดสำเนา.
- 11.โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2564, ตุลาคม) สถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถิติประจำปี 2564. เอกสารอัดสำเนา.
- 12.โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2565, ตุลาคม) สถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถิติประจำปี 2565. เอกสารอัดสำเนา.
- 13.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). คู่มือแนวทางการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ฉบับที่ 1. นนทบุรี: ปัญญามิตรการพิมพ์
- 14.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). จาก <http://www.neuro.or.th>
- 15.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติ ทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่ : ตรีคิงส์การพิมพ์.
- 16.สโวนรสาร. (2563). การพยาบาลผู้บาดเจ็บ : ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 เล่ม 2.นนทบุรี : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว:กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2ราย Nursing care for elderly patients with dementia in long term care system : A comparative 2 Case Study

(Received: December 24,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ศิริพร ลาสอน¹
Siriporn Lasorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว โดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลสีชมพู เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย แบบประเมินสุขภาพ การสัมภาษณ์ การสังเกต การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศชาย อายุ 83 ปี ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่มีโรคร่วม ไม่มีความพิการทางร่างกาย ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยลำพัง มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง อายุ 90 ปี บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก มีโรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกสันหลังพรุนมีความพิการสันหลังงอ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน มีพฤติกรรม และอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวทาง Demetia Management(A-N) พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 ต้องการการดูแลทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม การดูแลลดลง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความพึงพอใจในระบบการดูแลในระดับมาก

คำสำคัญ: การพยาบาล,ผู้สูงอายุสมองเสื่อม,ระบบการดูแลระยะยาว

ABSTRACT

This research was case study aimed to provide guidelines for nursing practice for elder with dementia in the long-term care system. The case study of purposive sampling of 2 patient, elder with dementia receiving care in the long-term care system at Sichomphu Hospital since October 2022 to January 2023. The instruments to collect the data consist of data record forms from medical records. Health assessment forms, interviews, observation, data collection, analysis, nursing diagnosis, nursing practice, evaluate and summarize the results.

Result : The first patient, a 83 year old male, his wife is the main caregiver, no co-morbidities, no physical disabilities. The patient unable to do daily activities alone and has inappropriate behavior and emotions. The second patient, a 90 year old female, Her daughter is the main caregiver. The patient has underlying with hypertension, osteoporosis, and scoliosis. Partially able to perform daily routine, having inappropriate behavior and emotions. Two patients with dementia received care following the nursing process together with Demetia Management (A-N) guidelines. It was found that the first patient requires caring of basic daily routine. The second patient partially able to perform daily routine. Both patients have improved behavior and emotions, safe, no complications. Caregivers have knowledge and understanding of caring for elderly patients with dementia. The responsibility of caring is reduced. Patients and caregivers have a good quality of life and are very satisfied with the care system.

Keyword : Nursing, elderly dementia, long-term care system

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

จากข้อมูลการสำรวจประเทศไทยในโลก พบความชุกของโรคสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 5.2 ในผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์จะทำให้มีผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นด้วย เมื่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะก่อให้เกิดความบกพร่องด้านความคิด ความจำและการตัดสินใจร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลง ทางอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพ ซึ่งความผิดปกตินี้ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ประจำวัน การทำงาน การเข้าสังคม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ก่อให้เกิดปัญหาสำหรับผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน^{2,3} การวางแผนการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนจึงเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการประยุกต์ความรู้ความเข้าใจ ทักษะและทักษะ ประสบการณ์ในวิชาชีพพยาบาลมาประมวลเข้ากับการดูแลผู้ป่วย ญาติชุมชนตามบริบทที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันผลกระทบด้านลบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพ ของประเทศ จากการทำงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 พบว่าจังหวัดขอนแก่นมีรายงานผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศไทย^{4,5} ประชากรในอำเภอสีชมพูมีจำนวนประชากรทั้งหมด 79,390 คน โดยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 12,823 คน คิดเป็นอัตรา ร้อยละ 16.152 ของประชากรทั้งหมดในอำเภอสีชมพู ซึ่งมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุอำเภอสีชมพูเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้

การศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย เป็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมร่วมกับแนวทาง Demetia Management (A-N)⁶ ซึ่งต้องใช้สมรรถนะการดูแลโดยเฉพาะสำหรับบุคลากรหน่วยปฐมภูมิที่ต้องร่วมวางแผนการดูแลในระบบดูแลระยะยาวในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ

สุขภาพครอบครัวอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว

ขอบเขตการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาโดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลสีชมพู ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 โดยแต่ละรายมีระยะเวลาในการศึกษา ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 18 มกราคม 2566 รวมระยะเวลา 1 ครั้ง/สัปดาห์ 13 สัปดาห์ ขอเข้าถึงข้อมูลวันที่ 20 มีนาคม 2566

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 20 มกราคม 2566 รวมระยะเวลา 1 ครั้ง/สัปดาห์ 13 สัปดาห์ ขอเข้าถึงข้อมูลวันที่ 20 มีนาคม 2566

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อมในระบบดูแลระยะยาวจากตำราและเอกสาร งานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพยาบาลแบบองค์รวม
2. ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีชมพู ขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา
3. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์สังคม และประวัติที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

5. ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และประเมินผลการพยาบาล พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

6. สรุปผลการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องจัดทำเป็นเอกสาร และเผยแพร่

ผลการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อมในระบบดูแลระยะยาว โดยใช้กระบวนการพยาบาล เสนอผลการศึกษาดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่เหมือนกัน พบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีการติดเชื้อซิฟิลิส ร่วมกับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม การประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอนพบ 10 ปัญหา ส่วนที่แตกต่างกันคือรายที่ 1 ไม่มีความพิการ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน

ได้ด้วยตนเองมีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลักและบุตรสาวเป็นผู้ช่วย และค่า Potassium 2.99 mmol/L ต่ำกว่าปกติ แสดงว่าอาจเกิดจากอัตราการทำงานของไตผิดปกติจากไตเสื่อมเรื้อรังระดับที่ 3 หรือรับประทานอาหาร Potassium ต่ำจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 มีความพิการกระดูกสันหลังงอเข้าเสื่อม สามารถทำกิจวัตรได้เองบางส่วน มีบุตรสาวเป็นผู้ดูแล มีผลความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำพบว่าผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมการทางจิต

2. การวินิจฉัยการพยาบาล จากการเปรียบเทียบกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดกอร์ดอนร่วมการประเมินสภาพสุขภาพองค์รวมพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล 8 ข้อ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวางแผนแก้ไขปัญหาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการดูแลต่อเนื่องในระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน

3. การพยาบาล จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาวางแผนให้การพยาบาลดูแลต่อเนื่องในระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
<p>1. ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ K 2.99 mmol/L</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ค่า K อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5 - 5.0 mmol/L</p> <p>ผู้ป่วยไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียนของผู้ป่วย บันทึกสัญญาณชีพ ดูแลให้อาหารที่มีโพแทสเซียมสูงได้แก่ มะละกอ กล้วย ส้ม พร้อมทั้งติดตามแนะนำญาติสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องส่งพบแพทย์ 	<p>1. ผู้ป่วยมีภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 34.2 %, Hb 11.3 g/dl</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ค่า Hct อยู่ในเกณฑ์ปกติ 37-45% Hb 12.5-14.5g/dl</p> <p>ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย วิงเวียน เหนื่อยหอบ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอาการซีด โลหิตจาง บันทึกสัญญาณชีพ ดูแลให้อาหารที่ธาตุเหล็กสูงได้แก่ไข่แดง เนื้อปลา ผักใบเขียว พร้อมทั้งติดตามแนะนำญาติสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องส่งพบแพทย์</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย วิงเวียน เหนื่อยหอบ</p>

ตารางที่ 1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มี คลื่นไส้อาเจียน ไม่มีอาการอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ</p> <p>2.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำ สารอาหารไม่เหมาะสมกับความ ต้องการของร่างกาย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S:ไม่สามารถรับประทานอาหารโดยลำพังไม่บอกหิวไม่บอกอิ่ม</p> <p>O=น้ำหนัก 58กก. ส่วนสูง 160ซม.BMI 22.65 K 2.99 mmol/L ต่ำกว่าปกติ</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ สารอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล BMI อยู่ในเกณฑ์/ รับประทานอาหารปกติ /ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความรู้เข้าใจ ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA⁷และภาวะโภชนาการ นำมาวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ดูแล 2.แนะนำอาหารที่ให้พลังงานสูงมีสารอาหารครบถ้วน เพียงพอในแต่ละวันสังเกต ความสนใจอยากรับประทาน หลีกเลี่ยงการบังคับ ส่งเสริมให้รับประทานอาหารเองให้ จัดให้รับประทานร่วมกับครอบครัว บุคคลที่คุ้นเคย</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล BMI 22.56 /รับประทานอาหารเองได้ดี ต้องทำซ้ำวัน แนนกับอาหารเป็นคำ ไม่มีอาการสำคัญ ญาติมีความรู้</p>	<p>2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำ สารอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S:ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้ ผู้ป่วยมักจำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารแล้ว</p> <p>O=น้ำหนัก 39กก. ส่วนสูง 140 ซม. BMI 19.89Hct 34.2 % , Hb11.3 g/dl</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ สารอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล BMI อยู่ในเกณฑ์/ รับประทานอาหารปกติ /ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความรู้เข้าใจ ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA⁷และภาวะโภชนาการ นำมาวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ดูแล 2.แนะนำอาหารที่ให้พลังงานสูงมีสารอาหารครบถ้วน เพียง พอในแต่ละวันสังเกต ความสนใจอยากรับประทาน หลีกเลี่ยงการบังคับ ส่งเสริมให้ รับประทานอาหาร-อาหารเอง จัดให้รับประทานร่วมกับครอบครัว บุคคลที่คุ้นเคย</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล BMI 19.89 /ยังมีลิ้มอ้ม ไม่มีอาการสำคัญญาติมีความรู้</p>
<p>3.ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ(Apathy)ในการทำกิจกรรม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมเฉยเมย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S:ญาติบอกว่าผู้ป่วยชอบเฉยๆอยู่คนเดียวเรียกมาออกกำลังกายไม่มา</p> <p>O : สีหน้าเรียบเฉย ชอบนั่งอยู่คนเดียว วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ทำกิจกรรมที่ชอบกับครอบครัว/พูดคุยหยอกล้อ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1.ให้ความรู้ญาติถึงการมีกิจกรรมทางกายและฟื้นฟูสมอง ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบและมีความสุข เช่น ทำงานที่ชอบ การใช้อุปกรณ์ เล่าเรื่องภาคภูมิใจ 2.แนะนำให้ลูกหลานหมั่นพูดคุย หยอกล้อ พาทำกิจกรรมร่วมกัน สัมผัสโอบกอด พูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ชื่นชมให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความเหงา</p> <p>ประเมินผล การพยาบาล ช่วยรับบาตรพระและช่วยประเคนบาตรที่วัด/ภรรยาเป็นหลักพูดคุย หยอกล้อกับผู้ป่วยสัมผัสโอบกอดผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส</p>	<p>3.ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ(Apathy)ในการทำกิจกรรม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมเฉยเมย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S:ญาติบอกว่าผู้ป่วยชอบนั่ง นอน คิดเครียดกังวล ไม่ขยับร่างกาย</p> <p>O : สีหน้าครุ่นคิด กังวล ใช้มือท้าวคาง เหม่อลอย</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ทำกิจกรรมที่ชอบกับครอบครัว/พูดคุยหยอกล้อ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1.ให้ความรู้ญาติถึงการมีกิจกรรมทางกายและฟื้นฟูสมอง ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบและมีความสุข เช่น ทำงานที่ชอบ การใช้อุปกรณ์ เล่าเรื่องภาคภูมิใจ 2.แนะนำให้ลูกหลานหมั่นพูดคุย หยอกล้อ พาทำกิจกรรมร่วมกัน สัมผัสโอบกอด พูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ชื่นชมให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความเหงา</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ชอบทำความสะอาดบริเวณรอบบ้าน กวาดใบไม้ทุกวันลูกสาวพูดคุย หยอกล้อกับผู้ป่วยสัมผัสโอบกอด</p>
<p>4.ผู้ป่วยขาดการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเนื่องจากมีความบกพร่องการรับรู้และสื่อสาร</p>	<p>4.ผู้ป่วยขาดการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเนื่องจากมีความบกพร่องการรับรู้และสื่อสาร</p>

ตารางที่ 1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<p>ข้อมูลสนับสนุน S : ไม่สามารถพูดสื่อสารบอกความต้องการและตัดสินใจเองได้</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจากครอบครัวได้ถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในชีวิตประจำได้</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ครอบครัว ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ มีความเข้าใจตรงกัน</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินปัญหาสาเหตุ หาแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามความเหมาะสม โดยพูดกับผู้ป่วยหน้าตรง สบตา ใช้คำพูดชัดเจน น้ำเสียงอ่อนโยน ให้ความเวลาในการสนทนา ให้นานักคิด หรือตอบสนอง อาจต้องพูดซ้ำเมื่อไม่เข้าใจ ไม่ใช่ประโยคคำสั่ง ใช้ประโยคเชิญชวนแทน คำถามปลายปิด</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถพูดโต้ตอบกับญาติได้ พูดตามที่ต้องการหรือตอบรับ บอกความต้องการไม่ได้ ชอบให้มีคนมาคุยด้วย ปวด ปัสสาวะจะก้มเข้าทางแกง ภรรยาจะช้อนไปเข้าห้องน้ำ</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน S : ไม่มั่นใจในการเข้าสังคม กังวล เครียด ตัดสินใจเองไม่ได้</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจากครอบครัวได้ถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในชีวิตประจำได้</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ครอบครัว ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ มีความเข้าใจตรงกัน</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินปัญหาสาเหตุ หาแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามความเหมาะสม โดยพูดกับผู้ป่วยหน้าตรง สบตา ใช้คำพูดชัดเจน น้ำเสียงอ่อนโยน ให้ความเวลาในการสนทนา ให้นานักคิด หรือตอบสนอง อาจต้องพูดซ้ำเมื่อไม่เข้าใจ ไม่ใช่ประโยคคำสั่ง ใช้ประโยคเชิญชวนแทน คำถามปลายปิด</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถพูดบอกความต้องการได้ จำคำพูดจำเรื่องที่พูดไม่ได้ พูดคนเดียวเรื่อง เรียก ลูกเป็นที่ เป็นน้ำชอบให้มีคนมาคุยด้วย</p>
<p>5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสูญหายเพราะผู้ป่วยออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติบอกว่าผู้ป่วยกลัวคนขโมยที่นา จะไปเฝ้า หลงที่นาผู้อื่น หลงทางกลับบ้านไม่ถูก</p> <p>S : เคยมีประวัติแอบไปซ่อน หลงลิ้มหาทางออก</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อลดการออกนอกบ้านคนเดียว</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่ได้ออกนอกบ้านคนเดียว</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. หาสาเหตุที่ผู้ป่วยสับสนทำให้เดินออกนอกบ้าน 2. ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมจัดสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย จัดญาติดูแล หากผู้ดูแลหลักไม่อยู่</p> <p>3. หากิจกรรมที่ชอบหรือพึงพอใจให้ทำ เช่น การฟังธรรมะ การทำงานฝีมือ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเพลิดเพลิน 4. พาผู้ป่วยออกนอกบ้านไปทำกิจกรรม เช่น ไปตลาด ไปเล่นกับเพื่อนบ้าน ไปวัด ทำบุญ ไปเที่ยว เป็นต้น</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ในช่วงเวลาที่ดูแล ผู้ป่วยยังไม่หนีออกจากบ้าน สาเหตุการหนีออกจากบ้านครั้งก่อน เกิดความกลัวคนขโมยที่นา ภรรยาพาไปทำบุญตักบาตร ตอนเช้าที่วัดทุกวันพระ บริเวณบ้านมีรั้วรอบ มีสุนัขเลี้ยง</p>	<p>5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสูญหายเพราะผู้ป่วยออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติบอกว่าผู้ป่วยออกจากบ้านเดินไปตามถนนหน้าบ้านไปเรื่อย ไม่มีจุดหมาย จำทางกลับบ้านไม่ได้</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อลดการออกนอกบ้านคนเดียว</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่ได้ออกนอกบ้านคนเดียว</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. หาสาเหตุที่ผู้ป่วยสับสนทำให้เดินออกนอกบ้าน</p> <p>2. ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมจัดสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคยในอดีต จัดญาติดูแลหากผู้ดูแลหลักไม่อยู่</p> <p>3. หากิจกรรมที่ชอบหรือพึงพอใจให้ทำ เช่น การฟังธรรมะ การทำงานฝีมือ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเพลิดเพลิน</p> <p>4. พาผู้ป่วยออกนอกบ้านไปทำกิจกรรม เช่น ไปตลาด ไปเล่นกับเพื่อนบ้าน ไปวัด ทำบุญ ไปเที่ยว เป็นต้น</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>1. ในช่วงเวลาที่ดูแลผู้ป่วยออกนอกบ้าน1ครั้งเดินไปตามถนนในหมู่บ้าน หลงทิศทางกลับบ้าน นั่งอยู่ข้างถนน บอกไม่ได้ว่าจะไปไหน ติดกล้องวงจรปิดที่บ้านติดตามสังเกตผู้ป่วย</p>
<p>6. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : เห็นสิ่งของแล้วไม่รู้ว่าคืออะไร</p> <p>S : ไม่สามารถอาบน้ำแต่งตัวด้วยตนเองต้องมีคนช่วยกระตุ้น O : ไม่สามารถไปจ่ายตลาด ทำอาหารหรือใช้จ่ายเงินได้ bADL=12/20 คะแนน, iADL=0/8คะแนน, TMSE=7/30คะแนน, NPIQ=6/12คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มาก/นานที่สุด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p>	<p>6. ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : เห็นสิ่งของแล้วไม่รู้ว่าคืออะไร</p> <p>S : ไม่สามารถอาบน้ำแต่งตัวด้วยตนเองต้องมีคนช่วยกระตุ้น O : ไม่สามารถไปจ่ายตลาด ทำอาหารหรือใช้จ่ายเงินได้ bADL=14/20 คะแนน, iADL=0/8คะแนน, TMSE=8/30คะแนน, NPIQ=6/12คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มาก/นานที่สุด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากที่สุด ไม่กินสิ่งที่ไม่ใช่อาหารและ</p>

ตารางที่ 1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<p>ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากที่สุด ไม่เกินสิ่งที่ไม่ใช่อาหารและ ผู้ดูแลดูแลได้ถูกต้อง ประเมินDEATH</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินกิจกรรมที่ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติได้โดยลำพัง หรือมีคนช่วยเหลือบางส่วน ช่วยอธิบายอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ บริเวณที่จะทำกิจกรรมนั้น ขั้นตอนวิธีการ สาธิต ใช้หลัก 4R จัดตารางเวลากิจกรรมเป็นแบบแผนสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ใช้ อุปกรณ์ที่คุ้นเคยและสะดวก ญาติช่วยผู้ป่วยให้ออกกำลังกาย ให้กำลังใจและส่งเสริมพลังอำนาจด้านบวกให้ผู้ดูแล <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้โดยลำพัง ญาติคอยกระตุ้นช่วยเหลือ ผู้ดูแล สามารถดูแลได้ถูกต้อง เช่น</p> <p>ติตรูภาพการอาบน้ำไว้ที่ห้องน้ำให้มองเห็นและทำตาม</p>	<p>ผู้ดูแลดูแลได้ถูกต้อง ประเมินDEATH</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินกิจกรรมที่ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติได้โดยลำพัง หรือมีคนช่วยเหลือบางส่วน ช่วยอธิบายอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ บริเวณที่จะทำกิจกรรมนั้น ขั้นตอนวิธีการ สาธิต ใช้หลัก 4R จัดตารางเวลากิจกรรมเป็นแบบแผนสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ใช้ อุปกรณ์ที่คุ้นเคยและสะดวก ญาติช่วยผู้ป่วยให้ออกกำลังกาย ให้กำลังใจ และส่งเสริมพลังอำนาจด้านบวกให้ผู้ดูแล <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้บางส่วน ญาติคอยช่วยเหลือและผู้ดูแล สามารถดูแลได้ถูกต้อง</p>
<p>7.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : มีกระบวนการคิด/สติปัญญาผิดปกติ อยู่นอกบ้าน กระสับกระส่าย หงุดหงิด อยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติดมุดลุกมุดนั่ง</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามความเหมาะสม ให้ความรู้ครอบครัวป้องกันอุบัติเหตุ <p>ประเมินผลการพยาบาล ยังไม่มีอุบัติเหตุหรือ หกล้ม ในระหว่างดูแล</p>	<p>7.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : มีกระบวนการคิด/สติปัญญาผิดปกติ มีหูแว่วและเห็นภาพหลอน O : มีความพิการทางร่างกายหลังงอขึ้นตรงไม่ได้ เวลาเดิน ลำตัวขานานพื้น มีอาการปวดเรื้อรังพอทนได้เข้าเฝ้าทั้ง2ข้าง</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามความเหมาะสม ให้ความรู้ครอบครัวป้องกันอุบัติเหตุ <p>ประเมินผลการพยาบาล ยังไม่มีอุบัติเหตุหรือ หกล้ม ในระหว่างดูแล</p>
<p>8.ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติต้องการให้ผู้ช่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น รู้สึกยุ่งยากที่จะพาผู้ป่วยออกนอกบ้านทำให้ผู้ป่วยไม่ได้พบแพทย์ตามนัด O : ผู้ดูแลมักบ่นว่าผู้ป่วยเอาแต่ใจบอกไม่ฟัง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจโรคสมองเสื่อมและจัดการ ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามและอธิบายโรคและวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินครอบครัว/ผู้ดูแล ข้อมูลด้านร่างกาย ข้อมูลด้านจิตใจ ข้อมูลด้านสังคม การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแล ภาวะสมองเสื่อมการดูแล ชีตความสามารถผู้ป่วย การดูแลตามหลักABC เพิ่มช่องทางให้คำปรึกษาสนับสนุนผู้ดูแล แนะนำแหล่งความรู้ แหล่งประโยชน์ ติดตามอาการผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง 	<p>8.ญาติและผู้ดูแลเสี่ยงต่อมีภาวะcare giver burden</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังหลายโรค ยาวนานหลายปี มีความพิการทางร่างกาย มีหูแว่วและเห็นภาพหลอนจำลูกหลานไม่ได้ ต้องใช้ยาควบคุม ญาติต้องการให้ผู้ช่วยอยู่ได้นานที่สุด แต่ก็เหนื่อยเพราะต้องทำงานนอกบ้าน</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจโรคสมองเสื่อมและจัดการปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามและอธิบายโรคและวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินครอบครัว/ผู้ดูแล ข้อมูลด้านร่างกาย ข้อมูลด้านจิตใจ ข้อมูลด้านสังคม การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแล ภาวะสมองเสื่อมการดูแล ชีตความสามารถผู้ป่วย การดูแลตามหลักABC เพิ่มช่องทางให้คำปรึกษาสนับสนุนผู้ดูแล แนะนำแหล่งความรู้ แหล่งประโยชน์ ติดตามอาการผู้ป่วย และผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
ประเมินผลการพยาบาล ผู้ดูแลมีความรู้บอกวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้ มีสีหน้าสดชื่น มีผู้ช่วยดูแลช่วยสัปดาห์ละ1วัน ZBI10คะแนนQOL39/52คะแนน ,9Q 8/27 คะแนน	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ดูแลมีความรู้บอกวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้ มีสีหน้าสดชื่น มีผู้ช่วยดูแลช่วยสัปดาห์ละ1วัน ZBI 10คะแนนQOL39/52คะแนน ,9Q 5/27 คะแนน

วิเคราะห์

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลที่แตกต่างกันและเหมือนกันตามปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีการดูแลตามกระบวนการพยาบาลที่เหมือนกัน ได้แก่ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำ สารอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย,ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ(Apathy)ในการทำกิจกรรม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เฉยเมย,ผู้ป่วยขาดการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเนื่องจากมีความบกพร่องการรับรู้และสื่อสาร,ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม,ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์,ผู้ป่วยมี

โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง,ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสูญหายเพราะผู้ป่วยออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ส่วนการพยาบาลที่แตกต่างกันนั้น ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการดูแลเพิ่มเติมตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ การดูแลให้มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในระดับปกติ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการดูแลแก้ไขภาวะโลหิตจางจากความเข้มข้นของเลือดต่ำ เป็นการดูแลตามปัญหาและข้อวินิจฉัย การพยาบาลที่แตกต่าง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากภาวะสุขภาพ ระยะอาการของโรคที่แตกต่างกัน

4 ผลลัพธ์การพยาบาล .

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 2 และรายที่ 1

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวทาง Demetia Management(A-N) แก้ไขตามข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล8ข้อโดยการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในระยะระยะยาวทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม,การจัดการปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมด้วยเทคนิค ABC ^{8,9,10} การใช้เทคนิคการสื่อสาร การค้นหากิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุข การทำกิจกรรมทางกาย การกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแล hygiene care และมีช่องทางแนะนำปรึกษา แก้ปัญหาสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง ผู้ดูแลมีกำลังใจดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวทาง Demetia Management(A-N) แก้ไขตามข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล8ข้อโดยการปฏิบัติ การพยาบาลดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในระยะระยะยาวทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม,การจัดการปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมด้วยเทคนิคABC ^{8,9,10} การใช้เทคนิคการสื่อสาร การค้นหากิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุข การทำกิจกรรมทางกาย การกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลhygiene care และมีช่องทางแนะนำปรึกษา แก้ปัญหาสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง ผู้ดูแลมีกำลังใจดูแลต่อเนื่อง

วิเคราะห์

จากตารางที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยมีความเหมือนกัน จากปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่คล้าย คลึงกัน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน ภายใต้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่

เหมาะสมลดลง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ภาวะการดูแลลดลง ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระบบการดูแลในระดับมาก

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้สูงอายุชาย อายุ 83 ปี รับประทานยาความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 18 มกราคม 2566 รวม 13 ครั้ง อาการสำคัญ 1 ปีก่อน มีอาการหลงลืม พูดบอกความต้องการ และตัดสินใจเองไม่ได้ ทำงานไม่ได้ กระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง เดินตามภรรยาตลอดเวลา ออกนอกบ้านเดินไปมาไม่หยุดวุ่นวาย หยิบจับของคนอื่น ชอบออกนอกบ้าน หลงทางกลับบ้านไม่ถูก ได้รับการวินิจฉัย unspecified dementia รักษาแบบไม่ใช้ยา ไม่ประวัติติดยา/สารเสพติด มีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก ได้รับการวางแผนการดูแลตามกระบวนการพยาบาล ในระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน พบว่ายังต้องการการช่วยเหลือ ทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน bADL=12/20 คะแนน, iADL=0/8 คะแนน พฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง TMSE=7/30 คะแนน, NPIQ=6/12 คะแนน ไม่อาการผิดปกติจาก Ktá ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ภาวะการดูแลลดลง^{3,4}

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้สูงอายุหญิงอายุ 90 ปี รับประทานยาความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 20 มกราคม 2566 รวม 13 ครั้ง อาการสำคัญ 1 ปีก่อนมา หลงลืม จำลูกหลานไม่ได้นอนไม่หลับ มีหิวแหว่และเห็นภาพหลอน ต้องใช้ยาควบคุมอาการทางจิต ออกนอกบ้านหลงทางกลับบ้านไม่ถูก ได้รับการวินิจฉัย vascular dementia, Essential primary hypertension, Generalized Anxiety Disorder (GAD), Lumbar spondylosis มีบุตรสาว

เป็นผู้ดูแลหลัก ได้รับการวางแผนการดูแลตามกระบวนการพยาบาลในระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน พบว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ บางส่วน bADL=14/20 คะแนน, iADL=0/8 คะแนน พฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง TMSE=8/30 คะแนน, NPIQ=6/12 คะแนน ไม่มีเหนื่อยอ่อนเพลียจากภาวะซีด ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม^{3,4}

ปัญหาสุขภาพซับซ้อนร่วมกับภาวะสมองเสื่อมทำให้มีความยากลำบากในการดูแล เกิดภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพา ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นทุก ๆ ด้านอย่างต่อเนื่อง การจัดการระบบบริการสุขภาพและพัฒนาสมรรถนะสำหรับบุคลากรหน่วยปฐมภูมิเพื่อค้นหาผู้มีความเสี่ยงสมองเสื่อมและร่วมวางแผนการดูแลในระยะแรก จะทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีกับผู้ป่วย^{9,11}

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการจัดทำคู่มือหรือแผนปฏิบัติการพยาบาล ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่ได้ดูแลต่อเนื่องในระบบการดูแลระยะยาวให้ทันสมัย ทันต่อเทคโนโลยีในยุคปัจจุบัน และเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยทุกมิติ และส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเสริมแรงให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีพลังในการปรับเปลี่ยนเทคนิคและรับมือกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กรุงเทพฯ: บริษัทธนจินตาครีเอชั่น จำกัด. 2564.
2. คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. หลักสูตรการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงวัยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (Self Caring skills for Dementia patients with behavioral and psychological problem). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์. 2563.
3. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, แสงเดือน กิ่งช้อยกลาง และ นฤปดินทร์ รอดปั้น. การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว. ขอนแก่น: เพ็ญพรินตัง จำกัด. 2565.
4. มูลนิธิสังคมและสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น. ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. ขอนแก่น: เพ็ญพรินตัง จำกัด. 2563.

5. มุลินธิสังคัมและสุภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น.คู่มือโปรแกรม Thai-RDAD protocol.ขอนแก่น:เพ็ญพรินตึง จำกัด. 2563.
6. ประวีณา ศรีบุตรดี.การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD):วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2564.
7. ปิติพร สิริทิพากร.บทความวิชาการ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล:วารสารพยาบาล.2557.
8. ศิราณี ศรีมหาภาคและธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ.สมองเสื่อมกับการดูแลระดับปฐมภูมิ.ขอนแก่น:เพ็ญพรินตึง จำกัด. 2565.
9. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.(2564).แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม.กรุงเทพฯ:ธนาเพลส
10. สุทิสภา ปิติญาณ.คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์.โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2562. สืบค้น 1 ตุลาคม 2566,จาก<https://hdmall.co.th/pharmacies-chat/drug-simvastatin>
11. อาทิตยา สุวรรณ.บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม Role of Nurses in Caring for Older persons with Dementia กรุงเทพฯ :คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. 2560.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care for Stroke patient in the acute phase : A Comparative 2 Case Studies.

(Received: December 24,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ทินกร นามนวด¹
Thinnakorn namnuad¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา 2 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง 2 ราย ที่เข้ารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและประเมิน ผลลัพธ์การพยาบาล

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยวัย 79 ปีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แขนขาข้างขวาวอ่อนแรงเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 15 นาที ได้รับการวินิจฉัย Stroke ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลซึมไม่พูด ปวดศีรษะ แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรงเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4.5 ชั่วโมง ได้รับการวินิจฉัย Acute Stroke ได้รับการส่งต่อทั้ง 2 ราย
คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This study was case study aimed to study and compare the nursing care process in 2 stroke patients. Comparative study of nursing care process for 2 acute stroke patients who receiving services at the Emergency and Forensic department of Sichomphu hospital, Khon Kaen Province. The research instruments include: Data record forms from outpatient medical records. Interviews with patients and relatives, observation, data analysis comparative following the 11 functional health patterns analysis. Specified the diagnosis of nursing care, planing of nursing care, nursing care practice and evaluation of nursing care result.

Results: The first case study, patient is a 79 year old Thai female presented with weakness on the right side extremities for 15 minutes before arriving at the hospital and diagnosed with Stroke. The second case study, a 52 year old Thai female presented with alteration of consciousness, unable to speak, headaches, and weakness on the left side extremity for 4.5 hours before arriving at the hospital, Acute Stroke was diagnosed. Both patients were referred.

Keywords: nursing process, stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ราว 15 ล้านราย² ต่อปี (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที)¹ ในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณ 5 ล้านราย ที่เหลือพิการเป็นส่วนใหญ่ ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้อาจเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนา รวมถึงประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยปี 2563 โดยในแต่ละ

ปีตั้งแต่ ปี 2563-2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479,534,588 และ 645 ตาม ลำดับ มีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 52.80, 55.33, 58.42 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในจังหวัดขอนแก่น ปี 2563-2565 มีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 50.91, 52.20 และ 53.88 ต่อแสนประชากรตามลิ่งค์ และในเขตอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2563-

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

2565 จำนวน 149, 147 และ 152 คน ตามลำดับ และ มีอัตราการตาย 52.20, 51.75 และ 52.80 ต่อแสน ประชากรตามลำดับ²

ดังนั้นจะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหา สำคัญของ ถ้าประชาชนไม่ได้รับการป้องกันอย่างถูกวิธี ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระให้กับคนใน ครอบครัวทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จึงเป็น ปัญหาที่ทุกคนควรตระหนักและร่วมกันป้องกัน การพัฒนาระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองจึงมี ความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพราะจะเป็น การสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ได้สูงขึ้น การสร้างเครือข่ายระบบบริการโรค หลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่ และการ พัฒนาศักยภาพและคุณภาพการบริการของแต่ละ โรงพยาบาลให้มีมาตรฐานที่ดี มีความปลอดภัยต่อ ผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยครบวงจร และบูรณาการ อย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุมตั้งแต่ระดับครอบครัว และชุมชน ถึงโรงพยาบาลชุมชน จนถึงโรงพยาบาล ศูนย์ ซึ่งเป็นบทบาทโดยตรงของงานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช ทั้งในขณะรักษาในโรงพยาบาลและขณะส่ง ต่อ³

วัตถุประสงค์

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1.ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 79 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพหม้าย ภูมิลำเนา ต.สีชมพู อ.สีชมพู จ. ขอนแก่น จบการศึกษาชั้นประถม ศึกษาปีที่ 4 ไม่มี รายได้นอกจากเงินเดือนผู้สูงอายุ เดือนละ 800 บาท และบุตรสาว บุตรชาย ทั้ง 2 คนเป็นผู้ดูแล แขนขาซีก ขวาอ่อนแรง ไม่พูดก่อนมา 15 นาที 15 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลญาติให้ประวัติว่าแขนข้าง ขวาอ่อนแรง ซึม ไม่พูด ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธ	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพ สมรส ภูมิลำเนา ต.นาจาน อ.สีชมพู จ.ขอนแก่น จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพเกษตรกร รมปวดศีรษะ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ก่อนมา 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง 4.5 ชั่วโมงก่อนมา ปวดศีรษะ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง กู้ชีพนำส่งโรงพยาบาล มี โรคประจำตัว DM,HT,ESRD รับประทานยาลดน้ำตาลที่คลินิก ชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลสีชมพู ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุ ไม่มีประวัติแพ้ยา หรืออาหาร เคยได้รับการผ่าตัดเบาหวานชนิดที่ 1 โรงพยาบาล

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการ พยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง เฉียบพลัน กรณีศึกษา

2 ราย

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะโรคหลอดเลือด สมอง เฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่มารับบริการที่ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสีชมพู โดยการประเมินสภาวะความรุนแรง ของการเจ็บป่วย (Triage) การวินิจฉัยการพยาบาล การ วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในภาวะ ฉุกเฉิน รวมทั้งการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยไปยัง โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าและการประเมินผล ลัพท์การพยาบาล ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 ถึง วันที่ 30 พฤษภาคม 2566 โดยขอเข้าถึงข้อมูลในวันที่ 7 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ระหว่างวันที่ 24 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 3 กรกฎาคม 2566 โดยขอ เข้าถึงข้อมูลในวันที่ 7 สิงหาคม 2566

ผลการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะ เฉียบพลัน โดยใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลัก ทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษา เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายเป็นดังนี้

1.การประเมินภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	การได้รับอุบัติเหตุ และการผ่าตัด ไม่มีประวัติแพ้ยาหรืออาหาร ปฏิเสธการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การวินิจฉัยโรค Stroke (Fast Track)	ขอนแก่น ปฏิเสธการ สูบบุหรี่ การดื่มสุรา การวินิจฉัยโรค Acute Stroke ,ESRD, DM,HT
2.ข้อมูลภาวะสุขภาพ	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสิชลพูนในเบื้องต้นตามเกณฑ์มาตรฐาน และได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ พบว่ามีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันและได้ยา Vt-PA แต่ไม่ตอบสนองต่อยาเท่าที่ควร ผลการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์พบเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดในหลอดเลือดสมอง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตและไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปฏิเสธการฟอกไต ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ ผลการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์พบเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดในหลอดเลือดแดงสมองที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน
3. ข้อมูลลักษณะพื้นฐานผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม รับประทานยาชุดแก้ปวดขาเป็นประจำ ปวดขามาก และปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน จึงนอนหลับพักผ่อนได้น้อย ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ จึงเกิดการอุดตันของเส้นเลือดในสมอง	ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและปฏิเสธการรักษาด้วยการฟอกเลือดทำให้เกิดผลโดยตรง ต่อเส้นเลือดสมอง รวมถึงมีภาวะแทรกซ้อนจากระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ขยายใหญ่ ทำให้ยากต่อการรักษาและเสียชีวิตในที่สุด
4.แบบแผนสุขภาพผู้ป่วย	แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ -รับรู้ว่าตนเองไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยเจ็บป่วย -พฤติกรรมกรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมเรื่องอาหาร ไม่เคยออกกำลังกาย การรับประทานยาชุดแก้ปวดขาเป็นประจำ แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร -ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม อาหารทอดและชอบรับประทานไส้ผงซุส รับประทานข้าวเหนียว แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย -ปัสสาวะเวลากลางวัน 3-4 ครั้ง กลางคืน 1-2ครั้ง สีเหลืองปกติ -ขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย -ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่ออกกำลังกาย เพราะมีอาการปวดข้อเท้าและเข่า มักจะนั่งๆ นอนๆ อยู่บ้าน แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ -นอนหลับคืนละ3-4 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการปวดข้อเท้าและเข่า จะหลับๆตื่นๆ มีอาการสัปดาห์ละ4-5 วันรับประทานยานอนหลับ เป็นบางครั้ง แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ -อ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้เฉพาะชื่อตนเอง มีการรับรู้ปกติสื่อสารและพูดคุยโต้ตอบได้ดี การได้กลิ่น การรับรส การรับสัมผัส และการได้ยินปกติ แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโน	แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ -รับรู้ว่าตนเองเป็นเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง, มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตวายเรื้อรัง -พฤติกรรมกรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามสมมุโนไพร แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร -รับประทานข้าวเหนียว 2 มื้อ คือมื้อเช้าและเที่ยง มื้อเย็นเป็นข้าวสวย รับประทานอาหารปรุงสำเร็จ 2-3 วันต่อสัปดาห์ แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย -ปัสสาวะเวลากลางวัน 4-5ครั้ง กลางคืน 3-4 ครั้ง สีเหลืองปกติ ไม่มีเสษขัด -ขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย -ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่ออกกำลังกายเพราะ เหนื่อยง่าย วิงเวียนบ่อย รับประทานอาหารได้เอง แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ -นอนหลับคืนละ6-7ชั่วโมงแต่นอนหลับๆตื่นๆ สัปดาห์ละ2-3วันวิตกกังวล แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ -อ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้ มีการรับรู้ปกติ สื่อสารและพูดคุยได้ดี บอกวัน เวลา สถานที่ได้ การได้กลิ่น การรับรส การรับสัมผัส การได้ยินปกติ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	<p>ทัศน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฟังพอใจต่อร่างกายของตนเอง ยอมรับสภาพจากอายุที่อายุมากแล้ว - ฟังพอใจความเป็นอยู่ของครอบครัวอยู่ในระดับดี <p>แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดี - ญาติพี่น้องของผู้ป่วยปลุกบ้านอยู่บริเวณใกล้เคียงกัน รักใคร่กันดี <p>แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยบอกว่าอายุตนเองมากแล้ว ไม่ได้สนใจเรื่องหรือให้ความสำคัญกับเรื่องเพศสัมพันธ์นานแล้ว <p>แบบแผนที่ 10 การเผชิญปัญหาและความอดทนต่อภาวะเครียด</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิตกกังวลเรื่องนอนไม่หลับ ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย - คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) - ไม่พบปัญหา <p>แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ร่วมงานบุญประเพณีต่างๆ ในชุมชนเสมอสดมภ์ไหว้พระก่อนนอนทุกคืน - เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยารับประทานเอง 	<p>แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฟังพอใจต่อร่างกายตนเองลดลง รับรู้เรื่องของโรคที่เป็น ไม่อยากพอกเลือด - มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ของครอบครัวระดับปานกลาง <p>แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดี รายได้หลักของครอบครัวได้จากบุตรสาวซึ่งไปทำงานโรงงานในจังหวัดชลบุรี ส่วนสามีทำนาทำสวนอยู่บ้านไม่มีราย ได้ประจำ <p>แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยบอกว่าตั้งแต่มีปัญหาระยะโรคไตเรื้อรัง ความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ก็ลดลง สามีเองก็เข้าใจ จึงไม่ได้มีปัญหา <p>แบบแผนที่ 10 การเผชิญปัญหาและความอดทนต่อภาวะเครียด</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิตกกังวลเรื่องไตเสื่อมค่าใช้จ่ายและหนี้สินในครอบครัว - คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พบ 1 ข้อ รู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบ 3 ข้อได้แก่ ข้อ 1 เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไรเป็นบางวัน ข้อ 3 หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไปเป็นบางวัน ที่มีเรื่องไม่สบายใจ ข้อ 4 เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรงเป็นบางวัน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก <p>แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ร่วมงานบุญประเพณีต่างๆ ในชุมชนเสมอสดมภ์ไหว้พระก่อนนอนทุกคืน - เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยารับประทานเองถ้าไม่ทุเลาก็จะไปโรงพยาบาล
5.การประเมินสภาพร่างกายระบบ	<p>รูปร่างผอม ผิวขาวซีด รู้สึกตัว ซึม แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ซ้ำจร 117ครั้ง/นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความดันโลหิต 181/106 มิลลิเมตรปรอท 	<p>รูปร่างท้วม ผิวดำแดง รู้สึกตัวดี ปวดศีรษะ เหนื่อย เพลีย แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความดันโลหิต 146/60 มิลลิเมตรปรอท
6.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	<p>วันที่ 24 มิถุนายน 2566</p> <ul style="list-style-type: none"> - BS(DTX) 334 mg/dl - eGFR 59.41ml/min/1.73m - Creatinine 0.92 mg/dl - BUN 17.1 mg/dl - Potassium 2.86 mmol/l - Chloride 107.5 mmol/l - Sodium 142.0 mmol/l - Pco2 24.6 mmol/l - Hb 11.1 g/dl Hct. 34vol% - INR 0.98 - PT 11.3 sec 	<p>วันที่ 23 พฤษภาคม 2566</p> <ul style="list-style-type: none"> - BS(DTX)232 mg/dl - eGFR 2.04 ml/min/1.73m - Creatinine 17.53 mg/dl - BUN 95.6 mg/dl - Potassium 4.47mmol/l - Chloride 90.8 mmol/l - Sodium 131.1 mmol/l - Pco2 24.1mmol/l - Hb 11.1 g/dl Hct. 34 vol % - INR 1.12 - PT 19.2sec
7.การรักษา	<p>วันที่ 24 มิถุนายน 2566</p> <ul style="list-style-type: none"> - NPO - NSS 1000 ml + KCL 40 meq IV drip 80 cc/hr 	<p>วันที่ 23 พฤษภาคม 2566</p> <ul style="list-style-type: none"> - NPO - NSS 1000 ml IV drip 80 cc/hr

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	- EKG - ส่งต่อโรงพยาบาลชุมแพ	- EKG - ส่งต่อโรงพยาบาลชุมแพ

วิเคราะห์

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย มีความแตกต่าง ได้แก่ อายุที่แตกต่างกัน และการมีโรคประจำตัว เบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ ผู้ป่วยที่มีอายุมากยิ่งขึ้นปัจจัยเสี่ยงในการ

เกิดโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งที่มีเหมือนกันคือเพศหญิงเหมือนกัน และมีรายได้ใกล้เคียงกัน เชื้อชาติ ศาสนา เดียวกันแสดงว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีวัฒนธรรมทางสังคมที่เหมือนกันส่งผลต่อการรับประทานอาหารที่เหมือนกัน

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เปรียบเทียบกรณีศึกษา^{4,5}

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) เนื่องจากหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน 2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมอง 3. เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 4. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่วิกฤต 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) เนื่องจากหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน 2. มีภาวะไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากไตไม่สามารถขับของเสียออกได้ 3. เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 4. เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะช็อค 5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่วิกฤต 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

วิเคราะห์ จากตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน เนื่องจากเส้นเลือดในสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน แต่ระยะเวลาในการเข้าถึงการรับบริการแตกต่างกัน เนื่องจากการรับรู้ที่ต่างกัน และมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแตกต่างกันเล็กน้อย ในกรณีศึกษารายที่ 1 อาจเกิดจากปัจจัยด้านอายุและ

พฤติกรรม การดูแลตนเอง ในกรณีศึกษารายที่ 2 อาจเกิดจากมีโรคประจำตัวและพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง

3. การพยาบาล^{4,5,6,7} จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของ กอร์ดอน สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาวางแผนให้การพยาบาล ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 การพยาบาล: เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) เนื่องจากหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยซึมลง ไม่พูด ขาซีกขวาอ่อนแรง วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) เนื่องจากหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่าเวียนศีรษะ O: แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ตารางที่ 3 การพยาบาล: เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p>เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวปกติ ความดันโลหิตลดลง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที และประเมินระบบประสาท ถ้า Glasgow Coma scale ลดลง ≥ 2 ให้รายงานแพทย์ 2. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 3. สังเกตอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง หรือชัก 4. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยซึม BP181/106 mmHg</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวปกติ ความดันโลหิตลดลง กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที และประเมินระบบประสาท ถ้า Glasgow Coma scale ลดลง ≥ 2 ให้รายงานแพทย์ 2. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 3. สังเกตอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง หรือชัก 4. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีมีอาการวิงเวียนศีรษะ BP146/60 mmHg</p>
<p>2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่นำเลี้ยงสมอง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: แขนขาด้านขวาอ่อนแรง Motor power แขนขาซีกขวา Grade2 แขนขาซีกซ้าย Grade 4</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีหายใจหอบ O₂ sat $\geq 95\%$</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที และตรวจวัดสัญญาณชีพ จนกว่าจะ stable 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา 3. สังเกตอาการปวดศีรษะ ที่รุนแรงมากขึ้น อาเจียน แขนขา อ่อนแรงมากขึ้น หรือชักเกร็ง ซึ่งเป็นอาการบ่งบอกถึงอาการมีเลือดออกในสมอง หรือสมองขาดเลือด 4. ดูแลให้สารน้ำ ตามแผนการรักษา 5. หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วยเพราะทำให้ผู้ป่วยมีความดันในสมองเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่เนื้อสมองเพิ่มมากขึ้น <p>การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยซึม หายใจ 20 ครั้ง/นาที ไม่มี Cyanosis BP170/98 mmHg O₂sat 96%</p>	<p>2. เสี่ยงต่อภาวะไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากไตไม่สามารถขับของเสียออกได้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่าเหนื่อย เพลียวิงเวียนศีรษะ</p> <p>O: ผล Creatinine =17.53 mg/dL, eGFR =2.04 mL/Min</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลัน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการบวม อัตราการ หายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ 16-20 ครั้ง/นาที</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที สังเกตการหายใจว่ามีเสียงหายใจผิดปกติ หรือหายใจหอบเหนื่อยหรือไม่ ถ้ามีหายใจหอบเหนื่อยรายงานแพทย์ 2. สังเกตลักษณะผิวหนังว่ามีอาการบวม กดบวมหรือไม่ 3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ และสอบถามการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกลักษณะสี และจำนวนปัสสาวะ 4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น E' lyte BUN ,Cr e-GFR เป็นต้น <p>การประเมินผลการพยาบาล ความดันโลหิต 135/63 mmHg หายใจ 20 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการหายใจหอบไม่มีอาการบวม</p>
<p>3. เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ค่าน้ำตาลในเลือด BS(DTX) = 334 mg/dL</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 70-110 mg% ไม่มีอาการ คือกระหายน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวปกติ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที และประเมินระบบประสาท จนกว่าจะ stable 2. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 3. สังเกตระดับความรู้สึกตัว และอาการ Hyperglycemia คือกระหายน้ำ หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลงหมดสติ 4. ให้สารน้ำตามแผนการรักษา <p>การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีหอบเหนื่อย ซึม</p>	<p>3. เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: ค่าน้ำตาลในเลือด BS(DTX) = 232 mg/dL</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 70-110 mg% ไม่มีอาการ คือกระหายน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวปกติ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที และประเมินระบบประสาท จนกว่าจะ stable 2. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 3. สังเกตระดับความรู้สึกตัว และอาการ Hyperglycemia คือกระหายน้ำ หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลงหมดสติ 4. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา <p>การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีหอบเหนื่อย ระดับความรู้สึกตัวปกติ ความดันโลหิต 135/63- 146/60 mmHg R 20 ครั้ง/min P70 ครั้ง/min O₂sat 98%</p>

ตารางที่ 3 การพยาบาล: เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p>ความดันโลหิตอยู่ในช่วงปกติ 168/102 - 170/99 mmHg R 20 ครั้ง/min P70 ครั้ง/min O₂sat 97%</p> <p>4. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : Potassium = 2.86 mmo/L</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจหยุดเต้น สัญญาณชีพปกติ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที และประเมินระบบประสาท จนกว่าจะ Stable</p> <p>2. ตรวจสอบคลื่นหัวใจเพื่อประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ</p> <p>3. ให้สารน้ำ NSS 1000 CC +KCL 40 meq V 80 cc/hr ตามแผนการรักษา</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล คลื่นหัวใจไฟฟ้าปกติ ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา</p>	<p>4. เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะซีด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: ค่า Hematocrit = 29.6%</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่ออย่างเพียงพอ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล อาการวิงเวียนศีรษะลดลง ค่า O₂ sat >95%</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 2. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง</p> <p>3. สังเกตอาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด</p> <p>4. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hematocrit ,Hemoglobin</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการวิงเวียนศีรษะ สัญญาณชีพปกติ</p>
<p>5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่วิกฤต</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติถามเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย และแนวทางการรักษา O : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าผ่อนคลายขึ้นให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งแสดงความกระตือรือร้นในการช่วยเหลือ</p> <p>2. เปิดโอกาสให้ญาติซักถามปัญหา และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</p> <p>3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติถึงอาการของโรค แผนการรักษา และการส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน เพื่อตรวจพิเศษเพิ่มเติมได้แก่ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อหาความผิดปกติของหลอดเลือด และจะได้รับการรักษาที่เหมาะสม เช่นการให้ยาละลายลิ่มเลือด และการเฝ้าระวังการป้องกันอาการเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน</p> <p>3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และลดสิ่งกระตุ้นเพื่อผ่อนคลาย และได้พักผ่อน</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา ให้ความร่วมมือ สีหน้าผ่อนคลายขึ้น</p>	<p>5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่วิกฤต</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติถามเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย และแนวทางการรักษา O : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าผ่อนคลายขึ้นให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งแสดงความกระตือรือร้นในการช่วยเหลือ</p> <p>2. เปิดโอกาสให้ญาติซักถามปัญหา และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</p> <p>3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติถึงอาการของโรค แผนการรักษา และการส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน เพื่อตรวจพิเศษเพิ่มเติมได้แก่ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อหาความผิดปกติของหลอดเลือด และจะได้รับการรักษาที่เหมาะสม เช่นการให้ยาละลายลิ่มเลือด และการเฝ้าระวังการป้องกันอาการเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน</p> <p>3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และลดสิ่งกระตุ้นเพื่อผ่อนคลาย และได้พักผ่อน</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา ให้ความร่วมมือ สีหน้าผ่อนคลายขึ้น</p>
<p>6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ โรงพยาบาลชุมชน</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ระดับความรู้สึก สัญญาณชีพปกติ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ โรงพยาบาลชุมชน</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ระดับความรู้สึก สัญญาณชีพปกติ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p>

ตารางที่ 3 การพยาบาล: เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1.ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที และประเมินระบบประสาท ถ้า Glasgow Coma scale ลงลง \geq 2 ให้รายงานแพทย์ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายทางโทรศัพท์ 2. จัดทำให้อุณหภูมิผู้ป่วยสูง 30 องศา ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 3.สังเกตอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง หรือชัก 4.ดูแลสารน้ำ ไม่ให้สายหัก พับงอ การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัว อากาศระบบประสาท ไม่เปลี่ยนแปลง BP170/99 mmHg P 72/min R 20/min O ₂ sat 96 %	1.ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที และประเมินระบบประสาท ถ้า Glasgow Coma scale ลงลง \geq 2 ให้รายงานแพทย์ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายทางโทรศัพท์ 2. จัดทำให้อุณหภูมิผู้ป่วยสูง 30 องศา ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 3.สังเกตอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง หรือชัก 4.ดูแลสารน้ำ ไม่ให้สายหัก พับงอ การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัว อากาศระบบประสาท ไม่เปลี่ยนแปลง BP146/60 mmHg P 72/min R 20/min O ₂ sat 98- 99%

วิเคราะห์ จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยกรณีศึกษา ทั้ง 2 รายได้รับการดูแลที่แตกต่างกันและเหมือนกันตามปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีการดูแลตามกระบวนการพยาบาลที่เหมือนกัน ได้แก่ การดูแลในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน การดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล และการดูแลขณะส่งต่อ ส่วนการพยาบาลที่

แตกต่างกันนั้น ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้แก่ การดูแลให้มีภาวะโพแทสเซียมให้อยู่ในภาวะปกติ และผู้ป่วยรายที่ 2 ภาวะช็อคจากไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งอาจอาจมีสาเหตุอายุ ภาวะสุขภาพ ระยะอาการของโรคที่แตกต่างกัน

4 ผลลัพธ์การพยาบาล

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะฉุกเฉินในทันที ซึ่งอาการและระยะเวลาการเจ็บป่วยเข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและแก้ไขภาวะฉุกเฉินจนผู้ป่วยมีอาการปลอดภัยคงที่ จึงประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยและญาติได้รับการอธิบาย มีความเข้าใจในสภาวะการเจ็บป่วย และได้รับการส่งต่อทันเวลาตามเกณฑ์ภายใน 30 นาทีที่การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ	ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะฉุกเฉินในทันที ซึ่งอาการและ ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามเกณฑ์ และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะฉุกเฉิน จนผู้ป่วยมีอาการปลอดภัยคงที่ จึงประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยและญาติได้รับการอธิบาย มีความเข้าใจในสภาวะการเจ็บป่วย และได้รับการส่งต่อทันเวลาตามเกณฑ์ภายใน 1.22 ชั่วโมง การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 รายในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันมีทั้งความเหมือนและแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยได้รับการพยาบาลขณะอยู่ในห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อ ทำให้ผู้ป่วย มีอาการปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จนกระทั่งถึงโรงพยาบาลปลายทาง

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงอายุ 79 ปี เข้ารับการรักษา วันที่ 24 มิถุนายน 2566 เวลา 16.46 น. อาการสำคัญที่เข้ารับการรักษา แขนขาซีกขวาอ่อน

แรง ไม่พูด ก่อนมาโรงพยาบาล 15 นาที ปฏิเสธโรคประจำตัว ตรวจร่างกายแรกรับ GCS E4V1M4,pupil 3 mm RTLBE, Motor power right grade 2, left grade 4 ,NIHSS 15 คะแนน ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่า มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการดูแลรักษาจากทีมการพยาบาลกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยใช้กระบวนการพยาบาล อย่างถูกต้องรวดเร็ว ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และได้รับการส่งต่อรักษาไปที่โรงพยาบาลชุมแพโดยระบบช่องทางด่วน (Stroke Fast Track) ภายในเวลา 29 นาที ซึ่งตามผลการรักษา ผลตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่า มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และได้ยา rt-PA ซึ่ง

ผลการรักษาไม่ตอบสนองเท่าที่ควร จึงได้รักษาแบบประคับประคองและจำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 3 กรกฎาคม 2566 วินิจฉัยสุดท้าย เนื้อสมองตายจากการขาดเลือดในหลอดเลือดแดงสมอง (Lefe Middle Cerebral Artery Infarion) S/P rt-PA⁶ กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงอายุ 52 ปี เข้ารับการรักษา วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 เวลา 07.58 น. อาการสำคัญที่เข้ารับการรักษา ปวดศีรษะ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 4.5 ชั่วโมง โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 5 ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต (RRT) ตรวจร่างกาย แกรรับ GCS E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE, Motor power left grade 2 , right grade 4 , NIHSS 10 คะแนน ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่า มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Stroke) ได้รับการดูแลรักษาตามเกณฑ์และส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมแพ เวลา 09.20 น.รวมเวลาเกิน 4.5 ชั่วโมง ไม่เข้าเกณฑ์ช่องทางด่วน ได้ติดตามผลการรักษา ผลตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่ามีเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดที่เกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงสมอง (Acute Right Middle Cerebral Artery Infarction due to thrombosis) และผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory failure) และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขยายใหญ่ (Dilate Cardiomyopathy) จึงให้คำแนะนำญาติรักษาแบบประคับประคอง จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 30 พฤษภาคม 2566 และผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านในเวลาต่อมา

จะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรง และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชจึงมีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญสูงในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวตลอดจนการป้องกันการเกิดโรคจึงมีความสำคัญสูงสุด การให้ความรู้ความเข้าใจกับประชาชนทุกกลุ่ม ให้เกิดความตระหนักในอันตรายของโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตัวเอง ครอบครัว ชุมชนสังคมและประเทศชาติ เพื่อที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ก็จะลดความเสี่ยงและห่างไกลจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ในส่วนการรักษาก็เป็นปลายทาง ซึ่งระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองก็มีการพัฒนาศักยภาพขึ้นเรื่อยๆ มีเครือข่ายการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดความครอบคลุมทุกพื้นที่^{1,7}

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ในระดับชุมชนหมู่บ้าน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันเวลาของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพิ่มศักยภาพ พัฒนาคความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพทั้งการอบรมระยะสั้น Basic stroke Nurse และการอบรมพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า. แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองทันยุคสำหรับแพทย์และทีมสุขภาพ เขต 7. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 2565
2. โรงพยาบาลสีชมพู. รายงานสถิติผู้ป่วยรายโรค พ.ศ. 2565. ขอนแก่น. โรงพยาบาลสีชมพู. 2565.
- 3.ปราณี ทุไพบระ. คู่มือวินิจฉัยการพยาบาล. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership. 2566
4. สากร จรุงนุสาย.การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา 2 ราย,มหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต].2561[เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2566];15:146-156.เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/195193/135695>

- 5.ธิดารัตน์ พรหมสิกร. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน :
กรณีศึกษา 2 ราย. สสจ.อำนาจเจริญ[อินเทอร์เน็ต].2563 ; เข้าถึงได้จาก http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/1c16.pdf
- 6.วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
2560
- 7.พรรณี รัตนปทุมวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่ห้องฉุกเฉิน : กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและ
สุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต].2565[เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/917>

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care For The Patients With End Stage Chronic Renal Disease On Hemodialysis : A Comparative 2 Case Study.

(Received: December 24,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ยุพดี ดูป้อง¹
Yupadee doopong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ในระยะก่อนฟอกเลือดและหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยศึกษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 2 ราย รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิขมพูนจังหวัดขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์เก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูลวางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: จากการศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย สรุปได้ว่าการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ค้นหาความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับโรคไตวายเรื้อรัง ลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โรคที่เป็นสาเหตุหลักทั้งสองราย คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การได้รับสารเสพติด เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา จากกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยได้ทำการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด มา 5-6 ปี ส่วนรายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือด 2 ครั้ง ทั้ง 2 ราย แต่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยปัญหาที่เหมือนกัน คือ วิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, การฟอกเลือด

Abstract

This study was case study aimed to study of the nursing care for patient with end stage chronic kidney disease who receive hemodialysis. And to compare 2 cases study in pre-hemodialysis and post-hemodialysis. The study of patient with end stage renal disease by 2 purposive sampling who receive treatment at In Patient Department, Sichomphu hospital, Khonkaen province. The instrument to collect the data include of the data record forms from medical record, interview, and observation to analyse and specified the nursing diagnosis following the 11 functional health patterns for analyse and planning of nursing care practice.

Results: the comparison between 2 cases study found that the nursing care process, search for the demand of patient's health and provide nursing care which related to end stage renal disease can decrease the risk of complications. The patients are safe, be able to provide self-care and good quality of life. Both patients have underlying with hypertension caused by the patient's life-style behavior such as food consumption, smoking and alcohol drinking. The first case study, patient had been receiving hemodialysis for 5-6 years. The second patient had been receiving hemodialysis for 2 times. Both patients are concerned about illness, inappropriate self-care behavior, high sodium consumption which affected hypertension disease.

Key words: nursing care, end stage renal disease, hemodialysis

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ประเทศไทยผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย ได้มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประเทศเป็นอย่างมาก จากข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 420,212 ราย ระยะ 4 จำนวน 420,212 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 62,386 ราย¹

จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีประชากรมากอันดับ 3 ของประเทศ มีความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานจำนวนมากซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคไตเรื้อรัง ในปัจจุบัน² ปริมาณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดขอนแก่นมีจำนวนมาก

โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ดูแลรับผิดชอบประชากรทั้งหมดจำนวน 76,993 คน ได้เริ่มดำเนินการเปิดให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2559 จนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยปี 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 55 ราย 68 ราย และ 72 ราย ตามลำดับ³ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นโรงพยาบาลสีชมพูจึงได้จัดบริการคลินิกดูแลผู้ป่วยดังกล่าวโดยแพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ โรคไตจากโรงพยาบาลชุมแพพร้อมทั้งจ้างเหมาบริการจากบริษัทเอกชนฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยและงานบริการผู้ป่วยในดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนฟอกเลือดและหลังฟอกเลือด ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีคุณภาพที่ดีและดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข^{4,5}

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีศึกษา 2 ราย

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังสุดท้าย โดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง 2 ราย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสีชมพู ระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2566 โดยแต่ละรายมีระยะเวลาในการศึกษาดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 15-17 สิงหาคม 2566 รวมระยะเวลา 3 วัน โดยขอเข้าถึงข้อมูลในวันที่ 2 กันยายน 2566

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 6-8 กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 3 วัน โดยขอเข้าถึงข้อมูลในวันที่ 20 กันยายน 2566

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ในพื้นที่อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น
2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. คัดเลือกผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีอาการซับซ้อน จำนวน 2 ราย จากทะเบียนการรับบริการของงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น
4. ขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น
5. แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประเมินสภาพผู้ป่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วย
6. ศึกษาและปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ปรับเปลี่ยนกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

7. สรุปผลการศึกษา เรียบเรียงเนื้อหาตามหลักวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เผยแพร่ไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาลและทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์

การศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตวายเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการพยาบาล เสนอผลการศึกษา การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ดังนี้

ผลการศึกษา

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ : เปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

รายการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. ข้อมูลทั่วไป	-ผู้ป่วยเพศ ชาย อายุ 66 ปีสถานภาพสมรส ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 15 ปีก่อนป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มาตลอด 4 ปีก่อนมา ผู้ป่วยตรวจพบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสีชมพู 3 ปีก่อนมาผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดบำบัดทดแทนไตที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลสีชมพู 3 วันก่อนมาผู้ป่วย มีอาการเหนื่อยวิงเวียน อ่อนเพลีย รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ.2566 วันที่จำหน่าย วันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ.2566 การวินิจฉัยโรค Hyperglycemia C DM type 2 c HT c CKD 5	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 31 ปี สถานภาพสมรส ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 2ปีก่อนผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษาที่ใด 1 ปี ก่อนผู้ป่วยตรวจพบว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังทำการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ด้วยการฟอกเลือดที่โรงพยาบาล ชุมแพ 2 ครั้ง 3วันก่อนมารักษาผู้ป่วยเหนื่อยวิงเวียน อ่อนเพลีย มีภาวะซีดแพทย์จึงรับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 6 กันยายน พ.ศ.2566 วันที่จำหน่าย วันที่ 8 กันยายน พ.ศ.2566 การวินิจฉัยโรค CKD 5 c HT c Anemia chronic diseases c Anemia
2. ข้อมูลภาวะสุขภาพ	- เป็นโรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาด้วยยาแบบรับประทาน และยาฉีด	- เป็น โรคไตวายเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง ได้ ได้รับการรักษาด้วยยาแบบรับประทาน และยาฉีด
3. ข้อมูลลักษณะพื้นฐานผู้ป่วย	- วิดกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่โซเดียมสูง มีความเสี่ยง เรื่อง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไตเสื่อมเพิ่มขึ้น มีอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง อันตรายจากการพลัดตก หล้มจากตาฟ้ามัวทั้ง 2 ข้างผู้ป่วยมีภาวะซีด	- วิดกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่โซเดียมสูง มีความเสี่ยงเรื่องมีอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง อันตรายจากการพลัดตกหล้มจากตาฟ้ามัวทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมากผู้ป่วยมีภาวะซีด
4. แบบแผนสุขภาพผู้ป่วย	แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการจัดการสุขภาพ -ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม (การรับประทานอาหารโซเดียมสูง การจำกัดน้ำเข้าออกร่างกาย การออกกำลังกาย) อาจได้รับอันตรายจากอาการตาฟ้ามัว 2 ข้าง แบบแผนที่ 2 โภชนาการ - พฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม มีภาวะพร่องโภชนาการ ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม (การรับประทานอาหารโซเดียมสูง การจำกัดน้ำเข้าออกร่างกาย การออกกำลังกาย) แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ; - ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/ทำงานบ้านได้ ไม่มีการออกกำลังกายต่อเนื่อง แบบแผนที่ 5 การนอนหลับ พักผ่อน - นอนหลับๆพักผ่อนได้ไม่มีสะดุ้งตื่น แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้ - เรียนรู้ รู้ตัวได้ดี ตัดสินได้ดี ไม่พบภาวะผิดปกติ แบบแผนที่ 7 การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง	แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการจัดการสุขภาพ -ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด มีความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม (การรับประทานอาหารโซเดียมสูง การจำกัดน้ำเข้าออกร่างกาย การออกกำลังกาย) อาจได้รับอันตรายจากอาการตาฟ้ามัว 2 ข้าง ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมาก แบบแผนที่ 2 โภชนาการ - พฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม มีภาวะอ้วน ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม (การรับประทานอาหารโซเดียมสูง การจำกัดน้ำเข้าออกร่างกาย การออกกำลังกาย) แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ; - ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/ทำงานบ้านได้ ไม่ออกกำลังกายต่อเนื่อง แบบแผนที่ 5 การนอนหลับ พักผ่อน - นอนหลับๆพักผ่อนได้ไม่มีสะดุ้งตื่น แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้ - เรียนรู้ รู้ตัวได้ดี ตัดสินได้ดี ไม่พบภาวะผิดปกติ แบบแผนที่ 7 การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ : เปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

รายการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	<p>- วิดกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทั้งก่อนและหลังการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด</p> <p>แบบแผนที่ 8 บทบาท/สัมพันธภาพ</p> <p>- ไม่พบภาวะผิดปกติในแบบแผนนี้</p> <p>แบบแผนที่ 10 การเผชิญปัญหาและความอดทนต่อภาวะเครียด</p> <p>- ผู้ป่วยจะตัดสินใจแก้ปัญหาเอง จะผ่อนคลายความเครียดด้วยการอ่านหนังสือธรรมะนั่งสมาธิ แต่ถ้าหากมีปัญหาใหญ่ๆ จะปรึกษารักษาและบุตรช่วยในการตัดสินใจ</p> <p>แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ</p> <p>- ไม่พบภาวะผิดปกติในแบบแผนสุขภาพนี้</p>	<p>-จากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเองความภาคภูมิใจ/การท้อแท้สิ้นหวังผู้ป่วยเข้าใจใน ภาพลักษณ์ของตนเองว่า ตนเองทรุดโทรม</p> <p>แบบแผนที่ 8 บทบาท/สัมพันธภาพ</p> <p>- ไม่พบภาวะผิดปกติในแบบแผนนี้</p> <p>แบบแผนที่ 10 การเผชิญปัญหาและความอดทนต่อภาวะเครียด</p> <p>- ผู้ป่วยจะตัดสินใจแก้ปัญหาเอง จะผ่อนคลายความเครียดด้วยการเล่นโทรศัพท์ ฟังเพลง แต่ถ้าหากมีปัญหาจะปรึกษารักษาและบุตรช่วยในการตัดสินใจ</p> <p>แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ</p> <p>- ไม่พบภาวะผิดปกติในแบบแผนสุขภาพนี้</p>
5. การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	<p>- รูปร่างสันทัด ผิวสีซีด ศีรษะและใบหน้าส่วน ท่ำทางอ่อนเพลีย ค่า BMI ปกติ สัญญาณชีพปกติ มีภาวะซีด Hct 20% DTX แรกรับ at ER ได้ 55 mg%</p>	<p>-ผู้ป่วยชาย รูปร่างอ้วน มีผิวซีด ลักษณะและใบหน้าส่วน ท่ำทางอ่อนเพลีย</p> <p>-ขาทั้ง 2 ข้างบวม ตึง 2+ สัญญาณชีพ อุ่นหุ้มมี อัตราการเต้นหัวใจและการหายใจปกติ แต่มีความดันโลหิตสูง 155/84 มิลลิเมตรปรอท BMI28.40</p>
6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	<p>CBC: wbc 7.62(10³/microliter),Hb 8.2 g/dl,Hct 20%ต่ำกว่าปกติ มีค่าอยู่ในช่วง38.2-49.7% ,PLT Count 176(10³/microliter),neutrophils 85 %สูงกว่าปกติ มีค่าอยู่ในช่วง50-70% ,Lymphocyte 9 %ต่ำกว่าปกติ มีค่าอยู่ในช่วง20-40%,Eosinophil 1%,MONO 4 % ,MCV 77.6fl,MCH 25.5 pg,MCHC 32.9g/dต่ำกว่าปกติ มีค่าอยู่ในช่วง32-36% ,RDW-CV 17.2%ต่ำกว่าปกติ มีค่าอยู่ในช่วง 20-40% ,</p> <p>- ผลการตรวจ Blood electrolyte chloride=89.8mmo/L,pCO220.3 mm/L, Potassium3.67 mm/L, sodium 135.2 mm/L, Creatinine (Enzyme)2.20 mg/dl สูงกว่าปกติ มีค่าอยู่ในช่วง0.7-1.40mg/dl, ,BUN 12.9 mg/dl,BS 121mg%</p>	<p>- Stool Examination</p> <p>-Mucus:Trace</p> <p>-WBC : 3-5 calls /HPFสูงกว่าปกติมีค่า=0</p> <p>-RBC: 1-2 calls/HPFสูงกว่าปกติมีค่า=0</p> <p>-Character:LoosePera HTC or ova : hot Feund</p> <p>Color : Green</p> <p>Blood gr : gr “0”</p> <p>CBC : Hct 18% ต่ำกว่าปกติ มีค่าอยู่ในช่วง38.2-49.7%</p> <p>Kidney function : eGFR 4.13 mmol/L ,l ต่ำกว่าปกติ มีค่ามากกว่า90ml/min/1.73m2</p> <p>Creatinine13.95 mg/dlสูงกว่าปกติ มีค่าอยู่ในช่วง0.7-1.40mg/dl BUN 51.60 mg/dl สูงกว่าปกติ มีค่าอยู่ในช่วง6.0-18.0mg/dl</p>
7. การรักษา	<p>15 สิงหาคม 2566</p> <p>1.Atorvastatin 40mg 1*1 po hs</p> <p>2.Bisacodyl 5 mg เม็ด 1*1 po hs หรือเมื่อมีอาการ</p> <p>3.Lactulose รับประทาน 30 ซี.ซี. 1*1 po hs หรือเมื่อมีอาการ</p> <p>4.ASPIRIN81 mg 1*1 po pc</p> <p>5.Omeprazole 20 mg 1*1 po ac</p> <p>6.Prednisolone 5 mg1*1 po pc 6.Folic acid 5 mg 1*1 po pc</p> <p>7. FBC 1*1 po pc</p> <p>8.PRC qr “o” 1 u</p> <p>วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2566</p> <p>1.shBiphasic isophane insulin Injec.</p>	<p>6 กันยายน 2566</p> <p>1.CIPROFLOXACIN TABLET 500MG เม็ด 1*1 po ac</p> <p>2.Dicloxacillin Sodium 250 mg 1*4 po ac</p> <p>3.ESGOPEN inject.400iu/1 ml vial iv PUSH 4000</p> <p>8 กันยายน 2566</p> <p>4.Captopril25 mg 1/2tab po pc</p>

วิเคราะห์ จากตารางที่ 1 การประเมินสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยตามแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน สามารถประเมินได้ว่า โรคไตวายเรื้อรังมีการพบส่วนมากในผู้ป่วยและเริ่มพบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลงเรื่อยๆ โรคที่นำมาทั้งสองรายกรณี คือ โรคความดันโลหิตสูง เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิตเรื่องการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ในด้านการดำเนินของโรค จากกรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยได้ทำการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด มา 5-6 ปี ส่วนรายที่ 2 ผู้ป่วยเพิ่งได้รับการเริ่มทำการบำบัด

ทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด 1-3 ครั้ง ทั้ง 2 ราย แต่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยปัญหาที่เหมือนกัน คือ วิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่นการรับประทานอาหารที่โซเดียมสูง มีความเสี่ยงต่ออันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง อันตรายจากการพลัดตกหกล้มจากตาพร่ามัวทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยมีภาวะซีด ผู้ป่วยขอมารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลใกล้บ้านด้วยเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ

2.การวินิจฉัยการพยาบาล^{6,7}

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
1.เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทเนื่องจากของเสียคั่งในร่างกาย	1.อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทเนื่องจากของเสียคั่งในร่างกาย
2.ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะซีด เกิดจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากฮอร์โมนอิริโธ-พอยอิตินลดลง และรับประทานอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากเบื่ออาหารคลื่นไส้อาเจียน	2.ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะซีด เกิดจาก ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากฮอร์โมนอิริโธ-พอยอิตินลดลง และรับประทานอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากเบื่ออาหารคลื่นไส้อาเจียน
3.ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากต้องทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	3.ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากต้องทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
4.มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากมีความบกพร่องที่ไต	4.มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากมีความบกพร่องที่ไต
5.อาจเกิดภาวะเสียสมดุลของร่างกายเนื่องจากหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องบำบัดทดแทนไตเทียม	5.อาจเกิดภาวะเสียสมดุลของร่างกายเนื่องจากหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องบำบัดทดแทนไตเทียม

วิเคราะห์ จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนกอร์ดอนพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีแบบแผนสุขภาพที่มีปัญหา 6 แบบแผน และผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาและภาวะแทรกซ้อนจนกลับบ้านได้

3. การพยาบาล^{6,7} จากแบบแผนประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนกอร์ดอนสามารถนำมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ดังนี้

ตารางที่ 3 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทเนื่องจากของเสียคั่งในร่างกาย	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทเนื่องจากของเสียคั่งในร่างกาย
วัตถุประสงค์การพยาบาล	วัตถุประสงค์การพยาบาล
1.ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท	1.ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท
2.ไม่เกิดภาวะของเสียคั่งลดลงในร่างกาย	2.ไม่เกิดภาวะของเสียคั่งลดลงในร่างกาย
ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน
S = 3 ปีก่อนมาผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดบำบัดทดแทนไต	S = ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดบำบัดทดแทนไต O = eGFR 4.13 mmol/L, Creatinine 13.95 mg/dl BUN 51.60 mg/dl
	กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 3 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p>O= eGFR12.47mmol/L, Creatinine4.42mg/dl BUN12.9 12.9 mg/dl</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตและประเมินระดับความรู้สึกตัว 2. วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง 3. สังเกตอาการของการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทจากของเสียคั่ง เช่น สับสน ชักเกร็ง หมดสติคลื่นไส้อาเจียนและบันทึกสัญญาณชีพ 4. ให้ผู้ป่วยได้รับอาหารจัด อาหารเฉพาะโรคไต จำกัดโปรตีนเพื่อลดการทำงานของไตและให้อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงเพื่อป้องกันการแตกสลายโปรตีนในร่างกาย ประมาณ 30–35 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน 5. ติดตามค่า BUN Creatinine ในกระแสเลือด 6. เตรียมความพร้อมก่อนไปฟอกเลือด เช่น งดยาความดันโลหิตทุกชนิดและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ 7. ชั่งน้ำหนักประเมินอาการทุกวัน 8. หลังกลับจากฟอกเลือด วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ประเมินความรู้สึกตัวเช่น สับสน อ่อนเพลีย ซึมคลื่นไส้อาเจียน <p>การประเมินผลผู้ป่วยทำทางอ่อนเพลียเล็กน้อย รู้สึกตัวดี E4V5M6 ทานอาหารได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทเนื่องจากของเสียคั่งในร่างกาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตและประเมินระดับความรู้สึกตัว 2. วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง 3. สังเกตอาการของการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทจากของเสียคั่ง เช่น สับสน ชักเกร็ง หมดสติคลื่นไส้อาเจียนและบันทึกสัญญาณชีพ 4. ให้ผู้ป่วยได้รับอาหารจัด อาหารเฉพาะโรคไต จำกัดโปรตีนเพื่อลดการทำงานของไตและให้อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงเพื่อป้องกันการแตกสลายโปรตีนในร่างกาย ประมาณ 30–35 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน 5. ติดตามค่า BUN Creatinine ในกระแสเลือด 6. เตรียมความพร้อมก่อนไปฟอกเลือด เช่น งดยาความดันโลหิตทุกชนิดและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ 7. ชั่งน้ำหนักประเมินอาการทุกวัน 8. หลังกลับจากฟอกเลือด วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ประเมินความรู้สึกตัวเช่น สับสน อ่อนเพลีย ซึมคลื่นไส้อาเจียนเป็นต้น <p>การประเมินผลผู้ป่วยทำทางอ่อนเพลียเล็กน้อย รู้สึกตัวดี E4V5M6 ทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทเนื่องจากของเสียคั่งในร่างกาย</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะซีด เกิดจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากฮอริโมนอิริโทรพอยอิตินลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S =ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย วิงเวียน เบื่ออาหาร</p> <p>O=ผู้ป่วยทำทางอ่อนเพลีย,คลื่นไส้, อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย</p> <p>=CBC: Hct 18 %</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยทนต่อการทำกิจกรรมได้มากขึ้นไม่มีอาการเหนื่อย <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินภาวะขาดออกซิเจน สังเกตสอบถามอาการอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยหลังจากทำกิจกรรม 2. วัดสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และติดตามผล Hct Hb 3. ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับยาบำรุงโลหิตตามแผนการรักษา Folic acid 1*1 op pc Fersolate 1*3 op pc Recomon ขนาด 5,000 ยูนิต ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง 4. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ตับสด ผักใบเขียว เพื่อช่วยเสริมสร้างฮีโมโกลบิน 5. รับประทานอาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง 6. 1. ประเมินผลและติดตามการรับประทานอาหารของผู้ป่วยในแต่ละมื้อทั้งจำนวน และชนิดของอาหารที่ได้รับ 	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะซีด เกิดจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากฮอริโมนอิริโทรพอยอิตินลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S =ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย วิงเวียน เบื่ออาหาร</p> <p>O=ผู้ป่วยทำทางอ่อนเพลีย,คลื่นไส้, อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย</p> <p>=CBC: Hct 18 %</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยทนต่อการทำกิจกรรมได้มากขึ้นไม่มีอาการเหนื่อย <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินภาวะขาดออกซิเจน สอบถามอาการอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยหลังจากทำกิจกรรม 2. วัดสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และติดตามผล Hct Hb 3. ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับยาบำรุงโลหิตตามแผนการรักษา เช่น ESGOPEN inject.400iu/1 ml vial iv PUSH 4000 ฉีด 4. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ตับสด ผักใบเขียว เพื่อช่วยเสริมสร้างฮีโมโกลบิน 5. รับประทานอาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง 6. 1. ประเมินผลและติดตามการรับประทานอาหารของผู้ป่วยในแต่ละมื้อทั้งจำนวน และชนิดของอาหารที่ได้รับ

ตารางที่ 3 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p>7. ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอคือให้ได้ประมาณ 30-35 กิโลแคลอรีต่อหน้าหนักตัว 1 กิโลกรัม พร้อมประสานงานกับโภชนากร มาให้ความรู้กับญาติ</p> <p>8. ดูแลความสะอาดช่องปากและฟันให้สะอาด เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร</p> <p>9. ติดตามให้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน หากผู้ป่วยมีอาการ</p> <p>ประเมินผล ผู้ป่วยรับทราบและสามารถตอบคำถามได้ (วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2566) รับประทานอาหารได้มีอิสระ 1 ถาด</p>	<p>7. ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอคือให้ได้ประมาณ 30-35 กิโลแคลอรีต่อหน้าหนักตัว 1 กิโลกรัม พร้อมประสานงานกับโภชนากร มาให้ความรู้กับญาติ</p> <p>8. ดูแลความสะอาดช่องปากและฟันให้สะอาด เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร</p> <p>9. ติดตามให้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน หากผู้ป่วยมีอาการ</p> <p>ประเมินผล ผู้ป่วยรับทราบและสามารถตอบคำถามได้ (วันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2566)</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากต้องทำพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S = ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย วิงเวียน เบื่ออาหาร O = ผู้ป่วยทำทางกั้วล ภาวะอาการบ่อยครั้ง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล .1 ผู้ป่วยลดลงความวิตกกังวล</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1. เปิดให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกกังวลเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ รับฟังผู้ป่วย ด้วยความตั้งใจ และให้กำลังใจ โดยการใช้คำพูดที่สุภาพและการสัมผัสที่นุ่มนวล .2 ให้ข้อมูลในเรื่องที่เกิดความวิตกกังวล เช่น การเตรียมตัวในการพอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม การรักษา การสังเกตภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น ขณะที่พอกเลือด และหลังพอกเลือด .3 ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน</p> <p>ประเมินผล ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้ สิ้นหน้ทำทางกั้วลลดลง (2566 .ศ.สิงหาคม พ 15 วันที่)</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากต้องทำพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S = ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย วิงเวียน เบื่ออาหาร = ผู้ป่วยแจ้งว่าพอกไตครั้งที่ 2 เลยขอมาทำหน่วยใกล้บ้าน O = ผู้ป่วยทำทางกั้วล</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล .1 ผู้ป่วยลดลงความวิตกกังวล</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1. เปิดให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกกังวลเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ รับฟังผู้ป่วย ด้วยความตั้งใจ และให้กำลังใจ โดยการใช้คำพูดที่สุภาพและการสัมผัสที่นุ่มนวล .2 ให้ข้อมูลในเรื่องที่เกิดความวิตกกังวล เช่น การเตรียมตัวในการพอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม การรักษา การสังเกตภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น ขณะที่พอกเลือด และหลังพอกเลือด .3 ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน</p> <p>ประเมินผล ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้ สิ้นหน้ทำทางกั้วลลดลง วันที่6 กันยายนพ(2566 .ศ.</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากมีความบกพร่องที่ไต</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S = ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย O = ผู้ป่วยบวม +2 = ผู้ป่วยนอนราบไม่ได้</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล .1 ผู้ป่วยมีความสมดุลของระดับน้ำเข้าออกในร่างกาย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการและอาการแสดง .2 ประเมินจำนวนน้ำเข้าออกร่างกายในแต่ละวัน .3 ตรวจสอบอาการบวมบริเวณหลังเท้า ฟังเสียงปอดทั้งสองข้าง สอนวิธีการตวงน้ำดื่มอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงผลเสียของการไม่จำกัดน้ำเข้าออกของร่างกาย .2 แนะนำเรื่องการงดอาหารอาหารที่โซเดียมสูง อาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดอง .3 ติดตามให้ได้รับยาตามแผนการรักษา</p> <p>ประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะน้ำเกินสิงห์ 17 วันที่)าคม พ(2566 .ศ.</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะน้ำเกินเนื่องจาก มีความบกพร่องที่ไต</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S = ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย O = ผู้ป่วยบวม +2 = ผู้ป่วยนอนราบไม่ได้</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล .1 ผู้ป่วยมีความสมดุลของระดับน้ำเข้าออกในร่างกาย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการและอาการแสดง .2 ประเมินจำนวนน้ำเข้าออกร่างกายในแต่ละวัน .3 ตรวจสอบอาการบวมบริเวณหลังเท้า ฟังเสียงปอดทั้งสองข้าง สอนวิธีการตวงน้ำดื่มอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงผลเสียของการไม่จำกัดน้ำเข้าออกของร่างกาย .2 แนะนำเรื่องการงดอาหารอาหารที่โซเดียมสูง อาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดอง .3 ติดตามให้ได้รับยาตามแผนการรักษา</p> <p>ประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะน้ำเกิน วันที่)8 กันยายน พ(2566 .ศ.</p>

ตารางที่ 3 การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษา รายที่ 1 และ รายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 อาจเกิดภาวะเสีย สมดุลของร่างกาย เนื่องจากหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องบำบัดทดแทนไตเทียม</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S = ผู้ป่วยบ่นเหนื่อยหลังทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องบำบัดทดแทนไตเทียม O = ผู้ป่วยบวม +2</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. ไม่พบอันตรายจากการเสียสมดุลของร่างกายหลังจากฟอกเลือด กิจกรรมการพยาบาล 1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ dialysis disequilibrium syndrome ปวดศีรษะ ตะคริว ตาพร่ามัว สมองบวม 2. ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ในเลือด ภาวะโซเดียมต่ำ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นตะคริว ภาวะน้ำเกิน 3. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกในร่างกายในแต่ละวัน ประเมินผล ไม่พบอันตรายจากการเสียสมดุลของร่างกายหลังจากฟอกเลือด (วันที่) 2566 .ศ.สิงหาคม พ 17)</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 อาจเกิดภาวะเสียสมดุลของร่างกาย เนื่องจากหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องบำบัดทดแทนไตเทียม</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S = ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย O = ผู้ป่วยบวม +2 = หลังฟอกเลือดด้วยเครื่องบำบัดทดแทนไตเทียม</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. ไม่พบอันตรายจากการเสียสมดุลของร่างกายหลังจากฟอกเลือด. กิจกรรมการพยาบาล 1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ dialysis disequilibrium syndrome ปวดศีรษะ ตะคริว ตาพร่ามัว สมองบวม 2. ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ในเลือด ภาวะโซเดียมต่ำ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นตะคริว ภาวะน้ำเกิน 3. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกในร่างกายในแต่ละวัน ประเมินผล ไม่พบอันตรายจากการเสียสมดุลของร่างกายหลังจากฟอกเลือด (วันที่) 8 กันยายน พ 2566 .ศ.)</p>

วิเคราะห์ จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยรายกรณีทั้ง 2 รายเปรียบเทียบ พบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แนวทางการพยาบาลที่รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่คล้ายกัน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทเนื่องจากของเสียคั่งในร่างกายความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะซีด เกิดจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากฮอร์โมนอีริโทรพอยอิตินลดลงมีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการได้รับ

สารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากเบื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากต้องทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากมีความบกพร่องที่ไต อาจเกิดภาวะเสียสมดุลของร่างกายเนื่องจากหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องบำบัดทดแทนไตเทียม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

4.ผลลัพธ์การพยาบาล

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษา รายที่ 1 และ รายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
<p>ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในการดูแลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน มีการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี เข้าใจรูปแบบในการดูแลตนเองที่บ้านได้</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในการดูแลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน มีการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการฟอกเลือด การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านได้ที่เกี่ยวข้องกับโรคไตวายเรื้อรัง</p>

การวิเคราะห์ จากตารางที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีทั้งความเหมือนและความต่างขึ้นอยู่กับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องและการวางแผนการจำหน่ายภายใต้การดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น

ตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปกรณีศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ค้นหาความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับโรคไตวายเรื้อรัง ลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁶ โรคที่นำมาทั้งสองรายการนี้คือโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิตเรื่องการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา จากกรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยได้ทำการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด มา 5-6 ปี ส่วนรายที่ 2 ผู้ป่วยเพิ่งได้รับการเริ่มทำการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด 1-3 ครั้ง ทั้ง 2 ราย แต่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยปัญหาที่เหมือนกัน คือ วิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม รับประทานอาหารที่โซเดียมสูง มีความเสี่ยงต่ออันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย มีปัญหาสุขภาพที่คล้ายกัน มีโรคร่วมที่ต่างกันแต่มีภาวะแทรกซ้อนที่คล้ายกัน มีลักษณะบุคคลที่ต่างกัน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญมากในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม โดยการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อรวบรวมข้อมูลในการประเมินปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงในด้านต่างๆ ที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลต้องมีสมรรถนะ มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน รวมถึงคำแนะนำ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และเสริมกำลังใจ² สามารถปฏิบัติตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของ

ตนเอง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะการมีน้ำเกินในร่างกาย ภาวะซีด ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ อีกทั้งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ยังมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายกัน ผู้ป่วยท้อแท้เบื่อหน่ายไม่อยากมารักษา พยาบาลผู้ดูแลจะต้องตระหนักถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย มีการเสริมแรงและให้กำลังใจ มีการติดตามเยี่ยม เช่น การโทรสอบถามอาการเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน หรือให้เบอร์โทรที่ติดผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ดีขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์และข้อจำกัด

ใช้เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง มีการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่าย⁸ ให้มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานของพยาบาลในการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เพื่อพัฒนาตนเองและหน่วยงานโดยการศึกษาค้นคว้าความรู้และประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วย และใช้เป็นแนวทางในการปฐมพยาบาลสำเร็จใหม่ หรือผู้สนใจในการศึกษาดูงาน ผู้รับบริการถูกต้องตรงตามมาตรฐานวิชาชีพและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะว่าควรพัฒนาแนวทางการพยาบาลสำหรับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสีชมพูจังหวัดขอนแก่นที่เหมาะสม ควรมีการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ อาจเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุง และพัฒนาอิเล็กทรอนิกส์ในการจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยต่างๆ กับกระบวนการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการล้างไตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁵

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม Hemodialysis Clinical Practice Recommendation. 2557.
2. รวีวรรณ พงศ์พิฒิปัทธ, อรรณน ศรีฤกษ์ศุทธ, จงจิต เสน่หา, นพพร ว่องศิริมาศ. การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556.
3. โรงพยาบาลสีชมพู. รายงานสถิติผู้ป่วยรายโรค พ.ศ.2565. ขอนแก่น : โรงพยาบาลสีชมพู. 2565.
4. สมพรชินโนรสและชุตินาติปัญญา. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ สดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ. 2562.
5. ธงชัย ผลดีและอมรรัตน์อนันต์นนทเขตต์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร.2559.
6. วรเชษฐ์ มงคลสิทธิกุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา. มหาสารคาม : วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2561.
7. อرنันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ/อรันันท์ หาญยุทธ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ธนอรุณการพิมพ์. 2565.
8. จิราภรณ์ ชูวงศ์, เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. ผลของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับภาวะโรคร่วมในระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients with Hemorrhagic Stroke with Comorbidities during the Rehabilitation period Kalasin Hospital : 2 Case Study

(Received: December 24,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

วิรัชพัชร ขาววิวัฒน์¹
Viralphat Khanwipat¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่าง เดือน กรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียน จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็มเพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 74 ปี การวินิจฉัย Hemorrhagic Stroke เข้ารับการรักษาที่ Home Ward ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยอาการแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง แผนการรักษา ฟื้นฟูสภาพร่างกาย รับการรักษาต่อเนื่อง ภาวะสุขภาพบำบัด ควบคุมความดันโลหิตสูง ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูงขาดการรับประทานยา ติดตามดูแลต่อเนื่อง Glasgow coma scale (GCS) E4V5M6 มีอาการแขนและขาด้านขวา อ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade V ด้านขวา grade III พบปัญหาแทรกซ้อน คือ ความดันโลหิตสูง การเคลื่อนไหวบกพร่อง การดูแลตนเองบกพร่อง ข้อติดแข็งเกร็ง และมีปัญหาเศรษฐกิจ หลังรับการรักษาต่อเนื่องอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี การวินิจฉัย left basal ganglia hemorrhage เข้ารับการรักษาที่ Home Ward ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยอาการแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง หลังการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง แผนการรักษาฟื้นฟูสภาพร่างกาย ติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง GCS E4V5M6 มีแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade V ด้านขวา grade O รับการรักษาด้วยยาและฟื้นฟูสภาพ พบปัญหาการกลืนบกพร่อง ปวดแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวบกพร่องและมีผลกดทับที่บริเวณสะโพก การดูแลตนเองบกพร่องและพบปัญหาเศรษฐกิจ ภายหลังการรักษาและการฟื้นฟูสภาพอาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองแตก, ระยะฟื้นฟูสภาพ, การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

Abstract

Comparative study of 2 case studies, purposively selected among hemorrhagic stroke patients who received treatment at Kalasin Hospital between July - September 2023, by collecting medical history data from medical records. From taking the history of patients and relatives using the concepts of Gordon's 11 health patterns. Orem's theory of self-care to find problems and plan nursing actions, summarize and continuously evaluate nursing results.

Results: Case study number 1, Thai male patient, age 74 years, diagnosed with Hemorrhagic Stroke, admitted for treatment at the Home Ward of Kalasin Hospital. With symptoms of weakness in the right arm and leg, the treatment plan is to rehabilitate the body. Receive continuous treatment, physical therapy, control high blood pressure. History of co-morbidities High blood pressure, lack of medication intake Continuous follow-up

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

care: Glasgow coma scale (GCS) E4V5M6 has symptoms of right arm and leg, motor power weakness on the left, grade V, right side grade III. Complications found include high blood pressure. impaired movement impaired self-care stiff joints and has economic problems After receiving continuous treatment, the patient's condition gradually improved. Case study number 2: Thai female patient, age 52 years, diagnosed with left basal ganglia hemorrhage, admitted for treatment at the Home Ward of Kalasin Hospital. With symptoms of weakness in the right arm and leg. After treatment with brain surgery Craniectomy with remove clot, history of co-morbidities High blood pressure, not taking medicine continuously, stopping the medicine yourself, treatment plan for physical rehabilitation Continue to follow up and take care of GCS E4V5M6. There is weakness in the right arm and leg. Motor power on the left is grade V, right is grade O. Receive medication and rehabilitation. They found problems with swallowing, surgical wound pain, impaired movement, and pressure sores on the hip area. Self-care is impaired and economic problems are encountered. After treatment and rehabilitation, the patient's overall condition improved accordingly.

Keywords: hemorrhagic stroke, rehabilitation period, nursing care for hemorrhagic stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลกโดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในทุกปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2566 โรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี โดยในแต่ละปีมีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง¹ โรคหลอดเลือดสมองแตกทำให้มีเลือดออกในสมองเมื่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดตีบตันหรือแตกจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเนื้อสมองเป็นผลมาจากการขาดเลือด ออกซิเจนและสารกลูโคสส่งผลให้ประสิทธิภาพของการซึมผ่านของสารระหว่างเลือดและสมองลดลง ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับขนาดและบริเวณของเนื้อสมองที่ขาดเลือดและระยะเวลาของการขาดเลือด² สำหรับโรคหลอดเลือดสมองแตกส่วนใหญ่มีสาเหตุสำคัญจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จากการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดยาเอง คลอเลสเทอรอลในเลือดสูงเมื่อหลอดเลือดสมองฉีกขาดเลือดที่ออกมาจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด หากมี

ขนาดใหญ่ที่กีดเบียดเนื้อสมองจะทำให้มีภาวะสมองบวมส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง และหากอาการเลือดออกรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อนไปที่แกนสมองทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกแบ่งเป็น การรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับปริมาณและตำแหน่งเลือดที่ออกในสมองซึ่งการดูแลระยะหลังผ่าตัดเน้นที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะเลือดออกซ้ำความดันในกะโหลกศีรษะสูง ชักเกร็ง โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 10-15 และพบว่าผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 25-52 โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตตั้งแต่ 2 วันแรก³ อาการนำของการเกิดภาวะเลือดออกในสมองคืออาการปวดศีรษะแบบทันทีทันใด ในกลุ่มที่มีเลือดออกในสมองน้อยและเลือดออกบริเวณกึ่งสมอง นอกจากนี้ยังมี อาการชัก อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ร่วมกับอาการทางระบบประสาท ได้แก่ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและ/หรือร่างกายครึ่งซีก ความรู้สึกตัวลดลง อาการชักและอาการเฉพะของตำแหน่งต่าง ๆ ที่เลือดออก เช่น อาการมือสั่น สูญเสียการทรงตัวและการประสานงานกันของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย⁴ การ

รักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาสิ่งที่กดเบียดสมองออก การผ่าตัดเพื่อเปิดกะโหลกศีรษะ(craniotomy) หรือการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังกรณีมีภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง⁵ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจึงมุ่งเน้นการควบคุมความดันโลหิตและป้องกันหรือควบคุมภาวะควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปัจจัยที่ทำให้โรคหลอดเลือดสมองแตกประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงตามธรรมชาติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชายและพันธุกรรม รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้อาหารไขมันสูงและตำแหน่งของรอยโรค⁵

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 540 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภายในจังหวัด รับส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายและนอกเขตสุขภาพ โดยเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายช่องทางด่วน (Stroke fast track) ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการเรื่องบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในปี 2562-2564 จำนวน 260, 272 และ 314 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 36, 37 และ 52 ราย พบอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 13.89, 37.84 และ 9.62⁶ จากข้อมูลเบื้องต้นจะพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีและมีอัตราการตายสูง หลังรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกในภาวะวิกฤติพบมีความพิการหลงเหลืออยู่ได้แก่ อาการอ่อนแรงแขนและขาความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ปัญหาด้าน

การพูด หรือการกลืน การรักษาให้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพ ด้าน การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเองการทำงานของระบบประสาท การพูด การเคลื่อนไหว พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจะได้ให้การพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองได้ สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อให้เกิดการพัฒนาการพยาบาลและเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับภาวะโรคร่วมในระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์:กรณีศึกษา 2 ราย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองแตกระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา: คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่าง เดือน กรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียนจากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็มเพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนปฏิบัติการ

พยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การศึกษาได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อนำมาเป็นที่ศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีผลกระทบสิทธิของผู้ป่วยในการศึกษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมการศึกษาคือเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 74 ปี การวินิจฉัย Hemorrhagic Stroke เข้ารับการรักษาที่ Home Ward ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยอาการแขนและขาข้างขวาอ่อนแรง แผนการรักษา ฟันฟูสภาพร่างกาย รับการรักษาต่อเนื่อง ภายภาพบำบัดควบคุมความดันโลหิตสูง ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูงขาดการรับประทานยา ติดตามดูแลต่อเนื่อง Glasgow coma scale (GCS) E4V5M6 มีอาการแขนและขาข้างขวา อ่อนแรง Motor power

ด้านซ้าย grade V ด้านขวา grade III พบปัญหาแทรกซ้อน คือ ความดันโลหิตสูง การเคลื่อนไหวบกพร่อง การดูแลตนเองบกพร่อง ข้อติดแข็งเกร็ง และมีปัญหาเศรษฐกิจ หลังรับการรักษาต่อเนื่องอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี การวินิจฉัย left basal ganglia hemorrhage เข้ารับการรักษาที่ Home Ward ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยอาการ แขนและขาข้างขวาอ่อนแรง หลังการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หูดยาเอง แผนการรักษา ฟันฟูสภาพร่างกาย ติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง GCS E4V5M6 มีแขนและขาข้างขวาอ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade V ด้านขวา grade O รับการรักษาด้วยยาและฟันฟูสภาพ พบปัญหาการกลืนบกพร่อง ปวดแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวบกพร่องและมีแผลกดทับที่บริเวณสะโพก การดูแลตนเองบกพร่องและพบปัญหาเศรษฐกิจ ภายหลังการรักษาและการฟันฟูสภาพอาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	74	52
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา 4	ปริญญาตรี
สถานภาพสมรส	สมรส	สมรส
อาชีพ	ทำนา	รับจ้าง
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง
ภูมิลำเนา	อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์	อำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์
วันที่เข้ารับการรักษา	13 กรกฎาคม 2566	8 กันยายน 2566
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล	28 กรกฎาคม 2566	22 กันยายน 2566
การวินิจฉัยโรค	Hemorrhagic Stroke	left basal ganglia hemorrhage S/P Craniectomy with remove clot 8 สิงหาคม 2566 (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์)
การตรวจพิเศษ	CT Scan	CT Scan

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	แขนและขาด้านขวาอ่อนแรง เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 1 เดือน	แขนและขาด้านขวาอ่อนแรง หลังการรักษาด้วยการ ผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot เป็น ก่อนมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1 เดือน ก่อนเข้ารับการรักษาที่ Home ward ผู้ป่วยแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง ญาตินำส่งเข้า รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์แพทย์ วินิจฉัยมีภาวะสมองโรคหลอดเลือดสมองแตกเข้า รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รักษาด้วย การให้ยาควบคุมความดันโลหิตและฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย อาการดีขึ้นแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน หลัง รับการรักษาผู้ป่วยมีอาการแขนและขาด้านขวา อ่อนแรงเข้ารับการรักษาต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย	2 สัปดาห์ก่อนเข้ารับการรักษาที่ Home ward ผู้ป่วย มีอาการแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง มีอาการปวด ศีรษะญาตินำส่งที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์วินิจฉัย พบภาวะหลอดเลือดสมองแตก แพทย์รักษาด้วยการ ผ่าตัดสมองเพื่อนำเลือดออก วันที่ 10 สิงหาคม 2566 และรักษาด้วยการให้ยาควบคุมความดันโลหิตและการ ทำกายภาพบำบัด อาการดีขึ้นแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน หลังรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการแขนและขาด้านขวา อ่อนแรง กลืนอาหารไม่ได้ มีแผลกดทับบริเวณสะโพก ซ้าย เคลื่อนไหวลำบาก เข้ารับการรักษาต่อเนื่องเพื่อ ฟื้นฟูสภาพร่างกายและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือด สมองแตก
ประวัติการ เจ็บป่วยในอดีต	ความดันโลหิตสูง ประวัติขาดการรับประทานยา ไม่เข้าตรวจตามนัด ปฏิเสธการแพทย์	ความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่องและหยุดยาเอง ปฏิเสธการแพทย์
อาการแรกพบ	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3min. react to light both eyes motor power left grade V right grade III สัญญาณชีพ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 109 /77 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99% ผล CT Scan Focal hypodense lesion at right basal ganglia hemorrhage, measure about 2.7x2.6.2.7cm. intra cranial hemorrhage is possible, Aging brain atrophy. วันที่ 13 กรกฎาคม 2566	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mms. react to light both eyes motor power left grade V right grade 0 สัญญาณชีพ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 107 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 119/73 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99% CT Scan left basal ganglia hemorrhage (Size 6.0x3.3x3.6cm.with perilesional brain edema mild shifting midline structure to right side 0.3cm.) วันที่ 8 สิงหาคม 2566
การประเมินร่างกายตามระบบ		
1.General appearance	Thai male, Good consciousness, looked allert BW 53 kgs. สูง 155 cms. BMI = 22.06	Thai female, good consciousness, looked weak, not pale jaundice BW 57 kgs. สูง 165 cms. BMI 20.93
2.HEENT	Not pale conjunctive, no pale sclera, no edematous of eyelids, no neck engorged.	Not pale conjunctive, no pale sclera, no edematous of eyelids, no neck engorged
3.Heart	Normal S1, S2, no murmur	Normal S1, S2, no murmur
4.Lungs	Clear both lungs	Lungs Clear, no crepitation
5.Abdomen	Abdomen soft normal active bowel sound	Abdomen soft not tender normal active bowel sound
6. Genitourinary	CVA not tender	CVA not tender

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
7. Extremities	Motor power left grade V, right grade III	Motor power left grade V, right grade 0
8. Neurosigns	GCS E4V5M6 pupil 3mm. react to light both eyes	GCS E4V5M6 pupil 3mm react to light both eyes
ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก มีอาการแขนและขาข้างขวาคืออ่อนแรง แขนและขาเกร็ง เคลื่อนไหวลำบากทำกิจวัตรประจำวันลำบาก ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่มีคนพาไปพบแพทย์ตามนัด ไม่สามารถไปรับการบำบัดกายภาพบำบัดได้	ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ามีแขนและขาข้างขวาคืออ่อนแรง ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองเอากะโหลกศีรษะออกและนำเลือดออก แพทย์ให้กลับบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพและนัดพบแพทย์เป็นระยะ ผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหว ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ รับประทานอาหารทางสายยาง ใส่สายสวนจากกลืนไม่ได้มีสำคัญอาหารหลังการผ่าตัดสมอง รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง เป็นเหมือนพิการต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง
2. โภชนาการและการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทาน 3 มื้อ/วัน เป็นอาหารพื้นบ้าน รับประทานอาหารได้เองไม่มีสำคัญอาหาร	รับประทานอาหารไม่ได้มีปัญหาการกลืน ใส่สายสวนจาก อาหารที่ได้รับเป็นอาหารปั่น (Blenderized diet) 350 ml x 4 feed ญาติซื้ออาหารปั่นสำเร็จรูปมาให้รับประทานและบางมื้อทานเป็นนม ไม่มีอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหาร
3. การขับถ่าย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะได้ปกติ วันละ 3-5 ครั้ง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด
4. กิจวัตรประจำวัน	ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้เอง มีบางกิจกรรมต้องมีญาติคอยช่วยเหลือการทำกิจกรรม ประเมิน (ADL) 11 คะแนน	ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง มีญาติช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมในบางกิจกรรม ประเมิน (ADL) 10 คะแนน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ไม่มีปัญหาการนอนหลับ นอนหลับได้ 6-8 ไม่เคยใช้ยานอนหลับ	นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาในการนอนไม่เคยใช้ยานอนหลับ
6.สติปัญญา และการรับรู้	ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษา 4 อ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ถูกต้อง	ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษา 6 อ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ถูกต้อง
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ญาติผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิด ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและขาดการรับประทานยาต่อเนื่องอีกทั้งไม่ไปตรวจตามนัด	ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มาจากโรคความดันโลหิตสูง จากหยุดยาเองเนื่องจากหลังทานยามีอาการปวดศีรษะ และเมื่อมีอาการปวดศีรษะไม่ไปพบแพทย์ ไม่สนใจการรักษา
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	อาศัยอยู่กับภรรยาและหลานขณะเจ็บป่วยมี ภรรยาและหลานในวัยเรียนคอยดูแล บุตรทุกคนทำงานต่างจังหวัด	อาศัยอยู่กับบิดา มารดาและบุตร 2 คน สามีทำงานรับจ้างก่อสร้างที่ต่างจังหวัด มีบิดา มารดาและบุตรคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน
9. เพศและการเจริญพันธุ์	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศของตนเอง	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศของตนเอง
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	การเจ็บป่วยครั้งนี้มีความเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง มีแขนและขาข้างขวาคืออ่อนแรง กลัวตัวเองพิการและเป็นภาระของภรรยาและลูกหลาน	ผู้ป่วยแจ้งว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ขาดรายได้ ไม่สามารถทำมาหาเลี้ยงชีพตัวเองและครอบครัวได้มีแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง กลัวตัวเองพิการและเป็นภาระของลูกหลาน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
11.ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดบ้างตามโอกาส	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดวันพระและเทศกาลงานบุญตามโอกาส

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก กลัวแขนและขาอ่อนแรงไปมากกว่าเดิม ฟันฟูสภาพไม่ได้จนเกิดความรู้สึก	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แพทย์แจ้งเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการผ่าตัดสมอง มีแขนและขาอ่อนแรง ทำกิจกรรมไม่ได้ ต้องเป็นภาระพึ่งพิง เปรียบเหมือนเป็นคนพิการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องเป็นภาระบิดา มารดาและบุตร	กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาด้วยอาการมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองแตก กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รับทราบการเจ็บป่วยที่ตนเป็นอยู่ ญาติและผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพกลัวภาวะแทรกซ้อนของโรคคือความพิการ
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	<u>การวินิจฉัย</u> Hemorrhagic Stroke <u>อาการและอาการแสดง</u> GCS E4V5M6 pupil 3min. react to light both eyes motor power left grade V right grade III สัญญาณชีพ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 109 /77 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99% <u>CT Scan brain</u> ผล CT Scan Focal hypodense lesion at right basal ganglia hemorrhage, measure about 2.7x2.6x2.7cm. intra cranial hemorrhage is possible, Aging brain atrophy. วันที่ 13 กรกฎาคม 2566	<u>การวินิจฉัย</u> left basal ganglia hemorrhage S/P Craniectomy with remove clot 8 สิงหาคม 2566 (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์) <u>อาการและอาการแสดง</u> ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mms. react to light both eyes motor power left grade V right grade 0 สัญญาณชีพ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 107 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/73 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99% <u>CT Scan brain</u> CT Scan left basal ganglia hemorrhage (Size 6.0x3.3x3.6cm.with perilesional brain edema mild shifting mildline structure to right side 0.3cm.) วันที่ 8 สิงหาคม 2566	<u>การวินิจฉัย</u> กรณีศึกษารายที่ 1 Hemorrhagic Stroke กรณีศึกษารายที่ 2 left basal ganglia hemorrhage S/P Craniectomy with remove clot ตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพมีตำแหน่ง left basal ganglia ทั้ง 2 ราย ทำให้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมี ทั้งอาการของแขนและขาอ่อนแรงมีความแตกต่างที่ขนาดของก้อนเลือดที่ออกในสมองจึงทำให้ความรุนแรงของโรคมีความต่างกรณีศึกษารายที่ 1 รักษาด้วยการให้ยาควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงและยาและเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ขนาดของก้อนเลือดมีขนาดใหญ่และมีภาวะสมองบวมเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่รุนแรงต้องรักษาด้วยการผ่าตัดสมองร่วมกับการให้ยา จึงทำให้หลังการรักษามีพยาธิสภาพหลงเหลือคือมีแขนและขาอ่อนแรง motor power grade 0

ตารางที่. 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3.แผนการรักษา	<p>Medication</p> <p>-Amlodipine(5mg) 1 tab OD p.c.</p> <p>-Enalapril(5mg) 1 tab bid.p.c.</p> <p>-Vitamin B 1tab tid.p.c.</p> <p>การผ่าตัด ไม่มี</p> <p>กายภาพบำบัด</p> <p>ส่งกายภาพบำบัด</p> <p>โรงพยาบาล</p> <p>จันทร์-พุธ</p> <p>F/U 2 สัปดาห์</p>	<p>Medication</p> <p>-Atrovastatin(40mg) 1 tab hs.</p> <p>-Hydralazine(25mg)b1tab tid p.c.,hs</p> <p>-Losartan (50mg) 1 tab bid.p.c.</p> <p>-Vitamin B 1tab tid.p.c.</p> <p>การผ่าตัด</p> <p>Craniectomy with remove clot</p> <p>วันที่ 8 สิงหาคม 2566</p> <p>กายภาพบำบัด</p> <p>ส่งกายภาพบำบัด โรงพยาบาล</p> <p>จันทร์-พุธ- ศุกร์</p> <p>F/U 2 สัปดาห์</p>	<p>แผนการรักษา</p> <p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีแผนการรักษาด้วยการให้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงและเอ็กเซอร์ไซสคอมพิวเตอร์ในการติดตามอาการ ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพอาการอ่อนแรงแขนและขา ด้านขวา มีการติดตามอาการต่อเนื่องนัดพบแพทย์ 2 สัปดาห์เพื่อติดตามการรักษา ความแตกต่าง ในกรณีศึกษา 2</p> <p>ได้รับการรักษาการผ่าตัดสมอง และได้รับการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง</p>

ตารางที่. 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
1.ไม่สุขสบายปวดแผลผ่าตัด และแผลสะเก็ดลอก กรณีศึกษาที่ 2	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้แบบประเมิน Nummerric scale และประเมินจากสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย เช่น คิ้วขมวด นอนกระสับกระส่าย เหงื่อออก หน้าซีด ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว แนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทาปวด โดยการหายใจเข้าออก ยาวๆลึกๆทางปากเพื่อผ่อนคลาย สอนและช่วยผู้ป่วยเกี่ยวกับการพลิกตะแคงตัวเพื่อลดอาการปวดแผล ดูแลสายระบายไม่ให้ตึงรั้งแผลของผู้ป่วยและไม่ให้สายหักพังงอต่อความระคายเคืองต่อแผลผ่าตัด ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Paracetamol(500mg) 1 tab prn for pain หรือหากมีอาการปวดแผล
2)เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากผิวหนังมีทางเข้าของเชื้อโรค กรณีศึกษาที่ 2	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินการติดเชื้อ ประเมินสัญญาณชีพเมื่อเข้าตรวจตามนัด หรือให้ผู้ดูแลหลัก ประเมิน อุณหภูมิ> 37.5 องศา ดูแลให้พักผ่อนเช็ดตัวลดไข้ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาต่อไป สังเกตลักษณะของแผลว่า บวม แดง ร้อนซึบ มีกลิ่นเหม็นถ้ามีรายงานให้แพทย์ทราบ ดูแลทำความสะอาดแผลให้ตามแผนการรักษาโดยยึดหลัก Aseptic Technique แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยเปิดแผลและเอามือแกะเกาแผลหรือระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ แนะนำการดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านผู้ป่วย ดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการรักษา
3.เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจากภาวะโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาที่1,2	<ol style="list-style-type: none"> แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของภาวะความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีอาเจียน ชักเกร็ง เป็นต้น ดูแลให้เข้ารับการตรวจตามแผนการรักษา ควบคุมความดันตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลการรับประทานยาให้มีความต่อเนื่อง แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การงดอาหารเค็ม มัน อาหารหมักดอง งดอาหารประเภทแป้ง ดูแลให้ทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น มีอาการชา แขนและขา หรือแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เป็นต้น

ตารางที่. 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
4. มีภาวะข้อติดแข็งเกร็งจากภาวะกล้ามเนื้อแขนและขาชาว่อนแรง กรณีศึกษาที่ 1,2	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินกำลังของแขนและขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อรายงานแพทย์และวางแผนให้การพยาบาล 2) ส่งกายภาพบำบัดเพื่อทำการกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) ดูแลออกกำลังกายแบบ passive-active exercise วันละ 15-30 นาที ป้องกันข้อติดแข็งเกร็ง 4) ดูแลจัดท่านั่งให้นอนยกศีรษะสูง 30 องศา และพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันข้อติดแข็งเกร็ง 5) แนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน 6) สอนแนะนำการใช้อุปกรณ์เสริมในการช่วยเคลื่อนไหวร่างกาย 7) กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน 8) จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบอุปกรณ์และของใช้
5. มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร กรณีศึกษาที่ 2	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีบ คือ ภาวะ Aspiration 2) มีการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, กายภาพบำบัด, นักโภชนาการและญาติ 3) จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรคคืออาหารปั่นBlenderized diet 350 mlx4 feed ตามแผนการรักษา 4) ดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก 5) ดูแลการให้อาหารและการฝึกกลืนโดยแพทย์กายภาพ ตามแผนการรักษา ของแพทย์ 6) จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศาขณะให้อาหารและหลังให้อาหาร 15-30 นาที สังเกตสำลักอาหาร
6. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนและขาชาว่อนแรง กรณีศึกษาที่ 1,2	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (ADL) เพื่อช่วยวางแผนการดูแล 2) ประเมินการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยพยุงลูกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน 3) สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4) การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า โดยเน้นถึงความสะอาด ไม่มีมดหรือเงื่อน ที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ 5) สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหารตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามความสามารถ 6) แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับป้องกันการพลัดตกหกล้มญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรม
7. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและปัญหาเศรษฐกิจ กรณีศึกษาที่ 1,2	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ 2) อธิบายญาติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค แผนการรักษา 3) ประสานงานกับแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด ทีมดูแลต่อเนื่อง ทีมเยี่ยมบ้าน ประสานงานกับ ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.สต. อสม. ในเขตพื้นที่ เตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน 4) ดูแลช่วยเหลือร่วมกับเครือข่ายในการช่วยเหลือ โดยร่วมกับผู้นำชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ และโครงการพลังบวรในการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านค่าใช้จ่ายและเศรษฐกิจ
8. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัว กรณีศึกษาที่ 1,2	<ol style="list-style-type: none"> 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอาการปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่ การสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาท ที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ อาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว แขนและขามีอาการอ่อนแรง หรือมีอาการชา หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เป็นต้น 2) แนะนำสอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล (care giver) การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด การพลิกตะแคงตัว การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม การรักษาความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ แปรงฟัน ความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ทุกครั้งที่ป็นเป็นอุจจาระ 4) ให้ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงรอบ ๆ ตัว เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ รูปภาพของครอบครัวไว้ในห้องหรือข้างตู้ข้างเตียง 5) แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการข้างเคียงของการรับประทานยา แนะนำการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามแผนการรักษา

ตารางที่. 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>สรุปปัญหาทางการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ขณะดูแล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจากภาวะโรคความดันโลหิตสูง 2) มีภาวะข้อติดแข็งเกร็ง จากภาวะกล้ามเนื้อแขนและขาขวาอ่อนแรง 3) เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง 4) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและปัญหาเศรษฐกิจ 5) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัว <p><u>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความต่างในกรณีศึกษา</u> คือ กรณีศึกษารายที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ไม่สุขสบายปวดแผลผ่าตัดและแผลสะเก็ดแผล 2) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากผิวหนังมีทางเข้าของเชื้อโรค 3) มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองแตก ส่งผลทำมีอาการอ่อนแรงของแขนและขาด้านขวา ตามพยาธิสภาพของโรคเนื่องจากมีภาวะเลือดออกที่บริเวณ left basal ganglia hemorrhage ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคมียขนาดแตกต่างกัน¹ จากขนาดของเลือดที่ออกตามผลการตรวจ CT Scan ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes motor power left V right grade III ประเมิน ADL 11 คะแนน มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองแตก ปัญหาอ่อนแรงแขนและขาด้านขวาส่งผลต่อการเคลื่อนไหว และความสามารถในการทำกิจกรรม มีภาวะข้อติดแข็งเกร็ง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กรณีศึกษารายที่ 2 GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes Motor left grade V right grade 0 หลังการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot ประเมิน ADL 10 คะแนน หลังการรักษาเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤต มีปัญหาการกลืนอาหารได้รับอาหารทางสายยาง ใส่สายสวนจมูก มีปัญหาการเคลื่อนไหวแขนและขา ด้านขวา motor power grade 0 มีแผลกดทับที่บริเวณสะโพกซ้าย ปวดแผลผ่าตัดและแผลบริเวณ

สะโพก ในการดูแลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ในระยะฟื้นฟูสภาพ ยังคงมีปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วย การรักษาด้วยการให้ยาให้มีความคุมภาวะความดันโลหิตสูงให้มีความนิ่งเพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ในด้านของความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การสังเกตอาการผิดปกติ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย อาการอ่อนแรงของแขนและขาด้านขวา ตลอดจนการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การเข้ารับการรักษตามนัดเพื่อติดตามการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตลอดจน ซึ่งผู้ป่วยและ Care giver ต้องตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาให้เกิดความต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยซ้ำ ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคที่สามารถป้องกันได้ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติ⁴

ข้อเสนอแนะ

1. การรณรงค์ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวานความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ สูบบุหรี่ อ้วนและกลุ่มไม่ออกกำลังกายโดยเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่

ต้องรับมาโรงพยาบาลและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายควรได้รับการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยในระยะ Intermedial care เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องถึงชุมชน โดยเพิ่มความรู้ ความสามารถของทีมดูแลบุคลากรใน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง รพสต. อสม. อาสาสมัครบริบาล Care giver และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. ควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายให้ผู้ป่วยและญาติสร้างความมั่นใจในการดูแลและฟื้นฟูสภาพก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนได้

4. ควรมีการจัดทำคู่มือ/แผ่นพับความรู้ การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเพื่อเลือกใช้กับผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูด้านนั้นๆ

5. ควรพัฒนาการใช้ Tele Health ในครอบครัว และแกนนำ กลุ่ม อสม. ให้ผู้ดูแลผู้ป่วย

6. การพัฒนาศักยภาพทีมภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมเป็นผู้สนับสนุนการดูแลที่บ้านและในชุมชน ด้านความรู้ ทักษะ และ การมีสุขภาพ เพื่อการประเมินตนเองของโรคหลอดเลือดสมอง (Early warning sign) การสื่อสารผ่านสื่อสาธารณะทุกช่องทาง

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Facts and figures about stroke. (2012). Available from: <https://www.world-stroke.org/component/content/article/16-forpatients/84-facts-and-figures-about-stroke>.
2. American Stroke Association.(2020) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved January 10, 2020, from https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols
3. World Health Organization. (2020). World stroke campaign [Internet]. [cited 2020 Jan 21] Available from: <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>
4. สถาบันประสาทวิทยา กรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2560).แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.
5. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2565. (คัดสำเนา)

ผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีผลต่อการรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมการออก
ปฏิบัติงานหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์

The results of the prevention and control of COVID-19 to affecting the perception
of the people in mobile health units of the Princess Mother's Medical
Volunteer Foundation in Kalasin Province.

(Received: December 11,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 25,2023)

สุพัตรา เอกตาแสง¹, ธีรนาถ สุวรรณเรือง²
Supattra Ektasaeng¹, Theeranat Suwanaruang²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีผลต่อการรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมการออกหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 360 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด วิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยดำเนินการงานควบคุมโรคระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่ม และมากกว่า 3 กลุ่ม โดยใช้สถิติ paired sample t-test และการวิเคราะห์แปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA) ตามลำดับ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.95 คะแนน (S.D. = 0.36), การรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.02 คะแนน (S.D. = 0.28), การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.96 คะแนน (S.D. = 0.43), การรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก เฉลี่ยที่ 3.90 คะแนน (S.D. = 0.27) และการรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์ พอ.สว. อยู่ในระดับการรับรู้มาก มีค่าเฉลี่ย 17.52 คะแนน (S.D. = 1.93) และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความแปรปรวนของการรับรู้ ตัวแปรดังต่อไปนี้ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค, 2) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค, 3) แรงจูงใจด้านสุขภาพ และ 4) การเปรียบเทียบการรับรู้ระดับอำเภอ ล้วนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ : การรับรู้, ควบคุมป้องกันโรคโควิด-19, หน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

Abstract

This research was survey research aimed to investigating how people who took part in voluntary medical services in Kalasin Province at the behest of Her Majesty Queen Sirikit perceived the effects of COVID-19 control and prevention initiatives was the aim of this study. Involving 366 individuals, the data were collected by questionnaires, and statistical analysis was carried out with frequency distribution, percentages, mean, standard deviation (S.D.), range, and 95% confidence intervals (CI). The statistical significance level was set at p-value < 0.05.

The results of the research found that most people are aware of the risk of disease. Is at a high level with a mean of 3.95 points (S.D. = 0.36), perception of disease severity is at a high level with an average of 4.02 points (S.D. = 0.28), perception of benefits of treatment and disease prevention Is at a high level with a mean of 3.96 points (S.D. = 0.43), perception of health motivation It is at a high level with an average of 3.90 points (S.D. = 0.27) and the awareness of the people who come to participate in the P.S.W. medical unit activities is at a high level of awareness with an average of 17.52 points (S.D. = 1.93) and the comparison results Differences in mean variance of perception. The following variables were: 1) perceived disease severity, 2) perceived benefits of treatment and disease prevention, 3) health motivation, and 4) comparison of district level perceptions. All have a statistical significance difference of 0.05.

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² อาจารย์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

Keywords: perception, prevention of COVID-19 disease, mobile health units of the Princess Mother's Medical Volunteer Foundation

บทนำ

จากการติดตามสถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ทั่วโลก เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อสะสม 286,937,895 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 5,447,789 เฉลี่ยพบผู้ติดเชื้อวันละ 1,874,033 ในขณะที่ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสม 2,294,572 ราย เสียชีวิตสะสม 21,780 คน โดยรายละเอียดของผู้ติดเชื้อแบ่งเป็นการติดเชื้อจากต่างประเทศ 1,081 ราย และการติดเชื้อภายในประเทศ 23,845 ราย อายุเฉลี่ย 33 ปี (ต่ำสุด 7 วัน สูงสุด 102 ปี)³ โดยผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่มีประวัติไปร้านอาหาร การสังสรรค์ สถานบันเทิง และกิจกรรมรวมกลุ่ม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ติดเชื้อในกลุ่มอายุ 21-30 ปี ในจังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 18 อำเภอ (ข้อมูลระหว่างวันที่ 1- 31 มกราคม 2565) พบผู้ติดเชื้อสะสม 1,633 ราย เสียชีวิตสะสม 12 คน สรุปข้อมูลผู้ติดเชื้อโควิด-19 เชื่อมโยงการระบาดในพื้นที่ 8 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอยางตลาด อำเภอคำม่วง อำเภอภมราไสย และอำเภอสหัสขันธ์ อำเภอหนองกุงศรี อำเภอนามน และอำเภอฆ้องชัย จำนวนผู้ป่วยสะสม 536, 218, 99, 96, 95, 94, 82 และ 73 ราย ตามลำดับ⁽¹¹⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ร่วมกับทำทำการปกครองจังหวัดกาฬสินธุ์ได้วางแผนการออกปฏิบัติงานร่วมกัน จึงเกิดเป็นโครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. และโครงการ “จังหวัดกาฬสินธุ์บำบัดทุกข์ บำรุงสุข สร้างรอยยิ้มให้ประชาชน” ประจำปีงบประมาณ 2566 ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566⁽¹¹⁾ ซึ่งมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทรบรมราชชนนี ได้อนุมัติแผนปฏิบัติงานการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ประจำปีงบประมาณ 2566 จำนวน 12 ครั้ง กำหนดให้มีการเคลื่อนที่ออกไปให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นทุรกันดารเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อช่วยเหลือให้การรักษาโรค ป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชน และ

เจ้าหน้าที่ในหมู่บ้าน ชุมชน หรือท้องถิ่นทุรกันดารที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร ในการออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทรบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์⁽⁷⁾ ในการจัดกิจกรรมดังกล่าว มีส่วนราชการหลายภาคส่วนที่ร่วมออกให้บริการประชาชนทำให้เกิดการรวมกลุ่มมากกว่า 100 คน ขึ้นไป ซึ่งหากประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการป้องกันโรคโควิด-19 ไปในทิศทางที่ดี ก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคได้ดีไปด้วย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีผลต่อการรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมการออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทรบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามมาตรการการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ดังที่กล่าวข้างต้น และเปรียบเทียบว่าประชาชน ที่มาร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทรบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เหมือนกันหรือแตกต่างกัน ส่งผลให้การปฏิบัติงานของพื้นที่ที่จัดกิจกรรมเกิดการระบาดของโรคเพิ่มขึ้นหรือลดลงเพื่อนำไปวางแผน และพัฒนางานเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ที่เกิดจากการจัดกิจกรรมออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทรบรมราชชนนี ครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ในการควบคุมโรคโควิด-19 ของประชากรที่มาร่วมกิจกรรมการออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทรบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของประชากรในอำเภอที่มาร่วมกิจกรรมการออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทรบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษากระบวนการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ของอำเภอในการออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีจังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยได้มีการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์ (ข้อมูล ณ ตุลาคม 2564-กันยายน 2565) จำนวน 3,521 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่มูลนิธิการแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์ กำหนดจากประชากรทั้งหมด 18 อำเภอ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอท่าคันโท อำเภอกมลาไสย อำเภอดอนจาน เลือกกลุ่มตัวอย่างการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 360 คน อำเภอละ 120 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ จำนวน 15 คน อำเภอละ 5 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Taro Yamane (1967)⁽¹²⁾ โดยกำหนดขอบเขตความคลาดเคลื่อน 0.05 เพื่อใช้ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างและได้ใช้สูตรการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร โดยกำหนดความเชื่อมั่น ที่ 95% ความคลาดเคลื่อนที่ $\pm 5\%$ ดังสูตร Determination a sample size (Yamane, 1967, p.1088) และมีเกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion Criteria) กำหนดอายุตั้งแต่ 12 ปี ขึ้นไป และมีเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถามโครงการวิจัยไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการแก้ไข ปรับปรุงตามคำแนะนำของคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเป็นการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Concurrently : IOC) เกณฑ์ > 0.5 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างในตำบลนาจารย์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน พบว่าค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมารับบริการ การเข้าถึงบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.86 และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้คูเดอริชาร์ดสัน KR-20 ผลลัพธ์ได้ดังนี้ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการของประชาชนที่มารับบริการหน่วยแพทย์ พอ.สว. มีค่าเท่ากับ 0.68 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 5 การรับรู้ของประชาชนในการมารับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. มีค่าเท่ากับ 0.61

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตราชการจากคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เก็บรวบรวมข้อมูล ตามตารางปฏิทินที่กำหนด เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลตามกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงทำความเข้าใจของจุดมุ่งหมายการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์ พอ.สว. ตอบแบบสอบถาม และเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งได้มีการอธิบายเป็นแบบกลุ่มและให้ทำไปพร้อมๆกัน กรณีที่ไม่สามารถเขียนตอบได้ ทางผู้วิจัยได้มีการกำกับดูแลเป็นรายบุคคล จำนวน 360 ฉบับ

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนและเจ้าหน้าที่จากส่วนราชการที่เข้าร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์ พอ.สว. โดยการนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เป็นผู้เขียนตอบ กรณีที่ไม่สามารถเขียนตอบได้ทางผู้วิจัยได้มีการกำกับดูแลเป็นรายบุคคล จากนั้นได้มีการรวบรวมแบบสัมภาษณ์แล้วนำคำตอบแต่ละข้อคำถามมาแจกแจงความถี่วิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อมูลเชิงพรรณนา

3. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ทั้งหมด จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูง – ต่ำ
2. สถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิด – 19 ของอำเภอท่าคันโท อำเภอภุมมาไสย และอำเภอดอนจาน โดยการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 1 - 2 กลุ่ม สถิติที่ใช้คือ Independent sample t-test และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน มากกว่า 3 กลุ่ม สถิติที่ใช้คือ การวิเคราะห์แปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย ได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการปฏิบัติงานและการดำเนินงานบนพื้นฐานหลักการหลักการของจริยธรรมการวิจัย โดยการดำเนินงานครั้งนี้ได้ขอ

อนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ LS.REC32/2566

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์การรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมการออกหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 360 คน สรุปผลได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ พบว่าประสบการณ์ในการมารับบริการหน่วยแพทย์ พอ.สว. อยู่ในระดับประสบการณ์มารับบริการน้อย จำนวน 200 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 เฉลี่ยที่ 8.27 คะแนน (S.D. = 6.730) การเข้าถึงบริการหน่วยแพทย์ พอ.สว. อยู่ในระดับการเข้าถึงบริการปานกลาง จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 เฉลี่ยที่ 13.12 คะแนน (S.D. = 2.646) ประชาชนส่วนใหญ่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับมากจำนวน 347 คน คิดเป็นร้อยละ 96.4 เฉลี่ยที่ 3.95 คะแนน (S.D. = 0.362) ประชาชนส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก จำนวน 331 คน คิดเป็นร้อยละ 91.9 เฉลี่ยที่ 4.02 คะแนน (S.D. = 0.284) ประชาชนส่วนใหญ่รับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคระดับมาก จำนวน 292 คน คิดเป็นร้อยละ 81.1 เฉลี่ยที่ 3.96 คะแนน (S.D. = 0.433) ประชาชนส่วนใหญ่การรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก จำนวน 329 คน คิดเป็นร้อยละ 91.4 เฉลี่ยที่ 3.90 คะแนน (S.D. = 0.267) และการรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์ พอ.สว. อยู่ในระดับการรับรู้มาก จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 51.9 เฉลี่ยที่ 17.52 คะแนน (S.D. = 1.929) โดยสามารถเปรียบเทียบความแปรปรวนการรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแปรปรวนการรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์
อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล
(n =360)

ความแปรปรวนการรับรู้		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
อายุ	Between Groups	0.026	3	0.009	1.142	0.332
	Within Groups	2.734	356	0.008		
	Total	2.760	359			
สถานภาพ	Between Groups	0.011	2	0.005	0.684	0.505
	Within Groups	2.749	357	0.008		
	Total	2.760	359			
ระดับการศึกษา	Between Groups	0.026	3	0.009	1.146	0.330
	Within Groups	2.734	356	0.008		
	Total	2.760	359			
รายได้ต่อเดือน	Between Groups	0.000	2	0.000	0.011	0.989
	Within Groups	2.760	357	0.008		
	Total	2.760	359			
อาชีพ	Between Groups	0.023	5	0.005	0.584	0.712
	Within Groups	2.737	354	0.008		
	Total	2.760	359			
การเดินทาง	Between Groups	0.013	4	0.003	0.409	0.802
	Within Groups	2.747	355	0.008		
	Total	2.760	359			
ความต้องการรับบริการ	Between Groups	0.014	4	0.003	0.447	0.774
	Within Groups	2.746	355	0.008		
	Total	2.760	359			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	Between Groups	0.038	3	0.013	1.663	0.175
	Within Groups	2.722	356	0.008		
	Total	2.760	359			
อายุ	Between Groups	0.026	3	0.009	1.142	0.332
	Within Groups	2.734	356	0.008		
	Total	2.760	359			
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	Between Groups	0.100	2	0.050	6.687	0.001**
	Within Groups	2.660	357	0.007		
	Total	2.760	359			
การรับรู้ประโยชน์และการป้องกันโรค	Between Groups		2	0.028	3.679	0.026*
	Within Groups	2.704	357	0.008		
	Total	2.760	359			

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแปรปรวนการรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์
อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล
(n =360)

ความแปรปรวนการรับรู้		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
แรงจูงใจ ด้านสุขภาพ	Between Groups	0.092	2	0.046	6.122	0.002*
	Within Groups	2.668	357	0.007		
	Total	2.760	359			
อำเภอ	Between Groups	0.186	2	0.093	12.901	<0.001**
	Within Groups	2.574	357	0.007		
	Total	2.760	359			

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมการออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำแนกตามช่วงอายุ จำนวน 360 คน พบว่า ประชาชนที่มีช่วงอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ การเดินทางมารับบริการ ความต้องการรับบริการ ประสบการณ์ในการมารับบริการ การเข้าถึงบริการหน่วยแพทย์ พ.อ.สว. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค และ มีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ไม่แตกต่างกัน ในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า ประชาชนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค อย่างน้อย 2 กลุ่ม ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.001), การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการป้องกันโรค อย่างน้อย 2 กลุ่ม ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.026), แรงจูงใจด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนที่มีระดับแรงจูงใจด้านสุขภาพอย่างน้อย 2 กลุ่ม ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.002) และ การเปรียบเทียบระหว่างอำเภอ พบว่า ประชาชน อย่างน้อย 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value < 0.001) โดย เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่

พบว่า ประชาชนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ระดับปานกลาง มีจำนวนมากกว่า ประชาชนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคระดับมาก และ ประชาชนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ระดับมาก มีจำนวนน้อยกว่าประชาชนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคระดับมากที่สุด ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ พบว่า ประชาชนที่มีระดับแรงจูงใจด้านสุขภาพ ระดับมาก มีจำนวนน้อยกว่าประชาชนที่มีระดับระดับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค ระดับมากที่สุด ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ พบว่า ประชาชนที่มีระดับแรงจูงใจด้านสุขภาพ ระดับมาก มีจำนวนน้อยกว่าประชาชนที่มีระดับระดับแรงจูงใจด้านสุขภาพ ระดับมากที่สุด และทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ พบว่า ประชาชนอำเภอท่าคันโทที่มาร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์ พ.อ.สว. มีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 น้อยกว่า ประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์ พ.อ.สว. อำเภอกมลาไสย และประชาชนอำเภอกมลาไสยที่มาร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์ พ.อ.สว. มีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 มากกว่า ประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์ พ.อ.สว. อำเภอดอนจาน

อภิปรายผล

ผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีผลต่อการรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมการออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์ มีรายละเอียดดังนี้

จากผลการวิจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคพบว่า ประชาชนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค อย่างน้อย 2 กลุ่ม ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.001) เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ พบว่า ประชาชนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ระดับปานกลาง มีจำนวนมากกว่าประชาชนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคระดับมาก และ ประชาชนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ระดับมาก มีจำนวนน้อยกว่าประชาชนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคระดับมากที่สุด เนื่องจากประชาชนที่มารับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ให้ความสนใจและใส่ใจการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด - 19 ในช่วงสถานการณ์การระบาด โดยเฉพาะอำเภอที่มีการรับรู้มากที่สุด คืออำเภอภมกลาไสย ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ที่มารับบริการเป็นผู้สูงอายุทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บ้าน จึงส่งผลให้มีการรับรู้ได้มาก โดยได้รับรู้จากการประชาสัมพันธ์ของหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และข่าวจากสื่อต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษา ของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ⁽³⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อยู่ในระดับมากที่สุด บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษา ของ จารุณี จันทรเปล่ง และคณะ⁽⁴⁾ ได้ศึกษาความรู้อ

ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี มีทัศนคติในการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษา ของ วิเชียร ซอพิยะ และคณะ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกันและการเตรียมการรับมือต่อการติดเชื้อ COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อและความพร้อมในการรับมือเมื่อเกิดการระบาดอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้เน้นย้ำให้มีการปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T-A⁽⁸⁾ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดรวมไปถึงมาตรการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล โดยให้คิดเสมอว่าทุกพื้นที่มีผู้ป่วย และปฏิบัติตามแนวทาง ให้ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น เว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร ในทุกสถานที่ สวมหน้ากากอนามัย และทับด้วยหน้ากากผ้าทั้งที่อยู่ในและนอกสถานที่ ที่มีคนมากกว่า 2 คน ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าที่สวมใส่ ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงอายุมากกว่า 60 ปีและผู้มีโรคเรื้อรังให้หลีกเลี่ยงการออกนอกบ้านเว้นแต่จำเป็นทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ พื้นผิวที่ถูกสัมผัสบ่อย ๆ แยกของใช้ส่วนตัวทุกชนิด เลือกรับประทานอาหารที่ร้อนปรุงสุกใหม่ และแยกสำหรับ หากสงสัยว่าตนเองมีความเสี่ยง สามารถตรวจด้วย ATK เพื่อยืนยันว่ามีการติดเชื้อหรือไม่หรือรับการตรวจที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน ทั้งนี้โรคโควิด-19 ในอนาคตจะกลายเป็นโรคประจำถิ่น ดังนั้นประชาชนควรจะได้เรียนรู้การใช้ชีวิตเพื่ออยู่กับโรคโควิด-19 นี้ ซึ่งเป็นไปตามมาตรการการป้องกันโรค

ติดเชื้อโควิด-19 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾

จากผลการวิจัย การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค พบว่า ประชาชนที่มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคอย่างน้อย 2 กลุ่ม ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value = 0.002) เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ พบว่า ประชาชนที่มีระดับประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคระดับมาก มีจำนวนน้อยกว่าประชาชนที่มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค ระดับมากที่สุด เนื่องจากประชาชนที่มารับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ให้ความสนใจและใส่ใจการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด - 19 ในช่วงสถานการณ์การระบาด โดยเฉพาะอำเภอที่มีการรับรู้มากที่สุด คืออำเภอภูกามยาว ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ที่มารับบริการเป็นผู้สูงอายุทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บ้าน ส่งผลให้มีการรับรู้ได้มาก โดยได้รับความรู้จากการประชาสัมพันธ์ของหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และข่าวจากสื่อต่างๆ สอดคล้องกับผลการศึกษา ของบงกช โมระสกุล⁽⁶⁾ ได้ศึกษา ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซาและวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โควิด-19 อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ สุภาภรณ์ วงษ์⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากผลการวิจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนที่มีระดับแรงจูงใจด้านสุขภาพอย่างน้อย 2 กลุ่ม ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value = 0.002) เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย รายคู่ พบว่า ประชาชนที่มีระดับแรงจูงใจด้านสุขภาพ

ระดับมาก มีจำนวนน้อยกว่าประชาชนที่มีระดับแรงจูงใจด้านสุขภาพ ระดับมากที่สุด เนื่องจากประชาชนที่มารับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ให้ความสนใจและใส่ใจการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด - 19 เพื่อไม่ให้ตนเองและบุคคลในครอบครัว ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด-19 จากการที่มารับบริการในหน่วยแพทย์ พอ.สว. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคติดเชื้อโควิด - 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการให้ข้อมูลข่าวสารในช่องทางต่างๆ มากมาย ทำให้ช่วยกระตุ้นการรับรู้ของประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์ พอ.สว. ในการป้องกันตนเอง การดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันโรคของตนเองรวมถึงบุคคลในครอบครัวได้ดีขึ้นได้ ซึ่งกล่าวได้ว่า แรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่สูงขึ้น จะทำให้ ประชาชน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 สูงขึ้นด้วย เมื่อพิจารณาแรงจูงใจรายข้อ พบว่า ประชาชน มีการรับรู้สูงสุด คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การคัดกรองโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ (Mean = 4.09, S.D. = 0.411) รองลงมาคือหลังจากที่ท่านเข้าร่วมกิจกรรมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. เสร็จแล้วเมื่อกลับถึงบ้าน ท่านอาบน้ำชำระร่างกายทันที เพื่อให้คนในบ้านปลอดภัยจากเชื้อโควิด19 (Mean = 4.01, S.D. = 0.460) และท่านและสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัดและมั่นใจว่าคนในครอบครัวของท่านไม่มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 (Mean = 4.01, S.D. = 0.325) ส่วนรายข้อซึ่งประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านแนะนำให้คนอื่นปิดจมูกเมื่อไอหรือจามขณะพูดคุย โดยที่ท่านไม่จำเป็นต้องสวมหน้ากากอนามัย (Mean = 3.08, S.D. = 1.023) สอดคล้องกับการศึกษา ของ จงกลณี ตัญเจริญ และคณะ⁽⁵⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง อสม. มีแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง (\bar{X} = 4.60, S.D. = 0.66)

จากการศึกษามาตรการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าอำเภอที่มีมาตรการควบคุมโรค โควิด-19 ได้ดีที่สุด คือ อำเภอท่าคันโท ซึ่งมีมาตรการ ในการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการดำเนินงาน และแผนดำเนินงาน COVID Free Setting ตามมาตรการความปลอดภัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมปลอดภัย ด้านพนักงานปลอดภัย และด้านผู้ใช้บริการปลอดภัย มีคำสั่งคณะกรรมการฉีดวัคซีนระดับหน่วยบริการ การมีคำสั่งคณะกรรมการดำเนินงาน และแผนดำเนินงาน COVID Free Setting ตามมาตรการความปลอดภัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมปลอดภัย ด้านพนักงานปลอดภัย และด้านผู้ใช้บริการปลอดภัย มีคำสั่งคณะกรรมการฉีดวัคซีนระดับหน่วยบริการสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลลักษณ์ จินดาไตรรัตน์⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนามาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) ในโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินการมีระดับความมั่นใจในมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) ในโรงพยาบาลอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐมมากกว่าก่อนดำเนินการ ทั้งนี้ เพราะผู้ปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ เป็นผู้ซึ่งมีหน้าที่ปฏิบัติโดยตรงกับภารกิจเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคโควิด-19 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการถ่ายทอดนโยบาย แนวโน้มการปฏิบัติ และแนวทางที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งการสื่อสารถ่ายทอดเป็นมาอย่างต่อเนื่องในช่องทางต่างๆ ได้แก่ การรายงานสถานการณ์โรค รายวัน รายสัปดาห์ของ ศบค. และศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการที่โรคโควิด-19

เป็นโรคติดต่อสำคัญที่ประชาชนให้ความสนใจและติดตามข่าวสารอย่างต่อเนื่องด้วย จึงเป็นมูลเหตุให้ผู้ปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อรับรู้ในระดับสูงด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ในกิจกรรมการออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วยมาตรการ D-M-H-T-A มีผลต่อการรับรู้ของประชาชนที่มารับบริการจึงควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น

2. การศึกษาที่วิจัยนี้อาจมีประโยชน์ในการปรับปรุงการให้บริการทางสุขภาพ การส่งเสริมการรับรู้และการเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และมาตรการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งระดับการรับรู้ของประชาชนที่มารับบริการยังมีความแตกต่างกัน จึงต้องหาแนวทางส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับรู้เกี่ยวกับการให้บริการทางสุขภาพที่มีอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงเพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้กับสุขภาพของตนเองได้ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร. วรกร วิชัยโย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนาถ สุวรรณเรือง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ในการสนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่เสียสละเวลาตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565, จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>.
- 2.กมลลักษณ์ จินดาไตรรัตน์. (2565). การพัฒนามาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) ในโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(3).
- 3.กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14(2), 92-103.
- 4.จารุณี จันทร์เปล่ง และสุรภา เตียขุนทด. (2565). การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก.วารสาร มจร การพัฒนาสังคม.7(1), 15-33.
- 5.จงกลณี ต้อยเจริญ และคณะ.(2565). การรับมือไวรัสโคโรนา COVID-19 ในงานสาธารณสุขมูลฐาน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ 2563;4(3):1-20.
- 6.บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี. (2564). ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซาและวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9,15(37), 179-195.
- 7.มูลนิธิแพथ้อาสาสมัครพระศรีนครินทร์บรมราชชนนี.(2563). คู่มือปฏิบัติงาน พอ.สว. ประจำจังหวัด, กรุงเทพมหานคร.
- 8.โรงพยาบาลบางปะกอก. (2564). ยึดหลัก D-M-H-T-T ป้องกันโควิด-19. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2565, จาก https://www.bangpakok3.com/care_blog/view/117.
- 9.วิเชียร ซอพิยะ, สังข์ขาว อสิริยาภรณ์, และคณะ. (2565). การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 และการเตรียมพร้อมรับมือของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง. Thaksin University Online Journal (TSU OJ), 2022 (1), EHST-010.
- 10.สุภาภรณ์ วงศ์.(2564).ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย "วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชา-มหาวิทยาลัยนเรศวร,2564
- 11.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดกาฬสินธุ์. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565, จาก <http://www.kalasin.go.th/t/index.php/th/covid19-daily-all.html?start=10>
- 12.Taro Yamane. (1967). Statistics: An Intro-ductory Analysis.N.Y. Harper and Row 1967 p.1088 (Mimeographed)



ECH

Journal

of environmental and community health

VOL.8 NO.3 September - December 2023

**วารสาร
อนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน**

ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566

ISSN : 2672-9717

PART V

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลมัญจาคีรี	893
วิภาภรณ์ ภักดีลุน	
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา: กรณีศึกษา 2 ราย	902
ชนิสราภรณ์ รัตนเกษตรสิน	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	909
กรองจิต วลัยศรี	
การพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โรงพยาบาล กำแพงแสน จังหวัดนครปฐม	918
ณัฐรัตน์ คงคาเพชร	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์	928
ประกาศิต ภักดี	
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน	936
ชัชวาล โภโค	
ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์	946
ฉวีวรรณ นัยวัฒน์	
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	955
อรรณญา ตั้งตระกูล	
การพัฒนากระบวนการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบคัดแยก 5 ระดับ (MOPH ED.Triage) หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและ นิติเวช โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น.....	962
จิตาภา วิเศษวุฒิ	
การเฝ้าระวังการปนเปื้อนเชื้อ Legionella spp. ในแหล่งน้ำที่ใช้ในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 . อิริยาพร กองทัพ , อาภากร นบหนอง และวัชร ทองขาว	969
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย	978
ชุตติกาญจน์ สาวีสัย	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระฉก โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร	989
อัจฉรา โพธิ	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร	1000
ภัสวี วิชานา	
การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์	1009
สุดาทิพย์ ทหารจำปา , อรรถวิทย์ เนินชัด , จารึก ประคำ	
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา	1020
ศมนยา ฤทธิสุวรรณ	
การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไหงาม จังหวัดกาฬสินธุ์	1031
อนก นนทะมาตย์	
ผลของการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาเสพติด ของผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ฉวีวรรณ สาระบุตร , สุมาภรณ์ บุญญาสุ	1038

สารบัญ

	หน้า
รายงานการวิจัย	
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีแบบผ่านกล้องและแบบเปิดหน้าท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย	1048
รุจิวรรณ หมั่นแก้ว	
รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง	
แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์	1056
ดวงกมล ศิลาแยง	
ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล อำเภอกุฉินารายณ์	
จังหวัดศรีสะเกษ	1067
สมจิตร ธรรมบรรเทิง	
การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเอดส์: กรณีศึกษา 2 ราย	1076
เทพเทวี ฉัตรศุภกุล	
อัตราอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ	
ยึดตรึงกระดูกภายใน	1084
บัณฑิต เกษตรสิงห์	
การใช้แนวคิด ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน	
ตำบลหลุบ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์	1093
ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ,สุพัตรา บุญเอก	
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีน เข้ารับการคลอดในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง : กรณีศึกษา 2 ราย ..	1100
นิตยา พงษ์ดำ	
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	
โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์	1105
บุษดี ชันมะจันทร์	
ผลการใช้รูปแบบ “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี อำเภอรามัน	1114
นิรนุช จิรานันท์สิริ	
แนวทางการพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการจัดการขยะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม : กรณีศึกษาดำบลยอด	
อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน	1124
เฉลิมศักดิ์ รักษา ,พิมพ์นภัส ภูมิภักดีพิชญ์ ,หวานใจ หล้าพรม	

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 23 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ธันวาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ แผนการดำเนินชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ส่งเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับภาวะโรคร่วมในระยะฟื้นฟูสภาพ การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง มะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน การวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบคัดแยก 5 ระดับ (MOPH ED.Triage) การปนเปื้อนเชื้อ Legionella spp. ในแหล่งน้ำ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน ผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีแบบผ่านกล้องและแบบเปิดหน้าท้อง แผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเอดส์ ภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ การเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีน การใช้ยาเสพติด การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินรูปแบบ “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนความถี่สูง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง
กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัญจาคีรี

Nursing care of patient with diabetic mellitus

which unable to control blood sugar in non-communicable disease clinic, department
of preventive medicine and integration, Manchakhiri hospital.

(Received: December 24,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

วิภาภรณ์ ภักดีลุน¹

Wipapron pukdeelun¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ร่วมกับการพยาบาลแบบองค์รวมเป็นแนวทางในการศึกษา โดยผ่านการเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบปัญหาแบบแผนสุขภาพที่เหมือนกันคือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ขาดความตระหนักและใส่ใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองยังรับประทานอาหารตามใจชอบ ไม่ได้ออกกำลังกาย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเมื่อต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีปัจจัยเสริมทางด้านร่างกายและครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้อง คือ ผู้ป่วยต้องฉีดยาเบาหวานแต่ตามองเห็นไม่ชัด ต้องพึ่งพาญาติซึ่งบริบทของครอบครัวอาชีพค้าขายปัจจัยเสริมนี้เป็นปัญหาที่ต้องหาทางออกร่วมกันในครอบครัว รูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมความสำเร็จ คือ การพยาบาลแบบองค์รวมและญาติมีส่วนร่วม พร้อมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

คำสำคัญ : การพยาบาล ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ คลินิกโรคเรื้อรัง

Abstract

This study was case study aimed to study the use of nursing processes in diabetic patients unable to control blood sugar. Comparative Case Study of Two Uncontrolled Diabetes Patients Unable to Regulate Blood Sugar by using a 5-Step Nursing Process and Comprehensive Nursing Care: A Three-Visit Home Care Approach

Results: Both patients share similar health behavior problems, including dietary habits, physical activity, and a lack of awareness to their health behavior. They both exhibit a preference for consuming food based on personal preferences, lack regular exercise, and express anxiety about facing severe complications of their diseases. In the case of the first patient, additional factors related to physical and family aspects. The patient relies on insulin injections, but with unclear vision, and depends on family members, who are engaged in a trade profession. Addressing these additional factors is crucial and requires collaborative efforts within the family. The nursing care model that promotes success involves a comprehensive approach, with both healthcare professionals and family members actively participating. This collaborative effort, along with the involvement of interdisciplinary healthcare teams both within and outside the organization, is vital in addressing and overcoming these shared health behavior challenges in the family.

Keywords: Nursing care, diabetic patients who cannot control their blood sugar. Chronic Disease Clinic

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

สังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงตามสภาพจากเดิมทำให้พฤติกรรมของแต่ละคน เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบกับมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ทำให้ประชาชนมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงมีวิถีชีวิตแบบนั่งๆนอนๆ (Sedentary lifestyle) และขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดภัยคุกคามต่อสุขภาพเกิดโรคทาง Metabolic เช่น อ้วนลงพุง ไขมันผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ภาวะดื้อต่ออินซูลิน นำไปสู่โรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งหนึ่งในนั้นคือโรคเบาหวาน

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases) หรือกลุ่มโรค NCDs เป็นกลุ่มโรคที่มีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และยังส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายของประชาชน โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย 4 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคความดันโลหิตสูง โดยข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ในปี พ.ศ.2566 นี้ ได้กำหนดประเด็นสารคือ Diabetes : Know your risk, Know your response เบาหวานรู้ว่าเสี่ยง รู้แล้วต้องเปลี่ยน มุ่งเน้นการรู้ถึงความเสี่ยงของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ให้ความสำคัญของการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และการดูแลที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดจากการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน รอบ

เอวเกิน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มีกิจกรรมทางกาย ไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์⁽¹¹⁾

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลไม่ถูกต้องหรือควบคุมโรคได้ไม่ดีโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นระยะเวลาอันนานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังซึ่งมีผลต่ออวัยวะต่างๆในร่างกายเช่น ตา ไต เท้า ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมองภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้ป่วยนอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตเกิดภาวะซึมเศร้าในรายที่รุนแรงอาจถึงขั้นพิกการหรือเสียชีวิตได้ จากข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานตามโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัย ในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนปี 2564 ในประชากรไทยที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปทั่วประเทศจำนวน 18,943,581 คนพบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,581,857 คน มีภาวะแทรกซ้อน 277,020 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.51 แบ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไตร้อยละ 25.09 ที่ตาร้อยละ 18.92 ที่เท้าร้อยละ 17.13 หัวใจร้อยละ 10.21 สมองร้อยละ 10.12 และอวัยวะอื่นๆร้อยละ 21.19⁽⁶⁾

จากการสำรวจความชุกของโรคเบาหวานในคนไทยอายุ 35 ปี ขึ้นไป พบว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจาก 522.91 ในปี พ.ศ. 2564 (คิดเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 3.21 แสนคน) เป็น 561.93 ในปี พ.ศ. 2565 (คิดเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 3.46 แสนคน) และพบว่าเพิ่มขึ้นเป็น 605.67 ในปี พ.ศ. 2566 (คิดเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 3.73 แสนคน) จากการวิเคราะห์พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และพบว่าปี พ.ศ. 2564 – 2566 ผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 29.15, 30.22 และ 33.14 ตามลำดับ⁽¹¹⁾

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2566 ข้อมูลจากรายงานการตายตาม 298 กลุ่มโรค (Hospital base) พบว่าการตายด้วยโรคเบาหวานจำนวน 82, 72 และ 74 ราย ตามลำดับ และการตายด้วยภาวะไตวายจำนวน 85, 84 และ 85 ราย ตามลำดับ⁽¹⁾ ข้อมูลสถานการณ์คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัญจาคีรีพบว่าในปีงบประมาณ 2564-2566 มีผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในคลินิก จำนวน 724, 735, 754 ตามลำดับ⁽⁶⁾ ผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ 23.03, 30.35 และ 40.08 ตามลำดับ พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่มีไตวายเรื้อรังระดับ ๓ (Chronic kidney disease Stage ๓) ขึ้นไปรายใหม่ในปี พ.ศ. 2564 -2566 โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนี้ 89, 92, 77 รายตามลำดับ⁽¹⁾ จากข้อมูลข้างต้นวิเคราะห์ได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มดีขึ้นในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา แต่ก็ยังพบภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เป็นเบาหวานมานานอย่างน้อย 5 ปี มีประวัติโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด คุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการใช้ยาไม่ดี ส่งผลให้มีการทำลายเสื่อมสภาพและการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลงเกิดความสูญเสียทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ผู้ศึกษามีความสนใจและเล็งเห็นว่าการศึกษาระดับปริญญาตรีในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ โดยเป็นการศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ที่มีภาวะโรคไตจากเบาหวาน ร่วมกับความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง ครั้งนี้จะนำไปสู่เสนอแนวทางการวางแผนด้านการพยาบาลและส่งเสริมญาติในครอบครัวในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวได้

อย่างเหมาะสมต่อไป สร้างความยั่งยืนให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ และมีภาวะแทรกซ้อนที่ไตจากโรคเบาหวาน

วิธีการดำเนินงาน

คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัญจาคีรี จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 – 28 กันยายน พ.ศ. 2565 คัดเลือกศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตร่วมกับมีโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เนื่องจากจะนำไปสู่แนวทางการวางแผนด้านการพยาบาลและส่งเสริมญาติในครอบครัวในการสนับสนุน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน หลักการประเมินสุขภาพแบบ องค์รวม แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับให้ญาติมีส่วนร่วม⁽³⁾ โดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการเยี่ยมบ้านตามวิธีการและโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่ผู้ศึกษาได้กำหนดขึ้นในระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 4 ครั้ง พร้อมทั้งโทรศัพท์สอบถามอาการให้คำแนะนำและกระตุ้นเตือนการดูแลตนเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กำหนดการเยี่ยมบ้าน ดังนี้ ครั้งที่ 1 วันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ครั้งที่ 2 วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ครั้งที่ 3 วันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2565 และ ครั้งที่ 4 วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2565

ผลศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทย สัญชาติไทย นั้บถือศาสนาพุทธ เป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 รับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัจจุจาศิริมาตลอด ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา พบปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น อยู่ในช่วง 180 – 340 mg/dl ผลการตรวจวินิจฉัยพบว่า 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ไปรักษาคลินิกอาการไม่ดีขึ้น แรกรับ DTX : HI, ผลเลือดค่าไตพบ Chronic Kidney Disease stage 5 แพทย์ให้นอนรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอนรักษาโรงพยาบาลมัจจุจาศิริ จำนวน 3 วัน และจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในคลินิกโรคเรื้อรัง หลังจากกลับบ้านได้ 7 วัน มีอาการเวียนศีรษะ บางครั้ง อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อยอยู่ เบื่ออาหาร ก่อนทำการศึกษาระดับน้ำตาลในเลือด DTX : 299 mg/dl

ผู้ป่วยรายที่ 2 ชาย สถานภาพ สัญชาติไทย นั้บถือศาสนาพุทธ เป็นโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 รับการรักษาที่คลินิกโรค

เรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัจจุจาศิริมาตลอด ในช่วงระยะ 1 - 2 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีประวัติขาดยา มารับยาไม่ตรงตามรอบนัดบ่อยครั้ง ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 170 – 280 mg/dl มีประวัตินอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน Hyperglycemia ขณะมารับยาตามนัด ปี 2565 จำนวน 1 - 2 ครั้ง ผลการตรวจวินิจฉัยพบว่าผู้ป่วยมารับยาตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรัง โดนมีอาการ 3-4 วันก่อนมาโรงพยาบาล วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เหนื่อย อ่อนเพลีย เหนื่อยเล็กน้อย รับประทานอาหารได้น้อย แรกรับ DTX : 427 mg/dl เดิมค่า eGFR 88 stage 2 เปลี่ยนมาเป็น Chronic Kidney Disease stage 3 แพทย์ให้นอนรักษาในโรงพยาบาลมัจจุจาศิริ จำนวน 4 วัน หลังจำหน่ายกลับบ้าน 7 วัน ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในคลินิกโรคเรื้อรัง มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้ ก่อนทำการศึกษาระดับน้ำตาลในเลือด DTX : 301 mg/dl ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบ แผนของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน และหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม⁽³⁾เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลจากการประเมินตามหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	- ผู้ป่วยเพศหญิง เป็นหม้าย สามีเสียชีวิตมาประมาณ 5 ปี ไม่ได้ทำงาน เป็นเบาหวานมา 9 ปี และความดันโลหิตสูงมา 6 ปี อาศัยอยู่กับบุตรชาย คนโตที่มีอาชีพค้าขาย บุตรให้ใช้จ่าย 2,000 บาท/เดือน และมีเบี้ยสวัสดิการผู้สูงอายุ 600 บาท/เดือน ฐานะเศรษฐกิจที่บ้านอยู่ในระดับชนชั้นกลาง ไม่มีหนี้สิน จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 4 คน คือ ผู้ป่วย บุตรชายคนโต ลูกสะใภ้ และหลานชาย 1 คน ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา พบปัญหา ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น อยู่ในช่วง 180 – 340 mg/dl ตรวจพบภาวะแทรกซ้อน Chronic Kidney Disease stage 3 ต้นเดือนมีนาคม - ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านครอบครัวมารดาเสียชีวิตตอนอายุ 69 ปี มารดามีโรคประจำตัว	ผู้ป่วยเพศชาย สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ทำงาน เป็นเบาหวานและไขมันในเลือดสูงมา 6 ปี อาศัยอยู่กับบุตรสาวคนรองมีอาชีพรับราชการครู บุตรให้ใช้จ่าย 4,000 บาท/เดือน และมีเบี้ยสวัสดิการผู้สูงอายุ 600 บาท/เดือน ฐานะเศรษฐกิจที่บ้านอยู่ในระดับดี ไม่มีหนี้สิน จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 6 คน คือ ผู้ป่วย ภรรยา บุตรสาวคนรอง ลูกเขย และหลาน 2 คน ในช่วงระยะ 1 - 2 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีประวัติขาดยา มารับยาไม่ตรงตามรอบนัดบ่อยครั้ง ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 170 – 280 mg/dl มีประวัตินอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน Hyperglycemia ขณะมารับยาตามนัด ปี 2565 จำนวน 1 - 2 ครั้ง

	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องตัดขาข้างซ้ายจากแผลติดเชื้อ และเป็นโรคไตเรื้อรัง - ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ไปรักษาคลินิกอาการไม่ดีขึ้น แรกรับ	- ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านครอบครัว ภรรยาอายุ 65 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง - ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วย มารับยาตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรัง
รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	DTX : HI, ผลเลือดค่าไตพบ Chronic Kidney Disease stage 5 แพทย์ให้นอนรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอนรักษาโรงพยาบาลมัญจาคีรี จำนวน 3 วัน และหลังจำหน่ายได้ 7 วัน ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในคลินิกโรคเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด DTX : 299 mg/dl มีอาการเวียนศีรษะบางครั้ง อ่อนเพลียรับประทานอาหารได้น้อยอยู่ เบื่ออาหาร	ให้ประวัติว่า 3-4 วันก่อนมาโรงพยาบาล วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เหนื่อย อ่อนเพลีย เหนื่อยเล็กน้อย รับประทานอาหารได้น้อย แรกรับ DTX : 427 mg/dl เดิมค่า eGFR 88 stage 2 เปลี่ยนมาเป็น Chronic Kidney Disease stage 3 แพทย์ให้นอนรักษาในโรงพยาบาลมัญจาคีรี จำนวน 4 วัน และหลังจำหน่ายได้วันที่ 7 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในคลินิกโรคเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด DTX : 301 mg/dl มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย อ่อนเพลียรับประทานอาหารได้
การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	น้ำหนัก 58 กิโลกรัม รอบเอว 92 เซนติเมตร ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI = 24.14 อยู่ในเกณฑ์อ้วน ผิวแห้ง ใส่ฟันปลอมทั้งบนและล่าง มองเห็นไม่ชัดเจน เป็นต้อกระจก มีอาการชาปลายมือและเท้าทั้ง 2 ข้าง ไม่มีความพิการ	น้ำหนัก 65 กิโลกรัม รอบเอว 88 เซนติเมตร ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI = 23.03 อยู่ในเกณฑ์อ้วน ผิวแห้ง สายตายาว (ผู้ป่วยใส่แว่น)) ผู้ป่วยมีฟันผุ 1 ซี่ ฟันบนหลุด 2 ซี่ มีอาการชาปลายมือและเท้าทั้ง 2 ข้าง ไม่มีความพิการ
การตรวจค้นหาภาวะหรือโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง	- ตา คัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ปี 2566 ผล Mild NPDR - ไต พบไตวายเรื้อรังระยะ 5 - เท้า มีอาการชาที่เท้าทั้ง 2 ข้าง - หัวใจ คัดกรอง CVD Risk 26.24% กลุ่มเสี่ยงสูง	- ตา ปกติ - ไต พบไตวายเรื้อรังระยะ 3 - เท้า มีอาการชาที่เท้าทั้ง 2 ข้าง - หัวใจ คัดกรอง CVD Risk > 30% กลุ่มเสี่ยงสูงมาก
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- DTX = HI, 299 - HbA1C = 10.1% - Urine glucose = 3+ - Creatinine = 3.15 mg/dl - eGFR = 14 ml/min/1.73 m ² stage 5	- DTX = 427, 301 - HbA1C = 10.70% - Urine glucose = 3+ - eGFR = 58 ml/min/1.73 m ² stage 3 - HDL = 41 mg/dl
	- TG = 223 mg/dl - LDL = 123 mg/dl - Chol = 255 mg/dl	- LDL = 101 mg/dl
แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอรี กอร์ดอน		
การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้เกี่ยวกับโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	รับรู้เกี่ยวกับโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ไขมันในเลือด
โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	ชอบรับประทานอาหารรสจัด ดัดเค็ม เผ็ด ชอบรับประทานหวาน ชอบผลไม้รสหวาน	ชอบรับประทานอาหารรสจัด ดัดเค็ม ชอบของทอด หมูติดมัน อาหารจำพวกแกงกะทิ ต้มกาแฟซองวันละ 1 แก้ว ชอบรับประทานขนมหวาน ขนมที่มีกะทิ
การขับถ่ายของเสีย	ปัสสาวะเวลากลางวัน 5-6 ครั้ง กลางคืน 1-2 ครั้ง	ผู้ป่วยปัสสาวะเวลากลางวัน 5-6 ครั้ง ปัสสาวะเวลากลางคืน 1-2 ครั้ง
กิจวัตรประจำวันและ	ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

การออกกำลังกาย	ไม่ได้ออกกำลังกาย	ไม่ได้ออกกำลังกาย
การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง ภาวะเครียดทำให้นอนไม่หลับ	นอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง ภาวะเครียดทำให้นอนไม่หลับ
การรับรู้และสติปัญญา	รับรู้ดี ความจำปกติ รับรู้เรื่องโรคเบาหวานว่าตนเอง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รับรู้ภาวะวิตกกังวลของตนเอง	รับรู้ดี ความจำปกติ ผู้ป่วยลักษณะนิสัยขี้ลืม รับรู้ เรื่องโรคเบาหวานว่าตนเองไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ รับรู้ภาวะวิตกกังวลของ ตนเอง
การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง กังวล และวิตก กังวลกลัวเป็นภาระของครอบครัว	รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง กังวล และวิตก กังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค
8. บทบาทและ สัมพันธภาพใน ครอบครัว	ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรชาย ลูกสะใภ้ และหลาน รักใคร่กันดี	ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรสาว ลูกเขย และหลาน รักใคร่กันดี
เพศสัมพันธ์และการ เจริญพันธุ์	ผู้ป่วยสูงอายุ ไม่มีความต้องการทางเพศ	ผู้ป่วยสูงอายุ ไม่มีความต้องการทางเพศ
การปรับตัวและเผชิญ กับความเครียด	มีความวิตกกังวล อยากรีاضาดตัวเองได้ ไม่อยากเป็น ภาระผู้อื่น	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ยอมรับ การเจ็บป่วยและพยายามปรับพฤติกรรมสุขภาพ ตนเอง
คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาล	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาล

จากตารางที่ 1 ผู้ศึกษาจึงได้สรุปประเด็น
ปัญหาและการวางแผนทางการพยาบาล⁽⁹⁾ โดยใช้
การเยี่ยมบ้าน ดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน
เลือดได้มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเกินเป้าหมาย
2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่
เหมาะสมกับโรคเบาหวาน
3. ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดสูง
4. ผู้ป่วยมีภาวะซีด
5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวาย
เฉียบพลัน เนื่องจากการทำงานของไตลดลง และ
พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่
เหมาะสม
6. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ
เจ็บป่วยและการจัดการความเครียดยังไม่เหมาะสม
7. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ทางเท้าเนื่องจากมีอาการชาบริเวณปลายมือและ
เท้าทั้งสองข้าง
8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ
หลอดเลือดเนื่องจากคัดกรอง CVD Risk เป็นกลุ่ม
เสี่ยง

9. เสี่ยงต่อการได้รับยาฉีดควบคุมระดับ
น้ำตาลไม่ครบตามแผนการรักษา

10. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากการ
มองเห็นไม่ชัด

ผู้ป่วยกรณีศึกษามีข้อวินิจฉัยการพยาบาล
เหมือนกัน 6 ข้อ คือ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9

ผู้ป่วยกรณีศึกษาข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่าง
กัน คือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีข้อวินิจฉัยการ
พยาบาลที่เพิ่มมากกว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 คือ 3,
4, 10

**ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการ
แก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย⁽¹⁰⁾** โดยผ่านแผนการ
เยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน ใน
การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะนำกิจกรรมตามแผนการ
ปรับพฤติกรรมสุขภาพ⁽²⁾ มาประยุกต์ใช้ตามปัญหา
ที่พบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนสามารถควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อลดความรุนแรงของ
ภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

แผนการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 1 การประเมินสุขภาพของ
ตนเองเป็นขั้นตอนที่มีการเก็บข้อมูลพื้นฐานที่

จำเป็นของผู้ป่วย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งประเมินความเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย/ออกกำลังกายและประเมินความเครียด พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายในการลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงกับเป้าหมายของการรักษาให้มากที่สุด ผู้ศึกษาทำหน้าที่ช่วยรวบรวมข้อมูลและประเมินความเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุและโอกาสที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน การป้องกันโรคเบาหวาน การรักษาโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการติดตามประเมินผลการรักษาโดยสอนด้วยภาพพลิก คลิปวีดีโอในสมาร์ทโฟน เป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที และให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้จากเอกสารความรู้ที่แจกให้ผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาเช่นเดียวกันกับภาพพลิก และคลิปวีดีโอ

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อาหารที่ควรรับประทานทุกวัน อาหารที่ไม่ควรรับประทานบ่อย หลักการกินที่พอดี คือ (1) พลังงานพอเหมาะในแต่ละวัน (2) ความสมดุลปริมาณของอาหารแต่ละกลุ่ม, ธงโภชนาการ (3) ความหลากหลายของอาหาร (4) ปริมาณการใช้น้ำมัน น้ำตาล และเกลือหรือน้ำปลา และให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารแลกเปลี่ยนที่เหมาะสมกับภาวะไตวาย

กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ประโยชน์และสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มการเคลื่อนไหว/ออกกำลังกาย แนะนำการเพิ่มการเคลื่อนไหวออกแรงในชีวิตประจำวัน/พลังงานที่ใช้ไปในประเภทของการออกกำลังกาย (แอโรบิก, แรงต้านและยืดเหยียด) หลักของการออกกำลังกาย (ความบ่อย, ความหนัก/เหนื่อย, ความนานและชนิด/ประเภทกิจกรรม) สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย หาแนวทาง

และสนับสนุนการเพิ่มการเคลื่อนไหว/ออกกำลังกายที่ถูกต้อง และสาธิตการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยให้ผู้ป่วยร่วมปฏิบัติด้วย

กิจกรรมที่ 5 ปรับอารมณ์สร้างสุข หัวใจสำคัญ คือ การมีสติรู้ทันความคิดและอาการทางกายที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ โดยเฉพาะเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นและมีวิธีสร้างสุขในชีวิต หมั่นสังเกตและเรียนรู้ตัวเองว่าอะไรที่ทำให้เครียด เวลาที่เครียดมีอาการอย่างไร มีแนวโน้มใช้ชีวิตอะไรในการจัดการความเครียด ฝึกทักษะการคลายเครียดต่าง ๆ เช่น การหายใจคลายเครียดช่วยคลายอารมณ์ให้สงบ ฝึกการเรียนรู้การสร้างสุขในชีวิตตามบัญญัติสุข 10 ประการ

กิจกรรมที่ 6 การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว พุดคุยร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ เพื่อหาทางออกและการแก้ปัญหาาร่วมกัน และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล จากการเยี่ยมบ้านในทุกครั้ง

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล หลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน³ และโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับให้ญาติมีส่วนร่วม¹¹ พบปัญหาทางการพยาบาลที่เป็นปัจจัยหลักที่เหมือนกันของผู้ป่วยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์เป้าหมาย การดูแลตนเองไม่ถูกต้องเนื่องจากไม่ตระหนัก บกพร่องความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบปัญหาทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมือนกันคือ 1) โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร เช่น ชอบรับประทานอาหารรสจัด ดิรสรเค็ม ชอบรับประทานขนมหวาน 2) ไม่ได้ออกกำลังกาย 3) การพักผ่อนนอนหลับ 4) การปรับตัวและเผชิญกับความเครียด ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 พบปัญหาทางการพยาบาลและปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้นคือ 1) ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดสูง 2) ผู้ป่วยมีภาวะซีด 3) อาจเกิด

อุบัติเหตุเนื่องจากการมองเห็นไม่ชัด ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลโดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การพักผ่อนนอนหลับ และการจัดการความเครียด การพยาบาลแบบองค์รวมเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการวางแผนทาง ตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ศึกษา และครอบครัว^{10,11} ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลกับผู้ป่วยที่ทำได้จริง จากการประเมินผลทางการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองตามที่ผู้ศึกษาให้คำแนะนำอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในส่วนที่ยังบกพร่องได้เป็นอย่างดี ถูกต้องเหมาะสมกับโรคเบาหวาน ป้องกันความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนได้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งทั้ง 2 ราย คือ รูปแบบการดูแลแบบองค์รวมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกันให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ โดยการเป้าหมายเป็นการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการวางแผนทางร่วมกันทุกฝ่ายทั้งผู้ป่วย ผู้ศึกษา และญาติ รวมทั้งการเสริมพลังพลังอำนาจในตัวผู้ป่วยที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้^{2,3}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนในชุมชน มีระบบการติดตามที่ชัดเจนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ โดยบูรณาการให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

2. กระบวนการเยี่ยมบ้านเป็นปัจจัยสำคัญหลักที่สามารถเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น ดังนั้นควรมีการพัฒนาศักยภาพของทีมเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทีมเยี่ยมบ้านมีความรู้ ความชำนาญในการประยุกต์ใช้แนวคิดทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยได้เหมาะสม เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- 1.คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center : HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- 2.เฉลาศรี เสียงม. การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน. ใน: ศิริอร สิ้นธุ, พิเชต วงรอด, บรรณาธิการ. การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์; 2558: 46-9.
- 3.พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลและระบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 20). สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2560.
- 4.นิภา ทองทับ. กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์ 2558;30(3):191-202.
- 5.ปราณี ทุไพบระ. คู่มือยา Handbook of drugs. พิมพ์ครั้งที่14. กรุงเทพฯ: N P Press Limitef Partnership; 2559.
- 6.ศูนย์ข้อมูล : Data center โรงพยาบาลมัจจุาศรี. รายงานสถิติประจำปี 2564-2566. ขอนแก่น: โรงพยาบาลมัจจุาศรี; 2566.
- 7.ศิริลักษณ์ ฤงทอง. การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลทหารบก 2560;18(พิเศษ):17-24.
- 8.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานตามโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัย ในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/>
- 9.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 : Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2566.

10. อุษณีย์ หลิมกุล. คู่มือการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาลวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล; 2561.
11. อรนนท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์; 2565.
12. Thai PBS. พบเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคน ปี 2566 ไทยป่วยเพิ่ม 3 แสนคน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/333847>

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for rectal cancer patients receiving chemotherapy combined with radiation.

(Received: December 24,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ชนิสรากรณ์ รัตนเกษตรสิน¹
Chanisarakorn Ratanakasetin¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลขอนแก่น วิธีดำเนินการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 37 ปี อาชีพพนักงานบริษัท มาตามแพทย์นัดเพื่อให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับฉายแสง ผลการวินิจฉัยโรค CA rectum s/p Loop sigmoid colostomy ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม รักษาโดยยาเคมีบำบัด FOLFOX4 12 cycle ร่วมกับส่งฉายแสงด้วยรังสีรักษาเพื่อลดขนาดของก้อน แพทย์ให้ติดตามอาการทุกเดือนรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 75 ปี ผู้สูงอายุมาตามแพทย์นัดเพื่อให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับฉายแสง การวินิจฉัยโรค CA rectum s/p Loop sigmoid colostomy ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม ให้การรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัด Capecitabine 8 Cycle ครบ แพทย์พิจารณาให้รังสีรักษา ติดตามอาการต่อเนื่องตามแผนการรักษา ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมและขั้วถ่ายทางทวารเทียม เปรียบเทียบการดูแลทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันด้าน อายุ และสูตรยาเคมีบำบัดและหลังให้ยาเคมีบำบัดทั้ง 2 ราย มีภาวะHypersensitivity ได้รับการดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้รับการแก้ไขภาวะต่างๆอย่างรวดเร็ว มีการเตรียมความพร้อมทั้งก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัดและฉายแสง ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคมะเร็งลำไส้ตรง, ยาเคมีบำบัด

Abstract

This study was case study aimed to study and compare the nursing care of 2 patients with rectal cancer who received chemotherapy combined with radiation. Khon Kaen Hospital How to perform specific selection in rectal cancer patients receiving chemotherapy plus radiation. By collecting information from illness history, treatment, medical records, interviews, and evaluating health conditions, determining nursing diagnoses using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health models. Plan nursing action according to nursing diagnosis. Summarize and evaluate results.

Results: Thai man, 37 years old, company employee. Come to the doctor's appointment to receive chemotherapy along with radiation. The diagnosis of CA rectum s/p Loop sigmoid colostomy was obtained by rectal prosthetic surgery. Treated with FOLFOX4 12 cycle chemotherapy combined with radiotherapy to reduce the size of the tumor. The doctor has me monitor my symptoms every month and take medicine continuously. Case study number 2: Thai man, 75 years old, an elderly person who came to a doctor's appointment to receive chemotherapy combined with radiation. Diagnosis: CA rectum s/p Loop sigmoid colostomy received rectal prosthetic surgery. Treatment was given with the chemotherapy drug Capecitabine 8 Cycle. The doctor considered radiotherapy. Continue to monitor symptoms according to treatment plan. Had surgery to open the artificial anus and have bowel movements through the artificial anus. Compare care for both cases There were differences in age and chemotherapy regimen and after chemotherapy both patients had hypersensitivity.

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Receive continuous care along with getting various conditions resolved quickly There is preparation before, during, and after giving chemotherapy and radiation. Makes the patient not have complications.

Keywords: nursing, rectal cancer, chemotherapy

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากในผู้ชายเป็นอันดับหนึ่ง⁹ และพบในผู้หญิงเป็นอันดับสาม กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายพัฒนาการจัดระดับสถานบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การรักษาพยาบาลและลดอัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิตของประชาชน ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ตรงได้มีความก้าวหน้าและมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การผ่าตัดรังสีรักษา เคมีบำบัด การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะการเป็นโรค การกระจายของโรคและสภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสรอดชีวิตนานกว่า 5 ปีมีจำนวนมากขึ้น

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ตรงคือการผ่าตัด และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา ก่อนการผ่าตัด การฉายรังสีเพื่อลดขนาดก้อนและลดการกลับมาเป็นซ้ำบริเวณไส้ตรงและต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง ยาเคมีบำบัดก็ถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษามาตรฐาน และในผู้ป่วยบางรายก็อาจถือเป็นทางเลือกเดียวในการรักษาเมื่อทางเลือกอื่นถูกใช้หมดแล้ว การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงในโรงพยาบาล⁴ ผู้ป่วยจะต้องมารับยาเคมีบำบัดทุกเดือนๆ ละประมาณ 6-7 วัน จำนวน 6-12 ครั้งแล้วแต่ระยะของโรคผลกระทบจากยาเคมีบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรง เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ท้องเสีย ผื่นร่วน ผื่นคัน ผื่นแดง นอกจากจะทำให้เกิดปัญหาทางกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจด้วย เช่น กังวลว่าโรคจะรักษาไม่หาย เครียด หงุดหงิด การเดินทางมารับการรักษาทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น อาการที่เกิดขึ้นบ่อย ได้แก่ ปวดแน่นท้อง ท้องผูกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คันตามตัว คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ท้อแท้เบื่อหน่าย ไม่มีกำลังใจ และการให้รังสีรักษา (Radiotherapy)เป็นการรักษาเฉพาะที่

โดยใช้รังสีที่มีพลังงานสูงทำลายสารพันธุกรรมในเซลล์มะเร็ง โดยมักให้ร่วมกับยาเคมีบำบัด การฉายรังสีจากภายนอก ทำวันละครั้ง ปริมาณรังสีที่ใช้ 1.8-2 Gy / ครั้ง ระยะเวลาการรักษา 5-6 สัปดาห์ 5 วัน เพื่อให้ปริมาณรังสีรักษาเพียงพอที่จะทำลายเซลล์มะเร็ง ระยะเวลาให้เซลล์ปกติฟื้นฟูช่วงระหว่างการฉายรังสี¹ วิธีการรักษาดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีการซับซ้อนทางทวารเทียมอาจมีการสูญเสียภาพลักษณ์และการใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ความกังวลในเรื่องกลิ่นอูจจาระ การแต่งกาย การเดินทาง ภาวะท้องผูก ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ความเหนื่อย ลำ วิตกกังวลเกี่ยวกับเสียงพาลมและภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีไข้ ปวดแน่นบริเวณท้องหรือปวดเมื่อยตามตัว⁵

โรงพยาบาลขอนแก่นจากรายงานทะเบียนมะเร็ง พ.ศ. 2564 - 2566 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 148 ,154 และ 248 คน ตามลำดับ⁶ แต่พบมีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ พันธุกรรม สารเคมี สารรังสี บุหรี่และยาเคมี คนในเขตเมืองมีแนวโน้มเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพฤติกรรมการกินและการใช้ชีวิต ในปัจจุบัน การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่การพัฒนาเพื่อนายากลุ่มอื่น ๆ มาใช้ในการ รักษา นอกเหนือจากเคมีบำบัด แต่ถึงอย่างไรก็ตามการใช้ยาเคมีบำบัดในยังคงเป็นหนึ่งในมาตรฐานใน การรักษาโรคและเป็นวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด ถึงแม้จะมียานอกเหนือจากยาเคมีบำบัด⁹ ตัวอย่างเช่น ยาพุ่งเป้า (Targeted therapy) ยากระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy) แต่ยาเคมีบำบัดก็ยังมีบทบาทสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการรักษา ครั้งแรก หรือหลังจากมีการดำเนิน โรคแล้ว หรือในการรักษาเสริมหลังการ

ผ่าตัด (Adjuvant therapy) หรือในการรักษาเพื่อบรรเทา อาการในระยะโรคลุกลาม (Palliative treatment)⁹ การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ตรง เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน และผลการรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรค กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอายุที่ต่างกัน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยระหว่างรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง และช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ การควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง: กรณีศึกษา 2 ราย
2. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.สถานภาพ/อายุ	ชายไทยคู่/อายุ 37 ปี	ชายไทยหม้าย/อายุ 75 ปี
2.ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	มัธยมศึกษาปีที่6
3.อาชีพ	พนักงานบริษัท	ผู้สูงอายุ
4.ที่อยู่	อ.ชุมแพ จ.ขอนแก่น	อ.เมือง จ.ขอนแก่น
5.น้ำหนัก	63	57.7
6.BMI	21.05	20.62
7.ผู้ดูแล	มารดา	บุตรสาว
8.สิทธิบัตร	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
9.อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มาตามนัดรับยาเคมีบำบัดรังสีรักษาตามนัด	มาตามนัดรับยาเคมีบำบัดรังสีรักษาตามนัด
10.อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	- CA Rectum stage 3 ได้รับการวินิจฉัย ตั้งแต่ปี 2564 -มาด้วยอาการปวดทั่วท้อง มีคลื่นไส้อาเจียน ก่อนมา 2 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุม ชน แพทย์ R/O Hallow viscus organ perforation แพทย์ Refer มาที่ โรงพยาบาลขอนแก่น - CA Rectum stage 3 22 /10/2565 พบ 1. Obstruction Malignant neoplasm of	- CA Rectum stage 3 18 /08/2566 CT Upper and Lower abdomen : Suspected CA -พบ Gut obstruction แพทย์ผ่าตัด Looptransverse colostomy (19/08/2566) -แพทย์ศัลยกรรมส่งปรึกษา Onco Med เพื่อรับยาเคมีบำบัด Capecitabine 8 Cycle ครบแล้ว 16/11/2566

วิธีดำเนินการ

ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Case study) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรง ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการรังสีรักษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่
1) ข้อมูลทั่วไปการเจ็บป่วย 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และ3)ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วย

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
	เท้า	
5. การพักผ่อน นอนหลับ	-กลางคืนนอน 8-10 ชั่วโมง -กลางวันนอนวันละ 1-2 ชั่วโมง	-กลางคืนนอน 8-10 ชั่วโมง -กลางวันนอนวันละ 1-2 ชั่วโมง
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	- รับรู้ และพูดคุยรู้เรื่อง รับทราบปัญหา ความเจ็บป่วยของตนเอง และพยายามช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด	- รับรู้ว่าตนป่วย และรับทราบปัญหาตนเองได้ และมีบุตรสาวคอยช่วยเหลือ
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	-ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณต้องมารักษาตามนัดทุกครั้ง	-ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณต้องมารักษาตามนัดทุกครั้ง
8. บทบาทและความสำคัญในครอบครัว	-สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี สมาชิกครอบครัว 5 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 มารดาผู้ป่วยไม่ได้ทำงานเป็นผู้สูงอายุ สถานะภาพโสด ได้รายได้จาก พี่ชายเพราะแต่ก่อนผู้ป่วยเคยทำงานพนักงานบริษัท	-สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี สมาชิกครอบครัว 7 คน ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อยู่ที่บ้านบุตรสาวเป็นคนดูแล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	-ไม่มีความผิดปกติใดๆ ของอวัยวะเพศ	-ไม่มีความผิดปกติใดๆ ของอวัยวะเพศ
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	-ไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งมากเพราะเป็นวัยทำงาน แต่รับรู้ว่าย่ำลำบากมาตลอด	-กังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและฉายแสงมาก
11. ค่านิยมและความเชื่อ	-นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามโอกาส	-นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามโอกาส และไปสม่ำเสมอเวลา ที่หมู่บ้านมีงานบุญ

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ดังนี้

ตาราง 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
1.ระยะก่อนยาเคมีบำบัดร่วมกับการรังสี	1. ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการฉายแสงและวิธีการจัดการอาการข้างเคียง	1. ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการฉายแสงและวิธีการจัดการอาการข้างเคียง
2.ระยะให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการรังสี	1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia)จากยาเคมีบำบัด 2. มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ 3. มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด 5. มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำและผิวหนังบริเวณได้รับยาอักเสบเนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจรั่วซึมออกนอกเส้นเลือด 6. มีโอกาสเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด 7.มีโอกาสเกิดภาวะผิวหนังอักเสบ จากการฉายรังสี	1. มีภาวะซีดเหนื่อยอ่อนเพลียเวียนศีรษะเนื่องจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำ 2.มีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอและเกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในเลือด เนื่องจาก มีอาการท้องร่วง คลื่นไส้ และเบื่ออาหาร 3.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดทรวงอกขณะรับประทานอาหาร 4.มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำและผิวหนังบริเวณได้รับยาอักเสบเนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจรั่วซึมออกนอกเส้นเลือด 5.มีโอกาสเกิดภาวะผิวหนังอักเสบ จากการฉายรังสี
3.ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการรังสีและจำหน่าย	1. 1.ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีการอักเสบของผิวหนังจากการฉายรังสี	1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี

ตาราง 2 การวินิจฉัยทางกายาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

การวินิจฉัยทางกายาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	2. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด 3. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนไปเนื่องจากมีการขับถ่ายทางหน้าท้อง3. 4. มีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	2. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนไปเนื่องจากมีผมร่วงและการขับถ่ายทางหน้าท้อง 3. มีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโดยแบ่งออกเป็น ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อติดตามอาการและรับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด FOLFOX4 โดยให้ทุกๆ 2 สัปดาห์ จำนวน 12 รอบ หลังได้รับยาเคมีบำบัดทั้ง 2 รายมีภาวะ Hypersensitivity และทั้ง 2 รายหลังจากได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาพบว่า มีการระคายเคืองผิวหนัง ลำสุดกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการอักเสบบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้าระดับ 3 เจ็บฝ่ามือ ฝ่าเท้า Pain Score 5 คะแนน เดินลำบาก และทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลงทำเนื่องจากปวดฝ่ามือฝ่าเท้า ด้วยการรักษาที่ยาวนานหลายเดือน ซึ่งผู้ป่วยเคยประสบการณการให้ยาเคมีบำบัดและเกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดสูตรใหม่ที่จะได้รับ และการดูแลตนเองต่อเนื่งที่บ้าน ภาพลักษณ์ภายหลังการให้ยาเคมีบำบัด การทำงานและค่าใช้จ่ายที่ต้องเดินทางมาอีกหลายครั้ง ผู้ศึกษาได้วางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมองค์รวม ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด การดูแลด้านจิตใจให้พร้อมรับยา ตั้งแต่ก่อนขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด ได้รับการแก้ไขผลข้างเคียงขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัดอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมภาพลักษณ์ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วยของญาติ รวมถึงการสร้าง

เครือข่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และพร้อมที่จะมารับยาเคมีบำบัดให้ครบตามแผนการรักษา

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นโรคมะเร็งลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาพร้อมด้วยเหมือนกันแต่มีความแตกต่างด้านสภาพของร่างกาย เพราะในกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ มีการผ่าตัดทวารเทียม ความสำเร็จของการรักษาโรคนี้อขึ้นอยู่กับระยะของโรค การรักษาโรคมะเร็งและการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นเน้นการพยาบาลเพื่อให้การรักษาโดยรังสีรักษาเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง¹ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการประเมิน รวบรวมข้อมูลวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ด้วยความเชี่ยวชาญมีการประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็วมีความรู้เรื่องโรค และแผนการรักษา มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ² ที่ อาจจะเกิดขึ้นรวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหา ภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที มีการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้านมีการติดตามเยี่ยมและการส่งต่อข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างดีเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มารับการรักษาต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีการนำผลการศึกษาไปใช้ด้านบริหารเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารใช้ในการพัฒนาระบบบริการรายโรคอื่นๆ ด้านบริการ เพื่อเป็นการ

พัฒนาคุณภาพบริการทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงที่ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา ร่วม ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสหสาขาวิชาชีพใน

การศึกษาวิจัยและนวัตกรรมด้านโรคมะเร็ง การจัดการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงได้⁵

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาร ประสังสิต และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่งจำกัด. 2558.
3. บุศรา ชัยทัศน์. การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2559.
4. ประทิน ไชยศรี. คู่มือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่ (colostomy). พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ดารารวรรณการพิมพ์. 2554.
5. ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์. ความรู้ทั่วไปมะเร็งลำไส้. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร. 2555.
6. วิภาวดี ว่องวรานนท์. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงและทวารหนักที่ [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12975/1/>
7. นภชาญ เอื้อประเสริฐ. Chulalongkornhematologyhandbook. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2555. 82 – 87.
8. งานจัดการสารสนเทศ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น: (เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2566)
9. สาริณีย์ จินดาภูมิพันธ์, พัชราภรณ์ ศรีสวัสดิ์ และมณฑิรา จารุเพ็ง. การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 25 (1) : (2562). 103-117.
10. สุพิพัฒน์ พระยาโล, มะลิ พิมพ์ลา และ เยวเรศ คำมะนาด. การพัฒนาระบบบริการแบบ Fast Track สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยพิเศษสิรินธร โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 32 (2) : (2557). 70 -

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a Care Model for Serious Mental Illness with High Risk to Violence in the Community through the Participation Process of Network Partners, Selaphum District, Roi-et Province.

(Received: December 15,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 25,2023)

กรองจิต วลัยศรี¹

KRONGJIT WALAISRI¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 22 คน ญาติและผู้ดูแล จำนวน 22 คน และ ภาคีเครือข่าย จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาคือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล จำนวน 15 ข้อ (IOC > 0.5, KR-20 = 0.73) แบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง (Prasri violence severity scale: PVSS) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 9 ข้อ แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน ของกรมสุขภาพจิต โดยใช้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จำนวน 10 ข้อ แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ (IOC > 0.5, KR-20 = 0.85) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จำนวน 20 ข้อ (IOC > 0.5, Cronbach's Alpha Coefficient = 0.93) และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group) สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาารูปแบบญาติและผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ($t=9.90$, $p\text{-value} < 0.001$) และภาคีเครือข่ายมีความรู้เพิ่มขึ้น ($t=7.48$, $p\text{-value} < 0.001$) ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงลดลง ($t=8.59$, $p\text{-value} < 0.001$) ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ความจำเป็นในการได้รับดูแลลดลง ($t=9.45$, $p\text{-value} < 0.001$) และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้น ($t=16.55$, $p\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย คือ ควรส่งเสริมให้ชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งนี้ต้องอาศัยผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง สร้างความเข้าใจและความตระหนักในชุมชน และควรมีมาตรการทางสังคมในป้องกันแก้ไขการตีมีสุราของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันเกิดอาการกำเริบ ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนได้

คำสำคัญ: การพัฒนาารูปแบบ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research is participatory action research with the objective of studying the results of developing a model for caring for Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V) in the community with the participation of network partners in Selaphum District, Roi Et Province. The Participants were divided into three groups as 22 SMI-V patients, 22 caregivers, 22 and 18 network partners. quantitative data was collected

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

by questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics and Paired t-test. The results of the study showed that after trialed model for caring for psychiatric and drug patients who are at high risk of causing violence in the community with the participation of network partners, the development results showed that Care giver's knowledge was increased ($t=9.90$, p -value <0.001), and network partners's knowledge was increased ($t=7.48$, p -value <0.001), the severity of violent behavior in psychiatric patients with severe symptoms was decreased ($t=8.59$, p -value <0.001), the need of SMI-V patients care was decreased ($t=9.45$, p -value <0.001) and the participation of network partners was increased ($t=16.55$, p -value <0.001). The suggestion is that the community should be promoted to provide care for psychiatric patients through the participation of network partners and should be serious social measures to prevent and correct alcohol use among SMI-V patients in the community to prevent symptoms from reoccurring that's causes a high risk of violence in the community

Keywords: Developing Model, Serious Mental Illness with High Risk to Violence, participation

บทนำ

จากสถานการณ์ปัจจุบันสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยีและการสื่อสาร ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมมากมาย เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหายาเสพติด ปัญหาการว่างงาน ปัญหาการค้ำมนุษย์⁽¹⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวยังก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ ปัญหาสุขภาพจิต รายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรจำนวนเกือบ 1,000 ล้านคน มีอาการป่วยทางจิต โดยประมาณการว่าประชากรทั่วโลกทั้งหมด 1 ใน 8 คนมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่า สถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2563-2565 เท่ากับ 168,071 คน, 389,656 คน และ 706,299 คน ตามลำดับ⁽³⁾ เมื่อพิจารณาผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness-High Risk to Violence; SMI-V) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง จำนวน 1,463 คน 2,783 คนและ 3,527 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ⁽⁴⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการอย่างจริงจังในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวมาข้างต้นโดยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการระบบบำบัดฟื้นฟูติดตามผู้ติดยาเสพติด สำหรับเครื่องมือที่นำมาใช้ใน

การดูแลผู้ป่วย SMI-V นั้น กรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care) มุ่งเน้นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพด้วยนวัตกรรมดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย โดยหน่วยงานในพื้นที่สามารถให้บริการประชาชนด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต เสริมพลังครอบครัว สร้างความรอบรู้ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เสริมพลังชุมชนเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิต และการเยียวยาจิตใจ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง ให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนอย่างเป็นระบบ⁽⁵⁾

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนให้ทุกคนมีสุขภาพดี ชุมชนมีความเข้มแข็ง และประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพชุมชน โดยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนนั้นมีความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ ทีมโรงพยาบาลชุมชน ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมแพทย์ฉุกเฉิน ทีมผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน/ฝ่ายปกครอง ในท้องที่ ทีมตำรวจ และทีมพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดังกล่าว โดย Cohen and Uphoff⁽⁵⁾ ได้

จำแนกขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมถูกนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน จากการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตนำไปสู่แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เหมาะสมคือ การออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพจิต การสร้างพลังให้ชุมชนเข้ามารับดำเนินการในปัญหาเอง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและจัดระบบบริการสาธารณสุขให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงได้สะดวก⁽⁶⁾ และการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง มีคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม⁽⁷⁾ และการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง มีการดำเนินชีวิตประจำวันทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ควบคุมอารมณ์ได้ดี ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่เป็นภาระต่อครอบครัว สามารถไปเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้⁽⁸⁾

สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอำเภอเสลภูมิ พบว่า สถิติผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ปี 2563-2565 เท่ากับ 162 คน 187 คน และ 237 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชขาดการเข้าถึงบริการ หรือเข้าถึงบริการได้ช้า จึงส่งผลให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง การหยุดหรือรักษาไม่

สม่ำเสมอ ผู้ป่วยจิตเวชยังมีปัญหาขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่มารักษาตามนัด หรือบางรายขาดจากระบบการรักษา รวมถึงปัญหาการใช้สารเสพติดซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุรา สารเสพติด จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีอาการกำเริบหรือเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองหรือผู้อื่น และยังพบว่าสหวิชาชีพในชุมชน ได้รับการอบรม ได้รับการฟื้นฟูวิชาการ ไม่ครอบคลุม ทำให้การการดูแลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ไม่กล้าเข้าไปประเมินผู้ป่วยตามบทบาทของตน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผล⁽⁹⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านจิตเวชและยาเสพติดจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้แนวทางตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงภายใต้บริบทของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี

ส่วนร่วม (Participatory Action Research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่

(1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย จับสลากเลือกพื้นที่ศึกษา 1 ตำบล จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวรรณกุล, 2562) จำนวน 22 คน

โดยมีเกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ 2) ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 F20-F29 มีประวัติการรักษาตามแบบผู้ป่วยในด้วยอาการทางจิตกำเริบมากขึ้น และมีประวัติการใช้สารเสพติด

3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลขวัญเมือง 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย 5) มีความพร้อมที่จะสามารถเข้าร่วมในกระบวนการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย และเกณฑ์การรับอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ไม่เข้าร่วมโครงการได้จนสิ้นสุดโครงการ 2) ไม่สามารถติดตามตัวได้

(2) กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้เทคนิคการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (Consecutive Sampling) โดยคัดเลือกจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน

(3) ภาควิชาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล ที่ผู้วิจัย

สร้างขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ (IOC>0.5, KR-20 = 0.73)

(2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง (Prasri violence severity scale: PVSS) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 9 ข้อ

(3) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน ของกรมสุขภาพจิต โดยใช้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จำนวน 10 ข้อ

(4) แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ (IOC>0.5, KR-20 = 0.85)

(5) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 20 ข้อ (IOC>0.5, Cronbach's Alpha Coefficient = 0.93)

และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)
ระยะเวลา 1 สัปดาห์ วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ร่วมกันของภาคีเครือข่าย เป็นการใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ก่อนดำเนินการ มีการประเมินการมีส่วนร่วมโดยแบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้ต่างๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)
ระยะเวลา 16 สัปดาห์ เป็นการจัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่

(1) อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล

(2) อบรมให้ความรู้ภาคีเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

(3) การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดไปทดลองใช้ปฏิบัติ ได้แก่ การสร้างระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน การสร้างระบบดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลเสลภูมิ การสร้างระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing) ระยะเวลา 1 สัปดาห์ เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์การนิเทศตรวจเยี่ยม สนับสนุนให้คำแนะนำเก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม และร่วมประชุมผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ทำการถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความ

เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนในวงรอบการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) และสัมภาษณ์ (Interview) เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ นอกจากนั้นยังเพื่อนำข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง แก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ระยะหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ ต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายอย่างเร่งด่วน ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้จะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1242565 เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย จำนวน 22 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.55 ปี (S.D. = 8.29) มีสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน ร้อยละ 40.9 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.1 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็น

ร้อยละ 63.6 รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 31.8 ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคจิตเวช ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.6 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชเฉลี่ย 9.45 ปี (S.D. = 5.20) และมีผู้ดูแลร้อยละ 59.1

2. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้ความรู้อันเกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล ก่อนการพัฒนา รูปแบบ ภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.86 คะแนน (S.D. = 2.14) อยู่ในระดับต่ำ และหลังการพัฒนา รูปแบบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.68 คะแนน (S.D. = 1.39) อยู่ในระดับสูง และพบว่า หลังการพัฒนา รูปแบบญาติและผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับอาการ

เตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.90$, $p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

2.2 ความรู้ของภาคีเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของภาคีเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ก่อนการพัฒนา รูปแบบ ภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.06 คะแนน (S.D. = 2.10) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนา รูปแบบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.11 คะแนน (S.D. = 1.27) อยู่ในระดับสูง และพบว่า หลังการพัฒนา รูปแบบภาคีเครือข่ายมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.48$, $p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ความรู้อันเกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล

ความรู้	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	t	p-value
ก่อนการพัฒนา รูปแบบ	7.86	2.14	ระดับต่ำ	9.90	<0.001
หลังการพัฒนา รูปแบบ	12.68	1.39	ระดับสูง		

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ของภาคีเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

ความรู้	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	t	p-value
ก่อนการพัฒนา รูปแบบ	10.06	2.10	ระดับปานกลาง	7.48	<0.001
หลังการพัฒนา รูปแบบ	13.11	1.27	ระดับสูง		

2.3 การประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง จากผลการศึกษาการประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง ก่อนการพัฒนา รูปแบบ ภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.09 คะแนน (S.D. =

4.36) มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูงและหลังการพัฒนา รูปแบบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.68 คะแนน (S.D. = 2.80) มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง และพบว่า หลังการพัฒนา รูปแบบระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ

รุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.59$, p -value <0.001) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

2.4 การติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนการติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน ก่อนการพัฒนารูปแบบ ภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 คะแนน (S.D. = 0.18) ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการได้รับดูแลปานกลาง และหลังการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.49 คะแนน (S.D. = 0.37) ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการได้รับดูแลน้อย และพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนมีความจำเป็นในการได้รับดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.45$, p -value <0.001) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

2.5 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จากผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ก่อนการพัฒนารูปแบบ ภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 คะแนน (S.D. = 0.27) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 คะแนน (S.D. = 0.18) อยู่ในระดับสูง และพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=16.55$, p -value <0.001) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง (Prasri violence severity scale: PVSS)

ระดับความรุนแรง	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	t	p-value
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	2.67	0.27	ระดับปานกลาง	8.59	<0.001
หลังการพัฒนารูปแบบ	3.99	0.18	ระดับสูง		

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน

การติดตามผู้ป่วย	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	t	p-value
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	2.20	0.18	ระดับปานกลาง	9.45	<0.001
หลังการพัฒนารูปแบบ	1.49	0.37	ระดับน้อย		

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

การมีส่วนร่วม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	t	p-value
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	10.06	2.10	ระดับปานกลาง	16.55	<0.001
หลังการพัฒนารูปแบบ	13.11	1.27	ระดับสูง		

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.55 ปี (S.D. = 8.29) ซึ่งเป็นวัยทำงาน สอดคล้องกับ

อภิปรายผล

การศึกษาของรัศมี ชุตพิมาย⁽¹⁰⁾ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 41-50 ปี อธิบายได้ว่า เพศชายในวัยทำงานเป็นวัยที่มีความอยากรู้ อยากลอง อยากเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน มีการชักชวนจากสังคมผู้ช้ำยาเสพติด ส่งผลต่อการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่มีสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน ร้อยละ 40.9 สอดคล้องกับวารสาร มั่งคั่ง⁽¹¹⁾ และคณะ พบว่าครอบครัวที่มีความขัดแย้งในครอบครัวสูง จะส่งผลให้วัยรุ่นชายมีการใช้ยาเสพติดสูงขึ้น อธิบายได้ว่า ปัญหาจากการใช้ชีวิตสมรส บรรยากาศในครอบครัวที่ไม่มีความสุข ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ความเครียด ความเบื่อหน่าย เมื่อไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชหันไปใช้ยาเสพติด โดยเชื่อว่าอาจจะทำให้ลืมสิ่งที่ตนเองประสบความสำเร็จ และหวังว่าจะทำให้ตนเองสบายใจขึ้นได้

หลังการพัฒนาารูปแบบญาติและผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น และหลังการพัฒนาารูปแบบภาคีเครือข่ายมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้น

หลังการพัฒนาารูปแบบระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง (Prasri violence severity scale: PVSS) ลดลง และหลังการพัฒนาารูปแบบ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนความจำเป็นในการได้รับดูแลลดลง สอดคล้องกับชลินดา จันทรงาม⁽⁶⁾ พบว่ากระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ วางแผน และกำหนดแนวทางแก้ไข เป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนมาเอื้อประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพจิต การสร้างพลังให้ชุมชนเข้ามารับดำเนินการในปัญหาเอง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและจัดระบบบริการสาธารณสุขให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงได้สะดวก เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ในชุมชนที่เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การวางแผน และการหาแนวทางแก้ไขร่วมกันจะสามารถสร้างเครือข่ายและส่งผลดีการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับรัศมี ชุตพิมาย⁽¹⁰⁾ พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลอยู่ในระดับน้อย และหลังพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเพิ่มขึ้น อาจเกิดเนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วมมีวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนร่วมกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้มีระบบดูแล กำกับ ติดตาม แบบระบบพี่เลี้ยง มีการวัดผล และประเมินผล ส่งเสริมการปรับปรุงพัฒนาที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมให้ชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งนี้ต้องอาศัยผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง สร้างความเข้าใจและความตระหนักในชุมชน เพื่อที่จะสามารถพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายใต้บริบทชุมชน และมีการแสวงหาทรัพยากรในระดับพื้นที่ โดยภาครัฐระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ และวิชาการ

2. ควรมีมาตรการทางสังคมในป้องกันแก้ไขการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันเกิดอาการกำเริบ ควบคุมอาการได้ยาก

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน และผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ต่อการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

2. ควรมีนำกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ไปพัฒนางานอื่นที่ยังขาดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเสลภูมิ ภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้าร่วมโครงการ ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยและความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุวปรียา จันดี. (2562). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่เทศบาลเมืองแม่เหียะ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารบัณฑิตแสงโคมคำ, 4(1), 16-29.
2. World Health Organization. (2021). Mental health atlas 2020. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/345946>.
3. กรมสุขภาพจิต. (2566). มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
4. กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช. เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/>. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2566.
5. Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. (1986). World management. New York: McGraw- Hill.
6. ชลินดา จันทรงาม และคณะ. (2560). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคานาคี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 18(2), 55-68.
7. สุนันญา แสงแก้ว และคณะ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8(น.381-391).มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
8. อติญา โพธิ์ศรี. (2562). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณี ศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร, 34(1), 83-89.
9. โรงพยาบาลเสลภูมิ. (2565). รายงานสรุปผลการดำเนินงานจิตเวชและยาเสพติด ปี 2565.
10. รัศมี ชุตพิมาย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศุนย์อนามัยที่ 9, 16(3), 851-867.
11. วราภรณ์ มั่นคั่ง, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ์ เดียววิศเรศ. (2559). ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 11(2), 53-36.

การพัฒนาแบบการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

Development of care model for women with gestational diabetes by strengthening self-care abilities Kamphaeng Saen Hospital Nakhon Pathom Province

(Received: December 14,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 25,2023)

ณัฐริศณศ คงคาเพชร¹
Natkhaneet Khongkaphet¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อผลการพัฒนาแบบการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มทดลองในระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น จำนวน 21 คน และกลุ่มทดลองระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ประกอบด้วย สตรีตั้งครรภ์จำนวน 19 คน และผู้ดูแลสตรีตั้งครรภ์ 19 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม และแบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: ระดับน้ำตาลกลูโคสก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 136.74 มก./ดล. ต่ำสุด 128 มก./ดล. และสูงสุด 148 มก./ดล. และระดับน้ำตาลกลูโคสหลังตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 104.21 มก./ดล. ต่ำสุด 98 มก./ดล. และสูงสุด 110 มก./ดล. ตามลำดับ และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย จำนวน 5 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.66$, S.D.=0.19 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.29$, S.D.=0.21 คะแนน ด้านที่ 2 ทักษะความรู้ ความเข้าใจ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.67$, S.D.=0.26 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.18$, S.D.=0.31 คะแนน ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.70$, S.D.=0.19 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.22$, S.D.=0.29 ด้านที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.69$, S.D.=0.30 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.24$, S.D.=0.28 คะแนน ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.62$, S.D.=0.22 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.34$, S.D.=0.21 คะแนน ซึ่งในระยะที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังจะสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05

คำสำคัญ : สตรีตั้งครรภ์, โรคเบาหวาน, เบาหวานขณะตั้งครรภ์

ABSTRACT

This research is Research and Development aims to development of care model for women with gestational diabetes by strengthening self-care abilities Kamphaeng Saen Hospital Nakhon Pathom Province. The sample group comprises two phases: Phase 1, the research phase, involves an experimental group consisting of 21 participants. In Phase 2, the development phase, the experimental group consists of 19 pregnant women and 19 caregivers of pregnant women. Data collection employs a questionnaire. and satisfaction assessment form Comparing the before and after means using Paired sample t-test statistics, the statistical significance level was set at 0.05.

Results of the study: The average blood sugar level of women before pregnancy was 136.74 mg/dL, the lowest was 128 mg/dL, and the highest was 148 mg/dL, and the average blood sugar level of women after pregnancy was 104.21 mg/dL. Lowest 98 mg/dL and highest 110 mg/dL, respectively, and the results of comparing the averages in 5 areas as follows: 1) Access to health information. After the experiment, there was a score of $\bar{x}=3.66$, S.D.=0.19 points. Before the experiment, there were scores of $\bar{x}=3.29$, S.D.=0.21 points. 2) knowledge and understanding skills, after the experiment, there were scores of $\bar{x}=3.67$, S.D.=0.26 points, before the experiment there was a score of $\bar{x}=3.18$, S.D.=0.31 points. 3) Health communication skills After the experiment, there was a score of $\bar{x}=3.70$, S.D.=0.19. Before the experiment, there was a score of $\bar{x}=3.22$, S.D.=0.29. 4) Health self-management skills. After the

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

experiment, there was a score of $\bar{x}=3.69$, S.D.=0.30 points. Before the experiment, there was a score of $\bar{x}=3.24$, S.D.=0.28 points. 5) Health decision-making skills. After the experiment, there was a score of $\bar{x}=3.62$, S.D.=0.22 points, before the experiment there was a score of $\bar{x}=3.34$, S.D.=0.21 points, which in phase 2 when comparing the average difference of the latter scores was higher than before the experiment. Statistically significant at p-value <0.05.

Keyword : Pregnant women, Diabetes mellitus, Gestational Diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (Diabetes Mellitus in pregnancy) หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตไขมันและโปรตีน เนื่องจากมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการ และการสร้างหรือการใช้อินซูลินของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ อาจเป็นโรคเรื้อรังก่อนตั้งครรภ์ หรือเป็นขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus : GDM)¹ เนื่องจากการทำลายอินซูลินโดยรกและฮอร์โมนจากรกซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลินทำให้การเผาผลาญในร่างกายผิดปกติ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยเป็นเบาหวานอาจมีอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ปกติจะมีความต้องการอาหารและพลังงานมากขึ้น มีการเผาผลาญในร่างกายมากขึ้นเพื่อใช้ในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ซึ่งอินซูลินมีหน้าที่ควบคุมอัตราการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีนเพื่อให้ได้พลังงาน แต่ถ้าวินิจฉัยหรือการหลังอินซูลินผิดปกติ ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ก็ทำให้เกิดโรคเบาหวาน²

การดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีจุดประสงค์เพื่อที่จะลดโรคแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือจากแพทย์หลายสาขาร่วมกันระหว่างสูติแพทย์, อายุรแพทย์ ตัวเอง และในวันคลอดก็ต้องอาศัยความร่วมมือจากกุมารแพทย์ เพื่อมาช่วยเหลือเด็กแรกเกิดและป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับแม่และลูก โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ต้องควบคุมอาหารให้ถูกต้องส่วนและถูกเวลา ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ต้องมารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอตามที่แพทย์นัด ยาที่ใช้รักษาเบาหวานจะต้องใช้แบบชนิดฉีด ในกรณีที่มีความผิดปกติ เช่น

คุณแม่มีอาการอ่อนเพลีย, น้ำหนักตัวขึ้นมากเกินไป, ท้องไม่โตขึ้น, ลูกดิ่งน้อยลงหรือหยุดดิ่ง, มีอาการของครรภ์เป็นพิษ, มีความผิดปกติอื่นๆ (อาทิเบาหวานขึ้นตา) ให้รีบไปพบแพทย์ก่อนถึงเวลานัดทันที ปี ค.ศ. 2015 มีผู้หญิงเป็นเบาหวาน 199.5 ล้านคน คาดว่าปี ค.ศ. 2030 อาจเพิ่มสูงถึง 313.3 ล้านคน IDF สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติประมาณว่า มีจำนวนถึง 20.9 ล้านคน หรือ 16.2% ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะน้ำตาลสูงในเลือด (ค.ศ. 2015) โดย 85.1% วินิจฉัยเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes) 7.4% เป็นเบาหวานชนิดอื่นที่ตรวจพบตอนตั้งครรภ์³

อุบัติการณ์ของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 3-14 และพบมากขึ้นเมื่อสตรีตั้งครรภ์อายุมากขึ้นด้วย ส่วนใหญ่จะเริ่มวินิจฉัยได้ตั้งแต่ต้นไตรมาสที่ 3 หรือ ช่วง 24 - 28 สัปดาห์ การตรวจคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่ได้คือ ภาวะการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension disorder) น้ำคร่ำมากกว่าปกติ (Polyhydramnios) คลอดก่อนกำหนด (Preterm labour) คลอดยาก (Dystocia) และตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) ติดเชื้อง่าย เป็นต้น สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่พบในทารกได้แก่ ทำให้ทารกที่คลอดมีขนาดใหญ่เสี่ยงต่อโรคอ้วนในวัยเด็กและวัยรุ่นหรือกลายเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่อายุน้อยๆ⁴ และสตรีตั้งครรภ์จึงต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งการดูแลสุขภาพของตนเองของสตรีตั้งครรภ์เนื่องจากเป็นภาวะที่มีระยะเวลานาน และต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกัน เป้าหมายในการดูแลตนเองจึง

จะประสบความสำเร็จ รวมทั้งเพิ่มความมั่นใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ดี การที่สตรีตั้งครรภ์จะประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง ขณะตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ซึ่งหลักการสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน⁵

สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์โรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์พบได้ประมาณ ร้อยละ 1-5 ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเบาหวานที่เกิดในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 0.82-2.00 จากสถิติในโรงพยาบาลกำแพงแสน ในปี 2561 พบว่าหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 0.60 แม้ว่าจะพบน้อย แต่ลักษณะทางคลินิกของเบาหวานมีความแตกต่างกันมาก นับตั้งแต่ไม่มีอาการใดๆ จนถึงระดับรุนแรงถึงขั้นอันตรายถึงชีวิตได้

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของมารดา และใช้เป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม
4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง เดือน กันยายน 2566 รวม 24 เดือน โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น และ 2 ระยะพัฒนา และใช้รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มทดลอง ระยะที่ 1 จำนวน 21 คน และกลุ่มทดลองระยะที่ 2 จำนวน 19 คน และญาติผู้ดูแล 19 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2566 โดยมี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง เดือน กันยายน 2566 รวม 24 เดือนจำนวน 40 ราย และญาติผู้ดูแล 19 คน

เกณฑ์และการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2566 โดยมี
2. สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรม

2. ไม่สมัครใจให้ข้อมูล
3. ไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) ประกอบด้วย

ก. เกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria for participant)

1. อาสาสมัครฯ ตัดสินใจออกจากโครงการ
2. อาสาสมัครฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ตามข้อกำหนดของโครงการหลายประการ

ข. เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Discontinuation criteria for the study)

1. แหล่งทุน ผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการวิจัย
2. ผู้มีอำนาจอนุมัติยุติการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการพัฒนาระยะที่ 1 ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือน กันยายน 2565 เป็นระยะเริ่มต้น และระยะที่ 2 ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือน กันยายน 2566 เป็นระยะพัฒนา ประกอบด้วย จำนวน 5 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การคัดกรอง การวิเคราะห์สุขภาพสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กิจกรรมที่ 2 กำหนดกิจกรรมการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และติดตามการดูแลด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 3 ดำเนินการตามกำหนดกิจกรรมการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 4 ประเมินผล สรุป ทบทวน ถอดบทเรียนและปรับปรุงการดำเนินงานตามกิจกรรมการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับผู้ดูแลและเครือข่ายดูแลจากชุมชนจากระยะที่ 1 ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือน กันยายน 2565 เป็น

ระยะเริ่มต้น และระยะที่ 2 ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือน กันยายน 2566 เป็นระยะพัฒนา

กิจกรรมที่ 5 สร้างรูปแบบการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ในระยะที่ 2 ปี 2566 ระยะพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม โดยการจัดเวทีถอดบทเรียนดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ที่มารับบริการ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง เดือน กันยายน 2565 รวม 12 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการถอดบทเรียน บันทึกการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และเวชระเบียน

3. ความพึงพอใจในการพัฒนาโปรแกรมรูปแบบการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Content Validity) โดยนำแบบสอบถาม ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้วิธี IOC ผู้ศึกษาได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญซึ่งทุกข้อผ่าน 0.5 และการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีของ Chonbach⁶

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการพรรณนาคุณลักษณะทั่วไป โดยตัวแปรประเภทแจกแจง (Categorical data) นำเสนอเป็นจำนวน และร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แต่หากมีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ (Abnormal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด (Minimum and Maximum)

2. สถิติเชิงอนุมาน ในการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนผลโปรแกรมก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ใช้สถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น กลุ่มทดลอง พบว่า มีจำนวน 21 คน มีอายุเฉลี่ยอยู่ 25.95 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุดอายุ 31 ปี สมรส ร้อยละ 56.7 การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 71.40 ส่วนสูงเฉลี่ยอยู่ที่ 160.57 เซนติเมตร น้ำหนักสตรีก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 67.36 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุด 63 กิโลกรัม และสูงสุด 73 กิโลกรัม น้ำหนักสตรีหลังตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 83.48 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุด 75 กิโลกรัม และสูงสุด 90 กิโลกรัม ระดับน้ำตาลสตรีก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 135.52 มก./ดล. ต่ำสุด 123 มก./ดล. และสูงสุด 148 มก./ดล. และระดับน้ำตาลสตรีหลังตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 136.76 มก./ดล. ต่ำสุด 112 มก./ดล. และสูงสุด 148 มก./ดล. ตามลำดับ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ระยะพัฒนา กลุ่มทดลอง พบว่า มีจำนวน 19 คน มีอายุเฉลี่ยอยู่ 25.84 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุดอายุ 31 ปี สมรส ร้อยละ 56.7 การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 73.70 ส่วนสูงเฉลี่ยอยู่ที่ 162.26 เซนติเมตร น้ำหนักสตรีก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 75.84 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุด 68 กิโลกรัม และสูงสุด 85 กิโลกรัม น้ำหนักสตรีหลังตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 67.58 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุด 63 กิโลกรัม และสูงสุด 72 กิโลกรัม ระดับน้ำตาลสตรีก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 136.74 มก./ดล. ต่ำสุด 128 มก./ดล. และสูงสุด 148 มก./ดล. และระดับน้ำตาลสตรีหลังตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 104.21 มก./ดล. ต่ำสุด 98 มก./ดล. และสูงสุด 110 มก./ดล. ตามลำดับ

ผลการประเมินรูปแบบการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม

สรุปผล พบว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของโปรแกรมในระยะเวลาที่ 1 ของสตรีตั้งครรภ์ พบว่า ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.14$, S.D=0.32 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=2.97$, S.D=0.27 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value = 0.01 (95%CI = 0.073 ถึง 0.259) ด้านที่ 2 ทักษะความรู้ความเข้าใจ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.14$, S.D=0.37 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=2.88$, S.D=0.31 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value = 0.01 (95%CI = 0.115 ถึง 0.407) ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.12$, S.D=0.26 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=2.91$, S.D=0.30 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.055 ถึง 0.363) ด้านที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน

$\bar{x}=3.18$,S.D=0.37 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=2.98$,S.D=0.37 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ไม่มีความแตกต่างกัน p-value =0.08 (95%CI = 0.056 ถึง 0.324) และด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.11$,S.D=0.23 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.07$,S.D=0.24 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ไม่มีความแตกต่างกัน p-value = 0.55 (95%CI = -0.001 ถึง 0.096)

ผลการประเมินการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม ระยะที่ 2

สตรีตั้งครรภ์ การประเมินการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม ภาพรวมในระยะที่ 2 ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 (S.D.= 0.60) และหลังดำเนินการอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 (S.D.= 0.47) และแยกออกเป็นดังนี้ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อพิจารณารายข้อหลังดำเนินการมีข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ เมื่อท่านสนใจที่จะเข้าร่วมในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ท่านจะหาข้อมูลเพิ่มเติมที่ถูกต้องจากสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านท่าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 (S.D.= 0.36) ด้านที่ 2 ทักษะความรู้ ความเข้าใจการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อพิจารณารายข้อหลังดำเนินการมีข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ท่านหรือผู้ดูแลให้คำแนะนำในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.79 (S.D.= 0.49) ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อพิจารณารายข้อหลังดำเนินการมีข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านหรือผู้ดูแลสามารถอธิบายและโน้มน้าวบุคคลที่เข้าใจผิดในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้เข้าใจถูกต้องตรงกับท่านได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 (S.D.= 0.38) ด้านที่ 4 ทักษะ

การจัดการตนเองด้านสุขภาพการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อพิจารณารายข้อหลังดำเนินการมีข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านหรือผู้ดูแลมีการประเมินพฤติกรรมของการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.79 (S.D.= 0.42) และ ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อพิจารณารายข้อหลังดำเนินการมีข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านหรือผู้ดูแล จะคอยแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลโดยการควบคุมอาหารของหญิงตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 (S.D.= 0.43) ดังตารางที่ 4.2

ผู้ดูแลสตรีตั้งครรภ์ การประเมินการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม ภาพรวมในระยะที่ 2 ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 (S.D.= 0.60) และหลังดำเนินการอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 (S.D.= 0.50) และแยกออกเป็นดังนี้ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อพิจารณารายข้อหลังดำเนินการมีข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ เมื่อท่านหรือผู้ดูแลสนใจที่จะศึกษาการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และท่านจะเข้าหาข้อมูลเพิ่มเติมที่ถูกต้องจากอินเทอร์เน็ตเมื่อท่านสนใจที่จะเข้าร่วมในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ท่านจะหาข้อมูลเพิ่มเติมที่ถูกต้องจากสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านท่าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 (S.D.= 0.49) ด้านที่ 2 ทักษะความรู้ ความเข้าใจการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อพิจารณารายข้อหลังดำเนินการมีข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านหรือผู้ดูแลให้คำแนะนำในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 (S.D.= 0.51) ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อพิจารณารายข้อหลังดำเนินการมีข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านหรือผู้ดูแลสามารถอธิบายและโน้มน้าวบุคคลที่เข้าใจผิดในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ให้เข้าใจถูกต้องตรงกับท่านได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 (S.D.= 0.51) ด้านที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อพิจารณารายข้อหลังดำเนินการมีข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ เมื่อท่านหรือผู้ดูแลไม่สบาย จะเข้ารับบริการที่สถานบริการใกล้บ้านท่านทันที มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 (S.D.= 0.52) และ ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อพิจารณารายข้อหลังดำเนินการมีข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านหรือผู้ดูแลได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือชุมชนในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 (S.D.= 0.76)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของโปรแกรมระยะที่ 2 ก่อนและหลังทดลอง ของสตรีตั้งครรภ์

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของโปรแกรมในระยะที่ 2 ของสตรีตั้งครรภ์ พบว่า ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.66$,S.D=0.19 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.29$,S.D=0.21 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI

= 0.285 ถึง 0.451) ด้านที่ 2 ทักษะความรู้ ความเข้าใจ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.67$,S.D=0.26 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.18$,S.D=0.31 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.290 ถึง 0.657) ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.70$,S.D=0.19 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.22$,S.D=0.29 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.319 ถึง 0.628) ด้านที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.69$,S.D=0.30 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.24$,S.D=0.28 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.232 ถึง 0.583) และด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.62$,S.D=0.22 คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.34$,S.D=0.21 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.584 ถึง 5.164) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของโปรแกรมระยะที่ 2 ก่อนและหลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์

การเปรียบเทียบผลโปรแกรมระยะที่ 2 ก่อนและหลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์	n	\bar{x}	S.D.	mean diff	95% CI		t	p-value	
					Lower	Upper			
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	หลังทดลอง	19	3.66	0.19	0.368	0.285	0.451	9.340	<0.001**
	ก่อนทดลอง	19	3.29	0.21					
ด้านที่ 2 ทักษะความรู้ ความเข้าใจ	ก่อนทดลอง	19	3.67	0.26	0.473	0.290	0.657	5.240	<0.001**
	หลังทดลอง	19	3.18	0.31					
ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ	หลังทดลอง	19	3.70	0.19	0.478	0.319	0.628	6.429	<0.001**
	ก่อนทดลอง	19	3.22	0.29					
ด้านที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ	หลังทดลอง	19	3.69	0.30	0.405	0.232	0.583	4.868	<0.001**
	ก่อนทดลอง	19	3.24	0.28					
ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ	หลังทดลอง	19	3.62	0.22	0.328	0.192	0.584	5.164	<0.001**
	ก่อนทดลอง	19	3.34	0.21					

สรุปการประเมินความพึงพอใจหลังให้การดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ปี 2565

ผลของสตรีตั้งครรภ์ภาพรวม มีระดับการประเมินความพึงพอใจหลังให้การดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองพบว่ามีความพึงพอใจระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.76 (S.D.=0.47) เมื่อแยกเป็นรายข้อที่มีความพึงใจมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนน้อม ยิ้มแย้มแจ่มใส เป็นกันเอง มีค่าเฉลี่ย 5.00 (S.D.=0.00) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนให้บริการต่าง ๆ หรือในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ย 4.89 (S.D.=0.46) และ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลก่อนก่อนให้บริการหรือให้คำแนะนำทุกขั้นตอนอย่างละเอียดในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ย 4.80 (S.D.=0.43) ตามลำดับ

ผลของผู้ดูแลสตรีตั้งครรภ์ภาพรวม มีระดับการประเมินความพึงพอใจหลังให้การดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองพบว่ามีความพึงพอใจระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.52 (S.D.=0.53) เมื่อแยกเป็นรายข้อที่มีความพึงใจมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลก่อนก่อนให้บริการหรือให้คำแนะนำทุกขั้นตอนอย่างละเอียดในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ย 4.74 (S.D.=0.33) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังให้บริการแล้วมีข้อสงสัยหรือมีการซักถามเป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ย 4.63 (S.D.=0.49) และเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนให้บริการต่าง ๆ หรือในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ย 4.58 (S.D.=0.51) ตามลำดับ

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยจะอภิปรายผล ดังนี้ การวิจัยระยะที่ 2 ปี 2565 ระยะพัฒนา กลุ่มทดลอง พบว่า มีจำนวน 19 คน มีอายุเฉลี่ยอยู่ 25.84 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุดอายุ 31 ปี สมรส ร้อยละ 56.7 การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 73.70 ส่วนสูงเฉลี่ย อยู่ที่ 162.26 เซนติเมตร น้ำหนักสตรีก่อนตั้งครรภ์ เฉลี่ยอยู่ที่ 75.84 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุด 68 กิโลกรัม และสูงสุด 85 กิโลกรัม น้ำหนักสตรีหลังตั้งครรภ์ เฉลี่ยอยู่ที่ 67.58 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุด 63 กิโลกรัม และสูงสุด 72 กิโลกรัม ระดับน้ำตาลสตรีก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 136.74 มก./ดล. ต่ำสุด 128 มก./ดล. และสูงสุด 148 มก./ดล. และระดับน้ำตาล สตรีหลังตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 104.21 มก./ดล. ต่ำสุด 98 มก./ดล. และสูงสุด 110 มก./ดล. ตามลำดับ สอดคล้อง ทัศนวิวรรณ กรุงแสนเมือง และสมพร วัฒน นุกุลเกียรติ⁶ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง พบว่า สัดส่วนการเกิด เบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม

5.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยของโปรแกรมในระยะที่ 2 ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ดังต่อไปนี้

ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หลัง ทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.66$,S.D=0.19 คะแนน ก่อน ทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.29$,S.D=0.21 คะแนน เมื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน หลัง การทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = 0.285 ถึง 0.451) สอดคล้องกับ Wang, Ma, & Yang⁸ และการศึกษา ของ Koivusalo et al.⁹ ที่ศึกษาการป้องกันเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง โดย การให้ความรู้เรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และการเพิ่ม ของน้ำหนัก ระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่ากลุ่ม ทดลองมีอัตราการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมี

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ในระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบกับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านที่ 2 ทักษะความรู้ ความเข้าใจ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.67$, $S.D=0.26$ คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.18$, $S.D=0.31$ คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ (95%CI = 0.290 ถึง 0.657) สอดคล้องกับ Wang, Ma, & Yang⁸ และการศึกษาของ Koivusalo et al.⁹ ที่ศึกษาการป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง โดยการให้ความรู้เรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และการเพิ่มของน้ำหนัก ระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ในระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบกับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.70$, $S.D=0.19$ คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.22$, $S.D=0.29$ คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ (95%CI = 0.319 ถึง 0.628) สอดคล้องกับ เกษร แก้วผุดผ่อง¹⁰ ได้ทำการศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าเมื่อบุคคลได้รับโปรแกรมความรู้เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตามที่ผู้วิจัยสอน ส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ และคณะ¹⁰

ด้านที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.69$, $S.D=0.30$ คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.24$, $S.D=0.28$ คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ (95%CI =

0.232 ถึง 0.583) สอดคล้องกับ เกษร แก้วผุดผ่อง¹⁰ ได้ทำการศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ หลังทดลองมีคะแนน $\bar{x}=3.62$, $S.D=0.22$ คะแนน ก่อนทดลอง มีคะแนน $\bar{x}=3.34$, $S.D=0.21$ คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ (95%CI = 0.584 ถึง 5.164) สอดคล้องกับ เกษร แก้วผุดผ่อง¹⁰ ได้ทำการศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าเมื่อบุคคลได้รับโปรแกรมความรู้เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตามที่ผู้วิจัยสอน ส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ และคณะ¹⁰ และสอดคล้องกับ Pirdehghan และคณะ¹¹ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาการควบคุมน้ำหนักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ โดยเน้นการเสริมแรงจากคนในครอบครัวทุกคน ร่วมกับคนดูแลสตรีที่ตั้งครรภ์ และมีแนวทางสำคัญที่ควรกระทำกิจกรรมการควบคุมการรับประทานอาหาร โดยจะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอไปตลอดการ

ตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรสาธารณสุข หรือเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนมีความจำเป็นต้องทราบแนวทางส่งเสริมหรือแนวทางการปฏิบัติควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ในสตรีที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ และพยายามส่งเสริมให้มีการคงอยู่ตลอดการตั้งครรภ์ และนำแนวทางหรือรูปแบบที่ได้จากผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีเพื่อหาแนวทางที่ครอบคลุมชัดเจนในการเฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะหรือป้องกันภาวะที่ไม่พึงประสงค์ จนสามารถช่วยกันดูแลสุขภาพ

ตลอดการตั้งครรภ์ให้มีเกิดคุณภาพและได้รับการดูแลหรือได้รับการบริการที่มีมาตรฐานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพทุกท่านสตรีตั้งครรภ์และผู้ดูแลที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จากโรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขพ.ศ. 2560 กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข 2560, ม.ป.ท.; (น.36)
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. 2565, สืบค้นเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2565 สืบค้นจาก <https://www.dmthai.org/old/index.php/knowledge/understand-diabetes/diabetes-pregnant/622-2018-03-15-09-13-58>
3. The International Diabetes Federation (IDF). Gestational diabetes, 2021 สืบค้นเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2565 สืบค้นจาก <https://idf.org/about-diabetes/gestational-diabetes/>
4. Moses, R. The recurrence rate of gestational diabetes in subsequent pregnancies. *Diabetes Care*;1997; 20: 1647-1650.
5. ประเสริฐ คันสนีย์วิทยกุล และคณะ. แนวทางการดูแลรักษาโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ใน โรงพยาบาลศิริราช (CLINICAL PRACTICE GUIDELINE). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2550.
6. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. การวิจัยการวัดและประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2543.
7. ทศนวิวรรณ กรุงแสนเมือง และสมพร วัฒนนุกุลเกียรติ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2564; 27(1): 106-121
8. Wang, S., Ma, J. M., & Yang, H. X. Lifestyle intervention for gestational diabetes mellitus prevention: A cluster-randomize controlled study. *Science Direct*, 2015(1), 169-174.
9. Koivusalo, S., Rono, K., Klemetti, M. M., Roine, R. P., Linndstrom, J., Erkkola, M., Beata, S. L. Gestational diabetes mellitus can be prevented by lifestyle intervention: The Finnish gestational diabetes prevention study (RADIEL). *Diabetes Care*, 2016(39), 24-30.
10. เกษร แก้วผุดผ่อง. ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารวิชาการแพทย์ 2561; 32(1): 907-918
11. Pirdehghan A, Eslahchi M, Esna-Ashari F, Borzouei S. Health literacy and diabetes control in pregnant women. *J Family Med Prim Care* 2020;9(2):1048-52. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_891_19.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors Influencing Medication Adherence in Hypertensive Patients,
Nakhu Hospital, Kalasin Province.

(Received: December 16,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 25,2023)

ประกาศิต ภัคดี¹
Phrakit Phakdee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-Sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.67 คุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =142.41, S.D.=9.94) ปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา และการลืมรับประทานยามีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยา, โรคความดันโลหิตสูง, คุณภาพชีวิตการใช้ยา

Abstracts

This study was Survey research by Cross-Sectional Study aimed to study cooperation in taking medicine and factors influencing cooperation in taking medicine among outpatients with high blood pressure. This is a cross-sectional analytical study. Sample group: 300 people, simple random sampling. Data were collected using the PROMPT-QoL drug use quality of life questionnaire and the drug use cooperation assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression using the Stepwise method, setting the significance level at 0.05. The results found Cooperation in the use of medicine in patients with high blood pressure at a moderate level, 52.67 %, quality of life using PROMPT-QoL of patients with high blood pressure. Overall quality of life using PROMPT-QoL at a moderate level (\bar{X} =142.41, S.D.=9.94). Factors regarding satisfaction with the results of drug use and forgetting to take medicine influence the cooperation in taking medicine among patients with high blood pressure. Statistically significant at the 0.05 level.

Keywords: Cooperation in drug use, Hypertension, Quality of life of drug use

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นหนึ่งในโรคที่มีอิทธิพลมากในความเสี่ยงของโรคหัวใจ

และหลอดเลือด โรคนี้มักเกิดพร้อมกับโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดของสมอง การควบคุมความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคหัวใจและ

¹ เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลนาคู

หลอดเลือดต่าง ๆ และลดความเสี่ยงของอันตรายที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระดับโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,130 ล้านคน และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 1,560 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 7.5 ล้านคนต่อปี หรือร้อยละ 12.8 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลก นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายสูงถึง 370,000 ล้านบาท ทั่วโลก (Singh, Shankar, & Singh, 2017) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 (ชาย ร้อยละ 26.7 และหญิง ร้อยละ 24.2) จากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 การเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 44.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 48.8 ต่อปี 2563 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาลดจากร้อยละ 49.2 เป็น 47.6 แต่กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ กลับมีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง, น้ำหนักเกินหรืออ้วน, ขาดการออกกำลังกาย, การจัดการความเครียดไม่เหมาะสม, การสูบบุหรี่, และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (วิชัย เอกพลากร, 2564) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 จำนวน 1,337 คน อัตราป่วย 13,170 ต่อประชากรแสนคน (Health Data Center: HDC, 2566)

ความร่วมมือในการใช้ยาของโรคความดันโลหิตสูงมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากมีผลต่อการควบคุมและจัดการโรคความดันโลหิตสูง โดยการ

รับยาควบคุมความดันโลหิตสูงช่วยลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจ, อัมพฤกษ์, อัมพากษ์ที่สาม, โรคไต, และอื่น ๆ ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยร้ายแรงได้ จากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมามีพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 28-40) ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (Chang et al., 2019; Yang, Chang, Ritchey, & Loustalot, 2017) ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับร้อยละ 36 (Limpawattana, P., & Manjavong, M., 2021) สาเหตุอาจมาจากผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง, ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรับประทานยา, หรือการรับประทานยาหลายขนาด เนื่องจากภาวะโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดกระบวนการรักษาเป็นภาระซับซ้อน ความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (Poulter et al., 2020)

จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยา และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-Sectional Study) ระหว่างวันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 - วันที่ 9 ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 1,337 คน กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกน (1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1) มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ครบถ้วน ระดับความรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สามารถบอก วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้ และเกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตวายเฉียบพลัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ภาวะโรคร่วม ชนิดของยาลดความดันโลหิตสูงที่

รับประทาน ยา ขนาด และปริมาณยาที่รับประทาน อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ยาอื่น ๆ ที่รับประทาน นอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต การจัดการรับประทาน และยาที่รับประทานในปัจจุบัน มีการลิ้มรับประทานยา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL ได้แก่ จำนวน 42 ข้อ ได้แก่ ด้านการได้รับข้อมูลยาและโรคจากแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล จำนวน 9 ข้อ ด้านความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา จำนวน 3 ข้อ ด้านการได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงของยา จำนวน 8 ข้อ ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา จำนวน 9 ข้อ ด้านความสะดวกในการใช้ยา 3 ข้อ ด้านการมียาให้ใช้/ การเข้าถึงการใช้ยา จำนวน 4 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาที่มีต่อแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล จำนวน 3 ข้อ และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การจัดระดับคุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL 3 ระดับ (Bloom, 1971) คือ ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 79 ระดับน้อย คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบปรนัย เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว มีทั้งหมด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1 คะแนน) และ ไม่ใช่ (0 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 79 ระดับน้อย คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. เตรียมแบบสอบถามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
2. ประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายโครงการวิจัยและแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจและปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน
3. เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ลงลำดับแบบสอบถาม ลงรหัสตัวแปรที่กำหนด
4. นำข้อมูลที่ได้ในแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง คือ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขรับรอง KLS REC 136/2556

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 226 คน ร้อยละ 75.3 อายุเฉลี่ย 61.1 ปี (S.D.=8.3) อายุต่ำสุด 41 ปี สูงสุด 85 ปี กลุ่มอายุส่วนใหญ่ 60 ปี

ขึ้นไป 163 คน ร้อยละ 54.3 สถานภาพสมรส 239 คน ร้อยละ 79.7 อาชีพเกษตรกร 269 คน ร้อยละ 89.7 พฤติกรรมสูบบุหรี่ 32 คน ร้อยละ 10.7 ดื่มแอลกอฮอล์ 43 คน ร้อยละ 14.3 ระดับความดันมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 38.3 ส่วนใหญ่ได้รับยา กลุ่ม Calcium - channel blocker (CCBs) 160 คน ร้อยละ 53.3 มีอาการข้างจากการใช้ยา เวียนศีรษะ หน้ามืด 52 คน ร้อยละ 17.3 ใจสั่น 15 ร้อยละ 5 ไอแห้ง ๆ 18 คน ร้อยละ 6 อ่อนแรง 16 คน ร้อยละ 5.3 ปัสสาวะบ่อย 20 ร้อยละ 6.7 ส่วนใหญ่รับประทานยาเอง 286 ร้อยละ 95.3 และมีพฤติกรรมลืมนับรับประทานยา 99 คน ร้อยละ 33

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.67 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 34 และระดับมาก ร้อยละ 13.33

คุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาพรวมคุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL ในระดับปานกลาง (\bar{X} =142.41, S.D.=9.94) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการได้รับข้อมูลยาและโรคจากแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล (\bar{X} =42.64, S.D.=2.96) ด้านความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา (\bar{X} =13.34, S.D.=1.56) ด้านความสะดวกในการใช้ยา (\bar{X} =12.59, S.D.=1.74) ด้านความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาที่มีต่อแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล (\bar{X} =14.59, S.D.=1.01) และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา (\bar{X} =12.30, S.D.=1.32) อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงของยา (\bar{X} =12.21, S.D.=4.48) ด้านผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา (\bar{X} =24.31, S.D.=6.28) และด้านการมียาให้ใช้/การ

เข้าถึงการใช้ยา (\bar{X} =10.44, S.D.=2.68) อยู่ในระดับ
น้อย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยา
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู

จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ความพึงพอใจต่อผลของการใช้
ยา และการลิ้มรับประทานยา มีอิทธิพลต่อความ
ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู
จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	B	S.E.	Beta	t	Sig
ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา	0.083	0.040	0.117	2.060	0.040
การลิ้มรับประทานยา	0.384	0.134	0.164	2.874	0.004
ค่าคงที่	5.494	0.233		23.616	0.000

$R^2=0.043$, SEE. = 1.086, $F=4.243$ Sig. of $F=0.040$, Significant = P-value<0.05

โดยสามารถอธิบายการผันแปรประสิทธิภาพ
ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง ได้ร้อยละ 4.30 การโดยสามารถเขียน
สมการในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$Y = 4.991 + 0.083$ (ความพึงพอใจต่อผลของ
การใช้ยา) $+ 0.384$ (การลิ้มรับประทานยา)

และเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนน
มาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

$Y = 0.117$ (ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา)
 $+ 0.164$ (การลิ้มรับประทานยา)

สรุปและอภิปรายผล

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรค
ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.67 สามารถ
อธิบายได้ว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาเป็น
พฤติกรรมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่าง
ถูกต้อง และต่อเนื่อง โดยต้องตรงตามขนาด ตรง
เวลา ตามคำแนะนำที่ได้ตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วย
และบุคลากรทางการแพทย์ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีความ
ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตาม
แผนการรักษาความร่วมมือจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถ
ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ช่วยลดอัตราการเกิด

โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจและส่งผล
ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยลดค่าใช้จ่ายที่จะ
เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้เป็นจำนวน
มาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ชมพูนุท พัฒนจักร (2558)
ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้
ยาในระดับสูง ร้อยละ 39.2 Tanukaew, D (2022)
พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดัน
โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 80 พุทธชาติ
ฉันทภัทรางกูร (2566) ระดับคะแนนความร่วมมือใน
การใช้ยาเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง $34.29+4.89$ คะแนน
จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน

คุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL ของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู จังหวัด
กาฬสินธุ์ ภาพรวมคุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-
QoL ในระดับปานกลาง (\bar{X} =142.41, S.D.=9.94)
สอดคล้องกับ วิภาพร มั่นปาน (2558) คุณภาพชีวิต
การใช้ยาโดยรวมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปาน
กลาง อธิบายได้ว่า การประเมินผลของโรคและการ
รักษาว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจาก
มุมมองของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยซึ่งรักษาด้วยการใช้ยา
(Pharmaceutical therapy) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ
ข้อมูลยาและโรคจากแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล
เช่น ชื่อยา ขนาดยา สรรพคุณ วิธีการใช้ยา เหตุผลที่

ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และอาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับข้อมูลยาและโรคจากแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาลสามารถทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ดังผลการศึกษานี้พบว่า การได้รับข้อมูลยาและโรคจากแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล อยู่ในระดับมาก

ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการใช้ยาและมีการดูแลที่เหมาะสม, ผู้ป่วยมักจะรู้สึกพึงพอใจในผลลัพธ์ การเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ที่ดีจากการใช้ยาจะส่งเสริมความเชื่อมั่นในการดำเนินการรักษาต่อไป นอกจากนี้การใช้ยาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการโรคหรือทำให้อาการลดลงมักเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ทั้งนี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นโรคน้อยลงหรือควบคุมอาการได้ดีขึ้น ดังข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่า ผลของการใช้ยาที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานมีผลต่อการลดอาการของโรค ทำให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ (ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 61.7 ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพร แสงทองอโณทัย และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2560) ในมิติที่ 3 ของของการประเมิน PROMPT-QOL (ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา) สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยที่พึงพอใจเพียงเล็กน้อยต่อการใช้ยาเพื่อลดอาการของโรค อาจมีสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยกำลังได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผลอยู่ในขณะนั้น หรือผู้ป่วยอาจกำลังได้รับยาในขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา คะแนนในมิตินี้ช่วยให้ผู้ให้การบริหารตั้งข้อสังเกตและนำไปสู่การค้นพบปัญหา รวมทั้งแก้ไขปัญหาค่าการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ในที่สุด การศึกษานี้จึงพบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพ

ชีวิตด้านการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($P < 0.05$) และสอดคล้องกับ ปิยพร ใจชื่อ และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2563) การประเมิน PROMPT-QOL ในมิติที่ 3 คือ ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา พบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม $> < 0.01$

การยอมรับประทานยามีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) ร้อยละ 54.3 อายุเฉลี่ย 61.14 ปี โดยยอมรับประทานยา ร้อยละ 33.12 รวมทั้งประกอบอาชีพเกษตรกร 269 คน ร้อยละ 89.7 เมื่อจำแนกในช่วงวัยผู้สูงอายุพบว่า ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 93.25 ซึ่งผู้สูงอายุในอำเภอนาคู ยังเป็นวัยที่ยังมีหน้าที่และความรับผิดชอบในประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว

ทำให้มีการดำเนินชีวิตที่ค่อนข้างเร่งรีบเร่งจึงอาจลืมนรับประทานยาในบางครั้ง จึงทำให้การลืมนรับประทานยามีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพร แสงทองอโณทัย และคณะ (2560) ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคนจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) และในวัยกลางคนจะมีความไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าวัยสูงอายุ (Tarantino et al, 2010) เนื่องจากวัยกลางคนเป็นวัยที่มีการดำเนินชีวิตที่ย่างยากกว่าวัยผู้สูงอายุ ทำให้มีเวลาว่างหรือความสะดวกสบายน้อยกว่าวัยผู้สูงอายุ จึงมีผลทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากการวิจัยนี้พบว่า ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยาที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งการสนับสนุนความพึงพอใจในผลของการใช้ยาเป็นส่วนสำคัญของการปรับปรุงผลการรักษาและสุขภาพของผู้ป่วย เช่นการปรับทางเภสัชกรรมในด้านการให้ข้อมูลยาและโรค เช่น ชื่อยา ขนาดยา สรรพคุณ วิธีการใช้ยา เหตุผลที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และอาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากยาจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา

2. การลืมนรับประทานยามีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาจจะมีภาวะหลงลืม หรือมีโรคอื่น ๆ ร่วม การจัดการยาหลายชนิดอาจทำให้มีความ

ยุ่งยากในการจดจำและรับประทานตามคำสั่งแพทย์ จึงอาจส่งผลต่อการลืมนรับประทานยา

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ควรศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุ โดยเพิ่มการคัดกรองภาวะหลงลืม ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อการลืมนรับประทานยาและส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยา

2. ควรนำผลการศึกษาไปออกแบบและพัฒนาโปรแกรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุท พัฒนจักร. (2558). ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่บริการ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลลาดพัฒนา อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16(3), 13-22.
2. ทัดทิภา เรื่องทิพย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. วารสารแพทยนาวิ, 3(44), 51-63.
3. ทศพร แสงทองอโณทัย และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2560). ผลของการปรับทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยนอก. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/169826>
4. ปิยพร ใจชื่อ และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2563). ผลของการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาต่อการสื่อสาร ระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วย. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/243453>
5. พุทธชาติ ฉันทภักทรากร. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอก โรค เบาหวาน ชนิดที่ 2 และ ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. เภสัชกรรมคลินิก, 29(1), 13-24.
6. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). (2566) โรงพยาบาลนาคู สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=9702fa28cd2ec73ecc6af89d14f46874เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2566
7. วิชัย เอกพลากร. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
8. วิภาพร มั่นปาน, & พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2558). คุณภาพชีวิตการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. Royal Thai Army Medical Journal, 68(2), 51-60.
9. Bloom, Benjamin S., et al. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company
10. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607-610.

11. Limpawattana, P., & Manjavong, M. (2021). The Mini-Cog, clock drawing test, and three-item recall test: rapid cognitive screening tools with comparable performance in detecting mild NCD in older patients. *Geriatrics*, 6(3), 91.
12. Singh, S., Shankar, R., & Singh, G. P. (2017). Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension: A Cross-Sectional Study in Urban Varanasi. *International journal of hypertension*, 2017, 5491838. <https://doi.org/10.1155/2017/5491838>
13. Tanukaew, D., Watanakijkrilert, D., Sriyuktasuth, A., & Chattranukulchai, P. (2022). ปัจจัยทำนาย ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 15(1), 127-143.
14. Tarantino, V., Cappellari, G., Cardaioli, C., Rumiati, R., Savadori, L., Barilli, E., & Bisiacchi, P. S. (2010). Sociocognitive factors associated with nonadherence to medication after hospital discharge. *Behavioral Medicine*, 36(3), 100-107
15. Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., ... & Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334-1357.
16. Yang, Q., Chang, A., Ritchey, M. D., & Loustalot, F. (2017). Antihypertensive medication adherence and risk of cardiovascular disease among older adults: a population-based cohort study. *Journal of the American Heart Association*, 6(6), e006056.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน

Development of a system for caring for head injuries from road accidents.

(Received: December 11,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 25,2023)

ชัชวาล โภโก¹Chatchawan Phoko¹

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน 3 ระยะ คือ (1) ศึกษาระบาดวิทยาบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน (2) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน (3) ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลสอยดาว และผู้ป่วยบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บแห่งชาติ ปี 2560 และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ Traumatic Brain Injury (TBI) วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Multiple logistic regression Adjusted odds ratio ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงจากอุบัติเหตุทางจราจร คือ ปัจจัยด้าน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AOR=3.80, 95%CI=2.79-5.16) ประวัติการสลบ (AOR=59.27, 95%CI=18.56-189.24) การดูแลการหายใจ (AOR=1.41, 95%CI=1.16-1.69) และระดับความรุนแรง (AOR=9.92, 95%CI=3.47-28.33) ระยะที่ 2 รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี PAEP Model (แป็บ โมเดล) ประกอบด้วย 1. การกำหนดนโยบายสำหรับผู้บริหาร (Policy Setting) 2. การเข้าถึงบริการ (Access to services) 3. การประเมินการคัดกรองเพื่อรักษา (Evaluation of screening for treatment) 4. การวางแผนการดูแลและส่งต่อ (Care planning and referrals) ระยะที่ 3 การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาลของเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอสอยดาว พบว่า การดูแลทางเดินหายใจ การห้ามเลือด การตามอวัยวะ และการให้สารน้ำ ในรายที่มีความจำเป็น มีการดูแลตามแนวปฏิบัติกำหนด ร้อยละ 100 และมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเมื่อถึงโรงพยาบาลทุกราย ร้อยละ 100

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การบาดเจ็บศีรษะ, อุบัติเหตุทางถนน

Abstracts

The research aims to develop a system for caring for patients with head injuries from road accidents. Collected data in 3 phases: (1) studying the epidemiology of head injuries from road accidents (2) developing a system for caring for patients with head injuries from road accidents (3) evaluating the results of developing a system for caring for patients with head injuries from road accidents road accident The sample group was emergency medical personnel at Soi Dao Hospital. and injured patients caused by road accidents The tools used in the research were a data recording form from the National Injury Surveillance System in 2017 and a form to assess adherence to Traumatic Brain Injury (TBI) guidelines. Data analysis: With descriptive statistics and Multiple logistic regression, the odds ratio at a significance level was 0.05.

The results of the research found that in Phase 1, the factors affecting the severity of traffic accidents were the factors of drinking alcoholic beverages (AOR=3.80, 95%CI=2.79-5.16), history of passing out (AOR=59.27, 95%CI=18.56-189.24) breathing care (AOR=1.41, 95%CI=1.16-1.69) and severity level (AOR=9.92, 95%CI=3.47-28.33) Phase 2 development model System for caring for patients with head injuries from road accidents, Soi Dao District, Chanthaburi Province, PAEP Model (PAEP Model), consisting of 1. Policy Setting for Administrators

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสอยดาว

(Policy Setting) 2. Access to services 3. Evaluation of selection Screening for treatment (Evaluation of screening for treatment) 4. Care planning and referrals (Care planning and referrals) Phase 3, pre-hospital care for the injured in the emergency medical network, Soi Dao District, found that medical care for Breathing, stopping bleeding, splinting organs, and giving fluids In cases where There must be 100% care according to the guidelines and 100% compliance with the guidelines when arriving at the hospital.

Keywords: System development, Head injuries, Road accidents

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชากรทั่วโลก ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรประมาณ 1.2 ล้านคน และบาดเจ็บประมาณ 50 ล้านคน สำหรับประเทศไทย พบว่า อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 และอยู่ในอันดับที่ 37 ของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บ 1.3 ล้านคน ในทุก 3 นาทีต่อ 1 คน ซึ่งการบาดเจ็บส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก โดยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้บาดเจ็บฉุกเฉินปีละ 671 พันล้านเหรียญสหรัฐ นอกจากนี้ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บอุบัติเหตุทางท้องถนนปีละ 3.16 แสนคน (WHO, 2019) สำหรับสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุในประเทศไทย พบว่า ปี 2563 และ 2564 มีการเกิดอุบัติเหตุ จำนวน เกิดอุบัติเหตุจำนวน 93,326 และ 68,583 คน สำหรับความสูญเสียจากการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าว พบว่า ผู้เสียชีวิตในปี 2554 จำนวน 9,205 คน ในปี 2563 จำนวน 7,265 คน ซึ่งหลังจากนั้นมีแนวโน้มลดลง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 7 ปี ย้อนหลัง พบว่า ในปี 2563 จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 12.01 (สำนักอำนวยการความปลอดภัย กรมทางหลวง, 2564) อย่างไรก็ตาม การเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉิน (Emergency illness) เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันมีภาวะวิกฤตต่อชีวิตและมีความเสี่ยงอย่างรุนแรงต่อการเสียชีวิตและอาจเกิดความพิการ หาก

ไม่ได้รับการช่วยเหลือนำส่งและจัดการรักษาที่เหมาะสมอย่างถูกวิธีและทันเวลา (กัญญา วังศรี และคณะ, 2559)

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญที่สุดของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกชนิดทั่วโลก ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร โดยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ และความรุนแรงของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าร้อยละ 70-90 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย แม้ว่าการบาดเจ็บดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายไม่รุนแรง แต่ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อสมองส่งผลให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงไป อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะถูกละเลยจากการเฝ้าระวังมากกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง และรุนแรง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลง โดยมีสาเหตุจากพยาธิสภาพส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (Post concussion syndrome) โดยพบว่าร้อยละ 38-90 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยจะมีกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนพบได้ตั้งแต่วันแรกภายหลังได้รับบาดเจ็บ" ซึ่งการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นหาย และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากสถิติของโรงพยาบาลสอยดาว ปี 2563-2565 พบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 417.43 ต่อแสนประชากร, 383.98 ต่อแสนประชากร และ

453.77 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีอัตราตาย 23.81 ต่อแสนประชากร 19.62 ต่อแสนประชากร และ 16.91 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากการปฏิบัติงาน พบอุบัติการณ์การ พยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการเฝ้าสังเกตอาการทางระบบประสาทในห้องสังเกตอาการก่อนกลับบ้าน ส่งผลให้มีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลับรักษาซ้ำใน 48 ชั่วโมง เนื่องจากวิตกังวลและอาการทรุดลง จำนวน 6 คน, 6 คน และ 4 คน ตามลำดับ และจากการสังเกตพบว่า เจ้าหน้าที่แต่ละคนมีวิธีการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแตกต่างกัน เช่น อาศัยทักษะประสบการณ์การทำงานช่วยในการตัดสินใจ หรือใช้แบบประเมินและดูแลผู้ป่วยแบบทั่ว ๆ ไปไม่ได้ เฉพาะเจาะจงว่า เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและมีระบบจัดการผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้รับการรักษาที่มีคุณภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน มีรายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytical Study)

2. ประชากร คือ ประชาชนที่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี ปี 2562-2564 จากฐานข้อมูล ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ Injury Surveillance ของโรงพยาบาลสอยดาวจำนวน 1,359 คน ในการนำมาวิเคราะห์ใช้ประชากรทั้งหมด โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ ความครบถ้วนถูกต้องของฐานข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,306 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยเป็นแบบคัดลอกข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บแห่งชาติ ปี 2560 ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ช่วงเวลา ระดับความรุนแรง ประเภทผู้บาดเจ็บ ประเภทพาหนะ พฤติกรรมเสี่ยง

ลักษณะการบาดเจ็บ ความรุนแรงและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจร

4. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Multiple logistic regression Adjusted odds ratio ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน มีรายละเอียดดังนี้

การวิจัยระยะนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1988) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ มากำหนดแนวทางและออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามกรอบของ Kemmis and McTaggart (PAOR) โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ ทีมแพทย์, พยาบาล, ผู้ประสานงานทางการแพทย์, และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วย จำนวน 15 คน เมื่อกำหนดแนวทางและออกแบบกิจกรรมในการดำเนินงานแล้ว ตรวจสอบความตรงของกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ 1 คน พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านประสาทศัลยศาสตร์ 2 คน อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านประสาทศัลยศาสตร์ 1 ท่าน และ นักวิชาการที่มีความชำนาญในสร้างแบบประเมินหรือแบบวัด

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน มีรายละเอียดดังนี้

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย พยาบาล หรือเวชกิจฉุกเฉิน ที่ให้การการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ จำนวน 15 คน

2.1 บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย ทีมแพทย์, พยาบาล, ผู้ประสานงานทางการแพทย์, และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วย จำนวน 15 คน

2.2 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน กลุ่มตัวอย่างใช้ประชากรทั้งหมด โดยกำหนดกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นผู้บาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนนโดยได้รับแรงกระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และ สมองกับเส้นประสาทสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนการพัฒนาระบบ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษา ระหว่างเดือน เมษายน – มิถุนายน 2566 จำนวน 203 คน และ กลุ่มหลังการพัฒนา เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษา ระหว่างเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2566 จำนวน 173 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

3.1 แบบบันทึกข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บแห่งชาติ ปี 2560

3.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ Traumatic Brain Injury (TBI) จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติ (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน)

4. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาาระบาดวิทยาบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจร จำนวน 1,318 คน เสียชีวิต 22 คน โดยเพศชายจะเกิดอุบัติเหตุทางจราจร เป็น 2.27 เท่าของเพศหญิง ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีจำนวนมากในกลุ่มอายุ 15-19 ปี อาชีพนักเรียน/นักศึกษา เกษตรกร และผู้ใช้แรงงาน เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรมากที่สุด ตามลำดับ ส่วนใหญ่เกิดในช่วงเวลา 16.00 น. – 18.00 น. ร้อยละ 17.7 สถานะผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 77.7 ยานพาหนะประเภทรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 84.9 มีพฤติกรรมเสี่ยงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 18.7 ไม่สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัย 67.7 ได้รับความรุนแรงจากการบาดเจ็บ ร้อยละ 4.32 ผู้ป่วยที่บาดเจ็บรุนแรงมีการดูแลการหายใจ ร้อยละ 50.0 มีการห้ามเลือด 76.9 การตามอวัยวะ 80.8 มีการให้สารน้ำ ร้อยละ 27.7 ลักษณะการบาดเจ็บ Blunt and Penetrating ร้อยละ 81.6

ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงจากอุบัติเหตุทางจราจร คือ ปัจจัยด้าน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AOR=3.80, 95%CI=2.79-5.16) ประวัติการสลับ (AOR=59.27, 95%CI=18.56-189.24) การดูแลการหายใจ (AOR=1.41, 95%CI=1.16-1.69) และระดับความรุนแรง (AOR=9.92, 95%CI=3.47-28.33) ดังตารางที่ 1

จากข้อมูลทีกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมา ประกอบกับการถอดบทเรียนในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลสอยดาว พบว่า การลดความรุนแรงและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน คือ การเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่เกิดเหตุที่รวดเร็ว และควรพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบในเครือข่ายบริการ เช่น การประเมินผู้ป่วย การให้การดูแลรักษาที่เกิดเหตุและขณะนำส่ง ซึ่งปัญหาข้อจำกัดและความไม่สมดุลของกระบวนการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีระดับความเสี่ยงสูงเนื่องจากอาการทรุดลงซึ่งกลับมารักษาที่โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยนั้นไม่มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงและความ

ต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะไม่ได้รับการคำนึงถึงอย่างเพียงพอ ขาดความชัดเจนในกระบวนการดูแลทำให้ไม่มีแนวทางการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐาน นอกจากนี้การประเมินผู้ป่วย มีการซักประวัติและการตรวจร่างกายไม่ละเอียดพอ ทำให้การประเมินผู้ป่วยผิดพลาด ไม่มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและข้อผิดพลาดในการดูแลทางเดินหายใจ คือ การช่วยหายใจที่ไม่เหมาะสม ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและบาดเจ็บรุนแรง ซึ่งส่งผลให้เกิดการนำไปสู่การเสียชีวิต ดังนั้นการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินต้องการการปรับปรุงและพัฒนา ระบบที่มีการประสานงานและแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามมาตรฐานการแพทย์

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี

ตัวแปร	รุนแรง	ไม่รุนแรง	Crude OR	Adjust OR	95% CI	P-value
1. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
ดื่ม	165	82	3.80*	3.79*	2.79-5.16	<0.001
ไม่ดื่ม	323	610	Ref.	Ref.		
2. ประเภทผู้บาดเจ็บ						
คนขับขี	461	570	1.46*	0.76	0.56-1.03	0.08
ผู้โดยสาร	88	159	Ref.	Ref.		
3. ประวัติการสลบ						
สลบ	75	3	75.13*	59.27*	18.56-189.24	<0.001
ไม่สลบ	375	735	Ref.	Ref.		
4. การดูแลการหายใจ						
มีการดูแลการหายใจ	47	10	3.62*	1.41*	1.16-1.69	<0.001
ไม่มีการดูแลการหายใจ	92	71	Ref.	Ref.		
5. ระดับความรุนแรง						
ต้องรักษาภายใน 10 นาที	33	3	8.09	9.92*	3.47-28.33	<0.001
ต้องรักษามากกว่า 10 นาที	106	78	Ref.	Ref.		

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^{adjust 2,3,4,5} ประวัติการสลบ^{adjust 1,2,4,5} การดูแลการหายใจ^{adjust 1,2,3,5} ระดับความรุนแรง^{adjust 1,2,3,4}

* significant=P-value<0.05

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน

จากการศึกษาศึกษาาระบาดวิทยาบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ในระยะที่ 1 และศึกษาหลักการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล สรุปประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข จัดประชุมระดมสมองทีมพัฒนาเพื่อกำหนดกลยุทธ์และจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบตามกรอบของ Kemmis and McTaggart (PAOR) ซึ่งรูปแบบการพัฒนาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย

1. การกำหนดนโยบายสำหรับผู้บริหาร ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานโรงพยาบาลหาดใหญ่และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหาดใหญ่ ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทั่วไป อุบัติเหตุทางถนนและการบาดเจ็บต่อสมอง รวมทั้งให้กำหนดวิธีแนวทางและมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลนี้และรายงานผลการปฏิบัติตามแนวทางนำเผลผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงต่อผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง

2. การเข้าถึงบริการ

1) ประชาสัมพันธ์และการสร้างความตระหนักในชุมชนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้ารับบริการ ทั้งในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการอำเภอหาดใหญ่และเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รวมทั้งการจัดทำระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รู้เร็ว, แจ้งข่าวเร็ว เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนสามารถรายงานข้อมูลเฝ้าระวังและสถานการณ์ได้

อย่างรวดเร็ว เพื่อการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินการ

2) ประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ความรู้และการจัดการเรื่องการประเมินกลุ่มโรคผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุ การช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและการส่งต่อได้อย่าง รวดเร็ว ปลอดภัย พร้อมทั้งมีกิจกรรมการซ้อมแผนรองรับ EMS Fast track เพื่อการเข้าถึงหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่

3. การประเมินและการวางแผนการรักษา

1) คัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุขณะผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลโดยการคัดแยกโดยใช้แนวปฏิบัติ Traumatic Brain Injury (TBI)

2) การดูแลในท้องอุบัติเหตุฉุกเฉินประกอบด้วย Primary Survey, Resuscitation, Secondary Survey, Definitive care

4. การวางแผนการดูแลและส่งต่ออย่างรวดเร็ว

1) ประเมิน วินิจฉัย รักษา และส่งต่อรวดเร็วภายในเวลา 30 นาที

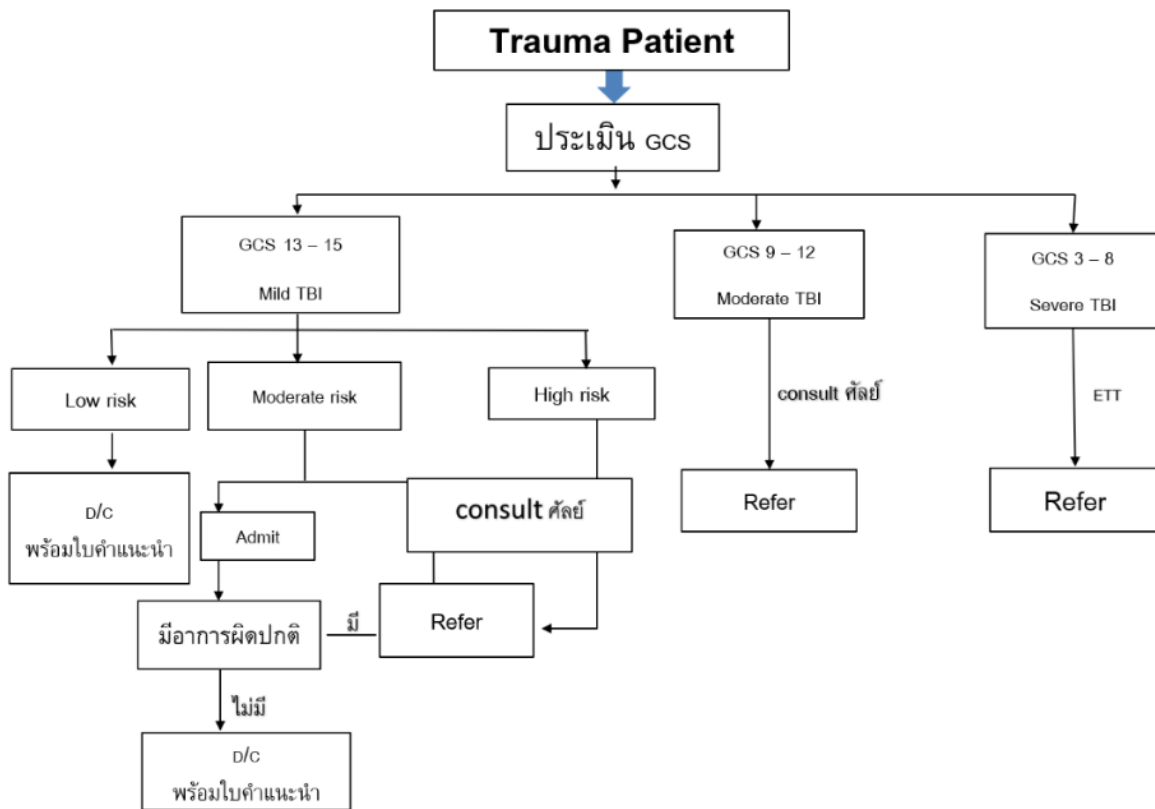
2) ปฏิบัติตาม Timeline TBI

3) เตรียมแบบบันทึกการดูแลและระหว่างส่งต่อใน HOSxP และบันทึกการประเมินผลในเวชระเบียน

4) ติดตาม Case refer out ภายใน 24 ชม. ทบทวนปัญหาทุกราย

5) ร่วมกับรพศ.ในการทบทวนเคสที่เกิดเหตุการณ์สำคัญเพื่อวางแผนการดูแลให้เป็นระบบเดียวกันทั้งจังหวัด

Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วยTBI



ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.01 กลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 58.62 บาดเจ็บศีรษะรุนแรง ร้อยละ 58.62 สถานะเป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 75.37 ยานพาหนะประเภทรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 86.21 ได้รับการนำส่งโดยเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 18.23 สถานที่เกิดเหตุถนนสายรอง ร้อยละ 45.32 ตีมีเครื่องมือแอลกอฮอล์ ร้อยละ 19.21 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 95 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 72.18

เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาลของเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอสอยดาว พบว่า ด้านการดูแลการหายใจ ก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล ร้อยละ 28.95 (11 ราย)

และได้รับการดูแลการหายใจ ร้อยละ 72.73 (8 ราย) หลังการพัฒนา ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล ร้อยละ 11.43 (4 ราย) และได้รับการดูแลการหายใจ ร้อยละ 100

ด้านการห้ามเลือด ก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงมีความจำเป็นต้องได้รับการห้ามเลือด ร้อยละ 55.26 (21 ราย) และได้รับการดูแลการหายใจ ร้อยละ 47.62 (10 ราย) หลังการพัฒนา ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงมีความจำเป็นต้องได้รับการห้ามเลือด ร้อยละ 11.43 (4 ราย) และได้รับการดูแลการห้ามเลือด ร้อยละ 100

ด้านการตามอวัยวะ ก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความจำเป็นต้องได้รับการตามอวัยวะ ร้อยละ 47.31 (18 ราย) และได้รับการดูแลการหายใจ ร้อยละ 16.67 (3 ราย) หลังการพัฒนา ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความจำเป็นต้องได้รับการตาม

อวัยวะ ร้อยละ 20 (7 ราย) และได้รับการตามอวัยวะ ร้อยละ 100

ด้านการให้สารน้ำ ก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความจำเป็นต้องได้รับการให้สารน้ำระหว่างนำส่ง ร้อยละ 5.26 (2 ราย) และไม่มีการให้

สารน้ำระหว่างนำส่ง ร้อยละ 100 (2ราย) หลังการพัฒนา ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความจำเป็นต้องได้รับการให้สารน้ำระหว่างนำส่ง ร้อยละ 11.43 (4 ราย) และได้รับการให้สารน้ำระหว่างนำส่ง ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การดูแลผู้บาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาลของเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอสอยดาว

กิจกรรมการดูแล		ก่อนการพัฒนา (n=38)		หลังการพัฒนา (n=35)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การหายใจ	ไม่จำเป็น	27	71.05	31	88.57
	จำเป็น	11	28.95	4	11.43
	มีการดูแล	8	72.73	4	100
	ไม่มีการดูแล	3	27.27	0	0
การห้ามเลือด	ไม่จำเป็น	17	44.74	15	42.86
	จำเป็น	21	55.26	20	57.14
	มีการดูแล	10	47.62	20	100
	ไม่มีการดูแล	11	52.38	0	0
การตามอวัยวะ	ไม่จำเป็น	20	52.63	18	51.43
	จำเป็น	18	47.37	7	20.00
	มีการดูแล	3	16.67	7	100
	ไม่มีการดูแล	15	83.33	0	0
การให้สารน้ำ	ไม่จำเป็น	36	94.74	31	88.57
	จำเป็น	2	5.26	4	11.43
	มีการดูแล	0	0	4	100
	ไม่มีการดูแล	2	100	0	0

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ Traumatic Brain Injury (TBI) ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีการตรวจวัดอุณหภูมิ ร้อยละ 66.50 ประเมินชีพจร ร้อยละ 95.57 ประเมินอัตราการหายใจ ร้อยละ 84.57 ประเมินความดันโลหิต ร้อยละ 97.04 การประเมินค่า GCS ร้อยละ 94.58 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (GCS=13-15 คะแนน) รายงานแพทย์เวร ER ตรวจรักษาผู้ป่วยทันที ร้อยละ 59.81 และผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางและรุนแรง (GCS=3-12 คะแนน) รายงานแพทย์เวร ER ตรวจ

รักษาผู้ป่วยทันที/Consult แพทย์ศัลยกรรม ตรวจรักษาผู้ป่วยภายใน 30 นาที ร้อยละ 75 หลังการพัฒนา ทุกกิจกรรมมีการปฏิบัติ ร้อยละ 100

อภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี PAEP Model (แป็บ โมเดล) ประกอบด้วย 1. การกำหนดนโยบายสำหรับผู้บริหาร (Policy Setting) 2. การเข้าถึงบริการ (Access to

services) 3. การประเมินการคัดกรองเพื่อรักษา (Evaluation of screening for treatment) 4. การวางแผนการดูแลและส่งต่อ (Care planning and referrals) ซึ่งผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบนี้ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะก่อนถึงโรงพยาบาลของเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอสอยดาว พบว่า การดูแลทางเดินหายใจ การห้ามเลือด การตามอวัยวะ และการให้สารน้ำ ในรายที่มีความจำเป็น มีการดูแลตามแนวปฏิบัติกำหนด ร้อยละ 100 และมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเมื่อถึงโรงพยาบาลทุกราย ร้อยละ 100 อธิบายได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนทำให้เกิดผลดีคือ การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนสำหรับผู้บริหารมีผลทำให้ผู้ปฏิบัติในทีมเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินเข้าใจและปฏิบัติตามมาตรฐานที่เหมือนกัน ช่วยสร้างความเข้าใจและการทำงานร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ มีการประเมินอาการและความรุนแรงของการบาดเจ็บมีผลในการตัดสินใจในการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลทันทีและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม สอดคล้องกับ กัญญา วังศรี (2556) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่มุ่งเน้นให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในพื้นที่นั้น ระบบนี้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อพัฒนาการรักษาฉุกเฉินที่ทันท่วงที รวมถึงการจัดการระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการ, การตั้งหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณภาพและเหมาะสม, การให้การดูแลผู้เจ็บป่วยที่เกิดเหตุ, การดูแลผู้เจ็บป่วยในระหว่างการนำส่ง, และการนำส่งผู้เจ็บป่วยไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม โดยมุ่งสนใจในการให้บริการที่รวดเร็ว, มีประสิทธิภาพ, และตอบสนองต่อความต้องการของ

ผู้ป่วยในระหว่างสถานการณ์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับ รุจีพร เพ็ญศรี (2564) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ประกอบด้วย 1) การประเมินเบื้องต้นและการคัดกรอง 2) การประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก 3) การช่วยเหลือระยะที่สอง และ 4) ระยะเตรียมจำหน่าย นอกจากนี้ จากการจัดประชุมระดมสมองทีมพัฒนาเพื่อกำหนดกลยุทธ์และจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โดยการจัดทำ Clinical Practice Guidelines (CPGs) เพื่อนำมาใช้ในทางปฏิบัติทางคลินิกเป็นการปรับพฤติกรรมวินัยทางวิชาชีพและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย มีการ orientation เน้นการปฏิบัติตาม CPG และ guideline TBI มีการ consult line กลุ่ม ถ้าเป็น FAST tract Refer ได้ทันทีไม่ต้องรอการ investigate เพิ่มเติม ทั้งนี้ CPGs เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปรับปรุงคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ชัย ตั้งจิตวิทยา (2549) และพงษ์นเรศ โพธิโยธิน (2552) ที่พบว่าการให้การรักษาเป็นทีมและใช้ Clinical Practice Guidelines เป็นเครื่องมือสำคัญช่วยลดความผิดพลาดทางการแพทย์และเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนสำหรับผู้บริหารมีผลทำให้ทุกคนในทีมการดูแลเข้าใจและปฏิบัติตามมาตรฐานที่เหมือนกัน. นโยบายชัดเจนเป็นแนวทางที่ช่วยสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจในทีม, ลดความสับสน, และสร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้, นโยบายชัดเจนยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน, ลดข้อขัดแย้ง, และสร้างองค์กรที่มี

ความยืดหยุ่น การทำงานร่วมกันในทีมที่มีนโยบายที่ชัดเจนช่วยเพิ่มคุณภาพของการบริการทางการแพทย์และสร้างวัฒนธรรมที่สนับสนุนความรับผิดชอบ นโยบายชัดเจนเป็นเครื่องมือสำคัญที่สร้างความเข้าใจและสอดคล้องในการทำงานของทีม

และส่งผลในความประสบความสำเร็จของระบบดูแลสุขภาพ. 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการประเมินผลการเข้าถึงและเข้ารับบริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี โดยการวัดอัตราการเข้าถึง, ระยะเวลาการรอ และอัตราการกลับมารักษา

เอกสารอ้างอิง

1. กัญญา วังศรี. (2556). การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย The EMS system in Thailand. *Srinagarind Medical Journal*, 28(4), 69-73.
2. กัญญา วังศรี, รานี แสงจันทร์นวล, มรกต สุบิน, พนอ เตชะอธิก และ กรกฎ อภิรัตน์ วรากุล. (2562). การพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนกลุ่มเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เพื่อการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร ณ จุดเกิดเหตุในมหาวิทยาลัยขอนแก่น. *Journal of Professional Routine to Research*, 6, 75-86.
3. พงษ์นเรศ โพธิโยธิน. ผลการใช้ Care Map ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงกลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์* 2552;24:189-98.
4. รุจีพร เพ็ญศรี. (2564). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาล ศรีสังวรสุโขทัย. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(3), 83-96.
5. ศักดิ์ชัย ตั้งจิตวิทยา. การบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต* 15 2549; 20:73.
6. สำนักอำนวยความปลอดภัย กรมทางหลวง (2564). รายงานประจำปี อุบัติเหตุบนทางหลวงแผ่นดินปี 2563. http://bhs.doh.go.th/files/accident/63/report_accident_2563.pdf
7. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (3rded.). Geelong, Australia: Deakin University Press
8. World Health Organization. *Emergency and Trauma Care* 2019. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_31-en.pdf

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c
ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
Effects of the discharge planning program on self-care behavior and HbA1c levels in
patients with type 2 diabetes in the outpatient department. Rongkham Hospital Kalasin
Province.

(Received: December 24,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ฉวีวรรณ นัยวัฒน์¹
Chaveewan Naiyavut¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (One-groups pre-post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1c 9-13 % ที่เข้ารับการรักษาประเภผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร่งคำ อำเภอร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 34 คนที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2566 รวม 3 เดือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 34 คน เก็บข้อมูลจากการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองชุดเดิม และตรวจระดับ HbA1c ครั้งที่ 2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t - test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่มีระดับของ HbA1c น้อยกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การวางแผนจำหน่าย

Abstract

This research is a quasi-experimental research. Quasi-experimental research, one-groups pre-post test design, aimed to study the effect of the discharge planning program on self-care behavior and HbA1c levels in patients. Diabetic patient type 2, outpatient department Rongkham Hospital Kalasin Province The research sample was type 2 diabetes patients with HbA1c levels of 9-13% who received outpatient treatment. Outpatient department Rong Kham Hospital, Rong Kham District, Kalasin Province, 34 people receiving services at Rong Kham Hospital. Kalasin Province. Between September - November 2023, a total of 3 months, a sample of 34 people was selected specifically (Purposive sampling). Data were collected from evaluating self-care behavior according to the original self-care behavior questionnaire and checking HbA1c levels for the second time. Statistics used Data analysis included percentage, mean, standard deviation and paired t - test.

The research results found that: 1) After receiving the distribution planning program The sample group had better self-care behavior than before. Receive a distribution planning program Statistically significant at the .05 level. 2) After receiving the distribution planning program Subjects had lower HbA1c levels than before exposure.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

Distribution planning program Statistically significant at the .05 level.

Keywords: Type 2 diabetes, discharge planning

บทนำ

จากการที่ประชากรในปัจจุบันมีอายุยืนยาวขึ้น สภาพร่างกายที่เสื่อมตามวัย สภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้โรคเรื้อรังกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่ทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะโรคเบาหวาน การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ปัจจุบันอัตราการเข้าพักรักษาตัวในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวมถึงการให้สุศึกษาและสนับสนุนการดูแลที่ต่อเนื่อง ก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรค ครอบคลุม รวมทั้งประเทศชาติ

ปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของ International Diabetes Federation (IDF) พบความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2011 ร้อยละ 8.3 คิดเป็นจำนวน 366 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปี 2030 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 552 ล้านราย และพบความชุกของ Impaired Glucose Tolerance (IGT) ร้อยละ 6.4 คิดเป็นจำนวน 280 ล้านราย และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 398 ล้านราย ในปี 2030

สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ครั้งที่ 4 ในปี 2008 – 2009 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 6.9 โดยเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศ

ชาย และความชุกสูงขึ้นตามอายุ ซึ่งจะพบความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 16.7 (เพศชายร้อยละ 13.6 และเพศหญิงร้อยละ 19.2) แต่ ละปีจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 320,762 คน คาดว่าในปี พ.ศ. 2552 - 2553 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน 5,397,559 คน และหากประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมพบว่าการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน 1 ราย จะม ีค่าใช้จ่ายในปี 2539 เป็น 7,702-18,724 บาท และเมื่อประมาณการว่ามีผู้ป่วยจำนวน 4.9 ล้านคนใน ปี 2552 ประเทศไทยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 3.8 – 9.2 หมื่นล้านบาท จากการรวบรวมข้อมูล ในช่วงปี พ.ศ. 2546 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 17.8 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 22.0 ภาวะแทรกซ้อนทางโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 4.5 และ ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) ร้อยละ 3.6 ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อน ของโรคเบาหวาน ได้แก่ ระยะเวลาการเป็น โรคเบาหวาน อายุ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ ผลกระทบของการสูบบุหรี่ทำให้การดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) ผลการรักษาเบาหวานเลวลง เกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิก มีภาวะแทรกซ้อนของ หลอดเลือดเล็กและหลอดเลือดใหญ่ตลอดจนอัตรา ตายสูงขึ้น (ราม รั้งสินธุ์ และปิยทัศน์ ทัศนาวินวัฒน์, 2555 : 3-4)

จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นจังหวัดหนึ่งที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก จากการรวบรวมข้อมูลของงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำเนียงงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 61,922 ราย , 64,860 ราย และ 67,212 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และร้อยละผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1c

< 7%) 23.90 , 27.20 และ 27.04 ตามลำดับ ซึ่งถือว่ายังควบคุมได้น้อย

สำหรับอำเภอรองคำโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่ 1 คือ โรคเบาหวาน รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ผู้รับบริการที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรองคำอันดับที่ 1 คือ โรคเบาหวาน รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกัน จากสถานการณ์โรคเบาหวานอำเภอรองคำ ปี 2562 - 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 1,156 ราย ,1,147 ราย, 1,158 ราย, 1,249 ราย และ 1,235 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C < 7) 21.97 ,20.31, 22.54 ,19.93 และ 18.22 ตามลำดับ กลับมีแนวโน้มลดลง และจากการทบทวนเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี HbA1c 9-13% ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรองคำ ประเภทผู้ป่วยนอก และข้อมูลในโรงเรียนเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม รองลงมาคือ การรับประทานยาไม่ถูกต้อง เช่น ลด เพิ่ม หรือหยุดยาเอง และไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย มองว่าการทำงานประจำเป็นการออกกำลังกาย จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น เบาหวานขึ้นตา ไตวาย หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งที่ผ่านมาผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้และคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลผู้ทำหน้าที่จำหน่ายผู้ป่วย (Exit Nurse) และเภสัชกรมาแล้ว แต่การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนั้น ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการสอนและให้ข้อมูลเป็นหลัก ยังไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน จะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวพยาบาลผู้ทำหน้าที่จำหน่ายผู้ป่วย (Exit Nurse) ในช่วงสุดท้ายก่อนที่จะส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ห้องจ่ายยา ทำให้ผู้ป่วยขาดการมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และข้อมูลบางอย่างที่แพทย์หรือพยาบาลแนะนำอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ทำให้

ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตาม ทำให้มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และทีมสหวิชาชีพยังไม่มีส่วนร่วมที่ชัดเจนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ดังนั้นหากให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการคิด และวางแผนการดูแลตนเอง โดยมีทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรม การดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ในคุณค่าและความสามารถของตนเองเนื่องจากได้มีโอกาสในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมผู้ดูแล ประกอบกับการเสริมทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและนำไปสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันได้

เนื่องจากการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อม และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี แต่การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้ โดยกำหนดรูปแบบแผนการจำหน่ายในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้และฝึกทักษะอย่างมีแบบแผนสอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรม ประเพณีในท้องถิ่นครอบคลุมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ การนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายมาใช้ที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โดยคำนึงถึงศักยภาพของผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี

ขึ้นและสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อยคือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดจากทั้ง 3 ทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) มาเป็นแนวทางในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่าย เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวทางของกองการพยาบาล (กฤษฎา แสงวดี, อีรพร สิริอังกูร และเรวดี ศิรินคร. 2539 : 4-6) และสำนักการพยาบาล (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา. 2547 : 271-280)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (One-

groups pre-post test design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และแนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) มาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้จำนวนตัวอย่าง 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) รักษาเบาหวานโดยยารับประทาน 3) มีระดับ HbA1c 9 – 13 % 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัย 5) สามารถรับรู้ รับฟังด้วยคำพูด และเสียงปกติ สามารถอ่าน เขียนได้ และสามารถให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยได้ 6) สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอม คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ในกรณีดังต่อไปนี้ 1) กลุ่มตัวอย่าง ขอดอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา 2) กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่ขณะทำการศึกษาวิจัย 3) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ 4) อยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นที่ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่สร้างขึ้นโดยการทบทวนจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้

กระบวนการพยาบาล แบบบันทึกการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน และแผนการจำหน่าย
ผู้ป่วย คู่มือดูแลตนเองเบื้องต้น เรื่องโรคเบาหวาน
“รู้ทันเบาหวาน” ของกรมควบคุมโรค แผนการ
สอน ซึ่งครอบคลุมเรื่อง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
การควบคุมอาหาร การใช้ยาและการมาตรวจตาม
นัด

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย
เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ
รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน
โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา จำนวน
สมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด จำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้น
จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง และได้ปรับจากแบบสัมภาษณ์ของ
สมศักดิ์ คำธัญญมงคล และคณะ (2540)
แบบสอบถามประกอบไปด้วย การควบคุมอาหาร
จำนวน 10 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ
การใช้ยาและการมาตรวจตามนัด จำนวน 5 ข้อ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำ
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ
จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา
ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุง
แก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปใช้ทดสอบ 5. นำ
แบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้วไป
ทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะ
คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลกมลไสย จำนวน 34 ราย แล้วนำมา
วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการใช้สูตร
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ,s
Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง

1. การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยทำการศึกษา
หาข้อมูลเพื่อให้มีความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน ชนิด
ที่ 2 โดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และ
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. การเตรียมเครื่องมือในการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล
ส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยเบาหวาน และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ใน
การทดลอง คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มี
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับของ
HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

2.2 ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการ
ทดลอง คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อ
พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c
ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยนำแนวคิดทฤษฎี
การพยาบาลของโอเร็ม ซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎี
ย่อย คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่อง
ในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล
จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน
ตรวจสอบความสอดคล้องกับแนวคิด ความ
เหมาะสมของโปรแกรม รูปแบบกิจกรรม และ
ความชัดเจนของขั้นตอน หลังจากนั้นได้ปรับแก้
ตามข้อเสนอแนะ

3. การเตรียมผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยศึกษา
เพิ่มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง และคัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่างที่มี

คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 34 คน

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วย
ตนเอง โดยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจง
วัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และ
บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมการ
ดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง และตรวจระดับ HbA1c

2. หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยให้ การพยาบาลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มี ต่อ

พฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยได้ติดต่อ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อกำหนด แผนจำหน่ายตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละ ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและปฏิบัติตาม แผนการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และ การใช้ยา กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย

2.1 การประเมินปัญหาและความต้องการ การดูแลภายหลังจำหน่ายผู้ป่วย

2.2 การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและความ ต้องการการดูแลภายหลังจำหน่ายผู้ป่วย

2.3 การกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

2.4 การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

2.5 การประเมินผล

3. ลงบันทึกในแบบบันทึกการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย

4. ออกติดตามเยี่ยมบ้านในวันที่ 3 , 7 , 1 เดือนหลังจำหน่าย และเมื่อครบ 3 เดือน นัดผู้ป่วย เข้า

รับการดูแลรักษาต่อเนื่องที่งานการพยาบาลผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลร่งคำ เพื่อประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองตามแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองชุดเดิม และตรวจระดับ HbA1c ครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ในเดือนที่ 3 หลังสิ้นสุด การทดลอง (Post-test) ด้วย แบบสอบถาม ชุดเดิม

2. ตรวจสอบความถูกต้องและความ ครบถ้วนของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่เก็บ รวบรวมได้ไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแล้ว มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลมีดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง และ ระดับของ HbA1c ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง การทดลอง โดยใช้สถิติ Pair t - test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการ วางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับของ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัด กาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผล การทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ ในช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 29.41 ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง ร้อยละ 82.35 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.41 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้น ประถมศึกษา ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 94.12 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อ เดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่ พอใช้ ร้อยละ 82.35 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็น เบาหวาน 6-10 ปี ร้อยละ 73.53 ส่วนใหญ่มีโรค ประจำตัวอื่น ร้อยละ 64.71 โดยส่วนใหญ่โรค ประจำตัวอื่น คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.27 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 85.29 ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม สุรา ร้อยละ 88.24 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกใน ครอบครัว 4-6 คน ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีบุคคล

ใกล้ชิดที่ช่วยดูแล ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่มีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือดูแล คือ สามี - ภรรยา ร้อยละ 55.88

2. ระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา) และ HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.82 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.47 ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 1.15$, $S.D. = 0.24$) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับสูง ($X = 2.43$, $S.D. = 0.62$) ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 1.24$, $S.D. = 0.43$) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับสูง ($X = 2.45$, $S.D. = 0.48$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยา ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 1.18$, $S.D. = 0.39$) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับสูง ($X = 2.37$, $S.D. = 0.66$) สำหรับระดับHbA1c ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย = 10.70 ($S.D. = 1.17$) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลง ($X = 7.80$, $S.D. = 1.12$)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับHbA1cในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับHbA1cในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 34$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	p-value one tailed
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	24.09	5.21	48.32	8.92	-6.946	33	0.000
ระดับHbA1c	10.70	1.17	7.80	1.12	14.588	33	0.000

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเอง ($= 48.32$, $S.D. = 8.92$) ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง ($= 24.09$, $S.D. = 5.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} = .000$) และมีระดับHbA1c ($= 7.80$, $S.D. = 1.12$) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง ($= 10.70$, $S.D. = 1.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} = .000$)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษารูปแบบของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรม

การดูแลตนเองและระดับของHbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และมีระดับของ HbA1c น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน สามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมในโปรแกรมซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และทฤษฎีระบบการพยาบาล เป็นวิธีการที่ต้องมีการเตรียมผู้ป่วยและญาติตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาล มีการวางแผนให้ความรู้และฝึกทักษะอย่างเป็นระบบตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย ซึ่งการควบคุมเบาหวานจะต้องทำงานเป็นทีม มีการประสานงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวโดยปกติสุขตามอัตรภาพ ผลการศึกษา

สอดคล้องกับ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ อำเภोजเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร¹³ และการศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี³

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องเบาหวาน“รู้ทันเบาหวาน”. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึก, 2547.
2. ชนิษฐ์นาฏ จุริมาศ. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2558, 12(2), 17-23
3. คณิต ฒ พัทลุง (2560) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน หอผู้ป่วยกุมาร เวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี วารสารวิชาการแพทยเขต 11 ปีที่ 31 ฉบับที่ 4 ต.ค.- ธ.ค. 2560.
4. ราม รังสินธุ์ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์การเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ปี 2561. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
5. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559 -2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD) [Internet]. มกราคม 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566]. แหล่งข้อมูล http://www.thaincd.com/2016/mission/documents_detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020
6. นาทยา อดกลั่น (2561) ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (ม.ค.-เม.ย.61).
7. อีรภาพ เสาทอง, ปาหนัน พิษยภิญโญ และสุนีย์ ละกาปัน. ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิจัยและการพยาบาล 2563, 36(3), 19-32.
8. กนกวรรณ ดั่งวงลัด, ปัญญารัตน์ ลาภวงค์วัฒนา, และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. (2563) โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563, 36(1), 66-82.
9. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน พ.ศ. 2563 [Internet]. มกราคม 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566]. แหล่งข้อมูล <http://www.dmthai.org>
10. ยุพาวดี สกฤตวรรณรักษ์ และธนสร เขียรธโนศวรรย์ (2564) ประสิทธิผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อหินที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – เมษายน 2564.
11. เสาวณีย์ พรประภา (2564) การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosisวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564.
12. ศิริมา มณีโรจน์. (2565) ผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสม ความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน. มหราช นครศรีธรรมราชเวชสาร 2565, 6(1), 78-91.

13. ปิยะนันท์ ศรีทิน (2566) ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566.
14. World Health Organization. Diabetes[Internet]. January, 2023 [Retrieved January 20th, 2023]. Available from https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล โคกโพธิ์ไชย: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing care of diabetic patients who cannot control their blood sugar levels in the chronic disease at clinic Kok Pho Chai Hospital: comparative with two case studies.

(Received: December 24,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อรัญญา ตังตระกุล¹
Aranya Tangtrakul¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

ผลการศึกษาพบว่า รายที่ 1 วินิจฉัยเป็น Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Chronic Kidney Disease stage 3B และรายที่ 2 วินิจฉัยเป็น Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Chronic Kidney Disease stage 3A มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกัน คือ 1) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 2) มีภาวะความดันโลหิตสูง 3)เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจาก การทำงานของไตลดลง 4) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดขา 2 ข้าง 5) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการปวดขาและการฉีดยา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกัน รายที่ 1 1) เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากการมองเห็นไม่ชัดเจน รายที่ 2 1)มีความวิตกกังวลเรื่องการฉีดยา และปัญหาเศรษฐกิจค่าใช้จ่ายในครอบครัว รายที่ 1 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6 ข้อ รายที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6 ข้อ เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันตามจำนวนปัญหาและสาเหตุ

คำสำคัญ กระบวนการพยาบาล เบาหวาน ไตเรื้อรัง

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of diabetes patients who are unable to control blood sugar levels in the chronic disease clinic of Kok Pho Chai Hospital.

The study found that Case 1 was diagnosed with Diabetes mellitus type 2 with Hypertension and Chronic Kidney Disease stage 3B, while Case 2 was diagnosed with Diabetes mellitus type 2 with Hypertension and Chronic Kidney Disease stage 3A. Both cases had similar nursing diagnoses, including: Hyperglycemia, Hypertension, Complications due to reduced kidney function and at risk of insufficient administration of insulin injection medication according to the treatment plan. Differing nursing diagnoses: Case 1 is at risk of danger due to unclear vision and experiences anxiety related to the debts owed by their children. Case 2 expresses anxiety about the lack of care from her husband due to having a mistress. Case 1 has a total of 6 nursing diagnoses, while Case 2 has 6. The time spent on patient care varied based on the number of problems and different causes.

Keywords: Nursing Process, Diabetes, Chronic Kidney Disease

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ประชากรทั่วโลก และในประเทศไทยมีการเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้ม ความรุนแรงเพิ่มขึ้น สาเหตุของโรคส่วนใหญ่เกิดจาก พฤติกรรมการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน ทั่วโลกพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวาน 425 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในอีก 24 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2588) จะมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 629 ล้านคน (International Diabetes Federation: IDF,2017) ปัจจุบันประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ ป่วย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น E-mail Arunya2211@gmail.com

เป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้อายุ การวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ 35.6 หรือเพียง 2.6 ล้านคน บรรลุเป้าหมายในการรักษาได้เพียง 0.9 คน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน คาดการณ์ว่าความชุกของ โรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี 2583 ผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ในขณะที่ ผู้ชายเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 7.8 กลุ่มอายุ 60-69 ปี พบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด (ร้อยละ 15.9 ในผู้ชาย และร้อยละ 21.9 ในผู้หญิง)。(สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) และผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานาน ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม (เฉลาศรี เสงี่ยม, 2558)

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานระยะแรก มักไม่พบอาการผิดปกติ เข้ารับการตรวจรักษาช้า ทำให้การดำเนินการของโรคมักขึ้นนำไปสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยยาที่ทำให้ไตฟื้นคืนสู่สภาพเดิม ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน ต้องเผชิญกับการบำบัดและการเจ็บป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงเศรษฐกิจของผู้ป่วยเองและประเทศชาติ (สุรัสวดีพนมแก่น และคณะ, 2559)

โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดัน ที่มี

ภาวะแทรกซ้อนทางไตในพื้นที่อำเภอโคกโพธิ์ไชย ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 ร้อยละ 67.70, 66.73 และ 67.42 ตามลำดับ (คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข: HDC, 2565) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย รับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอื่น ที่ให้การดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล โคกโพธิ์ไชย เปรียบเทียบกรณีศึกษา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการดำเนินโรคได้ดีขึ้น

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอโคกโพธิ์ไชย จำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 29 พฤษภาคม 2566 รวมระยะเวลา 181 วัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2566 รวมระยะเวลา 178 วัน

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง ในพื้นที่อำเภอโคกโพธิ์ไชย
2. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง
3. เลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง จำนวน 2 ราย ตามทะเบียนการรับบริการของคลินิกเบาหวาน
4. ประสานงานพยาบาลที่รับผิดชอบในคลินิกเบาหวานเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประเมินสภาพผู้ป่วย ติดตามเยี่ยม เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย
5. ศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
 - 5.1 ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย
 - 5.2 วินิจฉัยการพยาบาล
 - 5.3 วางแผนการพยาบาล
 - 5.4 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล
 - 5.5 ประเมินผลการพยาบาล และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
6. สรุปผลการศึกษา เรียบเรียงเนื้อหาตามหลักวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล เผยแพร่ไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย และทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ผลการดำเนินงาน

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 69 ปี มาตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานความดัน และไตเรื้อรังระยะที่ 3B ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตร

ปรอทหน้าทรวงอก 82 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร รอบเอว 97 เซนติเมตร BMI = 28.37 crmp แพทย์วินิจฉัยเป็น Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Chronic Kidney Disease stage3b ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ Glucose 364 mg% Hb A1C 10.7% eGFR (43.01 ml/minl) Creatinine (1.60 ml/min) ได้รับการรักษาด้วย Mixtard 70/30 44 ยูนิต SC ac เข้า 40ยูนิต SC ac เย็นและยากิน ได้มีการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่ามีภาวะสุขภาพที่มีปัญหา คือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการจัดการสุขภาพ ความเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไม่เหมาะสม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่เหมาะสม เรื่องอาหารการออกกำลังกาย การรับประทานยาชุดแก้ปวดขา 2 ข้าง อาจได้รับอันตรายจากปวดขา และตาพร่ามัว แบบแผนที่ 2 โภชนาการ พฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการได้รับสารสเตียรอยด์จากการรับประทานยาชุดแก้ปวด แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน มีความวิตกกังวล เรื่องปวดขา 2 ข้าง การใช้ยาฉีด ทำให้นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ บางวัน แบบแผนที่ 6 ความคิดและการรับรู้ตามองไม่ชัด น้ำตาไหลบางครั้ง มองตัวหนังสือไม่ชัดเจน แบบแผนที่ 10 การเผชิญปัญหาและความอดทนต่อภาวะเครียด วิตกกังวลเรื่องครอบครัว การฉีดยา มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้ 1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน 2.มีความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรค ความดันโลหิตสูง 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม 4. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดขา 2 ข้าง 5. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการปวดขา และการฉีดยา 6. เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย เนื่องจากการมองเห็นไม่ชัดเจนมีการนัดติดตาม

อาการทุก 1-2 เดือนตามแนวทางของแพทย์ รวมระยะเวลา 181 วัน ผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยเข้าใจในการปฏิบัติตัว ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ พบว่า ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรคทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา รวมทั้งลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้ไตเสื่อมมากขึ้น ได้แก่ ลดการใช้น้ำซูดแก่ปวดลดการดื่มเหล้าตองยา ระดับน้ำตาล ในเลือด Glucose 190- 246 mg% Hb A1C 9.5 % eGFR (43.01ml/min/) Creatinine (1.60 ml/min) และได้ส่งต่อให้พยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรังและพยาบาลใน รพ.สต. ติดตามดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2 หญิงไทยคู่ อายุ 51 ปี มาตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดัน และไตเรื้อรังระยะที่ 3A ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ออณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 165/100 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 56 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร รอบเอว 83 เซนติเมตร BMI = 20.56 แพทย์วินิจฉัยเป็น Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Chronic Kidney Disease stage 3A ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ Glucose 299 mg% HbA1C 9.3% eGFR 56.62ml/min Creatinine 1.12 mg/dl Hb 11.40g/dl Hct 35.70% ได้รับการรักษาด้วย Mixtard 70/30 12 ยูนิต SC ac เข้า 8 ยูนิต SC ac เย็น และยา กินได้มีภาวะประหม่อมภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนพบว่า มีภาวะสุขภาพที่มีปัญหา คือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการจัดการสุขภาพ ความเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไม่เหมาะสม พฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสม แบบแผนที่ 2 โภชนาการ เรื่องอาหารการออกกำลังกาย การรับประทานยาซูดแก่ปวดขา 2ข้าง อาจได้รับอันตรายจากอาการปวดขา แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อนมีความวิตกกังวลเรื่องครอบครัว

การใช้ยาผิด ค่าใช้จ่าย ทำให้นอนหลับๆ ตื่นๆ บางวัน แบบแผนที่ 10 การเผชิญปัญหาและความอดทนต่อภาวะเครียด วิตกกังวลเรื่องปวดขา 2ข้าง การฉีดยา ค่าใช้จ่าย และมีข้อวินิจฉัยดังนี้ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม กับโรคเบาหวาน ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 2 มีความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากการมีอาการปวดขา 2ข้าง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีความวิตกกังวลเรื่องการฉีดยา และปัญหาเศรษฐกิจครอบครัว ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการได้รับยาฉีดควบคุมระดับน้ำตาลไม่ครบตามแผน การรักษา มีการติดตามมาตามนัดทุก 1-2 เดือนตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมระยะเวลา 178 วัน ผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วย และญาติพบว่า ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรค ทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา รวมทั้งลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้ไตเสื่อมมากขึ้น ได้แก่ ลดการใช้น้ำซูดแก่ปวดระดับน้ำตาลในเลือด Glucose 89-157 mg% Hb A1C 9.20% eGFR 54.86 ml/min Creatinine 1.05 mg/dl Hb 12g/dl Hct 37.2 % และได้ส่งต่อให้พยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรัง และพยาบาลใน รพ.สต. ติดตามดูแลต่อเนื่อง

สรุปกรณีศึกษา

การศึกษา “การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล โคกโพธิ์ไชย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย” สรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและมีโรคแทรกซ้อนเหมือนกัน เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่ง

ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานต่างกัน 4 ปี ความรุนแรงแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นโรคเบาหวานมา 11 ปี มีภาวะอ้วน ได้รับการรักษาโรคเบาหวานและโรคร่วม ด้วยยาฉีดจำนวนที่สูงกว่าและมี ภาวะ Hypo-Hyperglycemia ร่วมด้วย ไม่มีขาดน้ำตาล ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นโรคเบาหวานมา 15 ปี มีโรคร่วมที่คล้ายกัน การรักษาเบาหวานได้ยาฉีดขนาดน้อยกว่า ตลอดที่รับไว้ใน การดูแลไม่มีภาวะ Hypo-Hyperglycemia รับยาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย มีประวัติขาดน้ำตาล ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความคิดเห็นต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นเหมือนกันคือ ทราบว่าเป็นโรคที่ต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกาย แต่ก็ไม่ควบคุมอาหาร และไม่ออกกำลังกาย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะอ้วน กรณีรายที่ 2 น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ พฤติกรรมของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของสุรรัตน์ ปิงสุทธิวงศ์ (2562) และสุรัสวดี พนมแก่น และคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการดูแลตนเอง เช่น ไม่มาตรวจตามนัด ลืมรับประทานยา หรือการใช้สมุนไพรหรือยาอื่นร่วมด้วย โดยไม่ปรึกษาแพทย์ รับประทานอาหารไม่ถูกส่วน อาหารรสเค็ม หวานจัด อาหารที่มีไขมันสูง ไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และดื่มสุรา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ถูกต้อง สอดคล้องกับโรคที่เป็น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือด ตามเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560) ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ควบคุมได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ LDL (100 mg/dl), BMI (27.68 กก./ม²), น้ำหนัก 80 กิโลกรัม รอบเอว 97 ซม. systolic BP (130 mmHg), diastolic (80 mmHg), ออกกำลังกายตามคำแนะนำวันละ 30 นาที ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ควบคุมได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ LDL (119 mg/dl),

BMI 19.83 น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ออกกำลังกายตามคำแนะนำวันละ 30 นาที ประเด็นที่ผู้ป่วยกรณีศึกษา ยังควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมายการรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560) ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ได้แก่ FBS (176-256mg%) HbA1C (9.5 %), eGFR (43.01 ml/min) Creatinine (1.6 mg/dl), ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้แก่ FBS (160-449%) HbA1C (9.2 %), eGFR (54.84 ml/min) Creatinine (1.15 mg/dl) และเป็นที่น่าภูมิใจผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความพยายามและตั้งใจที่จะควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ รวมถึงดูแลการทำงานของไตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีด้วย ดังนั้นผู้ศึกษาได้ประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาให้พยาบาลในคลินิกและรพ.สต. เพื่อการดูแลต่อเรื่องที่มิมีประสิทธิภาพต่อไป

อภิปรายผล

การนำกระบวนการพยาบาล ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โดยการประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย นำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยตั้งเป้าหมายการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้พยาบาลสามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาล ปัญหาที่ยังคงอยู่ต้องดูแลต่อเนื่องจากมีข้อมูลที่ครบถ้วน ชัดเจน ส่งต่อให้แก่พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลใน รพ.สต. และ อสม. เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ แก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ชะลอการเสื่อมของไต ช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและประเทศชาติ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) และแนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล : service plan²

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง ให้มีความรู้ความสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคไตเรื้อรังได้ทุกราย จะทำให้การพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและประเทศชาติ

2. ควรพัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงาน ให้ใช้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานบูรณาการทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เช่น ใช้แนวทางการประเมินทางคลินิกเมื่อแรกวินิจฉัยโรคเบาหวาน ในขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ ใช้ Early warning signs ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อเฝ้าระวัง ช่วยเหลือและแก้ไขอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เป็นต้น

3. พัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงาน ใช้วิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ โดยใช้เทคนิค motivational interviewing เพื่อสร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง (empowerment) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ และมีทักษะสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้จริง สามารถขยายผลในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ด้วย ตามเป้าประสงค์ของการปรับเปลี่ยนระบบบริการ (Goal of Reorienting the model of care) และมีการติดตามกำกับโดยหัวหน้างาน

4. ควรมีการจัดการรักษาระบบบริการใหม่ (Redressing of intervention and system) ในคลินิกโรคเรื้อรังเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล และพัฒนาระบบป้องกันความเสี่ยงตามหลัก 2P Safety (Patients Personnel safety)

เอกสารอ้างอิง

- ศิริลักษณ์ ฤงทอง. (2560). การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ วารสารพยาบาลทหารบก. 18(พิเศษ). 17-24.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี(2563). แนวทางการพัฒนาเพื่อมาตรฐานคลินิกเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- เจริญ เกียรติวัชรชัย และสมถวิล เกียรติวัชรชัย. (2556). การจัดการบริการการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 7 (2). 302-324.
- ฉวีวรรณ กลิ่นหอม นิรุวรรณ เทิร์นโบล และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทรจังหวัดอุบลราชธานี : The development of a caring Model for type-2 Diabetes Mellitus patients with chronic kidney disease at Phosai hospital, Phosai district, UbonRatchathani province. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม.
- เฉลิมศรี เสงี่ยม. (2558). การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน. ใน ศิริอร สีนุ และพิเชต วงรอด (บรรณาธิการ). การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพมหานคร: สมาคมผู้จัดการรายกรณีประเทศไทย. 9-46.
- นริสา ตันตัยย์ พาชวิญญ์ ปุณณปุรต วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ ผุสดี ปุจฉาการ นิตี โอสิริสกุล ชัยรัตน์ ฉายากุล. บรรณาธิการ. (2561). ข้อมูลยาประชาชน : ฉลากยาเสริม และข้อมูลความปลอดภัยในการใช้ยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา
- นิภา ทองทับ (2558). กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์. 30 (3). 191-202.
- บัญชา สติระพจน์. (2563). Diabetic Nephropathy: Diagnosis and Therapeutic Targets. เวชสารแพทย์ทหารบก.73 (3). 199-210.
- ปริศนา รดสีดา. (2561). การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน Fall Prevention among the Elderly Living in a Community: The Nursing Role in Home Health Care. วารสารพยาบาลสภาภาคใต้ไทย. 11 (2). 15-25

10. ภัทรพรรณ อุณาภาค และขวัญชัย รัตนมณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 10 (2). 44-54.
11. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยฯ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560: Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017. กรุงเทพมหานคร: บริษัท รมเย็น มีเดีย จำกัด.
12. วิชัย เอกพลการ (บรรณาธิการ). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
13. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์. แนวทางการประเมินแบบแผนสุขภาพผู้ป่วยในรูปแบบฟอร์ม Nursing Care Plan (รายงานการวางแผนการพยาบาล). สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2564. (สืบค้นจาก <https://nursing62.blogspotcom/2019/09/11.html>)
14. ศิริรัตน์ ฤงทอง ทิพมาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒน์นนท์. (2558). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 35 (1). 67-84.
15. คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. (2562). Health Data Center: HDC. กระทรวงสาธารณสุข.
16. เจริญ เกียรติวัชรชัย และสมถวิล เกียรติวัชรชัย. (2556). การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 7 (2). 302-32
17. สุชาดา ชูติमारพันธ์ โปยม วงศ์ภูวรักษ์อภิฤดี เหมะจุฑาฐิติมา ดั่งเงินกิตติยศ ยศสมบัติบรรณาธิการ. (2562). คู่มือทักษะตามเกณฑ์ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (สมรรถนะร่วม) พ.ศ. 2562. นนทบุรี: บริษัท เอช อาร์ พรินซ์ แอนด์ เทรนนิง จำกัด.

การพัฒนาแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบคัดแยก 5 ระดับ (MOPH ED.Triage) หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น

Development Triage system of phrayuen Emergency Department by MOPH ED.Triage.

(Received: December 24,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

จิตาภา วิเศษวุฒิ¹
Jidapa viseswut¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาแบบการคัดแยกผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2) เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการคัดแยกผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 3) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแบบการคัดแยกผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ ที่ขึ้นปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 16 คน 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 4,800 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนางล้อที่1และงล้อที่2 ศึกษาระหว่างเดือนเมษายน 2563 ถึง กันยายน 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบบันทึกการคัดแยก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistics) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร (การแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด) ข้อมูลความรู้และผลการคัดแยก แผลผล โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย 1) ก่อนการพัฒนา ไม่มีแนวปฏิบัติ ที่ชัดเจน คัดแยกโดยใช้ KESI triage คุณสมบัติผู้คัดแยกและสถานที่คัดแยกไม่ระบุ บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนและโปรแกรม 43 แฟ้ม 2) พัฒนาแบบการคัดแยก โดยใช้ MOPH.ED.Triage ESI 5 ระดับ ของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข จุดคัดแยกอยู่หน้าห้องฉุกเฉิน พยาบาลคัดแยกเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์มากกว่า 3 ปี บันทึกข้อมูลการคัดแยกในเวชระเบียนและในโปรแกรม 43 แฟ้ม 3) ผลการวิจัย ค่าคะแนนความรู้ของพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ค่าคะแนนเฉลี่ย 13.19 ,18.56 ตามลำดับ) ผลการคัดแยกสูงกว่าความเป็นจริง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ร้อยละ 15.19 ,10.81, 8.38 ตามลำดับ)การคัดแยกต่ำกว่าความเป็นจริง เปรียบเทียบ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนางล้อที่1 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 (ร้อยละ7.62 เป็นร้อยละ4.44) และ หลังการพัฒนางล้อที่1และหลังการพัฒนางล้อที่2 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 (ร้อยละ4.44 เป็นร้อยละ 3.44)

คำสำคัญ : การคัดแยกผู้ป่วย MOPD.ED triage หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

Abstract

This research is a study of the development of a patient sorting model. of professional nurses, emergency accident and forensic departments, Phra Yuen Hospital Khon Kaen Province The research objectives are 1) to study the patient separation situation; Emergency Accident and Forensic Department 2) To study the development of patient triage models. Emergency Accident and Forensic Department 3) To study the results of developing a patient triage model. Emergency Accident and Forensic Department It is action research using the systems theory framework. The sample group consists of 1)Professional nurse 16 people working at the Emergency Accident and Forensic Department. 2) Patients receiving treatment in the Emergency Accident and Forensic Department, 4,800 people, divided into 3 groups: before the development, after the development of the first wheel and the wheel. 2nd place Study between April 2020 and September 2020. The research tools consisted of a general information questionnaire. knowledge test Sorting record form Data were analyzed using descriptive statistics. Demographic characteristics were

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระยีน

analyzed. (frequency distribution in numbers, percentages, means and standard deviations Minimum-maximum value) knowledge information and separation results. Interpret results using Paired t-test statistics.

Research results 1) Before the development, there were no clear guidelines for sorting using KESI triage. The qualifications of the sorters and the sorting locations were not specified. Record information in medical records and programs, 43 files. 2) Develop a triage model using MOPH.ED.Triage ESI 5 levels of the Department of Medical Services, Ministry of Public Health. The triage point is in front of the emergency room. The triage nurse is a professional nurse with more than 3 years of experience. The triage information is recorded in the medical record and in the program, 43 files. 3) Research results: The average nurse knowledge score increased after development with statistical significance at the 0.00 level. Average scores were 13.19, 18.56, respectively.) The separation results were higher than reality. Decreased with statistical significance at the 0.00 level, 15.19, 10.81, 8.38 percent, respectively.) Selection is lower than reality, comparing before and after the development of Wheel 1. Decreased with statistical significance at the 0.00 level (7.62 percent to 4.44 percent) and after the development of wheel 1 and after the development of wheel 2 Decreased with statistical significance at the level of 0.02 (4.44 percent to 3.44 percent)

Keywords: patient triage, MOPD.ED triage, emergency accident and forensic departments.

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลือรักษาอย่างทันท่วงทีแล้วอาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต ในปัจจุบันห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทยมีแนวโน้มผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอย่างจำกัด กระบวนการคัดแยก (Triage) จึงมีความสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ให้กับบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเพื่อลดความแออัดและการคัดแยกความรุนแรงผู้ป่วยผิดพลาดด้วย การประเมินความรุนแรงต่ำกว่าความเป็นจริง (under-triage) ทำให้มีความเสี่ยงจากการให้การช่วยเหลือที่ล่าช้า และการประเมินความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริง (over-triage) ทำให้เกิดแย่งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

ระบบการคัดแยกผู้ป่วยได้รับการพัฒนา ในปัจจุบันได้เริ่มมีการปรับใช้ระบบคัดแยกที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับความรุนแรง โดยอ้างอิงจากหลายวิชาการ เช่น Canadian Triage Scale (CTAS) ของประเทศแคนาดา และ Emergency Severity Index (ESI) (2005) ของประเทศสหรัฐอเมริกา

ตั้งแต่ปี 2548 กระทั่งล่าสุดได้ปรับเป็น version 4 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554) เน้นการคัดแยกผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วนโดยใช้ ESI scale (Fan J, Darrab A, Eva K, et al., 2005) และเน้นความถี่ในในการทำงาน ลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน โดยพิจารณาจากทรัพยากรที่ต้องใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย จากการทบทวนวรรณกรรมพบความคลาดเคลื่อนของการคัดแยกที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยมาตรฐานทยอยได้รับการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริง ได้ไม่เกินร้อยละ 5 และการคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริงได้ไม่เกินร้อยละ 15 (Yuksen. 2012) ข้อมูลจากการ ศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดขอนแก่น (Lurthum&Pearkao, 2017) จังหวัดลำปาง (Lemtrakul, 2014; Nakakul, 2014) จังหวัดลำพูน (Matcha, 2014) และจังหวัดเชียงราย (Wandee, 2014) พบพยาบาลมีการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้อง ร้อยละ 67.50-80.06 คัดแยกไม่ถูกต้องร้อยละ 19.94-32.50 มีการคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริงร้อยละ 1.82-28.40 มีการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริงร้อยละ 4.10-30.50 นอกจากนี้ จากการศึกษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในปี พ.ศ. 2556 - 2557 พบว่าการคัด

แยกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดแยกที่ดัดแปลงจากดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีความสอดคล้องกันน้อยมาก ($K=0.17$, $P<.01$) (Pimdee, Prompinit, Mitsungnuen, & Pugoen, 2015) บุคลากรที่ทำการคัดแยกมีความรู้และประสบการณ์แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการคัดแยก โดยอาจต่ำหรือสูงกว่าเกณฑ์ เครื่องมือที่ใช้คัดแยก มีความซับซ้อนทำให้สับสน เกิดความผิดพลาดและเสียเวลาให้บริการรักษา บางอาการมีความคลุมเครือ¹ ผู้วิจัยใช้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการคัดแยกของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขที่ได้จัดทำคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน Guideline ER Service Delivery (พิมพ์ครั้งที่1, 2561) ซึ่งเป็นการคัดแยก 5 ระดับ เป็นระบบที่มีความเที่ยงตรงและชัดเจนมีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีถึงดีมาก

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระยีน มีแนวโน้มในการให้บริการผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกประเภท ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 มีผู้เข้ารับบริการ จำนวน 36,141, 39,567, 38,485 ตามลำดับ มีการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบ KESI (Khonkaen Emergency Severity Index) ตั้งแต่ปี พ.ศ 2560 โดยนำระบบคัดแยกของจังหวัดขอนแก่นที่ดัดแปลงมาจากระบบ ESI version 4 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554) มาปรับใช้ในจังหวัดขอนแก่น จากการทบทวน เหตุการณ์สำคัญพบผู้ป่วยทรุดลงในหน่วยงาน ปี 2560 - 2562 จากการคัดแยกผู้ป่วยต่ำกว่าสภาพความเป็นจริง จำนวน 3 ราย 2 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุ โดยใช้แนวทางการคัดแยก (MOPH ED.Triage) 5 ระดับ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นำมาใช้ตามบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ถูกต้องรวดเร็ว ให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระยีน
2. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระยีน
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระยีน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาดำเนินการศึกษา เดือนเมษายน 2563 ถึง กันยายน 2563

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ที่ขึ้นปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 16 คน 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช แบ่งเป็น 3 ระยะ รวมทั้งสิ้น จำนวน 4,800 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมาประกอบด้วย

1. แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยที่นำมาจากแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยระบบคัดแยก (MOPH ED.Triage) 5 ระดับ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. แบบบันทึกเวชระเบียนและโปรแกรม (43แฟ้ม) ของโรงพยาบาล เพื่อรวบรวมคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วย
3. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับ

การศึกษาประสบการณ์การทำงานที่หน่วยงาน
อุบัติเหตุ เป็นต้น โดยอยู่ในกรอบแนวคิดการวิจัย

4.แบบทดสอบความรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ
เป็นแบบทดสอบที่พัฒนาขึ้น เป็นชุดคำถามแบบ
ปรนัยให้เลือกตอบข้อที่คิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อ
เดียวประกอบด้วย4ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน
ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลความหมายของ
คะแนน พิจารณาจากค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนน

การทดสอบเครื่องมือ

โดยการหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา
(Content Validity) ได้รับการตรวจสอบโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านซึ่ง การหาความเชื่อถือ
ได้ (Reliability) นำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบ
ความเที่ยงตรงของเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try out)
สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองเรือ
อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 20 คน ซึ่ง
เป็นโรงพยาบาลที่มีการใช้ระบบคัดแยกผู้ป่วย
ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลที่จะศึกษา ข้อคำถามที่มีค่า
เป็นลบหรือต่ำกว่า 0.2 ได้พิจารณาปรับปรุง

การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
แบบสอบถาม ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha
Coefficient)

แบบทดสอบ ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน
สูตร KR-20

สถิติที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา
(descriptive statistic) เพื่ออธิบายถึงลักษณะ
ทางด้านส่วนบุคคลของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ข้อมูล
ทั่วไป หาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ค่าต่ำสุด-สูงสุด สถิติเชิงอนุมาน (Inferential
statistic) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่าง
ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา โดยใช้สถิติ
Paired t-test ข้อมูลอื่นๆ เช่น ข้อมูลทั่วไปของ
โรงพยาบาล รูปแบบการคัดแยกก่อนหลังการพัฒนา
ใช้วิธีการบรรยายข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เลขที่โครงการ KEC63042/2563 วันที่27 มีนาคม
2563

ผลการวิจัย

1.สถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยของ
พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและ
นิติเวช โรงพยาบาลพระยีน

1.1 ผู้ร่วมวิจัยที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล
วิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่หน่วยงาน
อุบัติเหตุฉุกเฉินมากกว่า 3 ปี จำนวน 16 คน พบว่า
เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 พบระดับการศึกษาระดับ
ปริญญาตรี มากที่สุด ร้อยละ 87.5 มีอายุเฉลี่ย 45.7
ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด 38 ปี สูงสุด 55 ปี (ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน=3.88) เมื่อจัดเป็นกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม พบว่า
มากที่สุดในกลุ่มอายุ 41- 50 ปี ร้อยละ87.4 มี
ประสบการณ์การทำงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
และนิติเวช เฉลี่ย 9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=3.2)
จัดเป็น 3 กลุ่ม พบว่า มากที่สุดในกลุ่มมีประสบการณ์
มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 81.25

1.2 ใช้ระบบการคัดแยก KESI triageของ
จังหวัดขอนแก่น ไม่มีการระบุคุณสมบัติผู้คัดแยกที่
ชัดเจน สถานที่คัดแยกอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุ
โปรแกรมลงข้อมูลให้ระดับความรุนแรงไม่
สอดคล้องกับมาตรฐาน ไม่มีแนวทางขั้นตอน
(Flow) หลังการคัดแยก

1.3ข้อมูลคุณภาพการคัดแยก พบเกินค่า
มาตรฐาน Over triage พบร้อยละ15.19 (เป้าหมาย
<ร้อยละ15) Under triage พบร้อยละ7.62
(เป้าหมาย<ร้อยละ5)

2. พัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยของ
พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุ
ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระยีน ผู้ศึกษาใช้
กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบเป็นการจัดปัจจัยนำเข้า
(Input) โดยใช้กระบวนการ (Process) ใช้การคัด
แยกMOPH.E.D. Triage เป็นแนวทางการคัดแยก

กำหนดให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 3 ปี เป็นผู้คัดแยก และผ่านการอบรมจุดคัดแยกอยู่หน้าห้องฉุกเฉิน ลงผลการคัดแยกในเวชระเบียนและในโปรแกรม 43 แพ้ม

3. ผลการพัฒนาแบบการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระยีน

3.1 รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระยีน

1) ใช้ระบบการคัดแยก MOPH.ED.Triage ของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

2) จัดทำแนวทางปฏิบัติการคัดแยก (WI)

4) กำหนดคุณสมบัติพยาบาลคัดแยกเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 3 ปี

5) สถานที่คัดแยกอยู่ด้านหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

6) บันทึกข้อมูลการคัดแยกในเวชระเบียนและในโปรแกรม 43 แพ้มทันทีหลังคัดแยก

3.2 ผลลัพธ์ข้อมูลคุณภาพการคัดแยก นำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาทางแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการพัฒนารูปแบบการคัดแยกให้ชัดเจน มีการกำหนดสถานที่คัดแยกหน้าตึกใกล้ทางเข้าห้องฉุกเฉิน กำหนดคุณสมบัติผู้คัดแยกเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่า 3 ปี จัดทำขั้นตอนบริการหลังการคัดแยก ศึกษาคู่่มือการคัด

แยก MOPH ED.Triage และนำมาปรับใช้ตามบริบท การบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยในเวชระเบียนและโปรแกรม 43 แพ้ม เข้าสู่การพัฒนาในระยะที่ 2 วงล้อที่ 1 มีการทดสอบความรู้ผู้ร่วมวิจัย อบรมให้ความรู้และนำรูปแบบการคัดแยกมาปฏิบัติตามกระบวนการ PDCA พบอุปสรรคปัญหาความเข้าใจคลาดเคลื่อน โดยการใช้ความรู้สึกจากอาการแสดงผู้ป่วยร่วมในการพิจารณาเกณฑ์ประเภทผู้ป่วย รวมถึงผู้ปฏิบัติจดจำหลักการได้ไม่ชัดเจน ดำเนินการแก้ไขโดยจัดทำแผ่นโปสเตอร์ติดไว้สื่อสารให้ชัดเจนเพื่อสื่อสารกับผู้ปฏิบัติให้ชัดเจนและใช้ได้ทันท่วงที ในการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังดำเนินการพบว่าคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลคลาดเคลื่อนลดลงทั้ง Over triage และ Under triage

3.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการคัดแยกผู้ป่วย

1) ผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพพบว่าผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังของพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมวิจัย พบว่าผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังของพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมวิจัย การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดสอบความรู้ ก่อน-หลังการพัฒนาแบบ

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง		t	P
	X	S.D.	X	S.D.		
ความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วย	13.19	1.52	18.56	2.22	-12.31	0.00

2) คุณภาพการคัดแยกก่อนหลังการพัฒนาแบบการคัดแยกผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ระยะ

2.1) คุณภาพการคัดแยกระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 วงล้อที่ 1 พบว่าคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วย over triage และ Under triage ระยะที่ 1 และระยะ

ที่ 2 วงล้อที่ 1 ของพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมวิจัยการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วย ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบ

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คุณภาพการคัดแยกระยะที่ 1 ก่อนการพัฒนา		คุณภาพการคัดแยกระยะที่ 2 หลังการพัฒนา วงล้อที่ 1		t	P
	X	S.D.	X	S.D.		
การคัดแยกผู้ป่วย over triage	15.19	2.29	10.81	1.76	6.04	0.00
การคัดแยกผู้ป่วย Under triage	7.62	2.28	4.44	0.89	5.25	0.00

2.2) คุณภาพการคัดแยกระยะที่ 2 วงล้อที่ 1 และ ระยะที่ 2 วงล้อที่ 2 พบว่าคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วย over triage และ Under triage ระยะที่ 2 วงล้อที่ 1 และระยะที่ 2 วงล้อที่ 2 ของพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมวิจัยการพัฒนาแบบการคัดแยกผู้ป่วย

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยระยะที่ 2 หลังการพัฒนา วงล้อที่ 1 และวงล้อที่ 2

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คุณภาพการคัดแยกระยะที่ 2 หลังการพัฒนา วงล้อที่ 1		คุณภาพการคัดแยกระยะที่ 2 หลังการพัฒนา วงล้อที่ 2		t	P
	X	S.D.	X	S.D.		
การคัดแยกผู้ป่วย over triage	10.81	1.76	8.38	0.96	4.88	0.00
การคัดแยกผู้ป่วย Under triage	4.44	0.89	3.44	0.81	3.87	0.02

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแบบการคัดแยกผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระยีน โดยใช้ระบบการคัดแยก MOPH.ED.Triage ESI 5 ระดับของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยประเมินจากความรู้และคุณภาพการคัดแยก ซึ่งผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการคัดแยกที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการใช้คัดแยกผู้ป่วย โดยดูได้จากขั้นตอนการคัดแยกผู้ป่วยที่มีระบบชัดเจนมากขึ้น มีจุดคัดแยก พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้คัดแยก มีแนวทางการคัดแยก MOPH.ED.Triage ESI 5 ระดับ พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นและคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ¹ พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งมีจุดคัดแยกเฉพาะ(ร้อยละ

87.9) โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้คัดแยก ณ จุดคัดแยก (ร้อยละ98.3)การคัดแยกส่วนใหญ่ใช้การคัดแยก ESI 5 ระดับ(ร้อยละ75.8) เขตบริการสุขภาพที่ 4 และ 7 ใช้ระบบคัดแยก ESI 5 ระดับทั้งเขต บุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์แตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพการคัดแยก อาจสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ พบปัญหาข้อร้องเรียนที่หน่วยงานอุบัติเหตุบ่อยครั้งจากการรอคอยนานอุปสรรคปัญหาความยุ่งยากของเครื่องมือการคัดแยกที่มีความละเอียดมาก มีความซับซ้อน ทำให้สับสน เกิดความผิดพลาดและเสียเวลาให้บริการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ภาคภูมิวิจิณฉัย โสภิต เรืองโอสถ กฤตพันธ์ ผิกฝน (2562) ที่ใช้แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยพยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้แนวทางร้อยละ 69.47เป็นร้อยละ 93.33 และพบการคัดแยกต่ำกว่าความเป็นจริงลดลง

จากร้อยละ 13.77 เป็นร้อยละ 0.93 การคัดแยกสูงกว่าความเป็นจริงจากร้อยละ 16.80 เป็นร้อยละ 5.73 เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมและเท่าเทียม หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในจึงควรใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานโดยอ้างอิงจากหลากหลายวิชาการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินคัดกรองภาวะเร่งด่วนได้รวดเร็วตามระดับความรุนแรง ลดปัญหาความเสี่ยงในด้านต่างๆได้

ข้อเสนอแนะ

1. หากจะนำรูปแบบคัดแยกผู้ป่วย (MOPH ED.Triage) 5 ระดับ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ไปใช้ในการคัดแยกผู้ป่วย ควรมีการ

ประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ปฏิบัติ และอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมส่วนขาด ชี้แจงแนวทางการคัดแยกแก่ผู้ปฏิบัติอย่างครอบคลุม ปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. ควรมีการประเมินผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น ความพึงพอใจ ระยะเวลารอคอย คุณภาพการคัดแยกของพยาบาลประจำหน่วยและพยาบาล ที่เวียนมาช่วยปฏิบัติหน้าที่ ทั้งนี้เพื่อดูว่าปัจจัย สมรรถนะเฉพาะด้าน ความชำนาญ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการบริหารจัดการระบบบริการในหน่วยงานต่อไป เพื่อให้การปฏิบัติงานในด้านต่างๆมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.พรทิพย์ วชรติลล กิระ ศิริสมุท สนิษฐ ชัยสิทธิ์ อนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย Vol.31 No.2(2559): เมษายน-มิถุนายน 2559
- 2.ภาสินี คงเพชร. ผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสมุย. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2557;28(4):929-41.(2557).
- 3.รังสฤษฎ์ รังสรรค์. การคัดกรองผู้ป่วยด้วยระบบ Emergency Severity Index (ESI) [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://ergoldbook.blogspot.com/2012/10/emergency-severity-index-esi.html>
- 4.สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED. Triage. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2561.
- 5.สุคนธ์จิต อุปนันชัย และ อารีย์วรรณ อ่วมตานี. ผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยและการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลกลาง ปีที่13 ฉบับที่2(2017):กรกฎาคม-ธันวาคม2560 วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
- 6.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.(2552).พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551(พิมพ์ครั้งที่2).นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- 7.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด (ฉบับที่1). กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. 2556.
- 8.สุปิยา ชัยพิสุทธิ์สกุล, วลีรัตน์ ปุเลทะตั้ง. การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพโรงพยาบาลนาเชือก [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nachuaahospital.com/forum/index.php?topic=10.0>
- 9.อุทุมพร จามรมาร.แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ(2541,มีนาคม) .โมเดลคืออะไร.วารสารวิชาการ,1(2),22-26

การเฝ้าระวังการปนเปื้อนเชื้อ *Legionella* spp. ในแหล่งน้ำที่ใช้ในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

Surveillance of *Legionella* spp. in water supply of Hotel in Phuket fiscal year 2023.

(Received: December 24,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อิริยะพร กองทัพ¹ อาภากร นบนอบ² และวัชรี ทองขาว³
Iriyaporn Kongthap¹ Arpakorn Nobnorb² and Watcharee Thongkhaw³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเฝ้าระวังการปนเปื้อนเชื้อ *Legionella* spp. ในแหล่งน้ำที่ใช้ในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต ในปีงบประมาณ 2566 โดยใช้วิธีการเก็บตัวอย่างน้ำและ swab จากโรงแรม จำนวน 15 แห่ง ในช่วงเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2566 และนำตัวอย่างมาตรวจวิเคราะห์โดยใช้วิธีเพาะเชื้อซึ่งอ้างอิงตามวิธีของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ปี 2005 ผลการตรวจพบเชื้อ *Legionella* spp. จำนวน 2 แห่ง จากโรงแรมที่ตรวจ โดยมีอัตราการปนเปื้อนเชื้อเป็นร้อยละ 13.33 ซึ่งสามารถแสดงถึงความเสี่ยงที่มีต่อการปนเปื้อนเชื้อในระบบน้ำของโรงแรม เมื่อวิเคราะห์ปริมาณเชื้อพบว่ามี 2 แห่ง ที่มีปริมาณเชื้อน้อยกว่า 10^5 CFU/L ซึ่งอาจแสดงถึงระดับปนเปื้อนที่น้อยแต่ก็ยังเป็นเชื้อที่ต้องตรวจสอบและจัดการ เมื่อตรวจชนิดเชื้อด้วยวิธี Latex agglutination พบเป็นชนิด *Legionella pneumophila* serogroup 1 และ *Legionella pneumophila* serogroup 2-14 ทำการแจ้งผลการตรวจให้กับโรงแรม และนำข้อมูลไปลงพื้นที่เพื่อให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงระบบน้ำของโรงแรม รวมถึงวิธีการทำลายเชื้อให้กับโรงแรมที่พบการปนเปื้อนเชื้อ หลังจากการปรับปรุงระบบน้ำจากโรงแรมทั้ง 2 แห่ง ที่ตรวจพบเชื้อในรอบแรก ได้ทำการเก็บตัวอย่างรอบที่สองและทำการตรวจวิเคราะห์อีกครั้ง ผลการตรวจวิเคราะห์รอบที่สอง ไม่พบเชื้อ *Legionella* spp. ทั้ง 2

คำสำคัญ: *Legionella* spp., การเพาะเชื้อ, CDC 2005, Latex agglutination

Abstract

This study aims to monitor the contamination of *Legionella* spp. in water supply system in hotels in Phuket province during the fiscal year 2023. The sampling involved water and swab samples collected from 15 hotels during the period from June to August 2023. The collected samples were analyzed using the culture method referenced from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in 2005. The results revealed *Legionella* spp. in 2 out of the 15 hotels, with a contamination rate of 13.33%. This indicates a potential risk of *Legionella* spp. contamination in the hotel water supply systems. Further analysis showed that 2 hotels had contamination levels below 10^5 CFU/L, suggesting a low level of contamination. However, these still require monitoring and management. The specific strains identified through Latex agglutination were *Legionella pneumophila* serogroup 1 and *Legionella pneumophila* serogroups 2-14. The test results were communicated to the hotels, and recommendations were provided for improving their water systems, including measures for disinfected the detected *Legionella* spp. contamination. Subsequent to the implementation of water system improvements in the two hotels with initial contamination, a second round of sampling was conducted. The results of the second analysis revealed no presence of *Legionella* spp. in either of the two hotels. The information obtained from this study is beneficial for hotel operators to enhance and maintain their water

¹ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต

² นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต

³ นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต

systems in accordance with the health department's guidelines, ensuring the safety of tourists and guests staying in hotels.

Keywords: *Legionella spp.*, culture, CDC 2005, Latex agglutination

บทนำ

Legionella spp. เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ รูปร่างเป็นแท่ง มีแฟลกเจลลา ขนาด 2-20 ไมครอน เป็นสาเหตุหลักของโรคลีเจียนเนลโลสิส¹ (Legionellosis) ก่อให้เกิดอาการทางคลินิก 2 รูปแบบ ชนิดรุนแรงเรียกว่าโรคปอดอักเสบลีเจียนแนร์ (Legionnaires' disease) ชนิดไม่รุนแรงเรียกว่า ไข้ปอนเตียก พบเชื้อได้ทั่วไปในแหล่งน้ำที่มีอุณหภูมิในช่วง 32-45 องศาเซลเซียส สามารถมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความชื้นสูงได้นานหลายเดือน และแบ่งตัวในที่มีสาหร่ายและอินทรีย์วัตถุ โดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้รับเชื้อทางอากาศโดยการสูดหายใจเอาเชื้อที่ปนเปื้อนอยู่ในละอองฝอยของน้ำจากแหล่งต่างๆ อาทิเช่น น้ำจากหอผึ่งเย็น (Cooling tower) ระบบปรับอากาศ ผักบัวอาบน้ำ อ่างน้ำวน เครื่องมือช่วยหายใจ น้ำพุสำหรับตกแต่งอาคาร สถานที่ต่างๆ ปัจจุบันยังไม่พบการแพร่เชื้อจากคนไปสู่คน²

Legionella pneumophila^{3,4,5} เป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคในคนบ่อยที่สุด จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคของ European working group for Legionella infections (EWGLI) และ European Legionnaires' Disease Network (ELDSNET) พบการระบาดของโรคปอดอักเสบลีเจียนแนร์ ในเดือนพฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2549 ในนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เดินทางกลับจากจังหวัดภูเก็ต แล้วป่วยเป็นโรคปอดอักเสบลีเจียนแนร์ จำนวน 6 ราย ประกอบด้วยชาวสวีเดน 2 ราย ชาวฟินแลนด์ 2 ราย ชาวฮอลแลนด์และชาวเบลเยียม ชาติลละ 1 ราย ต่อมาพบผู้ป่วยชาวต่างชาติจากยุโรปที่ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบลีเจียนแนร์เกือบทุกปี โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 - 2553 มีรายงานผู้ป่วยที่เป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติที่

เดินทางมาพักในโรงแรมของประเทศไทย จำนวน 109 ราย⁶

โรงแรมเป็นธุรกิจหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้บริการนักท่องเที่ยว ผู้ประกอบการโรงแรมควรให้ความสำคัญกับความปลอดภัยด้านต่าง ๆ ต่อนักท่องเที่ยวหรือผู้เข้าพัก โรงแรมควรมีมาตรการในการจัดการน้ำอุปโภคให้สะอาดปราศจากการปนเปื้อนของเชื้อโรคชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะมาตรการดูแลความสะอาดของแหล่งน้ำต่าง ๆ ภายในอาคาร เช่น รักษาระดับปริมาณคลอรีนตกค้าง ในระบบน้ำใช้ไม่ให้น้อยกว่า 0.2 มิลลิกรัมต่อลิตร น้ำจากระบบผลิตน้ำร้อนต้องมีอุณหภูมิสูงกว่า 60 องศาเซลเซียส หมั่นทำความสะอาดระบบปรับอากาศและระบายความร้อนไม่ให้มีตะไคร่เกาะ รวมถึงทำลายเชื้อหรือใส่สารชีวฆาต (biocides) ที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเป็นประจำ^{2,7}

การตรวจเฝ้าระวังเชื้อ *Legionella spp.* ในแหล่งน้ำใช้ของโรงแรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำอุปโภคและบริโภคในจุดต่างๆ เช่น ถังเก็บน้ำ ผักบัวในห้องพัก น้ำร้อนจากก๊อก น้ำจากระบบทำน้ำร้อน แหล่งน้ำในระบบระบายความร้อน หรือหอผึ่งเย็น ตลอดจนน้ำในบริเวณแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนได้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคในพื้นที่ท่องเที่ยว โดยเฉพาะจังหวัดภูเก็ต ซึ่งเป็นจังหวัดที่นักท่องเที่ยวจำนวนมากนิยมมาเที่ยว

ดังนั้นศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต จึงได้จัดทำโครงการการเฝ้าระวังการปนเปื้อนเชื้อ *Legionella spp.* ในแหล่งน้ำที่ใช้ในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต โดยทำการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำจากแหล่งน้ำดังกล่าว รวมถึง Swab ผักบัวในห้องพัก เพื่อค้นหาการปนเปื้อนของเชื้อ *Legionella spp.*

ในน้ำอุปโภคและบริโภคที่ใช้ในโรงแรม ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนได้ นอกจากนี้เป็นการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อสกุลนี้ เพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้พักอาศัยและผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการนั้น ๆ แล้ว ยังเป็นการบ่งชี้ถึงกระบวนการบำรุงรักษาระบบน้ำที่มีอยู่มีประสิทธิภาพหรือไม่ และควรมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร โดยให้เป็นไปตามประกาศของกรมอนามัย พ.ศ. 2544 เพื่อลดความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ *Legionella* spp. ในกลุ่มนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างชาติที่เดินทางเข้าพักในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต และยังเป็น การส่งเสริมภาพลักษณ์การท่องเที่ยวของประเทศไทยด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การปนเปื้อนเชื้อ *Legionella* spp. ในแหล่งน้ำที่ใช้ในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต
2. เป็นข้อมูลให้โรงแรมนำไปกำหนดเป็นมาตรการการป้องกันหรือทำระบบการจัดการน้ำอุปโภคที่จำเป็นในโรงแรมจังหวัดภูเก็ต

วิธีการศึกษา

1. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต คัดเลือกโรงแรมขนาดใหญ่ระดับ 3 - 5 ดาว ในจังหวัดภูเก็ต
2. แจ้งกำหนดการเก็บตัวอย่างน้ำให้กับโรงแรมที่ตอบรับเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จำนวน 15 แห่ง
3. ประชุมชี้แจงรายละเอียดโครงการ และให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อ *Legionella* spp. รวมถึงการบำรุงรักษาระบบน้ำใช้ให้แก่เจ้าหน้าที่ของโรงแรมที่เข้าร่วมโครงการ
4. เก็บตัวอย่างน้ำและ Swab ฝักบัวในห้องพัก จากโรงแรมที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 15

แห่ง ในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม พ.ศ. 2566 โรงแรมละ 4 ตัวอย่าง ประกอบด้วย น้ำจากถังเก็บน้ำ 1 ตัวอย่าง น้ำร้อนจากก๊อกน้ำในห้องพัก 1 ตัวอย่าง Swab ฝักบัวในห้องพัก 1 ตัวอย่าง และน้ำจาก Cooling tower จำนวน 1 ตัวอย่าง (กรณีโรงแรมไม่มี Cooling tower ให้เก็บน้ำจากระบบทำน้ำร้อนของโรงแรม) รวมทั้งหมดจำนวน 60 ตัวอย่าง ภาชนะที่ใช้เก็บตัวอย่างน้ำ เป็นขวดแก้วที่ผ่านการนึ่งฆ่าเชื้อโรคแล้ว โดยเก็บน้ำจำนวน 1,000 มิลลิลิตร ส่วนตัวอย่าง Swab ให้เก็บใส่ในหลอดแก้วที่ผ่านการนึ่งฆ่าเชื้อโรคแล้ว โดยในหลอดมีน้ำที่ปราศจากเชื้อ จำนวน 3 มิลลิลิตร

5. ขณะขนส่งตัวอย่างมายังห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาเชื้อ *Legionella* spp. ให้เก็บรักษาขวดตัวอย่างน้ำในกระติกแช่เย็น

6. ตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำและ Swab ด้วยการเพาะเชื้อซึ่งอ้างอิงตามวิธีของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 20058 โดยมีขั้นตอนดังนี้

6.1 ตัวอย่างน้ำ

6.1.1 เติม 0.1 N Sodium thiosulfate ลงในตัวอย่างน้ำในอัตราส่วน 0.5 มิลลิลิตรต่อน้ำ 1,000 มิลลิลิตร เขย่าให้เข้ากัน กรองตัวอย่างน้ำผ่านกระดาษกรองขนาด 0.2 ไมครอน หลังจากนั้นใช้ปากคีบที่ปราศจากเชื้อคีบแผ่นกรองใส่ลงในหลอดที่มีน้ำกรองที่ปราศจากเชื้อจำนวน 5 มิลลิลิตร เขย่าให้เข้ากันด้วยเครื่องผสมสารละลาย เป็นเวลา 1 นาที หลังจากนั้นดูดสารละลายตัวอย่างที่เตรียมได้ลงในอาหารเลี้ยงเชื้อ BCYE, PCV, GPCV และ PCV (-) จานละ 0.1 มิลลิลิตร ทำการ Spread plate นำจานอาหารเลี้ยงเชื้อไปบ่มเพาะเชื้อที่อุณหภูมิ 35 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 7 วัน ตรวจดูโคโลนีของเชื้อ หลังบ่มเพาะเชื้อครบ 72-96 ชั่วโมง

6.2 ตัวอย่าง Swab

6.2.1 เขย่าตัวอย่างด้วย Vortex Mixer ที่ความแรงสูงสุดเป็นเวลา 1 นาที เพื่อให้ตะกอนหลุดออกมามากที่สุด ดูดสารละลายตัวอย่าง 1 มิลลิลิตร ลงในหลอดที่บรรจุ 0.2 M KCl-HCl buffer pH 2.0 จำนวน 1 มิลลิลิตร (Acid treatment) เขย่าให้เข้ากัน ตั้งทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้องเป็นเวลา 15 นาที ดูดสารละลายตัวอย่างที่เตรียมได้ลงในอาหารเลี้ยงเชื้อ BCYE, PCV, GPCV และ PCV (-) จำนวนละ 0.1 มิลลิลิตร ทำการ Spread plate หลังจากนั้นนำจานอาหารเลี้ยงเชื้อไปบ่มเพาะเชื้อที่อุณหภูมิ 35 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 7 วัน ตรวจสอบโคโลนีของเชื้อ หลังบ่มเพาะเชื้อครบ 72-96 ชั่วโมง

7. ตรวจหาสปอร์ที่มีคุณสมบัติ Autofluorescence โดยตรวจดูการเรืองแสง Long-wave UV ที่ความยาวคลื่น 365 นาโนเมตร

8. เลือกโคโลนีที่สงสัยมาทดสอบการใช้ L-cysteine โดยเชื้อ Legionella spp. จะเจริญเติบโตบน BCYE agar แต่ไม่เจริญเติบโตบน BCYE(-) agar และมีลักษณะ Convex และ Round with entire edges หรือมีลักษณะ “Cut-glass like” ตรงกลางโคโลนีเป็นสีขาวมักมีขอบสีฟ้า สีม่วง หรือสีเขียว ตามภาพที่ 1

9. นับจำนวนโคโลนีทั้งหมดของเชื้อ Legionella spp. บนอาหารเลี้ยงเชื้อ BCYE, PCV และ GPCV

10. ตรวจสอบสปอร์และซีโรกรูปของเชื้อ Legionella spp. ด้วยวิธี Latex agglutination โดยใช้ Loop ปราศจากเชื้อเชื้อโคโลนีที่สงสัยมาป้ายลงบน reaction card ที่มี Diluents buffer จำนวน 1 หยด ผสมให้เข้ากัน หลังจากนั้นหยด Latex Reagent จำนวน 1 หยด ผสม Latex Reagent กับ Diluents buffer ที่มีตัวอย่างเชื้อให้เข้ากัน สังเกตผลการทดสอบภายใน 1 นาที อ่านผลโดย ผลบวก พบเชื้อจับตัวตกตะกอนสีฟ้าหยาบ ๆ ส่วนผลลบไม่พบเชื้อจับตัวตกตะกอนสีฟ้าหยาบ ๆ

11. การคำนวณปริมาณเชื้อ

11.1 กรณีตัวอย่างน้ำ (Colonies Forming Unit, CFU/L)

11.1.1 หาค่าเฉลี่ยจำนวนโคโลนีของเชื้อต่อจาน แล้วนำมาคูณกลับด้วย dilution factor เพื่อหาปริมาณเชื้อ ด้วยสูตรดังนี้ ปริมาณเชื้อ Legionella spp. ที่นับได้ = ค่าเฉลี่ยจำนวนโคโลนีของเชื้อ Legionella spp. ต่อจาน $\times 10 \times 5$ โดย 10 คือ dilution factor ของปริมาตรตัวอย่างน้ำจำนวน 0.1 มิลลิลิตรที่นำมา spread ลงบนอาหารเลี้ยงเชื้อ 5 คือ ปริมาตรของน้ำกรองที่ปราศจากเชื้อในหลอดที่บรรจุแผ่นกระดาษที่ผ่านการกรองน้ำแล้ว จำนวน 5 มิลลิลิตร

11.2 กรณีตัวอย่าง Swab (CFU/Swab)

11.2.1 หาค่าเฉลี่ยจำนวนโคโลนีต่อจาน แล้วนำมาคูณกลับด้วย dilution factor เพื่อหาปริมาณเชื้อ ด้วยสูตรดังนี้ ปริมาณเชื้อ Legionella spp. ที่นับได้ = ค่าเฉลี่ยจำนวนโคโลนีของเชื้อ Legionella spp. ต่อจาน $\times 10 \times 3 \times 2$ โดย 10 คือ dilution factor ของปริมาตรตัวอย่างน้ำจำนวน 0.1 มิลลิลิตรที่นำมา spread ลงบนอาหารเลี้ยงเชื้อ 3 คือ ปริมาตรของน้ำกรองที่ปราศจากเชื้อที่เติมลงในหลอดแก้วสำหรับเก็บตัวอย่าง Swab จำนวน 3 มิลลิลิตร 2 คือ ปริมาตรของตัวอย่าง จำนวน 1 มิลลิลิตร และ 0.2 M KCl-HCl buffer pH 2.0 จำนวน 1 มิลลิลิตร จากการทำ Acid treatment

12. แจ้งผลการตรวจวิเคราะห์โดยการจัดส่งรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ให้โรงแรมที่เข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งแนบเอกสารขอแนะนำการปรับปรุง การบำรุงรักษาระบบน้ำให้กับโรงแรมที่ตรวจพบเชื้อ

13. ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ลงพื้นที่เพื่อแนะนำให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ของโรงแรมให้ทราบถึงวิธีการกำจัดเชื้อ ใน

กรณีตรวจพบเชื้อ พร้อมทั้งเสนอแนะวิธีการปรับปรุง และบำรุงรักษาระบบน้ำ

14. ในกรณีที่ตรวจพบเชื้อ จะทำการเก็บ ตัวอย่างน้ำซ้ำเพื่อตรวจวิเคราะห์รอบที่ 2 หลังจาก โรงแรมทำการปรับปรุงระบบน้ำแล้ว

15. รวบรวมผลการตรวจ วิเคราะห์ผล และสรุปผลการดำเนินงาน

16. รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ

ผลการศึกษา

จากการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำและ Swab บริเวณฝักบัว ที่เก็บจากโรงแรมขนาดใหญ่ที่สมัครเข้าร่วมโครงการในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 15 แห่ง พบ การปนเปื้อนของเชื้อ *Legionella* spp. ในตัวอย่าง น้ำ จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.33 โดยเป็น โรงแรมที่ตั้งอยู่ในตำบลป่าตอง อำเภอกะทู้ ทั้ง 2 แห่ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ตัวอย่างน้ำที่เก็บจากโรงแรมที่เข้าร่วมโครงการแยกตามอำเภอ

อำเภอ	โรงแรมที่เข้าร่วมโครงการ (แห่ง)	ตัวอย่างน้ำที่เก็บในรอบที่ 1 (ตัวอย่าง)	ตรวจพบเชื้อ <i>Legionella</i> spp. (ตัวอย่าง/แห่ง)
เมือง	8	32	0/0
กะทู้ (ป่าตอง)	4	16	2/2
กลาง	3	12	0/0
รวม	15	60	2/2

ผลการตรวจวิเคราะห์เมื่อแยกตามประเภท ตัวอย่างที่เก็บ ได้แก่ น้ำร้อนจากก๊อกน้ำในห้องพัก จำนวน 15 ตัวอย่าง น้ำจาก Cooling tower จำนวน 4 ตัวอย่าง น้ำจากระบบทำน้ำร้อน จำนวน 11 ตัวอย่าง น้ำจากถังเก็บน้ำ จำนวน 15 ตัวอย่าง และ Swab บริเวณฝักบัวภายในห้องพัก จำนวน 15 ตัวอย่าง รวมทั้งหมด 60 ตัวอย่าง ตรวจพบการปนเปื้อนของเชื้อ *Legionella* spp. จำนวน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 3.33 โดยประเภทของน้ำที่ ตรวจพบเชื้อ *Legionella* spp. ได้แก่ น้ำที่เก็บจาก

ก๊อกน้ำในห้องพัก จำนวน 1 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 6.67 ของตัวอย่างน้ำร้อนจากก๊อกน้ำในห้องพัก และ น้ำจาก Cooling tower จำนวน 1 ตัวอย่าง คิดเป็น ร้อยละ 25.00 ของตัวอย่างน้ำจาก Cooling tower โดยตัวอย่างน้ำทั้ง 2 ตัวอย่างตรวจพบเชื้อ ในปริมาณ ที่น้อยกว่า 10^5 CFU/L และเมื่อตรวจสอบสปีชีส์ และ ซีโรกรุปของเชื้อ ด้วยวิธี Latex agglutination พบ เชื้อ *Legionella pneumophila* serogroup 1 และ *Legionella pneumophila* serogroup 2-14 อย่าง ละ 1 ตัวอย่าง (ตารางที่ 2)

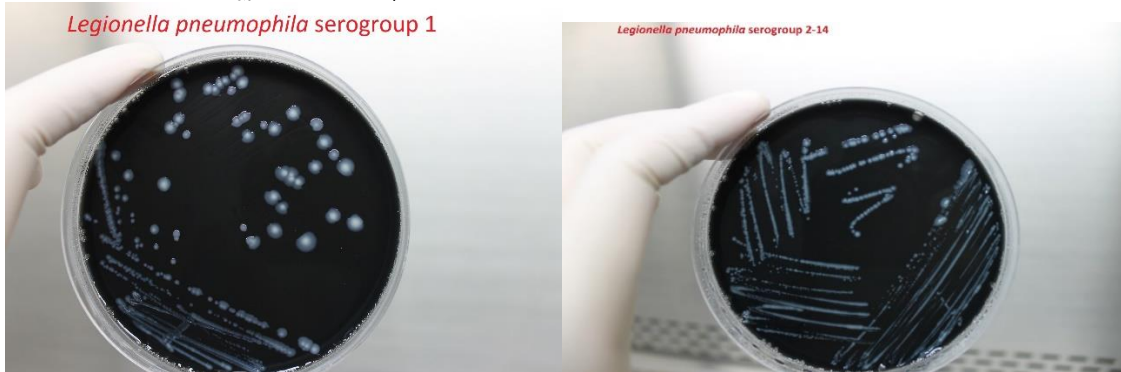
ตารางที่ 2 ข้อมูลการตรวจพบเชื้อ *Legionella* spp. ด้วยวิธีเพาะเชื้อ (CDC 2005) และปริมาณเชื้อที่พบ แยกตามประเภทของแหล่งน้ำที่เก็บจากโรงแรม

ประเภทของแหล่งน้ำ	จำนวนตัวอย่าง	ตรวจพบ (ตัวอย่าง)	ร้อยละ	ปริมาณเชื้อ (CFU/L)
น้ำร้อนจากก๊อกน้ำห้องพัก	15	1*	6.67	4,000
น้ำจาก Cooling tower	4	1**	25.00	2,630
น้ำจากระบบทำน้ำร้อน	11	0	0	-
น้ำจากถังเก็บน้ำ	15	0	0	-
Swab จากฝักบัว	15	0	0	-
รวม	60	2	3.33	$< 10^5$ ***

* ตรวจพบเชื้อ *Legionella pneumophila* serogroup 2-14

** ตรวจพบเชื้อ *Legionella pneumophila* serogroup 1

*** กรณีตรวจพบเชื้อ น้อยกว่า 10^5 CFU/L แสดงว่าการใช้มาตรการบำรุงรักษาอย่างเดียวไม่เพียงพอ ควรแนะนำให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมแผนการบำรุงรักษา มีการตรวจสอบพร้อมทั้งฝ้าระวางและติดตามผลให้ถูกต้องตามประกาศกรมอนามัยเรื่องข้อปฏิบัติการควบคุมเชื้อลิจิโอเนลลาในหอผึ่งเย็นของอาคารในประเทศไทย พ.ศ. 2544



ภาพที่ 1 โคโลนีเชื้อ *Legionella pneumophila* serogroup 1 และ *Legionella pneumophila* serogroup 2-14 บนอาหารเลี้ยงเชื้อ BCYE

จากการลงพื้นที่เพื่อให้ความรู้และเสนอแนะวิธีการปรับปรุงระบบน้ำ รวมถึงวิธีการทำลายเชื้อให้แก่เจ้าหน้าที่ของโรงแรมที่ตัวอย่างน้ำมีตรวจพบเชื้อ จำนวน 2 แห่ง เพื่อทำการปรับปรุงระบบน้ำก่อนที่จะทำการเก็บตัวอย่างน้ำรอบที่ 2 โดยเก็บ

ตัวอย่างจากจุดเดิมที่ตรวจพบเชื้อมาทำการตรวจวิเคราะห์ซ้ำ จำนวน 2 ตัวอย่าง พบว่าตัวอย่างน้ำทั้ง 2 ตัวอย่าง ไม่มีการปนเปื้อนของเชื้อ *Legionella* spp. (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลที่พบจากการลงพื้นที่ และข้อเสนอแนะการปรับปรุงระบบน้ำของโรงแรม

ประเภทของแหล่งน้ำและโรงแรมที่พบเชื้อ	ข้อมูลที่พบจากการลงพื้นที่	ข้อเสนอแนะการปรับปรุง	ผลตรวจน้ำรอบที่ 2
น้ำร้อนจากก๊อกน้ำห้องพัก โรงแรมที่ 1	- น้ำร้อนจากก๊อกน้ำในห้องพักแขกมีอุณหภูมิต่ำกว่า 50 องศาเซลเซียส	- ทำความสะอาดล้างตะไคร่ หรือตะกรัน บริเวณหัวก๊อกน้ำ - ตรวจสอบปริมาณคลอรีนตกค้างในระบบน้ำใช้ไม่ให้ต่ำกว่า 0.2 มิลลิกรัมต่อลิตร - ระบบน้ำร้อนรวมต้องผลิตน้ำให้มีอุณหภูมิสูงกว่า 60 องศาเซลเซียส ตลอดเวลา และน้ำที่ส่งออกไปในทุกๆแห่งต้องมีอุณหภูมิสูงกว่า 50 องศาเซลเซียส	ไม่พบเชื้อ
น้ำ Cooling tower จากโรงแรมที่ 2	- ปริมาณคลอรีนอิสระตกค้าง น้อยกว่า 0.2 มิลลิกรัมต่อลิตร	- ใช้สารชีวฆาต (biocide) เพื่อทำลาย Biofilm - ทำความสะอาดหอผึ่งเย็น โดยให้ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรค	ไม่พบเชื้อ

	<p>- มี cooling tower ที่ปิดปรับปรุง จำนวน 1 ตัว</p>	<p>- ใช้สารป้องกันการกัดกร่อนของท่อผิวยื่น เพื่อป้องกันแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรค</p> <p>- ควบคุมระดับคลอรีนตกค้าง ในอ่างรองรับน้ำ (basin ให้มีค่าไม่ต่ำกว่า 1 มิลลิกรัมต่อลิตร และต้องควบคุมไม่ให้ระดับคลอรีนสูงจนเป็นสาเหตุของปัญหาการกัดกร่อนตัวถังหรือท่อน้ำ</p> <p>- รักษาระดับคลอรีนตกค้างปลายท่อน้ำให้มีความเข้มข้นไม่น้อยกว่า 0.2 มิลลิกรัมต่อลิตร</p>	
--	--	--	--

อภิปรายผล

ตามประกาศกรมอนามัย พ.ศ. 2544 เรื่อง "ข้อปฏิบัติการควบคุมเชื้อลีจิโอเนลลาในหอผิวยื่นของอาคารในประเทศไทย" กรณีตรวจพบเชื้อในปริมาณที่น้อยกว่า 10^5 CFU/L ให้ถือว่าการใช้มาตรการการบำรุงรักษาระบบน้ำอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อนี้ ควรแนะนำให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมแผนการบำรุงรักษา มีการตรวจสอบพร้อมทั้งฝ้าระวังและติดตามผลให้ถูกต้อง โดยพบว่ามีโรงแรมที่พบการปนเปื้อนของเชื้อในปริมาณไม่เกิน 10^5 CFU/L ซึ่งต้องทำการปรับปรุงและบำรุงรักษาระบบน้ำ จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.33 และเมื่อตรวจแยกชนิดของเชื้อที่ตรวจพบจากโรงแรม ทั้ง 2 แห่ง พบเป็นชนิด *Legionella pneumophila* serogroup 1 และ *Legionella pneumophila* serogroup 2-14 อย่างละ 1 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นชนิดที่สามารถก่อโรคในคนได้ โดยตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อในตัวอย่างน้ำจากหอผิวยื่นและน้ำร้อนจากก๊อกน้ำในห้องพัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช⁽⁶⁾ เรื่องการเกิดโรคปอดอักเสบลีเจียนแนร์ ที่พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบลีเจียนแนร์ จากนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาพักในโรงแรมพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2553-2560 จำนวน 62 ราย ตรวจพบเชื้อ *L. pneumophila* serogroup 1 ร้อยละ 67.80 *L. pneumophila* serogroup 2-14 ร้อยละ 30.51

และ *L. bozemannii* ร้อยละ 1.69 พบการปนเปื้อนของเชื้อ *Legionella* spp. บริเวณหัวก๊อกน้ำของฝักบัวอาบน้ำ น้ำดื่มที่ใช้อุปโภค ระบบน้ำร้อนรวมระบบปรับอากาศ และหอผิวยื่น ร้อยละ 67.70, 65.63, 54.17, 11.46 และ 6.25 ตามลำดับ จากการลงพื้นที่ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต พบว่าโรงแรมที่ตรวจพบเชื้อมีความเข้มข้นของปริมาณคลอรีนอิสระตกค้างในน้ำใช้น้อยกว่า 0.2 มิลลิกรัมต่อลิตร อุณหภูมิของระบบน้ำร้อนต่ำกว่า 50 องศาเซลเซียส เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เชื้อสามารถเจริญเติบโตได้ จากการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในสถานประกอบการที่ตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ เพื่อนำไปปรับปรุงระบบการบำรุงรักษาน้ำ ตามข้อปฏิบัติการควบคุม ฝ้าระวังปัญหาการแพร่ระบาดโรคลีเจียนแนร์ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ก่อนที่จะทำการเก็บตัวอย่างซ้ำอีกครั้งเพื่อประเมินการแก้ไขระบบน้ำ รวมทั้งวิธีการทำลายเชื้อ ผลการตรวจวิเคราะห์พบว่าไม่มีการปนเปื้อนของเชื้อในตัวอย่างน้ำที่เก็บรอบที่สองจากโรงแรมที่ตรวจพบเชื้อในรอบแรก ทั้ง 2 แห่ง จากข้อมูลการตรวจในรอบที่สองนี้เป็นตัวบ่งชี้ถึงกระบวนการตลอดจนขั้นตอนการปฏิบัติรวมถึงวิธีการบำรุงรักษาระบบน้ำที่มีอยู่ ซึ่งหากได้ดำเนินการตามข้อปฏิบัติในประกาศของกรมอนามัยก็จะช่วยลดการปนเปื้อนเชื้อดังกล่าวได้

สรุป

จากข้อมูลการปนเปื้อนเชื้อ *Legionella* spp. ในแหล่งน้ำที่ใช้ในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต ถึงแม้ว่าสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการจะมีจำนวนไม่มาก เนื่องจากเป็นการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ แต่ข้อมูลดังกล่าวสามารถแสดงให้เห็นได้ว่า ยังคงมีการพบการปนเปื้อนของเชื้อ *L. pneumophilla* ในแหล่งน้ำที่ใช้ในโรงแรม โดยเฉพาะในตึบบลป้าตอง และเชื้อที่พบเป็นชนิดที่ก่อให้ เกิด โรค ปอด อักเสบ ลีเจียนแนร์ในคน ดังนั้นการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อชนิดนี้ โดยการตรวจสอบระบบน้ำที่ใช้ในหอผึ่งเย็น (Cooling tower) จะเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อในระบบปรับอากาศที่ใช้ในตัวอาคารได้ และการตรวจสอบระบบน้ำที่ใช้ในตัวอาคาร เช่น น้ำที่เก็บในถังพักน้ำ อ่างน้ำ น้ำจากระบบทำน้ำร้อน ตลอดจนน้ำจากก๊อกน้ำหรือฝักบัว ในห้องต่างๆ จะเป็นการช่วยลดความเสี่ยงการได้รับเชื้อของผู้เข้าพักอาศัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานในโรงแรมหรือสถาน

ประกอบการนั้น ๆ อีกด้วย การประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย สำนักงานควบคุมป้องกันโรค กรมควบคุมโรค เพื่อแจ้งเตือนโรงแรมในเขตพื้นที่รับผิดชอบให้ครอบคลุมทุกแห่งให้มีความตระหนักในการเฝ้าระวังเชื้อ *Legionella* spp. ในระบบน้ำที่ใช้อย่างสม่ำเสมอก็จะเป็นการช่วยลดความเสี่ยงการแพร่กระจายเชื้อได้เช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต ที่สนับสนุนโครงการขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตที่ร่วมลงพื้นที่ ขอขอบคุณผู้จัดการโรงแรมทั้ง 15 แห่ง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บตัวอย่างน้ำ และที่สำคัญขอขอบคุณผู้ร่วมดำเนินโครงการของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต ที่ร่วมกันทำงานจนบรรลุผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- 1.ไพรัช ศรีไสว. การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรค legionellosis. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม2542:3:45-9.
- 2.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคลีเจียนเนลโลสิส (Legionellosis) [อินเทอร์เน็ต]. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562 (สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2565). เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=15
- 3.สมชัย บวรกิตติ, วันทนา ปวีณกิตติพร, สุรางค์ เดชศิริเลิศ. โรคลีเจียโอเนลลา. ใน: สมชัย บวรกิตติ, พลรัตน์ วิไลรัตน์, ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์การท่องเที่ยว ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษามหาราชินี, กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร; 2547. หน้า 265-72.
- 4.Paveenkittiporn W, Dejsirilert S, Kalambaheti T. Genetic speciation of environmental Legionella isolates in Thailand. Infection, Genetics and Evolution 2012;12:1368-76.
- 5.Tishyadhigama P, Dejsirilert S, Srisawai P, Kusum M, Yabuuchi E, Ikedo M, et al. Environmental surveillance of Legionella pneumophila in Thailand. J Med Assoc Thai 1995;78:57-71.
- 6.มาลีตา วารวิณิช, ภาณุวัฒน์ นราอาจ. การเกิดโรคลีเจียนแนร์ในนักท่องเที่ยวที่เดินทางมายังพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ปี 2553-2560. สำนักพิมพ์นครศรีธรรมราช สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช; 2565.
- 7.สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกรมอนามัย เรื่อง ข้อปฏิบัติการควบคุมเชื้อลีเจียโอเนลลาในหอผึ่งเย็นของอาคารในประเทศไทย. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2549.

8. Centers for Disease Control and Prevention. Procedures for the recovery of *Legionella* from the environment. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention;2005.
9. มลพอล เลิศคณาวานิชกุล. การตรวจหาเชื้อลิจิโอเนลลาในสิ่งแวดล้อม ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. วารสารส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม 2546; 26: 75-90.
10. อริชา มหาโยธา, กรวิทย์ นาคคนทรง อภิญญา อรรคชาติ อุดมเกียรติ พรธนะประเทศ. การเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ *Legionella* spp. ในแหล่งน้ำที่ใช้ในโรงแรมหรือรีสอร์ท ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย, วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557; 23: 201-09.
11. โรม บัวทอง, รุ่งนภา ประสานทอง, วิวัฒน์ ศีตมโนชน์ เนตรวงศ์, ธาเรีย เสาวรัฐ, ขจรเดช จันทะยานี, นงนุช มารินทร์ และคณะ. การระบาดของโรคลีเจียนแนร์ในนักท่องเที่ยวชาวยุโรป ภายหลังจากการเดินทางมาท่องเที่ยวในจังหวัดภูเก็ต ธันวาคม 2549 - มกราคม 2550: บทบาทของการสอบสวนสิ่งแวดล้อมในประเทศที่เกิดเหตุ: รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2556; 44: 38-46.
12. ปรียะดา โชควิณูญ, ชไมพร เป็นสุข และวันทนา ปวีณกิตติพร. การคุณภาพอากาศภายในอาคารของโรงพยาบาลและโรงแรมในประเทศไทย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม 2557: 51-66.
13. นีรภา คงกันคง, นวรัตน์ วราอัสวปติเจริญ, วรัญญา คงกันคง, ดวงพร จิรวินบูลย์, ภทรมน รัตนพันธุ์ และวิวัฒน์ ลีตระกูลนำชัย. การศึกษาการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียในระบบน้ำทางทันตกรรมในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ช่วงเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2543. วารสารทันตกรรมขอนแก่น 2543; 3: 73-79.
14. ทศนีย์ สุโกศล. การตรวจและควบคุมเชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรคลีเจียนแนร์ในระบบปรับอากาศ. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2551.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังโรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย Development of Continuous Patients Care Model in Chronic Patients, Wangsaphung Hospital, Loei Province.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ชุติกัญจน์ สาวิลัย¹
Chutikan sawisai¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษานี้เป็นการศึกษาการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ (1) ผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 ที่มีการลงทะเบียนในโปรแกรม Long Term Care โรงพยาบาลวังสะพุง จำนวน 35 คน (2) ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย จำนวน 13 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ประกอบด้วย (1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ (2) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคการป้องกันโรค จำนวน 20 ข้อ (IOC>0.5, Cronbach's Alpha Coefficient = 0.93) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group) สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องจำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 65.71 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุมากกว่า 70 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.43 รองลงมาคือช่วงอายุ 61 – 70 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 22.86 หลังการพัฒนาารูปแบบพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index of ADL) ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น ($t=10.08$, $p\text{-value} < 0.001$) แต่ยังคงอยู่ในระดับที่พึงพาได้โดยสมบูรณ์ ในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง แต่หลังจากการใช้รูปแบบฯ มีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเป็นระดับสูง ($t=10.61$, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: การพัฒนาารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเรื้อรัง

ABSTRACT

This research is a study of research and development (Research and Development) with the objective of studying the results of developing a continuous care model for chronically ill patients. Wang Saphung Hospital, Loei Province. The sample groups were (1) 35 chronic patients in Bed 3 and Bed 4 who were registered in the Long Term Care program at Wang Saphung Hospital; (2) a multidisciplinary team working on patient care. Continuously sick patients at Wang Saphung Hospital, Loei Province, totaling 13 people. Data were collected from questionnaires, consisting of (1) a form assessing the patient's ability to perform

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย

daily activities (Barthel ADL Index) of the Neurology Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Consisting of 10 questions (2) Questionnaire on patient perception of health status, consisting of perception of risk of disease, perception of disease severity, Perceived benefits of disease prevention and perception of barriers to disease prevention, totaling 20 items (IOC > 0.5, Cronbach's Alpha Coefficient = 0.93) and the tools used to collect qualitative data include focus group recordings and focus group recordings. (Focus Group) Statistics used to analyze data include: Frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, median, and paired t-test statistics.

The results of the study found that The sample group used in this research It is a group of 35 chronically ill patients who need constant care, most of whom are female, 23 people, accounting for 65.71 percent. The most common age range is Age over 70 years, 18 people, accounting for 51.43 percent, followed by age group 61 - 70 years, 8 people, accounting for 22.86 percent. After developing the model, it was found that The ability to perform daily activities (Barthel index of ADL) of patients with chronic diseases is significantly different at the .05 level after using the model. Chronic disease patients had an increase in the average scores for daily activities (t=10.08, p-value <0.001), but were still at a completely dependent level. In terms of awareness of the health status of chronic patients There was a statically significant difference at the .05 level. Before using the model, chronic patients had a moderate level of health awareness. But after using the model, the level of health awareness increased to a high level (t=10.61, p-value <0.001).

Keywords: Development Model, Continuous Patients Care, Chronic Patients

บทนำ

สภาวะด้านสุขภาพของประชากรไทยในปัจจุบัน พบว่า การเจ็บป่วยและตายด้วยโรคติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องฟื้นฟูสุขภาพและใช้เวลายาวนานในการดูแลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ จากข้อมูลพบว่าร้อยละ 95.0 ของผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 68.0 มีความพิการร้อยละ 6.0 ติดบ้านติดเตียงร้อยละ 21.0⁽¹⁾ ทั้งนี้ได้มีการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆและพบว่าโดยในปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คน ใน 10 ปีข้างหน้า⁽²⁾ แต่ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการรักษาอย่างยืดเยื้อยาวนาน มุ่งยื้อ ชีวิตทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน นำไปสู่การเสียชีวิตในโรงพยาบาลและ

เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย⁽³⁾ ครั้งหนึ่งของค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นในช่วง 1 ปี ก่อนเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในช่วง 6 เดือนสุดท้ายมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใด⁽⁴⁾ อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการพึ่งพิงในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแลทั้งปัญหา ด้านเศรษฐกิจ ความเครียด รวมถึงปัญหาขัดแย้งภายในครอบครัว⁽⁵⁾ ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องอยู่คนเดียว ทุพพลภาพติดเตียง ขาดผู้ดูแล และเข้าถึงระบบบริการดูแลเพียงร้อยละ 56.7⁽¹⁾ การจัดการระบบการดูแลต่อเนื่องโดยใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน และในสังคมได้ตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า ลดเวลานอน รักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลง การดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุม เชื่อมโยง และต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน ปัจจัยสำคัญคือการสร้างเครือข่ายในการทำงานจากทุกภาคส่วนร่วมกับภาร

ใช้ศักยภาพของชุมชน โดยประสานความร่วมมือจากชุมชนมาร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ ทั้งจาก โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีทีมสุขภาพให้การสนับสนุน มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการให้บริการอย่างต่อเนื่อง กับผู้ป่วยและครอบครัวทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้การจักระบบบริหารจัดการและการบริการที่มีความพร้อมของผู้ให้บริการสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของ สหวิชาชีพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพและคงสภาวะสุขภาพที่ดีหรือในระดับที่สามารถพึ่งตนเองของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด และให้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งผู้ให้บริการสุขภาพมีความสุข

โรคเรื้อรัง (chronic diseases) หมายถึงโรคที่มีระยะ เวลาการดำเนินโรคนาน (long duration) มี การ ดำ เนิน โร ค ช้า (slow progression)⁽⁶⁾ โดยจะมีการสะสมและการก่อตัวของโรคเกิดขึ้นทีละน้อย ไม่สามารถรักษาให้หายขาด การรักษาเป็นการประคับประคองเพื่อไม่ให้เกิดสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น โรคเรื้อรังที่สำคัญมี 4 ประเภท ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง) โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ เรื้อรัง (เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด) และโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังมีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (non-modifiable risk factors) เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม และปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factors) เช่น การสูบบุหรี่ การ

บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และความเครียด ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ล้วนมาจากวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง ทำให้มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นด้วย⁽⁷⁾ ดังนั้นโรคเรื้อรังจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำนายทั้งในระดับประเทศและระดับโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม⁽⁸⁾ และส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจในเชิงของการควบคุมการป้องกันและการรักษาพยาบาลนับเป็นมูลค่ามหาศาล⁽⁹⁾ โดยผู้ป่วยเรื้อรังส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในไทยส่วนใหญ่ จะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันดับ 1 คือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.06 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.43 โรคเบาหวาน กองโรคไม่ติดต่อรายงาน สถานการณ์ของประเทศไทยพบจำนวน อัตราตายด้วยโรคเรื้อรัง 4 กลุ่มหลักเพิ่มขึ้น (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง) โดยอัตราตายต่อประชากรกลางปี 2563-2564 พบ 131.81 และ 145.01⁽¹⁰⁾

โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จึงต้องมีการจัดเตียงสำรองเพิ่ม รวมทั้งการเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย(M2)ให้กับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ห่างไกล จึงมีการส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดความแออัด ต้องรอคิวรับการรักษาาน เกิดความไม่พึงพอใจต่อ

ผู้รับบริการ และเมื่อทำการรักษาดีขึ้นแล้วผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านได้ ต้องทำการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลรักษาต่อเนื่อง แต่เกิดปัญหาความล่าช้าของการส่งต่อข้อมูล ขาดการเชื่อมโยงไปยังหน่วยบริการในพื้นที่ และจากสถิติการเยี่ยมผู้ป่วยของโรงพยาบาลวังสะพุงปีงบประมาณ 2563 -2565 พบว่า การตอบกลับของผู้ป่วยเพียง 3 เท่ากับร้อยละ 63.78, 51.09 และ 39.95 ตามลำดับ และ การตอบกลับของผู้ป่วยเพียง 4 ร้อยละ 60.87, 40.45 และ 37.93 ประกอบกับการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอวังสะพุง ยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดการประสานงานเชื่อมโยง ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลและชุมชน การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยส่วนใหญ่เยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่เป็นหลัก ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย หรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ประกอบ กับอำเภอวังสะพุง ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน⁽¹¹⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้ตรงกับปัญหาและมีรูปแบบที่ชัดเจน ตรงตาม ความต้องการและวิถีชีวิตของคนในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ครอบคลุม มีภาวะสุขภาพดี ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน และสามารถดำรงชีวิตได้กับภาวะโรคที่เป็นอย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่

(1) ผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 ที่มีการลงทะเบียนในโปรแกรม Long Term Care โรงพยาบาลวังสะพุง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹²⁾ จำนวน 35 คน

(2) ทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย โดยใช้เทคนิคการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (Consecutive Sampling) โดยคัดเลือกจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

(2) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคการป้องกันโรค จำนวน 20 ข้อ (IOC > 0.5, Cronbach's Alpha Coefficient = 0.93)

และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ศึกษาและวิเคราะห์สภาพเดิมจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 ที่มีการลงทะเบียนในโปรแกรม Long Term Care โรงพยาบาลวังสะพุง ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน การตรวจเลือด การมาตามนัด

1.2 ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) และการรับรู้ภาวะสุขภาพศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Becker, 1974) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Health Behavior) ตามการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคการป้องกันโรค

1.3 สร้างการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย โดยมีการทำกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างสหวิชาชีพ สรุปลงเป็นแบบแผนในการดูแลผู้ป่วย กำหนดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ระบุกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพ กำหนดระยะเวลาในการทำกิจกรรมในแต่ละวิชาชีพ มุ่งพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ระยะที่ 2 การนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง และประกาศใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย

2.2 นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน

ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย

3.1 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ก่อนและหลังการพัฒนา

3.2 ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคการป้องกันโรค ก่อนและหลังการพัฒนา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักในบทบาทหน้าที่ของการเป็นนักวิจัยที่ดีมาโดยตลอด และระมัดระวังในการศึกษา ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมของการศึกษาในการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นสำคัญคือ การใช้หลักเอกลีทธีและหลักการไม่ทำให้เกิดอันตราย ได้รับการอนุมัติจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เมื่อ

วันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 หมายเลขที่ ECLOEI
00101/2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วย
เรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องจำนวน 35 คน ส่วน
ใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ
65.71 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุมากกว่า
70 ปี จำนวน 18 คน สถานภาพสมรสพบว่าส่วน
ใหญ่สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน จำนวน 29 คน คิดเป็น
ร้อยละ 82.86 ด้านอาชีพหลัก พบว่า ส่วนใหญ่
ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 25 คน คิดเป็น
ร้อยละ 71.43 ความเพียงพอของรายได้ พบว่าส่วน
ใหญ่มีรายได้ที่พอใช้ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ
74.29 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา
จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีผู้ที่มีโรค
ประจำตัว จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 97.14 โดย
โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคเบาหวาน จำนวน
9 คน คิดเป็นร้อยละ 25.71 รองลงมาคือโรคความ
ดันโลหิตสูง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 22.86
และด้านปัจจัยเสี่ยงพบว่าผู้มีปัจจัยเสี่ยงด้านการ
สูบบุหรี่ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.43 ด้าน
การดื่มสุรา 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.57 ตามลำดับ

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องใน
ผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และ เตียง 4
ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

- 1) กำหนดให้แพทย์เป็นหัวหน้าทีมการเยี่ยม
ประเมินสภาพผู้ป่วยครั้งแรกทุกราย
- 2) มีวางแผนดูแลร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ
- 3) กำหนดแผนการติดตามเยี่ยมที่ชัดเจนใน
ผู้ป่วยทุกรายอย่างต่อเนื่องทั้งหมด
- 4) สร้างแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง
ประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 เพื่อรับการดูแล

ต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย กับ โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ให้ชัดเจน
เข้าใจตรงกัน

5) พยาบาลดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทำ
การวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 6) ทำ
การบันทึกข้อมูลในเอกสารรับ-ส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้
โปรแกรม Thai COC ผ่านพยาบาลประจำศูนย์การ
ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care nurse)

7) บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในรายละเอียดที่
ต้องการส่งต่อใน Thai COC ที่หอผู้ป่วย

8) ประสาน พยาบาลประจำศูนย์การดูแล
ต่อเนื่อง และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในรายละเอียด 9)
พยาบาลดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วย ประสานประจำ
ศูนย์การดูแลต่อเนื่องพร้อมส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยใน
รายละเอียด เพื่อพยาบาลประจำศูนย์การดูแล
ต่อเนื่อง ทำการรวบรวม คัดกรอง ลำดับความ
เร่งด่วน ก่อน-หลัง ในการประสานงานเพื่อติดตาม
เยี่ยมบ้าน ทีม COC จะเยี่ยมเตียง 3 และเตียง 4 ทุก
ราย โดยมีเกณฑ์การออกเยี่ยมบ้านดังนี้

- เตียงที่ 3 จะเยี่ยมทุกราย โดยหมุนเวียนไป
ตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์
สุขภาพชุมชนทั้ง 18 แห่ง

- เตียงที่ 4 จะเยี่ยมเฉพาะรายที่ค่า PPS
Score >50 คะแนน หรือยังไม่เข้า End of life

10) พยาบาลประจำศูนย์การดูแลต่อเนื่อง
ลงทะเบียน และประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ
ประกอบด้วย พยาบาลประจำศูนย์การดูแลต่อเนื่อง
เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ เพื่อ
เชื่อมต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วย
เรื้อรังประเภทเตียง 3และเตียง 4 รวมถึงการนัด
หมายในการออกติดตามเยี่ยม ระหว่างโรงพยาบาล
วังสะพุงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่าน
Thai COC และผู้ดูแลหลัก ในการออกเยี่ยมบ้านทุก

ราย โดยทำการออกเยี่ยมบ้านทุกวันอังคารและพฤหัสบดี

11) การสนับสนุนการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคการป้องกันโรค โดยพยาบาลประจำศูนย์การดูแลต่อเนื่องทำการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 ทุกรายในการออกเยี่ยมบ้าน

12) ในกรณีผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 ในรายที่ได้รับการเยี่ยมแล้วพบว่ายังคงปัญหาค้างคา และพยาบาลเยี่ยมบ้านไม่สามารถจัดการได้ ให้พยาบาลเยี่ยมบ้าน Consult ทีมสหวิชาชีพผ่านพยาบาลประจำศูนย์การดูแลต่อเนื่อง และ/หรือส่งผู้ป่วยเข้ามาพบแพทย์

3. ผลการใช้รูปแบบและการนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

(1) การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ก่อนและหลังการพัฒนา

จากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง ไปใช้ในการดูแลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index of ADL) และประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ก่อน และหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง จากการศึกษา พบว่าก่อนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังไปใช้ ผู้ป่วยทั้งหมด 35 คน อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ทั้งหมด และหลังจากนำรูปแบบไปใช้แล้ว ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ

31.42 ภาวะพึ่งพารุนแรง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 42.85 และภาวะพึ่งพาปานกลาง จำนวน 25.71 รายละเอียดดังตารางที่ 1

(2) การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนา

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ก่อนการใช้รูปแบบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96(S.D.=0.30) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการใช้รูปแบบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 (S.D.=0.36) อยู่ระดับสูง รายละเอียดดังตารางที่ 2

(3) การเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index of ADL) และประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index of ADL) และประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ก่อน และหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index of ADL) ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น($t=10.08$, $p\text{-value} < 0.001$) แต่ยังคงอยู่ในระดับที่พึ่งพาได้โดยสมบูรณ์ ในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง แต่หลังจากการใช้รูปแบบฯ มีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเป็นระดับสูง($t=10.61$, $p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลข้อมูลเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index of ADL) และประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบฯ

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			T	DF	p-value
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล			
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	1.05	1.43	พึ่งพาโดยสมบูรณ์	6.11	2.74	พึ่งพาโดยสมบูรณ์	10.08	34	<0.001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	2.96	0.30	ปานกลาง	3.72	0.36	สูง	10.61	34	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง มีหัวข้อทั้งหมด 5 หัวข้อ ได้แก่ ชื่อรูปแบบวัตถุประสงค์ของรูปแบบ ขอบเขต นิยามศัพท์ เฉพาะ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งเนื้อหาในรูปแบบประกอบไปด้วย การวางแผนการดำเนินงาน การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วยสหสาขาวิชาชีพ การสร้างแนวทางการรับส่งผู้ป่วย การรายงานข้อมูลผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลวังสะพุงในการการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย ซึ่งเป็นไปตามแนวทางของสำนักการพยาบาล⁽¹³⁾ ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านว่าเป็นการดำเนินการเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความพร้อมผู้ดูแลครอบครัว สิ่งแวดล้อม และวิเคราะห์ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ประเมินการวางแผนจำหน่ายต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมถึงปัจจัยเกี่ยวข้องที่ช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลปรับแผนการพยาบาลเพิ่มเติมจากปัญหาที่

พบที่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของณิสาชฌนาคกุล และปานดวงใจ เสนชู⁽¹⁴⁾ ที่ได้ทำการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลหลัก เขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยหลักการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุติดเตียงเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯการดูแลกิจวัตรประจำวันการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการส่งต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิมนวล โคอิน และกิตติพร เนาว์สุวรรณ⁽¹⁵⁾ ที่ทำการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดหนองคาย โดยมีการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุที่ประกอบไปด้วยการสร้างแนวทางการวางแผนเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน การสร้างแนวทางการรับ ส่งต่อ ผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติารีย์ ธนสิริกาญจน์ และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ทำการศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง

ในผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เขตอำเภอเมืองเลย ผลการศึกษาพบว่า เกิดรูปแบบและแนวทางการดูแลต่อเนื่อง มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายใน 5 วัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$)

จากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง ไปใช้ในการดูแลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index of ADL) และประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index of ADL) ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั้ง 2 ด้านเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมทั้งในเชิงเนื้อหา รูปแบบ การจัดกิจกรรม และการติดตามประเมินผล รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีความเข้าใจในรูปแบบที่พัฒนาขึ้น อาจเป็นผลเนื่องจากการอธิบาย และการทำความเข้าใจจากผู้วิจัยให้กับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จึงส่งผลให้ผลจากการใช้รูปแบบมีผลลัพธ์ที่ออกมาในแนวโน้มที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิมนวล โคยีน และกิตติพร เนาวิสุวรรณ⁽¹⁵⁾ ที่ทำการศึกษการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย

อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียงที่ 3 และเตียงที่ 4 มีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของนเรศ มณีเทศ⁽¹⁷⁾ ที่ทำการศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียงของผู้ดูแลรายกรณี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจ และความเข้าใจเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนพร ชูศักดิ์ และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และระดับที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุติดเตียง และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของศรฉัตรณ์ ศิลปภักษา และธารารัตนอำนวยศิริ⁽¹⁹⁾ ที่ทำการศึกษการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้พิการในชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาพบว่าผู้พิการได้รับสวัสดิการทางสังคมเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้พิการได้รับการดูแล และเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขทุกราย

จากข้อมูลข้างต้น สามารถอธิบายโดยสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ติดเตียงที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น ต้องมีวิธีการ หรือรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะต้องมีองค์ประกอบทางด้านแผนการปฏิบัติงาน แผนการลงพื้นที่ การติดตาม สนับสนุน ส่งต่อ รวมถึงกระบวนการประเมินผลจากการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และปัจจัยที่สำคัญอีกหนึ่งประเด็นคือการที่มีสหสาขาวิชาชีพ มาเป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา และนำรูปแบบไปใช้ จึงจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ติดเตียงเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) ควรมีการศึกษาผลจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ในกลุ่มตัวอย่างในระยะยาว เช่น การประเมินด้านคุณภาพชีวิต เพื่อให้เกิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

2) ควรมีการนำแนวทางการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยในระยะการรักษาแบบประคับประคอง เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะที่ในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลวังสะพุง ไปพัฒนาและใช้ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อเป็นการกระจายรูปแบบที่เหมาะสมให้พื้นที่ได้ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวังสะพุง ภาควิชาอายุรศาสตร์ที่เข้าร่วมโครงการ ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยและความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กขพร เชื้ออนชนะ และคณะ. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. *Journal of Health Science - วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 273–285. Retrieved from <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/6419>.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2562. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1550973505-153_0.pdf. [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2566].
3. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2559). ความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการแบบ palliative care. ใน: กิตติพล นาควิโรจน์, บรรณธิการ. *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
4. ชุตินา อรรถสิทธิ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย, จิตปราณี วาควิว, อรศรี อินทาม่า, อาทิตยา เทียมไพโรวัลย์. (2550). การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548-2549. *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*.
5. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลี้อา, อีรพร สติธองกร, ทิพย์สุตา ลากภักดี. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

6. World Health Organization. (2015). Global status report on noncommunicable diseases, 2014 [Internet]. Geneva, Switzerland. [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
7. Bentzen N. (2003). editor. WONCA dictionary of general/family practice. Trondheim, Norway: WONCA International Classification Committee.
8. World Health Organization. (2005). Noncommunicable Diseases Progress Monitor, 2005.
9. World Economic Forum. (2011). The global competitiveness report 2016 - 2017. Available at <http://www.weforum.org>. [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2566]
10. กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. (2566). จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี 2559-2563. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>
11. โรงพยาบาลวังสะพุง. (2565). รายงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. โรงพยาบาลวังสะพุง.
12. สำนักการพยาบาล. (2556). หนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
13. อรุณ จิรวัดณ์กุล. (2550). ชิวสเถติ, พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยาคม.
14. ณิชาสถล นาคกุล และปานดวงใจ เสนชู. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลหลัก เขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ. 4 (2). 27 – 39.
15. นิมนวล โคอิน และกิตติพร เนาวิสุวรรณ. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดหนองคาย. ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์. 13 (1). 46 – 60.
16. จิตตารีย์ ธนสิริกาญจน์ และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เขตอำเภอมืองเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 39(2), 127-136.
17. นเรศ มณีเทศ. (2565). รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียงของผู้ดูแลรายกรณี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 7 (1). 49 – 56.
18. ทศพร ชูศักดิ์ และคณะ. (2566). ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยวิชาการ. 6 (2). 87 – 102.
19. ศรัณรัตน์ ศิลปศึกษา และธรรมา รัตนอำนวยศิริ. (2655). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้พิการในชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และภาคีเครือข่ายอำเภอบางบาล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ. 4 (1). 29 – 42.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อ
กระจก โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร

THE EFFECTIVENESS OF DISCHARGE PLANNING PROGRAM TO SELFCARE ABILITY OF AFTER
PHACOEMULSIFICATION INPATIENTS DEPARTMENT PRAARJANBAN TANAKARO HOSPITAL
SAKON NAKHON PROVINCE.

(Received: December 25,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อัจฉรา โปธิ¹
Ardchara Pothi¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยต่อกระจกที่เข้ารับบริการผ่าตัดต่อกระจกและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ถึงเดือน พฤศจิกายน 2566 จำนวน 30 รายคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระจก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบโดยใช้หลัก D-METHOD ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค (Disease : D) ยาที่ใช้ (Medication : M) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (Environment : E) แนวทางการรักษา (Treatment : T) การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Health : H) การมาตรวจตามนัด (Outpatient : O) และอาหาร (Diet : D) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย , ความสามารถในการดูแลตนเอง , ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research was to study the effects of Discharge Planning Program To Selfcare Ability Of Patients After Phacoemulsification In-Patients Department Praarganban Tanakaro Hospital Sakon Nakhon Province. In the sampling group, there were 30 patients. Purposive sampling was selected. Collection data during October to November 2023. The research instruments included general data record form, test knowledge of patient , patient self –care ability questionnaire and satisfaction of patients questionnaire. Data were analyzed using percentage,mean standard deviation and t-test.

The results of the study found that Discharge Planning Program To Selfcare Ability Of Patients After Phacoemulsification In-Patients Department Praarganban Tanakaro Hospital Sakon Nakhon Province Principles D-METHOD included of Disease, Medication ,Environment ,Treatment , Health ,Outpatient and Diet principles, after sampling group statistical significantly enhanced patients knowledge good level selfcare ability were increasing good level statistical significantly ($p < 0.001$) patient' satisfaction were at a good and best level statistical significantly ($p < 0.001$)

Keyword: Discharge planning program, Self – care ability , Phacoemulsification

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร

ดังนั้นในการที่จะทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระจก ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค³

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การวินิจฉัย การประเมิน การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน และการประเมินผล เพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ ทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การประเมิน (Assessment) เป็นการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ประเมินศักยภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ประสบการณ์และความเชื่อที่มีอิทธิพล ทักษะคิด และแหล่งสนับสนุนที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย เพื่อนำไปกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย 2) การวางแผน (plan) เป็นการกำหนดแผนการจำหน่ายที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมาย กำหนดแผนการสอน การฝึกทักษะผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงหาแหล่งทรัพยากรที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการขณะอยู่บ้าน และจัดทำเป็นแผนการจำหน่ายผู้ป่วย 3) การนำแผนจำหน่ายไปปฏิบัติ (implementation) โดยจัดให้มีการสอน การสาธิตและฝึกทักษะผู้ดูแลรวมถึงประสานกับ แหล่งบริการภายนอกโรงพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้ และ 4) การประเมินผล (evaluation) โดยพยาบาลต้องเป็นผู้ประเมินร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวได้รับการปฏิบัติตามเป้าหมายหรือไม่ โดยในการวางแผนการจำหน่ายนิยมใช้รูปแบบ D-METHOD มาใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วยโรค (diagnosis) ยา (medicine) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (environment & economic) การรักษา (treatment) ภาวะสุขภาพ (health) การขอความช่วยเหลือและการนัด (outpatient &

referral) และอาหาร (diet)⁴ การนำ D-METHOD มาเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ทราบถึงขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะเวลาตามสภาพปัญหาผู้ป่วย และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนในการสอนและสาธิตทักษะการดูแลและสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ลดค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายที่ดียังทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง การวางแผนจำหน่ายที่ดีควรจะมีแนวทางที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงาน สามารถนำมาใช้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันได้ มีสื่อที่ชัดเจนเข้าใจง่าย สะดวกสามารถเข้าถึงได้ง่าย เข้าถึงได้ตลอดเวลาและทุกที่ตามที่ผู้ป่วยต้องการจะศึกษา จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคได้ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกจึงมีความสำคัญอย่างมากในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระจก⁵

โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ได้จัดบริการรักษาโรคต่อกระจก ซึ่งเป็นโรคที่มีผู้รับบริการมาจากข้อมูลสถิติหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร รับดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาและทำผ่าตัดต่อกระจกปีงบประมาณ 2563-2566 จำนวน 307, 164, 47, 342 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2565 เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีข้อจำกัดในการผ่าตัด ทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลง พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงหลังผ่าตัด ร้อยละ 2.58, 1.62, 2 ในปีงบประมาณ 2564-2566 ตามลำดับ⁶ จากการวิเคราะห์สถานการณ์และประสบการณ์การทำงานพบว่ายังไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน และการให้ความรู้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก ยังไม่เป็นระบบ ผู้ป่วยได้รับ

คำแนะนำไม่ครอบคลุม ประกอบกับส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในด้านความจำ ทำให้สามารถจำคำแนะนำไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ยังต้องการคำแนะนำ บางรายมีการโทรศัพท์กลับมาสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ได้แก่ การหยอดตาที่ถูกต้อง การรับประทานยา และในขณะเดียวกันยังขาดการประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายจึงมีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, K M., 2001)⁷ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกตามรูปแบบ D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และปราศจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
- 2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
- 3 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ศึกษาผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพระ

อาจารย์แบน ธนากโร มีระยะเวลาศึกษาวิจัยทุกกระบวนการตั้งแต่เดือน กันยายน - พฤศจิกายน 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัยโดยศึกษาบริบทสภาพ ปัญหาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย ในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย นัดเข้าร่วมกิจกรรมดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โดยการเก็บข้อมูลก่อนการเข้าโปรแกรม

ระยะที่ 3 ประเมินผลโดยการเก็บข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้

ประชากร คือผู้ป่วยต่อกระดูกที่เข้ารับบริการผ่าตัดต่อกระดูกและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร เดือน กันยายน ถึงเดือน พฤศจิกายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยต่อกระดูกที่เข้ารับบริการผ่าตัดต่อกระดูกและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร เดือน ตุลาคม ถึงเดือน พฤศจิกายน 2566 จำนวน 25 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ .80 กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ .05 ใช้ขนาดอิทธิพลจากผลการวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ .08 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรายละเอียด 25 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. อายุ 18 ปีขึ้นไปที่จะเข้ารับการรักษาผ่าตัดต่อกระดูกใส่เส้นเอ็นแก้วตาเทียมเป็นครั้งแรก แบบนัดหมายล่วงหน้า แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร

2. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย
3. ไม่จำกัดเพศ
4. สติสัมปชัญญะ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ไม่ยินยอมและไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย
2. ขอยกเลิกเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ที่ผู้วิจัยออกแบบโดยใช้หลัก D-METHOD ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค (Disease : D) ยาที่ใช้ (Medication : M) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (Environment : E) แนวทางการรักษา (Treatment : T) การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Health : H) การมาตรวจตามนัด (Outpatient : O) และอาหาร (Diet : D)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว

2) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ตามหลัก D-METHOD (Orem, K.M., 2001) จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เพื่อวัดระดับความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย การแปลผลคะแนนความรู้ใช้หลักเกณฑ์ดังนี้ (Bloom, B.S. et al, 1986)⁸ 4 ค่าคะแนนต่ำกว่า 9 ระดับความรู้อยู่ในระดับน้อย ค่า

คะแนน 10-11 ระดับปานกลาง ค่าคะแนน 12-15 ระดับดี

3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้นตามหลักแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และหลัก D-METHOD เครื่องมือครอบคลุมเนื้อหาด้านการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด หลักการเช็ดตาและหยอดตา การจัดสิ่งแวดล้อม การรับประทานอาหาร การมาตรวจตามนัดและการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับจำนวน 15 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 หมายถึง มีความสามารถเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง มีความสามารถเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับมาก

3 หมายถึง มีความสามารถเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

2 หมายถึง มีความสามารถเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับน้อย

1 หมายถึง มีความสามารถเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับน้อยที่สุด

โดยการแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์การแปลความหมายดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) โดยคะแนนเฉลี่ย

4.51-5.00 หมายถึง มีความสามารถเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับมากที่สุด

3.51-4.50 หมายถึง มีความสามารถเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับมาก

2.51-3.50 หมายถึง มีความสามารถเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

1.00-2.50 หมายถึง มีความสามารถเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับน้อย

4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

(Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 13 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- พึงพอใจมากที่สุด ให้คะแนน 5
 พึงพอใจมาก ให้คะแนน 4
 พึงพอใจปานกลาง ให้คะแนน 3
 พึงพอใจน้อย ให้คะแนน 2
 พึงพอใจน้อยที่สุด ให้คะแนน 1

โดยการแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์การแปลความหมายดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) โดยคะแนนเฉลี่ย

4.51-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

3.51-4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

2.51-3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในระดับปานกลาง

1.00-2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดต่อกระจก ตรวจสอบคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item – objective Congruence : IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านจักษุ พยาบาลเฉพาะทาง เวชปฏิบัติทางตา และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล พบว่ามีค่า IOC เท่ากับ 0.69-1.00

2. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านจักษุ พยาบาลเฉพาะทาง เวชปฏิบัติทางตา และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล มีค่า IOC เท่ากับ 0.69-1.00 คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ สูตร Kuder-Richardson KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.78

3. แบบสอบถามวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านจักษุ พยาบาลเฉพาะทาง เวชปฏิบัติทางตา และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล พบว่าค่า เท่ากับ 0.69-1.00 คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ สัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.81

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย หลังผ่าตัดต่อกระจก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านจักษุ พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทางตา และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล มีค่า IOC เท่ากับ 0.69-1.00 คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ สัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยให้ข้อมูล อธิบายการดำเนินการวิจัยและให้เซ็นใบยินยอม การทำวิจัย
2. ให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก
3. ดำเนินการให้ความรู้ ตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก สอนเป็นรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที
4. ให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้หลังได้รับความรู้ ตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก
5. ในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทำแบบสอบถามความพึงพอใจและแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจก

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก โดยนำมาแจกแจง

ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเปรียบเทียบความรู้ ก่อน - หลัง ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกเปรียบเทียบความสามารถก่อน - หลัง โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครเลขที่ SKN REC 2023 - 055 ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยต่อกระดูกที่เข้ารับบริการผ่าตัดต่อกระดูกและนอกพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ร้อยละ 26.7 รายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.0 การศึกษา

ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร พบว่าความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=10.25$) และความรู้หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร อยู่ในระดับดี ($\bar{x}=13.35$) สรุปได้ว่าความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยระดับคะแนนหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร (n=30)

ระดับความรู้	\bar{x}	S.D.	ระดับ	t
ก่อนเข้าโปรแกรม	10.25	2.38	ปานกลาง	-12.56
หลังเข้าโปรแกรม	13.35	0.63	ดี	

*p<0.001

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูกหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับ

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นในทุกหัวข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก
หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
พระอาจารย์ แบน ธนาโคร (n=30)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	ก่อน		หลัง		t
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	-7.46*
1. การเช็ดตาและทำความสะอาดตา	3.21	0.25	4.35	0.54	-7.32*
2. การหยอดตาได้ถูกวิธี	3.35	0.58	4.57	0.61	-8.85*
3. การป้ายตาได้ถูกวิธี	3.47	0.67	4.28	0.58	-8.45*
4. การเก็บยาหยอดตา ป้ายตาได้ถูกวิธี	3.61	0.72	4.12	0.49	-9.54*
5. ล้างมือก่อนและหลังหยอดตา	3.72	0.55	4.35	0.45	-9.35*
6. ไม่ควรรีหรือจามแรง ๆ หลังผ่าตัด	3.65	0.67	4.55	0.58	-8.57*
7. การไม่แกะฝากรอบตา	3.76	0.50	4.71	0.48	-7.56*
8. รับประทานยาตามแผนการรักษา	3.78	0.56	4.56	0.57	-6.54*
9. การนอนหงาย ห้ามนอนตะแคง	3.65	0.42	4.25	0.55	-6.76*
10. เวลาแปร่งฟัน แปร่งเบา ๆ ไม่สั้นศีรษะไปมาขณะแปร่งฟัน	3.81	0.62	4.43	0.48	-8.65*
11. รับประทานผลไม้เป็นประจำเพื่อป้องกันท้องผูก	3.73	0.51	4.48	0.48	-8.56*
12. หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การออกกำลังกายประเภทกระโดด	3.61	0.56	4.46	0.45	-4.58*
13. ขณะอาบน้ำให้ใช้ขันตักกราดจากไหลลงมา ระวังอย่าให้น้ำกระเด็นเข้าตา	3.78	0.54	4.56	0.46	-3.89*
14. ใช้สายตาได้ตามปกติ เช่นดูทีวี หรืออ่านหนังสือ หากเมื่อยตาก็หยุดพัก	3.88	0.58	4.58	0.51	-4.85*
15. การมาตรวจตามแพทย์นัด	3.78	0.67	4.25	0.56	-7.17*
ค่าเฉลี่ย	3.65	0.38	4.43	0.51	-18.12*

** p<0.001

คะแนนเฉลี่ยพึงพอใจของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูกหลังได้รับโปรแกรม การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนาโคร พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนาโคร อยู่ในระดับมากในทุกหัวข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล พระอาจารย์แบน ธนาโคร

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอภิปรายผลดังนี้

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนาโคร พบว่าความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แขนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร อยู่ในระดับปานกลาง ($=10.25$) และความรู้หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แขนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร อยู่ในระดับดี ($=13.35$) สรุปได้ว่าความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แขนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยระดับคะแนนหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แขนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แขนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ พวงเพชร และคณะ (2558)¹⁰ ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัดและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ($M = .56, SD = .71$; และ $M = 1.11, SD = 1.01$) น้อยกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M = .04, SD = .02$; และ $M = .33, SD = .62$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.25, df = 50, p < .05$ และ $t = -2.33, df = 50, p < .05$) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($M = 76.36, SD = 4.72$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M = 70.92, SD = 7.36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.19, df = 50, p < .05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการใช้ชีวิตประจำวัน

2 .เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอภิปรายผลดังนี้

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูกหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แขนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก แขนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นในทุกหัวข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของพิพาทร์ เอกวงษา (2564)¹¹ ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนา ส่งผลถึงความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพิ่มขึ้น และการศึกษาของศิริพร ลวณะสกล (2564)¹² ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดจอประสาทตาและน้ำวุ้นตาหอยผู้ป่วย ตา หุคอ จมูก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังทำผ่าตัดจอประสาทตาและน้ำวุ้นตาหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 14.65, S.D. = 0.66$) 2) ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรม การวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.39, S.D. = 0.22$) มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ 3) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.44, S.D. = 0.21$) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายนี้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทางตาประเภทอื่น ๆ เพื่อเพิ่ม

ประสิทธิภาพในการดูแลให้มากยิ่งขึ้น และ การศึกษาของ ชรฉัตร ลภัทธานันท์และคณะ (2563)¹³ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ แก้วตาเทียมในสถาบันราชประชาสมาสัย ที่พบว่า ควรนำปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ทำให้เกิด ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อ กระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมไปใช้ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อ กระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมที่ถูกต้องเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ จะส่งผลต่อการ ปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและลด ภาวะแทรกซ้อน นำสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดต่อกระจกที่เข้ารับโปรแกรมการวางแผนการ จำหน่าย อภิปรายผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ยพึงพอใจของผู้ป่วยหลังทำ ผ่าตัดต่อกระจกหลังได้รับโปรแกรม การวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระจก แผนกผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต่อกระจก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร อยู่ในระดับมากในทุกหัวข้อ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับ การศึกษาของศิริพร ลวงะสกล (2564) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังทำ ผ่าตัดจอประสาทตาและน้ำวุ้นตาห่อผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลสุราษฎร์ พบว่า ความพึง พื่อใจต่อโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยรวมอยู่ ในระดับดี ($\bar{X} = 4.44$, S.D. = 0.21) สามารถเพิ่ม ประสิทธิภาพในการดูแลให้มากยิ่งขึ้น และ การศึกษาของ ฉวีวรรณ เกตุน้อย (2561)¹³ ศึกษา

การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่าย ห่อผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการ วางแผนจำหน่ายในระดับมากถึงมากที่สุดอย่าง ครบถ้วนได้มากกว่าร้อยละ 80 เมื่อผู้ป่วยเกิดความ พึงพอใจ จะแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกได้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้ สามารถทำให้บุคคลมีความรู้ การรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และมี พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ดังนั้นในการ ปฏิบัติการพยาบาล พยาบาล ควรนำโปรแกรมการ ให้ความรู้ เป็นแนวทางในการส่งเสริมและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลในเรื่อง อื่น ๆ ให้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบให้ ความรู้ โดยจัดให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเป็น ผู้รับผิดชอบ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ ต่อเนื่อง และส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ให้ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในการจัดโปรแกรมที่ มีการติดตามผลระยะยาว

2. ควรมีการศึกษาวิจัยโปรแกรมการให้ ความรู้ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโดยมีกลุ่ม เปรียบเทียบเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม

4. ควรมีการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการ ให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วม ของครอบครัวกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น ความพึงพอใจ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การนอน โรงพยาบาล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมภาร ไวยลาภ_(2560.) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อกระจกแบบครบวงจร โรงพยาบาลเซกา. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 4(1) 71-85.
- 2.ละมิตร์ ปีกขาว และคณะ. (2563).การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทร ตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข.29(5).864-875.
- 3.กนกพร อริยภูวงศ์ ,ศุภพร ไพธอดม ,ทานตะวัน สลิ่งศ์ (2562) ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อกระจก โรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2(3). 17-30.
4. เพ็ญศรี ปัญญา และคณะ (2566).ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันในการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอนาสิก โรงพยาบาลแพร่. Phrae medical Journal and Clinical Sciences. 31(2) 1-16.
5. อังคณา อัครบุญญาเดช ,ดุจดาว ศุภจิตกุลชัย และวริศนันท์ ปุณณะวิทย์ (2565) .ผลการสอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกให้กับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก.บูรพาเวชสาร. 9(1). 13-27.
6. โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร. (2563-2565). สถิติข้อมูลผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร
7. Orem,K.M. (2001). Nursing: Concepts of practice. (6th ed.). Louis: Mosby.
8. Bloom, B. S. et al. (1986). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill.
9. บุญชม ศรีสะอาด.(2560). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
10. เบญจวรรณ พวงเพชร (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน. Journal of Nursing Science.34(1),53-64.
- 11.พิพาทิร เอกวงษา (2564) .ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจก.วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2(1). 71-81.
12. ชรฉัตร ลภัทธานันท์,ศิริรัตน์ ภูโอบ, อำนาจ โกสิงห์ (2566) .ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในสถาบันราชประชาสมาสัย.Journal of Faculty of Nursing Burapha University.31(2).77-89.
- 13.ฉวีวรรณ เกตุน้อย (2562). การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอนาสิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก . พยาบาลสาร 47(2)417-430.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร
Effectiveness Of Chronic Renal Diseases Care Program Kusuman Hospital Sakon Nakhon
Province.

(Received: December 25,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ภัชรี วิชานา¹
Patcharee Wichana¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต่อการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลกุสุมาลย์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัด ตั้งแต่เดือน กันยายน 2566 – ธันวาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ และ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไต สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางสุขภาพ โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ BMI BP eGFR sCr FBS และคะแนนสัมภาษณ์ ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI), ความดันโลหิต (blood pressure, BP) อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ค่าครีเอตินินในเลือด (serum creatinine, sCr) ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar, FBS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม การรับประทานอาหาร และการใช้ยาอย่างเหมาะสม ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เรื่องการรับประทานอาหารและการใช้ยาอย่างเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับต่ำ หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research was to study the effects of Chronic Renal Diseases Care Program. The sample was 50 patients who had CKD stages 3 and 4 in the September to December 2023. Tool was questionnaire consisted General data recording form, Health information record form, and interview form for self-management behavior to slow down the kidneys. Data were analyzed using percentage, mean standard deviation and pair t-test.

The results of the study found that after joining the Chronic Renal Diseases Care Program BMI, blood pressure, estimated glomerular filtration rate, eGFR, serum creatinine, sCr ,fasting blood sugar, reduced with statistically significant difference ($p < 0.001$), compare average score self-management behavior, eating, medication use, after joined Chronic Renal Diseases Care Program found that average score self-management behavior, eating, medication use, increased with statistically significant difference ($p < 0.001$). before joined Chronic Renal Diseases Care Program average score at low level after moderate level.

Keyword: Chronic Renal Diseases Care Program, CKD stages 3 and 4

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลกุสุมาลย์

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของทุกประเทศทั่วโลก จากรายงานสมาคมโรคไตสหรัฐอเมริกา พบว่าในปีค.ศ. 2011 มีประชากรจำนวน 31 ล้านคนที่ป่วยเป็น 17.5 มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณปีละหนึ่งหมื่นคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตได้แก่ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต รวมสี่หมื่นคน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต คือ สองแสนบาทต่อคนต่อปี คำนวณค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งประเทศสูงถึง สี่ถึงหกพันล้านบาท นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องรับภาระค่ายา ค่าพาหนะ และคุณภาพชีวิตที่ไม่สมบูรณ์ คือมีความทุกข์ทั้งกายและใจ ในขณะที่แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาด้านโรคไตยังไม่เพียงพอ กับปริมาณผู้ป่วยที่มากขึ้นและจากรายงานของสำนักนโยบายและแผน พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือมีผู้ป่วยโรคไตมากที่สุด ผลการวิจัยพบว่าอายุที่มากขึ้นทุก 10 ปีมีโอกาสป่วยสูง 2.99 เท่าและมีการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังประมาณ 2,000 รายต่อปี จากสถิตินี้จะเห็นได้ว่าประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตเป็นจำนวนมากสาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้องค์การอนามัยโลกออกมาเตือนประเทศสมาชิก ต้องลดการบริโภคเกลือ ร้อยละ 30 การลดเค็มจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง เช่น ความดันเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ สถิติผู้ป่วยรวมเกือบ 15 ล้านคน ผลที่ตามมา ทำให้ไตเสื่อม หากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์⁽¹⁾

ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยไตเรื้อรัง ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้ความรู้เพื่อที่จะ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ เพิ่มความสามารถแห่งตนเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการ ตรวจคัดกรองและดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอ การเสื่อมของไตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเป็นที่ปรึกษาเพื่อ ป้องกันการ เกิดภาวะแทรกซ้อนและการลุกลามของโรค ถึงระยะที่สี่และห้า ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้และยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไต อาจด้วยวิธี ฟอกเลือด ล้างไตทางหน้าท้องหรือขนาดจะต้องเปลี่ยนไต โรคไตเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เป็นโรคแห่งความทุกข์ ทรมาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอให้เกิดภาวะไตเสื่อมช้าที่สุดจึงถือว่าเป็นวิธีการที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญมาก โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง ค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง การวินิจฉัยระยะของไต การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแต่ละระยะ โดยการควบคุมอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและการดูแลโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุสำคัญอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

บทบาทของพยาบาลในปฐมภูมินอกจากการใช้ความรู้ความสามารถ เฉพาะตัวให้การดูแลผู้ป่วยแล้วจะต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ รูปแบบการดูแล โรคเรื้อรังการสร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา, เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเองรวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่าสามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้

จากการทบทวนวรรณกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลที่ส่งผลต่อการควบคุม ป้องกันโรคแทรกซ้อนได้วิธีการหนึ่งคือแนวคิดของการจัดการตนเองซึ่งลอริกและฮอลแมน (Lorig and

Holman,2003) กล่าวว่าการจัดการตนเอง (self management) เป็นการตอบสนองของบุคคล เพื่อจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง ในแต่ละวันของตนเอง อย่างต่อเนื่อง ตลอดชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (Medical management) เช่น การควบคุมอาการ การใช้ยา การรับประทานอาหาร เฉพาะโรค 2) การจัดการกับบทบาท (Role management) เป็นการคงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนและการสร้างบทบาทให้เหมาะกับภาวะเจ็บป่วย และ 3) การจัดการกับอารมณ์ (Emotional management) เป็นการจัดการกับอารมณ์ ที่เป็นผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ปัจจัยสำคัญที่มีผลในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง คือ ความรู้ การรับรู้การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยและการสนับสนุนจากครอบครัวหรือการสนับสนุนทางสังคม⁽²⁾

ในจังหวัดสกลนครมีประชากรทั้งหมด จำนวน 1,153,390 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2562)⁽³⁾ ในปี 2559 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ามาใช้บริการที่หน่วยบริการ ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร จำนวน 35,862 คน และในปี 2562 จำนวน 45,375 คน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ามาใช้บริการที่หน่วยบริการ ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนครเพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.53 จากสถิติ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อำเภอกุสุมาลย์ มีจำนวนทั้งหมด 2540 2475 และ 2652 ในปี 2564 2565 2566⁽⁴⁾ ตามลำดับ จากปัญหาในการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต้องอาศัยการทำงานอย่างเป็นทีมสหสาขา ร่วมกับการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงการจัดการตนเอง ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข แพทย์ พยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัด

สกลนคร เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่ออยู่บ้าน อันจะเป็นประโยชน์ต่อ ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรสาธารณสุขในการปรับใช้ต่อไป และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สามารถชะลอความเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต่อการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต่อดัชนีมวลกาย (BMI), ความดันโลหิต (blood pressure, BP) อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ค่าครีเอตินินในเลือด (serum creatinine, sCr) ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar, FBS)
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต่อการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลกุสุมาลย์ ระยะเวลาศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือน กันยายน - ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลา 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลกุสุมาลย์

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วม โครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งมีอัตราการกรองไตอยู่ในช่วง 15- 59mL/min/ 1.73m² ทุกกลุ่มอายุ
2. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย
3. ไม่จำกัดเพศ
4. สติสัมปชัญญะดี

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจาก โครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ไม่ยินยอมและไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย
2. ขอยกเลิกเข้าร่วมวิจัย
3. ผู้ป่วยโรคไตวาระระยะสุดท้าย
4. ผู้ป่วยเสียชีวิต

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของ โคเฮน (Cohen,1988) โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) ของงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ศิริลักษณ์ ฤงทอง ,2557)⁽⁵⁾ ได้ Effect size เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21 โดยแบ่งเป็นสองกลุ่มและได้เพิ่มกลุ่มละ 25 ราย เป็นกลุ่มทดลองและควบคุม ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 50 ราย ซึ่งจะมีค่าอำนาจในการทดสอบจากการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ .85

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพมีรายละเอียดดังนี้

1. ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานพร้อมสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน เป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานให้มีความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ในการควบคุมโรคทั้งระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า น้ำตาลเฉลี่ยสะสม ระดับไขมันในเลือด ความดัน

โลหิต รอบเอวและดัชนีมวลกาย ใช้วิธีการบรรยายประกอบเนื้อหา

2. ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวาน รายการอาหาร แลกเปลี่ยน การอ่านฉลากโภชนาการ ใช้วิธีบรรยายประกอบสื่อการสอน และเรื่องการใช้ยา ผลข้างเคียงของยา การลิ้มรับประทานยา การรับประทานยาเมื่อต้องเดินทางไกล ใช้วิธีบรรยายประกอบเนื้อหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์

3. ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ช่วยคลายความเครียด การผ่อนคลาย การทำสมาธิเบื้องต้น ภาวะแทรกซ้อนกับโรคเบาหวานทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวใช้วิธีการบรรยาย การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

การให้ความรู้โดยใช้สื่อให้ความรู้เรื่อง คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องเบาหวาน สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป : เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ระยะของโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ : ดัชนีมวลกาย (BMI), ความดันโลหิต (blood pressure, BP) อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ค่าครีเอตินินในเลือด (serum creatinine, SCr) ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar, FBS)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม : ได้รับการพัฒนามาจากแบบประเมินจาก งานวิจัยเรื่อง Effects of self-management support program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes

mellitus ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 20 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน แบ่งเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ และการใช้ยาอย่างเหมาะสม จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามเป็น แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่ปฏิบัติเลย ถึงปฏิบัติประจำ ซึ่งมีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0-80 คะแนน และแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ดังนี้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (64-80 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง คะแนนที่อยู่ในช่วงร้อยละ 60-79 (48-63 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-47 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ (อ้างถึง วัชรพงศ์ วีรกุล ,2565)⁽⁶⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อม ตรวจสอบคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item – objective Congruence : IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รักษา พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล พบว่ามีค่า IOC เท่ากับ 0.69-1.00 ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตรวจสอบคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item – objective Congruence : IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รักษา พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล พบว่ามีค่า IOC เท่ากับ 0.74-1.00

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัยโดยศึกษาบริบทสภาพ ปัญหาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย ในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย นัดเข้าร่วมกิจกรรม ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 อบรม อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ก่อนการทดลอง) โดยแพทย์และพยาบาล เนื้อหาประกอบด้วย การดูแลเรื่อง อาหาร การใช้ยา การควบคุมโรคประจำตัว และการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อเพิ่มศักยภาพของ อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมโดยการแนะนำ กระตุ้นเตือน ส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน ในช่วงการเยี่ยมบ้าน มีการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ : ดัชนีมวลกาย (BMI), ความดันโลหิต (blood pressure, BP) อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ค่าครีเอตินินในเลือด (serum creatinine, SCr) ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar, FBS)

กิจกรรมที่ 2 จัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรัง โดยมีแพทย์ตรวจรักษา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ 3 เยี่ยมบ้านโดยทีมเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กิจกรรมได้แก่ เป็นการเยี่ยมที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ดูแล ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง วัดความดันโลหิต ตรวจสอบความถูกต้องในการรับประทานยาประจำตัว ให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายและการควบคุมโรคประจำตัว บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน

กิจกรรมที่ 4 อบรม อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (หลังการทดลอง) ส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน ในช่วงการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์ พยาบาล อสม. และมีการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ : ดัชนีมวลกาย (BMI), ความดัน

โลหิต (blood pressure, BP) อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration 3.4)

ระยะที่ 3 ประเมินผลโดยการเก็บข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางสุขภาพ โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ BMI BP eGFR sCr FBS และคะแนนสัมภาษณ์ ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครเลขที่ SKN REC 2023 - 040 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร พบว่า เพศ

ชายร้อยละ 54 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 50 (\bar{x} = 58.21 , S.D.= 5.56) สถานภาพสมรสร้อยละ 37 สิทธิการรักษา บัตรทองร้อยละ 42 อาชีพ เกษตรกรร้อยละ 42 รายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 28 (\bar{x} = 5353.34 , S.D.= 3.94) ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษาร้อยละ 44 มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไปร้อยละ 68.0 ระยะของโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 58

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ : ดัชนีมวลกาย (BMI), ความดันโลหิต (blood pressure, BP) อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ค่าครีเอตินินในเลือด (serum creatinine, SCr) ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar, FBS) ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้สถิติ pair t-test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI), ความดันโลหิต (blood pressure, BP) อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ค่าครีเอตินินในเลือด (serum creatinine, SCr) ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar, FBS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ : ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต อัตราการกรองของไต ค่าครีเอตินินในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร (n=50)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ดัชนีมวลกาย (BMI),	21.5	4.7	21.4	4.1	-11.481	0.64
ความดันโลหิต						
Systolic pressure	137.8	12.5	134.3	13.5	5.427	0.01
Diastolic pressure	80.2	7.4	70.3	8.9	9.26	0.02
อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR)	42.3	12.3	45.2	13.8	-19.211	0.21
ค่าครีเอตินินในเลือด (serum creatinine, SCr)	1.32	1.2	1.21	1.2	3.458	0.51
ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar, FBS)	110.1	2.3	104.2	3.6	6.354	0.11

*p<0.001

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม การรับประทานอาหาร ข้อ

และการใช้ยาอย่างเหมาะสม ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า หลังเข้า

ร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เรื่องการรับประทานอาหารและการใช้ยาอย่างเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับต่ำ หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม การรับประทานอาหาร และการใช้ยาอย่างเหมาะสม ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร (n=50)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t-test	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
เรื่องการรับประทานอาหาร	43.3	7.2	59.3	8.2	12.1	0.002
การใช้ยาอย่างเหมาะสม	46.2	5.1	61.5	6.3	16.2	0.006

*p<0.001

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม การรับประทานอาหาร และการใช้ยาอย่างเหมาะสม ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เรื่องการรับประทานอาหารและการใช้ยาอย่างเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับต่ำ หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า การจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ สามารถให้ความรู้ต่างๆ เพื่อสร้างความรู้คิด (cognitive) และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (behavior healthcare) จนเป็นความรู้ในการดูแลตนเอง (self-care) และการควบคุมตัวเอง (self-control) ทำให้ผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรังเข้าสู่กระบวนการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย กิจกรรม 4 กิจกรรม การจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ สามารถให้ความรู้ต่างๆ เพื่อสร้าง

ความรู้คิด (cognitive) และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (behavior healthcare) จนเป็นความรู้ในการดูแลตนเอง (self-care) และการควบคุมตัวเอง (self-control) ทำให้ผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรังเข้าสู่กระบวนการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหน้าอิน จังหวัดอุบลราชธานีการวิจัยครั้งเป็นแบบกึ่งการทดลอง⁷ และการศึกษาของ ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการต่อการชะลอภาวะไตเสื่อม⁶

2. ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI), ความดันโลหิต (blood pressure, BP) อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ค่าครีเอตินินในเลือด (serum creatinine, sCr) ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar, FBS) ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้สถิติ pair t-test หลังเข้าร่วมโปรแกรมข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI), ความดันโลหิต (blood pressure, BP) อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ค่าครีเอตินินในเลือด (serum creatinine, sCr) ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar, FBS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษา การศึกษาเรื่อง การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช⁸ วิเคราะห์ผลของโปรแกรมก่อนและหลังการศึกษาจาก คะแนนความรู้พฤติกรรมดูแลตนเองระดับค่าเฉลี่ยซีรัมครีเอตินินอัตราการกรองของไตและระดับ ความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบวากลุ่ม ตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิส ทอลิ คและระดับค่าเฉลี่ยซีรัมครีเอตินินลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติผู้ที่มีระดับอัตราการกรองของไต ลดลงมีระดับอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นหลังเข้า โปรแกรมระดับความรู้และทักษะการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการจัดการโรคไต เรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิโดยใช้รูปแบบการดูแล โรคเรื้อรังเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรัง และการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของ โปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลอุทอง จังหวัด สุพรรณบุรี⁹ และ ศึกษาเรื่องโปรแกรมการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบางพูน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี¹⁰

3. พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม การ รับประทานอาหาร และการใช้ยาอย่างเหมาะสม ก่อน และหลังการเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เรื่อง การรับประทานอาหารและการใช้ยาอย่างเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับต่ำ หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอ น้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี⁸ และการศึกษาเรื่อง

โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอ ภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่ง อินซูลิน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบางพูน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง ต่อการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังในระยะอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป เพื่อติดตาม ผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ อัตราการกรองของไต เพื่อ ยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในการควบคุมโรค

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารด้าน การพยาบาลควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการ นำรูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต่อ การชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไปใช้ เพื่อให้การพยาบาลนั้นตรงกับความต้องการของ ผู้ป่วย เป็นการเพิ่มคุณภาพในการให้การพยาบาล

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลใน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ควรนำ กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังต่อการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรค อื่นๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอ ไตเสื่อมต่อไป

3. ด้านการวิจัยทางการแพทย์ สามารถ นำไปเป็นรูปแบบการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไต เรื้อรัง เพื่อนำมาปรับใช้และพัฒนาโปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต่อการชะลอภาวะไตเสื่อมของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

4. ด้านการศึกษา สามารถนำไปพัฒนาการ เรียน การสอน สำหรับนักศึกษาพยาบาลและผู้สนใจ ในการโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต่อการ ชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ปรีตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ .รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
- 2.ชลภัทร คำพิมานและคณะ (2560) .ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มี
ภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ตำบลทองขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม.2560; 4(2):42-49.
3. กลุ่มนโยบายและวิชาการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร กระทรวงการพัฒนาสังคมและความ
มั่นคงของมนุษย์.สถานการณ์ทางสังคมจังหวัดสกลนคร ประจำปี 2563.
4. โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร. สถิติข้อมูลผู้มารับบริการ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร; 2563-2565.
5. บุญชม ศรีสะอาด.การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2560.
- 5.ศิริลักษณ์ ถุงทอง . ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการ
ตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. Songklanagarind
Journal of Nursing .2557;35 (1):67-84.
6. วัชรพงษ์ วีรกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการต่อการชะลอไตเสื่อม. Journal of Primary
Car and Family Medicine . 2565; 5(2):132-144.
- 7.ศิริลักษณ์ มหาลีและคณะ . ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลอำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี.วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพนธ์.2559;11(1):99-106.
8. อุไรวรรณ พานทอง .การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช.
มหาราชนครศรีธรรมราช เวชสาร. 2561; 1(2):48-58.
9. สุภาพ สุทธิสันต์ชาญชัย . ประสิทธิผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของคลินิกโรคไตเรื้อรัง
โรงพยาบาลอุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 . 2564; 40 (2) :255-267.
- 10.สุรัตน์ อนันนทสุข .โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบางพูน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. (วิทยานิพนธ์ ปริญญา คหกรรมศาสตรม
หาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี;2564.

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of quality of life in chronic obstructive pulmonary disease elder patients
with dyspnea in community of Namon District, Kalasin Province.

(Received: December 21,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

สุดาทิพย์ หารจำปา¹, อรรถวิทย์ เนินชัต¹, จารึก ประคำ¹
Sudathip Harnjumpaa¹, Attawit Noenchat¹, Jaruk Prakhum¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและแพทย์วินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดำเนินการวิจัย วันที่ 1 ตุลาคม 2563 –30 กันยายน 2565 เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ พฤติกรรม ประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (WHOQOL – BREF) และ แบบประเมินความพึงพอใจวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า การส่งเสริมพัฒนาความรู้ เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ เรื่องการดูแลตนเอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 12.3, 11.9, 12.43$) 2) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริหารปอด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 7.72, 5.27, 1.99$) 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ และ ด้านสิ่งแวดล้อม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 6.6, 6.8$) 4) ความพึงพอใจด้านการดูแลรักษา และด้านสุขภาพตนเองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 5.1, 6.1$)

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This study is a research and development. Objective of studying to development of quality of life for chronic obstructive pulmonary disease elder patients with dyspnea in community of Namon District, Kalasin Province. Sample group was drawn from specific random sampling, including 84 elderly people aged over 60-year-olds and diagnosed by a doctor with chronic obstructive pulmonary disease who received services at Namon Hospital. The research was conducted between 1 October 2020 - 30. September 2022. Research tools include general information questionnaires, Knowledge questionnaire on self-care behavior in elderly people with chronic obstructive pulmonary disease and questionnaires assessment quality of life by World Health Organization (WHOQOL – BREF) and satisfaction questionnaires assessment care of elderly people with chronic obstructive pulmonary disease. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test.

The results of the study found that promoting knowledge development About chronic obstructive pulmonary disease elderly health matters about taking care of yourself After development in the sample group, it was found that there was an increasing trend statistically significant ($p < 0.05$, $t = 12.3, 11.9, 12.43$) 2) Self-care behavior, emotional aspect, exercise aspect Lung management tends to increase Statistically significant ($p < 0.05$, $t = 7.72, 5.27, 1.99$), while food and drug use behavior No differences were found. 3) Improving the quality of life, psychological and environmental aspects. After developing in the sample group When comparing the average scores before and after developing the measures continuously. It was found

¹ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

that there was an increasing trend. Statistically significant ($p < 0.05$, $t = 6.6, 6.8$), while physical health and social relationships No differences were found. 4) Satisfaction with care and personal health. After developing in the sample group When comparing the average scores before and after developing the measures continuously. It was found that there was an increasing trend. Statistically significant ($p < 0.05$, $t = 5.1, 6.1$)

Keywords: Development research for quality of life, elderly, chronic obstructive pulmonary disease

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจอย่างเรื้อรังและถาวร ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด พยาธิสภาพของโรคเกิดจากการอักเสบในหลอดลมและเนื้อปอดเมื่อผู้ป่วยสูดสารระคายเคือง เช่น ควันบุหรี่ ควันไฟ มลพิษทางอากาศเข้าไปในหลอดลม สารระคายเคืองเหล่านี้จะก่อให้เกิดการอักเสบขึ้นในหลอดลมเนื้อปอดและเส้นเลือด ในคนปกติหลอดลมจะถูกยึดไว้ด้วยเนื้อปอด (Alveolar attachment) เวลาที่หายใจออกความดันในช่องอกจะเพิ่มขึ้นหลอดลมจะถูกบีบให้เล็กลง แต่ไม่มากเพราะมี Alveolar attachment คอยยึดไว้ แต่ในคนที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะพบว่า มีเสมหะอุดกั้นในหลอดลมผนังหลอดลมบวมและมีการอักเสบและกล้ามเนื้อหดตัวทำให้รูหลอดลมมีขนาดเล็กส่งผลให้มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ และที่เนื้อปอดจะพบการทำลายของ Alveolar attachment ทำให้หลอดลมแฟบเวลาหายใจออกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกเป็นอันดับ 3 และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสีย DALYs (The Disability Adjusted Life Year) จะเป็อันดับที่ 5 ในกลุ่มประชากรสูงอายุมีแนวโน้มการเกิดโรคนี้อั้เพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังรายงานสถิติของ National Center of Health Statistics and National Health Survey (2003) พบว่ามีอัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี พ.ศ. 2542, 2543 และ 2544 เป็ 58.7, 65.6, 67.3 ต่อพันประชากรตามลำดับ คิดเป็อัตราเพิ่มร้อยละ 24 ต่อปี¹ ในระยะแรกของการดำเนินโรคผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติที่ชัดเจนจนกระทั่งเมื่อมี

อาการมากขึ้นและรุนแรงทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานเป็เวลานานจนกว่าจะเสียชีวิต จากการสำรวจประชากรโลกในปี ค.ศ. 1999-2001 พบว่าอัตราการเจ็บป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็อันดับ 12² สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจพบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็สาเหตุของการตายและความบกพร่องทางสุขภาพอันดับ 2 ของประชากรสูงอายุ³ และในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับร้อยละ 3.63 ความชุกของโรคเท่ากับ ร้อยละ 7.11 โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดคือการสูบบุหรี่ ในประเทศไทย มีผู้สูบบุหรี่ ประมาณ 10 ล้านคน คิดเป็ร้อยละ 15-30 นั่นคือมีผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงในการเป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ต่ำกว่า 1.5-3 ล้านคน⁴ โรงพยาบาลนวม จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้จัดตั้ง Easy COPD clinic ในปี พ.ศ. 2549 โดยแยกออกจาก Easy asthma clinic และมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษา จำนวน 33 คน และปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้นเป็ 89 คน โดยเป็ผู้ป่วยสูงอายุถึง 52 คน นอกจากนั้นสถิติผู้ป่วยสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยไม่ได้นัดหมายด้วยอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือในปี พ.ศ. 2562-2565 คิดเป็ ร้อยละ 1.67, 27.09, 21.00 และ 11.72 ตามลำดับ โดยทั่วไปผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการใน Easy COPD clinic เป็ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลาง คือมีอาการทางคลินิกแต่ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีอาการหอบกำเริบ (Exacerbation) และมีค่าการประเมินสมรรถภาพปอด โดยมีค่า FEV1มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน และส่วนใหญ่มั้ประวัติการสูบบุหรืนานเกิน 10 ปี คิดเป็

ร้อยละ 96.15 ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มา
รับการรักษาที่โรงพยาบาลนามน ร้อยละ 60 ไม่
สามารถควบคุมอาการของโรคได้และมีอาการ
หายใจลำบากต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ
ฉุกเฉินบ่อยครั้ง⁵ การปฏิรูประบบการพยาบาลซึ่ง
มุ่งเน้นให้มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนว
ปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นข้อความที่ระบุถึงแนว
ทางการปฏิบัติการดูแลที่พัฒนาขึ้นจากการ
ประมวลหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ลด
การปฏิบัติที่ไม่จำเป็น ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด มี
ความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายน้อยที่สุดและมี
ค่าใช้จ่ายที่สามารถยอมรับได้ ประกอบด้วย 8
มาตรการ ได้แก่ 1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์
พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจ
ลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) จัดทำ
แผนงานโครงการบูรณาการร่วมกันในการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) การประเมิน
ผู้ป่วยและการประเมินอาการหายใจลำบากตาม
แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน 4) การ
จัดการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุด
กั้นเรื้อรังด้วยนวัตกรรม 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับ
การดูแลตนเองและญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุด
กั้นเรื้อรัง 6) การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีครอบครัว
และชุมชนและภาคีเครือข่าย 7) การพัฒนา
คุณภาพการบริการในด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติการ
พยาบาลทางคลินิกในโรงพยาบาลนามน 8) การ
พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน
ชุมชนดูแลผ่านองค์กรหน่วยงานที่เป็นกลไก
ขับเคลื่อน จะทำให้แนวปฏิบัติที่น่าเชื่อถือและ
เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตามแนวคิดสภาวะวิจัย
ทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศ
ออสเตรเลีย และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
องค์การอนามัยโลก⁶

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอนามน
จังหวัดกาฬสินธุ์ ในการจัดระดับความ โดย

นำผลมาปรับปรุงในการพัฒนาให้เหมาะสม และดี
ยิ่งขึ้น เหมาะกับบริบทของชุมชนตำบลนามนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการ
หายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน
ชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and
Development) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1
ตุลาคม 2563 –30 กันยายน 2565 ได้ทำการศึกษา
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากใน
ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอนามน
จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามหลักการพัฒนา
คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดย
การทบทวนข้อมูลและการวางแผนพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอนามน จังหวัด
กาฬสินธุ์ ดำเนินการอบรมทบทวนองค์ความรู้การ
พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
ดำเนินการสังเกตการณ์ร่วมกับการประเมิน
คุณภาพกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ดำเนินการคืนข้อมูล ผลที่ได้
จากกระบวนการ ผลของการเปลี่ยนแปลง สาเหตุ
ความพึงพอใจผู้ป่วย ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่
เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนว
ทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะการพัฒนา ให้
เกิดเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มี
อาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรังในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
ต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากร กลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มี

ระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 1, 2 และ 3 ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 84 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 1, 2 และ 3 ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบถามความรู้ จำนวน 30 ข้อ ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ข้อ ชุดที่ 4 แบบประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF) จำนวน 26 ข้อ ชุดที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจ การดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน จำนวน 6 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางทางการพยาบาลทางคลินิกผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก Paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต

4. เปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 65 คน คิดเป็น ร้อยละ 77.4 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 22.6 ตามลำดับ ส่วนมากมีอายุ 60-65 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็น ร้อยละ 38.10 รองลงมาคือ 71-75 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 31.00 และ อายุ 66-70 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 68.4 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ร่วมกัน จำนวน 41 คน คิดเป็น ร้อยละ 48.8 รองลงมาคือโสด จำนวน 35 คน คิดเป็น ร้อยละ 41.7 การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 47.6 รองลงมาคือ ไม่เรียนหนังสือ จำนวน 20 คน ร้อยละ 23.8 และ มัธยมต้น จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 22.6 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากทำไร่ทำนา จำนวน 29 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.5 รองลงมาคือ ทำสวน 23 คน คิดเป็น ร้อยละ 27.4 และค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 17 คน คิดเป็น ร้อยละ 20.2 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวส่วนมากมีรายได้ระหว่าง 10,000-20,000 บาท จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2 รายได้เฉลี่ย 19,970.2 บาท ความเพียงพอของรายได้ส่วนมากพอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 50 คน ร้อยละ 59.5 ตามลำดับ

ระยะเวลาที่เป็นโรค ส่วนมากป่วย 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.5 รองลงมา ป่วย 6-10 ปี ร้อยละ 35.7 และ 1-5 ปี ร้อยละ 23.8 ตามลำดับ ส่วนมากมีโรคร่วมร้อยละ 52.4 และ ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 47.6 ตามลำดับ

2. กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 8 มาตรการสำคัญ ดังนี้

1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์ บูรณาการข้อมูล จำนวนผู้ป่วย จำนวนญาติผู้ดูแล จำนวนผู้ผ่านการอบรม Care giver จำนวนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบผู้ดูแลผู้ป่วย ในหมู่บ้าน โดยทีมเลขาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนำโดย อปท.นามน โรงพยาบาลนามน งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลนามนเป็นผู้รวบรวม และรายงานในที่ประชุมทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยมีนายอำเภอ นามนเป็นประธาน ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ตัวแทนโรงพยาบาลนามน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและตัวแทนจาก งานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลนามน ปกครองอำเภอนามน หัวหน้าส่วนราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อปท.นามน กำนันผู้ใหญ่บ้าน อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชน การดำเนินงานควรมีการประชุมทีมพัฒนาคุณภาพอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

2) จัดทำแผนงานโครงการบูรณาการงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ตำบลนามน อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการลงนามข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ในทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ โดยมีนายอำเภอ นามนเป็นประธาน ร่วมกับ อปท.นามน กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนามน งานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลนามน มีแผนงานและงบประมาณในการดูแลสนับสนุน บุคลากรสหวิชาชีพ อบรมผู้ดูแลในชุมชนและ ญาติผู้ดูแลที่บ้าน สนับสนุน อุปกรณ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยที่บ้าน ยา

เวชภัณฑ์ สนับสนุนอุปกรณ์เยี่ยมบ้าน องค์การปกครองท้องถิ่น มีแผนและใช้ สนับสนุนงบ สปสช. ท้องถิ่น และงบเชิงโครงสร้าง งบประมาณของท้องถิ่น ตำบลนามน มีแผนงบประมาณดูแลปกป้องกันภัยของ อปท.นามน และปกครอง สามารถ ก่อสร้างปรับภูมิทัศน์ งบสิ่งของและบริจาค มีศูนย์โฮมสุขเป็นศูนย์กลางอำเภอนามน ดูแลเรื่องพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ขึ้นทะเบียน ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ดูแลเยี่ยมบ้าน นำส่งสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน กายภาพบำบัด รพ.สต.ในพื้นที่ มีแผนในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน มีแผนงบประมาณ โดยใช้ งบ สปสช.หมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง มีสุขภาพหมู่บ้าน ไร่ช่วยดูแลผู้สูงอายุ

3) การประเมินผู้ป่วยและการประเมินอาการหายใจลำบากตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมิน ได้แก่ แบบการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินโดยใช้ Appendix 1, 2, 2.1 และ 3 ได้เป็นอย่างดี แต่ควรมีการพัฒนาในการใช้แบบประเมินสมองเสื่อม (MMSE Thai 2002) และแบบประเมิน Barthel ADL เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังขาดความเข้าใจในการใช้แบบประเมินดังกล่าว

4) การจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยนวัตกรรม ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกยังต้องได้รับการพัฒนาทักษะในการทำสมาธิบำบัด SKT1และ SKT7 ให้เกิดความชำนาญมากกว่าเดิมและจะต้องมีการฝึกให้กับผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจนเกิดทักษะที่ดีแล้วจึงนำไปสู่การปฏิบัติกับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในด้าน

ผู้สูงอายุมีความสนใจและผลของการฝึกสมาธิบำบัด SKT1 และ SKT7 ไม่พบการกลับมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนวม และไม่มีผู้สูงอายุมารับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนวม ในระยะเวลาที่ศึกษา

5) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคในด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และญาติผู้ดูแลในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แผนการสอนโดยพยาบาล ทำให้มีแนวทางชัดเจนมากขึ้น ในส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก มีความพึงพอใจและสนใจในคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้พัฒนาขึ้น

6) การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีครอบครัว และชุมชนและภาคีเครือข่าย การเข้ามามีส่วนร่วมในด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ไลน์ เป็นระยะ ๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีการประสานกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 6 แห่งในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้เหมาะสม เช่นการดูแลเรื่องสภาพสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน การออกกำลังกาย การรับประทานยา การใช้ยาพ่น การมาตรวจตามนัด เป็นต้น

7) การพัฒนาคุณภาพการบริการในด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในโรงพยาบาลนวม การจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีการติดตามรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้เข้าร่วมในการศึกษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบในการ

พัฒนาระบบบริการใน Easy COPD clinic ของโรงพยาบาลนวม จังหวัดกาฬสินธุ์

8) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนดูแลผ่านองค์กรหน่วยงานที่เป็นกลไกขับเคลื่อน สุขศาลาหมู่บ้าน ให้ญาติผู้ดูแล และ อสม. ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหมู่บ้าน มีผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแล Care giver ครบทุก 67 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ รพ.สต.สามารถ ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดูแลรักษาสุขภาพกาย และ สุขภาพจิต ส่งยาเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาล สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่อจากโรงพยาบาล อุปกรณ์จากทางท้องถิ่นได้ มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนามนที่เป็นหัวใจหลักในการแก้ไขปัญหาภาพอำเภอบริเวณนี้ สนับสนุน จัดการด้านโครงสร้าง และสิ่งแวดล้อม มีศูนย์โฮมสุขอำเภอนามน มีหน้าที่ ขึ้นทะเบียนเชิงรุก ให้ความช่วยเหลือเชิงรุก พึงกษสิทธิ์ผู้ป่วยสนับสนุนอุปกรณ์

3. ผลการพัฒนารูปแบบ

3.1 การส่งเสริมพัฒนาความรู้

1) การส่งเสริมความรู้ เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับ น้อย คะแนนเฉลี่ย 4.07 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า สูงขึ้น อยู่ในระดับ มาก มีคะแนนเฉลี่ย 7.07 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 12.34$)

2) การส่งเสริมความรู้ เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับ น้อย คะแนนเฉลี่ย 3.69 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า สูงขึ้น อยู่ในระดับ มาก มีคะแนนเฉลี่ย 6.75 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 11.92$)

คะแนน หลังพัฒนา พบว่า สูงขึ้น อยู่ในระดับ กลางๆ มีคะแนนเฉลี่ย 22.96 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 6.88$)

3.4 ความพึงพอใจ

1) ด้านการดูแลรักษา ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในระดับ ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 9.08 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า อยู่ในระดับ มาก มีคะแนนเฉลี่ย 12.65 เมื่อทดสอบความแตกต่างของ

คะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 5.10$)

2) ด้านสุขภาพตนเอง ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในระดับ ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 8.25 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า อยู่ในระดับ มาก มีคะแนนเฉลี่ย 12.21 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 6.09$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนามาตรการ

ปัจจัย	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล		
ความรู้								
เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4.07	1.17	น้อย	7.07	1.76	มาก	12.34	<.05*
เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ	3.69	1.22	น้อย	6.75	1.75	มาก	11.92	<.05*
เรื่องการดูแลตนเอง	3.63	1.36	น้อย	6.92	1.75	มาก	12.43	<.05*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง								
ด้านอาหาร	21.71	5.82	ปานกลาง	20.70	5.46	ปานกลาง	1.80	0.07
ด้านอารมณ์	17.42	4.88	ปานกลาง	23.62	5.30	มาก	7.72	<.05*
ด้านออกกำลังกาย	15.87	3.65	น้อย	19.73	5.44	ปานกลาง	5.27	<.05*
ด้านการบริหารปอด	15.88	3.64	น้อย	17.31	4.90	ปานกลาง	1.99	<.05*
ด้านการใช้ยา (30 คะแนน)	15.87	3.65	น้อย	16.54	4.10	ปานกลาง	1.05	0.29
คุณภาพชีวิต								
ด้านสุขภาพกาย	15.65	6.17	กลางๆ	17.67	7.19	กลางๆ	1.78	0.07
ด้านจิตใจ	12.68	4.95	ไม่ดี	18.87	6.63	กลางๆ	6.68	<.05*
ด้านสัมพันธภาพสังคม	8.49	3.50	กลางๆ	8.38	3.83	กลางๆ	1.91	0.84
ด้านสิ่งแวดล้อม	13.45	7.83	ไม่ดี	22.96	8.97	กลางๆ	6.88	<.05*
ความพึงพอใจ								
ด้านการดูแลรักษา	9.08	3.72	ปานกลาง	12.65	4.10	มาก	5.10	<.05*
ด้านสุขภาพตนเอง	8.25	3.85	ปานกลาง	12.21	3.76	มาก	6.09	<.05*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุ 60-65 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพแต่งงานและอาศัยอยู่ร่วมกัน การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพทำไร่ทำนา รายได้ครอบครัวมี

รายได้ระหว่าง 10,000-20,000 บาท รายได้เฉลี่ย 19,970.2 บาท ความเพียงพอของรายได้พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ ระยะเวลาที่เป็นโรคร่วมมากป่วย 10 ปีขึ้นไป และมีโรคร่วม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้นแต่เคยป่วยด้วยโรค

ปอดอุดกั้นมาด้วยระยะเวลาานาน ประกอบกับ
 ฐานะยากจน และมีโรคร่วม นับว่าเป็นปัญหาที่
 ซ้อนทับอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลาานานส่งผลต่อ
 สุขภาพเศรษฐกิจและสังคมไทยเป็นอันมากและ
 ยาวนาน สอดคล้องกับ ดารารัตน์ จันทา สิริมาศ ปี
 ยะวัฒน์พงศ์ และ สมรภพ บรรหารักษ์⁷

กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 8
 มาตรการสำคัญ ดังนี้ 1) ประชุมวิเคราะห์
 สถานการณ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มี
 อาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้น
 เรื้อรัง 2) จัดทำแผนงานโครงการบูรณาการ
 ร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการ
 หายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3)
 การประเมินผู้ป่วยและการประเมินอาการหายใจ
 ลำบากตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน 4)
 การจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ผู้สูงอายุโรค
 ปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยนวัตกรรม 5) การให้ความรู้
 เกี่ยวกับการดูแลตนเองและญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค
 ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 6) การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมี
 ครอบครัวและชุมชนและภาคีเครือข่าย 7) การ
 พัฒนาคุณภาพการบริการในด้านผู้ใช้แนว
 ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในโรงพยาบาลนามน
 8) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้น
 เรื้อรังในชุมชนดูแลผ่านองค์กรหน่วยงานที่เป็น
 กลไกขับเคลื่อน จะเห็นว่าทั้ง 8 มาตรการ เริ่มจา
 การบูรณาการข้อมูล บูรณาการงบประมาณ
 แผนงานโครงการ การทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วย
 ให้ทันสมัย การใช้นวัตกรรมในชุมชนเอง และการ
 ใช้้องกรรัฐและเอกชนในภาคีเครือข่ายอย่างมี
 ประสิทธิภาพจึงประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับ
 ปัทมาพร ชนะมาร⁸

ผลการพัฒนาการส่งเสริมพัฒนาความรู้เรื่อง
 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ และ
 ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ภายหลังจากพัฒนา
 พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นทั้ง 3 เรื่อง เนื่องจากการ
 ส่งเสริมจากการอบรมด้วยแผนการสอนทางการ
 พยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ประกอบกับการ
 ให้สุศึกษาทางออนไลน์ หอกระจายข่าวชุมชน

การส่งเสริม Caregiver ในชุมชน การอบรม อสม.
 ให้ดูแลและไปถ่ายทอดความรู้ต่อในชุมชน จึงทำให้
 ความรู้แต่ละด้านเพิ่มสูงขึ้นหลังการพัฒนา
 สอดคล้องกับ จิรัชญา ดอนชัย⁹ พฤติกรรมการดูแล
 ตนเอง พบว่า พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรม
 ด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการบริหาร
 ปอด ภายหลังจากพัฒนาพบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผลการ
 ใช้นวัตกรรมการดูแลด้วยสมาธิบำบัดนั้นส่งเสริมใน
 หลายๆด้าน ทั้ง การควบคุมอารมณ์ การฝึกลม
 หายใจ การออกกำลังกายและบริหารปอด จึงมี
 แนวโน้มดีขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจ
 ลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
 สอดคล้องกับ อรสา ปิ่นแก้ว วารี กังใจ และ สหัท
 ทยา รัตนจรณะ¹⁰ ในขณะที่ พฤติกรรมด้านอาหาร
 และ พฤติกรรมด้านการใช้ยา ภายหลังจากพัฒนา
 พบว่าไม่แตกต่างกัน เนื่องจากพฤติกรรมการ
 บริโภคอาหารในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเมนูที่
 จำกัด ไม่หลากหลายในชุมชนชนบท และประกอบ
 ไปด้วยพฤติกรรมเสี่ยง และความเชื่อที่ผิดๆ ที่มีมี
 มาตั้งแต่ดั้งเดิม จึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก
 สอดคล้องกับ กันตพร ยอดไชย์ และ ผาณิตกา ทอง
 สง¹¹ การพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งในภาพรวม ด้าน
 จิตใจ และ ด้านสิ่งแวดล้อม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง
 มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากการพัฒนาด้าน
 ความรู้ในผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล การใช้สมาธิบำบัด
 ในการดูแลจิตใจและอารมณ์ การพัฒนา
 สิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะ การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย
 การปรับปรุงโครงสร้างบ้านและสิ่งแวดล้อมโดยทีม
 พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมกับการ
 ปรับปรุงภูมิทัศน์ในโครงการคนกาฬสินธุ์ไม่ทิ้งใคร
 ไว้ข้างหลัง และการอำนวยความสะดวกด้านอุปกรณ์
 ในศูนย์โฮมสุข มีผลต่อการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม
 ร่วมกับภาคีเครือข่ายมีผลเป็นอย่างมาก สอดคล้อง
 กับ จิราพร รักษายศ และ ศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ¹²
 ในขณะที่ ด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพ
 สังคม มีแนวโน้มดีขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างหลัง
 การพัฒนา เนื่องจาก สุขภาพกายในผู้สูงอายุมีการ

เสื่อมถอย และเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาในการดูแล ประกอบกับปัจจัยทางสังคมเป็นสิ่งที่ควบคุมได้ยาก ในชุมชน จึงต้องพัฒนาคนในชุมชนควบคู่กันไป ด้วยจึงจะประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับ พิมพ์ธูตา วัฒนพงศ์สถิต¹³

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ของโรงพยาบาลนามน ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาล ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนาอย่างน้อย 6 เดือน ให้เหมาะกับบริบทของชุมชน ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน มีความรู้ พฤติกรรมที่ดีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพึงพอใจในระดับที่เหมาะสมได้
2. ควรมีการส่งเสริมความรู้เรื่องอาหารและการใช้ยา และควรพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. สุณี เลิศอุดมสิน. (2553). แนวทางการบริหารผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใน สุณี เลิศอุดมสิน(บรรณาธิการ). การบริหารผู้ป่วยโรคหืด โรคโพรงจมูกอักเสบภูมิแพ้ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (หน้า 143-145). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
2. Honig, E. G., Roland, C. A., & Ingram, R. H. (2001). Chronic bronchitis emphysema and airways Obstruction. In E. Braunald., A. S. Fauci, D. L. Kasper., D. L. Longo, & Jamerson, J. L.(Eds.) Harrison's Principles of International Medicine (5th ed., pp. 1491-1499).New York: McGraw-Hill.3.
3. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. นนทบุรี: ดีวัน.
4. วัชรา บุญสวัสดิ์. (2553). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน สุณี เลิศอุดม (บรรณาธิการ). การบริหารผู้ป่วยโรคหืด โรคโพรงจมูกอักเสบภูมิแพ้ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (หน้า 118-126). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- 5.โรงพยาบาลนามน. รายงานศูนย์ฐานข้อมูลสุขภาพ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. (2564) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ 2564
6. Joanna Briggs Institute [JBI]. (2008). Systematic Reviews: Level of Evidence and Grade of Recommendations. Retrived July 18, 2009, from <http://www.joannabriggs.edu.au>

อย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายเพิ่มเติมร่วมกับองค์กรรัฐและเอกชนและคนในชุมชนควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง จึงจะประสบผลสำเร็จ

3. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการเปรียบเทียบกับชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง บุคลากรโรงพยาบาลนามน ชุมชนอำเภอนามน ภาคีเครือข่ายอำเภอนามน ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพที่เครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน นายแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ออกุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

7. ดารารัตน์ จันทา สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ และ สมรภพ บรรหารักษ์. ภาพสุขภาพจิตสังคมผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด และโรคถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. เอกสารการประชุมวิจัยบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 15 มีนาคม 2562; 932-942.
8. ปัทมาพร ชนะมาร. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา.2561;19(1): 61-72.
9. จิรัชญา ดอนชัย. ผลของการสอนตามหลักของพิตส์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์สมบูรณ : พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขา สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2566.
10. อรสา ปิ่นแก้ว วารี กังใจ และ สหทัยา รัตนจรณะ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา.2564;29(2): 59-70.
11. กัญตพร ยอดไชย และ ผาณิตา ทองสง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหาร.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.2563;39(4): 1-15.
12. จิราพร รักษายศ และ ศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกคนรักร่วมเพศโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวางวารสารวิชาการสาธารณสุข.2556;22(6): 974-978.
13. พิมพ์ธิดา วัฒนพงศ์สถิต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทนของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีกรุงเทพ.2559;32(3): 24-36.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา Nursing care of pregnant women awaiting delivery who have pre-eclampsia with severe features: case studies.

(Received: December 25,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ศมนยา ฤทธิสุวรรณ¹
Samonya Ritsuwan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามารดาคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (severe feature) ทั้ง 2 กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ที่รับไว้ใน การดูแลและให้การพยาบาล ตั้งแต่การประเมินอาการ การรักษา การประเมินผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน⁶ และใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁷ ในการวางแผนการให้พยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกรณี ได้รับการวินิจฉัย ว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) การรักษาที่ได้รับ คือ ได้รับยาป้องกันการชัก แมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และถ้าปล่อยให้ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น แพทย์จึงพิจารณาให้ยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลห้องคลอด จะต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ สามารถประเมินได้อย่างรวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผนพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และบทบาทของพยาบาลห้องคลอด ที่สำคัญคือบทบาทในการให้ความรู้ ความเข้าใจ การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แก่ผู้คลอดและญาติ ให้เข้าใจ จะทำให้ ได้รับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ช่วยให้ผ่าน ภาวะวิกฤติระยะคลอดไปได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, หญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

Abstract

This study was case study aimed to study two case studies of mothers waiting to give birth with severe features of high blood pressure (severe feature) have been presented to compare those who received care and provided nursing care. From symptom assessment, treatment, and patient assessment Using Gordon's health assessment framework and Orem's nursing theory 5 in planning nursing care according to the nursing process

The results of the study found that Pregnant women in both cases diagnosed that there is severe preeclampsia (preeclampsia with severe features) The treatment received was medication to prevent seizures. Magnesium Sulfate (MgSO₄) and if allowed to continue the pregnancy Symptoms of the disease will become more severe. The doctor therefore considered terminating the pregnancy by cesarean section. Therefore, in the role of a delivery room nurse, she must have the knowledge, skills, and expertise to be able to assess quickly. leading to diagnosis nursing planning nursing practice Nursing evaluation and the role of the delivery room nurse What is important is their role in providing knowledge, understanding, and providing correct information. For the birthing person and relatives to understand, this will lead to good cooperation in medical treatment, helping to get through the crisis during the birthing period.

Keywords; Nursing care, preeclampsia with severe features

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรง ส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารก พบ

อุบัติการณ์ 5 – 10 และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ พบว่าประเทศไทย เสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด 22 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิต

¹ พยบ. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

เกิดจากความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรง¹ นอกจากเสียชีวิตแล้ว หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ชัก เลือดออกในสมอง ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ตับวาย ไตวาย และกลุ่มอาการ HELLP² สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนด เกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอด และทารกตายแรกเกิด

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในระยะรอคลอด การวินิจฉัยต้องมีความแม่นยำและรวดเร็ว การประเมินความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ จะวินิจฉัยว่าเป็น mild preeclampsia หรือ severe preeclampsia จำเป็นต้องได้รับการประเมินอย่างใกล้ชิด ส่วนการดูแลรักษา กรณีที่เป็น Preeclampsia without severe features หรือ mild gestational hypertension กรณีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์หรือมากกว่าควรให้คลอด กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ แนะนำให้ expectant management โดยมีการเฝ้าติดตามอาการของมารดาและทารกในครรภ์ เป็นระยะ ควรแนะนำให้มารดานับลูกดิ้นทุกวัน กรณีที่เป็น Severe preeclampsia จะต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ป้องกันการชักด้วยการให้ MgSO₄ และให้ยาลดความดันในรายที่ความดันโลหิตยังสูง ประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ หากไม่ stable พิจารณาให้คลอดทันที โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์

จากสถิติห้องคลอดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในระหว่างปี 2564 – 2566 มียอดคลอดรวมทั้งสิ้น 6,412 ราย พบว่า มีจำนวน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 233 ราย ร้อยละ 3.63 เป็นมารดาที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (severe feature) จำนวน 165 ราย ร้อยละ 2.57 เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษและชัก (Eclampsia) 7 ราย ร้อยละ 0.11 เกิดภาวะกลุ่มอาการ ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับตับ เลือด และความดันโลหิตในขณะตั้งครรภ์หรือ

หลังคลอด (HELLP syndrome) จำนวน 9 ราย ร้อยละ 0.14 และทำให้ เกิดการคลอดก่อนกำหนดทั้งหมด 136 ราย ร้อยละ 2.12 ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะรอคลอด เป็นภาวะที่เจอบ่อย และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น ทั้งในมารดาและทารก พยาบาลห้องคลอด จำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญ ประเมินปัจจัยเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาลที่ครบถ้วนได้มาตรฐาน เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และป้องกันการเกิดภาวะชัก ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติที่มีความรุนแรง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ขณะรอคลอดร่วมภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 2 กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ศึกษาและรวบรวมข้อมูลของกรณีศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพของกอร์ดอน⁵ มาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁴ (Orem et al., 2001) ในการวางแผนให้การพยาบาล ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นส่งผลทำให้เกิดความปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้มารดาและทารกในครรภ์ ได้แล้วความปลอดภัยมากขึ้น

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
2. เพื่อให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ขอบเขตการศึกษา

เป็นหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอด ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ จำนวน 2 ราย ที่รับไว้ในความดูแลเป็นผู้ป่วยใน ของห้องคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงปี 2566

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษา หญิงตั้งครรภ์ในระยะระลอกอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประเมินความรู้ความเข้าใจ แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ
3. ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ เพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ในการวางแผนการพยาบาล

5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยโดยเน้นให้ครอบครัวทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

6. ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้

7. สรุปผลการพยาบาล และสรุปปัญหาอุปสรรคในการพยาบาล

8. รวบรวมจัดทำเป็นรูปเล่ม

9. ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>1. ข้อมูลทั่วไป หญิงไทย อายุ 29 ปี มาด้วยอาการ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน จึงไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน ตรวจพบว่ามีความดันโลหิตสูง วัดความดันโลหิตได้ 198/130 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการรักษาโดยให้ 50% MgSO₄ 4 กรัม + 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร หยดช้าๆ ทางหลอดเลือดดำ และหลังจากนั้นต่อด้วย 50% MgSO₄ 20 กรัม + 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 75 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จึงถูกส่งตัวต่อมาเพื่อมารักษาต่อ ยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การวินิจฉัยแรกรับ Preeclampsia with severe feature</p> <p>2. ประวัติการตั้งครรภ์ G₂P₁A₀L₁ อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ประวัติการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ จำนวน 9 ครั้ง ได้รับวัคซีนบาดทะยัก 1 เข็มกระตุ้น</p> <p>3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะฝากครรภ์ VDRL negative, HbsAg negative, HIV negative, HCT 36.4 vol%, platelet 341,000 u/L, Thalassemia OF/MCV negative DICP negative, Blood group B</p> <p>3. การประเมินแรกรับ ตรวจหน้าท้อง ระดับความสูงของมดลูก 2/4 มากกว่าระดับสะดือ ทารกอยู่ในท่า LOA ฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 158 ครั้งต่อนาที ไม่ได้ตรวจภายใน เนื่องจากครรภ์ยังไม่ครบกำหนด สัญญาณชีพแรกรับ วัดความดันโลหิต 200/140 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ตรวจอัลบูมิน +2 ระดับน้ำตาลในปัสสาวะ negative</p> <p>4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - CBC ผลตรวจปกติ ค่า ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 34-39 vol% ค่า platelet count 319,000 -323,000 cell/mm³ - BUN, Cr, electrolyte ผลตรวจปกติ - ผลการตรวจยูรีนโปรตีนในปัสสาวะ พบมีการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ 102.3 mg/dl - ผลการตรวจระดับของแมกนีเซียมในเลือด 6.74-7.34 mg/dl 	<p>1. ข้อมูลทั่วไป หญิงไทย อายุ 38 ปี มาโรงพยาบาลด้วย มาฝากครรภ์ตามนัด ตรวจพบว่ามีความดันโลหิตสูง 167/100 มิลลิเมตรปรอท อาการทั่วไปปกติ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นลิ้นปี่ ไม่มีอาการปวดศีรษะ แพทย์จึงให้นอนโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการ การวินิจฉัยแรกรับ Preeclampsia</p> <p>2. ประวัติการตั้งครรภ์ G₁P₀A₀L₀ อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ประวัติการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ จำนวน 11 ครั้ง ได้รับวัคซีนบาดทะยัก 1 เข็มกระตุ้น</p> <p>3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ VDRL negative, HbsAg negative, HIV negative, HCT 31.9 vol%, ครั้งที่ 2 27 vol%, platelet 323,000 mg/dl, Thalassemia OF/MCV negative DICP negative, Blood group B</p> <p>3. การประเมินแรกรับ ตรวจหน้าท้อง ระดับความสูงของมดลูก 3/4 มากกว่าระดับสะดือ ทารกอยู่ในท่า LOA ฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 146 ครั้งต่อนาที ตรวจภายใน ปากมดลูก not dilate ถุงน้ำคร่ำ MI</p> <p>-สัญญาณชีพวัดความดันโลหิต 175/120 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที</p> <p>4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - CBC ผลตรวจพบว่าค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำ 27 vol% ได้รับเลือดPRU 2 ยูนิท ก่อนผ่าตัด - BUN, Cr, electrolyte ผลตรวจมีค่าโพแทสเซียมต่ำ 2.80 mmol/L และ liver transaminase - ผลการตรวจระดับของแมกนีเซียมในเลือด 3.80-5.10 mg/dl <p>5. การรักษาที่ได้รับ</p> <ul style="list-style-type: none"> -50% MgSO₄ 40 กรัม + 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการแพทย์ เชื่อมโยงกับพยาธิสภาพ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>5. การรักษาที่ได้รับ</p> <ul style="list-style-type: none"> -50% MgSO₄ 40 กรัม + 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง -nicardipine (1:5) หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 15 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง - dexa 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง 4 ครั้ง - ภายหลังให้การดูแลรักษา มารดา ยังมี ความดันโลหิตสูงตลอด ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ จึงวางแผนการรักษาด้วยการยุติการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด เนื่องจากเป็นคลอดก่อนกำหนด ทีมแพทย์ได้มีการปรึกษาทางกุมารแพทย์ในการวางแผนดูแลทารกต่อไป - การคลอด ได้รับการคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบบางส่วน(spinal anesthesia) ทารก เพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 1,450 กรัม APGAR SCORE 8-10-8T ย้ายทารกไปดูแลต่อยังหอผู้ป่วยเด็ก - หลังผ่าตัดคลอดมารดาย้ายไปรักษาไปดูแลต่อยังตึกผู้ป่วยหนักให้ 50% MgSO₄ 40 กรัม + 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงต่อเนื่อง และหลังจากสังเกตการณ์ ที่หอผู้ป่วยหนัก มารดามีอาการดีขึ้น ความดันโลหิตเริ่มลดลง จึงได้ย้ายไปดูแลต่อยังตึกหลังคลอดในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด หยดยา MgSO₄ ในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด เปลี่ยนเป็นยาปรับประทาน Enalapril (5) 1x2 oral pc. ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 4 หลังการผ่าตัด รวมวันนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 7 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - nicardipine (1:5) หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง -EKCL 30 มิลลิกรัม oral ทุก 3 ชั่วโมง - ให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ ได้รับการคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ทารก เพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 2,600 กรัม APGAR SCORE 9-10-10 ย้ายทารกไปดูแลต่อยังหอผู้ป่วยเด็ก - หลังผ่าตัดคลอดมารดาย้ายไปรักษาไปดูแลต่อยังตึกผู้ป่วยหนัก ให้ 50% MgSO₄ 40 กรัม + 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงต่อเนื่อง และ nicardipine (1:5) หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงต่อ (หยุดยาวันที่ 2 หลังผ่าตัด) หลังหยุดยาทางหลอดเลือดดำได้รับยาปรับประทานเป็น hydralazine(25) 1x2 oral pc. และ Amlodipine(5) 1x2 oral pc. มารดาได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ 5 วันหลังผ่าตัด รวมวันนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 6 วัน

จากกรณีศึกษาสรุปเปรียบเทียบพยาธิสภาพและการเกิดโรคครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) หมายถึง กลุ่มอาการ (syndrome) ของความดันโลหิตสูงที่พบครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์หลังอายุ 20 สัปดาห์ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะอย่างน้อย 300 มิลลิกรัมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และภาวะความดันโลหิตสูงคงอยู่ไม่เกิน 12 สัปดาห์หลังคลอด⁶ จากกรณีศึกษาทั้งสองกรณี เป็นภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ชนิด Preeclampsia with severe features เนื่องจากมีอาการจากการประเมินจำแนกประเภทความรุนแรง จากอาการ และอาการแสดง ได้แก่ มีความดันโลหิต systolic 160 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า หรือ ความดันโลหิต diastolic 110 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า มีการเพิ่มขึ้นของค่า liver transaminase เป็นสองเท่าของค่าปกติ (ไม่พบทั้งสองกรณีศึกษา) อาการทางสมอง หรือตา ที่เกิดขึ้นพบทั้งสองกรณีศึกษา มาด้วยอาการ ปวดศีรษะตา

พร่ามัว และจุกแน่นหน้าอก ส่วนปัจจัยของการเกิดโรค ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่คาดเดาได้ว่า เกิดในช่วงที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ ปัจจัยด้านอายุ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค คือมีอายุ น้อยกว่า 20 ปี หรือ มากกว่า 35 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์แฝด เคยมีประวัติความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้ว เป็นโรคไต เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อ้วน หรือน้ำหนักเพิ่มมากกว่าปกติ สำหรับกรณีศึกษาที่ 1 สรุปปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพบว่า มารดาอ้วน ค่า BMI 35.56 มีน้ำหนักเพิ่มมากกว่าปกติ กรณีศึกษาที่ 2 สรุปปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ เป็นมารดาตั้งครรภ์แรก อายุมากกว่า 35 ปี สรุปวางแผนการรักษาสำหรับ 2 กรณีศึกษา พบว่า ทั้งสองกรณีศึกษา มีแนวโน้มที่อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น เนื่องจากเริ่มมีอาการทางสมอง คือเริ่มปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นหน้าอก ดังนั้นแนวทางการรักษา มีการให้ยากันชัก

50% MgSO₄ 20 กรัม + 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร
หยดทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 75 มิลลิลิตรต่อ
ชั่วโมง และยาลดความดันโลหิต nifedipine (1:5)
หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 15 มิลลิลิตรต่อ
ชั่วโมง ให้ยุติการตั้งครุฑ และเนื่องจากกรณีศึกษา
แรก อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนดคลอด ได้มีการให้ยา

Dexa เพื่อกระตุ้นฟังก์ชันการทำงานของปอด และมี
การปรึกษากุมารแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาทารก
แรกเกิด

2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล สรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล สรุปได้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการชักและได้รับ อันตรายจากการชักเนื่องจาก มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะ รอคลอด	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความดันโลหิต 198/130 มิลลิเมตรปรอท 2. ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 2+ 3. มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นลิ้นปี่ <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดภาวะชักและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน เช่น HEELP syndrome <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่เกิดการชัก 2. ความดันโลหิต ไม่สูงเกิน 160/110 มิลลิเมตรปรอท <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการชัก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัวมองเห็นภาพซ้อน จุกแน่นลิ้นปี่ หรือได้ชายโครงขวา ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ 2. ดูแลให้นอนพักบนเตียงตลอดเวลา (Absolute bed rest) ลดการกระตุ้นจากภายนอกทั้งแสงและเสียงรบกวน ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน 3. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 30 นาที ถึง ชั่วโมง 4. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชัก (MgSO₄) ตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา 5. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลหลังให้ยา 6. ตรวจสอบบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก 7. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือทันทีเมื่อมีอาการชัก <p>การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการชัก อาการตาพร่ามัว แน่นหน้าอก หายไปหลังคลอด - ความดันโลหิตสูงช่วงแรกอยู่ในช่วง 160/110 ถึง 170/110 มิลลิเมตรปรอท และหลังจากนั้นอยู่ในช่วงไม่เกินเกณฑ์ 160/110 มิลลิเมตรปรอท 	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มาฝากครรภ์ตามนัด ตรวจพบความดันโลหิต 167/100 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จึงให้นอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว และไม่มีจุกแน่นลิ้นปี่ <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดภาวะชักและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน เช่น HEELP syndrome <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่เกิดการชัก 2. ความดันโลหิต ไม่สูงเกิน 160/110 มิลลิเมตรปรอท <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการชัก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัวมองเห็นภาพซ้อน จุกแน่นลิ้นปี่ หรือได้ชายโครงขวา ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ 2. ดูแลให้นอนพักบนเตียงตลอดเวลา (Absolute bed rest) ลดการกระตุ้นจากภายนอกทั้งแสงและเสียงรบกวน ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน 3. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 30 นาที ถึง ชั่วโมง 4. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชัก (MgSO₄) ตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา 5. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลหลังให้ยา 6. ตรวจสอบบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก 7. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือทันทีเมื่อมีอาการชัก <p>การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการชัก ความดันโลหิตสูงช่วงแรกอยู่ในช่วงไม่เกินเกณฑ์ 160/110 มิลลิเมตรปรอท
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2	ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล สรุปได้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการได้รับยาลดความดันป้องกันชัก (MgSO₄)</p>	<p>- ความดันโลหิต 198/130 มิลลิเมตรปรอท และ ได้รับยา MgSO₄</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้คลอดไม่มีอาการชัก 2. ผู้คลอดมีปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ (DTRs) 1+ ถึง 2+, ไม่มี ankle clonus <p>กิจกรรมพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ (DTRs) และ ankle clonus เมื่อแรกเริ่ม และตรวจต่อไปทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งลงบันทึกไว้ เพื่อเป็นการประเมินระบบประสาทส่วนกลางว่ามีการระคายเคืองในระดับใด และบันทึกไว้เป็นข้อมูลสำหรับประเมินผลการรักษา 2. ดูแลให้ได้รับยา MgSO₄ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพราะMgSO₄ จะลดภาวะปฏิกิริยาตอบสนองที่ไวและลดความเสี่ยงต่อการชัก 3. ติดตามประเมินสัญญาณชีพ การถ่ายปัสสาวะ ปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ อัตรการไหลของสารน้ำ และระดับแมกนีเซียมในเลือดของผู้คลอด เพื่อประเมินภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษซึ่งจะส่งผลให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้รับอันตราย เช่น ระบบการหายใจถูกกด ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตลดลง มีปฏิกิริยาตอบสนองที่ไว 4. ติดตามฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง หรือตามระยะคลอด 5. เตรียม 10% calcium gluconate 10 ml. สำหรับฉีดเข้าเส้นเลือดดำช้า ๆ นานมากกว่า 3 นาที โดยฉีดทันทีที่มีอาการของแมกนีเซียมเป็นพิษ 6. จัดผู้คลอดอยู่ในห้องที่เงียบไม่มีแสงและเสียงรบกวน เพื่อลดการกระตุ้นระบบประสาททำให้เกิดการชัก <p>ประเมินผล</p> <p>- ผู้คลอดไม่มีอาการชัก และปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ (DTRs) ของ ผู้คลอด เท่ากับ 1+ ถึง 2+ และ ไม่มี ankle clonus BP อยู่ในช่วง 160/110 ถึง 170/110 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจระดับของแมกนีเซียมในเลือด 6.74-7.34 mg/dl</p>	<p>- ความดันโลหิต 175/120 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยา MgSO₄</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้คลอดไม่มีอาการชัก 2. ผู้คลอดมีปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ (DTRs) 1+ ถึง 2+, ไม่มี ankle clonus <p>กิจกรรมพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ (DTRs) และ ankle clonus เมื่อแรกเริ่ม และตรวจต่อไปทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งลงบันทึกไว้ เพื่อเป็นการประเมินระบบประสาทส่วนกลางว่ามีการระคายเคืองในระดับใด และบันทึกไว้เป็นข้อมูลสำหรับประเมินผลการรักษา 2. ดูแลให้ได้รับยา MgSO₄ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพราะMgSO₄ จะลดภาวะปฏิกิริยาตอบสนองที่ไวและลดความเสี่ยงต่อการชัก 3. ติดตามประเมินสัญญาณชีพ การถ่ายปัสสาวะ ปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ อัตรการไหลของสารน้ำ และระดับแมกนีเซียมในเลือดของผู้คลอด เพื่อประเมินภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษซึ่งจะส่งผลให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้รับอันตราย เช่น ระบบการหายใจถูกกด ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตลดลง มีปฏิกิริยาตอบสนองที่ไว 4. ติดตามฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง หรือตามระยะคลอด 5. เตรียม 10% calcium gluconate 10 ml. สำหรับฉีดเข้าเส้นเลือดดำช้า ๆ นานมากกว่า 3 นาที โดยฉีดทันทีที่มีอาการของแมกนีเซียมเป็นพิษ 6. จัดผู้คลอดอยู่ในห้องที่เงียบไม่มีแสงและเสียงรบกวน เพื่อลดการกระตุ้นระบบประสาททำให้เกิดการชัก <p>ประเมินผล</p> <p>- ผู้คลอดไม่มีอาการชัก และปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ (DTRs) ของ ผู้คลอด เท่ากับ 1+ ถึง 2+ และ ไม่มี ankle clonus ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90-160/100 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจระดับของแมกนีเซียมในเลือด 3.80-5.10 mg/dl</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ทารกมีโอกาสขาดออกซิเจนเนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรกเปลี่ยนแปลง และการไหลเวียน ของเลือดลดลงเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>- หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันสูงขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิต 200/120 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจทารก 158 ครั้งต่อนาที</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>- ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที 	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>- หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันสูงขณะตั้งครรภ์ วัดความดันโลหิตได้ 175/120 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจทารกแรกเริ่ม 146 ครั้งต่อนาที</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>- ป้องกันทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p>

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล สรุปได้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>2. ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ ทารกตื่นดี</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก ทุก 15-30 นาทีถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์ 2. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (Non stress test) 3. จัดให้ออนตะแคงข้างซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงรกมากขึ้น 4. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตการตื่นของทารก 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของรกออกตัวก่อนกำหนด เช่น เลือดออก มดลูกหดตัว แข็ง ปวดท้อง และทารกตื่นน้อยลง <p>การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเต้นของหัวใจทารก 140-160 ครั้งต่อนาที - ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ ทารกตื่นดี 	<ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที 2. ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ ทารกตื่นดี <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก ทุก 15-30 นาทีถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์ 2. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (Non stress test) 3. จัดให้ออนตะแคงข้างซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงรกมากขึ้น 4. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตการตื่นของทารก 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของรกออกตัวก่อนกำหนด เช่น เลือดออก มดลูกหดตัว แข็ง ปวดท้อง และทารกตื่นน้อยลง <p>การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150-160 ครั้งต่อนาที - ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ ทารกตื่นดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และภาวะสุขภาพของตนและ ทารกในครรภ์	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นความดันโลหิตสูงขณะการตั้งครรภ์ 2. รู้ว่าตนเองความดันโลหิตสูงมาก 200/120 มิลลิเมตรปรอท 3. ตั้งครรภ์ยังไม่ครบกำหนด อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ 4. มีภาวะความดันโลหิตสูง สตรีแพทย์ให้ยุติการตั้งครรภ์ <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความวิตกกังวลลดลง เข้าใจอาการและอาการแสดงของโรค <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถบอกอาการ แนวทางการรักษาและร่วมมือในการรักษาปฏิบัติตามคำแนะนำได้ 2. นอนพักได้ หน้าที่าสดชื่นขึ้น <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชักถามและเปิดโอกาสให้เล่าถึงความวิตกกังวลและความกลัว เพื่อให้ระบายความรู้สึก 2. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ แนวทางการรักษาภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดคลอด พร้อมทั้งแนะนำและให้ข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล 3. อธิบายให้ทราบการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดคลอดแสดงความเห็นใจ ปลอบโยนให้รู้สึกอบอุ่น คลายความวิตกกังวล และความกลัว อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ และแนะนำให้พูดคุย เพื่อให้คลายความกังวล <p>การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - หน้าที่าสดชื่นขึ้น พักผ่อนได้ 	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นความดันโลหิตสูงขณะการตั้งครรภ์ 2. รู้ว่าตนเองความดันโลหิตสูงมาก 200/120 มิลลิเมตรปรอท 3. ตั้งครรภ์ครบกำหนด อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 4. มีภาวะความดันโลหิตสูง สตรีแพทย์ให้ยุติการตั้งครรภ์ <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความวิตกกังวลลดลง เข้าใจอาการและอาการแสดงของโรค <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถบอกอาการ แนวทางการรักษาและร่วมมือในการรักษาปฏิบัติตามคำแนะนำได้ 2. นอนพักได้ หน้าที่าสดชื่นขึ้น <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชักถามและเปิดโอกาสให้เล่าถึงความวิตกกังวลและความกลัว เพื่อให้ระบายความรู้สึก 2. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุ ลักษณะอาการแนวทางการรักษาภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดคลอด พร้อมทั้งแนะนำและให้ข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล 3. อธิบายให้ทราบการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดคลอดแสดงความเห็นใจ ปลอบโยนให้รู้สึกอบอุ่น คลายความวิตกกังวล และความกลัว อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ และแนะนำให้พูดคุย เพื่อให้คลายความกังวล <p>การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - หน้าที่าสดชื่นขึ้น พักผ่อนได้

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล สรุปได้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	<p>กรณีสึกษาที่ 1</p> <p>- ปฏิบัติตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษาดี</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>- มารดามีแผลผ่าตัดคลอดบริเวณหน้าท้อง ภายใต การระงับความรู้สึก ผ่านช่องไขสันหลัง (Spinal anesthesia) เพื่ออยู่ติดเครื่อง เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>- เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าคะแนนความปวดน้อยกว่า 4 คะแนน 2. ผู้คลอดมีสีหน้าผ่อนคลาย สดชื่นแจ่มใสนอนพักผ่อนได้ <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินค่าคะแนนความปวด โดยใช้ Numeric Scale 2. ดูแลจัดทำให้อยู่ในท่าที่สบาย 3. สอนเทคนิค การหายใจ ลดปวด โดยการหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และผ่อนคลายนอกทางปาก และสอนการเบี่ยงเบนความสนใจ 4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 5. ดูแลให้ได้ รับประทานแก้ปวดตามแผนการรักษา <p>ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักผ่อนได้ ค่าคะแนนความปวดอยู่ระหว่าง 3-5 คะแนน 	<p>กรณีสึกษาที่ 2</p> <p>- ปฏิบัติตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษาดี</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>- มารดามีแผลผ่าตัดคลอดบริเวณหน้าท้อง ภายใต การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General anesthesia) เพื่ออยู่ติดเครื่อง เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์</p> <p>- หลังผ่าตัดมีอาการปวดแผล ค่าคะแนนความปวด 7 ถึง 8 คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>- เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าคะแนนความปวดน้อยกว่า 4 คะแนน 2. ผู้คลอดมีสีหน้าผ่อนคลาย สดชื่นแจ่มใสนอนพักผ่อนได้ <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินค่าคะแนนความปวด โดยใช้ Numeric Scale 2. ดูแลจัดทำให้อยู่ในท่าที่สบาย 3. สอนเทคนิค การหายใจ ลดปวด โดยการหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และผ่อนคลายนอกทางปาก และสอนการเบี่ยงเบนความสนใจ 4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 5. ดูแลให้ได้ รับประทานแก้ปวดตามแผนการรักษา <p>ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักผ่อนได้ ค่าคะแนนความปวดลดลงอยู่ระหว่าง 3-5 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอดที่หน้าท้อง	<p>กรณีสึกษาที่ 1</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>- มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง และแผลในโพรงมดลูก จากการลอกตัวของรก</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในโพรงมดลูก</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจรไม่เกิน 100 ครั้ง ต่อนาทีอุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส และอัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที 2. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนอง <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัด 	<p>กรณีสึกษาที่ 2</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>- มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง และแผลในโพรงมดลูก จากการลอกตัวของรก</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในโพรงมดลูก</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจรไม่เกิน 100 ครั้ง ต่อนาทีอุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส และอัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที 2. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนอง <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัด

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล สรุปได้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังคลอด</p> <p>การประเมินผล</p> <p>- มารดาหลังคลอด อุณหภูมิ 36.8-37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 140/80-150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86-90 ครั้งต่อ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึม</p>	<p>3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังคลอด</p> <p>การประเมินผล</p> <p>- มารดาหลังคลอด อุณหภูมิ 36.8-37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 140/80-160/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86-90 ครั้งต่อ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึม</p>
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มีความร้องในการดูแลตัวเอง และทารกหลังคลอด	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. ผู้คลอดถามถึงวิธีดูแลตัวเองหลังคลอด และการดูแลบุตร</p> <p>2. ผู้คลอดมีสีหน้าวิตกกังวล เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย 1,450 กรัม ต้องย้ายไปดูแลที่หอผู้ป่วยเด็กป่วย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อให้มารดามีความรู้ในการดูแลตัวเองและบุตรหลังคลอด สามารถนำไปปฏิบัติได้</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. มารดาหลังคลอดเข้าใจคำแนะนำสามารถตอบคำถามได้มากกว่า 80%</p> <p>2. มารดามีสีหน้าคลายความกังวล</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การพักผ่อน การทำงาน บ้านเบาๆได้และไม่ควรยกของหนัก</p> <p>2. แนะนำในเรื่องการรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่นเนื้อสัตว์ ไข่ นมสด ผักและผลไม้ทุกชนิด และควรดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร</p> <p>3. แนะนำการบริหารร่างกาย อย่างน้อยจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด เช่นการฝึกการหายใจ เพื่อส่งเสริมการทำงานของปอดให้มีประสิทธิภาพ ฝึกการบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อเท้า เพื่อให้การไหลเวียนของโลหิตสะดวก</p> <p>4. แนะนำเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย คนอาบน้ำอย่างน้อยวันละสองครั้ง ไม่ควรแช่ในอ่าง หรือแม่น้ำลำคลอง จะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ แผล และช่องคลอดได้ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้ง หลังการขับถ่าย เปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆในช่วง 24 ชั่วโมงแรก หรือทุกครั้งเมื่อเปียกชุ่ม</p> <p>5. แนะนำการวางแผนครอบครัวการคุมกำเนิดหลังคลอด</p> <p>6. แนะนำนมมีเพศสัมพันธ์จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด</p> <p>7. แนะนำอาการที่ผิดปกติ ที่ควรมาพบแพทย์ เช่นมีไข้ น้ำคาวปลาผิดปกติ สีแดงสดหรือมีกลิ่นเหม็น คลำพบก้อนที่หน้าท้อง เต้านมอักเสบ มีอาการกดเจ็บแดงและปวดท้อง ถ่ายปัสสาวะแสบขัด</p> <p>8. แนะนำให้มาตรวจตามนัดหลังคลอด 6 สัปดาห์</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. ผู้คลอดถามถึงวิธีดูแลตัวเองหลังคลอด และการดูแลบุตร</p> <p>2. ผู้คลอดมีสีหน้าวิตกกังวล ทารกหลังคลอดต้องย้ายไปดูแลต่อ ที่หอผู้ป่วยเด็กป่วย เพื่อสังเกตอาการ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อให้มารดามีความรู้ในการดูแลตัวเองและบุตรหลังคลอด สามารถนำไปปฏิบัติได้</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. มารดาหลังคลอดเข้าใจคำแนะนำสามารถตอบคำถามได้มากกว่า 80%</p> <p>2. มารดามีสีหน้าคลายความกังวล</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การพักผ่อน การทำงาน บ้านเบาๆได้และไม่ควรยกของหนัก</p> <p>2. แนะนำในเรื่องการรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่นเนื้อสัตว์ ไข่ นมสด ผักและผลไม้ทุกชนิด และควรดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร</p> <p>3. แนะนำการบริหารร่างกาย อย่างน้อยจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด เช่นการฝึกการหายใจ เพื่อส่งเสริมการทำงานของปอดให้มีประสิทธิภาพ ฝึกการบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อเท้า เพื่อให้การไหลเวียนของโลหิตสะดวก</p> <p>4. แนะนำเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย คนอาบน้ำอย่างน้อยวันละสองครั้ง ไม่ควรแช่ในอ่าง หรือแม่น้ำลำคลอง จะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ แผล และช่องคลอดได้ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้ง หลังการขับถ่าย เปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆในช่วง 24 ชั่วโมงแรก หรือทุกครั้งเมื่อเปียกชุ่ม</p> <p>5. แนะนำการวางแผนครอบครัวการคุมกำเนิดหลังคลอด</p> <p>6. แนะนำนมมีเพศสัมพันธ์จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด</p> <p>7. แนะนำอาการที่ผิดปกติ ที่ควรมาพบแพทย์ เช่นมีไข้ น้ำคาวปลาผิดปกติ สีแดงสดหรือมีกลิ่นเหม็น คลำพบก้อนที่หน้าท้อง เต้านมอักเสบ มีอาการกดเจ็บแดงและปวดท้อง ถ่ายปัสสาวะแสบขัด</p> <p>8. แนะนำให้มาตรวจตามนัดหลังคลอด 6 สัปดาห์</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p>

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล สรุปได้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>- มารดาเข้าใจคำแนะนำ ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด มากกว่า80% และสามารถนอนหลับพักผ่อนได้</p>	<p>- มารดาเข้าใจคำแนะนำ ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด มากกว่า80% และสามารถนอนหลับพักผ่อนได้</p>

อภิปรายผล

จากการศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ ทั้ง 2 กรณีศึกษามาด้วยอาการตั้งครรภ์ ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการวินิจฉัย ว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) เกณฑ์ในการวินิจฉัย คือความดันโลหิต systolic 160 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือความดันโลหิต diastolic 110 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่าร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ จุกแน่นหน้าอก ตาพร่ามัว พบอาการหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค กรณีศึกษาที่ 1 น่าจะเกิดจากที่มารดามีน้ำหนักตัวมาก อ้วน ค่า BMI 35.56 และกรณีศึกษาที่ 2 น่าจะเกิดจากเป็นมารดาอายุมากกว่า 35 ปี และเป็น การตั้งครรภ์ครั้งแรก การรักษาที่ได้รับทั้งสองกรณีศึกษา คือ ได้รับยาป้องกันการชัก คือแมกนีเซียมซันเฟต และถ้าปล่อยให้ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น แพทย์จึงพิจารณาให้ยุติการตั้งครรภ์ โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จึงทำให้ มารดาและทารกผ่านระยะคลอดไปได้อย่างปลอดภัย สำหรับบทบาท ของพยาบาลผู้ดูแล² ระยะคลอด จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ สามารถประเมินได้รวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัย วางแผน และการปฏิบัติการพยาบาล มีการประเมินผล เพื่อนำไปใช้ปรับปรุง เป็นแนวทางในการดูแลมารดาครั้งต่อไป สำหรับมารดา ในระยะนี้ จะมีความวิตกกังวลกลัว และห่วงภาวะสุขภาพทารกในครรภ์⁵ การให้

ข้อมูลที่ถูกต้องใน เรื่องโรค ความก้าวหน้าของการคลอด การวางแผนรักษา แก่ผู้คลอดเป็นระยะ จะทำให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี จะทำให้ มารดารอคอยคลอด ที่มีภาวะแทรกซ้อนผ่านวิกฤติไปได้อย่างปลอดภัย⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องคลอด ในการดูแลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และมีการนำแนวทางการประเมินภาวะรุนแรงของโรค การเฝ้าระวัง โดยควรมีการจัดทำแนวทางที่ชัดเจน ครอบคลุม โดยเฉพาะเรื่องการประเมิน เช่นอาการนำของภาวะชัก อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทักษะในการซักประวัติ ค้นหาปัญหาตั้งแต่แรกเริ่ม และควรมีการซ้อมแผนจำลองสถานการณ์ การดูแลมารดาคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกรณีฉุกเฉิน ทุกปี
2. ควรมีการพัฒนาหรือปรับปรุงแนวปฏิบัติ ความถี่ในการเฝ้าระวังที่จะช่วย Alert หรือ Warning ให้ตระหนัก และเร่งรีบรายงานแพทย์
2. ควรมีการเตรียมยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ สำหรับกรณีฉุกเฉิน ให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา
3. ควรมีการจัดทำแนวทาง การให้ข้อมูล สำหรับมารดาคลอดและญาติ เพื่อให้ความรู้และลดความวิตกกังวล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2561). สถิติสาธารณสุขอัตราการตายมารดา. กลุ่มอนามัยแม่และเด็กสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
2. สุวนิช ป. (2022). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์. *Singburi Hospital Journal*. 27, 1 (ม.ย. 2022), 42–53.

3. World Health Organization. Maternal mortality. [Online]. Available from <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality> [Retrieved 11 September, 2020]
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562.
5. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Ren penning, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby.
6. Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill.
7. นางลักษณ์ เฉลิมสุข, และฉวี เบาทรง. (2562). การพยาบาลสูงขณะตั้งครรภ์. ใน บังอร ศุภวิทิตพัฒนา และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒน์เสรี (บรรณาธิการ), การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะ เสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน (น. 73-99). โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติ้งแอนเซอร์วิส

การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์

Strengthening of health perception to prevent dengue fever among community leaders

Lao Hai Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital Kalasin Province.

(Received: December 26,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อเนก นนทะมัตย์¹
Anek Nonthamat¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ และศึกษาแนวทางการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการวิจัย มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2566 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 64 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและเมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่แนวทางการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนแนวทาง และมีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก น้อยกว่าค่า median ทั้งโดยรวมและรายหมู่บ้าน

คำสำคัญ: การรับรู้ด้านสุขภาพ โรคไข้เลือดออก ผู้นำชุมชน

ABSTRACT

This study was action research. have a purpose To study community leaders' health awareness of dengue fever prevention. Lao Hai Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital Kalasin Province and study ways to enhance health awareness in preventing dengue fever among community leaders. Lao Hai Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital Kalasin Province There is a research period. There is a time period for conducting research. Between October 2022 and September 2023, a total of 12 months. Sample size were 64 Community leader, Lao Hai Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital Kalasin Province, data collected from questionnaires. Data analyzed by Content analysis (Content Analysis) frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

The results of the study found that Health awareness in dengue fever prevention among community leaders Lao Hai Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital Kalasin Province Before proceeding Overall and each aspect is at a moderate level After processing Overall and each aspect is at the highest level and when comparing the level of health awareness in preventing dengue fever among community leaders Lao Hai Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital Kalasin Province Before and after operation There is a difference. Statistically significant at the .05 level. The guidelines for enhancing health awareness in preventing dengue

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์

fever among community leaders Lao Hai Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital Kalasin Province There is an average score of health perception on dengue fever prevention among community leaders. Lao Hai Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital Kalasin Province than before the guidelines and the number of dengue fever patients was lower than the median both overall and in each village

Keywords: health perception Dengue fever, community leaders

บทนำ

โรคเลือดออกเป็นโรคระบาดชนิดหนึ่งที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยมีพาหะเป็นยุงลาย (Aedes aegypti) โดยเฉพาะยุงลายตัวเมียที่ชอบหากินในเวลากลางวัน ผู้ที่ถูกยุงลายที่มีเชื้อไวรัสเดงกีกัดอาจเกิดการติดเชื้อและมีอาการได้ ไวรัสเดงกีมี 4 สายพันธุ์ ได้แก่ ไวรัสเดงกีสายพันธุ์ 1, 2, 3 และ 4 โดยทุกสายพันธุ์สามารถทำให้เกิดไข้เลือดออกได้ มนุษย์จึงสามารถติดเชื้อไวรัสเดงกีซ้ำได้หลายครั้ง เมื่อติดเชื้อสายพันธุ์ใดแล้วร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันต่อสายพันธุ์นั้นไปตลอด แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อสายพันธุ์อื่นเพียงชั่วคราว อาการมีความรุนแรงแตกต่างกันไป ผู้ป่วยส่วนมากจะไม่มีอาการ สำหรับผู้ที่มีอาการ จะมีอาการที่เด่นชัดคือ ไข้สูง (39-40 องศาเซลเซียส) อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ปวดเมื่อยตามตัว ปวดท้อง (โดยเฉพาะด้านขวาบน) คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาจมีเลือดออกที่ตำแหน่งต่าง ๆ โดยที่พบบ่อยที่สุดคือบริเวณผิวหนัง ลักษณะเป็นจุดเลือดออกเล็ก ๆ กระจายตามแขนขา ลำตัว ที่พบบ่อยถัดมาคือเลือดกำเดาไหล กรณีมีเลือดออกที่อวัยวะภายใน เช่นทางเดินอาหารจะมีอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำและซีดอย่างรวดเร็ว ถ้ายังมีเกล็ดเลือดต่ำร่วมด้วยอาการเลือดออกก็จะรุนแรงมากบางรายที่เมื่อไข้ลงแล้วจะมีภาวะช็อคตามมา ภาวะช็อคจากไข้เลือดออกเกิดจากการที่สารน้ำในหลอดเลือดรั่วออกไปนอกหลอดเลือด สามารถทำให้มีความดันโลหิตต่ำ มีอเท้านกระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อย ซึม ชักหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้นได้¹

จากรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกกองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม

ถึง วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 (สัปดาห์ที่ 20) มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย จำนวน 16,650 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 25.16 ต่อประชากรแสนราย และผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกจำนวน 14 ราย คิดเป็นอัตราราย 0.08 ต่อประชากรแสนราย ซึ่งจากสถิติดังกล่าวพบว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2566 สูงกว่าปี พ.ศ. 2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกันถึง 4.7 เท่า²

การรักษา ปัจจุบันยังไม่มียาต้านไวรัสสำหรับโรคไข้เลือดออกโดยเฉพาะ ดังนั้นการรักษาหลักจึงเป็นการรักษาตามอาการเพื่อประคับประคองให้ร่างกายของผู้ป่วยกลับเข้าสู่ภาวะปกติโดยเร็ว เช่น ให้ยาลดไข้แก้ปวด เช็ดตัวลดไข้ ดื่มน้ำเกลือแร่บ่อยๆ หลีกเลี่ยงการรับประทานยาลดไข้ที่ทำให้เกิดการระคายเคืองกระเพาะอาหารเนื่องจากจะเพิ่มความเสี่ยงของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ในรายที่อาการไม่รุนแรงอาจหายได้เองภายใน 2-7 วัน แต่หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายอาเจียนมาก ปวดท้องมาก ไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว ตัวเย็นผิดปกติ ไม่ปัสสาวะนานกว่า 6 ชั่วโมง ควรรีบไปพบแพทย์โดยเร็วที่สุด^{1,3,4,5}

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาแนวทางการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการวิจัย มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2566 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวนหมู่บ้าน 3 คน ตัวแทน อปท. จำนวนหมู่บ้าน 2 คน และ ตัวแทนชุมชน จำนวนหมู่บ้าน 3 คน รวม 8 หมู่บ้าน จำนวน 64 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การบรรยายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. เก็บรวบรวมข้อมูล การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ (เดือนตุลาคม 2565)

2. วิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ (เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2565)

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ (เดือนธันวาคม 2565)

4. ฝึกปฏิบัติและติดตามการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของบุคลากรด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ (เดือนมกราคม - สิงหาคม 2566)

5. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างหมู่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง

6. เก็บรวบรวมข้อมูล การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน (เดือนกันยายน 2566)

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัย โดยคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การ

แจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ในการวิเคราะห์การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Dependent t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ในการเปรียบเทียบ การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ในการวิเคราะห์ การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1. การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. แนวทางการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงวิเคราะห์และติดตามสถานการณ์โรคและดัชนีลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดรุนแรง การป้องกันโรคและควบคุมยุงพาหะ การสื่อสารความเสี่ยงและสร้างการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของชุมชน ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชน รมรงค์ จัดการสิ่งแวดล้อมไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การดูแลป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด

3. การเปรียบเทียบระดับการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่แนวทางการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนแนวทางรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน
(Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	2.89	0.38	4.75	0.18	63	-27.159	.000	-1.99199	-1.71894
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	2.82	0.36	4.78	0.19	63	-29.111	.000	-2.08511	-1.81723

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน
(Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก	2.94	0.35	4.72	0.18	63	-27.792	.000	-1.90933	-1.65317
รวม	2.89	0.20	4.75	0.09	63	-51.693	.000	-1.93464	-1.79062

4. ผลการดำเนินงานในการป้องกันโรค
ไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลเหล่าไโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า

มีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก น้อยกว่าค่า median
ทั้งโดยรวมและรายหมู่บ้าน รายละเอียดดังตารางที่
2

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เหล่าไโฮงาม จังหวัดกาฬสินธุ์

หมู่บ้าน	หมู่	ค่า median	จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก
เหล่าไโฮงาม	1	2	0
เหล่าไโฮงาม	2	1	0
โนนยาง	3	2	0
กลาง	6	4	1
กลาง	7	2	0
เหล่าไโฮงาม	9	1	0
เหล่าไโฮงาม	10	1	0
โนนยาง	11	2	1
รวม		22	2

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ
ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไโฮงาม
จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและราย
ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษา
ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการ
ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลละ
ลวด อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์⁶ ดังนั้นจึงได้จัดทำ
แนวทางการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการ
ป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไโฮงาม
จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การเฝ้าระวังและ
ประเมินความเสี่ยงวิเคราะห์และติดตาม
สถานการณ์โรคและดัชนีลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง
เพื่อค้นหาพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดรุนแรง การ
ป้องกันโรคและควบคุมยุงพาหะ การสื่อสารความ
เสี่ยงและสร้างการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของชุมชน
ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายใน
ชุมชน รมณรงค์ จัดการสิ่งแวดล้อมไม่ให้เป็นแหล่ง
เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การดูแลป้องกันตนเอง
ไม่ให้ถูกยุงกัด ตามแนวคิดของ ร่างแนวทางการ

ปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ไข้เลือดออก ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ส่งผลให้ การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไทรงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไทรงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่แนวทางการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไทรงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไทรงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนแนวทางทำให้ผลการดำเนินงานในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไทรงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย ไข้เลือดออก น้อยกว่าค่า median ทั้งโดยรวมและรายหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้าน

สุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย จังหวัดตรัง⁷

ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไทรงาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรประกอบด้วย การเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงวิเคราะห์และติดตามสถานการณ์โรคและดัชนีลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดรุนแรง การป้องกันโรคและควบคุมยุงพาหะ การสื่อสารความเสี่ยงและสร้างการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของชุมชน ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชน รณรงค์ จัดการสิ่งแวดล้อมไม่ให้เป็นที่เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การดูแลป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด

2. ควรมีการศึกษาแนวทางการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของผู้นำชุมชน ในระยะยาวเพื่อความยั่งยืนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วรวิทย์ กันทะมาลี นพพร อภิวัฒนากุล.(2565). ความรู้สำหรับประชาชน โรค ไข้เลือดออก สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย <https://www.pidst.or.th/A713.html>
2. ทวีติยา สุจริตรักษ์.(2566). หมอเตือนหน้าฝน ระวังโรค ไข้เลือดออกระบาด เผยตั้งแต่มกราคม-พฤษภาคม ปี พ.ศ. 2566 พบมีผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออกแล้วกว่า 1.6 หมื่นราย <https://www.cmu.ac.th/th/article/9f4c558d-af38-4592-bf6f-cfed5ad8b4a9>
3. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2558). คู่มือวิชาการโรคติดต่อเฉียบพลันและโรค ไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
4. Chiu-Jung Chang. (2018). Epidemiological, clinical and climatic characteristics of dengue fever in Kaohsiung City, Taiwan with implication for prevention and control. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0190637>.
5. World Health Organization. (2019). Dengue and severe dengue. <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/dengue-and-severe-dengue>.

6. พรทิพย์ แก้วชิน ฉัญญานุช ไพรวงษ์ ธนาคาร เสถียรพูนสุข วิฑูรย์ เจียกงเหลื่อม ภาวินี ทิพย์กระโทก เสาวลักษณ์ บุตรศรี สมปอง ทาทอง สิริรินทร์ สีเสณวรรณาสกุล พิลาศ สว่างสุนทรเวศย์.(2564).ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลละลวด อำเภอขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น. 2(3). 70-84
7. วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, กนกพรรณ พรหมทอง, มนต์รี รักภักดี.(2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย จังหวัดตรัง. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 40(5). 71-84

ผลของการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Results of giving value and social support together with empowerment to change drug use behavior of people receiving drug treatment after completing a social rehabilitation program, Kantharalak District, Sisaket Province.

(Received: December 26,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 28,2023)

ฉวีวรรณ สารบุตร¹ สุขุมภรณ์ บุญญาสุ¹
Chaweewan Sarabut¹, Sukhumaporn Boonyasu¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 44 คน รวม 88 คน คือ กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามแนวทางปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 6 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 6 ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติด การให้คุณค่าแก่ตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติด ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การให้คุณค่า แรงสนับสนุนทางสังคม การเสริมพลัง ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติด

Abstract

This quasi-experimental research aims to study the effect of providing value and social support, along with empowerment, to change the drug use behavior of individuals undergoing drug treatment after completing a rehabilitation program in the Kantharalak District, Sisaket Province. The sample group was divided into two groups, each containing 44 people, totaling 88 individuals. The experimental group consisted of individuals receiving drug treatment after completing a social rehabilitation program in the Kantharalak District, Sisaket Province. The comparison group comprised individuals receiving drug treatment after completing a social rehabilitation program in the Khukhan District, Sisaket Province. The experimental group underwent the program for a period of 12 weeks, while the comparison group received standard care according to guidelines. Data were collected using questionnaires at two time points: before and after the experiment, conducted between October 6, 2023, and December 6, 2023. Data were analyzed using descriptive statistics, presented with percentages, means, standard deviations, medians, 25th and 75th percentiles. Differences in mean scores of variables within groups were compared using paired t-test statistics, and between groups using independent t-test statistics, with significance set at the 0.05 level. The study results indicated that, after the experiment, the mean scores of attitudes towards drug prevention, self-value, social support for drug prevention, perceived self-efficacy in reducing, giving up, and quitting drugs, as well as the intention to quit using drugs, were significantly higher in the experimental group compared to the comparison group at the 0.05 level.

Keywords: Valuing, Social support, Empowerment, Drug treatment patients

¹ โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย ถือเป็นปัญหาหนึ่งที่เป็นปัญหาที่ใหญ่ และเป็นปัญหาสำคัญเป็นอันดับต้นๆของประเทศ เพราะปัญหา ยาเสพติดเป็นบ่อเกิดของปัญหาอาชญากรรมต่างๆ และขัดต่อจารีต ประเพณี ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม และที่สำคัญที่สุด คือ มีผลกระทบต่อตัวผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด โดยส่งผลให้ผู้นั้นมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม ป่วยด้วยโรคต่างๆที่เกิดจากการเสพยาเสพติด⁽¹⁾ ปัญหายาเสพติดนับว่าเป็นหนึ่งในปัญหาสังคมที่รุนแรง ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการ รวมถึงนโยบายต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ⁽²⁾ พบว่าในปี 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ที่ติดยาเสพติด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 26 เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่รวมถึงใช้ในปริมาณที่มากกว่าเช่นเดียวกันนี้ สถานการณ์ จากสถานการณ์ยาเสพติดในปีที่ผ่านมา พบว่า ปัญหายาเสพติดยังคงอยู่ในระดับที่รุนแรง ทั้งในด้านของการจับกุมและการบำบัดรักษา รัฐบาลจึงได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่ปรากฏในแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2558 ได้กำหนดจุดมุ่งหมายของการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่ได้ดำเนินการในเชิงคุณภาพ ในทุกขั้นตอนของกระบวนการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งปรับปรุงมาตรฐาน การบำบัดรักษาทุกระบบ โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันกำหนดหลักสูตรค่าขอปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดขึ้น โดยการนำเอาจุดเด่นของค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จมาประยุกต์รวมกัน ซึ่งหลักสูตรค่าขอปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เสพยาเสพติด ที่มี

อายุ 18 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือไม่ เป็นพาหะของโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ วัณโรค โรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ เป็นต้น⁽³⁾ สารเสพติดเป็นสารเคมีซึ่งเมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยวิธีใดจะทำให้เกิดการติดได้หากใช้สารนั้นเป็นประจำ มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจตลอดเวลา ต้องการขนาดการเสพที่เพิ่มมากขึ้น มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา⁽⁴⁾ สารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดประสาท ได้แก่ ผีน มอร์ฟีน เฮโรอีน สารระเหย และยาแก้ปวดประสาท กระตุ้นประสาท ได้แก่ แอมเฟตามีน กระท่อม และโคคาอีน หลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี ดีเอ็มดี และเห็ดขี้ควาย กลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นหรือหลอนประสาทได้พร้อม ๆ กัน เช่น กัญชา ฯลฯ เมื่อผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มนี้จะทำให้เกิดอาการทางจิตได้บ่อย เช่น หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย หูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติ มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อตัวเองและผู้อื่นได้⁽⁵⁾

แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดมีหลายแนวทางที่จะต้องมีการผสมผสานหลายรูปแบบหรือแนวทางหลาย ๆ แนวทางเข้ามาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใช้สารเสพติดให้เกิดผล เช่น การให้คุณค่าแก่ตัวเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ แรงสนับสนุนทางสังคม การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันยาเสพติด การรับรู้ความสามารถของตน และความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของสยาภรณ์ เดชดี และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พัทธพันธ์ คงทอง และคณะ⁽¹⁾ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาบ้าร่วมกับยาเสพติดที่ผิดกฎหมายอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทัศนคติต่อการใช้สารเสพติด ($p = 0.015$) การทำหน้าที่ครอบครัว ($p = 0.008$) ชัยรัชต์ ก้องเปสลาพันธ์ และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าหลังการ

ทดลองกลุ่มทดลองมีความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

จังหวัดศรีสะเกษกำหนดให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นหนึ่งในนโยบายเร่งด่วนของจังหวัด ที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจังทั้งระบบ โดยเร่งรัดการแก้ไขปัญหายาเสพติด ให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด รวมถึงการร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านปราบปรามแหล่งผลิตและเครือข่ายผู้ค้ายาเสพติด ทั้งพื้นที่แนวชายแดนและพื้นที่ตอนใน โดยให้เป็นการแก้ไขปัญหายาเสพติดภายในของประเทศ ด้วยกฎหมายไทยและหลักสากล⁽⁸⁾ อำเภอกันทรลักษณ์มีการนำผู้ใช้สารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดผ่านค่ายผู้บำบัดยาเสพติดอย่างต่อเนื่องเพื่อคืนผู้ผ่านการบำบัดสู่ชุมชน โดยในปี 2564-2566 มีผู้เข้ารับการบำบัดผ่านค่ายจำนวน 50, 50 และ 204 คน แต่ปัญหาที่พบคือการกลับมาเกิดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดซ้ำถึงร้อยละ 82.56 เกิดปัญหาที่ตามมาหลายอย่าง เช่น ความปลอดภัย คุณภาพชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคมชุมชน และปัญหาอื่นอีกหลายประการ⁽⁹⁾ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเรื่องผลของการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคมอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม ให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติด การให้คุณค่าแก่ตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติด ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และพฤติกรรม

การใช้สารเสพติดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติด การให้คุณค่าแก่ตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติด ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และพฤติกรรม การใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบ two group pretest – posttest design

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ตามสูตรของ Lemeshow⁽¹⁰⁾ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 44 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคมอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 44 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

เกษ เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคมเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดด้านทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติด การให้คุณค่าแก่ตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติด ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดผ่านกิจกรรมเรื่องเล่าเคล้าประสบการณ์เพิ่มกำลังใจในการเลิกยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด สารระงำรู้เรื่องยาเสพติด การติดตามหลังการฟื้นฟูสภาพทางสังคม การหนุนเสริมในการเสริมพลัง กิจกรรมลูกบอลเล่าความตั้งใจ กิจกรรมบอกให้รู้ว่าคุณทำได้ การให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติด จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 การให้คุณค่ากับตัวเอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติด จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติด จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด จำนวน 10 ข้อ

ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติด เท่ากับ 0.78 การให้คุณค่ากับตัวเอง เท่ากับ 0.74 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติด เท่ากับ 0.80 การรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติด เท่ากับ 0.76 ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด เท่ากับ 0.82 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-158 ลงวันที่ 5 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศชายทุกคน มีอายุเฉลี่ย 26.79 ปี (S.D. = 7.88 ปี) เป็นโสดร้อยละ 79.5 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 54.5 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 43.3 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 3,500 บาท (P25 = 0.000 บาท : P75 = 7,000 บาท) และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยเป็นบิดามารดาร้อยละ 40.9 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายทุกคน มีอายุเฉลี่ย 28.41 ปี (S.D. = 9.03 ปี) เป็นโสดร้อยละ 88.6 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 56.8 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 38.6 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 3,500 บาท (P25 = 0.000 บาท : P75 = 7,000 บาท) และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยเป็นบิดามารดาร้อยละ 36.4 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) โดยพบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.93 คะแนน (95% CI=1.34-2.52) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n= 44)

ทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติด	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	5.43	1.54	-0.27	-0.91-0.37	-0.838	0.403
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.70	1.50				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	8.22	1.15	1.93	1.34-2.52	6.504	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.29	1.59				

*p-value<0.05

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าแก่ตัวเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าแก่ตัวเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่าง

คะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าแก่ตัวเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าแก่ตัวเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.32 คะแนน (95% CI=1.91-2.72) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าแก่ตัวเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n= 44)

การให้คุณค่าแก่ตัวเอง	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	5.90	0.83	0.22	-0.13-0.59	1.243	0.217
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.68	0.88				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	8.59	0.92	2.32	1.91-2.72	11.31	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.27	0.99				

*p-value<0.05

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติดแตกต่าง

กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติด

ติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.38 คะแนน (95% CI=1.77-2.99) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n= 44)

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติด	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	5.98	1.35	0.30	-0.30-0.89	0.978	0.330
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.68	1.47				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	8.70	1.21	2.38	1.77-2.99	7.7.64	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.32	1.63				

*p-value<0.05

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.77 คะแนน (95% CI = 2.10-3.44) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n= 44)

การรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติด	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.91	1.27	-0.18	-0.72-0.35	-0.670	0.504
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.09	1.27				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	7.50	1.73	2.77	2.10-3.44	8.211	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.73	1.42				

*p-value<0.05

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.97 คะแนน (95% CI=2.41-3.54) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n= 44)

ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	4.59	1.31	0.14	-0.41-0.69	0.488	0.626
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.45	1.30				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	8.04	1.19	2.97	2.41-3.54	10.479	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.07	1.45				

*p-value<0.05

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.005) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.52 คะแนน (95% CI=1.76-3.27) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n= 44)

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	5.63	1.84	0.41	-0.39-1.21	1.014	0.313
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.22	1.93				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	8.36	1.51	2.52	1.76-3.27	6.628	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.84	2.02				

*p-value<0.05

อภิปรายผล

โปรแกรมการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลตาม

วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติด การให้คุณค่าแก่ตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติด ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นพัฒนาโดยใช้ข้อมูลของบริบทของพื้นที่ ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาแนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสมกับประเด็นการศึกษาประกอบการพัฒนาโปรแกรม และการพัฒนาโปรแกรมผู้วิจัยเรียนรู้ผู้มีส่วนได้เสียเข้าร่วมพัฒนาโปรแกรมอย่างครบถ้วน รวมถึงการออกแบบกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับแนวทางการแก้ไขปัญหามาผ่านกิจกรรมเรื่องเล่าเล่าประสบการณ์เพื่อเพิ่มกำลังใจในการเลิกยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด สารความรู้เรื่องยาเสพติด การติดตามหลังการฟื้นฟูสภาพทางสังคม การหนุนเสริมในการเสริมพลังกิจกรรมลูกบอลเล่าความตั้งใจ กิจกรรมบอกให้รู้ว่าคุณทำได้ การให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม จึงทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของสยาภรณ์ เดชดี และคณะ⁽⁶⁾ ศึกษาการพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ชัยรัชต์ ก้องเปสลาพันธ์ และคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธสัญญาในด้านความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตใจในผู้ป่วยสารเสพติด พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และ 0.05 เทอดศักดิ์ เนียมเปีย และคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดยาบ้าต่อความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าไม่แตกต่างกันหลังทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่า

คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการเปรียบเทียบ หลังทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ และ 16 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จันทรา มณีฉาย และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาการเสริมพลังอำนาจชุมชนกับบทบาทของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรณีศึกษา ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบวิธีการเสริมพลังอำนาจชุมชนเชื่อมโยงกับการแสดงออกถึงความเชื่อมั่นระหว่างสมาชิกในชุมชนซึ่งกันและกัน มีการประสานความร่วมมือเชิงบูรณาการสำหรับแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งในและนอกชุมชน มีการให้ข้อมูลสำคัญต่อการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด มีกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนหลากหลายรูปแบบโดยเฉพาะการส่งเสริมกลไกให้สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการจัดการภายในชุมชน อันส่งผลให้ปัญหายาเสพติดในชุมชนลดลงได้ สุวิทย์ สลามาตะ⁽¹³⁾ ศึกษาการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมภาวะผู้นำเด็กและเยาวชนของศาลเยาวชนและครอบครัวเพื่อการป้องกันการติดยาเสพติด ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาหลักสูตรประกอบด้วยเนื้อหา 10 องค์ประกอบ จัดเป็น 4 มอดูล คือ มอดูลที่ 1 ความรู้ความสามารถ มอดูลที่ 2 ทักษะจำเป็นของผู้นำ มอดูลที่ 3 การสร้างคุณธรรมจริยธรรม จิตอาสาพัฒนาผู้นำ และ มอดูลที่ 4 การนำไปใช้และการขยายผล ด้านผลการทดลองใช้หลักสูตร พบว่า หลังการฝึกอบรมเด็กและเยาวชนมีความรู้ และเจตคติสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จินห์จุฑา ชัยเสนา และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผลการวิจัยพบว่า เยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัด ฯ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดและการมองโลกทางบวกในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และ

ระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดฯ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่กับระยะติดตามผล 1 เดือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดฯ มีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกทางบวกในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัจฉรา ประการ จิรัชัย และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดตามแนวความหมายของชีวิตที่มีต่อความมุ่งหวังในชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดระยะติดตามผลที่ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดตามแนวความหมายของชีวิตมีคะแนนความมุ่งหวังในชีวิตสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มบำบัดและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้ากลุ่มบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ศุภชัย นवलสุทธิ และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก ผลการวิจัยพบว่า ความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ผลการวิจัย: พบว่า การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนความพร้อมในภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,30)=224.10, P<0.05$) โดยพบว่า ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($M=87.56, SD=6.57$) และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ($M=83.62, SD=8.42$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=51.06, SD=10.26$)

เอกสารอ้างอิง

1. พัทธพันธ์ คงทอง อารดา หายักวงษ์ และ ญัฐพล โยธา. (2564). พฤติกรรมการใช้สารเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ค่ายศูนย์ขวัญจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัย มช. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) ปีที่ 21 ฉบับที่ 2: เมษายน-มิถุนายน 2564, 225-235.
2. Unies, N. (2000). Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. In Travaux préparatoires: des

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ซึ่งเป็นไปได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่อำเภอกันทรลักษ์ หรือขยายผลไปในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ หรือ ประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นกับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม

2.2 ควรศึกษาหารูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ แบบมีส่วนร่วม ผสมผสาน และให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วม โดยการพัฒนารูปแบบภายใต้บริบทของพื้นที่ที่สอดคล้องสภาพทั่วไปของพื้นที่ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมสามารถแก้ไขปัญหาพื้นที่ได้จริง

2.3 ควรศึกษาเพื่อล้วงถึงถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพิ่มเติมเพื่อนำปัจจัยไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาคือ

- négociations en vue de l'élaboration de la Convention des Nations Unies contre la corruption.
3. Office of the Narcotics Control Board, the Ministry of Justice. The practical manual for using the information about national drug abusers and drug abuse treatment. 2nd ed. Samut Prakan: Udomsuksa Printing and Publishing. 2017. Thai.
 4. สาลีณี ภู่งรุ่งเรืองผล. (2562). พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522. สืบค้นเมื่อ 8 มกราคม 2566, จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/19081615_6591830384.pdf.
 5. บุญศิริ จันศิริมงคล. (2558). โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริส จำกัด.
 6. สยาภรณ์ เดชดี และ อรวรรณ หนูแก้ว. (2554). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564, 91-111.
 7. ชัยรัชต์ ก้องเปสลาพันธ์ เทพธา เมธานันต์กุล ณิชฎฐภัณฑ์สันต์ ศรีวิชัย และนริชญา ศรีบุรพา. (2566). ประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธสัญญาในด้านความยึดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตใจในผู้ป่วยสารเสพติด. วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย 54(1) (2566) 51-64.
 8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). สรุปผลการดำเนินงานด้านยาเสพติด ปี 2566.
 9. โรงพยาบาลกันทรลักษณ์. (2566). สรุปผลการดำเนินงานด้านยาเสพติด ปี 2566.
 10. Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., Lwanga, S. K., & World Health Organization. (1990). Adequacy of sample size in health studies. Chichester: Wiley.
 11. เทอดศักดิ์ เนียมเปีย และ วุฒิชัย จริยา. (2563). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังต้านการเสพยาบ้าต่อความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2563, 700-708.
 12. จันทรา มณีฉาย อัครศิริ ลาป้อ และ สุพัฒพงศ์ แยมอิม. (2565). การเสริมพลังอำนาจชุมชนกับบทบาทของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรณีศึกษา ตำบลท่าชนะ อำเภوتاชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การค้นคว้าอิสระนิติศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
 13. สุวิทย์ สลามเต๊ะ. (2561). การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมภาวะผู้นำเด็กและเยาวชนของศาลเยาวชนและครอบครัว เพื่อการป้องกันการติดยาเสพติด. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี ปีที่ 12 ฉบับพิเศษ เดือนตุลาคม 2561.
 14. จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส นุชนาด แก้วมาตร ภาคินี เดชชัยยศ หทัยชนก เม่าวิริยะ ศรีวิชฐ์ บุญประชุม และ สุรชาติ นันตา. (2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเฮโรอีน. โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559.
 15. อัจฉรา ประการ จูริชัย หงส์ยัตร์ชัย และบวิธ สิริเกียรติกุล. (2562). ผลของกลุ่มบำบัดตามแนวความหมายของชีวิตที่มีต่อความมุ่งมั่นในชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดระยะติดตามผล. วารสารรัชต์ภาคย์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 31 ตุลาคม-ธันวาคม 2562.
 16. ศุภชัย นวลสุทธิ จุฬา ศรีรักษา ทับปณ สัมปทณรัช และ สมหมาย คชนาม. (2565). ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565 หน้า 163-177.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบผ่านกล้องและแบบเปิดหน้าท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care for patients undergoing laparoscopic cholecystectomy
and open cholecystectomy : Two case studies.

(Received: December 26,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

รุจิวรรณ หมื่นแก้ว¹
Rujivan Muenkeaw¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบผ่านกล้องและแบบเปิดหน้าท้อง: กรณีศึกษา 2 ราย โดยเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบผ่านกล้องและแบบเปิดหน้าท้องโดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติจากผู้ป่วย ญาติ และการสังเกต เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ในขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตาม 11 แบบแผนสุขภาพของ Gordon เปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพ การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นนิ่วในถุงน้ำดีมี แต่รายที่ 2 มีการอักเสบของถุงน้ำดีร่วมด้วย ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแตกต่างกัน เริ่มต้นการผ่าตัดด้วยวิธีผ่านกล้องเช่นเดียวกัน ส่งเครื่องมือตามขั้นตอนการผ่าตัด รายที่ 1 ผ่าตัดสำเร็จคล่องไปได้ด้วยดี รายที่ 2 ผ่าตัดแบบผ่านกล้องไม่สำเร็จเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดมาเป็นแบบเปิดหน้าท้องเนื่องจากพบว่าการอักเสบของถุงน้ำดี ถุงน้ำดีเน่าและพังผืด(Gangrene gallbladder, adhesions uaid Gallbladder) ในบริเวณที่จะทำการผ่าตัดมาก ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ รายที่ 2 จำนวน 9 ข้อ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัดได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็น และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ประสานพยาบาลหอผู้ป่วยในการส่งต่อข้อมูลการผ่าตัดร่วมกันวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วย บรรเทาอาการรบกวนต่าง ได้แก่ การปวดแผล แน่นอึดอัดท้องและพื้นหายใจ โดยเร็ว ทั้ง 2 รายได้รับการดูแลรักษาจนอาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลรายที่ 1 จำนวน 4 วัน รายที่ 2 จำนวน 8 วัน เนื่องจากกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการรุนแรงมากกว่า ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทั้ง 2 แบบ ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลจึงนานกว่า

คำสำคัญ: การผ่าตัดแบบผ่านกล้องและแบบเปิดหน้าท้อง, นิ่วในถุงน้ำดี, 11 แบบแผนของกอร์ดอน,

Abstract

This study was case study aimed to compare the nursing care of patients undergoing laparoscopic and open cholecystectomy for gallstones through an in-depth examination of two case studies. This is a comparative case study involving two patients who underwent gallbladder surgery, one through laparoscopic and the other through an open cholecystectomy. Patient histories were extracted from medical records, including interviews with patients and their families. The nursing care process involved a five-step framework, assessing health status, collecting and analyzing data using Gordon's 11 functional health patterns, comparing health information, nursing diagnoses preoperatively, intraoperatively, and postoperatively within 24 hours.

Results: Both cases presented with gallstones, but the second case exhibited additional gallbladder inflammation. Divergent surgical interventions were employed, starting laparoscopic for both cases but transitioning to open surgery in the second case due to extensive inflammation, gallbladder necrosis, and adhesions. No postoperative complications were observed in either case. The first patient was diagnosed with six nursing care issues, while the second patient had nine. Preoperative and postoperative nursing interventions focused on pain management, abdominal tightness, and rapid recovery. Hospital stays differed with the first case at 4 days and the second at 8 days due to the latter's severe condition.

Keywords: Laparoscopic and open cholecystectomy, gallstones, Gordon's 11 functional health patterns

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคนิ่วในถุงน้ำดีเป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการหรือหากมีอาการก็จะมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดี ได้แก่ ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholecystitis) ถุงน้ำดีอักเสบเป็นหนอง (empyema gall bladder) หรือนิ่วหลุดลงไปในท่อน้ำดี (common bile duct stone)¹อุบัติการณ์ของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีเป็นโรคที่พบบ่อยพบได้ประมาณ 5-10 % ของประชากรโดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2 –3 เท่าและพบได้มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 40 ปี ในคนไทยอายุเกิน 70 ปี พบได้ประมาณ 15 -30 % ในประเทศไทยพบได้ในร้อยละ 61² การรักษาโดยการผ่าตัดถุงน้ำดีสามารถทำได้ทั้งแบบผ่านกล้องและแบบเปิดหน้าท้อง แต่ในผู้ป่วยบางรายที่มีการอักเสบหรือพังผืดในบริเวณที่จะทำการผ่าตัดมาก หรือในบางรายที่มีกายวิภาคของบริเวณตับและถุงน้ำดีที่ไม่ปกติศัลยแพทย์อาจเปลี่ยนจากการผ่าตัดแบบผ่านกล้อง (laparoscopic cholecystectomy) มาเป็นแบบเปิด (open cholecystectomy) พบได้ประมาณ 15-20%⁴โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้ง 2 วิธีไม่แตกต่างกัน⁴ และการผ่าตัดผ่านกล้องในกรณีที่ถุงน้ำดีไม่มีการอักเสบซึ่งปัจจุบันได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อยผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดและภาวะการสูญเสียโลหิตน้อยกว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นกว่า ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดใช้เวลาน้อยทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือทำงานได้เร็วขึ้น^{4,5}

สำหรับโรงพยาบาลบ้านไผ่ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 99, 84 และ 84 รายตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดแบบผ่านกล้อง จำนวน 90 ราย(ร้อยละ 90.91), 74 ราย(ร้อยละ 88.10)และ 77 ราย(ร้อยละ 91.67) รองลงมาเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง จำนวน 9 ราย(ร้อยละ 9.99), 10 ราย(ร้อยละ 11.90)และ 4 ราย(ร้อยละ 8.33) ตามลำดับ มีการเปลี่ยนจากการ

ผ่าตัดแบบเปิด (laparoscopic cholecystectomy) มาเป็นแบบเปิด (open cholecystectomy) ซึ่งในปี พ.ศ.2564-2566 พบจำนวน 7,6 และ 3 ราย ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็กหรือใหญ่เพียงใดย่อมมีความเสี่ยงจากการผ่าตัด เสี่ยงจากการให้ยาระงับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่อาจเกิดขึ้นในช่วงการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องอาศัยศาสตร์และศิลปะเชิงวิชาชีพผสมผสานกับศาสตร์อื่น ๆ เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเพื่อการรักษา ต้องตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบผ่านกล้องและแบบเปิดหน้าท้อง:กรณีศึกษา 2 รายเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาคุณภาพงาน คุณภาพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบผ่านกล้องและแบบเปิดหน้าท้อง:กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา เป็นกรณีศึกษา 2 ราย เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบผ่านกล้องและแบบเปิดหน้าท้องโดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติจากผู้ป่วยญาติและการสังเกต เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ในขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตาม 11 แบบแผนสุขภาพของ Gordon เปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพ การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>หญิงไทย โสัด อายุ 27 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 2 สิงหาคม 2566 มาตามนัดเพื่อการผ่าตัด สิทธิการรักษาประกันสังคม แรกรับเวลา 10.34 น. รู้สึกตัวดีสื่อสารเข้าใจ มีอาการปวดจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ ประเมินความปวดได้ 2 คะแนน ให้ประวัติว่ามีอาการปวดจุกแน่นท้องหลังรับประทานอาหารทุกครั้งเป็นมา 5 วัน จุกแน่นท้องเป็น ๆ หาย ๆ มา 1 เดือน ไปรักษาที่คลินิกเอกชน แพทย์ให้การวินิจฉัย Gallstones without cholecystitis ส่งตัวเข้ามารักษาในโรงพยาบาล สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/60 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 17.8 ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการแพ้ยา หรือสารอาหารใด ๆ ไม่เคยผ่าตัด แพทย์ set ผ่าตัด LC under GA วันที่ 3 สิงหาคม 2566 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC,BUN,Cr, ELyte,LFT, UA, Anti HIV,Chest x-ray, EKG 12 Leads ปกติทุกรายการ เตรียมเลือด PRC ไว้ 1 ยูนิท เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน จากการสังเกตและพูดคุยผู้ป่วยมีความวิตกกังวลให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคอธิบายวิธีการรักษาขั้นตอนการผ่าตัดพอสังเขป แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจแจ้งข้อมูลวันและเวลาผ่าตัดให้ผู้ป่วยรับทราบ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนคลายความวิตกกังวลแจ้งผู้ป่วยจะได้รับยานอนหลับก่อนนอน 1 เม็ด เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเต็มที่ รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 08.30 น. วันที่ 3 สิงหาคม 2566 สอบถามชื่อนามสกุล ตรวจสอบความครบถ้วนของการเตรียมผู้ป่วย เวชระเบียน และสิ่งที่มากับผู้ป่วย การได้ยาปฏิชีวนะ cefazolin 1 gms iv ก่อนมาผ่าตัด แพทย์ทำ laparoscopic cholecystectomy เวลา 09.10 น. พยาบาลส่งเครื่องมือช่วยผ่าตัดตามขั้นตอนการผ่าตัด ขณะทำหัตถการผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ การผ่าตัดพบ stone, not hard Blood loss 20 ml.สิ้นสุดการผ่าตัดระยะเวลา 9.50 น.รวมระยะเวลาในการผ่าตัด 40 นาที ย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อในห้องพักฟื้นเวลา 10.00 น. ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยรู้เรื่อง วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ปวดแน่นท้อง ประเมินความปวดได้ระดับ 5 คะแนน ผู้ป่วยได้รับ 5%D-5-N/2 1,000 ml iv drip 60 ml/hr pethidine 20 mg iv pm q 6 hr ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียสชีพจร 80 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/88 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 98 % แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้แผลหายไว ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทบพวนและให้ผู้ป่วยปฏิบัติการหายใจ และการไอที่ถูกต้อง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือแนะนำการดูแลแผลผ่าตัดและการปฏิบัติตัวที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามจนหมดข้อสงสัย แจ้งผู้ป่วยและญาติจะไม่ได้มาเยี่ยมอีกผู้ป่วยจะอยู่ในการดูแลของพยาบาลหอผู้ป่วยจนกว่าจะจำหน่าย</p>	<p>ชายไทย คู่ อายุ 73 ปี สิทธิการรักษา จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง มาโรงพยาบาลวันที่ 2 กรกฎาคม 2566 เวลา 12.43 น. ด้วยอาการปวดท้องด้านขวา มีไข้ ทนาวสัน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีอาการปวดจุกแน่นท้องใต้ชายโครงขวาเป็น หาย ๆ มาประมาณ 2 เดือน รักษาโดยซื้อยาตามร้านขาย อาการดีขึ้น ครั้งนี้ไม่มีไข้ ทนาวสัน ปวดท้อง มากจึงไปรักษาที่คลินิกเอกชน แพทย์ส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แรกรับ รู้สึกตัวดีสื่อสารเข้าใจ มีอาการปวดท้องด้านขวา ประเมินความปวดได้ 5 คะแนน แพทย์ให้การวินิจฉัย Calculus of gallbladder with acute cholecystitis สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/61 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 26.7 ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการแพ้ยา หรือสารอาหารใด ๆ เคยผ่าตัดถุงน้ำดีไว้ 20 ปีก่อน แพทย์ set ผ่าตัด LC under GA วันที่ 3 กรกฎาคม 2566 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: WBC 19,800 cell/uL, Neutrophil 86 %, Cr=1.11 mg/dl, ELyte: Na=127.9 mmol/L, LFT: total bilirubin 2.24 mg/dL, direct bilirubin 1.21 mg/dL, UA: color= deep yellow, Anti HIV,Chest x-ray, EKG 12 Leads ปกติทุกรายการ เตรียมเลือด PRC ไว้ 1 ยูนิท เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตาเหลืองตัวเหลือง มีไข้ต่ำ ๆ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/77 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat 98% on D-5-N/2 1000 ml iv drip 80 ml/hr, จากการสังเกตและพูดคุยผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากจากอาการเจ็บป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการของโรค อธิบายวิธีการรักษาขั้นตอนการผ่าตัดพอสังเขป แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจแจ้งข้อมูลวันและเวลาผ่าตัดให้ผู้ป่วยรับทราบ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนคลายความวิตกกังวลแจ้งผู้ป่วยจะได้รับยานอนหลับก่อนนอน 1 เม็ด เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเต็มที่ รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 13.00 น. วันที่ 3 กรกฎาคม 2566 สอบถามชื่อนามสกุล ตรวจสอบความครบถ้วนของการเตรียมผู้ป่วย เวชระเบียน และสิ่งที่มากับผู้ป่วย การได้ยาปฏิชีวนะ cefazolin 1 gms iv ก่อนมาผ่าตัด แพทย์ทำ laparoscopic cholecystectomy เวลา 13.40 น. พยาบาลส่งเครื่องมือช่วยผ่าตัดตามขั้นตอนการผ่าตัด การผ่าตัดพบ Gangrene gallbladder, adhesions uaid Gallbladder . แพทย์พิจารณาทำผ่าตัด open cholecystectomy สิ้นสุดการผ่าตัดระยะเวลา 15.00 น.รวมระยะเวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 40 นาที total blood loss 200 ml ย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อในห้องพักฟื้นเวลา 15.10 น. ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ปวดแน่นท้องใต้ชายโครงขวามาก บอกหายใจลำบาก อธิบายเกี่ยวอาการหลังการผ่าตัดจะมีอาการแน่นอึดอัดท้องได้เนื่องจากมีการจ่ายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ในช่องท้องในขณะที่ผ่าตัดประกอบการผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจึงทำให้ปวดท้องมากขึ้น ประเมินความปวด</p>

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ได้ระดับ 5 คะแนน ผู้ป่วยยาบรรเทาปวด pethidine 50 mg im pm ทุก 6 ชั่วโมง ได้รับ 5%D-5-N/2 1,000 ml iv drip 80 ml/hr ,ceftriaxone 2 gm iv drip OD, metronidazole 500 mg iv drip q 8 hr, metoclopramide 2 mg iv pm ทุก 8 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียสชีพจร 80 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต129/88 มิลลิเมตรปรอท O ₂ sat 98 % จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้แผลหายไว ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทบพองและให้ผู้ป่วยปฏิบัติการหายใจ การไอที่ถูกต้อง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือแนะนำการดูแลแผลผ่าตัดและการปฏิบัติตัวที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามจนหมดข้อสงสัย แจ้งผู้ป่วยและญาติจะไม่ได้มาเยี่ยมอีกผู้ป่วยจะอยู่ในการดูแลของพยาบาลหอผู้ป่วย จนกว่าจะจำหน่าย

จากการรวบรวมข้อมูล ประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะการผ่าตัด	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้อง 	<ol style="list-style-type: none"> วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้อง ถุงน้ำดีอักเสบเนื่องจากถุงน้ำดีเน่าจากนี้ที่ไม่ได้รับการรักษา เกิดการคั่งของบิลิรูบินในร่างกาย
ขณะผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะผ่าตัด 	<ol style="list-style-type: none"> เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะผ่าตัด
ระยะหลังผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 	<ol style="list-style-type: none"> ไม่สุขสบายปวดแน่นท้องจากการใส่กาซในท้องระหว่างการผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> เยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด 1 วันเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยทางร่างกายและจิตใจให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ขณะเยี่ยมผู้ป่วยต้องสร้างสัมพันธภาพด้วยภาษาพูดภาษาท่าทางมีการแนะนำตนเองพร้อมบอกจุดมุ่งหมายของการมาเยี่ยม ตรวจสอบชื่อและนามสกุลผู้ป่วยให้ตรงกับตารางผ่าตัดศึกษาประวัติจากบันทึกกรายงานผู้ป่วยในเวชระเบียน ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมให้สมบูรณ์เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>3.1 ประเมินลักษณะการปวดท้อง การเคลื่อนไหวของลำไส้ ท้องแข็งเกร็ง กดเจ็บทั่วท้อง ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดลง อาจมีการอักเสบของเยื่อช่องท้องต้องรีบรายงานแพทย์</p> <p>3.2 ประเมินภาวะขาดน้ำ และการเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ รวมทั้งการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เช่น การตรวจนับเม็ดเลือดแดง การตรวจปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ</p> <p>3.2.3 ดูแลการได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา</p> <p>3.2.4 ชักประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยา และอาหาร ประวัติการผ่าตัด พฤติกรรมการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด ผลตรวจ</p> <p>4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด</p> <p>5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด การรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ ขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการผ่าตัดจนส่งผู้ป่วยกลับสู่หอผู้ป่วย ด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อนตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและญาติ</p> <p>6. บอกผู้ป่วยและญาติทราบถึงเวลาที่ผู้ป่วยจะไปในห้องผ่าตัดตลอดจนเวลาโดยประมาณที่ผู้ป่วยจะออกจากห้องผ่าตัด</p> <p>7. แนะนำการปฏิบัติตัวของญาติต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดและอาการหลังผ่าตัด ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยให้กระจ่างชัดเจน ให้กำลังใจให้คำแนะนำที่ถูกต้องตามแนวทางการพยาบาล</p> <p>8. ให้ข้อมูลที่สำคัญก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร การทำความสะอาดของร่างกายทั่วไปก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยเฉพาะบริเวณตรงสะดือ เนื่องจากต้องสอดใส่กล้องเข้าไปเพื่อทำการผ่าตัด ล้างหน้าแปรงฟันทำความสะอาดช่องปากบ้วนปากด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ให้ผู้ป่วยอาบน้ำสระผม ถอดฟันปลอม เลนส์เทียมของมีค่าต่าง ๆ ก่อนไปห้องผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ งดใช้เครื่องสำอาง ตัดเล็บให้สั้นไม่ทาสีเล็บ อธิบายเหตุผลของการห้ามปฏิบัติ เนื่องจากขณะแพทย์ทำการผ่าตัดจะสังเกตอาการจากริมฝีปากและเล็บมือเล็บเท้าของผู้ป่วยว่ามีอาการผิดปกติหรือไม่</p> <p>9. แนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด โดยอธิบายเหตุผล ประโยชน์ และสาเหตุวิธีการทำให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำก่อนผ่าตัด ในเรื่องของการหายใจเข้าเต็มๆ ซ้ำ ๆ และหายใจออกยาว ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังขาทั้ง 2 ข้าง การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอน โดยเน้นให้ผู้ป่วยเริ่มทำทันทีที่รู้สึกตัวหลังผ่าตัด และทำทุก 1-2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</p> <p>10. ประเมินสภาพผู้ป่วยทางด้านจิตใจพุทศุยและสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวลต่าง ๆ อธิบายถึงวิธีการผ่าตัดสภาพห้องผ่าตัดอาการภายหลังการผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องพบเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง</p> <p>11. แนะนำเรื่องยาที่ผู้ป่วยจะได้รับประทานก่อนคืนผ่าตัด (diazepam 5 mg) เป็นยาที่ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ยานี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการมึนงงสับสนและง่วงนอน ควรสังเกตตนเองและระมัดระวังถ้าจะมีการลุกเดิน</p>
การพยาบาลขณะผ่าตัด	<p>1. ให้การต้อนรับผู้ป่วยอย่างอบอุ่นปลอดภัย ชี้แจงด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ทักทาย ชักถาม เพื่อประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยคลายกังวล อบอุ่นใจวางใจในบุคลากรทีมห้องผ่าตัด</p> <p>2. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของเวชระเบียน ใบเซ็นยินยอมผ่าตัด ป้ายข้อมือ ชักถามชื่อ นามสกุล ประวัติแพ้ยา อาหาร ประวัติโรคประจำตัว การงดน้ำและอาหาร ยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากหอผู้ป่วยก่อนส่งผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด (cefazolin 1 gm iv) ตรวจดูผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจทางรังสีวิทยา ผลตรวจสัญญาณชีพ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่มาพร้อมกับผู้ป่วยให้ครบถ้วน</p> <p>3. นำผู้ป่วยขึ้นนอนบนเตียงผ่าตัด จัดท่า ทำความสะอาดผิวหนัง</p> <p>4. พยาบาลส่งเครื่องมือ ปูผ้า sterile บริเวณที่จะทำผ่าตัดและตัวของผู้ป่วย จัดเตรียมและตรวจนับอุปกรณ์ในการผ่าตัด วัสดุ เย็บแผล และผ้าซับโลหิตก่อนผ่าตัด จัดเรียงเครื่องมือผ่าตัดตามลำดับการใช้งาน ต้องตรวจดูเครื่องมืออาหารหรือ lock ได้หรือไม่ ถ้าปกติการทำงานไม่ได้ ต้องเปลี่ยนเครื่องมือชิ้นใหม่ทันที</p> <p>5. เมื่อแพทย์เริ่มทำผ่าตัด ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัด ตั้งแต่เปิดแผลผ่าตัดที่ได้ขยโครงการด้านขวาบน และเนื้อเยื่อชั้นต่าง ๆ เข้าสู่ช่องท้องตัดถุงน้ำดีและเย็บปิดเนื้อเยื่อตามลำดับ ตรวจนับจำนวนเครื่องมือผ่าตัด</p>

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>วัสดุเคมี และจำนวนผ้าซับโลहित ร่วมกับพยาบาลช่วยรอบนอกก่อนเย็บปิดช่องท้องเพื่อป้องกันการตกค้างในร่างกายผู้ป่วย และเก็บชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ ทางพยาธิวิทยา ทံผ้าให้ผู้ป่วยเพื่อความอบอุ่นของร่างกายและส่งต่อผู้ป่วยไปสังเกตอาการต่อที่ห้องพักฟื้น</p> <p>7. ส่งเครื่องมือตามลำดับการขึ้นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องในกรณีศึกษาครั้งที่ 2 เนื่องจากการผ่าตัดแบบผ่านกล้องไม่ประสบผลสำเร็จ</p> <p>6. ลงบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนให้ครบถ้วน</p>
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	<p>ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัด เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การประคบแผลเมื่อต้องลุก นั่ง หรือไอจาม เพื่อลดอาการปวดแผล การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) การรับประทานอาหารและยา การดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้ถูกน้ำและเปียกชื้น ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้าน ควรงดกิจกรรมหรือทำงานหนักอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ การสังเกตปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น มีไข้แผลอักเสบ มีอาการปวดท้องหรือมีดีซ่าน ควรรีบมาพบแพทย์และการมาตรวจตามนัด</p>

ประเมินผลการพยาบาล

สรุปภาวะผู้ป่วยก่อนพ้นความดูแล

กรณีศึกษาครั้งที่ 1 ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใสดีเข้าใจเหตุผลในการรักษาให้ความร่วมมือในการรักษา การปฏิบัติตัวก่อน ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การผ่าตัดสำเร็จจุล่งไปด้วยดี ไม่ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ไม่มีอาการปวดแน่นท้อง ปวดแผลเล็กน้อย ระดับความปวด 1 คะแนน รับประทานอาหารได้ ไม่มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ก่อนพ้นจากการดูแลเน้นเรื่อง การมาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น มีไข้ แผลมีปวดบวม แดง ร้อน ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัดทันที

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย จากการปวดจุกแน่นท้องระดับความปวด 5 คะแนน มีไข้จากการอักเสบของถุงน้ำ มีการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ได้แก่ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด แผลผ่าตัด การใส่คาสายสวนปัสสาวะ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/77 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ได้แนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด โดยอธิบายเหตุผล ประโยชน์

และสาธิตวิธีการทำให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำก่อนผ่าตัด ในเรื่องของการหายใจเข้าเต็มที่ช้า ๆ และหายใจออกยาว ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังขาทั้ง 2 ข้าง การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอน โดยเน้นให้ผู้ป่วยเริ่มทำทันทีที่รู้สึกตัวหลังผ่าตัด และทำทุก 1-2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อธิบายสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยประสบอยู่ให้เข้าใจ ให้กำลังใจให้ ความมั่นใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับต่อไปจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยสีหน้าคลายความวิตกกังวล ซักถามปัญหาและข้อสงสัยมากขึ้น ก่อนพ้นจากการดูแลเน้นเรื่อง การมาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น มีไข้ แผลมีปวดบวม แดง ร้อน ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัดทันที

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาโรงพยาบาลด้วยอาการที่แตกต่างกัน รายที่ 1 มาตามนัดเพื่อการผ่าตัดผ่านการตรวจวินิจฉัยเป็นนิ่วในถุงน้ำดีด้วยอาการปวดจุกแน่นท้องหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง เป็นมา 5 วัน ที่คลินิกรอกซัน รายที่ 2 มาด้วยอาการปวดท้องด้านขวา มีไข้ หนาวสั่น เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ซึ่งเป็นอาการของถุงน้ำดีอักเสบซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดีที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเป็นนิ่วในถุงน้ำดีมีการอักเสบของถุงน้ำดีร่วมด้วย ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

แตกต่างกัน เริ่มต้นการผ่าตัดด้วยวิธีผ่านกล้อง เช่นเดียวกันรายที่ 1 ผ่าตัดสำเร็จจุล่งไปได้ด้วยดี รายที่ 2 ผ่าตัดแบบผ่านกล้องไม่สำเร็จเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดมาเป็นแบบเปิดหน้าท้อง เนื่องจากพบว่าการอักเสบของถุงน้ำดี ถุงน้ำดีเน่าและพังผืด(Gangrene gallbladder, adhesions uaid Gallbladder) ในบริเวณที่จะทำการผ่าตัดมาก⁴ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาปฏิชีวนะรักษาภาวะติดเชื้อ ทั้ง 2 รายไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และปริมาณการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดรายที่ 2 มากกว่ารายที่ 1^{4,5}

กรณีศึกษา รายที่ 1 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ รายที่ 2 จำนวน 9 ข้อ พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือในระยะขณะผ่าตัด จำนวน 1 ข้อ ในระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เหมือนกัน 2 ข้อ แตกต่างกัน 2 ข้อ โดยพบในกรณีศึกษา รายที่ 2 ในระยะหลังผ่าตัดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกัน 2 ข้อ ส่วนข้อวินิจฉัยที่แตกต่างกัน พบในรายที่ 1 จำนวน 1 ข้อ รายที่ 2 จำนวน 3 ข้อ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็น และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ประสานพยาบาลหอผู้ป่วยในการส่งต่อข้อมูลการผ่าตัดร่วมกันวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วย บรรเทาอาการรบกวนต่าง ได้แก่ การปวดแผล แน่นอึดอัดท้องและพื้นหายใจโดยเร็ว ทั้ง 2 รายได้รับการดูแลรักษาจนอาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลรายที่ 1 จำนวน 4 วัน รายที่ 2 จำนวน 8 วัน เนื่องจากกรณีศึกษา รายที่ 2 มีอาการรุนแรงมากกว่า ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทั้ง 2 แบบ ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลจึงนานกว่า^{4,5}

ข้อเสนอแนะ

การผ่าตัดผ่านกล้อง และการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องมีความสำคัญและช่วยให้การรักษามีความจำเพาะเจาะจงมากขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการ

บาดเจ็บและกระทบกระเทือนน้อย จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการช่วยผ่าตัดผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีในทุกบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะพยาบาลช่วยแพทย์ผ่าตัด (Assistant) เนื่องจากโรงพยาบาลบ้านไผ่มีแพทย์เฉพาะทางน้อย ในการช่วยผ่าตัดจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

2. มีการส่งเสริมสมรรถนะแก่บุคลากรให้ได้รับการอบรมเฉพาะ พื้นฟูความรู้สม่ำเสมอเพื่อประสิทธิภาพและมาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

3. ส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรคนิ่ว โดยการณรงค์ให้ความรู้ปรับทัศนคติเรื่องการรับประทานอาหารของประชาชน ในชุมชน เพราะหากเป็นแล้วส่งผลต่อสุขภาพ การประกอบอาชีพ การดำรงชีวิต เศรษฐกิจของประเทศ และครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยผู้ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบผ่านกล้องและแบบเปิดหน้าท้อง มีความสำคัญที่ต้องได้รับการผ่าตัดตามขั้นตอน ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ต้องเตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ระยะผ่าตัดพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีสมรรถนะในการช่วยผ่าตัดและตัดสินใจแก้ไขปัญหาหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน เปลี่ยนแปลงในขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดมีการประเมินผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและประสิทธิภาพการบริการ ทั้งนี้ยังมีปัญหาและอุปสรรคในการ ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบผ่านกล้องและแบบเปิดหน้าท้อง เช่น สมรรถนะพยาบาลทุกบทบาทในการช่วยผ่าตัด ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชัชชัย โกศลศศิธร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบเชื้อในน้ำดีและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อภายหลังการ ผ่าตัดถุงน้ำดีในโรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวชสาร2555; 33 (1):42-48.
2. ตรุณี สมบูรณ์กิจ, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, กมลรัตน์ สุปัญญาบุตรและรัชชยา มหาสิริมงคล.การพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องโรงพยาบาลมหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม2561;15 (3): 24-34.3.
- 3.งานเวชระเบียนและสถิติ.สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2564 -2566. โรงพยาบาลบ้านไผ่; 2566.
4. วีระยุทธ โถวประเสริฐ.Gall stone. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.med.tu.ac.th/department/surgery/wp-content/uploads/sites/3/2018/11/Gallstone.pdf>.
5. อนุวัตร สีวาที.การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้องและแบบผ่าตัดผ่านกล้องวีดีทัศน์ 3 แผล ในโรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ .ชัยภูมิเวชสาร.2561;36(3)48-59.
6. ชญาดา เกตุรัตน์กุล.ผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดด้วยการส่องกล้อง.คู่มือปฏิบัติการช่วยพยาบาล 2561,9-35. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th>
7. ธัญญ์ อิงคะกุล และอรุณ ศิริบุญย์. รักษา นิ่วในถุงน้ำในท่อน้ำดีด้วยการส่องกล้องและผ่าตัดแผลเล็ก. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokhospital.com/content/ercp-and-laparoscopic-cholecystectomy>

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

Patient discharge planning model for developing the skills of caregivers of elderly stroke patients Who are dependency. Inpatient department Nakhu Hospital, Kalasin Province.

(Received: December 25,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ดวงกมล ศิลาแยง¹

Duangkamon Silaiyang¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการพัฒนาทักษะผู้ดูแล รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ระหว่าง 0 – 11 คะแนน เมื่อแรกรับเข้าอนรรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 13 คน รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง, คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้ดูแล, แบบประเมินความพร้อมด้านทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง, แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Dependent t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินและจำแนกผู้ป่วยสูงอายุ, การคัดเลือกและประเมินผู้ดูแล, การวางแผนจำหน่าย, การดำเนินการตามแผนการจำหน่าย และการประเมินผลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพัฒนาการในการฝึกทักษะหรือความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น 0.363 คิดเป็นร้อยละ 36.3, ผู้ดูแลมีความพร้อมในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาพรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = \text{value} < .001$) โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ) และจากการติดตามประเมินผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงมีมีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนและหลังดำเนินการโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = \text{value} < .001$) ด้านการเคลื่อนไหว, ด้านจิตใจและสติปัญญา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = \text{value} < .001$) เช่นกัน โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ) แต่ด้านการกินอาหาร และด้านการขับถ่ายไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง, การวางแผนจำหน่าย

ABSTRACT

This action research, conducted over 12 months at Nakhu Hospital, Kalasin Province, aimed to enhance caregiver skills through the implementation of a patient discharge planning model for elderly stroke patients who are dependent. A sample group of 13 caregivers overseeing elderly stroke patients, with Barthel ADL index scores between 0 and 11 upon admission, underwent a comprehensive patient discharge planning model. This model included a handbook for stroke patient care during rehabilitation, an assessment form for caregiver skills readiness, and evaluations of patients' and caregivers' abilities to perform daily activities. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and inferential statistics, including Dependent t-tests and Independent t-tests.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

Results: The five-step patient discharge planning format—assessment and classification of elderly patients, selection and assessment of caregivers, discharge planning, implementation of the discharge plan, and pre-discharge evaluation—significantly improved caregiver skills by 36.3%. Caregivers demonstrated enhanced preparedness in caring for dependent elderly stroke patients, with statistically significant differences at the .05 level ($p < .001$). Post-operation mean scores were higher than pre-operation scores, particularly in mobility, mental, and intellectual aspects. However, no significant differences were observed in eating and excretion aspects.

Keywords: Elderly, stroke, discharge planning

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการอันดับต้นๆ ของโลกรวมถึงประเทศไทย จากการประมาณการภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรโลกในปี พ.ศ. 2562 แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับที่สองในประชากรกลุ่มอายุ 50-70 ปี มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2533 จนถึงปี พ.ศ. 2562 โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 31.5¹ สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้สูงอายุชายเป็นอันดับที่หนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 11.8 ของสาเหตุทั้งหมด ในส่วนผู้สูงอายุหญิงสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 12.9 ของสาเหตุทั้งหมด² จากการศึกษาคาดว่าโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นปัญหาสุขภาพหลักในผู้สูงอายุ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอายุ^{3,4} รวมถึงปัญหาด้านสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่สะสมมาตั้งแต่วัยกลางคนจนถึงวัยสูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ, ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง, การสูบบุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือกาแฟมากเกินไป, การออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายน้อยเกินไป และความผิดปกติของการนอนหลับ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น^{5,6,7}

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ และยังมีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสเสียชีวิตหรือเกิดความพิการมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ เนื่องจากเกิดความบกพร่องทางระบบประสาทจนสูญเสียการทำงาน

ของร่างกาย เช่น แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง, พูดไม่ชัด, ปากเบี้ยว, กลืนอาหารลำบาก และความจำเสื่อม เป็นต้น ซึ่งความบกพร่องเหล่านี้มีลักษณะและความรุนแรงของอาการแตกต่างกันในผู้ป่วยสูงอายุแต่กระจายตามขนาด ตำแหน่งของการขาดเลือด และระยะเวลาการดำเนินของโรค⁸ นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุยังมีข้อจำกัดของวัยในหลายด้าน เช่น ความสามารถในการปรับตัว, ความสามารถในการเรียนรู้และจดจำ, การเคลื่อนไหวที่ลำบาก และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เป็นต้น ส่งผลให้ต้องทนทุกข์ทรมานจากการเสื่อมถอยของวัยและภาวะของโรคที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน ถ้าหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะเป็นอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก, แผลกดทับ, การพลัดตกหกล้ม, ข้อติด เป็นต้น รวมถึงกลับมาป่วยซ้ำและรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น^{9,10} ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลใกล้ชิดช่วยดำเนินการในบางส่วนหรือทั้งหมด เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต การปรับตัวกับความพิการ การทำกิจวัตรประจำวัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล^{11,12,13}

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกลุ่มกิจกรรมหรือขั้นตอนเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดที่บ้านเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และมีความต้องการการดูแลระยะยาว จึงต้องใช้ศาสตร์การดูแล

แบบองค์รวมและความร่วมมืออย่างจริงจังจากผู้ดูแลและสถานบริการหรือแหล่งประโยชน์ในชุมชน^{14,15} เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะ และมั่นใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุหลังกลับไปฟื้นฟูสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง การออกแบบหรือกำหนดกิจกรรมของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี ข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ และยึดปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลเป็นตัวตั้ง¹⁶ เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ดีภายใต้องค์ประกอบของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ กระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ, จำเพาะต่อกลุ่มเป้าหมาย และครอบคลุมกิจกรรมตั้งแต่แรกรับเข้าหอผู้ป่วยในจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล¹⁷ โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการวางแผนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้แก่ การประเมินสภาพปัญหา ความต้องการ ความพร้อมของผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ดูแล, การประสานงานแผนการจำหน่ายกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ดูแล และการติดตามประเมินผล^{18,19} จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายช่วยให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านลดลง²⁰ และผู้ดูแลที่ได้รับการวางแผนก่อนจำหน่ายจะสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างดีไม่เกิดความเครียด ลดภาระในการดูแล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดการมานอนโรงพยาบาลซ้ำ^{21,22}

โรงพยาบาลนาคูเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิตามขนาด 30 เตียง จากฐานข้อมูลในปีงบประมาณ 2562-2565 พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในชายและหญิงเฉลี่ยอยู่ที่ปีละ 14.50 ราย ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมากร้อยละ 70.4 สาเหตุของการกลับมารักษามากที่สุด คือ จากโรคเดิมกลับเป็นซ้ำร้อยละ 53.12 รองลงมาคือ ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ, การติดเชื้อใน

ทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 4.01, 2.52 และ 2.16 ตามลำดับ²³ เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายเดิมพบว่า หอผู้ป่วยในยังไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน ทำให้การเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลขาดการวางแผนที่เป็นระบบตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วยสูงอายุ และการจัดสรรเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินการ นอกจากนี้ยังขาดช่องทางติดต่อขอรับคำแนะนำหรือปรึกษากับทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดทักษะ ไม่มั่นใจ และตัดสินใจดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่เหมาะสมจนเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุเมื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินและจำแนกผู้ป่วยสูงอายุ, การคัดเลือกและประเมินผู้ดูแล, การวางแผนจำหน่าย, การดำเนินการตามแผนการจำหน่าย และการประเมินผลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มุ่งเน้นการดูแลกิจวัตรประจำวัน, การฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจกรรม และการดูแลภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในเชิงปฏิบัติการ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะสามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเผชิญปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังจำหน่ายให้น้อยที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. เพื่อศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วย
สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง แผนก
ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการ
พัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ที่มีภาวะพึ่งพิง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาคู
จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action
Research) โดยมีระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือน
ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรค
หลอดเลือดสมองที่เข้าอนรรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ทั้งหมด

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรค
หลอดเลือดสมองที่เข้าอนรรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีภาวะพึ่งพิงเป็น
กลุ่มติดบ้านหรือติดเตียง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565
– กันยายน 2566 จำนวน 13 คน การคัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง
(purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือก
ผู้เข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria) ได้แก่ อายุระหว่าง
18-60 ปี, เป็นญาติหรือสามี ภรรยาของผู้ป่วยสูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง, เป็นผู้ดูแลหลักและรับบทบาทใน
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่เข้ารับการ
รักษาที่โรงพยาบาลจนถึงดูแลต่อเองที่บ้าน, มี
สติสัมปชัญญะและการรับรู้ที่ปกติ, สามารถสื่อสารและ
ติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ใน
ส่วนเกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (exclusion
criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วม
กิจกรรมได้ครบ, เปลี่ยนผู้ดูแลหลักระหว่างดำเนินการ
วิจัย และไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังจำหน่ายออก
จากโรงพยาบาล รวมถึงเกณฑ์การถอนตัวผู้เข้าร่วมการ
วิจัย (Withdrawal criteria for individual
participants) ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ได้รับการส่งต่อเพื่อไปรักษาที่อื่น หรือเสียชีวิต และขอ
ถอนตัวออกจากกรวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการ
พัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด
สมอง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินและ
จำแนกผู้ป่วยสูงอายุ, การคัดเลือกและประเมินผู้ดูแล,
การวางแผนจำหน่าย, การดำเนินการตามแผนการ
จำหน่าย, การประเมินและติดตามผลการจำหน่าย
ผู้ป่วยกลับบ้าน

1.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระยะฟื้นฟูฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแล ของศูนย์สมเด็จพระ
สังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข²⁵

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความพร้อมด้านทักษะผู้ดูแล
ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น
แบบ Rating scale 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและ
ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยใช้
หลักเกณฑ์ของเบสท์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ย (Best,
1991)

2.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL
index) ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบประเมินภาวะพึ่งพิงใน
ผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง
ประยุกต์ใช้แบบประเมินมาตรฐาน The Barthel ADL
Index สร้างโดย Barthel & Mahoney (1965)²⁶

2.3 แบบประเมินความสามารถในการทำ
กิจกรรมของผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นโดย Tai Takahashi
การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

1. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการ
พัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด
สมอง ผู้วิจัยได้เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณา
ความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ความถูกต้องของ
เนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และนำมาปรับปรุง

แก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือ (ค่า IOC) ระหว่าง .8-1.0 ทุกรายการ

2. แบบประเมินความพร้อมด้านทักษะผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฟุ้งฟิง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำ ผิด และข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มี เนื้อหาและข้อความที่ชัดเจนเสร็จแล้ว นำไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในโรงพยาบาลเขาวง เพื่อทดสอบความเข้าใจในการใช้ แบบประเมินและนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความ เชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .83

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ และแบบประเมิน ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็น เครื่องมือมาตรฐานที่มีการใช้แพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่หา ความเที่ยงตรงของเนื้อหาซ้ำ ในส่วนการทดสอบความ เชื่อมั่นของเครื่องมือได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วย สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่น ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือมากกว่า .80 ทุกรายการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าดัชนีประสิทธิผลของการฝึก ทักษะผู้ดูแล ซึ่งคำนวณโดยวิธีการของฮอฟแลน และ คณะ (อ้างโดย Goodman, Fletcher and Schneider, 1980) โดยถือเกณฑ์ .50 ขึ้นไป²⁷ Independent t – test และ Dependent t – test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดย ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้รับการ อนุมัติ ผู้เข้าร่วมโครงการมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือยุติการเข้า ร่วมโครงการ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มี ผลกระทบใด ๆ การรายงานและนำเสนอข้อมูลจะแสดง ในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. การศึกษาปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด สมองที่มีภาวะฟุ้งฟิงก่อนดำเนินการ

1.1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะ ฟุ้งฟิงส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการอาบน้ำ รองลงมาคือ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น, การใช้ห้องน้ำ, การเคลื่อนที่ ภายในห้องหรือบ้าน, การสวมใส่เสื้อผ้า, การลุกนั่งจาก ที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้, การรับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า และการล้าง หน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับภาวะฟุ้งฟิง โดยสมบูรณ์และภาวะฟุ้งฟิงปานกลางกลุ่มละเท่ากัน ทั้งนี้มีเพียงส่วนน้อยที่มีระดับภาวะฟุ้งฟิงรุนแรง

1.2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะ ฟุ้งฟิงมีความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยภาพรวม ด้านการเคลื่อนที่ ด้านจิตใจและ สติปัญญาอยู่ในระดับน้อย แต่ด้านการกินอาหาร และ ด้านการขับถ่ายอยู่ในระดับปานกลาง

1.3 การจัดจำแนกประเภทผู้ป่วยสูงอายุโรค หลอดเลือดสมองตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติสามารถจัดจำแนกได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้านที่สามารถเคลื่อนไหวได้บ้าง สมองเสื่อม อาจมีปัญหาขับถ่ายหรือการกินร้อยละ 38.46 กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียงที่มีปัญหาการขับถ่าย อาจมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงร้อยละ 23.08 และกลุ่มที่ 4 กลุ่มติดเตียงที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ระยะท้ายของ ชีวิตร้อยละ 38.46 การวิจัยนี้จัดจำแนกประเภทผู้ป่วย สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฟุ้งฟิง เพื่อจัดทำ

แผนการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ผู้ดูแลเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านคือกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้านที่สามารถเคลื่อนไหวได้บ้าง สมองเสื่อม อาจมีปัญหาขับถ่ายหรือการกิน และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงคือ กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียงที่มีปัญหาการขับถ่าย อาจมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง และกลุ่มที่ 4 กลุ่มติดเตียงที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงระยะท้ายของชีวิต

2. ความพร้อมด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลก่อนดำเนินการ

2.1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 35-54 ปี จบการศึกษาระดับปวช. หรือ ปวส. ถึงปริญญาตรี อาชีพทำนา ทำสวน สถานะภาพเป็นบุตรที่ผ่านมาไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย เคยได้รับข้อมูลวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเคยได้รับข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์หรือสื่อออนไลน์มากที่สุด

2.2 ผู้ดูแลมีความพร้อมด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ในส่วนทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนที่, ทักษะการดูแลด้านจิตใจและสติปัญญา, ทักษะการดูแลด้านการกินอาหาร, ทักษะการดูแลด้านการขับถ่าย (Toilet) และทักษะการดูแลด้านการป้องกัน และดูแลภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด แต่ทักษะการดูแลด้านทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนความพร้อมด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน

3. การศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินและจำแนกผู้ป่วยสูงอายุ, การคัดเลือกและประเมินผู้ดูแล, การวางแผนจำหน่าย, การดำเนินการ

ตามแผนการจำหน่าย และการประเมินผลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

3.2 การจัดทำแผนการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ ทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนที่, ทักษะการดูแลด้านจิตใจและสติปัญญา, ทักษะการดูแลด้านการกินอาหาร, ทักษะการดูแลด้านการขับถ่าย, ทักษะการดูแลด้านทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย และทักษะการดูแลด้านการป้องกัน ดูแลภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีความแตกต่างกันตามความต้องการและสภาพปัญหาในแต่ละกลุ่ม

4. ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

4.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านมีความพร้อมด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านทักษะการดูแลด้านทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนที่, ทักษะการดูแลด้านจิตใจและสติปัญญา, ทักษะการดูแลด้านการกินอาหาร, ทักษะการดูแลด้านการขับถ่าย และทักษะการดูแลด้านการป้องกัน และดูแลภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง

4.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงมีความพร้อมด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านทักษะการดูแลด้านทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนที่, ทักษะการดูแลด้านจิตใจและสติปัญญา, ทักษะการดูแลด้านการกินอาหาร และทักษะการดูแลด้านการขับถ่ายอยู่ในระดับน้อย และทักษะการดูแลด้านการป้องกัน และดูแลภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง

4.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงมีความพร้อมด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน

4.4 การเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมของผู้ดูแลในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง

ก่อนและหลังดำเนินการ ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมของผู้ดูแลในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยสถิติ dependent t test (n=13)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
1. Mobility	2.08	0.954	2.85	1.068	12	-3.83	0.002	-1.207	-0.331
2. Mental	1.54	0.660	2.38	0.961	12	-4.43	0.001	-1.262	-0.430
3. Eating	1.46	0.660	2.85	0.801	12	-5.74	0.000	-1.910	-0.859
4. Toilet	1.69	0.630	2.46	0.877	12	-3.33	0.006	-1.272	-0.266
5. ความสะอาด	3.00	0.913	4.31	0.630	12	-6.28	0.000	-1.762	-0.854
6. ป้องกัน และดูแล	1.77	0.599	3.38	0.768	12	-11.50	0.000	-1.921	-1.309
รวม	11.54	2.470	18.23	2.127	12	-12.22	0.000	-7.885	-5.499

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมของผู้ดูแลในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ผู้ดูแลมีความพร้อมในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาพรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = value <.001) โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ)

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = value <.001) โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ)

4.2 ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะของผู้ดูแลในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง

ตาราง 2 ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะของผู้ดูแลในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง (n=13)

ผลคูณของจำนวนผู้เรียนกับคะแนนเต็ม	ผลรวมของ คะแนนหลังเรียน	ผลรวมของ คะแนนก่อนเรียน	ดัชนีประสิทธิผล (E.I.)
13 x 30	237	150	0.36

จากตาราง 2 ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะของผู้ดูแลในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลมีพัฒนาการในการฝึกทักษะหรือความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น 0.363 คิดเป็นร้อยละ 36.3

4.3 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังดำเนินการ

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยสถิติ dependent t test (n=13)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
1. Motility	2.31	1.601	2.77	1.235	12	-3.21	0.008	-0.775	-0.148
2. Mental	2.31	0.855	3.15	0.899	12	-8.12	0.000	-1.073	-0.619
3. Eating	2.77	1.235	2.85	1.281	12	-1.00	0.337	-0.245	0.091
4. Toilet	2.85	1.519	3.00	1.414	12	-1.00	0.337	-0.489	0.181
รวม	2.56	1.475	2.94	1.206	12	-6.32	0.000	-2.068	-1.008

จากตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนและหลังดำเนินการโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = \text{value} < .001$) ด้านการเคลื่อนที่, ด้านจิตใจและสติปัญญา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = \text{value} < .001$) เช่นกัน โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ) แต่ด้านการกินอาหาร และด้านการขับถ่ายไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาพรวมและรายด้านเพิ่มขึ้น เนื่องจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่นำมาใช้นี้มีการประเมินปัญหาผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแรกรับผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยใน และประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐานฐานได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index) และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ (TAI) ทำให้ได้ข้อมูลและจัดจำแนกปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างชัดเจนและครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา มุลฐี, สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ ลีลาจรัส (2559)²¹ และยุพาพร หัตถโชติ (2560) จากนั้นมีการคัดเลือกและประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการฝึกทักษะผู้ดูแลเฉพาะบุคคล โดยอาศัยกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากทีมสุขภาพ

และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงมาใช้ในการจัดทำแผนและดำเนินการฝึกทักษะผู้ดูแลโดยมีเนื้อหาประกอบด้วย ทักษะการดูแลการเคลื่อนที่ (Mobility), ทักษะการดูแลจิตใจและสติปัญญา (Mental), ทักษะการดูแลการกินอาหาร (Eating), ทักษะการดูแลการขับถ่าย (Toilet), ทักษะการดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย และทักษะการดูแลภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการดำเนินการฝึกทักษะได้แบ่งเป็น 3 ครั้งๆ ละ 2 ด้าน ใช้เวลาครั้งๆละ 30 นาที ทั้งนี้การฝึกทักษะแต่ละครั้งจะมีการทบทวนความรู้เดิมก่อนทำการฝึกทักษะทุกครั้ง และหลังจากการฝึกทักษะในแต่ละครั้งจะมีการประเมินผลทันที รวมถึงสอบถามปัญหาและความต้องการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพัฒนาการในการฝึกทักษะหรือความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น ร้อยละ 36.3 และมีความพร้อมในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย บุญชูวงศ์, จงจิต เสน่หา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ยงชัย นิละนนท์ (2560), สุพิมล บุตรรัตน์ (2563), สุพจน์ ดีไทย, ศิริรัตน์ ปานีอุทัย, ทศพร คำผลศิริ (2564)²⁰ และคณินิจ ศรีชะโคตร (2565)

จากการติดตามประเมินผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมโดยภาพรวมและรายด้านได้แก่ ด้านการเคลื่อนที่, ด้านจิตใจและสติปัญญาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา มุลฐี, สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ ลีลาจรัส (2559)²¹, พิรลักษ์ณ ลากหลาย, สุภาภรณ์ น้ำใจดี และมารศรี ปิ่นสุวรรณ (2562) แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมด้านการกินอาหาร และด้านการขับถ่ายไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 61.54 ซึ่งมีปัญหาสภาวะสุขภาพเดิมที่ไม่สามารถฟื้นฟูกลับมาได้หรือต้องใช้เวลา นานกว่าจะฟื้นฟูกลับมาได้ นอกจากนี้กลุ่ม

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีขนาดเล็ก ทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารของโรงพยาบาล ควรมีนโยบายสนับสนุนให้นำไปใช้งานประจำของโรงพยาบาล โดยการพัฒนาความรู้และทักษะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามรูปแบบและบทบาทความรับผิดชอบของตนเองซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์กับผู้รับบริการตามเป้าหมายของโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่ความเป็นเลิศของการให้บริการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

1.2 ข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาล ควรนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุฯ ไปใช้อย่างต่อเนื่องและแพร่หลายเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีตามสภาวะของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

1.3 ข้อเสนอแนะสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ควรมีส่วนร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุเป็นทีมสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการจำหน่ายและแนวทางการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ เนื่องจากการวางแผนจำหน่ายในครั้งนี้มีติดตามประเมินผลเพียง 3 เดือนจึงควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาวเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยสูงอายุเช่น ด้านการกินอาหาร และด้านการขับถ่าย เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทางการแพทย์ในระยะเวลา และพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง โดยศึกษาวิจัยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้าน รวมทั้งขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยจากโรคอื่น ๆ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ทางด้านกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021 Oct;20(10):795-820. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00252-0. Epub 2021 Sep 3. PMID: 34487721; PMCID: PMC8443449.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: แอนดี เพรส; 2566, 32-33.
3. Hanchaiphiboolkul S, Pongvarin N, Nidhinandana S, et al. Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. *J Med Assoc Thai.* 2011;94:427-436.
4. Engstad T, Engstad TT, Viitanen M, Ellekjaer H. Epidemiology of stroke in the elderly in the Nordic countries. Incidence, survival, prevalence and risk factors *Norsk Epidemiologi* 2012;22(2):121-6.
5. American Stroke Association. What is stroke?.2020. Retrieved from http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/AboutStroke_UCM_308529_Sub Home Page.jsp.

6. Hanchaiphibookkul S, Puthkhao P, Towanabut S, et al. Factors predicting high estimated 10-year stroke risk: Thai Epidemiologic Stroke Study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2014: pp1-6 (in press).
7. Mohan KM, et al. Risk and cumulative risk of stroke recurrence: a systematic review and Meta-analysis. *Stroke*. 2011;42(5):1489-94.
8. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 3.
https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/publish/publish28062019100655.pdf
9. Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mouray R, Mezey M, Pauly M. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. *Ann Intern Med* 1994;120: 999-1006.
10. Patel M, Potter J, Perez I, Pala L. The process of rehabilitation and discharge planning in stroke. a controlled comparisons between stroke units. *Stroke* 1998;29: 2484-7.
11. Anderson C, Linto J, Stewart-Wynne EG. A population-based assessment of impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*.1995 ;26:843- 9.
12. Othman Z., Wong ST., Drahman I., Zakaria R. Caregiver burden is associated with cognitive decline and physical disability of elderly post-stroke patients. *Middle-East Journal of Scientific Research*. 2014. 22(9);1265-71.
13. Rachpukdee, Howteerakul, Suwannapong, & Tang-Aroonsin, Rachpukdee, S., Howteerakul, N., Suwannapong, N., & Tang-aroonsin, S. Quality of Life of Stroke Survivors: A 3-Month Follow-up Study. *Journal of stroke and Cerebrovascular Disease*. 2013. 22(7); 70-78.
14. Laugaland, K., Aase, K& Barach, P. "Interventions to improve patient safety in transitional care - a review of the evidence". *Work*. 2012: 41 Suppl. 1; 2915-2924.
15. Allen, J., Hutchinson, A.M., Brown, R. & Livingston, P.M. "Quality care outcomes following transitional care interventions for older adult people from hospital to home: a systematic review". *BMC Health Services Research*. 2014;14(346); 1-18.
16. Holland, D.E.& Harris, M.R. "Discharge planning, transitional care, coordination of care, and continuing care: clarifying concepts and terms from the hospital perspectives". *Home health care services quarterly*. 2007;26(4); 3-19.
17. Fulmer TT & Walker MK. *Critical Care Nursing of The Elderly*. New York: Springer, 1992
18. Rorden JW & Taft E. *Discharge planning guide for nurses*, Philadelphia: W.B. Saunders co.. 1990.11.
19. Lowenstein AJ & Hoff PS. Discharge planning: A study of nursing staff involvement. *JONA* 1994;24(4):45-50.
20. สุพจน์ ดีไทย, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทศพร คำผลศิริ. ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร*. 2564: 48 (2); 170-180.
21. วาสนา มุลฐี, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศิริรัตน์ ลีลาจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย. *วารสารสภากาชาดพยาบาล*. 2559: 31(1); 95-110.
22. Elsehry, N. K. M., Fouda, L. M., & Shawkey, E. A. The effect of an educational program on the elderly with stroke and their family caregivers based on transitional care model. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 2019;6(1); 765-785.
23. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (HDC) : ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคหัวใจ และหลอดเลือด. 2566. สืบค้นเมื่อ 1 ต.ค. 2566 จาก <https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report>.
24. Takahashi, T., Okochi, J., Takamuku, K., & Matsuda, S. The introduction of typology of the aged with illustrations. *Case mix Quarterly*. 2001: 3(1); 314.
25. ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้ดูแล. 2554. สืบค้นเมื่อ 1 ต.ค. 2566 จาก <https://www.cmneuro.go.th/qr/05042561-stroke/download.pdf>.

26. Easton JD, Saver JL, Albers GW, Alberts MJ, Chaturvedi S, Feldmann E, et al. Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. *Stroke*. 2009;40(6):2276-93.
27. ยุพาพร หัตถโชติ. ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ต่อความรู้และความสามารถในการทำกิจกรรม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) โรงพยาบาลอุตรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุตรธานี. 2560: 25 (2); 137-142.
28. อรทัย บุญชูวงศ์, จงจิต แสนหา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และยงชัย นิละนนท์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *Journal of Nursing Science*. 2560: 35(3); 46-57.
29. สุพิมล บุตรรัตน์. ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2563:3 (1);56-64.
30. คณินิจ ศรีชะโคตร, พจนีย์ ชูลีลัง, เบญจพร เองวานิช และบุญมี ชุมพล. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาการพยาบาล. 2565:37(3);20-43.
31. พิราลักษณ์ ลาภหลาย, สุภาภรณ์ น้ำใจดี และมารศรี ปิ่นสุวรรณ. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤตต่อความก้าวหน้าในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562: 28 (2); 286-296.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง
ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

Effects of the program to change the self-care behavior of people in the high blood
cholesterol risk group, Khoktan Subdistrict, Phusing district, Sisaket Province.

(Received: December 26,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

สมจิตร ธรรมบรเทง¹
Somchit Thumbantherng¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 49 คน รวม 98 คน กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลตะเคียนราม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 8 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูง ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรม, พฤติกรรม, กลุ่มเสี่ยง, ไขมันในเลือดสูง

Abstract

The aim of this quasi-experimental research was to investigate the impact of a program designed to modify self-care behavior among individuals at risk of hypercholesterolemia in Khoktan Subdistrict, Phusing District, Sisaket Province. The sample group, consisting of 98 individuals, was divided into two groups, each comprising 49 people. The experimental group was people in the high blood fat risk group, Khoktan Subdistrict, Phusing District, Sisaket Province. The comparison group is people in the group at risk for high blood fat in Takhian Ram Subdistrict, Phusing District, Sisaket Province, where the experimental group received the program for a period of 12 weeks, the comparison group received normal care. Data were collected using questionnaires 2 times, before and after the experiment from 8 August 2023 to 8 November 2023. Data were analyzed using descriptive statistics presented with percentage, mean, standard deviation, median, 25th and 75th percentile and comparing the difference in mean scores of variables. Within the group using paired t-test statistics and comparing the difference in mean scores of variables between groups using Independent t-test statistics, setting significance at the 0.05 level. The results of the study found that, after the experiment, the difference in mean scores of knowledge regarding hypercholesterolemia, attitude towards prevention of hypercholesterolemia, perception of risk of hypercholesterolemia, perception of severity of hypercholesterolemia, perception of benefits of prevention of hypercholesterolemia. Hypercholesterolemia, perceived barriers to hypercholesterolemia prevention, social support for hypercholesterolemia prevention, and hypercholesterolemia prevention behaviors of the experimental group were

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

higher than those before the experiment and higher than those in the group. Comparison with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords: Program, Behavior, Risk group, High blood cholesterol

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเมื่อร่างกายมีไขมันในเลือดสูงมากเกินไป ไขมันจะไปเกาะที่ผนังด้านในของหลอดเลือดทำให้เกิดการอักเสบและภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเมื่อสะสมเพิ่มมากขึ้น หลอดเลือดแดงจะมีการตีบหรืออุดตัน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอ เกิดโรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายเสียชีวิต หรืออาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เกิดเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง⁽¹⁾ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือเมื่อระดับไขมันในเลือดเพิ่มมากขึ้นไขมันจะไปจับที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารี และเกิดเป็นคราบไขมันพอกตัวหนาขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นตีบแข็ง และก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกและประเทศไทย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก⁽²⁾ รายงานว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 32 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด สำหรับประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2558 มีสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 29.9 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 31.4 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2562⁽³⁾ ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2560 คนไทยบริโภคไขมันเฉลี่ย 45.6 กรัม/คน/วัน เด็กอายุ 6-14 ปี มีแนวโน้มของการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงลดลงจากร้อยละ 12.0 เป็นร้อยละ 7.9 และภายหลังประกาศกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเดือน มกราคม พ.ศ. 2562 ปริมาณไขมันทรานส์เฉลี่ยของทุกผลิตภัณฑ์อยู่ในช่วง 0.09-0.31 กรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค ซึ่งไม่เกินปริมาณที่องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) และองค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้

บริโภคต่อวัน นอกจากนั้นปริมาณไขมันทรานส์สูงสุดที่พบในทุกผลิตภัณฑ์มีปริมาณลดลง⁽⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยมีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกด้านสุขภาพที่แตกต่างจากผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ เนื่องจากไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในคนทั่วไปและเป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบการพัฒนาโปรแกรมที่หลากหลายมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากมาย เช่น ความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ซึ่งจากการศึกษาของวริษา กันบัวลา และคณะ⁽¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอลน้อยกว่าก่อนทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และชนิดาโอพาริกชาติ⁽⁵⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของพนักงานโรงแรมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารในระยะควบคุมและระยะทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยหลังระยะทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีค่าสูงที่สุด

รองลงมาคือคะแนนเฉลี่ยหลังระยะควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ) และคะแนนเฉลี่ยก่อนระยะควบคุมมีค่าต่ำที่สุด ($\bar{X}=56.54$, $SD=7.22$, $\bar{X}=42.06$, $SD=6.82$, $\bar{X}=39.66$, $SD=7.03$) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกายในระยะควบคุมและระยะทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยหลังระยะทดลองมีค่าสูงที่สุด รองลงมาคือคะแนนเฉลี่ยหลังระยะควบคุม และคะแนนเฉลี่ยก่อนระยะควบคุมมีค่าต่ำที่สุด ($\bar{X}=29.54$, $SD=5.00$, $\bar{X}=21.27$, $SD=4.65$, $\bar{X}=19.69$, $SD=4.07$) ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวมในระยะควบคุมและระยะทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) โดยระดับคอเลสเตอรอลรวมหลังระยะทดลองมีระดับต่ำที่สุด รองลงมาคือระดับคอเลสเตอรอลหลังระยะควบคุม และระดับคอเลสเตอรอลรวมก่อนระยะควบคุมมีระดับสูงที่สุด ($\bar{X}=211.64$, $SD=13.24$; $\bar{X}=220.82$, $SD=13.20$; $\bar{X}=225.39$, $SD=14.07$)

สถานการณ์ภาวะไขมันในเลือดสูงของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ใน พ.ศ.2558 และ พ.ศ. 2559 พบว่า อัตราการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ ภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.18 เป็นร้อยละ 24.52 อัตราความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้นจาก 3,721.27 ต่อแสนประชากร เป็น 3,911.52 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราการตายจากโรคที่เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูงก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น กล่าวคือ อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 3.39 ต่อแสนประชากร เป็น 5.24 ต่อแสนประชากร อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พ.ศ. 2553-2555) พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็น 954.18, 977.67 และ 1,050.05 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾ สถานการณ์ภาวะไขมันในเลือดสูงของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2563-2565 เป็น 412, 505 และ 515 คนตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ

การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมโดยพบผู้ป่วยเบาหวานในปี 2565 จำนวน 215 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 415 คน โรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 39 คน⁽⁷⁾ จากปัญหาดังที่กล่าวมา ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้ที่มีคอเรสเตอรอลสูง ขาดแนวทางและนวัตกรรมที่จะใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงคอไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูง ทักษะคติต่อการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูง ทักษะคติต่อการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบ two group pretest – posttest design

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁶⁾ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 49 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 49 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลตะเคียนราม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 49 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ด้านความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูง ทักษะการป้องกันการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง ผ่านกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ การเยี่ยมเสริมพลัง และการติดตามประเมินผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทักษะการป้องกันการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 20 ข้อ

ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูง เท่ากับ 0.86 ทักษะการป้องกันการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง เท่ากับ 0.80 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูง เท่ากับ 0.78 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูง เท่ากับ 0.82 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง เท่ากับ 0.84 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง เท่ากับ 0.76 และ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง เท่ากับ 0.88 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-122 ลงวันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 63.3 มีอายุเฉลี่ย 53.16 ปี (S.D. = 9.67 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 53.1 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 75.5 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 38.8 มีมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (P25=3,000 บาท : P75=7,250 บาท) มีดัชนีมวลกายระดับโรคอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 59.2 และมีดัชนีมวลกายระดับโรคอ้วนระดับที่ 2 ร้อยละ 40.8 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงร้อยละ 61.2 มีอายุเฉลี่ย 51.27 ปี (S.D. = 9.63 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 55.1 มีสถานภาพสมรส

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนน

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมี

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความ

ร้อยละ 75.5 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 34.7 มีมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (P25=3,000 บาท : P75=7,000 บาท) มีดัชนีมวลกายระดับโรคอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 69.4 และมีดัชนีมวลกายระดับโรคอ้วนระดับที่ 2 ร้อยละ 30.6 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูงของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.39 คะแนน (95% CI=1.73-3.03)

เฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.37 คะแนน (95% CI=1.32-3.45)

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูงของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.02 คะแนน (95% CI=2.16-3.87)

รุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูงของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.73 คะแนน (95% CI=1.92-3.54)

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

9. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลัง

10. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมี **อภิปรายผล**

จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและครอบคลุม มีผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเข้า

ทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.96 คะแนน (95% CI=1.95-3.96)

ทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value=0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.91 คะแนน (95%CI= 0.79-3.04)

การทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value=0.007) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.22 คะแนน (95%CI=0.86-5.58)

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value=0.039) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.98 คะแนน (95% CI=0.14-5.80)

ร่วมในการพัฒนาโปรแกรมอย่างครบถ้วน ออกแบบกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัดและศึกษาด้วยการออกแบบกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องไขมันในเลือดสูง การสาธิตอาหารเพื่อสุขภาพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงและแนวทางการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง

กิจกรรมเราทำได้ ใส่ใจตนเองในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง กิจกรรม “ใส ซ่อม ส่อ” หยอกล้อ เสวนาในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง กิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง ให้กำลังใจ สนับสนุนกิจกรรมการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง กิจกรรมเยี่ยมเสริมพลังให้เกิดคุณค่าในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง และการติดตามประเมินผลกิจกรรม จึงส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของของวริษา กันบัวลา และคณะ⁽¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอลน้อยกว่าก่อนทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ธนิตา โอฬาริกชาติ⁽⁵⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของพนักงานโรงแรมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารในระยะควบคุมและระยะทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่อ้วนและมีไขมันในเลือดสูงในจังหวัดจันทบุรี: กรณีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมน้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.34, df = 31, P = 0.026$) นอกจากนั้นรอบเอวเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.55, p < 0.001$) นิยม บุระคร⁽¹⁰⁾ ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา

พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง มีความรู้การรับรู้ ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ และพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ จำนวน 27 คน ส่วนอีก 8 คน ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนทางไต และภาวะความเครียดจากปัญหาครอบครัว และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทักษพร สมฤทธิ์⁽¹¹⁾ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันชนิดเลวในกลุ่มผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพในคลินิกตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา ผลการวิจัย จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับไขมันชนิดเลวของ ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในระยะเวลา 6 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับไขมันชนิดเลว หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p\text{-value} = 0.043$) โสภณ จันทะโคตร⁽¹²⁾ ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทศนคติในการป้องกันโรคเบาหวานแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สมบัติ วัฒนะ และคณะ⁽¹³⁾ ศึกษาผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิถีพุทธ

สำหรับผู้ให้บริการกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไปต่อโรคเบาหวาน กรณีศึกษาตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองรายคนพบว่าหลังการพัฒนาโปรแกรมมีแนวโน้มสูงขึ้น ผลการเปลี่ยนแปลงทางกายพบว่ามีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง พัทธินทร์ สิริสุนทร และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาการได้ช้กับการสื่อสารเชิงสัญญาเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า การสื่อสารเชิงสัญญา 4 ขั้นตอน ได้แก่ การผลิตสารการไหลเวียน การนำไปปฏิบัติ และการผลิตซ้ำ ระหว่างการได้ช้ด้านวิถีชีวิตมีลักษณะที่เป็นอิสระต่อกัน โดยมี "บุคคลต้นแบบ" ซึ่งเข้าร่วมเรียนรู้ในตัวแบบการเรียนรู้สามประสาน ทำหน้าที่เชื่อมโยงทุกขั้นตอนของการสื่อสารด้วยรูปแบบและเนื้อหาที่มีพลวัต ตามความสัมพันธ์เชิงอำนาจระบบคุณค่า วาทกรรม และการให้ความหมายต่อชีวิตของทีมีได้ช้ การได้ช้ที่ใช้การสื่อสารที่มีคุณภาพ ครอบคลุมการสื่อสารด้วยสารที่มีความหมายตรงและความหมายแฝง สามารถสร้างวิถีชีวิตทางสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มเสี่ยงได้ครบทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การกิน การเคลื่อนไหวร่างกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อุษณีย์ รามฤทธิ์⁽¹⁵⁾ ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ก่อนหลังการเข้าร่วม

โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ไขมันคอเลสเตอรอล และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า (CVD Risk Score) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สุภาพร แนวบุตร⁽¹⁶⁾ ศึกษาผลของการควบคุมระดับคอเลสเตอรอลโดยใช้เทคนิคสมาธิบำบัด SKT3 ผลการวิจัยพบว่า หลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT3 ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ลดลงกว่าก่อนการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลของกลุ่มที่ปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT3 ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลสามารถนำการปฏิบัติเทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT3 มาใช้ร่วมกับการรักษาโรคไขมันในเลือดสูง เพื่อช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตาบอลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่อำเภอสิงห์หรือขยายผลไปในพื้นที่อื่นหรือ ประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่นที่เกิดในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. วริษา กันบัวลา ณชนก เอียดสุข และ อาภรณ์ ตินาน. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (ก.ค. - ก.ย.) 2564.
2. World Health Organization [WHO]. (2021). Cardiovascular disease (CVDs). Retrieved 11 July 2021 from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardio-vascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardio-vascular-diseases-(cvds))

3. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary. (2020). Public health statistics A. D. 2019. Retrieved 15 December 2020 from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf [In Thai].
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาดตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
5. ธนิตา โอฬาริกชาติ. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของพนักงานโรงแรมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. วิทยานิพนธ์นี้หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
6. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2556/ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกตาล. (2565). สรุปลผลการดำเนินงานประจำปี 2565.
8. Lemeshow S, Hosmer D.W, & Klar J. Jr. Adequacy of Sample Size in Health Studies. New York: John Wiley & Sons Inc; 1990.
9. พรฤดี นิธิรัตน์ นันทวัน ไจกล้ำ ราตรี อร่ามศิลป์ สายใจ จารุจิตร รัชชนก สิทธิเวช จิตติยา สมบัติบุรณ์ เพ็ญญา พิสัยพันธุ์ และ สุจิตรา ประยูรยวง. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่อ้วนและมีไขมันในเลือดสูงในจังหวัดจันทบุรี: กรณีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. วารสาร วิชาการ สาธารณสุข, 29(6), 1025-1034.
10. นิยม บุระคร. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 2 "GRADUATE SCHOOL CONFERENCE 2018".
11. ทักษพร สมฤทธิ์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันชนิดเลวในกลุ่มผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพในคลินิกตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา. Journal of the Phrae Hospital Volume 28 No.2 July-December 2020.
12. โสภณ จันทะโคตร. (2566). ผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลย์มังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2566.
13. สมบัติ วัฒนะ และ ดรรชนี สิ้นธุรงศานนท์. (2562). ผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิถีพุทธสำหรับผู้ให้บริการกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไปต่อโรคเบาหวาน กรณีศึกษาตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 13 ฉบับที่ 30 มกราคม - เมษายน 2562.
14. พิชรินทร์ สิริสุนทร วัชรพล พุทธิรักษา และกัณฑ์พัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร. (2563). การเฝ้าระวังการสื่อสารเชิงสัญญาะเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารศิลปศาสตร์ ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2563).
15. อุษณีย์ รามฤทธิ์. (2564). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564.
16. สุภาพร แนวนุตร. (2562). ผลของการควบคุมระดับคลอเรสเตอรอลโดยใช้เทคนิคสมาธิบำบัด SKT3. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 62.

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเอดส์: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for Pulmonary Tuberculosis in Patients with HIV/AIDS: 2 case studies

(Received: December 27,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

เทพเทวี ฉัตรศุกกุล¹
Taptawee Chatsupakul¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเอดส์ คัดเลือกผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเอดส์ที่มีความสนใจแผนผู้ป่วยนอก จำนวน 2 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม- เดือนธันวาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตติดตามอาการผู้ป่วยขณะให้การดูแล รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 ข้อ มาใช้ในการประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาในวันที่ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล โดยนำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษา 2 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ซึ่งเป็นเชื้อฉวยโอกาสจากผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ รายที่ 1 ตรวจเสมหะ (AFB) ผลลบ เอ็กซเรย์ปอดพบโพรง (cavitation) รายที่ 2 ตรวจเสมหะ MTB ผลบวก อยู่ในระยะที่มีความเสี่ยงสูงในการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ทั้ง 2 รายได้รับยารักษาวัณโรคปอด สูตร 2IRZE/4IR เหมือนกันมีความตอบสนองต่อยาดีทั้ง 2 ราย ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นอย่างดี ประเมินปัญหาและความต้องการของกรณีศึกษาตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลเท่ากัน 8 ข้อเหมือนกัน 7 ข้อ แตกต่างกัน 1 ข้อ พบในระยะรักษาเข้มข้น คือรายที่ 1 มีภาวะไม่สุขสบายจากการปวดแน่นท้อง รายที่ 2 มีภาวะโปแตสเซียมต่ำ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรคเอดส์, 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน, การพยาบาลองค์รวม

Abstract

This study was case study. The objective of this study is to investigate the nursing care for pulmonary tuberculosis in HIV/AIDS patients. Two voluntary cases of pulmonary tuberculosis in HIV/AIDS patients, selected from the outpatient department, were studied between July and December 2016. The study employed tools such as patient medical records, patient and family interviews, observation of patient symptoms during care provision, and data collection and analysis using the Gordon's 11-point Health Plan Framework. Orem's nursing theory was applied to assess and diagnose nursing care, ensuring alignment with daily patient needs and evaluating care outcomes.

Study Results: The study involved two cases of newly diagnosed tuberculosis in individuals with HIV/AIDS. Case 1: Sputum test (AFB) negative, Lung x-ray found a cavity (cavitation) Case 2: MTB sputum test was positive. within a distance tuberculosis infection in a high-risk stage for transmission to others. Both cases received pulmonary tuberculosis treatment with the 2IRZE/4IR regimen, showing positive responses to the medication. Collaboration with the physician's treatment plan was excellent, and the assessment of case-specific health plans yielded similar nursing diagnoses in 8 out of 11 points. However, differences were observed in 1 point during the intensive treatment phase: Case 1 reported discomfort due to abdominal pain, while Case 2 had low potassium levels.

Keywords: Pulmonary tuberculosis in HIV/AIDS patients, Gordon's 11-point health plan, Comprehensive nursing care.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่

บทนำ

ผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือผู้ป่วยเอดส์ เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว (T-Helper Cell) ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลงและติดเชื้อโรคฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ได้ง่ายขึ้น¹ เมื่อได้รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคสูงกว่าคนปกติ โดยคนปกติจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 6.00-10.00 ตลอดช่วงชีวิต ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคสูงถึงร้อยละ 5.00-10.00 ต่อปี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ โดยมีโอกาสป่วยด้วยวัณโรคสูงกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ 26-31 เท่า² ดังนั้นจึงพบว่าวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยที่สุดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 108,000 รายหรือคิดเป็น 156 ต่อประชากรแสนคน เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 11,000 ราย³ ทั้งนี้เชื้อวัณโรคจะกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อต่อสู้กับเชื้อโรค แต่ผลเสียกลับทำให้เกิดการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวีและส่งผลทำให้วัณโรคเกิดการลุกลามและรุนแรง อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดวัณโรคดื้อยา เนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และยารักษาวัณโรคไปพร้อม ๆ กัน ผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายอย่างอาจทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบมีโอกาสเกิดวัณโรคดื้อยาได้⁴ องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศจากทั่วโลกที่มีภาระวัณโรคในปี 2560-2564 โดยประเทศไทยมีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอุบัติการณ์วัณโรค ด้านวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multiple resistance tuberculosis:MDR-TB) และด้านวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี ขณะที่วัณโรคถือเป็นหนึ่งประเด็นสำคัญที่จะต้อง ‘ยุติการแพร่ระบาด’ ให้ได้ตามเป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืน ภายในปี 2573 ซึ่งจังหวัดขอนแก่นมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำสูงสุดเป็นอันดับ 2 ของประเทศ⁵

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเป็นวัณโรคในโรคเอดส์จะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ต่อกันรุนแรงขึ้นและเป็นอันตรายต่อชีวิตได้⁶

จากข้อมูลการเข้ารับบริการคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลบ้านฝางจังหวัดขอนแก่นในปี 2564-2566 พบมีผู้ป่วยวัณโรคที่มีเชื้อเอชไอวีคิดเป็นร้อยละ 4, 8 และ 6 ตามลำดับ⁷ เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายไปมากจึงมีโอกาสเกิดโรคฉวยโอกาสวัณโรคได้ง่าย ผู้ป่วยต้องเผชิญความเครียดตั้งแต่เริ่มต้นการติดเชื้อ มีความวิตกกังวล กลัวว่าจะแพร่เชื้อไปสู่บุคคลที่รัก กลัวถูกปฏิเสธ นอนหลับไม่เพียงพอจากความวิตกกังวล หรือจากอาการเหนื่อยหอบ⁸ ความเข้มแข็งทางจิตใจลดลงทำให้เปลี่ยนความเชื่อสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการป่วยเป็นวัณโรคเป็นเรื่องน่าอับอายอีกทั้งยังเป็นโรคเอดส์ด้วย ที่ป่วยเป็นวัณโรคจึงต้องเผชิญความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ⁹ ในการดูแลวัณโรคปอดในผู้ป่วยเอดส์จำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่อง ทำให้นำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนโดยใช้ตัวย่อ ADPIE คือ การประเมินภาวะสุขภาพ(Health Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล(Evaluation) ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทั้งนี้การนำแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้เป็นกรอบในการประเมิน วินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย ได้ครอบคลุมทุกมิติ

จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจทำการศึกษาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเอดส์เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย บุคลากร และพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>ชายไทยโสด อายุ 50 ปี น้ำหนัก 52.0 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร BMI= 19.14 ก่อนรับไว้ในความดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและมีอาการของวัณโรคปอดเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ วันที่ 6 กรกฎาคม 2566 ผลAFB ลบ ผลเอ็กซ์เรย์ปอดพบโพรง (cavitation) CD4 65/2% ได้รับยารักษาวัณโรคปอด สูตร 2IRZE/4IR 1) Isoniazid 100 มิลลิกรัม 3 เม็ด ก่อนนอน 2) Rifampicin 450 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน 3) Pyrazinamide 500 มิลลิกรัม 3 เม็ด ก่อนนอน 4) Ethambutol 400 มิลลิกรัม 2 เม็ด ก่อนนอน 5) Vitamin B6 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน 6) Acyclovir 400 มิลลิกรัม 2 เม็ด ทุก 4 ชั่วโมง ตามเวลา 06.00 น., 10.00 น., 14.00 น., 18.00 น., 22.00 น. 7) dextromethorphan 15 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหาร เข้า-กลางวัน-เย็น 8) Loratadine 10 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอนนัดเข้าคลินิกวัณโรค</p> <p>วันที่รับไว้ดูแล วันที่ 7 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรับยา ARV +TB เดือนที่ 2 เตรียมปรับยาระยะต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีไข้ต่ำ ๆ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/88 มิลลิเมตรปรอท ไอแห้งๆ ผู้ป่วยบอกรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร การตรวจ CBC: 10,670 cell/uL ,Hct 32 % Hb 10.4 g/dl แพทย์ให้ยา 1) Isoniazid 100 มิลลิกรัม 3 เม็ด ก่อนนอน 2) Rifampicin 300 มิลลิกรัม 2 เม็ด ก่อนนอน 3) Pyrazinamide 500 มิลลิกรัม 3 เม็ด ก่อนนอน 4) Ethambutol 400 มิลลิกรัม 2 เม็ด ก่อนนอน 5) Vitamin B6 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน 6) dolutegravir 50 มิลลิกรัม 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง เวลา 08.00 น. 7) TLD 1 เม็ด 20.00 น. 8) vitamin B.co 1 1 เม็ดหลังอาหาร เข้า เย็น 9) ferrous fumarate 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน 10) paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดเวลามีไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง 11) gabapentin 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน แนะนำการปฏิบัติตัว และการมาตรวจตามนัด</p> <p>วันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยปวดแน่นท้องเป็นก่อน มา 4 ชั่วโมง ถ่ายดำ ไม่อาเจียน สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 111/67 มิลลิเมตรปรอท ทำทางอ่อนเพลีย ผลการตรวจ CBC: 17,7000 cell/uL ,Hct 35 % Hb 11.4 g/dl แพทย์ให้ยาบรรเทาอาการ 1) simethicone 1 เม็ดหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น 2) Omeprazole 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า 3) paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดเวลาไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง 4) hyoscin 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น แนะนำเรื่องการรับประทานยา อาหาร ให้ ข้อมูลเกี่ยวกับกรถ่ายอุจจาระสีดํา และให้มาพบแพทย์หากมีอาการผิดปกติ</p> <p>วันที่ 3 ธันวาคม 2566 มารับยาTB+ARV เดือนที่ 6 ผู้ป่วยสดชื่นขึ้นไอแห้ง ๆลดลง มีอาการคลื่นไส้ ไม่เจียน น้ำหนักไม่ลด ไม่มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 99 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/75 มิลลิเมตร ผู้ป่วยกินยาตรงเวลา สุขภาพทั่วไปแข็งแรง แพทย์ให้ยา 1) Isoniazid 100</p>	<p>ชายไทยคู่ อายุ 69 ปี น้ำหนัก 57 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI= 19.72 ก่อนรับไว้ในความดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ มา 1 ปี สุขภาพแข็งแรง ผลCD4 =88/8.19% วันที่ 15 มิถุนายน 2566</p> <p>วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 21 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมีไข้ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/70 มิลลิเมตรปรอท ไอแห้ง ๆ บ่อยครั้ง บอกรับประทานได้น้อยทำทางอ่อนเพลีย ส่งเอ็กซ์เรย์ปอด ผลตรวจ AFB 2+ แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอด start ยาสูตร 2IRZE/4IR และ ยา 1) Vitamin B6 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน 2) dolutegravir 50 มิลลิกรัม 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง เวลา 08.00 น. 3)TLD 1 เม็ด 20.00 น. 4) Folic acid 1 เม็ดหลังอาหารเช้า 5) fluconazole 200 มิลลิกรัม 2 เม็ดหลังอาหารเช้า สัปดาห์ละครั้ง 6) dextromethorphan 15 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหาร เข้า-กลางวัน-เย็น 7) Loratadine 10 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน 8) paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดเวลาไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง แนะนำการปฏิบัติตัว อาการผิดปกติจากการได้ยา และการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา</p> <p>วันที่ 10 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยมาตามนัด หลังรับประทาน ยา 2 สัปดาห์ ไอลดลง นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีไข้ ทำทางอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ผลการตรวจCBC พบ Hct 32% Hb 10.3g/dl ค่า K 3.29mmol/L แพทย์เพิ่มยา KCl elixir 30 ml x 2 ครั้ง สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/77 มิลลิเมตรปรอท แนะนำเรื่องการรับประทานยาเพื่อเพิ่มโปแตสเซียม และการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากมีภาวะซีด</p> <p>วันที่ 21 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาตามนัด ไอลดลงสุขภาพทั่วไปแข็งแรงขึ้น เตรียมปรับยาระยะต่อเนื่องผลการตรวจ Hct 37% Hb 12.3g/dl ค่า K 3.56 mmol/L ผลตรวจ LFT ปกติทุกรายการ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/77 มิลลิเมตรปรอท แนะนำเรื่องการรับประทานยาเพื่อเพิ่มโปแตสเซียม และการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากมีภาวะซีด</p> <p>วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 มารับยาเดือนที่ 5 สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี ไม่ไอ ไม่ขาดยา สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 85 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/76 มิลลิเมตรปรอท ค่า K 3.47 mmol/L ได้ยา ยา KCl elixir 15 ml x 2 ครั้ง แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานยา การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด จำหน่ายพ้นจากการดูแล</p>

<p>มิลลิกรัม 3 เม็ด ก่อนนอน 2) Rifampicin 300 มิลลิกรัม 2 เม็ด ก่อนนอน 3) Vitamin B6 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน 4) dolutegravir 50 มิลลิกรัม 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง เวลา 08.00 น. 5) TLD 1 เม็ด 20.00 น. 6) vitamin B.co 1 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า เย็น 7) ferrous fumarate 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า กลางวัน 8) Omeprazole 1 เม็ด ก่อนอาหาร เช้า 9) Folic acid 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า 10) domperidone 1 เม็ด ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน เย็น แนะนำการปฏิบัติตัวและการมาตรวจตามนัด จำหน่ายพ้นจากการดูแล</p>
--

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย

ระยะเวลา	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะแรกเริ่ม	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการติดเชื้อวัณโรค 2. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากอยู่ในระยะแสดงอาการ(Active TB) 3. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย 4. ไม่สุขสบายจากการมีไข้ ไอ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการติดเชื้อวัณโรค 2. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากอยู่ในระยะแสดงอาการ (Active TB) 3. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย 4. ไม่สุขสบายจากการมีไข้ ไอ
ระยะรักษาเข้มข้น	<ol style="list-style-type: none"> 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพิษต่อตับและผื่นแพ้ยา เนื่องจากได้รับยาวัณโรค 6. มีความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากอ่อนเพลียมีภาวะซีด 7. ไม่สุขสบายจากการปวดแน่นท้อง 	<ol style="list-style-type: none"> 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพิษต่อตับและผื่นแพ้ยา เนื่องจากได้รับยาวัณโรค 6. มีความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากอ่อนเพลียมีภาวะซีด 7. มีภาวะโปแตสเซียมต่ำ
ระหว่างการรักษาต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 8. ผู้ป่วยและครอบครัวเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 8. ผู้ป่วยและครอบครัวเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลในระยะแรกเริ่ม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย (Surgical Mask) ปิดปากและจมูกถูกต้อง ตลอดเวลา 2. บุคลากรผู้ซักประวัติต้องป้องกันการรับเชื้อโดยสวมหน้ากากอนามัยชนิด N95 ระหว่างให้การดูแล 3. ให้สุขศึกษา พร้อม อธิบายเหตุผลและแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะมารับบริการ 4. จัดสถานที่บริการผู้ป่วยให้อยู่ในบริเวณที่กำหนดไว้ คือ คลินิกวัณโรค อย่่างปลอดภัย ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ รวบรวมข้อมูล สัมภาษณ์อาการเช่น อาการไอ ประวัติดูไข้ น้ำหนักลด การเป็นหวัด และการใช้ยาเป็นต้น อธิบายเหตุผลที่พยาบาลผู้ซักประวัติต้องป้องกันการรับเชื้อโดยสวมหน้ากากอนามัยชนิดN95ระหว่างให้การดูแล 5. หากจำเป็นต้องทำหัตถการเฉพาะ หรือนำส่งผู้ป่วยไปหน่วยบริการอื่นดูแลให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 6. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray) เตรียมเปลี่ยนเสื้อผ้าถอดเครื่องประดับ/โลหะ 7. ดูแลให้ได้รับการตรวจจากแพทย์และอยู่ในสถานที่กำหนด ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลและสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>8. แนะนำวิธีการเก็บเสมหะตอนเช้าหลังตื่นนอน 2 วัน ติดต่อกันเพื่อย้อมเชื้อวัณโรค และอธิบายการแปลผลเพื่อวินิจฉัยโรคได้แก่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะอย่างน้อย 1 ครั้งร่วมกับรอยโรคในปอดจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ หากผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคจะพิจารณาจากภาพถ่ายเอกซเรย์ปอดเป็นสำคัญ (วีระเดช สุวรรณลักษณ์, 2560)</p> <p>9. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ดังนี้</p> <p>9.1 หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวไม่ควรพกร่วมห้องกับผู้อื่นเป็นเวลา 2 สัปดาห์</p> <p>9.2 แยกสิ่งของอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดหน้า แปรงสีฟัน อาหาร ช้อนส้อม ไม่ใช้ร่วมกับบุคคลอื่น</p> <p>9.3 จัดสิ่งแวดล้อมในห้องพักที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก และมีแสงแดดเข้าถึง</p> <p>9.4 ทำความสะอาด เครื่องนุ่งห่ม ที่นอน และนำไปตากแดดทุกวัน</p> <p>9.5 แยกขยะที่เกิดจากการสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วย เช่น ทิชชู ผ้าเช็ดหน้า ควรแยกในขยะติดเชื้อ หรือเผาทำลายทิ้ง</p> <p>9.6 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีคนแออัด เช่น สถานบันเทิง โรงภาพยนตร์ สถานที่สาธารณะต่าง ๆ</p> <p>10. ส่งเสริมการรับประทานยารักษาวัณโรคครบชนิดและถูกขนาดยาติดต่อกันครบการรักษา ให้ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาและการจัดการอาการรบกวนเพื่อป้องกันการหยุดยาระหว่างการรักษา รวมถึงมีช่องทางติดต่อเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยา</p> <p>11. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยา dextromethorphan 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น Loratadine 1 เม็ด ก่อนนอน เพื่อบรรเทาอาการไอ ยา paracetamol 1 เม็ดเวลามีไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา</p> <p>12. ให้แผ่นพับและสมุดประจำตัวสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดความรู้เรื่องวัณโรคปอด การรักษา และข้อปฏิบัติต่างๆ</p> <p>13. อธิบายโรค สาเหตุ การดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง ให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจโดยอธิบายง่ายๆ ไม่ซับซ้อน ไม่ให้เกิดความวิตกกังวล</p> <p>14. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร ที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การพักผ่อน</p> <p>15. รับฟังปัญหาและการระบายอารมณ์ของผู้ป่วย ให้กำลังใจและชี้แนะการปฏิบัติตัว</p> <p>16. อธิบายแผนการรักษา การให้ยา อาการข้างเคียงที่ต้องสังเกตตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาตามนัด</p> <p>17. สอนให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น</p> <p>18. แนะนำและเน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง การร่วมมือในการรักษา การมาตามนัด</p>
การพยาบาลในระยะรักษา เข้มข้น	<p>1. ซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพิ่มเติม เช่น ตา ตัว เหลือง คลำตับ ม้ามโต เป็นต้น</p> <p>2. อธิบายชื่อลักษณะขนาดและจำนวนยาแต่ละชนิด</p> <p>3. บอกเหตุผลที่ต้องรับประทานยาเพื่อการรักษาเป็นจำนวนมาก การรับประทานยาต่อเนื่องและผลของการรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาหรือไม่ต่อเนื่องที่อาจก่อให้เกิดการดื้อยาส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา</p> <p>4. อธิบายอาการและอาการแสดงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้เช่น ตับอักเสบ อาการชาปลายประสาท ผื่น สิว ผิวหนังลอกโลหิตแดง เม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดยอดอก ปวดท้อง ท้องเสีย</p> <p>5. แนะนำงดดื่มเครื่องดื่มที่มีผสมแอลกอฮอล์ ยาต้ม ยาหม้อ ยาสมุนไพรต่างๆ ที่อาจจะส่งผลต่อการทำงานของตับได้</p> <p>6. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และควรรีบไปพบแพทย์ ได้แก่ ความอยากอาหารลดลง ผิวซีตเหลือง ปัสสาวะมีสีเข้ม อาการไข้ติดต่อกัน 3 วันขึ้นไป หายใจลำบาก หน้าท้องแข็งหรือบวมผิดปกติ บวมที่หน้า ริมฝีปาก ลิ้นหรือคอ มีปัญหาเรื่องการมองเห็นเช่นเห็นภาพไม่ชัดหรือเห็นสีผิดปกติ เป็นต้น</p>

อาการแสดงของโรควัณโรคปอด คือไข้ ไอ เบื่ออาหาร ตรวจพบเชื้อวัณโรคปอดจากการเก็บตัวอย่างจากเสมหะ (AFB) (กรณีศึกษารายที่ 2) และผลจากภาพถ่ายรังสี (กรณีศึกษารายที่ 1) ได้รับการรักษาด้วยยา สูตร 2IRZE/4IR เหมือนกัน เกิดผลข้างเคียงจากยา คือปวดแน่นท้อง คลื่นไส้¹⁰ (กรณีศึกษารายที่ 1) ไม่มีภาวะตับอักเสบซึ่งเป็นพิษจากยารักษาวัณโรคที่สำคัญและพบได้บ่อย¹¹ ค่าการทำงานของตับปกติ มีภาวะซีดทั้ง 2 ราย มีภาวะโปแตสเซียมต่ำ (กรณีศึกษารายที่ 2) เนื่องจากทั้ง 2 รายรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร¹⁰

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 8 ข้อเท่ากัน มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกัน 7 ข้อ แตกต่างกัน 1 ข้อ พบใน ระยะรักษาเข้มข้น คือรายที่ 1 มีภาวะไม่สุขสบายจากการปวดแน่นท้อง รายที่ 2 มีภาวะโปแตสเซียมต่ำ ได้รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลโดยนำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ผลการรักษาดีขึ้นตามลำดับ ได้ชื่นชมและให้เสริมแรงบวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติวัณโรคปอดสามารถรักษาให้หายได้ซึ่งต้องใช้เวลา การดูแลตนเองทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นส่วนที่สำคัญ ซึ่งจากการศึกษาผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดีมาตามนัดทุกครั้ง ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้

การนำไปใช้ประโยชน์

1. นำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะแทรกซ้อนรายอื่น ๆ ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

นำไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการประเมิน คัดกรอง สืบค้นปัญหาผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ซึ่งจะช่วยให้สามารถรวบรวมปัญหามาไปสู่การวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลได้ครอบคลุมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำมีโอกาสเกิดโรคฉวยโอกาสอื่น ๆ ได้ง่าย และจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการพยาบาลควรประเมินให้ครอบคลุมทุกมิติเป็นแบบองค์รวมติดตามประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการดูแลให้เหมาะสมเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวควรดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพมีการประสานเพื่อการดูแลกำกับอย่างต่อเนื่องในชุมชนด้วยความสมัครใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. ควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค และการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ตามแนวทางการดำเนินงาน ค้นให้พบ จบด้วยหาย ตายเป็นศูนย์

เอกสารอ้างอิง

1. นิธิพัฒน์เจียรสกุล.เอตสกับวัณโรค. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article_files/348_1.pdf
2. มนูญ ลิเชวงวงศ์. Challenges in Management of Tuberculosis in HIV-AIDS.2560 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiaidsociety.org/data/PDFs/article/ChallengeinmanagementoftuberculosisinHIV/AIDS.pdf4>.
3. กองวัณโรค. คู่มือประเมินคุณภาพ โรงพยาบาล ด้านการดูแลรักษาวัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิก แอนด์ดีไซน์; 2563.
4. เสถียร เชื้อลี. สาเหตุการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เขต 10. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่10 2561;16:16-19.
5. กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกองวัณโรค. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรค ประเทศไทย.2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.tbthailand.org/download/form/>

6. เหวตสรร นามวาท, สุธาสินี คำหลวง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, ศศิธันว์ มาแอกเคียน, วิชญญา ปิณฑะดิษ และคณะ. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ความคุ้มค่า การลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย: การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้. 2560.1-5.
7. งานเวชระเบียนและสถิติ. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2564 -2566. โรงพยาบาลบ้านไผ่; 2566.
8. รัฐการ์ต ปาระมี. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลแม่สาย. เชียงรายวารสาร. 2563:12;31-43.
9. กรมควบคุมโรค. ตีตรา-เลือกปฏิบัติ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก [hfocus/content/2015/08/10730](https://www.doe.go.th/hfocus/content/2015/08/10730)
10. พงศ์เทพ ธีระวิทย์. วัณโรคปอด(Pulmonary tuberculosis). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/TB.pdf>
11. ธนิศ เสริมแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ จังหวัดภูเก็ตวารสารวิชาการสาธารณสุข; 2565, 31(1).

อัตราอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิดที่ ได้รับการผ่าตัดแบบยึดตรึงกระดูกภายใน

Incidence Rate and Factors Associated with Orthopedic Complications in Patients with Open Fractures Undergoing Internal Fixation Surgery.

(Received: December 21,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

บัณฑิต เกษตรสิงห์¹
Bundit Kasetsing¹

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study) โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) ระหว่าง พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักแบบเปิด และเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 253 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ กลไกการบาดเจ็บ ตำแหน่งบาดเจ็บ ระดับความรุนแรง ระยะเวลารอผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ระยะเวลาในอนโรพยาบาล การได้รับยาปฏิชีวนะ และ การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Multiple logistic regression Adjusted odds ratio ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า อัตราอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ 19 คน ร้อยละ 7.59 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด คือ ปัจจัยระดับความรุนแรงตาม Gustison และ Anderson ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 3.66, 95\% CI = 1.20 - 11.19, P\text{-value} < 0.05$) ซึ่งแปลผลได้ว่า ผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัดแบบยึดตรึงกระดูกภายในที่มีระดับความรุนแรงตาม Gustison และ Anderson ระดับ 3 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ เป็น 3.66 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ ระดับความรุนแรงตาม Gustison และ Anderson ระดับ 1 และ 2

คำสำคัญ: ออร์โธปิดิกส์, กระดูกหักแบบเปิด, การผ่าตัดแบบยึดตรึงกระดูกภายใน

Abstracts

The objective of the research was to study the incidence rate and factors associated with orthopedic complications in patients with open fractures. This is a cross-sectional analytical study. (Cross-Sectional Analytical Study) by studying retrospective data. (Retrospective Study) between 2018 - 2022. The sample group is patients with open fractures. and receive treatment In Phon Thong Hospital Roi Et Province, a total of 253 people. The research instrument was a data copy form from medical records, including gender, age, body mass index, congenital diseases, smoking, and mechanism of injury. Injury location Severity level Surgery waiting time Surgery time Length of hospital stay Receiving antibiotics and developing orthopedic complications Analyze data with descriptive statistics and Multiple logistic regression Adjusted odds ratio at a significance level of 0.05.

The results of the research found that the incidence rate of orthopedic complications in 19 patients was 7.59%. Factors related to the occurrence of orthopedic complications in patients with open fractures were the degree of Severe according to Gustison and Anderson, it is associated with orthopedic complications in patients with open fractures. Statistically significant ($OR_{adj} = 3.66, 95\% CI = 1.20 - 11.19, P\text{-value} < 0.05$)

Keywords: Orthopedic, open fracture, internal fixation surgery

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง

บทนำ

ภาวะกระดูกหักและข้อเคลื่อนหลุดเป็นภาวะที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นผลมาจากอุบัติเหตุจราจร ในปี 2558 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า อุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบกเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตสูงที่สุดเป็น อันดับ 5 คิดเป็นอัตราส่วนประมาณ 22.3 รายต่อแสนประชากร และในปี 2560 มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบก เพิ่มขึ้น 36.2 รายต่อแสนประชากร (Rti.ddc.moph.go.th., 2019) มีผู้รักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจรประมาณ 100,000 ราย และประมาณ 60,000 ราย ต้องกลายเป็นผู้พิการ นับว่ามีอุบัติการณ์ สูงเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก ดังนั้นการดูแลรักษาเบื้องต้นในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์ที่ถูกต้องจะช่วยลดการสูญเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงลดโอกาสการเกิดความพิการถาวรได้ ภาวะกระดูกหักเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางกระดูก อวัยวะร่างกาย เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดเมื่อเกิดการบาดเจ็บ เพราะเป็นกระดูกท่อนที่ใหญ่และยาวที่สุดในร่างกาย (Salminen S., 2005) อุบัติการณ์กระดูกขาหักพบได้มากในคนอายุน้อยกว่า 25 ปี ส่วนใหญ่เกิดในเพศชายที่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง และเพศหญิงวัยหมดประจำเดือน (Kulthanan T, Songcharoen P., 2008) กระดูกหักบ่อยที่สุดคือกระดูกหน้าแข้ง พบว่ามีอุบัติการณ์ของกระดูกหัก 26 คน ในจำนวนแสนประชากรต่อปี โดยเพศชายจะพบอุบัติการณ์มากกว่าเพศหญิง ในอัตรา 41:21 ต่อ 100,000 ประชากร (Wilairat W., 2016)

กระดูกหักแบบเปิด (Open Fracture) เป็นภาวะที่กระดูกหักแล้วมีบาดแผลร่วมด้วย บางครั้งอาจมีชิ้นส่วนของกระดูกหักโผล่ออกมาบริเวณบาดแผลด้วย แบ่งเป็น 3 ชนิด ตาม Gustilo Classification คือ Type 1 : มีกระดูกหักและมีแผลขนาดแผลเล็กกว่า 1 ซม.

และมีเนื้อเยื่อ Soft Tissue มีการถูกทำลายน้อย Type 2 : มีกระดูกหักและมีแผลขนาดกว้างกว่า 1 ซม. และมี Soft Tissue ถูกทำลายมากปานกลาง Type 3 (Type IIIA, IIIB, IIIC) : มีกระดูกหักและมีการทำลาย Soft Tissue มากทั้ง Skin, Muscle, Nerve ร่วมกับมีชิ้นส่วนกระดูกหายไป (Bone Loss) (ธีรชัย อภิวรรณกุล, 2558) วิธีการรักษากระดูกหักแบบเปิด โดยการล้างทำความสะอาดแผลเอาสิ่งสกปรก เนื้อตายออก (Debridement) แล้วเปิดแผลไว้เพื่อทำความสะอาดแผล ร่วมกับให้ Tetanus Toxoid, Antitoxin และให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อ การผ่าตัดรักษากระดูกแบบ Open Reduction Internal Fixation หรือ “การผ่าตัดแบบ ORIF” เป็นการผ่าตัดรักษาข้อกระดูกภายในร่างกายส่วนที่หักให้กลับมาเชื่อมกันอีกครั้งและสามารถใช้งานได้ตามปกติ ด้วยวิธีใส่เครื่องมือยึดแนวกระดูกส่วนที่เสียหายใหม่ด้วยอุปกรณ์โลหะที่ปลอดภัยต่อร่างกาย ซึ่งการผ่าตัดรักษากระดูกหักแบบ Open Reduction Internal Fixation เป็นการผ่าตัดที่สามารถรักษาอาการกระดูกหักได้ทุกส่วนของร่างกาย โดยส่วนมากนิยมใช้รักษาบริเวณกระดูกข้อต่อ ได้แก่ กระดูกข้อไหล่ กระดูกข้อแขน กระดูกข้อศอก กระดูกข้อสะโพก กระดูกข้อมือ และกระดูกข้อเข่า การผ่าตัดรักษากระดูกหักแบบ Open Reduction Internal Fixation โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับลักษณะความเสียหายของกระดูก

การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแบบ Open Reduction Internal Fixation มักพบได้น้อย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ตำแหน่งกระดูกที่หัก ช่วงอายุของคนไข้ โรคประจำตัวและสภาพร่างกายคนไข้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (นพ. พัฒนเกติ ชีวะก้องเกียรติ ศัลยแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชศาสตร์การกีฬาและข้อไหล่) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการผ่าตัดที่ลึกถึงชั้นกระดูก และมีที่

จากความเสียหายของเนื้อกระดูกที่หัก การผ่าตัดรักษากระดูกแบบ Open Reduction Internal Fixation จึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กระดูกหัก ไม่เชื่อมต่อกัน มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น 5-7 เท่าในกระดูกหักแบบเปิด การปนเปื้อนของบาดแผลหรือเนื้อเยื่ออ่อนได้รับบาดเจ็บรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 12.5-15.5 ของจำนวนกระดูกหน้าแข้งที่หักทั้งหมด (Meesters D, Wijnands K, Brink P, Poeze M., 2018) หรือความเสี่ยงอื่น ๆ เช่น กระดูกที่เชื่อมด้วยวัสดุโลหะเลื่อนออกจากกัน หรืออยู่ในตำแหน่งที่ยัง ไม่เหมาะสม กระดูกเชื่อมตัวช้า แผลติดเชื้อหรือเกิดการอักเสบ แผลมีเลือดออกมาก ระบบประสาทเกิดความเสียหาย ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะลิ่มไขมันอุดตัน โรคไขข้ออักเสบ และ ภาวะเส้นเอ็นอักเสบ จากการศึกษาของ วรงค์พร พงศ์ภิญโญภาพ (2564) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ ความรุนแรงระดับสามของ Gustilo และ Anderson ปรานี มีหาญพงษ์ และคณะ (2565) พบว่า อายุ จำนวนโรคร่วม ฮีโมโกลบินและดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพกได้ร้อยละ 54 Tometta P 3rd (2020) ตำแหน่งการบาดเจ็บ กลไกการบาดเจ็บ ระดับการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในกระดูกหักแบบเปิดของแขนขาส่วนบนและส่วนล่าง และ Kortram และคณะ (2017) เพศ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ตำแหน่งของแผล ระดับความรุนแรง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อหลังการผ่าตัดกระดูกหักแบบเปิดการป้องกันการติดเชื้อ นอกจากนี้ การล้างแผลในห้องผ่าตัดโดยเร็ว ได้รับการยอมรับเป็นมาตรฐานว่าช่วยลดภาวะการติดเชื้อได้ โดยระยะเวลาที่เหมาะสมยังคงเป็นที่ถกเถียงกัน ในอดีตมีแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ "A 6-Hour Rule" หรือ "The golden 8-Hour Rule" อย่างไรก็ตามในหลายการศึกษาต่อมาพบว่า การผ่าตัดที่ล่าช้ากว่า 6 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง นั้น ไม่เพิ่มอัตราการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ (วรงค์พร พงศ์ภิญโญภาพ, 2564)

เป้าหมายการรักษาภาวะกระดูกหักคือการลดอัตราการติดเชื้อ กระดูกติดเชื้อ แนวกระดูกตรง ผิดข้อเรียงสามารถขยับข้อได้รวดเร็ว และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะปลาย โรงพยาบาลโพหนองเปิดให้บริการศัลยกรรมกระดูก แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิดซึ่งได้รับการผ่าตัดแบบยัดตรึงกระดูกภายใน ของโรงพยาบาลโพหนอง ผู้วิจัยในฐานะแพทย์แผนกศัลยกรรมกระดูก จึงมีความสนใจที่จะศึกษาอัตราการอุบัติการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัดแบบยัดตรึงกระดูกภายใน เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันและลดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนในการรักษาภาวะกระดูกหัก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอัตราอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study) โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) จากเวชระเบียนโรงพยาบาลโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่าง พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักแบบเปิด และเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 253 คน กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) โดยใช้โปรแกรมคำนวณของ G*Power สำหรับกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร Multivariate Analysis ใช้สถิติ Multiple Logistics Regression กำหนดค่า Odds Ratio = 3.53 ซึ่งอ้างอิง

จากงานวิจัยของ วรงค์พร พงศ์ภิญโญภาพ (2564) เรื่อง การศึกษาย้อนหลังเชิงติดตามผลการผ่าตัดที่ล่าช้าในผู้ป่วยกระดูกหักแบบบาดแผลเปิดในสถานการณการแพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ ค่า $\alpha = 0.05$ และ $\beta = 0.20$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน ในการวิจัยครั้งนี้ใช้จำนวนประชากรทั้งหมดในการศึกษา จำนวน 253 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) อาการสำคัญมาด้วยภาวะกระดูกหักแบบเปิด 2) เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) มีประวัติกระดูกหักและ/หรือกระดูกติดเชื้อในตำแหน่งเดียวกันกับการบาดเจ็บในครั้งนี้ 2) มีระดับความรู้สึกตัวไม่มั่นคงมีโรคร่วมทางอายุรกรรมอันเป็นเหตุให้ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากโรคดังกล่าว (โดยไม่มีข้อบ่งชี้ในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อด้วยจากภาวะกระดูกหักแบบเปิด)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบรวบรวมข้อมูลในแบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วยตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ กลไกการบาดเจ็บ ตำแหน่งบาดเจ็บ ระดับความรุนแรง ระยะเวลารอผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ระยะเวลาอนโรงพยาบาล การได้รับยาปฏิชีวนะ

ตัวแปรตาม ได้แก่ การติดเชื้อหลังผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนอื่น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ค้นหาข้อมูลผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิดจากเวชระเบียน ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดการแบบยัดตรึงกระดูกภายใน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2565

2. ใช้แบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน เก็บรวบรวมข้อมูล

3. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตามที่ออกแบบวิเคราะห์ข้อมูล

4. ตรวจสอบความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล โดยผู้วิจัย และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และอุบัติการณ์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลด้วยความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด โดยวิเคราะห์ Univariate analysis ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) วิเคราะห์ Multivariate analysis ใช้สถิติ Multiple logistic regression นำเสนอข้อมูล ด้วย Adjust Odds ratio (OR_{adj}) และ 95% CI กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0822566 ลงวันที่ 2 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

อัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อหลังผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อน

ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 206 คน ร้อยละ 81.42 อายุเฉลี่ย 40.77 ปี (S.D.=19.76) กลุ่มอายุส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 40 ปี 171 คน ร้อยละ 67.58 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 18.57 (S.D.=19.79) Kg/m^2 ส่วนใหญ่ BMI < 23 Kg/m^2 190 คน ร้อยละ 75.10 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 228 คน ร้อยละ 90.12 สูบบุหรี่ 65 คน ร้อยละ 25.69

กลไกการบาดเจ็บ ส่วนใหญ่สาเหตุจากอุบัติเหตุจากรถ 182 คน ร้อยละ 71.94 ตำแหน่งการบาดเจ็บ กระดูกทรงกลาง 181 คน ร้อยละ 71.54 ระดับความรุนแรงตาม Gustison และ Anderson ระดับ 1 125 คน ร้อยละ 49.41 ระยะเวลาผ่าตัด ≥ 12 ชั่วโมง 155 คน ร้อยละ 61.26 ระยะเวลาผ่าตัด ≤ 1

ชั่วโมง 135 คน ร้อยละ 53.36 ได้รับยาปฏิชีวนะ อย่างน้อย 1 ชนิด 243 คน ร้อยละ 96.05 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 10.17 (S.D.=6.97) วัน อัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อหลังผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อน 19 คน ร้อยละ 7.59

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด

ปัจจัยเสี่ยง	เกิดภาวะแทรกซ้อน		ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	10	4.85	196	95.15	11.26	0.001*
หญิง	9	19.15	38	80.85		
อายุ						
≤ 40 ปี	11	6.43	160	93.37	0.88	0.361
41 ปี ขึ้นไป	8	9.76	74	90.24		
ดัชนีมวลกาย						
$< 23 \text{ Kg/m}^2$	16	8.42	174	91.58	0.912	0.36
$\geq 23 \text{ Kg/m}^2$	3	4.76	60	95.24		
โรคประจำตัว						
มี	6	24.00	19	76.00	10.86	0.006*
ไม่มี	13	5.70	215	95.24		
การสูบบุหรี่						
สูบ	3	4.62	62	95.38	1.055	0.32
ไม่สูบ	16	8.51	172	91.49		
กลไกการบาดเจ็บ						
อุบัติเหตุจากรถ	12	6.59	170	93.41	0.784	0.387
การทำงานและอื่น ๆ	7	9.86	64	90.14		
ตำแหน่ง						
กระดูกทรงกลาง	14	7.69	168	92.31	0.041	0.86
กระดูกทรงคั่น	5	7.04	67	94.36		
ระดับความรุนแรง						
ระดับ 3	11	15.49	60	84.51	9.056	0.005*
ระดับ 1 และ 2	8	9.40	174	95.10		
ระยะเวลาผ่าตัด						
≥ 12 ชั่วโมง	13	12.38	92	87.62	6.132	0.016*
< 12 ชั่วโมง	6	4.05	142	95.95		
ระยะเวลาผ่าตัด						
> 1 ชั่วโมง	10	8.47	108	91.53	0.296	0.595

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด

ปัจจัยเสี่ยง	เกิดภาวะแทรกซ้อน		ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
≤ 1 ชั่วโมง	9	6.67	126	93.33		
การได้รับยาปฏิชีวนะ						
< 2 ชนิด	13	6.10	200	93.30	3.838	0.076
≥ 2 ชนิดขึ้นไป	6	15.00	34	85.00		
จำนวนวันโรงพยาบาล						
> 7 วัน	12	9.38	116	90.63	1.297	0.267
≤ 7 วัน	7	5.60	118	94.40		

* p-value <0.05

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด ทีละตัวแปร (Univariate analysis) ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) กำหนดค่า P-value <0.05 เพื่อคัดเลือกรายการที่มีค่า P-value <0.20 วิเคราะห์ Multivariate analysis จากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านเพศ โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงตาม Gustison และ Anderson ระยะเวลาการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05)

หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์แบบ Multivariate analysis โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทาง

ออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด คือ ปัจจัยระดับความรุนแรงตาม Gustison และ Anderson มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 3.66, 95\% CI = 1.20 - 11.19, P\text{-value} < 0.05$) ซึ่งแปลผลได้ว่า ผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัดแบบยี่ดตรงกระดูกภายในที่มีระดับระดับความรุนแรงตาม Gustison และ Anderson ระดับ 3 มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์เป็น 3.66 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ ระดับระดับความรุนแรงตาม Gustison และ Anderson ระดับ 1 และ 2 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด แบบ Multivariate analysis

ปัจจัยเสี่ยง	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	Crude OR	95 % CI	Adjust OR	95 % CI
เพศ				
ชาย	4.64	1.76 – 12.18	2.91	0.91-9.40
หญิง	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
โรคประจำตัว				
มี	5.22	1.78 – 15.30	3.23	0.81 – 12.82
ไม่มี	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
ระดับความรุนแรง				

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด แบบ Multivariate analysis

ปัจจัยเสี่ยง	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	Crude OR	95 % CI	Adjust OR	95 % CI
ระดับ 3	3.98	1.53 – 10.38	3.66	1.20 – 11.19*
ระดับ 1 และ 2	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
ระยะเวลารอผ่าตัด				
≥ 12 ชั่วโมง	3.34	1.22 – 9.11	1.49	0.28 – 7.74
< 12 ชั่วโมง	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

*p-value <0.05

อภิปรายผล

กระดูกหักเป็นภาวะที่กระดูกได้รับแรงกระทำมากเกินไปที่กระดูกจะรับได้ และก่อให้เกิดการหักขึ้น โดยการหักอาจเป็นเพียงรอยร้าว (crack) หรือหักเคลื่อนออกจากกันก็ได้ (displacement) ทั้งนี้ ขึ้นกับความรุนแรงของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น กระดูกหักแบบแผลเปิด (open หรือ compound fracture) คือ กระดูกที่ทิ่มผิวหนังออกมา หรือได้รับบาดเจ็บจนผิวหนังเปิด ซึ่งกระดูกหักแบบแผลเปิดนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงจากการศึกษาที่พบอัตราอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ 19 คน ร้อยละ 7.59 สอดคล้องกับการศึกษาของ Meesters D, Wijnands K, Brink P, Poeze M. (2018) การผ่าตัดตรึงกระดูกแบบ Open Reduction Internal Fixation เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กระดูกหัก ไม่เชื่อมต่อ การปนเปื้อนของบาดแผลหรือเนื้อเยื่ออ่อนได้รับบาดเจ็บ และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น 5-7 เท่าในกระดูกหักแบบเปิดของจำนวนกระดูกหน้าแข้งที่หักทั้งหมด ซึ่งจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 81.42 สอดคล้องกับวรรณกรรม พงศ์ภิญโญภาพ (2564) พบว่า เพศชายได้รับการผ่าตัดกระดูกหักแบบเปิด ร้อยละ 81.4 เพศหญิง ร้อยละ 18.6 อายุเฉลี่ย 40.77 ปี (S.D.=19.76) ซึ่งใกล้เคียงกับระบาดวิทยาของกระดูกหักแบบเปิดในผู้ใหญ่ ของ Court-Brown, C. M., Bugler, K. E., Clement, N. D., Duckworth, A. D., & McQueen, M.

M. (2012) อาการกระดูกหักแบบเปิดครั้งเดียว เกิดขึ้นโดยมีกระดูกหักแบบเปิดระหว่าง 2 ถึง 7 ชั้น อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 45.5 ปี จากการวิเคราะห์พบว่า 69.1 % ของกระดูกหักเกิดขึ้นในผู้ชายอายุเฉลี่ย 40.8 ปี และ 30.9 % เกิดขึ้นในผู้หญิงอายุเฉลี่ย 56.0 ปี ของกระดูกหักเกิดขึ้นที่ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 71.94 ตำแหน่งการบาดเจ็บ กระดูกรยางค์ล่าง ร้อยละ 71.54 ซึ่งกลไกการบาดเจ็บที่ทำให้เกิดกระดูกหักนั้น มักจะเกิดจากอุบัติเหตุที่มีความรุนแรง เช่น อุบัติเหตุจราจร อุบัติเหตุจากกีฬา หรือการตกจากที่สูง เป็นต้น อย่างไรก็ตามภาวะกระดูกหักอาจพบในอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงน้อยได้ อาทิ เช่น จากล้มบนพื้นราบ การตกจากความสูงระดับเก้าอี้ เป็นต้น สอดคล้องกับ Kulthanan T, Songcharoen P. (2008) พบว่าอุบัติการณ์กระดูกขาหักพบได้มากในคนอายุน้อยกว่า 25 ปีส่วนใหญ่เกิดในเพศชายที่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรงจากการจราจร กระดูกหักบ่อยที่สุดคือกระดูกหน้าแข้ง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด คือ ปัจจัยระดับความรุนแรงตาม Gustison และ Anderson มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj} = 3.66, 95 % CI = 1.20 – 11.19, P-value <0.05) ซึ่งแปลผลได้ว่า

ผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัดแบบยึดตรึงกระดูกภายในที่มีระดับระดับความรุนแรงตาม Gustison และ Anderson ระดับ 3 มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์เป็น 3.66 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ ระดับความรุนแรงตาม Gustison และ Anderson ระดับ 1 และ 2 ซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรม พงศ์ภิญโญภาพ (2564) พบว่า ระดับความรุนแรงตาม Gustison และ Anderson ระดับ 3 มีผลต่อการเกิดการติดเชื้อหลังการผ่าตัดกระดูกหัก 3.53 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ ระดับความรุนแรงตาม Gustison และ Anderson ระดับ 1 และ 2 จากการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ภาวะกระดูกหักแบบเปิด (open fracture) เป็นภาวะที่มีการบาดเจ็บของผิวหนังเป็นแผลลึกต่อเนื่องถึงบริเวณกระดูกหัก ซึ่งมีผลทำให้เชื้อโรคจากภายนอกปนเปื้อนเข้าสู่บริเวณกระดูกหัก และเกิดภาวะกระดูกติดเชื้อ (osteomyelitis) ตามมาได้ ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะกระดูกติดเชื้อ ได้แก่ ขนาดของบาดแผล ระยะก่อนการรักษาปริมาณการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน ความรุนแรงของกระดูกที่หัก และปริมาณการปนเปื้อนจากสิ่งแวดล้อม เป็นต้น เมื่อกระดูกหักจะมีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มกระดูก (periosteum) ทำให้มีเลือดออก รวมถึงมีไขกระดูก (bone marrow) ไหลออกมาที่บริเวณเนื้อเยื่อโดยรอบ ทำให้เกิดอาการบวม และเห็นเป็นรอยช้ำเกิดขึ้น ภาวะกระดูกหักแบบเปิด (open fracture) จะสังเกตเห็น bone marrow ไหลออกมาจากแผลที่ผิวหนัง โดยมีลักษณะสำคัญคือ มีลักษณะเป็นหยด

ไขมันปนเลือด (fat globule) เลือดซึมไหลออกตลอดเวลา สามารถมองเห็นเศษกระดูกหรือกระดูกที่มทะลุผิวหนัง ภาวะกระดูกหักแบบเปิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อของกระดูก (osteomyelitis) สูงกว่ากระดูกหักแบบปิดอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอุบัติการณ์การเกิด osteomyelitis ที่ประมาณ 2-40% (Gustilo RB, Corpuz V, Sherman RK, 1985)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การให้ความสำคัญในการควบคุมการติดเชื้อเป็นจุดสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อน การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและการรักษาแผลอย่างถูกต้องเป็นประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อ
2. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) จากเวชระเบียนจึงทำให้ข้อจำกัดในการวิจัย เช่น การเกิดภาวะการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนอาจจะเกิดจากตัวแปรอื่น ๆ ที่เป็นตัวแปรกวน เช่น ลักษณะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การดูแลและติดตามของทีมแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการบาดเจ็บ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายละเอียดการบาดเจ็บ เช่น ลักษณะและขนาดของบาดแผล, การกระทำที่ทำให้เกิดบาดแผล, และลักษณะของเนื้อเยื่อโดยรอบจะช่วยให้การวางแผนการดูแลและการรักษาที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. ชีรชัย อภิวรรณกุล (บรรณาธิการ). (2558). เคล็ดลับทางออร์โธปิดิกส์. ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. วรงค์พร พงศ์ภิญโญภาพ. (2564). การศึกษาข้อมูลย้อนหลังเชิงติดตามผลการผ่าตัดที่ล่าช้าในผู้ป่วยกระดูกหักแบบบาดแผลเปิดในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และอัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์. วารสารแพทย์ เขต 4-5.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/255542>
3. Court-Brown, C. M., Bugler, K. E., Clement, N. D., Duckworth, A. D., & McQueen, M. M. (2012). The epidemiology of open fractures in adults. A 15-year review. *Injury*, 43(6), 891-897.

4. Gustilo RB, Corpuz V, Sherman RK. Epidemiology, Mortality, and Morbidity in Multiple Trauma Patients. *Orthopedics*. 1985;8(12):1523-8.
5. Kortram, K., Bezstarosti, H., Metsmakers, W. J., Raschke, M. J., Van Lieshout, E. M. M., & Verhofstad, M. H. J. (2017). Risk factors for infectious complications after open fractures; a systematic review and meta-analysis. *International orthopedics*, 41(10), 1965–1982. <https://doi.org/10.1007/s00264-017-3556-5>
6. Kulthanan T, Songcharoen P. (2008). *Orthopedic texts 1*. Bangkok: Media Press Limited Partnership (in Thai)
7. Meesters, D. M., Wijnands, K. A., Brink, P. R., & Poeze, M. (2018). Malnutrition and fracture healing: are specific deficiencies in amino acids important in nonunion development?. *Nutrients*, 10(11), 1597.
8. Rti. ddc. moph.go.th. (2019). Bureau of Non-Communicable Disease [NCD] All rights reserved.. [online] Available at: <http://rti.ddc.moph.go.th/RTDDI/Modules/Report/Report11.aspx> [Accessed 6 Jun. 2019].
7. Salminen S. (2005). *Femoral shaft fracture in adult: Epidemiology, fracture patients, nonunions, and fatigue fracture: A clinical study*. Helsinki: The faculty of medicine of the University of Helsinki
8. Tometta III, P., Della Rocca, G. J., Morshed, S., Jones, C., Heels-Ansdell, D., Sprague, S., ... & Bhandari, M. (2020). Risk factors associated with infection in open fractures of the upper and lower extremities. *JAAOS Global Research & Reviews*, 4(12).
9. Wilairat W. (2016). *Fractures of the frontal tibia*. <http://ortho.md.chula.ac.th/student/SHEET/shin-va.pdf>

การใช้แนวคิด ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Using the DALYs (Disability adjusted life years) concept in preparing community plans, Luab Subdistrict, Mueang District, Kalasin Province.

(Received: December 24,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

ธีรพัฒน์ สุทธิประภา¹ สุพัตรา บุญเอก²
Teerapat Suttiprapa¹ Supattra Boon-ae²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) และการใช้แนวคิด DALYs ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน มิถุนายน - กันยายน 2566 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพ ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทนเทศบาลตำบลหลุบ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 16 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 48 คน เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากวิเคราะห์และนำเสนอปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้มีแผนชุมชน ได้แก่ แผนจัดการโรคเบาหวาน Stroke และ Schizophrenia นอกจากนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพ เกี่ยวกับปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพิ่มขึ้นจากการการวิเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ปีสุขภาวะที่สูญเสีย แผนชุมชน

Abstract

This study was action research. The objective is to study disability adjusted life years (DALYs) and the use of the DALYs concept in the preparation of community plans, Luab Subdistrict, Mueang District, Kalasin Province. The study period is between June - September 2023, totaling 4 months. Sample size were 48 health network of Lub Subdistrict, Mueang District, Kalasin Province, consisting of community leaders, representatives of Lub Subdistrict Municipality. and village health volunteers in 16 villages. Data were collected from the HDC database and questionnaires. Data were analyzed by Content analysis, mean, standard deviation, frequency, percentage, and Dependent t – test.

The results of the study found that after analyzing and presenting Disability adjusted life years (DALYs) in the preparation of community plans, Luab Subdistrict, Mueang District, Kalasin Province. This resulted in community plans including plans for managing type 2 diabetes, CKD and stroke, depression and pneumonia. In addition, it was found that Health literacy of the health network About Disability adjusted life years (DALYs) in the preparation of community plans, Luab Subdistrict, Mueang District, Kalasin Province Increased from analysis with statistical significance at .05.

Keywords: Lost health years, community plans

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

บทนำ

เครื่องชี้วัดภาวะสุขภาพประชากรแบบองค์รวม (summary measures of population health) เป็นเครื่องชี้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่รวมข้อมูลทั้งจากการตาย (mortality) และภาวะสุขภาพที่บกพร่องหรือการเจ็บป่วย (non-fatal outcome) เพื่อใช้วัดและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพในภาพรวมของประชากร โดยจำแนกเครื่องชี้วัดนี้ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ความคาดหมายของการมีสุขภาพ (health expectancies) และ ช่องว่างสุขภาพ (health gap)¹

ความคาดหมายของการมีสุขภาพเป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนาบนฐานของการวัดอายุขัยเฉลี่ย (life expectancy) ซึ่งถือเป็นดัชนีการพัฒนามนุษย์ของสหประชาชาติ (The UN Human Development Index: HDI) ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในการวัดชีวิตที่ยืนยาว โดยปรับด้วยจำนวนปีที่มีภาวะสุขภาพที่บกพร่อง ตัวอย่างเช่น Disability Free Life Expectancy (DFLE), Health-Adjusted Life Expectancy (HALE) เป็นต้น

ส่วนช่องว่างสุขภาพเป็นมาตรวัดทางสุขภาพที่วัดความแตกต่างระหว่างสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันกับสุขภาพที่เป็นความคาดหวังหรือสุขภาพมาตรฐาน ได้แก่ Disability-Adjusted Life Years (DALYs) ดัชนีปีสุขภาพที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) เป็นเครื่องชี้วัดช่องว่างสุขภาพ ที่พัฒนาโดยนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ร่วมกับธนาคารโลกและองค์การอนามัยโลกเมื่อ พ.ศ. 2536 ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นเครื่องชี้วัดที่สะท้อนปัญหาสุขภาพของประชากรได้ครอบคลุมทั้งเรื่องของการตาย ความเจ็บป่วย ความพิการ และมีหน่วยวัดเดียวกันระหว่างโรคต่างๆ อันเป็นประโยชน์ในการจัดลำดับความสำคัญและการวางแผนการลงทุนทางสุขภาพ รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากรในช่วงเวลาต่างๆ²⁻⁴

สำหรับประเทศไทยได้มีการนำระเบียบวิธีการประมาณค่าดัชนีปีสุขภาพที่ปรับด้วยความบกพร่อง

ทางสุขภาพ หรือ DALYs มาใช้ในการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย โดยคณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประชากรไทย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542, 2547, 2552 และ 2557 เพื่อประเมินภาวะสุขภาพประชากรไทยรวมทั้งจัดลำดับความสำคัญในการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำการศึกษาการใช้แนวคิด DALYs ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อศึกษาและประยุกต์ใช้ในการจัดทำแผนชุมชน ต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of life Lost due to premature death : YLLs) ของตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาความสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability: YLDs) ของตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาปีสุขภาพที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ของตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาการใช้แนวคิด DALYs ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา การใช้แนวคิด ปีสุขภาพที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน มิถุนายน - กันยายน 2566 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพ ตำบลหลุบ
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพ ตำบล
หลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทน
เทศบาลตำบลหลุบ และอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน จำนวน 16 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 48
คน

จริยธรรมงานวิจัย

การใช้แนวคิด ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability
adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน
ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการ
จริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
กาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การ
จัดทำปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life
years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการ
วิเคราะห์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการวิเคราะห์
ฐานข้อมูลความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร
(Year of life Lost due to premature death :
YLLs) และความสูญเสียจากภาวะบกพร่องทาง
สุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability: YLDs)
ของตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์ และการสรุปถอดบทเรียนในการวิเคราะห์
ปัจจัยที่ส่งผลต่อปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability
adjusted life years: DALYs) การนำปัจจัยที่ส่งผล
ต่อปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life
years: DALYs) มาจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ ฐานข้อมูลความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอัน
ควร (Year of life Lost due to premature death
: YLLs) และความสูญเสียจากภาวะบกพร่องทาง

สุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability: YLDs)
ของตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของเครือข่าย
สุขภาพ เกี่ยวกับปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability
adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน
ตำบลหลุบ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ
Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้าน
สุขภาพกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ
ข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้าน
สุขภาพกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ
ข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้าน
สุขภาพกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)
คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00	มีท่านความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
2.61 – 3.40	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
1.00 - 1.80	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การจัดทำ ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability
adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน
ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มี
ขั้นตอนในการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลความสูญเสียจากการ
ตายก่อนวัยอันควร (Year of life Lost due to
premature death : YLLs)

2. การวิเคราะห์ความสูญเสียจากภาวะ
บกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to
Disability: YLDs)

3. การจัดทำ ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs)

4. การจัดทำปัจจัยที่ส่งผลต่อปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs)

5. การนำปัจจัยที่ส่งผลต่อปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) มาจัดทำแผนชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดทำ ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์

1.1 ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ดังสูตร

$$\text{DALYs} = \text{YLLs (Years of Life Lost due to premature mortality)} + \text{YLDs (Years Lost due to disability)}$$

ปีที่สูญเสียสุขภาพ = ปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร + ปีที่สูญเสียจากความเจ็บป่วยหรือพิการ

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ของตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ 5 อันดับแรก

โรค	YLLs	YLDs	DALYs (SUM)	ลำดับ
DM	0.164	3931.85952	3932.023	1
CKD	0.109	640.292401	640.402	2
Stroke	0.546	318.098357	318.644	3
Schizophrenia	0.218	314.00267	314.221	4
Pyoderma (Sepsis)	0.109	298.985151	299.094	5
Total	1.146	5,503.238	5,504.384	

จากตารางที่ 1 ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ของตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามากที่สุด ได้แก่ เบาหวาน รองลงมาคือ CKD และ Stoke

1.2 ความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of life Lost due to premature death : YLLs) ดังสูตร

$$\text{YLLs} = N \times L$$

โดย YLLs หมายถึง ปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร

N หมายถึง จำนวนตาย

L หมายถึง อายุคาดเฉลี่ยรายอายุ (age-specific life expectancy)

1.3 ความสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability: YLDs) ดังสูตร

$$\text{YLDs} = P \times DW$$

โดย YLDs ปีที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

P หมายถึง ความชุกของโรคในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

DW หมายถึง ค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

1.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs)

2. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการกำหนดปัจจัยที่ส่งผลต่อปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) มาจัดทำแผนชุมชน

ตารางที่ 2 สาเหตุและปัจจัยปัญหาสุขภาพ DALys Factor ของตำบลหูลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

DALys Factor		
ปัจจัย(Factor)	DALys	ลำดับ
พฤติกรรมบริโภค	1,181.712	1
การทำงานประกอบอาชีพ	1,125.44	2
การเสพยาเสพติดทุกประเภท	675.264	3
สุขภาพจิต (ภาวะเครียด วิตกกังวล)	562.72	4
สุขอนามัยส่วนบุคคล	506.448	5
รวม	4,051.584	

จากตารางที่ 2 สาเหตุและปัจจัยปัญหาสุขภาพ DALys Factor ของตำบลหูลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามากที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมบริโภค การทำงานประกอบอาชีพ รองลงมาคือ การเสพยาเสพติดทุกประเภท สุขภาพจิต (ภาวะเครียด วิตกกังวล) และ สุขอนามัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 3 แผนชุมชนตำบลหูลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี2567

โรค	โครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรม
โรค DM (พฤติกรรม การบริโภคและการ รักษาความสะอาด)	โครงการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนใน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน DM	เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้และเกิดความ ตระหนักถึง ความสำคัญในการ ดูแลตนเองและ สามารถป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วย เบาหวาน	จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เบาหวานในเรื่องการดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน พร้อมจัดกิจกรรมตรวจคัดกรอง/ ประเมินภาวะแทรกซ้อน
Schizophrenia (การทำงาน ประกอบอาชีพ ยา เสพติดและ สุขภาพจิต)	โครงการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชใน ชุมชน	เพื่อให้ชุมชนมีส่วน ร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจ ปัญหาสุขภาพจิต	ผู้ป่วยจิตเวช	อบรมพัฒนาศักยภาพ ให้ความรู้ แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้นำ ชุมชน/อสม/ในพื้นที่ตำบลหูลุบ
กลุ่มเสี่ยง/ป่วยด้าน สุขภาพจิตและยา เสพติด	โครงการเสริมพลัง ชุมชนเข้มแข็ง ป้องกันภัยยาเสพติด และช่วยเหลือผู้ป่วย จิตเวช	เพื่อสร้างกลไกการมี ส่วนร่วมในการลด ปัญหาการแพร่ระบาดของ ของยาเสพติดให้หมด สิ้นไปจากชุมชน	เครือข่าย สุขภาพตำบล หูลุบ	ประชุมให้ความรู้ความเข้าใจเรื่อง ยาเสพติดและผลกระทบจากยา เสพติด

จากตารางที่ 3 จะเห็นถึงการนำปัญหาสุขภาพที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALys) และ สาเหตุและปัจจัยปัญหาสุขภาพ DALys Factor ของตำบลหูลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ นำมาวางแผนแก้ไขปัญหาระบาดสุขในพื้นที่ ปี 2567

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพ เกี่ยวกับปีสุขภาวะที่สูญเสีย
(Disability adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ปีสุขภาวะ	2.91	0.24	4.25	0.18	47	-22.566	.000	-1.46638	-1.22633
แผน	2.98	0.30	4.21	0.19	47	-17.814	.000	-1.37377	-1.09498
รวม	2.94	0.20	4.23	0.13	47	-27.415	.000	-1.38505	-1.19568

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพ เกี่ยวกับปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนตาราง 7 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพ เกี่ยวกับปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ของตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าโรคที่ป่วยมากที่สุด คือ DM รองลงมาคือ CKD และ Stroke สอดคล้องกันกับการศึกษาของไพฑูริ อูไรชื่น อธิพัฒน์ สุทธิประภา.(2563)⁵ ได้ศึกษาผลของกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าโรคเบาหวานจัดเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยที่สุดควบคู่กับโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดผิดปกติ โรคนี้พบบ่อยมากกว่าร้อยละ 5.0 และการศึกษาของภิกษุภิญโญ ไคนุ่นนา พนม คลีฉายา อรุโณทัย วรรณถาวร.(2566)⁶ ได้ศึกษาเส้นทางการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยและข้อเสนอเชิงเนื้อหาในการพัฒนากลยุทธ์ การสื่อสารเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งพบว่า โรคเบาหวานยังคงเป็นโรคที่คนไทยป่วยมากที่สุดร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงแต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีเพียงร้อยละ 23.5 เท่านั้นที่ทราบว่าเป็นตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่ควรได้รับการรักษาและสามารถควบคุมอาการได้ ขณะที่ร้อยละ 43.1 ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว ดังนั้นจึงได้จัดทำแผนชุมชน ประกอบด้วย แผนระดับตำบล ได้แก่ โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โครงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน แผนระดับหมู่บ้าน ได้แก่โครงการแก้ไขปัญหาระดับหมู่บ้าน ยาเสพติดและStroke และทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพ เกี่ยวกับปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs)^{3,4,8} ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพ เกี่ยวกับปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มากกว่าก่อนการดำเนินงานสอดคล้องกันกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ประโยงค์ พิสมัย ไชยประสพ ตรุณี มั่นใจวงศ์.(2563)⁹ ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ

จังหวัดลำพูน ผลการนำรูปแบบไปใช้พบว่า เกิดเครือข่ายจิตอาสาที่สามารถบริหารจัดการพึ่งตนเองได้ เกิดทีมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้ ทักษะ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม จากผลการศึกษาพบจุดแข็งของรูปแบบด้านกลไกการขับเคลื่อนและการบริหารจัดการ และการจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการทำงานของจิตอาสา ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนจึงควรนำไปประยุกต์ใช้กับชุมชนอื่น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

การจัดทำ ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ในการจัดทำแผนชุมชนตำบลลลอบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of life Lost due to premature death : YLLs) วิเคราะห์ความสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability: YLDs) จัดทำ ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) และนำมาจัดทำแผนชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs) แยกเป็นรายเพศและกลุ่มอายุ นำเสนอแก่เครือข่ายสุขภาพต่อไปในระดับ การนำ DALYs Factor รายโรค ของตำบลลลอบไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อนำไปกำหนดเป็นแผนในการดำเนินงานชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ธนรัชต์ ผลิตพันธ์.(2564). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์ประเมินภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทย ชั้น 2 อาคารคลังพิสดู สุขย สาธารณสุข 6 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
2. BOD Thailand.(2566). การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted Life Year : DALY รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์ประเมินภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทย
3. World Health Organization. National burden of disease studies: a practical guide. edition 2.0. Geneva: World Health Organization; 2001.
4. ปัทมา ว่าพัฒนวศ์.(2556). อายุคาดเฉลี่ยที่ปรับด้วยสุขภาพ. ใน:สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, บรรณาธิการ. คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการดัชนีสุขภาพประชากรแบบองค์รวม. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข หน้า 57-70.
5. ไพฑูรย์ ไร่ชื่น ธีรพัฒน์ สุทธิประภา.(2563). ผลของกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 29 ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม 2563. 856-63
7. ภริกาญจน์ ไคนุ่นนา พนม คลี่ฉายา อรุณทัย วรรณถาวร.(2566). เส้นทางการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยและข้อเสนอเชิงเนื้อหาในการพัฒนากลยุทธ์ การสื่อสารเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2566 54-67
8. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร .(2559). ภาระโรค: ปีสุขภาวะที่สูญเสียและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพของประชากรไทย. 25(2) 342-50
9. จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ พิสมัย ไชยประสพ ตรุณี มั่นใจวงศ์.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 29 ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม 2563 803-12

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีน เข้ารับการคลอดในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of pregnant women who use amphetamines Receiving birth in a community hospital: Two case studies.

(Received: December 28,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

นิตยา พงษ์ดำ¹

Nittaya Phongdam¹

บทคัดย่อ

การศึกษารายกรณีครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับบริการคลอดในงานห้องคลอดโรงพยาบาลสหพันธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สังเกต ตรวจร่างกายและข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยแล้วนำมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล และสรุปผลการศึกษาเปรียบเทียบ 2 รายกรณี

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีน มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ทารกมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในขณะคลอด ทารกหลังคลอดมีความเสี่ยงต่ออาการนอนยา อาจหยุดหายใจหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งพยาบาลห้องคลอดได้ ซึ่งพยาบาลห้องคลอดได้ประเมินและคาดการณ์ความเสี่ยงและนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาและให้การดูแลรักษาได้อย่างทันทั่วทั้ง มีการเตรียมความพร้อมในการทำคลอดและเตรียมทีม อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ผลลัพธ์การพยาบาลขณะคลอดและหลังคลอด ผู้คลอดไม่มีอาการตกเลือดหลังคลอด ทารกไม่มีอาการนอนยา พบปัญหาน้ำหนักแรกเกิดน้อย 1 ราย ร่างกาย active ดี ทารกหลังคลอดทั้ง 2 รายได้งนมมารดาและให้นมผสมแทนไปจนผลตรวจ Urine amphetamine เป็นปกติ จึงให้ดูนมมารดาได้ มารดาหลังคลอดนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อเนื่องนาน 3 วัน จนตรวจไม่พบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ แพทย์จึงได้อนุญาตให้กลับบ้านได้

คำสำคัญ การใช้สารแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์, การพยาบาล

Abstract

The purpose of this case study was study the nursing care of two pregnant women who used amphetamine during pregnancy who received delivery services in the delivery room at Sahatsakhan Hospital. Data were collected through interviews, observation, physical examination and data from patient medical records and were analyzed. Define nursing diagnosis Provide nursing care according to the nursing process Evaluate nursing care and summarize the results of the comparative study of 2 cases.

The results of the study found that Pregnant women who use amphetamines are at higher risk of premature birth. Risk of postpartum hemorrhage Babies are more likely to suffer from hypoxia during birth and after birth. You may stop breathing or die. In this study When the delivery room nurse is notified from the screening point that a pregnant mother is in labor pains There is no preparation of blood compounds. resuscitation equipment and personnel trained in postpartum assessment of mothers and infants to prepare for the situation in a timely manner. Results of nursing care during delivery and after giving birth: no postpartum hemorrhage. The baby had no withdrawal symptoms. Found a problem of low birth weight. Strong, active body, able to suckle mother's milk after giving birth. The mother and baby were hospitalized after giving birth for 3 days and the doctor allowed them to go home.

Keywords: amphetamine use during pregnancy, Nursing

บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันพบมีผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกสูงมากขึ้น และคาดการณ์ว่าการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงการใช้สารเสพติด

เพิ่มขึ้น¹ นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มใช้สารแอมเฟตามีนเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก ซึ่งการใช้สารแอมเฟตามีนตั้งแต่อายุครรภ์น้อยหรือตลอดการตั้งครรภ์จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกเพิ่มมากขึ้น²

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องคลอดโรงพยาบาลสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

สารเสพติดแอมเฟตามีนส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีผลต่อการเคลื่อนไหว การทรงตัว การถ่ายทอดความรู้สึก ทำให้ตื่นตัว เคลิบเคลิ้ม ร่าเริง ไม่เหนื่อย ไม่ง่วง ตาแข็ง นอนไม่หลับกลายเป็นยาเพิ่มพลัง มีผลต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือดกระตุ้นหัวใจทำให้เกิดอาการใจสั่น การไหลเวียนเลือดล้มเหลว เจ็บหน้าอกกระทบต่อทางเดินหายใจ จังหวะการหายใจไม่ปกติ มีผลต่อระบบการเดินอาหาร ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่หิว คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียและส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศซึ่งเมื่อเสพ แอมเฟตามีนแล้วจะทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง ซึ่งการใช้สารแอมเฟตามีนเป็นประจำทุกวันในขนาดที่ไม่สูงมากจะทำให้ผู้ใช้รู้สึกสบายใจ กระปรี้กระเปร่า ไม่ง่วงเหงาหาวนอน แต่หากใช้เป็นประจำและในปริมาณที่มาก จะทำให้เกิดอันตรายเพราะเสมือนร่างกายจะถูกใช้งานหนัก ไม่มีเวลาพักผ่อน สุขภาพของผู้ใช้ยาจะทรุดโทรม และเมื่อมีการเพิ่มขนาดและความถี่ในการใช้ยามากขึ้น ที่สุดจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาท เกิดอาการทางจิต พฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางก้าวร้าว หงุดหงิด ขาดเหตุผลหลงผิด ประสาทหลอน ความจำเสื่อม กล้ามเนื้อกระตุก มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ถึงกับเพ้อคลั่งและหากใช้ในปริมาณที่สูงมากอาจทำให้ชักและหมดสติได้ การใช้ยาที่จะก่อให้เกิดการติดยา จะมีการใช้ยาเป็นประจำและต้องเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ ทั้งทางจิตใจและร่างกายการพึ่งพาทางจิต (Dependence) เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ทำให้ต้องการยาอยู่เรื่อยๆ เมื่อหยุดใช้ยาทันทีจะมีอาการขาดยา (Withdrawal) จะแสดงอาการอ่อนเพลียมาก ง่วงนอนจัด ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง หิวจัด ความคิดสับสนวุ่นวาย หงุดหงิด หลังจากหยุดยาอาจเกิดอาการถอนยา จะมีอาการซึมเศร้าถึงขั้นอยากฆ่าตัวตายได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการศึกษาการใช้สารแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การเสพสารแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์จะเพิ่มภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกเติบโตช้าในครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทำให้มีภาวะรกเสื่อมและมีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอดได้สูง³⁵

โรงพยาบาลสหพันธ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง จาก

สถิติหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการคลอด ในปี 2564-2566 จำนวน 84, 72 และ 75 รายตามลำดับ และพบหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีนเข้ารับบริการคลอด คิดเป็นร้อยละ 7.14, 2.77 และ 14.66 ตามลำดับ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาแอมเฟตามีนมีภาวะแทรกซ้อนที่มีการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย คิดเป็นร้อยละ 33.33, 100 และ 45.45 ตามลำดับ แต่ยังไม่พบมารดาตกเลือดหลังคลอด ไม่พบทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนหรือเสียชีวิตจากมารดาคลอดที่ใช้สารแอมเฟตามีน พบหญิงตั้งครรภ์บางรายต้องถูกส่งตัวไปรักษาต่อในโรงพยาบาลแม่ข่ายเนื่องจากมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และ Fetal Distress ด้วยข้อจำกัดโรงพยาบาลชุมชนไม่มีสูติแพทย์และกุมารแพทย์ ในบทบาทแพทย์และพยาบาลห้องคลอด ต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลและให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดที่ใช้สารแอมเฟตามีน ตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด หลังคลอดและทารกแรกเกิด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกในระยะยาวต่อไป ดังนั้นผู้ศึกษา จึงได้ทำการศึกษารายการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ ที่เข้ารับบริการคลอดในโรงพยาบาล จำนวน 2 ราย เพื่อวางแผนให้การพยาบาล และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับมารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีน เข้ารับบริการคลอดในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง: กรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีน ในการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์คลอดที่ใช้สารแอมเฟตามีนจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับบริการคลอดในโรงพยาบาลสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

ตารางเปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 16 ปี 2 เดือน อาชีพแม่บ้าน การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 รายได้ในครอบครัว/เดือน 5,000-8,000 บาท อาศัยอยู่กับสามีในอำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เข้ารับบริการในโรงพยาบาลวันที่ 2 ธันวาคม 2565 เวลา 08.59 น. จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 4 ธันวาคม 2565 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลาเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 3 วัน การวินิจฉัย Single spontaneous delivery with Amphetamine Use สภาพการจำหน่าย Delivery วิธีการจำหน่าย With Approval</p> <p>อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล: เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลเสพยาบ้า 2 เม็ด โดยวิธีสูดดมวัน 1 วัน ก่อนมา มีอาการเจ็บครรภ์ห่างๆ 4 ชั่วโมงก่อนมามีท้องป็นแข็ง เจ็บครรภ์ถี่และแรงขึ้นเรื่อยๆ มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ญาตินำตัวส่งโรงพยาบาล</p> <p>ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด: มารดา G1P0-0A0L0 อายุครรภ์ 37⁺¹ สัปดาห์ ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 13⁺⁴ สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลสหัสขันธ์ 2 ครั้ง ไม่มาฝากครรภ์ตามนัด ไตรมาสที่ 3 และโทรติดต่อไม่ได้ ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักครบ 3 ครั้ง น้ำหนักลดลงขณะตั้งครรภ์ 4</p> <p>ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์: Teenage pregnancy, BMI ต่ำ(16.81) ,Anemia , Amphetamine Use</p> <p>ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคทางพันธุกรรม ไม่สูบบุหรี่ ดื่มเบียร์เป็นครั้งคราว มีประวัติเสพยาบ้า โดยวิธีสูดดมวันมา 2 ปี เสพต่อเนื่องเรื่อยๆครั้งละ 1-2 เม็ดตลอดการตั้งครรภ์ และเสพครั้งสุดท้าย 2 วัน ก่อนการเจ็บครรภ์และมาโรงพยาบาล ประวัติครอบครัว: สามีอายุ 29 ปี มีอาชีพรับจ้าง เสพยาบ้ามาต่อเนื่องประมาณ 5 ปี มีญาติพี่น้องและบุคคลในครอบครัวร่วมเสพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Albumin negative, Sugar negative, Urine amphetamine positive, Hct ครั้งที่ 1และ2 30และ35 Vol% Blood gr. B Rh+ , MCV 78, DCIP positive, Typing EA, VDRL non-reactive, HBsAg negative, anti HIV non-reactive สามี ไม่ได้ตรวจเลือด</p> <p>แรกรับเวลา 08.50 น. ตรวจร่างกาย น้ำหนักตัว 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิกายแรกรับ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/65 มม.ปรอท ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Albumin negative, Sugar negative, Urine amphetamine positive ตรวจหน้าท้อง ระดับ Uterus : 34 cm, AC 88 Position : LOA, Contraction : Interval 3 นาที, Duration 40 วินาที, Presentation : Vertex , FHR : 150 ครั้ง/นาที, EFW : 3,000 gm. ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 10 cm. Eff 100% station +1 Membranes spontaneous rupture พบ Moderate meconium ได้รายงานแพทย์และมีคำสั่ง on O2 mask with bag 10 ลิตร/นาที ให้ RLS 1000 ml iv drip 100 ml/hr. ย้ายมารดาเข้าห้องคลอด ตามแพทย์เวรและเตรียมความพร้อมเครื่องมืออุปกรณ์และทีมในการกู้ชีพทารกแรกเกิด ส่วนทั้งปัสสาวะ มารดาแบ่ง</p>	<p>ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 26 ปี 9 เดือน อาชีพรับจ้าง การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 รายได้ในครอบครัว/เดือน 8,000 บาท อาศัยอยู่กับสามีในอำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เข้ารับบริการในโรงพยาบาล วันที่ 18 สิงหาคม 2566 เวลา 04.50 น. จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 20 สิงหาคม 2566 เวลา 16.00 น. รวมระยะเวลาเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 3 วัน การวินิจฉัย Single spontaneous delivery with Amphetamine สภาพการจำหน่าย Delivery วิธีการจำหน่าย With Approval</p> <p>อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล: เจ็บครรภ์ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 4 วันก่อนมาโรงพยาบาลเสพยาบ้า จำนวน 2 เม็ดโดยวิธีสูดดมวัน และ 4 ชั่วโมงก่อนมาเสพอีก 2 เม็ด แล้วมีอาการเจ็บครรภ์เป็นพักๆและเจ็บถี่ขึ้นเรื่อยๆ จึงมาโรงพยาบาล</p> <p>ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด: มารดา G2P1-0A0L1 Last PARA 6 ปี อายุครรภ์ 37⁺¹ สัปดาห์ ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 16⁺⁶ ที่โรงพยาบาลสหัสขันธ์ ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักครบ 3 ครั้งในครรภ์ก่อน ไม่มาฝากครรภ์ตามนัดและไตรมาสที่ 3 ไม่สามารถติดตามได้ น้ำหนักขึ้นขณะตั้งครรภ์ 5 กิโลกรัม</p> <p>ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์: Amphetamine use, R/O IUGR ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคทางพันธุกรรม มีประวัติเสพยาบ้ามา 5 ปี และครรภ์นี้เสพมาตลอดการตั้งครรภ์และเสพถี่ขึ้นก่อนเจ็บครรภ์คลอดในครั้งนี้ ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก ไม่สูบบุหรี่ ประวัติครอบครัว: สามีและบุคคลในครอบครัวเสพยาบ้า ดื่มเหล้า สูบบุหรี่</p> <p>ประวัติการคลอด: ครรภ์แรกคลอดปกติที่โรงพยาบาล</p> <p>กาฬสินธุ์ ควบคุมน้ำหนักทารก 2,700 กรัม แข็งแรงดี</p> <p>ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ: Albumin negative, Sugar negative, Urine amphetamine positive, Hct. ครั้งที่ 1 และ 2 36,42 vol% Blood gr. B Rh+ , MCV 93, DCIP negative, VDRL non-reactive , HBsAg negative, anti HIV non-reactive ผลตรวจเลือดสามี : MCV 94, DCIP negative, VDRL non-reactive, anti HIV non-reactive</p> <p>แรกรับเวลา 04.50 น. หญิงตั้งครรภ์มีท่าทางตื่นตัว ตาแข็ง อารมณ์ราบเรียบ ตรวจร่างกาย น้ำหนักตัว 61 กิโลกรัม ความสูง 167 เซนติเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/80 มม.ปรอท ตรวจหน้าท้อง ระดับ Uterus : 30 cm, AC 80, Position : LOA HE, Contraction : Interval 2 นาที 30 วินาที Duration 40 วินาที, FHR : 158 ครั้ง/นาที, EFW : 2,000 gm. ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 10 cm. Eff 100% station 0 Membranes intact รายงานแพทย์เวรทราบ เตรียมรับเด็กเนื่องจากประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ได้ 2,000 กรัม ให้ RLS 1000 ml iv drip 100 ml/hr. ย้ายมารดาเข้าห้องคลอด เจาะถุงน้ำ Clear เตรียมความพร้อมเครื่องมือ/อุปกรณ์ ทีม ในการกู้ชีพทารกแรกเกิด มารดาคลอดปกติทารกเกิดเวลา 05.38น. เพศชาย น้ำหนัก 2,150กรัม Apgar score 9/10/10 คะแนน ทารกแรกคลอดรอบศีรษะ 28 เซนติเมตร รอบอก 28 เซนติเมตร ตัวยาว 43 เซนติเมตร อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 150 ครั้ง/นาที หายใจ 50 ครั้ง/นาที</p>

<p>คลอดปกติ ทารกคลอดศีรษะพบสายสะดือพันคอแน่น 1 รอบ ดูแลตัดสายสะดือทำคลอดไหล่และลำตัว ทารกเกิดเวลา 09.20น. เพศหญิง แรกคลอดทารกหน้าและข แขนขาอเล็กน้อย ดูแลให้ความอบอุ่นและดูดสารคัดหลั่ง เช็ดตัวให้แห้งและกระตุ้นโดยการตีฝ่าเท้าเบาๆ ทารกร้องเสียงดัง ตัวแดงดี แขนขาอโตเต็มที น้ำหนักตัว 2,730 กรัม APGAR score 8/10/10 คะแนน น้ำหนักตัว 2,730 กรัม รอบศีรษะ 30 เซนติเมตร รอบอก 30 เซนติเมตร ตัวยาว 47 เซนติเมตร อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 150 ครั้ง/นาที หายใจ 50 ครั้ง/นาที ทารกหลังคลอด Active ดี มารดาคลอดฝีเย็บ RML Episiotomy ซ่อมแซมฝีเย็บด้วย Chromic catgut 2/0 รกคลอด Complete Total blood loss 250 ml หลังคลอดสัญญาณชีพ อุณหภูมิแกน 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/77 มม.ปรอท ให้ on RLS 1000 ml บวก Oxytocin 10 unit iv drip 120 ml/hr. มารดาหลังคลอดมดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่มีอาการถอนยา ทารกหลังคลอด Active ดี ไม่มีอาการถอนยา แพทย์ให้ทั้งนมมารดาให้ผสม 27 ml ทุก 3 ชั่วโมง x 8 ครั้ง</p> <p>วันที่ 3-4 ธันวาคม 2565 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่มีอาการถอนยา อ่อนเพลียเล็กน้อย ปวดแผลฝีเย็บเล็กน้อย แผลไม่บวม ไม่มี Hematoma น้ำคาวปลาสีแดงจางออก น้อยลง น้ำนมไหลดี สัญญาณชีพปกติ มารดาหลังคลอดผลตรวจ Urine amphetamine positive แพทย์ให้ทั้งนมมารดาให้ผสมแทนจนถึงวันที่ 4 ธันวาคม 2566 ตรวจ Urine amphetamine ปกติ แพทย์จึงอนุญาตให้นมบุตรได้ มารดาหลังคลอดได้รับการวางแผนครอบครัวโดยวิธีฝังยาคุมกำเนิด แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมวันนอนโรงพยาบาล 3 วัน</p> <p>ทารกหลังคลอด Active ดี ตาและสะดือไม่แฉะ ท้องไม่อืด ขับถ่ายได้ปกติ ตัวไม่เหลือง ดูคนนมมารดาได้ สัญญาณชีพปกติ ตรวจภาวะตัวเหลืองเมื่อครบ 48 ชั่วโมง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 10.6 mg/dl ตรวจ Urine amphetamine positive แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลต่อจนถึงวันที่ 8 ธันวาคม 2565 ตรวจ Urine amphetamine negative แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมวันนอนโรงพยาบาล 6 วัน</p> <p>ได้ส่งต่อปรึกษากับงานจิตเวชและยาเสพติด เพื่อประเมินสุขภาพจิตและให้การช่วยเหลือในการเลิกเสพยาอย่างถาวร ไม่กลับมาเสพยา ส่ง OSCC ประเมินความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร และส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อติดตามเยี่ยมหลังคลอดเป็นระยะและให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป</p>	<p>มารดา รกคลอด Complete Perineum: second degree tear ซ่อมแซมฝีเย็บด้วย Chromic catgut Total blood loss 200 ml ให้ RLS 1000 ml + Oxytocin 10 unit iv drip 120 ml/hr มารดาหลังคลอดมดลูกหดรัดตัวดี Normal bleeding per vagina หลังคลอดสัญญาณชีพ อุณหภูมิแกน 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 109/79 มม.ปรอท มารดาไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่มีอาการถอนยา ทารกหลังคลอด Active ดี ไม่มีอาการถอนยา</p> <p>วันที่ 19-20 สิงหาคม 2566 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่มีอาการถอนยา อ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่ปวดแผลฝีเย็บ น้ำคาวปลาสีแดงจางใส ออกน้อยลง น้ำนมไหลดี สัญญาณชีพปกติ มารดาหลังคลอดผลตรวจ Urine amphetamine positive แพทย์สั่งงดให้นมบุตร นมผสมแทน วันที่ 20 ธันวาคม 2566 ตรวจ Urine amphetamine ปกติ แพทย์จึงอนุญาตให้นมบุตรได้ และได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมวันนอนโรงพยาบาล 3 วัน</p> <p>ทารกหลังคลอด Active ดี ตาและสะดือไม่แฉะ ท้องไม่อืด ขับถ่ายได้ปกติ ตัวไม่เหลือง ดูคนนมมารดาได้ สัญญาณชีพปกติ ตรวจภาวะตัวเหลืองเมื่อครบ 48 ชั่วโมง ค่าตัวเหลืองเท่ากับ 8.1 mg/dl ตรวจ Urine amphetamine positive แพทย์จึงให้นอนโรงพยาบาลต่อจนถึงวันที่ 23 สิงหาคม 2566 ตรวจ Urine amphetamine negative แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมวันนอนโรงพยาบาล 5 วัน</p> <p>ได้ส่งต่อให้งานจิตเวชและยาเสพติด เพื่อประเมินสุขภาพจิตและให้การช่วยเหลือในการเลิกเสพยาอย่างถาวร ไม่กลับมาเสพยา ส่ง OSCC ประเมินความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร และส่งต่อไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อติดตามเยี่ยมหลังคลอดเป็นระยะและให้การช่วยเหลือต่อไป</p>
---	---

อภิปรายผล

ผู้คลอดทั้ง 2 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด อายุครรภ์ 37⁺¹ สัปดาห์ เท่ากัน มาโรงพยาบาลเมื่อปากมดลูกเปิดหมดแล้วทั้งสองราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือ 1) เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการใช้สารเสพติด แต่ผู้คลอดรายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นจากเป็นแม่วัยรุ่นอายุ 16 ปี และมีภาวะซีด ทำให้มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด

ได้มากกว่ารายที่ 2 2) เสี่ยงการขาดออกซิเจนในขณะแรกเกิด ซึ่งรายที่ 1 เสี่ยงจากมีซีเทาปนในน้ำคร่ำ ซึ่งบ่งบอกถึงทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดและถ่ายซีเทาตั้งแต่ก่อนคลอด ส่วนรายที่ 2 เสี่ยงจากทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์และทารกน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนในขณะแรกเกิดได้ทั้งสองราย 3) ทารกหลังคลอดเสี่ยงต่อภาวะถอนยา เนื่องจากมารดามีการเสพยาแอมเฟตามีนต่อเนื่องตลอดการ

ตั้งครรภ์ และทั้ง 2 รายมาโรงพยาบาลเมื่อปากมดลูกเปิดหมดแล้ว ในสถานการณ์ที่รับตัวนพยาบาลห้องคลอดต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินและคาดการณ์ภาวะเสี่ยง เพื่อเตรียมพร้อมในการแก้ไขปัญหาต่างๆให้ได้อย่างทันที่ ทลอดจนการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกหลังคลอดอย่างใกล้ชิด จึงทำให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งสองรายมีการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบโดยการมีส่วนร่วมการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ งานสุขภาพและยาเสพติด โดยประเมินภาวะสุขภาพจิตและวางแผนดูแลเข้าสู่กระบวนการเลิกยาเสพติด มีการส่งต่อติดตามเยี่ยมในชุมชนเพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การพยาบาลผู้คลอดที่ใช้สารเสพติด พยาบาลห้องคลอดจะต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินมารดาทั้งระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและหลัง และให้การพยาบาลตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาล และติดตามประเมินอาการผิดปกติต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้ความรู้และเสริมพลังให้มารดาหลังคลอดเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและบุตร และดูแลให้ทารกมีพัฒนาการตามวัยที่เหมาะสม ส่งผลให้มารดาเกิดความ

มั่นใจในการดูแลตนเองและบุตรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านต่อไป

2. ต้องมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลมารดาที่ใช้สารเสพติด ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดที่ชัดเจน มีการวางแผนการจำหน่ายอย่างเป็นระบบโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ มีการส่งต่อข้อมูลและติดตามเยี่ยมหลังคลอด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3. กระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะได้มีการวางแผนการคลอดที่ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละราย เนื่องจากพื้นฐานครอบครัวและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องไม่เหมือนกัน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในแนวทางการดูแลรักษา เพราะส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มักจะปกปิดข้อมูล เนื่องจากมีความวิตกกังวลกลัวความผิดทางกฎหมาย ซึ่งจะทำให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ไม่มารับบริการฝากครรภ์หรือไม่มาฝากครรภ์ตามนัด และมักจะมาคลอดในเวลาที่ถูกเงินและเร่งด่วน ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยของมารดาและทารก

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Synthetic Drugs in East and Southeast Asia Latest Developments and Challenges 2021 [Cited 2022 Dec 25]. Available from: https://www.unodc.org/roseap/uploads/documents/Publications/2021/Synthetic_Drugs_in_East_and_Southeast_Asia_2021.pdf
2. Thamkhantho M, Obstetric Outcomes of Amphetamine Misapplication duration Pregnancy. J Med Assoc Thai 2018; 101: 1680-5.
3. มานัส โภธารณ. เสพยาขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตทั้งแม่และเด็ก. วันที่สืบค้น 25 สิงหาคม 2565. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/?p=234832>
4. World Health Organization, WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2012
5. อติศักดิ์ ไวเขตการณ์.(2564) ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพยาเสพติด มีนระหว่างตั้งครรภ์,วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) พ.ศ.2564.
6. งานเวชสถิติ โรงพยาบาลสหัสขันธ์, สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสหัสขันธ์ ประจำปี 2564-2566.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of nursing guidelines for patients with Acute Coronary Syndrome
Emergency department, Nakhu Hospital, Kalasin Province.

(Received: December 29,2023 ; Revised: December 29,2023 ; Accepted: December 30,2023)

บุษดี ชันมะจันทร์¹

Bootsadee Kanmajane¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2566 จำนวน 12 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ กระบวนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน, แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเฉพาะราย, แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน, แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Dependent t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระยะที่ 2 มีการปรับลดขั้นตอนและเปลี่ยนระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ซึ่งมีระยะทางและใช้เวลาการเดินทางเร็วกว่า พยาบาลแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินมีคะแนนความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ก่อนและหลังดำเนินการโดยภาพรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = \text{value} < .001$) ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงขึ้นใหม่ทั้งหมดจำนวน 9 ราย ได้รับการประเมิน คัดกรอง และวินิจฉัยจากแพทย์ในช่วงเวลาที่ 1-10 นาทีหลังจากรับผู้ป่วยร้อยละ 100 โดยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วย STMEMI ร้อยละ 66.66 และ NSTEMI ร้อยละ 33.33 และส่งต่อไปโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) ร้อยละ 100

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ABSTRACT

This research and development study aimed to formulate nursing practice guidelines for patients with acute coronary artery disease (ACAD) in the Accident and Emergency Department of Nakhu Hospital, Kalasin Province. Conducted over 12 months from October 2022 to September 2023, the study focused on a purposive sample of 12 nurses from the department. Utilizing tools such as the development process for ACAD nursing guidelines, patient care recording forms, nursing practice recording forms, and a questionnaire gauging nurses' opinions on the guidelines, the data were subjected to content analysis, descriptive statistics, and inferential statistics, including a dependent t-test.

The findings revealed a significant advancement in ACAD nursing guidelines during the second stage, involving streamlined procedures and a modified referral system to Sakon Nakhon Center Hospital. Emergency department nurses displayed notable improvements in their opinions regarding the feasibility of adhering to the new guidelines, with statistically significant differences observed before and after

¹ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

implementation ($p < .001$). The enhanced guidelines facilitated prompt and accurate patient care, leading to a 100% diagnosis rate within 1-10 minutes of admission. Specifically, 66.66% of cases were diagnosed with ST-EMI and 33.33% with NSTEMI, resulting in timely referrals for Primary PCI within 120 minutes of STEMI diagnosis.

Keyword: Development of nursing practice guidelines, Patients with acute coronary syndrome

บทนำ

กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) เป็นภาวะวิกฤตของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลันทำให้เกิดกลุ่มอาการตั้งแต่ ภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina), Non-ST elevated MI จนถึงภาวะ STEMI ซึ่งเป็นภาวะที่รุนแรงที่สุดหากรักษาไม่ทัน บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดไหลเวียนจะเกิดการบาดเจ็บ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และเสียชีวิตในที่สุด¹⁻² จากการทบทวนข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นสาเหตุให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ <70 ปี) โดยพบในประชากรชายมากกว่าประชากรหญิงและพบในประเทศที่มีรายได้ต่ำน้อยกว่าประเทศที่มีรายได้สูง³ สำหรับประเทศไทยระหว่างปีพ.ศ. 2560-2564 พบอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างคงที่ ซึ่งอยู่ระหว่าง 31.36 ถึง 33.54 รายต่อประชากรแสนคน ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมที่ประเมินค่ามิได้⁴

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นการทำงานแข่งกับเวลาเพื่อลดความสูญเสียของกล้ามเนื้อหัวใจและโอกาสการเสียชีวิต จึงจำเป็นต้องมีความแม่นยำและรวดเร็วตั้งแต่การประเมินอาการเมื่อแรกพบ การวินิจฉัยแยกโรค การดูแลรักษาตามรูปแบบการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด จนถึงการส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่าเข้าสู่ภาวะ STEMI ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพทำหัตถการขยายหลอดเลือดที่เรียกว่า percutaneous coronary intervention (PCI) เพราะถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา

เข้ายังมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น⁵ ดังนั้นหน่วยงานจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติสามารถตัดสินใจเลือกใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน เช่นการศึกษาของเยาวชนเรศ บุญทองใหม่, เพ็ญศรี จาบประไพ, สายรุ้ง งามอาจทวีชัยพบว่า การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วยให้พยาบาลมีมาตรฐานและปรับวิธีการปฏิบัติการพยาบาล ได้สอดคล้องกับสถานการณ์และเป้าหมายการรักษา ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่เหมาะสม⁶ และการศึกษาของจุลินทร ศรีโพนทัน และคณะพบว่า การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยก ในบริบทโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะนำส่งและการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้⁷ เป็นต้น

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI มีความสำคัญอย่างมากในการตัดสินใจทางการพยาบาล เนื่องจากเป็นเครื่องมือนำทางในการปฏิบัติที่ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกพบจนถึงการส่งต่ออย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางประสานงานในรูปแบบของสหวิชาชีพ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาให้มีความยืดหยุ่น ทันสมัย สอดคล้องกับบริบทและบ่งชี้แนวทางในประเด็นที่เฉพาะเจาะจงโดยผ่านการทบทวนอย่างเป็นระบบเริ่มจากการค้นหาปัญหาเชิง

คลินิก การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง การทดลองใช้ การประเมินผลการใช้และการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ^๑ ทั้งนี้การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้นั้นผู้ปฏิบัติต้องคำนึงถึงความหลากหลายของลักษณะทางคลินิกและปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย ตระหนักถึงประสิทธิผล ความปลอดภัยร่วมกับความคุ้มค่า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ^๒ ดังนั้นหน่วยงานต้องมีการพัฒนาและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัตินำไปใช้ได้ถูกต้อง สม่าเสมอ รวมถึงมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลนาคูเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ขนาด 30 เตียง ระหว่างปี 2561-2565 พบผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 29, 19, 6, 12 และ 13 รายตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ 2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละ 76.92 ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทั้งหมด ปัญหาที่พบในการดำเนินงานได้แก่ ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดล่าช้ากว่า 30 นาที และการส่งต่อผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการได้ทันเวลาเนื่องจากต้องใช้เวลาดำเนินการมากกว่า 2 ชั่วโมง จากการทบทวนปัญหาความล่าช้าที่เกิดขึ้นในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยหลายรายมีลักษณะอาการที่ไม่ชัดเจนทำให้วินิจฉัยไม่ได้หรือล่าช้า และบางรายต้องวินิจฉัยแยกจากโรคอื่นที่คล้ายกันจึงต้องส่งตรวจเลือดหรือตรวจพิเศษเพิ่มเติม นอกจากนี้การเลือกวิธีรักษาให้ทันเวลาและเหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่จะลดการสูญเสียกล้ามเนื้อหัวใจและเกิดความคุ้มค่าในการรักษา ซึ่งเมื่อวินิจฉัยได้ต้องรีบประเมินภาวะแทรกซ้อน จัดระดับความเสี่ยง ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว และการทำงานเป็นทีม ดังนั้นการใช้แนวเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานทางวิชาการรองรับร่วมกันจึงเป็นสิ่งจำเป็น

จากประเด็นที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานสำหรับพยาบาลและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนาคู โดยมุ่งหวังว่าจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการบริการทางการพยาบาลให้สามารถลดการสูญเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในพื้นที่ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการพัฒนา
3. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง เดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2566 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงาน
โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัด
กาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือน
กันยายน 2566 จำนวน 12 คน โดยเลือกกลุ่ม
ตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การ
พัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ประกอบด้วย 1) การ
วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
เฉียบพลัน 2) การกำหนดแนวทางปฏิบัติทางการ
พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 3)
การประเมินและเตรียมความพร้อมในการ
ดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 4) การ
ดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ระยะที่ 1 5)
การทบทวนและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทางการ
พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 6)
ดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ปรับปรุง 7)
ประเมินและสรุปถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
หัวใจเฉียบพลันเฉพาะราย

2.2 แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ
ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
เฉียบพลัน

2.3 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล
ต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
หัวใจเฉียบพลัน

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของ
พยาบาลต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบ
ความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้
ศึกษาร่างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและ
แก้ไข 3 ท่าน แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่
เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้
แบบสอบถามมีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำ
แบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้อง
จากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของ
เครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับ
ประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อ
หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มากกว่า 0.83
รายการ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยใน
ระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลนาคู ตั้งแต่
ปีงบประมาณ 2561-2565 รวมถึงทบทวนแนว
ปฏิบัติเดิมและสนทนากลุ่มกับทีมงานแพทย์และ
พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มา
กำหนดปัญหา วัตถุประสงค์การพัฒนา

3. ทบทวนวรรณกรรมด้วยการสืบค้นจาก
หลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิด (Soukup,
2000) จัดระดับความน่าเชื่อถือตามแนวทางของ
สถาบันโจ แอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs
Institute)

4. จัดประชุมระดมความคิดเห็นจากทีมพยาบาล
ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินร่วมกับแพทย์ประจำ
เพื่อสะท้อนข้อมูลสถานการณ์ หลักฐานเชิง
ประจักษ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรค
และโอกาสพัฒนา รวมถึงกำหนดกิจกรรมปฏิบัติ
ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
เฉียบพลัน ในแต่ละขั้นตอนตั้งแต่แรกรับจนถึงส่งต่อ
ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลปลายทางและจัดทำร่างแนว
ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
เฉียบพลัน

5. ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ PCT
อายุรกรรมปรับปรุงแก้ไขร่างแนวปฏิบัติการ
พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และ
พิจารณาอนุมัติ

6. ประเมินและเตรียมความพร้อมในการ
ดำเนินงานตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

7. ดำเนินงานตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แผนก
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัด
กาฬสินธุ์ ระยะที่ 1

8. ทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัด
กาฬสินธุ์

9. ดำเนินงานตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แผนก
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัด
กาฬสินธุ์ ระยะที่ 2

10. ประเมินและสรุปถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรม
สำเร็จรูปในการคำนวณสถิติ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล
ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)
ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency
Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย
เลขคณิต (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดย
กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ในส่วนการวิเคราะห์
ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา
(Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยทำ
หนังสือขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

เพื่อขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้รับการ
อนุมัติ ผู้เข้าร่วมโครงการมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือยุติการ
เข้าร่วมโครงการ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มี
ผลกระทบใด ๆ การรายงานและนำเสนอข้อมูลจะ
แสดงในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMIฯ
และทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนก
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัด
กาฬสินธุ์ ซึ่งผู้วิจัย ทีมงานแพทย์ และพยาบาล
วิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมกันพิจารณา
หลักฐานเชิงประจักษ์ และประสานงานกับ
โรงพยาบาลหลักที่รับผู้ป่วย เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติ
ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
เฉียบพลันชนิด STEMIฯ สรุปได้ดังนี้

1.1 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMIฯ ที่
พัฒนาในระยะที่ 1 ซึ่งแบ่งตามกรอบเวลา
ดำเนินการ ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน คัดกรอง
และวินิจฉัยจากแพทย์ในช่วงเวลาที่ 1-10 นาที
หลังจากรับผู้ป่วย โดยมีพยาบาลหัวหน้าเวร
ดำเนินการประเมินคัดกรองอาการแน่นหน้าอกตาม
แนวทาง ถ้าอาการเข้าได้กับ ACS สั่งการให้
พยาบาลผู้ปฏิบัติคนที่ 1 ดำเนินการทำ EKG 12
lead, ให้ ASA 300 mg 1 tab เคี้ยว stat , ISDN
(5) 1 tab SL, จัดท่า 15 – 30 องศา, จัดการ O2
canular 4 LMP ถ้า O2 sat <90% , เตรียม On
heparin lock ที่แขนซ้าย (ใช้ Medi cut NO. 20,
18) เก็บเลือดไว้ 3 tube และพยาบาลผู้ปฏิบัติคนที่
2 ดำเนินการประเมิน V/S, O2 sat, บันทึก Record
V/S, PS, O2 sat ทุก 10 นาที และติด Defibs
Monitor EKG

ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลก่อนให้ยา
ละลายลิ่มเลือดหลังจากได้รับการวินิจฉัยใน
ช่วงเวลาที่ 11-30 นาที พยาบาลหัวหน้าเวรสั่งการ

และกำกับดูแลรักษาเบื้องต้นตามคำสั่งแพทย์, ตรวจสอบข้อบ่งชี้/ข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดเบื้องต้น แจ้งให้แพทย์ทราบ, ทบทวนและรับคำสั่งการใช้ยา, อธิบายญาติเข้าใจ กรณีที่ญาติยังคงวล, ให้ผู้ป่วย/ญาติเซ็นใบยินยอม, Double Check ยา SK และกำกับพยาบาลผู้ปฏิบัติการ 1 ดำเนินการให้ยา, รับคำสั่งการใช้ยา SK, เปิดเส้นให้ 0.9%NSS ที่ขา, เตรียมยา SK (ใช้ยา Stock และ Double Check ยา SK ร่วมกับหัวหน้าเวร), ให้ยาตามแนวทางปฏิบัติ, บันทึกการให้ยา, เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม และพยาบาลผู้ปฏิบัติการที่ 2 บันทึก V/S , PS , O2 sat ทุก 10 นาที, ติด Defibs Monitor EKG และช่วยหัวหน้าเวร ส่ง Line ตาม Lab

ขั้นตอนที่ 3 การพยาบาลขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่ 31-90 นาที ในกรณีที่ผู้ป่วยรับยาละลายลิ่มเลือด พยาบาลหัวหน้าเวรกำกับ ติดตาม การให้ยา, อาการ, V/S, อาการแทรกซ้อนตลอดการให้ยา รายงานแพทย์เมื่อมีอาการแทรกซ้อนทันที พยาบาลผู้ปฏิบัติ 1 บันทึกอาการ V/S อาการแทรกซ้อนตลอดการให้ยา แจ้งหัวหน้าเวรเมื่อมีอาการผิดปกติ

ขั้นตอนที่ 4 การพยาบาลก่อนส่งต่อผู้ป่วยในเวลาที่ 91-110 นาที พยาบาลหัวหน้าเวรกำกับให้พยาบาลผู้ปฏิบัติ 1 ดำเนินการทำ EKG นำส่ง CXR หลังให้ยาเสร็จ, ติดตามเฝ้าระวังอาการ, บันทึกผล V/S , PS , O2 sat อาการแพ้ยา ผลข้างเคียงทุก 10 นาที จน Refer และ Observe ST elevate , arrythmia รายงานหัวหน้าเวรกรณีผิดปกติ พยาบาลผู้ปฏิบัติ 2 ตามทีม Refer ประกอบด้วย พยาบาล 2 คน (พยาบาล ER 1 คน) และประสานรถ Refer

ขั้นตอนที่ 6 การพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น หัวหน้าพยาบาลเวรจัดเตรียมข้อมูลและประสาน รพ. ภาพสินธุ์ และขอเบอร์อาจารย์ Staff Med ที่อยู่เวร

รพ. ภาพสินธุ์ และ Consult ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

1.2 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่พัฒนาในระยะที่ 2 มีการปรับลดขั้นตอนและเปลี่ยนระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์สกลนครดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน คัดกรองและวินิจฉัยจากแพทย์ในช่วงเวลาที่ 1-10 นาที หลังจากรับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลก่อนส่งต่อ หลังจากได้รับการวินิจฉัยในช่วงเวลาที่ 11-30 นาที พยาบาลหัวหน้าเวรสั่งการและกำกับดูแลรักษาเบื้องต้นตามคำสั่งแพทย์ และสั่งการพยาบาลผู้ปฏิบัติการที่ 1 บันทึก V/S , PS , O2 sat ทุก 10 นาที, ติด Defibs Monitor EKG และช่วยหัวหน้าเวร ส่ง Line ตาม Lab

ขั้นตอนที่ 3 การพยาบาลก่อนส่งต่อผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ 31- 50 นาที โดยพยาบาลหัวหน้าเวรช่วยแพทย์เวรประสาน Consult Cardiologist รพ. สกลนคร Line : Cardiomed โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร พยาบาลผู้ปฏิบัติ 2 ตามทีม Refer ประกอบด้วย พยาบาล 2 คน (พยาบาล ER 1 คน) และประสานรถ Refer

ขั้นตอนที่ 4 การพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์สกลนครในช่วงเวลาที่ 51- 120 นาที พยาบาลผู้ปฏิบัติ 1 ประสานศูนย์ส่งต่อและประสาน CATH Lab พยาบาลผู้ปฏิบัติ 2 จัดเตรียมผู้ป่วยตามแนวทางการปฏิบัติก่อนส่งต่อพยาบาลหัวหน้าเวรประสานรับข้อมูลการส่งต่อและบันทึกในระบบ Program Thai ACS registry

2. ความคิดเห็นของพยาบาลแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ก่อนและหลังดำเนินการ

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติ dependent t test (n=13)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
1.การประเมิน คัดกรอง และสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์	2.88	0.366	3.75	0.284	11	-16.91	.000	-0.979	-0.754
2.การพยาบาลก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังจากได้รับการวินิจฉัย	2.90	0.149	3.79	0.123	11	-23.84	.000	-0.977	-0.812
3.การพยาบาลขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีหลังได้รับยา	2.90	0.345	3.83	0.289	11	-28.72	.000	-1.009	-0.866
4.การพยาบาลก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลปลายทาง	2.85	0.156	3.81	0.177	11	-51.49	.000	-1.005	-0.923
5.การพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลปลายทาง	2.83	0.246	3.81	0.264	11	-47.00	.000	-1.025	-0.933
รวม	2.87	0.135	3.80	0.124	11	-49.93	.000	-0.966	-0.884

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ก่อนและหลังดำเนินการพบว่า พยาบาลแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินมีคะแนนความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ก่อนและหลังดำเนินการโดยภาพรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = \text{value} < .001$)

3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดจากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระยะที่ 2 ไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทันทีทั้งหมดจำนวน 9 ราย ได้รับการประเมิน คัดกรอง และวินิจฉัยจากแพทย์ในช่วงเวลาที่ 1-10 นาทีหลังจากรับผู้ป่วยร้อยละ 100 โดยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วย STEMI ร้อยละ 66.66 และ NSTEMI ร้อยละ 33.33 และส่งต่อไป

โรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) ร้อยละ 100

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการปรับลดขั้นตอนและเปลี่ยนระบบการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการรักษาที่ได้มาตรฐาน และทันเวลา โดยไม่ยึดติดกับเขตการบริการแต่ยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งผู้วิจัย ทีมงานแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร่วมกันพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์ และประสานงานกับโรงพยาบาลหลักที่รับผู้ป่วย โดยการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 2) การกำหนดแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 3)

การประเมินและเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 4) การดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ระยะที่ 1 5) การทบทวนและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 6) การดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ปรับปรุง 7) ประเมินและสรุปถอดบทเรียน ส่งให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีคะแนนความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ก่อนและหลังดำเนินการโดยภาพรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = \text{value} < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติญาภรณ์ พันวิไล และคณะ¹ พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) ด้วยการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับมาก¹

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน คัดกรอง และวินิจฉัยจากแพทย์ในช่วงเวลาที่ 1-10 นาที หลังจากรับผู้ป่วย, ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลก่อนส่งต่อหลังจากได้รับการวินิจฉัยในช่วงเวลาที่ 11-30 นาที, ขั้นตอนที่ 3 การพยาบาลก่อนส่งต่อผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ 31- 50 นาที และขั้นตอนที่ 4 การพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์ สกลนครภายใน 51-120 นาที ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรอง และวินิจฉัยจากแพทย์ในช่วงเวลาที่ 1-10 นาทีหลังจากรับผู้ป่วยร้อยละ 100

และส่งต่อไปโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวเรศ บุญทองใหม่ และคณะ (2565)² พบว่า การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระพุทธบาท ส่งผลให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (door to EKG time) < 10 นาที เท่ากับร้อยละ 85², การศึกษาของ นิตยา ชนงอก (2561)³ พบว่า การทำงานร่วมกันเป็นทีมทั้งแพทย์พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเกิดโรค³ และการศึกษาของ รัชณี ผิวม่วง และคณะ (2564)⁴ พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มุ่งเน้นให้พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการประเมินอาการและอาการแสดงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้การพยาบาลได้ถูกต้องรวดเร็วและทันเวลา นอกจากนี้ได้มีการจัดรวบรวมส่วนต่างๆ ไว้เป็นระบบที่ครอบคลุมการพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิก และใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ⁴

งานวิจัยนี้เน้นย้ำถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยนำเสนอแนวทางที่เป็นระบบในการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลกระทบเชิงบวกต่อเวลาการวินิจฉัยและขั้นตอนการส่งต่อเน้นถึงประโยชน์ที่เป็นไปได้สำหรับผลลัพธ์ของผู้ป่วยและการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารของโรงพยาบาล ควรมีนโยบายสนับสนุนให้นำไปใช้ใน งานประจำของโรงพยาบาล โดยการพัฒนาความรู้ และทักษะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์กับผู้รับบริการตาม เป้าหมายของโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่ความเป็น เลิศของการให้บริการในผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจเฉียบพลันต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาว เพิ่มขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาแนว ปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย และความคุ้มค่าในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา ยังโรงพยาบาลที่ต่างกัน

2.3 ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนว ปฏิบัติทางการพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติญาณภรณ์ พันวิไล, อรุณช อุทัยกุล, ฆมลวรรณ ยอดกลกิจ และวุฒิชัย แสงประกาย. การพัฒนาและผล การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการ ผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR). วารสารการพยาบาล. 2563: 22(2); 58-70.
2. ยาวเรศ บุญทองใหม่และคณะ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2565:35(2); 50-64.
3. นิตยา ชนะกอก. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในโรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2561:11(2); 37- 43.
4. รัชณี ผิวผ่อง, ธัญสุดา ปลงรัมย์ และวิไลวรรณ เกาศรี. (2564). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์,30(2), 28-38.
3. ยาวเรศ บุญทองใหม่และคณะ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2565;35(2): 50-64.

ผลการใช้รูปแบบ “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี อำเภอราศีไศล

The effect of using the pattern “Invite you not to get pregnant again” to prevent
re – pregnancies in younger woman 20 years, Rasi Salai Distric.

(Received: December 30,2023 ; Revised: December 30,2023 ; Accepted: December 31,2023)

นีรนุช จิรานันท์สิริ¹
Neeranuch Jiranansiri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบ “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี อำเภอราศีไศล ศึกษาจำนวน 2 รอบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำตามมาตรฐาน กลุ่มทดลองได้รับการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่า CVI เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square, Mann-whitney U test, Wilcoxon signed-rank test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองที่รับบริการตามโปรแกรม กับกลุ่มควบคุมที่เข้ารับบริการตามมาตรฐานเดิม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองที่รับบริการตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น คุมกำเนิดหลังคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้ารับบริการตามมาตรฐานเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะ ควรนำรูปแบบ “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่พัฒนาขึ้น ร่วมกับการรับรู้การส่งเสริมสุขภาพไปใช้ เนื่องจากสามารถเพิ่มการคุมกำเนิดหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นได้

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น, การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ, รูปแบบ

Abstract

This research It is action research. To study the results of using the model “Invite your child not to get pregnant again” to prevent repeat pregnancy in women younger than 20 years of age, Rasi Salai District. The study was conducted in 2 rounds by applying the theory of health belief model. It is used to prevent repeated pregnancy in teenagers. The sample group was divided into an experimental group of 20 people, a control group of 20 people. Purposive sampling was used, with the control group receiving standard repeat pregnancy prevention services. The experimental group received services to prevent repeated pregnancy according to the developed model. Data were collected using a questionnaire with a CVI value of 1. Data were analyzed using descriptive, Chi-square test, Mann-whitney U test, Wilcoxon signed-rank test, and content analysis.

The results of the study found that awareness of health promotion to prevent repeat pregnancy among teenagers. There was a statistically significant difference between the experimental group that received services according to the program and the control group that received services according to the original standards. Perception of health promotion to prevent repeat pregnancy in teenagers was significantly related to postpartum contraception use. The experimental group receiving services according to the developed program for postpartum birth control was significantly more than the control group

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

receiving services according to the original standards. Suggestions: The "Encourage your younger sibling not to get pregnant again" model to prevent repeated pregnancies in women under 20 years of age, developed together with awareness of health promotion, should be applied. This is because birth control can be added after giving birth to prevent repeat teenage pregnancies.

Keywords: Repeated teenage pregnancy, Prevention of repeated teenage pregnancy, Program.

บทนำ

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น (Rapid Repeat Teenage Pregnancy) คือการที่หญิงวัยรุ่น (อายุ 10 - 19 ปี) ตั้งครรภ์ใหม่ภายใน 24 เดือนหลังจากคลอดบุตรคนก่อน¹ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ จากรายงานของสถานการณ์องค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2019 พบวัยรุ่นตั้งครรภ์มากในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยประมาณร้อยละ 50 เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 55 ของการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ สิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยวิธีการทำแท้ง อัตราการคลอดของวัยรุ่นทั่วโลก ปี ค.ศ. 2022 พบประมาณ 1.5 ต่อพันการคลอดของการคลอดทั้งหมด โดยมีอัตราการเกิดที่สูงในแอฟริกาตอนใต้ทะเลทรายซาฮารา และลาตินอเมริกาและแคริบเบียน² สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 พบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นช่วงอายุ 15-19 ปี 21.55 ต่อพันการเกิดมีชีพของการคลอดทั้งหมด (ค่าเป้าหมายไม่เกิน 20 ต่อพันการเกิดมีชีพ) จังหวัดศรีสะเกษพบ 17.98 ต่อพันการเกิดมีชีพ³ โรงพยาบาลราชสีห์พบ 23.55 ต่อพันการเกิดมีชีพ³ ซึ่งสูงกว่าค่ากลางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จากสถิติที่สูงมากกว่าค่าเป้าหมาย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก

ปัญหาที่เกิดจากการตั้งครรภ์วัยรุ่นจะรุนแรงมากขึ้น หากการตั้งครรภ์นั้นเกิดขึ้นซ้ำหรือเรียกว่า การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น (Repeat Teenage Pregnancy) ซึ่งการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอาจเกิดได้ทั้งในกรณีที่ตั้งใจให้ตั้งครรภ์ซ้ำ (Intended repeat teenage pregnancy) หรือไม่ได้ตั้งใจให้ตั้งครรภ์ซ้ำ (Unintended repeat

teenage pregnancy) อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ซ้ำที่ตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม ล้วนก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของวัยรุ่นและทารก พบภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ทารกในครรภ์มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พิการแต่กำเนิด การเสียชีวิตเฉียบพลันในทารก มีความเสี่ยงต่อการตายปริกำเนิดเป็น 3 เท่า การคลอดก่อนกำหนด และการตายของทารกแรกเกิด⁴ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ซ้ำเกิดขึ้นเร็วภายในระยะเวลา 2 ปี (Rapid repeated teenage pregnancy: RRTP) จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี พบร้อยละ 14.29 และอำเภอราชสีห์พบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นร้อยละ 12.7³ จากปัญหาและผลกระทบที่ตามมา กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว โดยพยายามที่จะลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นด้วยวิธีการต่าง ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น พบว่ามีสาเหตุ 2 ประเด็น ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวของมารดาวัยรุ่นเอง เช่น การขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง ขาดความตระหนักในการคุมกำเนิด และต้องการพึ่งพิงสามีด้านเศรษฐกิจการไม่ได้ตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำ และปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว การได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและญาติ และการไม่ได้รับบริการคุมกำเนิดในช่วงเวลาที่เหมาะสม การไม่ได้รับบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นที่มีประวัติการตั้งครรภ์ปกติจะมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำ

มากกว่าผู้มีประวัติการตั้งครรภ์ผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด 56.1 เท่า วิจัยรุ่นที่มีประวัติไม่ได้คุมกำเนิดมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำมากกว่าเป็น 3.8 เท่าของวิจัยรุ่นที่มีประวัติการคุมกำเนิดสม่ำเสมอ⁶ มีสามมีแหล่งสนับสนุนทางการเงินมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ 8.088 เท่า (95%CI = 3.711-17.630) การอยู่อาศัยกับสามีก่อนตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ 2.406 เท่า (95%CI = 1.270-4.561) สถานภาพสมรสถ้าแต่งงานใหม่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ 3.446 เท่า (95%CI = 1.310-9.016) การคุมกำเนิดถ้าไม่คุมกำเนิดหรือคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอมีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ 3.74 เท่า (95%CI = 1.937-7.217)⁷ จะพบว่าการตั้งครรภ์ซ้ำในวิจัยรุ่น มีปัจจัยที่ความสัมพันธ์ที่ส่งผลให้เกิดหลายปัจจัย ซึ่งแต่ละปัจจัยมีการป้องกันแก้ไขที่แตกต่างกัน การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวิจัยรุ่นจึงมีความหลากหลายตามบริบทของแต่ละพื้นที่

สำหรับประเทศไทยได้มีนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวิจัยรุ่น โดยจัดให้มีบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในโรงพยาบาลทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ และมีแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวิจัยรุ่นมีดังนี้ 1) วิเคราะห์ปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม ร่วมวางแผนการแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของมารดาวิจัยรุ่นและครอบครัว 2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับ มารดาวิจัยรุ่นและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 3) ส่งเสริมการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ โดยส่งเสริมการให้บริการคุมกำเนิดทันทีหลังคลอด หรือก่อนจำหน่ายมารดาหลังคลอดออกจากโรงพยาบาล 4) การให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิด 5) การให้ความรู้ ควรมีการให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ เช่น วิธีการคุมกำเนิด ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ การสร้างแรงจูงใจ 6) จัดหาเวชภัณฑ์ที่จำเป็นให้ครอบคลุม และ

เพียงพอต่อความต้องการ 7) ด้านการพัฒนากำลังคน ควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะในการให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรแก่เจ้าหน้าที่ ซึ่งการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวิจัยรุ่นไม่มีวิธีการที่เป็นแนวทางที่ชัดเจนและแน่นอนขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ดังนั้นการนำไปใช้ควรพิจารณาตามบริบทของแต่ละหน่วยบริการ⁸

โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 100 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลโรคทั่วไปและโรคที่ซับซ้อนใน 4 สาขา รวมทั้งบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ได้ตระหนักถึงปัญหากล่าวและได้กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวิจัยรุ่น ที่สอดคล้องกับแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยพยายามที่จะลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวิจัยรุ่นด้วยวิธีการต่าง ๆ แต่ปัญหาดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขจนบรรลุเป้าหมายได้ จากการค้นหาสาเหตุพบว่า มีความรู้ความเข้าใจในผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวิจัยรุ่นไม่เพียงพอ ไม่ตระหนักถึงความสำคัญ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวิจัยรุ่น ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ในการรับบริการคุมกำเนิด ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำตามมา รวมถึงการช่วยเหลือของครอบครัว เนื่องจากเมื่อหญิงวิจัยรุ่นคลอดบุตรคนแรกพ่อแม่ของหญิงวิจัยรุ่นจะรับภาระดูแลบุตรให้ ทำให้หญิงวิจัยรุ่นไม่ได้รับผลกระทบจากการเลี้ยงลูก จึงเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำตาม

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวิจัยรุ่นของ สุภาพร มะรังสี (2018)⁹ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การส่งเสริมการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ ผู้บริหารให้การสนับสนุนเวชภัณฑ์คุมกำเนิด การกระจายเวชภัณฑ์คุมกำเนิดกึ่งถาวร การพัฒนากำลังคน การส่งเสริมสุขภาพมารดาวิจัยรุ่นเชิงรุก การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยอิงระบบผลลัพธ์ เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องนำไปวางแผนการปฏิบัติเพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำต่อไป

จากอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำและผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นจะเห็นว่าการแก้ไข ปัญหาและป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมีความสำคัญและมีความจำเป็นเร่งด่วน และพบว่า คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล อารมณ์ และความคิดที่เกิดร่วมขณะกระทำพฤติกรรมส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่จะแสดงออกถึงพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจพัฒนารูปแบบ “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี อำเภอราชไศล จังหวัด ศรีสะเกษ เพื่อนำผลการพัฒนาและรูปแบบที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
 - 2.1.1 เพื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจคุมกำเนิดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” กับกลุ่มควบคุม
 - 2.1.2 เพื่อเปรียบเทียบจำนวนการคุมกำเนิดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” กับกลุ่มควบคุม
 - 2.1.3 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการคุมกำเนิดก่อนและหลังการได้รับความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
 - 2.1.4 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” กับกลุ่มควบคุม
 - 2.1.5 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่พัฒนาขึ้นสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
2. วัยรุ่นหลังคลอดหรือหลังแท้งได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบ “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี อำเภอราชไศล จังหวัด ศรีสะเกษ โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ผู้วิจัยได้กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย โดยใช้ PAOR จำนวน 2 รอบ โดยมี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คือ

- 1.1) โปรแกรม “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model: HPM)¹⁰ โดยอาศัยคุณลักษณะและประสบการณ์

ของบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรม การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างกลุ่มหรือบุคคล อิทธิพลจากสถานการณ์ ซึ่งเป็นอารมณ์และความคิดที่เกิดร่วมกับพฤติกรรม ส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเกิดความตั้งใจในการคุมกำเนิด และนำไปสู่พฤติกรรมคุมกำเนิดที่ถูกต้องต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ให้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ การสร้างแรงจูงใจโดยการให้ชุดรับขวัญลูกน้อย การส่งเสริมสมรรถนะอารมณ์ร่วมและการตัดสินใจในการคุมกำเนิดหลังคลอด การจัดบริการคุมกำเนิดหลังคลอดก่อนจำหน่าย โดยให้มีดูแลหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรม ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด

1.2) แบบบันทึกข้อตกลงแสดงความร่วมมือคุมกำเนิดหลังคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินการรับรู้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำจำนวน 30 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกคำตอบเพียง 5 ตัวเลือก ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การให้คะแนน 3 ระดับ แบบลิเคิร์ต (Likert's Scales)¹¹ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุดด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W., 1977)¹²

2.2 แบบแสดงความยินยอมการรับบริการคุมกำเนิดหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็น

หนังสือแสดงความยินยอมการรับบริการคุมกำเนิด หลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ได้ลงนามยินยอมเข้ารับบริการ

2.3 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึงบุคคลทางการแพทย์รู้วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และสามารถอธิบายหรือให้คำแนะนำเมื่อมีผู้มาขอรับบริการจำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดชนิดเลือกคำตอบ 3 ตัวเลือก ซึ่งกำหนดระดับคะแนนคำตอบในแต่ละข้อคำถามไว้ 2 แบบ คือ

กำหนดคะแนน 0 คะแนน หมายถึง “ผู้ตอบไม่มีความรู้”

กำหนดคะแนน 0 คะแนน หมายถึง “ผู้ตอบไม่แน่ใจ”

กำหนดคะแนน 1 คะแนน หมายถึง “ผู้ตอบมีความรู้”

เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุดด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ ตามแนวคิดของบลูม (Bloom Benjamin S., 1971)¹³ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ

การพัฒนาเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

9.1 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ประสิทธิภาพของโปรแกรมต่าง ๆ ในการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมกำเนิดหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

9.2 นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนมาประมวลเพื่อกำหนดเป็นข้อคำถาม โครงสร้างของแบบสอบถามและขอบเขตของเนื้อหา โดยขอคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิในด้านการป้องกันการ

ตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชสีไศล

9.3 นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยสูติแพทย์ 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษจำนวน 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลราชสีไศล จำนวน 1 คน เพื่อหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา รวมไปถึงความถูกต้องของภาษาที่ใช้ (Content Validity Index: CVI) เกณฑ์ที่ใช้พิจารณาค่า CVI คือ (Polit & Beck, 2017)¹⁴ ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

9.4 นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วจากการหาค่า CVI นำไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย โรงพยาบาลสิลาลาด โรงพยาบาลกันทรารมย์ โรงพยาบาลบึงบูรพ์ ที่มีพื้นที่ติดอำเภอราชสีไศล ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เนื่องจาก William S. Gosset (1908)¹⁵ ได้ระบุว่าในกลุ่มตัวอย่างที่เล็กที่สุดที่จะทำการวิเคราะห์ทางสถิติใด ๆ เพราะเป็นจำนวนน้อยที่สุดที่สร้างโค้งปกติได้ โค้งปกตินั้นสามารถให้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีความคาดเคลื่อน

น้อยที่สุดเท่าที่ยอมรับได้ และโค้งปกตินั้นสามารถแจกแจงข้อเท็จจริงที่ได้ค่อนข้างดี (Fairly) แม้จะใช้สถิติที่ไม่จำเป็นต้องใช้การกระจายแบบโค้งปกติ เพื่อคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) หรือความคงที่ในการวัด กล่าวคือไม่ว่าจะวัดกี่ครั้ง ๆ ก็ตามจะได้ผลคงที่เสมอ โดยวิธีของครอนบาค Cronbach

(1951)¹⁶ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (α - coefficient) ซึ่งเป็นการวัดที่ให้ข้อมูลในลักษณะต่อเนื่อง ที่ต้องประเมินตามสเกล (Rating scale) การแปลผลค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.00 – 1.00 ยิ่งใกล้ 1.00 ยิ่งมีความเชื่อมั่นสูง การศึกษาในครั้งนี้กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่จะนำมาใช้ต้องมากกว่า หรือเท่ากับ 0.71 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามฉบับนี้ได้ 0.897 จากนั้นนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มที่จะวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SPPH – 2022-080 และผ่านการได้รับการอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชสีไศล

ผลการวิจัย

ตาราง 1 แสดงผลการเปรียบเทียบความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ระหว่างก่อนและหลังรับบริการตามรูปแบบที่พัฒนา (Wilcoxon signed ranks test)

ความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น	ก่อน -หลัง (n = 20) Negative rank		ก่อน -หลัง (n = 20) Positive rank		Z	p
	Mean rank	Sum of ranks	Mean rank	Sum of ranks		
ความรู้ฯ	7.50	105.50	0.00	0.00	-3.30	<0.001

กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 1 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์
ที่ทำหน้าที่ให้บริการตามรูปแบบการตั้งครุฑซ้ำใน
วัยรุ่นหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้แตกต่างกับ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($Z = -3.30, p < 0.001$)

ตาราง 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่า การรับรู้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครุฑซ้ำในวัยรุ่นของ
ผู้ดูแลหญิงตั้งครุฑวัยรุ่น ระหว่างก่อนและหลังรับบริการตามโปรแกรมฯ (Wilcoxon signed
ranks test)

การรับรู้การส่งเสริม สุขภาพฯ	ก่อน - หลัง (n = 20)		ก่อน - หลัง (n = 20)		Z	p
	Negative rank		Positive rank			
	Mean rank	Sum of ranks	Mean rank	Sum of ranks		
-ประโยชน์	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00
-อุปสรรค	8.50	8.50	10.08	181.50	-3.50	<0.001
-ความสามารถตนเอง	0.00	0.00	5.00	45.00	-2.68	0.007
-อารมณ์ที่เกี่ยวข้อง	8.91	98.00	5.50	22.00	-2.24	0.025
-อิทธิพลระหว่างบุคคล	0.00	0.00	5.50	55.00	-2.97	0.003
-อิทธิพลระหว่าง สถานการณ์	0.00	0.00	10.50	210.00	-3.98	<0.001
รวมการรับรู้ฯ	1.00	1.00	0.00	0.00	-1.00	0.317

กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2 การรับรู้การส่งเสริมสุขภาพ
เพื่อป้องกันการตั้งครุฑซ้ำในวัยรุ่นของผู้ดูแล หญิง
ตั้งครุฑวัยรุ่น ระหว่างก่อนและหลังรับบริการตาม
โปรแกรมฯ พบว่าการรับรู้อุปสรรค การรับรู้
ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้อง

อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลระหว่างสถานการณ์
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาพรวมการ
รับรู้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครุฑซ้ำ
ในวัยรุ่นของผู้ดูแลหญิงตั้งครุฑวัยรุ่น ระหว่างก่อน
และหลังรับบริการตามโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าการรับรู้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครุฑซ้ำในวัยรุ่นของผู้ดูแล
ตั้งครุฑวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังรับบริการตามรูปแบบที่พัฒนาและรับบริการ
ตามมาตรฐานเดิม (Mann-Whitney Test)

การรับรู้การส่งเสริมสุขภาพฯ	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		Z	p
	Mean rank	Sum of ranks	Mean rank	Sum of ranks		
ประโยชน์	21.00	420.00	20.00	400.00	-1.00	0.32
อุปสรรค	26.43	528.50	14.58	291.50	-3.03	<0.001
ความสามารถตนเอง	21.38	427.50	19.63	392.50	-0.65	0.64
อารมณ์ที่เกี่ยวข้อง	26.15	523.00	14.85	297.00	-3.35	0.002
อิทธิพลระหว่างบุคคล	29.53	590.50	11.48	229.50	-4.96	<0.001

อิทธิพลระหว่างสถานการณ์	29.75	595.00	11.25	225.00	-5.07	<0.001
ความตั้งใจคุมกำเนิด	21.50	430.00	19.50	390.00	-1.43	0.60
รวมการรับรู้	29.78	595.50	11.23	224.50	-5.03	<0.001

กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 3 พบว่าปัจจัยการรับรู้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองที่รับบริการตามโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่เข้ารับบริการตามมาตรฐานเดิม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การรับรู้อุปสรรค ($Z = -3.03, p < 0.001$) อารมณ์ที่เกี่ยวข้อง ($Z = -3.35, p = 0.002$) อิทธิพลระหว่างบุคคล ($Z = -4.96, p < 0.001$) และอิทธิพลระหว่างสถานการณ์ ($Z = -5.07, p < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลระหว่างสถานการณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่สามารถเลือกวิธีการคุมกำเนิดได้ด้วยตนเอง สามารถขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลได้เมื่อมีปัญหา สามารถทำวิธีการต่าง ๆ เพื่อที่จะคุมกำเนิดหลังคลอดบุตรคนนี้ได้ มีสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล หรือเพื่อน หรือครูที่โรงเรียน หรือบุคคลรอบข้างให้แนะนำ สนับสนุนในการคุมกำเนิดก็จะทำตาม การมีบุตรจะทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น รวมถึงสถานศึกษาบางแห่งจำกัดสิทธิไม่ให้อยู่ในระบบการศึกษาขณะที่ตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรธณพิไลศรีอาภรณ์ และคณะ (2564)¹⁷ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่าการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การให้ความรู้แก่มารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับการคุมกำเนิด วิธีการใช้การคุมกำเนิดอาการข้างเคียง ข้อดีข้อเสียของการคุมกำเนิดแต่ละวิธี

และผลเสียของการไม่คุมกำเนิด การให้แรงเสริมทางบวกและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเกิดความตั้งใจในการคุมกำเนิดได้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคุมกำเนิดหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลระหว่างสถานการณ์ ความตั้งใจในการคุมกำเนิด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทราบประโยชน์ของการคุมกำเนิดที่สามารถเว้นระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์เมื่อยังไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ เช่น กำลังศึกษาหรือยังไม่สามารถหารายได้เลี้ยงดูตนเองได้ ทราบข้อดีข้อเสียของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ทราบวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ทราบว่าการคุมกำเนิดเป็นทางเลือกที่ดีในการป้องกันการตั้งครรภ์ สามารถเลือกวิธีการคุมกำเนิดได้ด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจและมั่นใจว่าจะสามารถคุมกำเนิดหลังคลอดบุตรคนนี้ได้ มีความตั้งใจที่จะคุมกำเนิดภายหลังคลอดบุตรคนนี้ได้ มีสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลหรือเพื่อนหรือครูที่โรงเรียนหรือบุคคลรอบข้างให้แนะนำสนับสนุนในการคุมกำเนิดก็จะทำตาม รวมถึงสถานศึกษาบางแห่งจำกัดสิทธิไม่ให้อยู่ในระบบการศึกษาขณะที่ตั้งครรภ์ โดยผ่านโปรแกรม “ชวนน้องไม่ต้องซ้ำ” ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการคุมกำเนิดหลังคลอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพงค์ ตาระกา, กิณี ชัยสวรรค์ และ ธนพร แยมสุตา (2562)¹⁸ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่า การสร้าง

สัมพันธ์ภาพกับหญิงตั้งครรภ์ เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้พูดคุยซักถามอย่างเป็นกันเอง มีการสอนในเนื้อหาที่ชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ร่วมกับการดูแลแบบ และมีคู่มือการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกสามารถนำไปทบทวนการดูแลตนเองได้ และจัดให้มีโอกาสฝึกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองเพื่อสร้างความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง จะทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นคุมกำเนิดหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบ “ชวนน้องไม่ท้องซ้ำ” ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่

พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มการคุมกำเนิดหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นได้ เพราะฉะนั้นควรนำรูปแบบฯ ร่วมกับการรับรู้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นไปประยุกต์ใช้กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยให้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ การสร้างแรงจูงใจโดยการให้ชุดรับขวัญลูกน้อย การส่งเสริมสมรรถนะ สร้างอารมณ์ร่วมและสนับสนุนการตัดสินใจในการคุมกำเนิดหลังคลอด การจัดบริการคุมกำเนิดหลังคลอดก่อนจำหน่าย โดยให้มีผู้ดูแลหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรม ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. Bucknall A, Bick D. Repeat pregnancies in teenage mothers: An exploratory study. *J Adv Nurs*. 2019; 75(11): 2923-2933. doi:10.1111/jan.14140
2. World Health Organization [WHO]. Adolescent pregnancy [Online]. [cited Sep. 10 2023] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
3. Health Data Center [HDC]. รายงานมาตรฐานด้านสุขภาพ [online]. [cited Sep. 10 2023] Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?>
4. Maravilla, J. C. The role of community health workers in preventing adolescent repeated pregnancies and births. *Journal of Adolescent Health*. 2016; 59: 378 – 390.
5. Srivilai, K.. Repeated Pregnancy among Adolescent: A Case Study a Community Hospital, Southern Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2016; 3(3): 142 – 152.
6. Puangniyom S, Kaewpan W. Factors Related to Repeated Pregnancy in Adolescents, Phetchaburi Province. *J Health Sci*. 2018; 27(1): 30-41. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/2447>
7. Pancharern S, Kontha J, Jongkae P. FACTORS RELATED TO THE INTENTION TO REPEAT PREGNANCY AMONG PREGNANT ADOLESCENTS. *JSBA*. 2020; 5(10): 231-47. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSBA/article/view/245253>
8. Marangsee S. Risk Factors and Guidelines for Prevention of Repeated Teenage Pregnancy. *JFONUBUU*. 2019; 26(2): 84-9. Available from: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/188787>
9. Marnach ML, Long ME, Casey PM. Current issues in contraception. *Mayo Clin Proc*. 2013; 88(3): 295-9.
10. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Peason Education, Inc. 2006. 5th (ed).
11. Likert, Rensis. *The Method of Constructing and Attitude Scale*. *Attitude Theory and Measurement*. 1967: 90-95.
12. Best, John W. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc. 1977.

13. Bloom, Benjamin S. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York : McGraw-Hill. 1971.
14. Polit, D.F. and Beck, C.T. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 10th Edition, Wolters Kluwer Health, Philadelphia. 2017: 784
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.005>
15. William, Gosset S. (Student). The Probable Error of a Mean. Biometrika. 1908: 1–25.
16. ทิวัดถ์ มณีโชติ. เทคนิคการเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ: ศูนย์การเรียนรู้และผลิตสิ่งพิมพ์ระบบดิจิทัล มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร; 2554.
17. พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ ,ฤดี ปุ่งบางกะดี ,จิราวรรณ ดีเหลือ, จิระศักดิ์ สารรัตน์, พชฌิยา เชียงตา, ชัชฎาพร จันทร์สุข,ลวิตรา เขียวคำ และรุณรารวรรณ แก้วบุญเรือง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น. พยาบาลสาร. 2564: 48(1); 199-209.
18. เพ็ญพยงค์ ตาระกา, กิณรี ชัยสวรรค์ และ ธนพร แยมสุตา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนเองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. วารสารแพทยนาวิ. 2562: 46(2); 319-335.

แนวทางการพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการจัดการขยะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม : กรณีศึกษาตำบลยอด อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

Community Network Development Guidelines for Participatory Local Waste Management : A Case Study of Yod Subdistrict, Song Kwa District, Nan Province

(Received: December 19,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

เฉลิมศักดิ์ รักษา¹, พิมพ์นภัส ภูมิภักดีพิชญ์², หวานใจ หล้าพรหม³
Chalerm Sak Raksa¹, Pimnapat Phumikittipich², Wanjai Lamphrom³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจ และความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะชุมชน ตำบลยอด อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน 2) เพื่อหาแนวทางการพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการจัดการขยะชุมชนพื้นที่ดังกล่าว ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) ตามความสำคัญของประเด็นที่ศึกษาและการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะในชุมชน จำนวน 30 คน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 56.67 และเพศชายร้อยละ 43.33 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 53.33 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 50 มีประสบการณ์การทำงานด้านการจัดการขยะในชุมชน 4- 6 ปี ร้อยละ 36.67 มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะของชุมชนที่ถูกต้องร้อยละ 93.33 มีระดับความคิดเห็นการมีส่วนร่วมการจัดการขยะชุมชนมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$, $S.D. = 0.580$) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือท่านเข้าใจถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมต่อการจัดการขยะในชุมชน มีเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.43$, $S.D. = 0.479$) และชื่อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, $S.D. = 0.788$)

คำสำคัญ : การพัฒนาเครือข่ายชุมชน, การจัดการขยะ, การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research aimed 1) to study personal information, cognition, and opinions on promoting public participation in community waste management in Yod Sub-district, Song Kwa District, Nan Province, and 2) to identify guidelines for developing community networks for community waste management in the foresaid area. In this research, interviews were used as a research tool to collect data. The sample size was 30, which was selected using purposive random sampling based on the importance of the issues studied and work related to waste management in the community. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics to determine frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The findings indicated that the majority of the sample was female (56.67 %) and the remaining was male (43.33 %). Most of them were aged between 41 and 50 years (53.33 %), graduated with an upper secondary school or vocational certificate (50 %), and had prior work experience in community waste management for 4-6 years (36.67%). The sample had correct cognition of community waste management (93.33%). The sample's opinion on participation in community waste management was at a high level ($\bar{X} = 4.16$, $S.D. = 0.580$). When individual aspects were considered, an aspect with the highest mean was Understanding the importance of participation in waste management in the community ($\bar{X} = 4.43$, $S.D. = 0.479$), and an aspect with the lowest mean was Participating in building good relationships in community networks regarding waste management ($\bar{X} = 4.00$, $S.D. = 0.788$).

Keywords: Community network development, Waste management, Participation

¹ส.ม.นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาสังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่ยั่งยืน คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

²ปร.ด. รองศาสตราจารย์ ประธานหลักสูตรปริญญาตรี สาขาวิชาสังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่ยั่งยืน 2 คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

³ปร.ด. อาจารย์ประจำหลักสูตรปริญญาตรี สาขาวิชาสังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่ยั่งยืน 2 คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

บทนำ

ขยะมูลฝอย นับเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญปัญหาหนึ่งของชุมชนต่าง ๆ ทั่วโลก เพราะนอกจาก จะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคและสัตว์นำโรคต่าง ๆ แล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาด้านกลิ่นเหม็นสร้างความรำคาญให้กับชุมชน ปัญหาแหล่งน้ำเน่าเสียจากการที่ขยะมูลฝอยมีอินทรีย์สารเน่าเสียหรือมีของเสียอันตรายปะปนอยู่ ทำให้ไม่สามารถ ใช้น้ำเพื่อการอุปโภคและบริโภคได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้ ปัญหาขยะมูลฝอยยังทำให้สภาพแวดล้อมของชุมชนไม่สะอาด มีภูมิทัศน์ไม่สวยงาม ไม่น่าอยู่ รวมไปถึงการเสียค่าใช้จ่ายในการเก็บ ขน และการจัดขยะที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก อย่างต่อเนื่องอีกด้วย ซึ่งจากรายงานสถานการณ์มลพิษเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอย ปี 2565 พบว่า ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั่วประเทศประมาณ 25.70 ล้านตัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.72 จากปี 2564 ที่เกิดขึ้น 24.98 ล้านตัน จากสถิติโดยกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม หากเทียบกับจำนวนประชากรไทยทั้งสิ้น 69.8 ล้านคน นั้นเท่ากับว่า คนไทย 1 คนได้สร้างขยะ 360 กิโลกรัมต่อปี จำนวนปริมาณขยะที่มหาศาลนี้สะท้อนถึงแนวโน้มการอุปโภคที่สูงในทุกภาคส่วน และหากมีการจัดการขยะที่ไม่ดีพอ ก็อาจจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของผู้คนในสังคม นอกจากนี้ การจัดการขยะที่ไร้ประสิทธิภาพยังเป็นสาเหตุหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ตำบลยอด อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน มีปริมาณขยะในชุมชนโดยประมาณ 50 กิโลกรัมต่อครัวเรือนต่อเดือน ซึ่งปริมาณขยะเหล่านี้ไม่ได้ถูกจัดการอย่างถูกต้อง คือไม่มีการคัดแยกขยะที่สามารถนำกลับมาใช้ได้ซ้ำ มีการคัดแยกขยะเปียกที่ไม่ถูกวิธี ซึ่งบางรายมัดรวมนำไปใส่ถุงดำมัดรวมกันเพื่อทิ้งลงในบ่อขยะของหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังพบว่า ขยะในพื้นที่สาธารณะในชุมชน เช่น ข้างถนนตลาดสดร้านค้า เป็นต้น ปัญหาจากการไม่คัดแยกขยะทำให้บ่อขยะของชุมชนเต็มเร็ว ต้องเสียงบประมาณในการขุดบ่อขยะ 2-3 ปีต่อครั้ง ซึ่ง

งบประมาณส่วนใหญ่ต้องใช้เงินของชุมชนเป็นหลัก เนื่องจากเทศบาลไม่สามารถจัดสรรงบประมาณส่วนนี้ได้ และไม่มีหน่วยงานใดรับผิดชอบ¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าพื้นที่ในการขุดบ่อขยะอยู่ในเขตป่าสงวน ในการดำเนินการจะต้องดำเนินการขอรขบป่าไม้ทุกครั้ง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ยืดเยื้อและยุ่งยาก และยิ่งพบว่าขยะที่นำไปกองรวมกันในบ่อขยะของชุมชนยังก่อให้เกิดปัญหา คือ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน แหล่งเพาะพันธุ์ยุง แหล่งเพาะพันธุ์หนู และพาหะนำโรคอื่น ๆ และเมื่อมีการเผาขยะที่บ่อขยะจะก่อให้เกิดปัญหาควันพิษเข้ามาในชุมชน ก่อให้เกิดความรำคาญด้านกลิ่น ปัญหาเหล่านี้ล้วนเกิดจากการขาดการจัดการขยะอย่างถูกต้อง¹¹

การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการ ดำเนินงาน พัฒนาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเอง ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ความรู้และความชำนาญร่วมกับวิทยากรที่เหมาะสม และสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริง จึงหมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้ทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม และการตัดสินใจต่างๆเกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน (สถาบันพระปกเกล้า)

Environmental Quality Development Association (2020)¹⁷ ให้ความหมายว่า ขยะ หมายถึง สิ่งของที่เหลือทิ้งจากกระบวนการผลิต และอุปโภคที่เสื่อมสภาพจนใช้การไม่ได้ หรือไม่ต้องการใช้แล้ว บางชนิดเป็นของแข็ง หรือกาก ของเสีย (Solid Waste) ซึ่งขยะเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย และ จิตใจ เนื่องจากความสกปรกเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคทำให้เกิดมลพิษ Pollution Control Department (2012)¹⁸ ได้แบ่งประเภทของขยะตามลักษณะทางกายภาพได้ เป็น 4 ประเภท ได้แก่ (1) ขยะอินทรีย์ (Compostable Waste) คือ ขยะที่เน่าเสีย และย่อยสลายได้เร็ว สามารถนำมา

หมักทำปุ๋ยได้ เช่น เศษผัก เปลือกผลไม้ เศษอาหาร ไปไม้ เศษเนื้อสัตว์เป็นต้น แต่ไม่รวมถึงซาก หรือเศษของพืช ผัก ผลไม้ หรือสัตว์ที่เกิดจากการทดลองในห้องปฏิบัติการ (2) ขยะรีไซเคิล (Recyclable Waste) คือ บรรจุภัณฑ์หรือวัสดุเหลือใช้ ซึ่งสามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ได้ เช่น แก้ว กระดาษ เศษพลาสติก กล่องเครื่องดื่มแบบ UHT กระจ่าง เครื่องดื่ม เศษโลหะ อะลูมิเนียม ยาง รถยนต์ เป็นต้น (3) ขยะอันตราย (Hazardous Waste) คือ ขยะที่มีองค์ประกอบ หรือปนเปื้อนวัตถุอันตรายชนิดต่าง ๆ ได้แก่ วัตถุระเบิด วัตถุไวไฟ วัตถุออกซิไดซ์ วัตถุมีพิษ วัตถุที่ทำให้เกิดโรค วัตถุแก๊มมันตรังสี วัตถุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม วัตถุกัดกร่อน วัตถุที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง และ (4) ขยะทั่วไป (General Waste) คือ ขยะที่มีลักษณะที่ย่อยสลายยาก และไม่คุ้มค่าสำหรับการนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ เช่น ห่อพลาสติกใส่ขนม ถุงพลาสติกบรรจุผงซักฟอก พลาสติกห่อลูกอม ของบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ถุงพลาสติกเปื้อนเศษอาหาร โฟมเปื้อนอาหาร เป็นต้น

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาแนวทางการพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการจัดการขยะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนได้นำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปรับปรุงการบริหารจัดการและลดจำนวนขยะมูลฝอยจากครัวเรือน ปรับภูมิทัศน์ให้มีสภาพสวยงามเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ปราศจากแหล่งน้ำเสียและโรคติดต่อที่มาจากแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์ซึ่งเป็นพาหะ นำโรคต่าง ๆ และสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีในการจัดการขยะมูลฝอยให้กับประชาชนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการขยะในชุมชน ตำบลยอต อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

2. เพื่อวิเคราะห์แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะในชุมชน ตำบลยอต อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

3. เพื่อหาแนวทางการพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการจัดการขยะในชุมชน ตำบลยอต อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในเชิงคุณภาพ (Key Informant) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยการเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน ตามความสำคัญของประเด็นที่ศึกษา เช่น นายกเทศมนตรีตำบลยอต กำนันตำบลยอต ประธานสภาเทศบาล ปลัดเทศบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน ประธาน อสม.อำเภอสองแคว ประธาน อสม.ทุกหมู่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล จำนวน 11 คน หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล หัวหน้าฝ่ายอำนวยการเทศบาล และเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด และ สังเกต และรวบรวมข้อมูลการวิจัยเรื่อง “แนวทางการพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการจัดการขยะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม : กรณีศึกษาตำบลยอต อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน” เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาการความรู้ความเข้าใจการจัดการขยะและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะของตำบลยอต อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน จากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. กำหนดกรอบแนวคิด ในการสร้างเครื่องมือการวิจัย

3. กำหนดวัตถุประสงค์ในการสร้างเครื่องมือการวิจัยโดยขอคำปรึกษาจากอาจารย์ผู้สอน

4. สร้างเครื่องมือ
5. ตรวจสอบเครื่องมือกับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

6. นำเครื่องมือที่ได้จากการแก้ไขไปทดลองใช้เครื่องมือ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงตรงของเครื่องมือเสนออาจารย์ผู้สอน

7. จัดพิมพ์แบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด

9. รวบรวมผลการศึกษาแล้วนำมาวิเคราะห์ลักษณะของเครื่องมือ

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของเครื่องมือตามกรอบของการวิจัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะของชุมชน ตำบลยอดอำเภอสองแคว จังหวัดน่าน 1 แบบ คือ

1. แบบสัมภาษณ์ (Interview)

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการวิจัย คือ การพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการจัดการขยะท้องถิ่น :กรณีศึกษาที่ตำบลยอดอำเภอสองแคว จังหวัดน่านโดยแบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะของชุมชน

ตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะชุมชน

ตอนที่ 4 การพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการจัดการขยะท้องถิ่น

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการจัดการขยะท้องถิ่น คำถามปลายเปิด **การสร้าง และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

เพื่อให้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัด และมีความแม่นยำในการวัด ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. ร่างแบบสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และแนวทางที่ได้ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. นำแบบสัมภาษณ์ไปให้อาจารย์ประจำวิชาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา (Content Validity)

3. นำแบบสัมภาษณ์กลับมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง ตามที่อาจารย์ประจำวิชาให้คำแนะนำ

4. นำแบบสัมภาษณ์ฉบับร่างเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) จำนวน 3 ท่าน และนำมาค่าที่ได้มาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง

เมื่อ IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index Of Concordance : IOC)

R หมายถึง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญและให้คะแนน ดังนี้

+1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

-1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อความนั้นไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

5. ผู้ศึกษาได้เลือกคำถามข้อความที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 มาใช้เป็นข้อความจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้ตรวจสอบแบบสัมภาษณ์แล้วเห็นว่า แบบสัมภาษณ์ทุกข้อมีความเที่ยงตรงของเนื้อหาครอบคลุมในแต่ละด้าน และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

6. ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้เป็นแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์สำหรับการนำไปใช้จริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์

1. ขอนหนังสือจากประธานหลักสูตรดุขภูมิบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่ยั่งยืน คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีถึงกำนันตำบลยอด และนายกเทศมนตรีตำบลยอดเพื่อขออนุญาตเข้าทำการ

เก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่ชุมชน ตำบลยอด อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

2. ใช้แบบสัมภาษณ์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจาก ผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน จำนวน 30 ชุด

3. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และประมวลผล โดยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ต่อไป

4. สรุปประเมินผลการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้มีการศึกษาในพื้นที่ และรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ มุ่งเน้นการวิเคราะห์โดยการสรุปตามสาระสำคัญด้านเนื้อหาที่กำหนดไว้ โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย

(\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่อบรรยายข้อมูลทั่วไป ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน (Assumption of Autocorrelation)

สรุปผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 เพศชาย ร้อยละ 43.33 มีอายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 53.33 มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ 50 และมีประสบการณ์การทำงานด้านการจัดการขยะในชุมชน 4- 6 ปี ร้อยละ 36.67

ระดับความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะของชุมชน

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกในการจัดการขยะของชุมชน ร้อยละ 93.33 และมีความรู้ความเข้าใจที่ผิดในการจัดการขยะของชุมชนร้อยละ 6.67

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นการมีส่วนร่วมการจัดการขยะชุมชน

การมีส่วนร่วมการจัดการขยะชุมชน	Mean	S.D.	ระดับความคิดเห็น อ้างอิงการ แปลผล	ลำดับที่
1. ท่านเข้าใจถึงความสำคัญของส่วนร่วมต่อการจัดการขยะในชุมชน	4.33	0.479	มากที่สุด	1
2. ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา พิจารณาปัญหาขยะในชุมชน	4.13	0.629	มาก	8
3. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจ เพื่อแก้ปัญหาการจัดการขยะ	4.23	0.728	มากที่สุด	5
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาการจัดการขยะ	4.30	0.596	มากที่สุด	2
5. ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ	4.27	0.691	มากที่สุด	3
6. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรมสรุปผลของโครงการจัดการขยะ	4.03	0.765	มาก	10
7. ท่านมีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิกเป็นเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะ	4.27	0.740	มากที่สุด	3
8. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดจุดมุ่งหมายของเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะ	4.17	0.699	มาก	7
9. ท่านมีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ในเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะอย่างมีจิตสำนึก	4.23	0.568	มากที่สุด	6
10. ท่านมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะ	4.03	0.765	มาก	10
11. ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะ	4.00	0.788	มาก	12
12. ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างการสื่อสารของเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะ	4.10	0.662	มาก	9
รวม	4.16	0.580	มาก	

จากตารางที่ 1 ภาพรวมระดับความคิดเห็นการมีส่วนร่วมการจัดการขยะชุมชน มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$, $S.D. = 0.580$) เมื่อ

พิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านเข้าใจถึงความสำคัญของส่วนร่วมต่อการจัดการขยะในชุมชน มีเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} =$

4.33, $S.D.$ = 0.479) รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาการจัดการขยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.30, $S.D.$ = 0.596) รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิกเป็นเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.27, $S.D.$ = 0.740) รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.27, $S.D.$ = 0.691) รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจ เพื่อแก้ปัญหาการจัดการขยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.23, $S.D.$ = 0.728) รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างการสื่อสารของเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.10, $S.D.$ = 0.662) รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดจุดมุ่งหมายของเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.17, $S.D.$ = 0.699) รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาพิจารณาปัญหาขยะในชุมชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.13, $S.D.$ = 0.629) รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา พิจารณาปัญหาขยะในชุมชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.13, $S.D.$ = 0.629) รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรมสรุปผลของโครงการจัดการขยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.03, $S.D.$ = 0.765) รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.03, $S.D.$ = 0.765) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.00, $S.D.$ = 0.788)

การวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการจัดการขยะท้องถิ่น

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคิดว่าการพัฒนาเครือข่ายชุมชนสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการขยะท้องถิ่นได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี

ความเห็นว่าคุณภาพความร่วมมือระหว่างประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ สามารถสนับสนุนการจัดการขยะท้องถิ่น สนับสนุนมากที่สุด ร้อยละ 63.33 รองลงมา เห็นว่าคุณภาพความร่วมมือระหว่างประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ สามารถสนับสนุนการจัดการขยะท้องถิ่น สนับสนุนค่อนข้างมาก ร้อยละ 30 และท้ายสุดความร่วมมือระหว่างประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ สามารถสนับสนุนการจัดการขยะท้องถิ่น สนับสนุนปานกลาง ร้อยละ 6.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางสังคมสามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการขยะท้องถิ่น เป็นสำคัญมากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมา มีความเห็นว่าเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางสังคมสามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการขยะท้องถิ่น เป็นสำคัญเพียงปานกลาง ร้อยละ 23.33 รองลงมา มีความเห็นว่าเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางสังคมสามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการขยะท้องถิ่น เป็นสำคัญค่อนข้างมาก ร้อยละ 20 และท้ายสุดมีความเห็นว่าเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางสังคมสามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการขยะท้องถิ่น เป็นสำคัญค่อนข้างมาก ร้อยละ 6.67

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะของชุมชนมีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือท่านเข้าใจถึงความสำคัญของส่วนร่วมต่อการจัดการขยะในชุมชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาการจัดการขยะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ท่านมีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิกเป็นเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจ เพื่อแก้ปัญหาการจัดการขยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ท่านมีส่วนร่วมใน

การสร้างการสื่อสารของเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะอยู่ในระดับมากที่สุดรองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดจุดมุ่งหมายของเครือข่ายชุมชนด้านการจัดการขยะอยู่ในระดับมากที่สุดคล้อยไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ รุ่งกานต์ ปลายแก้ว และประภัสสร อักษรพันธ์ (2562)⁹ ได้ศึกษาเรื่องผลของการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนเทศบาลตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จัดทำเป็นโครงการบริหารพฤติกรรมจัดการขยะจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมในเขตเทศบาลตำบลบ้านนา เพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอยด้วยการจัดการที่เหมาะสมตามสภาพพื้นที่มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอย 2) การวางแผนการจัดการขยะมูลฝอย 3) การปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอย และ 4) การติดตามผลการจัดการขยะมูลฝอย จัดทำโดยคณะกรรมการการจัดการขยะมูลฝอยซึ่งมาจากเทศบาล ผู้นำชุมชน และตัวแทนครัวเรือน ปริมาณขยะมูลฝอยหลังจากการดำเนินการมีแนวโน้มลดลง กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 67.93 และมีพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 75.47 จุดเด่นของรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนเทศบาลตำบลบ้านนา คือ สภาพแวดล้อม ในเขตพื้นที่นาร่องสะอาด ทัศนียภาพสวยงาม ถนนเป็นระเบียบเรียบร้อยไม่ขวางทางจราจร ลดแหล่งนำเชื้อโรคใน ชุมชน ลดปัญหาขยะตกค้างในตอนกลางคืนทำให้ไม่ส่งกลิ่นเหม็น และสร้างรายได้ให้กับครัวเรือน จุดที่ต้องพัฒนา คือ การตรงต่อเวลาในการจัดเก็บขยะมูลฝอยของเทศบาล การประชาสัมพันธ์/รณรงค์การจัดการขยะมูลฝอยไม่สม่ำเสมอ และควรจะมีแนวทางในการจัดการขยะอินทรีย์ที่เป็นรูปธรรม

และสอดคล้องกับงานวิจัย ของพีรยา วัชรโรทัย จำลอง โพธิ์บุญ และ จุฬารัตน์ ชมพันธุ์ (2557)⁶ เรื่อง การจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษา เทศบาลตำบลเมืองแกลง จังหวัดระยอง พบว่า การจัดการขยะของ เทศบาลตำบลเมืองแกลง เริ่มต้นจากการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับความรู้เรื่อง การคัดแยกขยะจากบ้านเรือน เทศบาลมีการคัดแยกขยะ มีการส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรพัฒนา ศักยภาพตนเองด้านการจัดการขยะ มีเป้าหมาย ยุทธศาสตร์และโครงการเป็นตัวขับเคลื่อนใช้มาตรฐาน ISO 14001 ในการทำงานด้าน สิ่งแวดล้อมผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่เป็นตัวกลาง ประสานการทำงานระหว่างเทศบาลกับ ประชาชน ปัจจัยภายในที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดการขยะ ได้แก่ ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์กว้างไกลมีวิสัยทัศน์อย่างเป็นระบบ ปฏิบัติงานเชิงประจักษ์ บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความกระตือรือร้นและชำนาญด้านการจัดการขยะ การประยุกต์ใช้ระบบมาตรฐานสากล ในการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อม นโยบาย แผนโครงการยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน มีการประชาสัมพันธ์หลายทาง มีวิธีจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสม ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ผู้นำชุมชน และประชาชนมีจิตสำนึกในด้านสิ่งแวดล้อม หน่วยงานของรัฐและองค์กรด้านสิ่งแวดล้อมเข้ามา สนับสนุนการพัฒนาการจัดการขยะของเทศบาล ข้อที่ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา พิจารณา ปัญหาขยะในชุมชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดรองลงมา ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา พิจารณาปัญหาขยะในชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุดคล้อยกับกาญจนา โคกทอง (2553) เรื่อง แนวทางในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเนินกุ่ม อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนมีการทิ้งขยะมูลฝอยในพื้นที่สาธารณะตามคลองและริมถนนสาธารณะทิ้งขยะมูลฝอยเกลื่อนกลาด ไม่มีการคัดแยกขยะมูลฝอยก่อนทิ้ง ประชาชนมีปัญหาในการจัดการขยะ มูลฝอยเปียก และขยะมูลฝอย

อันตราย และสถานที่ที่ทิ้งขยะมูลฝอยที่อยู่ใกล้ที่พักอาศัยมากเกินไปทำให้ส่งกลิ่นเหม็นรบกวนและเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค เกิดควั่นพิษและเขม่าพิษ และอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ ที่เป็นความสำเร็จในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของสำนักงานเขตบางบอน คือ การสร้างจิตสำนึกการสร้างแรงจูงใจให้ชาวบ้านในชุมชน มีระเบียบวินัย มีความรับผิดชอบ ต่อส่วนรวม การให้ความร่วมมือ การประสานงาน การสื่อสารระหว่างสำนักงานเขตกับประชาชน โดยการเพิ่มช่องทางการสื่อสาร เช่น การสร้างไลน์กลุ่ม เพื่อความรวดเร็วในการติดต่อสื่อสาร มีการออกกฎระเบียบ กฎหมาย เช่น ปักป้ายห้ามทิ้ง ถ้าทิ้งขยะอาจโดนปรับโรงงานที่มีการทิ้งขยะทำให้ชุมชนเดือดร้อนต้องมีมาตรการที่ชัดเจนในการจัดการขยะของโรงงาน โดยให้โรงงานเขียนรายงานการทำลายกากขยะ ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

เข้าไปตรวจสอบเป็นระยะ ๆ จัดกิจกรรมเพื่อเป็นการณรงค์ เช่น การตั้งธนาคารขยะ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้มีการสร้างความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะของชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรควรจัดตั้งงบประมาณ และสนับสนุนกิจกรรมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะ
3. ควรนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางสังคมมาเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการขยะท้องถิ่น เพราะจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการขยะในชุมชนได้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2565. รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564.[ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.pcd.go.th/ebook/book11/index.html> (10 กรกฎาคม 2566).
- 2.กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2566. รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565.[ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.pcd.go.th/publication/29343> (10 กรกฎาคม 2566).
- 3.กัญญ์ณฉวี วชิรพัฒน์. 2560. การมีส่วนร่วมจัดการขยะมูลฝอยของคนในชุมชนเขตชุมชนเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. งานนิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- 4.ถวิลวดี บุรีกุล. (2552). พลวัตการมีส่วนร่วมของประชาชน: จากอดีตจนถึงรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. กรุงเทพฯ: เอ.พี.กราฟิกดีไซน์และการพิมพ์
- 5.นรินทร์ชัย พัฒนาพงศา. (2533). แนวทางการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ : กองแปลและวิเทศสัมพันธ์สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. แปลจาก Peter Oakley and David Marsden. (ไม่ระบุชื่อหนังสือ).
- 6.พีรยา วัชรวิทย์ จำลอง โพธิ์บุญ และ จุฑารัตน์ ชมพันธุ์. (2557). การจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษา เทศบาลตำบลเมืองแกลง จังหวัดระยอง. วารสารการจัดการ สิ่งแวดล้อม. 10(2): 123-142.
- 7.พัชรี สินเจริญ. 2562. การจัดการขยะมูลฝอย กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลบางขวัญ อำเภอมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. การศึกษาอิสระปริญญาโท. มหาวิทยาลัยรามคำแหง

- 8.ระพีพัฒน์ วงษ์ภักดี, กฤษฏางค์ จันเติบ, อรณี ณะเกิงสุข, วรภรณ์ มนตรี, จุฑารัตน์ แสนบุญ และ
อุดม ชัยสุวรรณ. 2563. การบริหารจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนบ้านสวัสดิ์ ตำบลกลันทา
อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารปัญญา, 27(1), 59-68.
- 9.รุ่งกานต์ พลายแก้ว และประภัสสร อักษรพันธ์. (2562). ผลของการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนเทศบาลตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสาร ราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 5(2).
- 11.สรุปผลงานด้านสาธารณสุข ปี 2565 .โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลอย อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน
- 12.อภิญา กังสนารักษ์. (2544). รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิผลระดับคณะของ
สถาบันอุดมศึกษา. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 13.อารีย์ สงวนชื่อ 2566.การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอยโดยวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
ของชุมชน.มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ฯ
- 14.Ezeudu, O. B., & Ezeudu, T. S. (2019) . Implementation of circular economy principles in industrial
solid waste management: Case studies from a developing economy (Nigeria) . Recycling,
4(4) : 42.Geissdoerfer, M. , Savaget, P. , Bocken, N. M. , & Hultink, E. J. (2017) . The Circular
15.Economy–A new sustainability paradigm?. Journal of cleaner production,143: 757-768.Geng, Y.,
Zhu, Q., Doberstein, B., & Fujita, T. (2008) . Implementing China’s circular economy concept
at theregional level: A review of progress in Dalian, China. Waste Management, 29(2) : 996-
1002.
- 16.Ghisellini, P. , Cialani, C. , & Ulgiati, S. (2016) . A review on circular economy: the expected
transitiontoa balanced interplayof environmental and economic systems. Journal of
Cleaner production, 114: 11-32.
- 17.Environmental Quality Development Association. (2020). What is solid waste.
<https://adeq.or.th/ขยะมูลฝอยคืออะไร/#waste02>. 15 March 2021. (in Thai)
- 18.Pollution Control Department. (2018). Operation manual 3 use (3R) to manage
communitywaste.[https://spm.thaigov.go.th/FILEROOM/spmthaigov/DRAWER004/GENER
AL/DATA0000/00000451.PDF](https://spm.thaigov.go.th/FILEROOM/spmthaigov/DRAWER004/GENERAL/AL/DATA0000/00000451.PDF). (in Thai)